



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ศึกษาผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อสังคมไทย
(สถานพยาบาล ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ)

**Study on Effect of National Health Security Act to Thai Society
(Health care Providing Units, Health Personnel and Patients)**

โดย

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะกรรมการวิจัยและพัฒนาของวุฒิสภา

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สิงหาคม 2547

ISBN 974-7218-83-6



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลกระทบพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อสังคมไทย
(สถานพยาบาล ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ)

โดย

คณะผู้วิจัย

1. นายแพทย์ชิต เจริญประเสริฐ
2. นายแพทย์ปัญญา อยู่ประเสริฐ
3. นายแพทย์วิชัย สติมัย
4. นางสาวนันทนา เครือหงษ์
5. นายจักรกฤษณ์ ประสิทธิ์เมตต์
6. เจ้าหน้าที่ประจำคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สังกัด

- กรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
กรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
นักวิชาการกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
นักวิชาการกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ผู้อำนวยการกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะกรรมการวิจัยและพัฒนาของวุฒิสภา

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สิงหาคม 2547

ISBN 974-7218-83-6

บทคัดย่อ

การศึกษาผลกระทบการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ได้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จนมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อสถานบริการต่อผู้ให้บริการ ต่อผู้รับบริการ ประชากรที่ศึกษาคือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมนโยบายนี้ในปี พ.ศ. 2546 (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Taro Yamane ได้ค่า = 91 แห่ง ได้รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในส่วนเชิงปริมาณได้ส่งแบบสอบถามให้โรงพยาบาลที่ถูกเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้บุคคลดังต่อไปนี้ตอบ คือ ผู้บริหารโรงพยาบาล ได้ข้อมูลกลับ 115 ชุด ผู้ให้บริการ (กลุ่มวิชาชีพละ 2 ชุดเป็นอย่างน้อย) ได้ข้อมูลกลับ 1,567 ชุด และศึกษาโดย การสัมภาษณ์ผู้รับบริการในแต่ละโรงพยาบาล แต่ละ 30 คนได้ข้อมูลจำนวน 2,426 ชุด นอกจากนี้ยังจัดประชุมเสวนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 7 ครั้ง ประกอบด้วยตัวแทนวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทน ภาคประชาชน โดยมีวิธีการเลือกตัวแทนนั้นเลือกโดยกระจายตามประเภท ขนาดของโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทั่วทุกภาคทั้งประเทศ และได้ศึกษาจากเอกสาร/ รายงานของหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งการนำเสนอของหน่วยงานในที่ประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 – 30 เตียง 50 แห่ง (ร้อยละ 43.5) ส่วนใหญ่มีแพทย์น้อยกว่า 3 คน 49 แห่ง (ร้อยละ 42.6) โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีทันตแพทย์ 1-2 คน จำนวน 66 แห่ง (ร้อยละ 57.4) ส่วนใหญ่มีเภสัชกร 3-5 คน จำนวน 50 แห่ง (ร้อยละ 43.5) โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีพยาบาลจำนวน 41-60 คนจำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 30.4) ผลกระทบกับสถานพยาบาลพบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณทำให้งบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับในปี 2546 เทียบกับปี 2545 มีโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณมากขึ้นจำนวน 33 แห่ง (ร้อยละ 28.7) ได้รับงบประมาณน้อยลงจำนวน 60 แห่ง (ร้อยละ 52.2) ในด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพบว่าเมื่อเทียบกับปี 2545 มีโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจำนวน 74 แห่ง (ร้อยละ 64.3) และค่าใช้จ่ายลดลงจำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) ในขณะที่โรงพยาบาลสามารถจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้นในปี 2546 เมื่อเทียบกับปี 2545 จำนวน 63 แห่ง (ร้อยละ 54.8) และเก็บลดลงจำนวน 41 แห่ง (ร้อยละ 35.7) เมื่อดูผลลัพธ์ (งบประมาณที่ได้ รวมกับรายได้ที่เก็บเองหักด้วยค่าใช้จ่าย) พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์ ในปี 2546 มากขึ้นกว่าปี 2545 จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 53.1) และลดลงจำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 18.3) สอดคล้องกับข้อมูลที่ว่าโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนสภาพคล่อง (Quick ratio) มากกว่า 2 จำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 36.5) อัตราส่วนสภาพคล่องมากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) และ

โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio) มากกว่า 2 จำนวน 52 แห่ง (ร้อยละ 45.2) มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนมากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) นอกจากนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการได้รับงบประมาณงวดแรกไม่เกินวันที่ 15 ตุลาคมเพราะในปีงบประมาณ 2547 ส่วนใหญ่ได้รับในช่วงวันที่ 21-30 พฤศจิกายน 2546 สำหรับผู้ป่วยนอกพบว่า มีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอกมากขึ้นใน 2546 เมื่อเทียบกับปี 2545 จำนวน 50 แห่ง (ร้อยละ 43.5) (หลายโรงพยาบาลมีการจัดทีมแพทย์ไปตรวจที่ศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย) โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยนอกเพิ่มประมาณ ร้อยละ 10 ในเรื่องผู้ป่วยใน พบว่าเมื่อเทียบกับปี 2546 กับปี 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น จำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 30.4) โดยสรุปนโยบายนี้มีผลกระทบต่อโรงพยาบาลในเรื่องของการบริหารงบประมาณ ปริมาณงานการให้บริการที่เพิ่มขึ้น

ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่ของผู้ให้บริการเห็นว่า พ.ร.บ.นี้ทำให้มีผู้มาใช้บริการมากขึ้น (ร้อยละ 82.7) และมีความคาดหวังสูงขึ้นด้วย ส่วนใหญ่เห็นว่า พ.ร.บ.นี้มีผลทำให้การให้บริการดีขึ้น (ร้อยละ 50.7) มีการปรับปรุงการบริหารโรงพยาบาล (ร้อยละ 93.4) แต่ไม่มีผลกระทบต่อรายได้ของผู้ให้บริการ (ร้อยละ 51.6) ไม่มีผลกระทบต่องานวิชาชีพเนื่องจากมีมาตรฐานวิชาชีพกำหนดไว้มีบ้าง บางคนที่ได้รับผลกระทบจากงบประมาณที่จำกัดในการพัฒนาบุคลากร และบางแห่งที่มีบุคลากรลาออกทำให้คนที่เหลือทำงานมากขึ้น ส่วนใหญ่ของผู้ให้บริการในทุกกลุ่มให้คะแนนความพึงพอใจนโยบายนี้ ในการเสวนากลุ่มในระดับเฉย ๆ รองลงมาคือพอใจแบบมีเงื่อนไขต้องปรับปรุงด้านต่างๆ

ผลกระทบต่อผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ผู้รับบริการเห็นว่าระยะเวลาการให้บริการอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 47.7) คุณภาพบริการอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 62.6) การให้บริการเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนมี พ.ร.บ.นี้ส่วนใหญ่เห็นว่าดีขึ้น (ร้อยละ 49.9) ส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 51.7) ตัวแทนประชาชนในส่วนใหญ่ให้คะแนนนโยบายนี้ในระดับพึงพอใจ

ในเรื่องการร่วมจ่าย (co-payment) ผู้ให้บริการทุกกลุ่มเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ และผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยแบบมีเงื่อนไขว่า ต้องไม่ทำให้คนระดับรากหญ้าเดือดร้อน และจะต้องหารือในรายละเอียดอีก

ข้อเสนอแนะ จากผลกระทบต่อปริมาณงานที่มากขึ้น ความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น รัฐบาลจึงควรจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสม เพียงพอ ตลอดทั้งสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เพิ่มเงินเดือน ค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น และควรทำความเข้าใจกับบุคลากรในเรื่องนโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐ โดยเฉพาะมาตรการที่ 3 สำหรับงบประมาณที่ได้ รับการจัดสรรควรมีหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย และควรมีปริมาณ

งบประมาณที่มากพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ รวมทั้งจัดสรรให้ถึงโรงพยาบาลโดยเร็ว ในเรื่อง การร่วมจ่าย (co-payment) เป็นเรื่องที่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการส่วนใหญ่ยอมรับ จึงควรมี การศึกษาว่าจะร่วมจ่ายอย่างไร เท่าใดจึงจะเหมาะสม ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการเห็นด้วย ตรงกัน ในเรื่องของการประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชน และผู้ให้บริการมีความเข้าใจในสิทธิต่างๆ ตามมาตรา 41 และมาตรา 42 นั้น อาจเป็นสิ่งที่ทำให้มี การร้องเรียกเงินเพิ่มขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น จึงควรมีการศึกษา ติดตามทั้งในแง่ผลดี และผลเสียต่อ ภาพรวมของระบบในระยะยาวต่อไป ตลอดจนควรมีความชัดเจนว่าเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาตาม บทเฉพาะกาลแล้ว (3 ปี นับตั้งแต่เริ่มใช้ พ.ร.บ.นี้) จะมีการดำเนินการของโรงพยาบาลต่างๆ(ภาครัฐ และเอกชน) ในลักษณะใด นอกจากนี้ควรมีการติดตามให้มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดตามคู่มือหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

ABSTRACT

The objectives of this cross-sectional study are to evaluate the effect of National Health Security Act to health care providing units, health personnel and patients. Informations are collected by both quantitative and quantitative means. Population of this study is the hospitals in Bangkok and every provinces that joined 30 baht scheme in 2003. Sample size was calculated by using Taro Yamane formula, and simple random sampling was done to choose provinces and hospitals from Government and Private sectors. 115 Administrators of hospitals, most of them are 10-30 bed hospitals (43.5%). Most of hospitals have less than 3 physicians (42.6%), less than 2 dentists (51.4%), 3-5 pharmacists (43.5%), and 41-60 nurses (30.4%). The effect of this Act to hospital is the management of budget and the increasing number of patients (about 10%) with higher expectation in hospital service. (According to the uncertainty in allocating budget to hospitals along 2002 – 2003, the administrators have to adapt their management for gaining the income of hospitals and reducing the expenses, so that they could execute the hospitals smoothly with Quick ratio more than 1 about 60%, and Current ratio more than 1 about 68%). The effect of this Act to health personnel :1567 health Personnel replied, and most of them are nurses (38%), In their opinions, this Act causes the improvement of the hospital management (93.4%), the hospital services (50.7%), but this Act has no effect to health persernel's income (51.6%) and the standard of professional practice. The effect to patients :2426 patients, most of them are labours (35.1%), farmers (28.8%) . They think that the total time of service is good (47.7%), and the quality of service is also good (62.6%), compare with former time (before this Act) the service now is better (49.9%). For health promotion and prevention of disease, they think that the health personnel never advise them (51.7%). Both health personnels and patients agree in co-payment principle but detail has to be discussed.

Recommendation

1. As the number of patients are increasing, there should be appropriate number of health personnel, and salary / wage should be properly paid.
2. The amount of budget should be sufficient and allocated in time (1st allocation of Fiscal year not late than 15 October).
3. Study about feasibility of co-payment is necessary.

4. IEC (Information Education Communication) for health personnel and patients should be conducted continuedly.
5. Article 41,42 may cause increasing amount of sue as supply induce demand and should be monitored closely.
6. After 3 years of this Act, the direction of hospitals particularly Public health hospital is not clear. It should be clarified.
7. Subcommittee for quality control and standard of health care providing units in all provinces should be set and monitored.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ช่วยเป็นที่ปรึกษางานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือให้ข้อมูล ตัวแทนกลุ่มวิชาชีพและตัวแทนประชาชนที่สละเวลามาเสวนากลุ่ม คณะอนุกรรมการติดตามการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เจ้าหน้าที่ประจำคณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ และท้ายที่สุดขอขอบคุณสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา และคณะกรรมการวิจัยและพัฒนาของวุฒิสภา ที่ได้จัดสรรงบประมาณในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	(1)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญตาราง	(8)
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	14
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	17
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	38
บรรณานุกรม	44
ภาคผนวก	46

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและค่าร้อยละของประเภทโรงพยาบาล	14
2. จำนวนและค่าร้อยละตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม	14
3. จำนวนและค่าร้อยละของขนาดเตียงในโรงพยาบาล	15
4. จำนวนและค่าร้อยละของแพทย์ในโรงพยาบาล	15
5. จำนวนและค่าร้อยละของทันตแพทย์ในโรงพยาบาล	16
6. จำนวนและค่าร้อยละของเภสัชกรในโรงพยาบาล	16
7. จำนวนและค่าร้อยละของพยาบาลในโรงพยาบาล	16
8. จำนวนและค่าร้อยละของอัตราส่วนสภาพคล่อง (Quick ratio)	17
9. จำนวนและค่าร้อยละของอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio)	18
10. จำนวนและค่าร้อยละของการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพการบริหารของโรงพยาบาล	18
11. จำนวนและค่าร้อยละของผู้รับบริการได้รับความเสมอภาค	19
12. จำนวนและค่าร้อยละของโรงพยาบาลได้รับผลกระทบจากนโยบายอื่น	19
13. จำนวนและค่าร้อยละของอาชีพผู้ตอบแบบสอบถาม	20
14. จำนวนและค่าร้อยละของระยะเวลาทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม	20
15. จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วย	21
16. จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อการให้บริการ	21
17. จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อการให้บริการในลักษณะต่างๆ	21
18. จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อการปรับปรุงการบริหารจัดการภายใน	22
19. จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อรายได้ของผู้ให้บริการ	22
20. จำนวนและค่าร้อยละเพศของผู้รับบริการ	23
21. จำนวนและค่าร้อยละอายุของผู้รับบริการ	23
22. จำนวนและค่าร้อยละอาชีพของผู้รับบริการ	23
23. จำนวนและค่าร้อยละรายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการ	24
24. จำนวนและค่าร้อยละของการเปรียบเทียบก่อนและหลังจากการมีนโยบายนี้	24
25. จำนวนและค่าร้อยละของการเพิ่มบุคลากรในโรงพยาบาลในทักษะของผู้รับบริการ	25



บทสรุปผู้บริหาร

เรื่อง

**ศึกษาผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อสังคมไทย
(สถานพยาบาล ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ)**

**Study on Effect of National Health Security Act to Thai Society
(Health care Providing Units, Health Personnel and Patients)**

โดย

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะกรรมการวิจัยและพัฒนาของวุฒิสภา

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สิงหาคม 2547

ISBN 974-7218-83-6



บทสรุปผู้บริหาร

เรื่อง

**ศึกษาผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อสังคมไทย
(สถานพยาบาล ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ)**

**Study on Effect of National Health Security Act to Thai Society
(Health care Providing Units, Health Personnel and Patients)**

โดย

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะกรรมการวิจัยและพัฒนาของวุฒิสภา

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สิงหาคม 2547

ISBN 974-7218-83-6

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษาผลกระทบการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ได้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จนมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อสถานบริการ ต่อผู้ให้บริการ ต่อผู้รับบริการ ประชากรที่ศึกษาคือ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมนโยบายนี้ในปี พ.ศ. 2546 (ทั้งภาครัฐและเอกชน) คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 91 แห่ง รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณได้ส่งแบบสอบถามให้โรงพยาบาลที่ถูกเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้บุคคลดังต่อไปนี้ตอบ คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลได้ข้อมูลกลับ 115 ชุด ผู้ให้บริการ (กลุ่มวิชาชีพละ 2 ชุด เป็นอย่างน้อย) ได้ข้อมูลกลับ 1,567 ชุด และศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการในแต่ละโรงพยาบาล แห่งละ 30 คนได้ข้อมูลจำนวน 2,426 ชุด นอกจากนี้ยังจัดประชุมเสวนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 7 ครั้ง ประกอบด้วยตัวแทนวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนภาคประชาชน โดยมีวิธีการเลือกตัวแทนนั้น เลือกโดยกระจายตามประเภทขนาดของโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และได้ศึกษาจากเอกสาร/ รายงานของหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งการนำเสนอของหน่วยงานในที่ประชุม คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 – 30 เตียง มีแพทย์น้อยกว่า 3 คน มีทันตแพทย์ 1-2 คน มีเภสัชกร 3-5 คน มีพยาบาลจำนวน 41-60 คน ผลกระทบกับสถานพยาบาลพบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนวิธีการจัดระบบประมาณทำให้งบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับในปี 2546 เทียบกับปี 2545 มีโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณมากขึ้นจำนวน 33 แห่ง (ร้อยละ 28.7) ได้รับงบประมาณน้อยลงจำนวน 60 แห่ง (ร้อยละ 52.2) ในด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพบว่าเมื่อเทียบกับปี 2546 กับปี 2545 มีโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจำนวน 74 แห่ง (ร้อยละ 64.3) และค่าใช้จ่ายลดลงจำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) ในขณะที่โรงพยาบาลสามารถจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้นในปี 2546 เมื่อเทียบกับปี 2545 จำนวน 63 แห่ง (ร้อยละ 54.8) และเก็บลดลงจำนวน 41 แห่ง (ร้อยละ 35.7) เมื่อคุณผลลัพธ์ (งบประมาณที่ได้รวมกับรายได้ที่เก็บเองหักด้วยค่าใช้จ่าย) พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์ในปี 2546 มากขึ้นกว่าปี 2545 จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 53.1) และลดลงจำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 18.3) แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารโรงพยาบาลพยายามบริหารโดยลดค่าใช้จ่าย และหารายได้เพิ่มด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการต่อไปได้สอดคล้องกับอัตราส่วนสภาพคล่อง (Quick ratio) ที่พบว่า มีโรงพยาบาลส่วนใหญ่จำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 36.5) มีอัตราส่วนสภาพคล่องมากกว่า 2 รองลงมา มีอัตราส่วนสภาพคล่องมากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) และพบว่ามีโรงพยาบาลที่มี

อัตราส่วนทุนหมุนเวียน(Current ratio) มากกว่า 2 จำนวน 52 แห่ง (ร้อยละ 45.2) มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนมากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) และยังสอดคล้องกับคำตอบของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ว่า โครงการนี้ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการบริหาร โดยเฉพาะด้านงบประมาณ (ร้อยละ 88.7) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้ศึกษาในปี 2546 ที่ พบว่ามีหลายโรงพยาบาลประสบปัญหาทางการเงิน อย่างไรก็ตามการลดค่าใช้จ่ายในด้านต่าง ๆ หากลดมากเกินไป ก็อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาโรงพยาบาล/การพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ดังที่ได้ข้อมูลจากการทำเสวนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ และพบว่าบางวิชาชีพ ในโรงพยาบาลบางแห่งสะท้อนให้เห็นสภาพการถูกจำกัด/ลดงบประมาณการไปอบรม/พัฒนา หลังมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการที่โรงพยาบาลต้องพัฒนา ให้ก้าวสู่สถานะโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้งการลดค่าใช้จ่ายมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการ เช่น ข้อมูลที่ได้จากตัวแทนประชาชนในการทำเสวนากลุ่มว่า หลายครั้งที่ไปโรงพยาบาลจะได้แต่ยาพารา และยาที่เคยได้ก็มีจำนวนลดน้อยลงกว่าที่เคยได้ บางคนที่เป็นผู้พิการซึ่งเคยได้สายสวนปัสสาวะครั้งละ 3 สาย เพื่อเปลี่ยน ก็จะได้ลดลงเหลือสายเดียว ทำให้ต้องไปบ่อยขึ้นสร้างความลำบากในการเดินทางแก่ผู้พิการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทาง นอกจากนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการได้รับงบประมาณงวดแรกไม่เกินวันที่ 15 ตุลาคมเพราะในปีงบประมาณ 2547 ส่วนใหญ่ได้รับในช่วงวันที่ 21-30 พฤศจิกายน 2546 สำหรับผู้ป่วยนอกพบว่า มีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอกมากขึ้นในปี 2546 เทียบกับกับปี 2545 จำนวน 50 แห่ง (ร้อยละ 43.5) (หลายโรงพยาบาลมีการจัดทีมแพทย์ไปตรวจที่ศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย) โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยนอกเพิ่มประมาณ ร้อยละ 10 ในเรื่องผู้ป่วยในพบว่าเมื่อเทียบกับปี 2546 กับปี 2545 พบว่า มีโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น จำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 30.4) โดยสรุปนโยบายนี้มีผลกระทบต่อโรงพยาบาลในเรื่องของการบริหารงบประมาณปริมาณงานการให้บริการที่เพิ่มขึ้น

ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการนั้นได้รับผลกระทบจาก พ.ร.บ.นี้ โดยการที่มีผู้มารับบริการมากขึ้น (ร้อยละ 82.7) และเห็นว่า พ.ร.บ.นี้มีผลต่อวิธีการให้บริการโดยมีผลทำให้การบริการดีขึ้นร้อยละ 50.7 อีกทั้งร้อยละ 93.4 เห็นว่า เมื่อมีนโยบายนี้ทำให้มีการปรับปรุงการบริหารโรงพยาบาล สำหรับผลกระทบต่อรายได้ของผู้ให้บริการนั้น ร้อยละ 51.6 ตอบว่าไม่มีผลกระทบ เมื่อได้ถามถึงผลกระทบของ พ.ร.บ.นี้ต่องาน พบว่า 448 คน (ร้อยละ 28.6) ตอบว่าไม่มีผลกระทบ แต่ 198 คน (ร้อยละ 12.6) ตอบว่ามีผลจากการที่มีผู้ป่วยมากขึ้น จำนวน 133 คน (ร้อยละ 8.5) ตอบว่ามีผลจากการทำงานที่

ยากขึ้น และจำนวน 89 คน (ร้อยละ 5.7) เห็นว่ามีผลกระทบจากงบประมาณ ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าในหลายสาขาอาชีพให้ข้อมูลที่ตรงกัน ในเรื่องปริมาณงานที่มากขึ้นจากการประชาสัมพันธ์โดยสื่อต่าง ๆ ความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น ประกอบกับการมีบุคลากรจำกัด และจำเป็นต้องจัดบุคลากรส่วนหนึ่งไปทำงานนอกโรงพยาบาล ตลอดทั้งงานด้านเอกสาร (ที่หลายคนต้องเอากลับไปทำที่บ้านหลังเลิกงาน) การตรวจสอบสิทธิ ข้อจำกัดเรื่อง งบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์ มาตรา 41 มาตรา 42 ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งบางครั้ง การสั่งการระหว่างสปสข.กับกระทรวงสาธารณสุขต่างกัน ส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร (โดยเฉพาะเมื่อมีมาตรการจำกัดกำลังคนรวมถึงมาตรการที่ 3) อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เห็นว่ามีผลกระทบต่อมาตรฐานวิชาชีพน้อยเนื่องจากทุกวิชาชีพมีแนวทางการดำเนินงานตามวิชาชีพนั้น ๆ อยู่ และมีการดำเนินการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA(Hospital Accreditation) หรือ ISO แต่มีงานบริการบางอย่างที่ต้องใช้หัตถการ เช่น ทันตกรรมอาจมีกีดกันผู้ป่วยยาวนานขึ้นจาก 1 เดือนเป็น 3 เดือน ในบางโรงพยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพที่อาจมีผลต่องานตามหน้าที่ปกติที่อาจจะทำได้ไม่ครบหรือไม่ทัน เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภคของเภสัชกร หรือกรณีที่เน้นการพัฒนามูลฐานแต่มีงบประมาณด้านนี้จำกัด

ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

สำหรับผู้รับบริการจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 62.2) และผู้ป่วยใน (ร้อยละ 37.3) และเห็นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.7) ว่าระยะเวลาการรับบริการตั้งแต่ต้นจนจบอยู่ในเกณฑ์ดี และร้อยละ 42.9 เห็นว่าธรรมดา ในขณะที่ร้อยละ 9.1 เห็นว่าต้องปรับปรุง ในเรื่องคุณภาพการบริการผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าดี จำนวน 1,523 คน (ร้อยละ 62.6) ในการ เปรียบเทียบการบริการในภาพรวมกับช่วงก่อนมีโครงการนี้พบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าดีขึ้นจำนวน 1,214 คน (ร้อยละ 49.9) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศิริเพ็ญสุกกาญจน์กันติและคณะที่ศึกษาในปี 2546 และพบว่าประชาชนบางส่วนเห็นว่าคุณภาพการบริการเหมือนเดิมไม่มีความแตกต่างมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาคนละปีและช่วงที่ผ่านมาโรงพยาบาลต่างๆพยายามปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบ HA (Hospital Accreditation) และเพื่อให้ผู้รับบริการพอใจ โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากการไปเยี่ยมจังหวัดต่างๆของคณะกรรมการการสาธารณสุขภูมิภาคที่พบว่า ทุกจังหวัด มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและผลลัพธ์ คือประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจ เมื่อประกอบกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากตัวแทนประชาชนที่ว่าประชาชนพอใจ แสดงให้เห็นว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่พอใจกับการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการของหลายสถาบัน เช่น

เอแบคโพลล์ (ปี 2546) สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ปี 2546) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (ปี 2546) อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้รับบริการจำนวนหนึ่งยังไม่พอใจกับบริการที่ได้รับ และต้องการให้ มีการปรับปรุงทั้งในเรื่องเวลาการรับบริการ คุณภาพการบริการ โดยเห็นด้วยว่า บุคลากรที่ให้บริการไม่ เพียงพอ จำนวน 834 คน (ร้อยละ 34.3) โดยในจำนวนที่เห็นว่าไม่เพียงพอ นี้ เห็นว่าควรเพิ่มบุคลากรประเภทแพทย์มากที่สุด จำนวน 533 คน (ร้อยละ 21.9) รองลงมาคือ เพิ่มทั้งแพทย์และพยาบาล 132 คน (ร้อยละ 5.4) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นยังพบว่า ในส่วนของ ประชาชนเห็นด้วยว่าสื่อการประชาสัมพันธ์ทำให้คนเข้าใจนโยบายนี้ผิด ควรมีการสอดแทรก ประชาสัมพันธ์โดยใช้กระทรวง อื่น ๆ ด้วย เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และ อยากให้มีการตั้งคณะกรรมการควบคุมมาตรฐานในระดับจังหวัดแล้วจะมีภาคประชาชนเข้าไป ร่วมด้วยจะเป็นอีกทางที่ทำให้ประชาชนเข้าใจเรื่องนี้ดีขึ้น แต่สรุปแล้วประชาชนพอใจกับนโยบาย นี้ที่ผ่านมา ซึ่งหากพิจารณาจากการศึกษาของ Aday และ Anderson ที่พบว่าปัจจัยของความพึงพอใจ ของผู้รับบริการมี 6 ประการและ ค่าใช้จ่ายเป็นเพียงประการเดียวที่ให้ผู้รับบริการพึงพอใจเพียง 30 บาท ก็ไม่น่าที่จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจในภาพรวมได้ แต่น่าจะมีปัจจัยอื่นเสริมเช่นเรื่องของ คุณภาพการบริการ ด้านอรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่ ด้านความสะดวก ด้านการประสานงานและด้าน ข้อมูลที่ได้รับ(ข้อมูลของโรคและผลการรักษา) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โรงพยาบาลต่างๆ มีการพัฒนาคุณภาพ (เริ่มมีการพัฒนาตั้งแต่คร.อาทิตย์ อุไรรัตน์เป็น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้นโยบาย 3 S คือ Smile Smell Surrounding ต่อมา มี ISO และ HA จึงเปรียบเสมือนมีการพัฒนาโดยตลอด) นอกจากนี้มีการประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการมีการเปิดช่องทางรับเรื่องร้องทุกข์ มีการพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ด่านหน้าซึ่งต้อง พบกับผู้มารับบริการให้พูดจาปราศรัยดีๆ และบางโรงพยาบาลได้อาศัยตัวแทนประชาชน/ อาสาสมัครในการอำนวยความสะดวก/แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล

ในเรื่องของการยินดีจ่ายค่ารักษาในกรณีที่พอจะจ่ายค่ารักษาได้นั้นข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าไม่ยินดีจ่ายจำนวน 1,669 คน (ร้อยละ 68.6) ซึ่งข้อมูลของเอแบคโพลล์พบว่า หากมีการขอความร่วมมือให้จ่ายเงินค่าธรรมเนียมเกินกว่าครั้งละ 30 บาท ส่วนใหญ่พร้อมที่จะจ่าย (61 %) ที่แตกต่างกันเป็นเพราะคำถามไม่เหมือนกันทำให้ผู้ตอบในการศึกษานี้ไม่ทราบว่าจะจ่าย ต้องจ่ายเท่าใด เต็มจำนวนหรือไม่ ประกอบกับผู้ตอบส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จึงตอบว่าไม่ยินดีจะจ่าย

ในขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นตัวแทนประชาชนอยากให้ใช้คำว่า “ค่าธรรมเนียม” มากกว่าคำว่า “ร่วมจ่าย” และให้คำนึงถึงประชาชนระดับรากหญ้าที่หากต้องร่วมจ่ายเงินเป็นจำนวน มากก็เกรงว่าจะไม่มารับบริการที่สถานพยาบาล แต่จะหันไปซื้อยาที่ร้านหมอดีเหมือนเดิมซึ่งอาจไม่

ตรงตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการไม่ว่ายากดีมีจน สำหรับตัวแทนผู้ให้บริการแสดงความเห็นด้วย ส่วนใหญ่ในทุกวิชาชีพว่าควรมีการร่วมจ่ายและมีผู้มาใช้บริการหลายคนอยากจะจ่ายแต่ไม่รู้ว่าจะได้รับเงินได้ไหม ในขณะที่ผู้มารับบริการบางคนเลือกที่จะไม่ใช้สิทธิ 30 บาทแต่ยินดีจ่ายเอง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่พบว่าผู้ป่วยขอใช้ห้องพิเศษโดยออกส่วนเกินมากขึ้น น่าจะพิจารณาเก็บเงินผู้ที่สามารถจ่ายได้

ข้อเสนอแนะ จากผลกระทบต่อปริมาณงานที่มากขึ้น ความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น รัฐบาลจึงควรจัดสรรอัตราค่าจ้างบุคลากรให้เหมาะสม เพียงพอ ตลอดทั้งสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เพิ่มเงินเดือน ค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น และควรทำความเข้าใจกับบุคลากรในเรื่องนโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐโดยเฉพาะมาตรการที่ 3 สำหรับงบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรควรมีหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย ควรมีปริมาณงบประมาณที่มากพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และจัดสรรให้ถึงโรงพยาบาลโดยเร็ว ในเรื่องการร่วมจ่าย (co-payment) เป็นเรื่องที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่วนใหญ่ยอมรับ จึงควรมีการศึกษาว่าจะร่วมจ่ายอย่างไร เท่าใดจึงจะเหมาะสม ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการเห็นด้วยตรงกันในเรื่องของการประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอเพื่อให้ประชาชนและผู้ให้บริการมีความเข้าใจในสิทธิต่าง ๆ มาตรา 41 และมาตรา 42 นั้น อาจเป็นสิ่งที่ทำให้มีการร้องเรียกเงินเพิ่มขึ้นกว่าที่ควรจะเป็นจึงควรมีการศึกษาติดตามทั้งในแง่ผลดี และผลเสียต่อภาพรวมของระบบในระยะยาวต่อไป ควรมีความชัดเจนว่าเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาตามบทเฉพาะกาลแล้ว (3 ปี นับตั้งแต่เริ่มใช้ พรบ.นี้) จะมีการดำเนินการของโรงพยาบาลต่างๆ(ภาครัฐและเอกชน) ในลักษณะใด ควรมีการติดตามให้มีดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดตามคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

Executive Summary

The objectives of this cross-sectional study are to evaluate the effect of National Health Security Act to health care providing units, health personnel and patients. Informations are collected by both quantitative and quantitative means. Population of this study is the hospitals in Bangkok and every provinces that joined 30 baht scheme in 2003. Sample size was calculated by using Taro Yamane formula, and simple random sampling was done to choose provinces and hospitals from Government and Private sectors. Also 7 Focus Group Discussions were conducted to collect qualitative data from professional personnel and people. From quantitative data by questionnaires :115 Administrators of hospitals, most of them are 10-30 bed hospitals (43.5%). Most of hospitals have less than 3 physicians (42.6%), less than 2 dentists (51-4%), 3-5 pharmacists (43.5%), and 41-60 nurses (30.4%). The effect of this Act to hospital is the management of constrained budget and the increasing number of patients (about 10%) with higher expectation in hospital service, as annouced by public relation. According to the uncertainty in allocating budget to hospitals along 2002 – 2003, the administrators have had to adapt their management for gaining the income of hospitals and reducing the expenses, so that they could execute the hospitals smoothly with Quick ratio more than 1 about 60%, and Current ratio more than 1 about 68%. The effect of this Act to health personnel :1567 health Personnel replied, and most of them are nurses (38%), In their opinions, this Act causes the improvement of the hospital management (93.4%), the hospital services (50.7%), but this Act has no effect to health persernel' s income (51.6%) and the standard of professional practice. Anyway in some hospitals, where there is limitation of budget, the human resource development is restricted, and where some physicians resigned, the rest work harder . Some nurses get more over-time paid, but they claimed that it was not comparable with the time they lost to stay with their families. The effect to patients :2426 patients by surveyed, most of them are labors (35.1%), farmers (28.8%) . They think that the total time of service is good (47.7%), and the quality of service is also good (62.6%), compare with former time (before this Act) the service now is better (49.9%). At the mean time some patients still wanted the service to be improved, particularly the number of doctors and nurses. Some patients complained about the fewer amount of medications than before. For health promotion and prevention of disease, they think that the health personnel never advised

them (51.7%). Both health personnel and patients agree in co-payment principle but detail has to be discussed.

Recommendation

1. As the number of patients are increasing, there should be appropriate number of health personnel, and salary / wage should be properly paid.
2. The amount of budget should be sufficient and allocated in time (1st allocation of Fiscal year not late than 15 October).
3. Study about feasibility of co-payment is necessary.
4. IEC (Information Education Communication) for health personnel and patients should be conducted continuedly.
5. Article 41,42 may cause increasing amount of sue as supply induce demand and should be monitored closely.
6. After 3 years of this Act, the direction of hospitals particularly Public health hospital is not clear. It should be clarified.
7. Subcommittee for quality control and standard of health care providing units in all provinces should be set and monitored.

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นอันมาก กล่าวคือจากประสบการณ์การบริหารการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ในช่วงที่ผ่านมาได้พิสูจน์ชัดเจนว่า แม้ระบบสาธารณสุขจะมีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าสักเพียงใด ถ้าปราศจากการบริหารจัดการที่ดี ก็จะไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นกลยุทธ์และแนวทางที่เหมาะสมในการบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (equity) และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ (efficiency) ควบคู่กันไปด้วย

ประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา มีระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งครอบคลุมประชาชนหลายกลุ่ม และได้ขยายความครอบคลุมมาโดยตลอด จากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และต่อมาก็มีโครงการประกันสังคมซึ่งครอบคลุมลูกจ้างในภาคเอกชนสำหรับประชาชนโดยทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ในภาคการจ้างงาน ที่เป็นทางการนั้น ก็มีโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งขยายความคุ้มครองสำหรับผู้พิการ เด็ก ผู้สูงอายุ พระภิกษุ/ผู้นำศาสนา และรวมถึงทหารผ่านศึกด้วย นอกจากนี้ก็ยังมีระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ไม่ว่าจะเป็นโครงการบัตรสุขภาพของภาครัฐหรือโครงการประกันสุขภาพของเอกชน ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วมีจำนวนผู้ที่มีหลักประกันชนิดต่าง ๆ เกือบร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด แต่ระบบต่างๆ ที่มีอยู่เดิมนั้นก็มีปัญหาเรื่องความครอบคลุมปัญหาคุณภาพของการบริการของโครงการที่เกี่ยวข้องถือว่าเป็นโครงการ “สงเคราะห์” ปัญหาความไม่เสมอภาคของการบริการ และปัญหาการควบคุมค่าใช้จ่ายของบางโครงการ แนวคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถือว่าการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน จึงถูกผลักดันโดยบรรจุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 หมวดที่ 3 มาตรา 52 ความเป็น “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้ การป้องกันและกำจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ตามที่กฎหมายบัญญัติ” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540, 2543:38)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหาร การพัฒนาประเทศได้กล่าวถึงหลักประกันสุขภาพด้วย โดยระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ส่วนที่ 2 เรื่องการพัฒนาศักยภาพคนไทย บทที่ 5 ว่าด้วยการพัฒนาสุขภาพและพลานามัย แนวทางที่ 2 เรื่องการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและ การเข้าถึงบริการ ข้อ 2.1 (3) ที่ระบุไว้ดังนี้ “สนับสนุนให้ ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยเน้นขยายการครอบคลุมไปสู่ประชาชนผู้มี รายได้น้อยควบคู่กับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ตลอดจน การสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ และสวัสดิการที่มีอยู่ให้เป็น เอกภาพ และเน้นความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นหลัก”

พรรคไทยรักไทยก็ได้หาเสียงด้วย “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” และหลังจากที่ได้ รับการเลือกตั้งด้วยคะแนนอันท่วมท้น ในปี 2544 รัฐบาลก็ได้ดำเนินแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้านี้มาดำเนินการ โดยเริ่มจากการขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มที่ยังไม่มี หลักประกันใดๆ ในปัจจุบันภายใต้ ชื่อโครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค” โดยเริ่มโครงการนำร่องชุดแรกใน 6 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการลงทุนทางสังคม ตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 โครงการนำร่องชุดที่สองอีก 15 จังหวัด ในเดือนมิถุนายน 2544 และ เริ่มดำเนินการทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครบางส่วน) ในเดือนตุลาคม 2544 และขยายจน ครอบคลุมพื้นที่ในเดือนเมษายน 2545 ที่ผ่านมา

แม้ว่าโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” จะเป็นเสมือนตัวแทนของการนำแนวคิด เรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาแปลงไปสู่การปฏิบัติ ความชัดเจนและความรัดกุมของกลไก การจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ก็เป็นจุดสำคัญอีกส่วนหนึ่งของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ได้เปลี่ยนแปลงกลไกการจ่ายเงิน โดยหันมาใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้เป็นหลักใน โครงการประกันสังคมและโครงการ สปร. แต่โครงการ 30 บาทเป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่าย รายหัวแบบที่รวมเงินเดือนอยู่ในนั้นด้วย

สำหรับตัวโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” นั้นก็ได้ก่อให้เกิดความกังวลในหมู่ ข้าราชการและสถานพยาบาลในระดับต่างๆ อยู่ไม่น้อย และส่วนที่เกิดจากความไม่แน่นอน (uncertainty) อันสืบเนื่องมาจากการที่โครงการในระยะแรกยังขาดความชัดเจนในด้านกฎ กติกาและ แผนงานในการดำเนินโครงการ ... ทางด้านผู้ใช้บริการเองก็มีปัญหาความกังวลค่อนข้างมากเช่นกัน โดยผู้ใช้บริการจำนวนมากยังไม่ทราบรายละเอียดของกลไกและวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล และใช้สัญญาณจากการตั้งราคา (Price signaling) ซึ่งในกรณีนี้คือการเก็บค่ารักษาครั้งละ 30 บาท มาคาดการณ์ว่าบริการในโครงการนี้จะไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ผู้มีสิทธิ์ส่วนหนึ่งไม่กล้าไปใช้บริการ

ในระยะแรก ...ปัจจัยหนึ่งที่จะมีผลกระทบต่อความมั่นใจหรือวิตกกังวลในอนาคตของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล ก็คือความไม่แน่นอนของโครงการ (uncertainty) ซึ่งในช่วงปีที่ผ่านมา มีภาพของความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่ก่อนที่จะเริ่มโครงการทราบจนถึงทุกวันนี้ การทำให้โครงการมีกฎ กติกา และแผนการดำเนินการที่ชัดเจน มีความคงเส้นคงวา (consistency) และมีความน่าเชื่อถือ (credibility) จึงมีความสำคัญในการกำหนดความสำเร็จ และความล้มเหลวของโครงการ ดังนั้นจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงในการติดตามประเมินผลโครงการ (วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ, 2545:6-8)

เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ที่มาตราละเอียดยในช่วงต้น และมีการปรับแนวทางการดำเนินการเป็นระยะ เช่น ระบบการจ่ายเงินมีการเปลี่ยนจากแบบรวมเงินเดือนเป็นแยกเงินเดือนที่จังหวัด และแยกเงินเดือนไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข (กองบรรณาธิการ, 2546:7-21) เป็นต้น ประกอบกับการที่ทรัพยากรมีจำนวนจำกัด จึงอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสถานพยาบาล ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่มีบุคลากรและงบประมาณจำกัดทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลกระทบของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อสังคมไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลกระทบ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อสถานบริการ
2. เพื่อประเมินผลกระทบ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อผู้ให้บริการ
3. เพื่อประเมินผลกระทบ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อผู้รับบริการ

นิยามของการวิจัย

ผลกระทบ	หมายถึง	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมานับตั้งแต่ได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สถานพยาบาล	หมายถึง	สถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เข้าร่วมโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบผลกระทบนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อสถานพยาบาล,ผู้ให้บริการ,ผู้รับบริการ
2. ได้ข้อเสนอแนะที่จะนำไปใช้ประโยชน์ ต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒ (2546:653) ให้ความหมายประกันว่า หลักทรัพย์ที่ให้ไว้เป็นเครื่องรับรอง และให้ความหมายสุขภาพ (2546:1201) ว่า ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้นิยามของสุขภาพว่าหมายถึงสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2546:7) “สุขภาพไม่ใช่แค่เรื่องของเจ็บป่วยแล้วไปหาหมอ แต่สุขภาพเป็นวิถีชีวิตที่เป็นองค์รวม ผู้คนสุขภาพสบายใจอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สมานฉันท์..” กรุขบ ยอดแก้ว ผู้นำชุมชนจากภาคใต้กล่าว (ขวัญใจ เอมใจ, 2544) ดังนั้นการประกันสุขภาพจึงหมายถึงเวลาที่มีโรคภัยไข้เจ็บสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยมีหลักทรัพย์รับรอง

ประเทศไทยมีแนวคิดในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพมานานกว่า 20 ปี แต่แนวคิดดังกล่าวก็ยังไม่ได้ก่อตัวเป็นรูปเป็นร่างจนกระทั่งมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาในขณะนั้น ซึ่งมี ศ.นพ. ประสพ รัตนกร เป็นประธาน ได้มีความเห็นว่าเป็นเนื้อหาของรัฐธรรมนูญมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขอยู่หลายเรื่อง จึงน่าจะแยกเรื่องเหล่านั้นออกมาพิจารณาต่างหากเพื่อจะได้พัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยตรง ครอบคลุมและเหมาะสมกว่า ดังนั้นกลุ่มของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะทำงานในเรื่องนี้ จึงได้พูดคุยและระดมสมองหลายครั้งจนได้ข้อสรุปออกมาเป็นรายงานเรื่อง “ระบบสุขภาพประชาชาติ” ที่นำเสนอต่อวุฒิสภาก่อนที่จะหมดวาระเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2543

จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ ของดร. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ในปี 2544 พบว่า “ประเทศที่สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ล้วนใช้ระบบประกันที่เป็นแบบภาคบังคับ กองทุนประกันสุขภาพที่เป็นกองทุนเดียวมักมีปัญหาค่าครองชีพสูง ความต้องการของผู้ใช้บริการ แต่การมีกองทุนจำนวนมากมีปัญหาในเรื่องของการแข่งขันระหว่างกองทุน ซึ่งส่งผลให้เกิดการกีดกันผู้ที่ป่วยและผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน และความด้อยประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การกำหนดกฎเกณฑ์มีความจำเป็นในการสร้างความเท่าเทียม ประกันคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบประกัน ระบบต้องมีมาตรการการจ่ายค่าบริการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้และในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมบริการทางด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลในการพัฒนาสุขภาพและประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว การปฏิรูปที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ มุ่งเน้นวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการคือ

การสร้างหลักประกันถ้วนหน้าและการควบคุมค่าใช้จ่าย ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายในการปฏิรูป ในขณะที่บางประเทศใช้แผนแห่งชาติ” (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2544)

จากงานวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ปี พ.ศ. 2545 (วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ, 2545:107-115) พบว่า “การที่กระทรวงสาธารณสุขยังลังเลที่จะแยกบทบาทของผู้ซื้อบริการ (purchaser) ออกจากบทบาทการเป็นผู้ให้บริการ (provider) ทำให้ผู้ให้บริการรายอื่น ๆ (ทั้งในภาครัฐและเอกชน) ไม่ไว้วางใจในการดำเนินการต่าง ๆ ของกระทรวง และชวนให้เข้าใจว่า การทำงานส่วนใหญ่ทำไปเพื่อแก้ปัญหาภายในของกระทรวงเอง เพื่อสงวนงบประมาณไว้ให้กับสถานพยาบาลของกระทรวง ... การให้สถานพยาบาล (หรือแม้กระทั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เป็นหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนเองเป็นระบบที่น่าจะมีปัญหาการขัดกันของผลประโยชน์ (conflict of interest) อยู่ในตัวเอง... โครงการนี้ทำให้สถานพยาบาลทุกระดับ มีการดำเนินการรายงานเพิ่มขึ้นมาก ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาส่วนกลางจะตระหนักถึงปัญหานี้ และมีความพยายามที่จะตัดรายงานบางส่วนลง แต่ระบบข้อมูลของส่วนกลางยังคงเรียกข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ระดับล่างค่อนข้างมาก โดยเฉพาะระดับสถานีอนามัย ซึ่งหลายแห่งระบุว่าภาระรายงานที่กระทรวงมอบหมายมีมากจนไม่มีเวลาออกเยี่ยมชุมชน หรือการที่ต้องหาข้อมูลจำนวนมากเกินกำลังของ เจ้าหน้าที่ก่อให้เกิดการ “นั่งเทียน” เขียนรายงานกันอย่างกว้างขวาง... การพยายามเกลี้ยกล่อม ภายใต้งบว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดี แต่ในหลายกรณีความแตกต่างระหว่างเขตต่าง ๆ มีมากกว่า ความแตกต่างภายในเขตเดียวกัน ดังนั้นในกรณีที่กระทรวงสาธารณสุขจะยังคงความเป็นเจ้าของ สถานพยาบาลต่อไปในอนาคต การจัดการด้านนี้อาจมีความจำเป็นต้องดำเนินการโดยส่วนกลางมากกว่าที่ระดับเขต... ในหลายจังหวัดบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกมากขึ้น โดยการปรับระบบต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ในแนวทางที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมาสำนักรงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการจัดเวที และเป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ยเจรจาต่อรองในด้านการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งจังหวัด ส่วนใหญ่ก็สามารถตกลงกันได้ด้วยดี แต่สาเหตุหนึ่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องเข้ามา มีบทบาทนี้ค่อนข้างมาก (ในหลายกรณีอาจมากกว่าที่ควรจะเป็น) เกิดจากการที่ส่วนกลางไม่สามารถตกลงกันได้โดยหลักการ (เช่น การรวมเงินเดือน) ... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัด ที่รู้สึกว่าการงบประมาณใหม่ทำให้ตนสูญเสียอำนาจไป มักพยายามดึงหรือกันเงินไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้การกระจายงบประมาณล่าช้า หรือจัดสรรงบประมาณไปจากวัตถุประสงค์ของโครงการ... ระบบงบประมาณใหม่กำหนดให้ โรงพยาบาลทำหน้าที่ถือเงินของสถานีอนามัย ในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลด้วย ระบบนี้ทำให้โรงพยาบาลและสถานีอนามัย เป็นหน่วยที่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง และเอื้ออำนวยให้

โรงพยาบาลและสถานีนอนามัยร่วมกัน วางแผนการทำงานในพื้นที่ที่สอดคล้องกันมากขึ้น และเอื้อกับการพัฒนาศักยภาพของสถานีนอนามัย (เช่น การปรับมาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ PCU โดยมีแพทย์ พยาบาลเข้าไปประจำ และมีแพทย์หมุนเวียน) แต่ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรู้สึกกว่าตนเองมีปัญหา

การเงิน โรงพยาบาลที่ถือเงินก็จะพยายามเก็บเงินเอาไว้เองจนทำให้สถานีนอนามัยจำนวนมากขาดทรัพยากรในการให้บริการ ... วิธีการจัดสรรเงินของเครือข่ายต่าง ๆ ให้สถานีนอนามัยมีความแตกต่างกัน บางเครือข่ายอาศัยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขของอำเภอ (คปสอ. ซึ่งเป็นโครงสร้างที่มีอยู่เดิม) ในการบริหารจัดการ บางเครือข่ายจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาบริหาร (เช่น ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลปทุมธานี) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยได้ดีขึ้น แต่แนวทางการบริหารเครือข่ายส่วนใหญ่ยังคงขึ้นกับการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ... สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ต้องการความอิสระในการบริหารจัดการเรื่องเงิน และพอใจรูปแบบเดิมที่ตนบริหารเงินบำรุงของสถานีนอนามัยของตนเองมากกว่า ... การมีศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นนวัตกรรมที่มีผลในหลายด้าน ตัวอย่างเช่น ทำให้การให้บริการทางการแพทย์ใกล้ตัวประชาชนมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล การมี PCU ก่อให้เกิดการปรับตัวและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ซึ่งเคยทำงานโดยไม่เคร่งครัดเรื่องเวลา เกิดการปรับตัวเมื่อต้องทำงานกับพยาบาลที่จะเข้มงวดในด้านเวลา และพยาบาลเองก็ได้ฝึกฝนการออกชุมชนจากเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย บาง PCU มีการจัดตั้งหน่วยย่อยลงไปอีกในการดูแลชุมชน เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งดูแลโดยทีม อสม. ซึ่งเป็นงานอาสาสมัครหมู่บ้านละทีม โดย อสม. แต่ละคนรับผิดชอบ 15-20 ครอบครัว ให้บริการต่าง ๆ เช่น การวัดความดันโลหิตและจ่ายยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังทุกวัน ... ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ที่พบมากใน PCU คือ ปัญหาสายการบังคับบัญชาที่ไม่ชัดเจน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ทำงานใน PCU กับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเดิม) ในบางสถานีนอนามัยที่โรงพยาบาลมา “รับช่วงกิจการ (takeover)” จะมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ว่าแพทย์ จะเป็นหัวหน้าของ PCU พยาบาลเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการรักษาและจ่ายยา และเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยลดบทบาทมาทำหน้าที่คัดกรองคนไข้ (ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก) แต่ในหลายสถานีนอนามัยที่ไม่มีแพทย์ไปประจำ เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและพยาบาลต่างก็เกิดความอึดอัดในสถานะที่ไม่ทราบแน่ชัดของตนและเกิดความขัดแย้งกันในบางครั้ง”

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) พ.ศ. 2546 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546:4-16). ผลการ

สำรวจ พบว่า ประชาชนทั่วประเทศประมาณ ร้อยละ 74.6 มีสิทธิเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 23.2 ไม่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการฯ และยังมีประชาชน ร้อยละ 2.2 ที่ไม่ทราบว่า มี /ไม่มีสิทธิ โดยผู้ไม่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการฯ ได้ระบุเหตุผลว่าเป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งรวมคนในครอบครัวที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล เป็นลูกจ้างในโครงการประกันสังคม/ กองทุนทดแทน/ สวัสดิการที่จัดโดยนายจ้าง และเป็นผู้มีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่หมดอายุ เป็นต้น ... ผลจากการสำรวจยังพบด้วยว่า ร้อยละ 74.9 ของประชาชนที่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบุว่า เคยใช้บริการ และร้อยละ 25.1 ไม่เคยไปใช้บริการ โดยให้เหตุผลที่สำคัญ เช่น ยังไม่เจ็บป่วย ไม่มั่นใจในคุณภาพของการบริการ ที่อยู่อาศัยปัจจุบันอยู่นอกพื้นที่โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรและมีประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน เป็นต้น และจากการสอบถามผู้ที่เคยใช้บริการการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องคนไข้มีอาการหนักสถานพยาบาลไม่ส่งต่อ และเรื่องสถานพยาบาลลำดับต่อไปปฏิเสธคนไข้ พบว่า ประชาชนในทุกภาคประมาณ ร้อยละ 94.0 และ 95.3 ระบุว่าไม่เคยประสบปัญหาดังกล่าวข้างต้น สำหรับในกลุ่มที่เคยประสบปัญหาเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล มีเพียงร้อยละ 6.0 และ 4.7 ที่ระบุว่าเคยประสบปัญหากรณีที่คนไข้มีอาการหนักสถานพยาบาลไม่ส่งต่อ และเคยประสบปัญหากรณีที่สถานพยาบาลลำดับต่อไปปฏิเสธการรับคนไข้...เมื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความพึงพอใจ ในการใช้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ประชาชนที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.2 มีความพึงพอใจ โดยมีความพอใจระดับมากและระดับปานกลางในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน และมีเพียงร้อยละ 2.8 ที่ไม่พึงพอใจ ทั้งนี้ผู้ที่ระบุว่าไม่พอใจได้ให้เหตุผลว่า ได้รับการรักษาพยาบาลไม่ดีพอ คุณภาพยาไม่ดี เป็นต้น...สำหรับความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพหลังจากมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนส่วนใหญ่โดยรวม ร้อยละ 57.9 ระบุว่าคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนมีโครงการฯ ร้อยละ 37.4 ระบุว่าเหมือนเดิม มีเพียงร้อยละ 1.8 ที่เห็นว่าแย่ลง และมีผู้ ไม่แสดงความคิดเห็น ร้อยละ 2.9 ... ผลจากการสำรวจ พบว่าประชาชนที่ใช้บริการการประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่โดยรวมร้อยละ 62.7 มีความเชื่อมั่นว่าการรักษาพยาบาล เมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีมาตรฐานการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกับการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลประเภทอื่น เช่น สวัสดิการของข้าราชการ บัตรประกันสังคม เป็นต้น ... ตามที่รัฐได้จัดให้ผู้รับ บัตรทองไปใช้บริการได้เฉพาะสถานพยาบาลตามที่ระบุในบัตรเท่านั้น พบว่า มีประชาชนที่ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 49.5 และ 50.5 ตามลำดับ โดยผู้ที่ไม่เห็นด้วยระบุเหตุผลว่า สถานพยาบาลที่ระบุไว้ไกลจากที่อยู่อาศัย ปัจจุบัน ไม่มั่นใจใน คุณภาพของการบริการของสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง มี

สถานพยาบาลอื่นใกล้บ้านกว่า เป็นต้น ...ผลจากการสำรวจ พบว่า ประชาชนในทุกภาคมีความต้องการให้รัฐดำเนินการเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป สูงถึงร้อยละ 90.9 และมีประชาชนร้อยละ 50.1 เห็นว่าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐดำเนินการอยู่ในปัจจุบันเหมาะสมแล้วไม่ควรปรับปรุง ส่วนประชาชนอีกร้อยละ 49.9 เห็นว่าควรมีการปรับปรุง โดยให้ข้อเสนอแนะว่าสถานพยาบาลควร มีมาตรฐานการรักษาและบริการสูงกว่าเดิม ร้อยละ 27.9 ควรเข้ารับการรักษาได้ทุกสถานพยาบาลทั่วประเทศ ร้อยละ 17.9 ยากควรมีคุณภาพ ร้อยละ 17.3 ควรเพิ่มบุคลากร และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 2.5 เป็นต้น ... นอกจากนั้นมีประชาชนประมาณร้อยละ 26.3 ได้แสดงความคิดเห็นให้ ข้อเสนอแนะต่อโครงการในแนวทางเดียวกับที่เสนอไว้ในเรื่องที่ต้องการปรับปรุง คือ ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรรักษาพยาบาลได้ทั้งในโรงพยาบาล/คลินิก ตลอด 24 ชั่วโมง ควรปรับปรุงคุณภาพ การรักษาให้มีมาตรฐาน และรักษาได้ทุกโรค ให้มีบัตรทองทุกคนและลดขั้นตอนการใช้บัตร เพิ่มแพทย์/อุปกรณ์/สถานพยาบาลควรเปลี่ยนเป็นบัตร 100 บาทรักษาทุกโรค และมีบัตรประกัน สุขภาพ 500 บาท ควรประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร ควรประชาสัมพันธ์ให้ทราบว่าบัตร 30 บาทรักษาโรคใดได้บ้าง เป็นต้น

จากการสรุปผลการพิจารณาติดตามโครงการ 30 บาท ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ปี 2546 (รายงานผลงานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา สิงหาคม 2543 - สิงหาคม 2546, 2546:39-40) มีดังนี้

1.นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่ดีได้รับความพึงพอใจเป็นอย่างมากจากประชาชนส่วนใหญ่ โดยครอบคลุมทั้งเรื่อง การป้องกันโรค รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ และได้รับความร่วมมือจากสถานพยาบาลของรัฐ และเอกชนเป็นการนำทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่มาใช้อย่างคุ้มค่า เป็นการประหยัดงบประมาณทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งในส่วนของผู้ให้บริการต้องมีการเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ควรที่รัฐบาลจะต้องสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเพิ่มเงินเดือน ค่าตอบแทน รวมทั้งระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นต้น

2.งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลปัจจุบันจะเพียงพอหรือไม่ยังไม่มี ความชัดเจน ปัญหาที่เห็นเด่นชัดในขณะนี้ได้แก่ การเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า ทั้งในส่วนกองทุนเองและส่วนของสถานพยาบาลที่มีการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจแก้ไขโดยการจ่ายเงินล่วงหน้าจำนวนหนึ่งเมื่อทวงถาม และมีการจ่ายเพิ่มเมื่อการตรวจสอบเอกสารแล้วเสร็จ

ด้านการร่วมจ่าย (Co-payment) ควรจัดตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาระดับความเป็นไปได้ในส่วนของการร่วมจ่าย

3. เครือข่ายบริการในขณะนี้มีความมากเกินไป แต่ละเครือข่ายอาจไม่ครอบคลุมบริการทุกระดับ การจัดเครือข่ายให้มีจำนวนน้อยลง แต่ละเครือข่ายสามารถให้บริการได้ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำสัญญาซื้อบริการจากเครือข่ายโดยตรงโดยมีวงเงินงบประมาณที่แน่นอนในแต่ละปี เพื่อให้เครือข่ายบริการจัดทำแผนบริหารงบประมาณเองได้

4. ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล ซึ่งพัฒนามาจากสถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ยังขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพ รัฐบาลควรมีแผนที่ชัดเจนในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยอาจคัดเลือกบุคลากรที่มีเงินเดือนประจำ เช่น เกษตรกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ เข้ารับการศึกษาคือเนื่องเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และควรส่งเสริมให้มีการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติมาใช้ในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์ รวมทั้งควรกำหนดตำแหน่งให้มีแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัยที่พัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

อนึ่งหน่วยบริการในระดับปฐมภูมียังมีคุณภาพและมาตรฐานที่ไม่เท่าเทียมกันทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ควรพัฒนาหน่วยบริการให้มีมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ให้ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นด่านแรก

ในส่วนของการบริการระดับตติยภูมิ กรณีให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ควรมีการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการในระดับเครือข่ายบริการและการส่งต่อ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดค่าใช้จ่ายของประชาชน

5. ปัจจุบันยังมีประชาชนจำนวนมากได้รับสิทธิในการประกันสุขภาพช้าซ้อน และมีประชาชนบางพื้นที่ได้รับสิทธิแต่ไม่สะดวกในการไปใช้บริการ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการเดินทางค่อนข้างมาก นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรเร่งรัดให้มีการปฏิบัติตามมาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้ประชาชนที่ประสงค์จะใช้สิทธิต้องยื่นคำขอลงทะเบียน โดยจะแตกต่างจากโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ที่รัฐบาลจัดทำบัตรและแจกจ่ายให้โดยประชาชนไม่ได้ยื่นคำขอลงทะเบียน

ในขณะเดียวกันควรจัดการระบบฐานข้อมูลให้ถูกต้องทันสมัย เพื่อประโยชน์ของการใช้สิทธิของประชาชนและเพื่อการตรวจสอบสิทธิของสถานพยาบาลให้เป็นศูนย์กลางเดียวกัน

โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทำให้สามารถตรวจสอบได้โดยสะดวกตลอด 24 ชั่วโมง เช่นเดียวกับโครงการประกันสังคม

6.ปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุข ผสมผสาน โดยการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุข และเข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลควรพิจารณากระจายอำนาจการกำกับดูแลสถานอนามัยบางแห่งที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีเงื่อนไขในการที่ต้องกำหนดตำแหน่ง และ งบประมาณในการรับโอนบุคลากร และมีงบประมาณประจำในการบริหารงาน ส่วนงบประมาณบริการสาธารณสุขให้อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7.ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากมีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเปิดโอกาสให้เอกชนเข้าร่วมโครงการมากขึ้น เพื่อภาครัฐและภาคเอกชนจะได้ร่วมใช้ทรัพยากรและอุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาสูงร่วมกัน เพื่อประหยัดเงินตราของประเทศและเป็นการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่อยู่อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ระหว่างวันที่ 21 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2546 (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์, 2547 ข). พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิและการใช้สิทธิ ส่วนใหญ่ตอบถูกต้อง (92%) และระบุหลักฐานครบและถูกต้อง (75%) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีสถานพยาบาลประจำตัวนั้นส่วนใหญ่เห็นด้วย (86%) (และหากเลือกได้จะเลือกสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน (96%)) ...หากมีการขอความร่วมมือให้จ่ายเงินค่าธรรมเนียมเกินกว่าครั้งละ 30 บาท ส่วนใหญ่พร้อมที่จะจ่าย (61%) ... ส่วนใหญ่เห็นว่าระยะเวลาในการรับบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่ใช่สิทธิบัตรทองใช้เวลาพอ ๆ กัน (76%) ... ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคโดยรวม การให้คะแนนความพึงพอใจต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เมื่อกำหนดคะแนนเต็ม 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยคือ 8 คะแนน (S.D.= 1.99) โดยให้คะแนนในช่วง 8-10 คะแนน ร้อยละ 67 ...ข้อดีสำหรับโครงการ 3 ข้อแรก ส่วนใหญ่ คือ การประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (51%) เป็นการช่วยเหลือคนจน (24%) และ เจ้าหน้าที่ให้บริการดี (9%)... ข้อควรปรับปรุง 3 ข้อแรก ส่วนใหญ่คือ การให้บริการ/กริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ (41%) คุณภาพการรักษา/คุณภาพยาและอุปกรณ์ (19%) และการเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาลเองได้ (9%) การสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ 1/2546 ของเอแบคโพลล์ วันที่ 1 กันยายน - 31 ตุลาคม 2546 (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์, 2547 ก) พบว่า ปริมาณงานบริการโดยเปรียบเทียบปริมาณงานระหว่างในรอบ 1 ปี พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 74.4 ตอบว่ามีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ปริมาณงานเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 37.2 ของ

ปริมาณงานที่เคยทำอยู่เดิม (S.D.= 22.14) ... การมีนโยบายพิเศษเพิ่มเติมของสถานพยาบาล ระบุว่า “มี” นโยบายพิเศษเพิ่มเติม ซึ่งตัวอย่างประมาณร้อยละ 90 เห็นด้วยกับนโยบาย(พิเศษ) ดังต่อไปนี้ คือ การพัฒนาคุณภาพการบริการ (เห็นด้วยร้อยละ 98.0) ...ความกังวลใจเรื่องต่าง ๆ สำหรับความกังวลใจในการปฏิบัติงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ตัวอย่างระบุความกังวลอยู่ในระดับ “มาก” ถึงระดับ “มากที่สุด” รวมกันเรียงตามลำดับคือ ข้อจำกัดของงบประมาณ (ร้อยละ 65.5) รองลงมาคือ ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 64.5) ...ความคาดหวังต่อปัจจัยสำหรับการปฏิบัติงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อพิจารณาคำตอบถึงสิ่งที่คาดหวังในระดับ “มาก” ถึงระดับ “มากที่สุด” รวมกันเรียงตามลำดับคือ โอกาสที่จะสร้างประโยชน์ให้แก่ประชาชน (ร้อยละ 78.0) สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ (ร้อยละ 70.2) ... ความเห็นต่อ “คุณภาพการบริการ” การบริการที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิแต่ละประเภทได้รับในปัจจุบัน ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าอยู่ ในระดับ “ดี” ถึงระดับ “ดีมาก” รวมกัน ...ความคิดเห็นต่อหลักการของโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า โดยพิจารณาจากคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่า “เห็นด้วย” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” รวมกันเรียงตามลำดับได้ดังต่อไปนี้ การให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยการให้สถานีนอนามัย/หน่วยบริการเทศบาล/หน่วยบริการกรุงเทพมหานครทำหน้าที่เป็น PCU (ร้อยละ 80.5) ...ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านต่าง ๆ ที่ตัวอย่างระบุคำตอบอยู่ ในระดับ “ค่อนข้างมาก” ถึงระดับ “มาก” รวมกันคือ การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน (ร้อยละ 67.4) ...สาเหตุหลักที่มีผลทำให้ตนเองหรือเพื่อนร่วมงานที่รู้จักลาออกหรือคิดลาออกจากราชการ เรียงตามลำดับได้แก่ ภาระการงาน (ร้อยละ 80.5) รายได้/ ค่าตอบแทนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 74.3) ...สิ่งที่ควรปรับปรุงเร่งด่วนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างระบุนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การปรับปรุงระบบงบประมาณให้เพียงพอเหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง (ร้อยละ 39.8) การขยายสิทธิ/ปรับปรุงเรื่องสิทธิให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับความต้องการใช้บริการของประชาชน (ร้อยละ 25.6) ปรับปรุงเรื่องสวัสดิการ ค่าตอบแทนแก่บุคลากร (ร้อยละ 24.6) ... ความพึงพอใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ เมื่อให้ตัวอย่างระบุคะแนนความพึงพอใจ โดยกำหนดให้คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน พบว่า ในด้าน “ผลต่อประชาชน” ตัวอย่างส่วนใหญ่ให้คะแนนอยู่ระหว่าง 7 - 8 คะแนน (ร้อยละ 45.1)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ศึกษาและประเมินรูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2546 พบว่า โรงพยาบาลต่างๆมีการพัฒนาคุณภาพบริการและมีหลายโรงพยาบาลประสบปัญหาทางการเงิน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546:20-21)

การศึกษาของศิริเพ็ญ สุภกาญจน์กันติและคณะที่ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันในปี 2546 (ศิริเพ็ญ สุภกาญจน์กันติ และคณะ, 2546:จ).และพบว่าในเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาลประชาชนบางส่วนเห็นว่าคุณภาพการบริการเหมือนเดิมไม่มีความแตกต่างมาก และเสนอว่า รัฐควรสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสถานบริการสาธารณสุขให้มีอิสระและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Aday และ Anderson. ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1975 และพบว่า องค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึkfพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 6 ประการคือ ความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ การประสานงานของหน่วยบริการ อัยยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่าย (Aday, L. and Anderson,R. ,1975)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Cross-section survey study) ที่ใช้วิธีการหลายรูปแบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ประชากรศึกษา คือ สถานพยาบาลที่เข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกแห่ง ในปี 2546 จำนวน 981 แห่ง

3.1 วิธีการศึกษา

การศึกษาโดยการสำรวจ

ขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรของ Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1 + Nd^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ประชากร (981)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (10 %)

จากการคำนวณจะได้ขนาดตัวอย่าง คือ โรงพยาบาล 91 แห่ง ($n = 91$)

1.2 เลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของทุกเขต เขตละ 2 จังหวัด (2 เท่าของขนาดตัวอย่างเพราะจากการศึกษาหลายครั้งพบว่าการตอบแบบสอบถามกลับประมาณ 50 %) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มได้จังหวัด อุดรธานี, อ่างทอง, นครนายก, สระบุรี, ปราจีนบุรี, ชลบุรี, กาญจนบุรี, เพชรบุรี, ชัยภูมิ, นครราชสีมา, ขอนแก่น, อุบลราชธานี, ยโสธร, อุทัยธานี, นครสวรรค์, เพชรบูรณ์, เชียงใหม่, ลำพูน, นครศรีธรรมราช, ตรัง และกรุงเทพมหานคร

1.3 เลือกสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัด โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

1.3.1 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง

1.3.2 โรงพยาบาลเอกชน ที่เข้าร่วมนโยบายนี้ 1 แห่ง

1.3.3 โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง (ตามสัดส่วน Proportion to size)

สำหรับกรุงเทพมหานคร เลือกสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัย , กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนอย่างละ 1 แห่ง ศูนย์สาธารณสุข 3 แห่งของกรุงเทพมหานคร

1.4 สุ่มแบบสอบถาม (ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง และทดสอบแล้ว) ให้โรงพยาบาลที่ถูกเลือก เพื่อให้บุคคลดังต่อไปนี้ตอบ

1.4.1 ผู้บริหารโรงพยาบาล

1.4.2 ผู้ให้บริการ (กลุ่มวิชาชีพละ 2 ชุดเป็นอย่างน้อย)

- แพทย์
- ทันตแพทย์
- เกษัตริ์กร
- พยาบาล

2. ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ (โดยนักศึกษาวิทยาลัยฯที่ได้ผ่านการอบรมแล้ว) โดยคัดเลือกจังหวัดในข้อ 1 จำนวน 12 จังหวัด โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากข้อ 1.2 ได้จังหวัดอยุธยา, นครนายก, ชลบุรี, กาญจนบุรี, นครราชสีมา, ขอนแก่น, อุบลราชธานี, นครสวรรค์, เพชรบูรณ์, เชียงใหม่, นครศรีธรรมราช, ตรัง และกรุงเทพมหานคร และเลือกโรงพยาบาลในจังหวัดเช่นเดียวกับข้อ 1.3

- ผู้ป่วยในโรงพยาบาล 10 คน
- ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล 10 คน
- ประชาชนในพื้นที่ที่เคยรับบริการนับแต่เริ่มนโยบายนี้ 10 คน

3. จัดประชุมเสวนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของตัวแทนวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัตริ์กร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนภาคประชาชน โดยการเลือกตัวแทนนั้นเลือกโดยกระจายตามประเภท ขนาดของโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาคทั่วประเทศ

4. ศึกษาจากเอกสาร/ รายงานของหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งการนำเสนอของหน่วยงานในที่ประชุม คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows เพื่อหาค่าสถิติต่าง ๆ

แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและนำเสนอในรูปความเรียงประกอบตารางตามลักษณะของข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นที่มีโครงสร้างประกอบด้วยข้อคำถามสอบถามความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะ นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) มีความถี่ และร้อยละกำกับ

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 เจริญปริมาณ

โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามกลับ มี 115 แห่ง ประกอบด้วย

4.1.1	แบบสอบถามผู้บริหาร โรงพยาบาล	จำนวน	115	ชุด
4.1.2	แบบสอบถามผู้ให้บริการ	จำนวน	1,567	ชุด
4.1.3	แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการ	จำนวน	2,426	ชุด

4.1.1 แบบสอบถามผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 115 ชุด

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของประเภทโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
รัฐบาล	113	98.3
เอกชน	2	1.7

จากตารางที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลร้อยละ 98.3 ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชน คือร้อยละ 1.7

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตำแหน่ง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ผู้อำนวยการ	84	73.0
รองผู้อำนวยการ	7	6.1
หัวหน้ากลุ่ม	4	3.5
หัวหน้าฝ่ายบริหาร	3	2.6
อื่น ๆ	14	12.2
ไม่ตอบ	3	2.6

จากตารางที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามตำแหน่งผู้อำนวยการ ร้อยละ 73.0 รองลงมาคือ รองผู้อำนวยการ ร้อยละ 6.1 และเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน ร้อยละ 3.5 การดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 8 ปี

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละของขนาดเตียงโรงพยาบาล

ขนาดโรงพยาบาล	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
10 – 30 เตียง	50	43.5
60 เตียง	31	27.0
90 เตียง	10	8.7
91 – 300 เตียง	10	8.7
> 300 เตียง	12	10.4
ไม่ตอบ	2	1.7

จากตารางที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 – 30 เตียงร้อยละ 43.5 รองลงมาเป็น โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ร้อยละ 27 และขนาดมากกว่า 300 เตียง ร้อยละ 10.4

ตารางที่ 4 จำนวนและค่าร้อยละของแพทย์ในโรงพยาบาล

แพทย์	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
1 – 3 คน	49	42.6
4 – 6 คน	34	29.6
7 – 10 คน	15	13.0
>10 คน	17	14.8

จากตารางที่ 4 พบว่า ในโรงพยาบาลมีบุคลากรที่เป็นแพทย์น้อยกว่า 3 คนมีร้อยละ 42.6 รองลงมามีแพทย์ 4-6 คนร้อยละ 29.6 และมีแพทย์มากกว่า 11 คนร้อยละ 14.8

ตารางที่ 5 จำนวนและค่าร้อยละของทันตแพทย์ในโรงพยาบาล

ทันตแพทย์	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
1 – 2 คน	66	57.4
3 – 5 คน	35	30.4
> 5 คน	9	7.8
ไม่มีทันตแพทย์	3	2.6
ไม่ตอบ	2	1.7

จากตารางที่ 5 พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีทันตแพทย์ 1-2 คน จำนวน 66 แห่ง (ร้อยละ 57.4) รองลงมามีทันตแพทย์ 3-5 คนจำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 30.4) นอกนั้นมีทันตแพทย์มากกว่า 9 คน (ร้อยละ 7.8)

ตารางที่ 6 จำนวนและค่าร้อยละของเภสัชกรในโรงพยาบาล

เภสัช	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
1 – 2 คน	30	26.0
3 – 5 คน	50	43.5
> 5 คน	34	29.6
ไม่มีเภสัช	1	0.9

จากตารางที่ 6 พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเภสัชกร 3-5 คน จำนวน 50 แห่ง (ร้อยละ 43.5) รองลงมามีเภสัชกรจำนวน มากกว่า 6 คนขึ้นไปจำนวน 34 แห่ง (ร้อยละ 29.6) และที่มีเภสัชกร 1-2 คนจำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 26.0)

ตารางที่ 7 จำนวนและค่าร้อยละของพยาบาลในโรงพยาบาล

พยาบาล	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
≤ 20 คน	9	7.8
21 – 40 คน	31	27.0
41 – 60 คน	35	30.4
61 – 80 คน	17	14.8
>80 คน	19	16.5
ไม่ตอบ	4	3.5

จากตารางที่ 7 พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีพยาบาลจำนวน 41-60 คนจำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 30.4) รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีพยาบาลจำนวน 21-40 คนจำนวน 31 แห่ง (ร้อยละ 27.0) ตามมาด้วยกลุ่มที่มีพยาบาล จำนวนมากกว่า 81 คนจำนวน 19 แห่ง (ร้อยละ 16.5) ซึ่งสอดคล้องกับ ขนาดของโรงพยาบาลดังกล่าว

ในเรื่องงบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับพบว่าเมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับในปี 2545 กับปี 2544 มีโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจำนวน 45 แห่ง (ร้อยละ 39.1) ได้รับ งบประมาณน้อยลงจำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 36.5) เมื่อเทียบกับงบประมาณ 2546 กับปี 2545 พบว่ามี โรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณมากขึ้นจำนวน 33 แห่ง (ร้อยละ 28.7) ได้รับงบประมาณน้อยลง จำนวน 60 แห่ง (ร้อยละ 52.2)

ในด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพบว่า มีโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นในปี 2545 เมื่อเทียบกับปี 2544 จำนวน 79 แห่ง (ร้อยละ 68.7) มีค่าใช้จ่ายลดลงจำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 14.8) และเมื่อเทียบระหว่างปี 2546 กับปี 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจำนวน 74 แห่ง (ร้อยละ 64.3) และค่าใช้จ่ายลดลงจำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5)

ในการการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลพบว่า มีโรงพยาบาลที่มีการเก็บรายได้มากขึ้น ในปี 2545 เมื่อเทียบกับปี 2544 จำนวน 60 แห่ง (ร้อยละ 52.2) มีการเก็บรายได้ลดลงจำนวน 37 แห่ง (ร้อยละ 32.2) และเมื่อเทียบระหว่างปี 2546 กับปี 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีการเก็บ รายได้เพิ่มขึ้น จำนวน 63 แห่ง (ร้อยละ 54.8) และเก็บลดลงจำนวน 41 แห่ง (ร้อยละ 35.7)

เมื่อรวมงบประมาณที่ได้รับกับรายได้ของโรงพยาบาลที่จัดเก็บเอง และหักด้วยค่าใช้จ่าย ของโรงพยาบาลพบว่าเมื่อเทียบระหว่างปี 2545 กับปี 2544 มีโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์ (งบประมาณ ที่ได้รวมกับรายได้ที่เก็บเองหักด้วยค่าใช้จ่าย) มากขึ้นในปี 2545 จำนวน 40 แห่ง (ร้อยละ 34.8) มีผลลัพธ์ลดลงจำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 42.6) และเมื่อเทียบระหว่างปี 2546 กับปี 2545 พบว่า

มีโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์ในปี 2546 มากขึ้นจำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 53.1) และลดลงจำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 18.3)

ตารางที่ 8 จำนวนและค่าร้อยละของอัตราส่วนสภาพคล่อง (Quick ratio)

อัตราส่วนสภาพคล่อง	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
≤ 1	21	18.3
> 1 ถึง 2	27	23.5
> 2	42	36.5
ไม่ตอบ	25	21.7

จากตารางที่ 8 พบว่า โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนสภาพคล่องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 จำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 18.3) อัตราส่วนสภาพคล่อง มากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) อัตราส่วนสภาพคล่อง มากกว่า 2 จำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 36.5)

ตารางที่ 9 จำนวนและค่าร้อยละของอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio)

อัตราส่วนทุนหมุนเวียน	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
≤ 1	11	9.6
> 1 ถึง 2	27	23.5
> 2	52	45.2
ไม่ตอบ	25	21.7

จากตารางที่ 9 พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนมากกว่า 2 จำนวน 52 แห่ง (ร้อยละ 45.2) รองลงมา มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนมากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 9.6)

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 49.4 ได้รับงบประมาณงวดแรกในปีงบประมาณ 2547 ในช่วงวันที่ 21-30 พฤศจิกายน 2546 รองลงมาร้อยละ 31.3 ได้รับเงินในช่วงวันที่ 11-20 พฤศจิกายน 2546 และโรงพยาบาลเกือบร้อยละ 90 คิดว่าควรได้รับเงินก่อนวันที่ 15 ตุลาคม

สำหรับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล พบว่าเมื่อเทียบปี 2545 กับปี 2544 มีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอกมากขึ้นในปี 2545 จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 53.1) มีผู้ป่วยนอกลดลงจำนวน 39 แห่ง (ร้อยละ 33.9) และเมื่อเทียบระหว่างปี 2546 กับปี 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกมีเพิ่มขึ้นจำนวน 50 แห่ง (ร้อยละ 43.5) และผู้ป่วยนอกลดลงจำนวน 52 แห่ง (ร้อยละ 45.2)

สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล พบว่าเมื่อเทียบระหว่างปี 2545 กับปี 2544 มีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยในมากขึ้นในปี 2545 จำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 42.6) มีผู้ป่วยในลดลงจำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 42.6) และเมื่อเทียบระหว่างปี 2546 กับปี 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยในมีเพิ่มขึ้นในปี 2546 จำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 30.4) และผู้ป่วยในลดลงจำนวน 65 แห่ง (ร้อยละ 56.5)

ตารางที่ 10 จำนวนและค่าร้อยละการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพการบริหารของโรงพยาบาล

ประสิทธิภาพ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
เปลี่ยน	102	88.7
ไม่เปลี่ยน	7	6.1
ไม่ตอบ	6	5.2

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่านโยบายนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการบริหาร โดยเฉพาะด้านงบประมาณ (ร้อยละ 88.7)

ตารางที่ 11 จำนวนและค่าร้อยละของผู้รับบริการได้รับความเสมอภาค

ความเสมอภาค	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
เสมอภาค	58	50.4
ไม่เสมอภาค	11	9.6
อื่น ๆ	11	9.6
ไม่ตอบ	35	30.4

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้มารับบริการได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการถึง 58 แห่ง (ร้อยละ 50.4) แต่มีผู้บริหาร 11 แห่ง (ร้อยละ 9.6) คิดว่าผู้มารับบริการยังไม่ได้รับความเสมอภาค

ตารางที่ 12 จำนวนและค่าร้อยละของโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายอื่น

ผลกระทบ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
ไม่มีผลกระทบจากนโยบายอื่น	50	43.5
มีจากนโยบายคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	6	5.2
มีจากนโยบายจำกัดกำลังคน (มาตรการที่ 3)/	17	14.8
ปฏิรูประบบราชการ		
มีจากนโยบายหารายได้ของ รพ.เพิ่ม/ ลดราย	7	6.1
จ่าย		
อื่น ๆ	28	24.3
ไม่ตอบ	7	6.1

จากตารางที่ 12 พบว่า นอกจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545แล้ว ผู้บริหารโรงพยาบาลยังมีความคิดเห็นว่าการบริหารของโรงพยาบาลได้รับผลจากนโยบายเรื่อง มาตรการจำกัดกำลังคนภาครัฐ 17 แห่ง (ร้อยละ 14.8) รองลงมาคือเรื่องหารายได้เพิ่มและลดรายจ่าย ตามด้วยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลนั้นผู้บริหารเห็นว่ายังมีความขาดแคลนบุคลากรประเภท แพทย์ พยาบาลมากที่สุด

4.1.2 แบบสอบถามผู้ให้บริการ จำนวน 1,567 ชุด

ได้ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ ใน 24 จังหวัดเพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ไม่น้อยกว่า 2 คนต่อวิชาชีพ ตอบได้ข้อมูลรวม 1,567 คน

ตารางที่ 13 จำนวนและค่าร้อยละของอาชีพผู้ตอบแบบสอบถาม

ตำแหน่ง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แพทย์	194	12.4
ทันตแพทย์	179	11.4
เภสัชกร	218	13.9
พยาบาล	596	38.0
นักเทคนิคการแพทย์/ จนท.ชั้นสูง	191	12.2
จกท.งานฝ่ายเวชกรรมสังคม/ ส่งเสริม/ สุขภิบาล	189	12.1

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นพยาบาล 596 คน (ร้อยละ 38.0) รองลงมา เป็นเภสัชกร 218 คน (ร้อยละ 13.9) และแพทย์ 194 คน (ร้อยละ 12.4)

ตารางที่ 14 จำนวนและค่าร้อยละของระยะเวลาทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ระยะเวลา (ปี)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
< 1	25	1.6
1 - 5	421	26.9
6 - 10	314	20.0
11 - 15	232	14.8
16 - 20	290	18.5
> 20	277	17.7
ไม่ตอบ	8	0.5

จากตารางที่ 14 พบว่า ส่วนใหญ่อายุงานเฉลี่ย 1-5 ปี มากที่สุดจำนวน 421 คน (ร้อยละ 26.9) รองลงมามีอายุงานมากกว่า 6-10 ปีจำนวน 314 คน (ร้อยละ 20.0) และอายุงานมากกว่า 16 –20 ปี จำนวน 290 คน (ร้อยละ 18.5)

ตารางที่ 15 จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วย

การมารับบริการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มากขึ้น	1,296	82.7
เท่าเดิม	219	14.0
ลดลง	46	2.9

จากตารางที่ 15 พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ให้บริการมีความเห็นว่าพระราชบัญญัตินี้มีผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วยคือผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้นจำนวน 1,296 คน (ร้อยละ 82.7) รองลงมาคือเท่าเดมร้อยละ 14.0

ตารางที่ 16 จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อการให้บริการ

ผลต่อการให้บริการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มี	1,272	81.2
ไม่มี	288	18.4
ไม่ตอบ	7	0.4

ตารางที่ 17 จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อการให้บริการในลักษณะต่างๆ

ผลต่อการให้บริการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ดีขึ้น	794	50.7
แย่ลง	463	29.5
ปกติ	8	0.5
ไม่ตอบ	302	19.3

จากตารางที่ 16 และ 17 พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ จำนวน 1,272 คน (ร้อยละ 81.2) เห็นว่า พ.ร.บ.นี้ มีผลต่อวิธีการให้บริการ โดยเห็นว่ามีผลทำให้การบริการดีขึ้น 794 คน (ร้อยละ 50.7) และ เห็นว่ามีผลทำให้การบริการแย่ลง 463 คน (ร้อยละ 36.7)

ตารางที่ 18 จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อการปรับปรุงการบริหารจัดการภายใน

ผลต่อการปรับปรุง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มี	1,464	93.4
ไม่มี	89	5.7

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้ให้บริการ (ร้อยละ 93.4) ตอบว่ามีการปรับปรุงการบริหารโรงพยาบาล ในขณะที่ 89 คน (ร้อยละ 5.7) ตอบว่าไม่มีการปรับปรุง

ตารางที่ 19 จำนวนและค่าร้อยละของนโยบายนี้มีผลต่อรายได้ของผู้ให้บริการ

ผลต่อรายได้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มี	752	48.0
ไม่มี	809	51.6
ไม่ตอบ	6	0.4

จากตารางที่ 19 พบว่า ส่วนใหญ่ตอบว่า พ.ร.บ.นี้ไม่มีผลกระทบต่อรายได้ของผู้ให้บริการ (ร้อยละ 51.6) รองลงมาตอบว่ามีผลกระทบ ต่อรายได้ ร้อยละ 48.0

เมื่อได้ถามถึงผลกระทบของ พ.ร.บ.นี้ต่องานพบว่า 518 คน (ร้อยละ 30.5) ตอบว่าไม่มีผลกระทบ แต่ 198 คน (ร้อยละ 12.6) ตอบว่ามีผลจากการที่มีผู้ป่วยมากขึ้น จำนวน 133 คน (ร้อยละ 8.5) ตอบว่ามีผลจากการทำงานที่ยากขึ้น และ 164 คน (ร้อยละ 10.5) ตอบว่ามีผลกระทบจากการที่มีผู้ป่วยมากขึ้นและทำงานยากขึ้น และจำนวน 89 คน (ร้อยละ 5.7) เห็นว่ามีผลกระทบจากงบประมาณ

4.1.3 แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการ จำนวน 2,426 ชุด

สัมภาษณ์ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ที่เคยเป็นผู้ป่วยในชุมชน ประเภทละ 10 คนต่อหนึ่งโรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ (ถ้ามี) /โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลค่ายทหารหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นต้น ได้ข้อมูลทั้งสิ้น 2,426 คน

ตารางที่ 20 จำนวนและค่าร้อยละเพศของผู้รับบริการ

เพศ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หญิง	1,037	42.8
ชาย	1,389	57.2

จากตารางที่ 20 พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่เคยรักษาในโครงการนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 1,389 คน (ร้อยละ 57.2)

ตารางที่ 21 จำนวนและค่าร้อยละของอายุของผู้รับบริการ

อายุ (ปี)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
≤ 20	107	4.4
21 – 40	1,092	45.0
41- 60	926	38.2
> 60	301	12.4

จากตารางที่ 21 พบว่า อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 20-40 ปี จำนวน 1,092 ราย (ร้อยละ 45.0) รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี จำนวน 926 คน (ร้อยละ 38.2)

ตารางที่ 22 จำนวนและค่าร้อยละอาชีพของผู้รับบริการ

อาชีพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	254	10.4
นักเรียน	85	3.5
กรรมกร/ รับจ้าง	855	35.1
ชาวนา/ ชาวไร่	700	28.8
ค้าขาย	411	16.9
เจ้าของกิจการ	32	1.3
อื่น ๆ	84	3.5

จากตารางที่ 22 พบว่า อาชีพส่วนใหญ่คือ กรรมกร/รับจ้าง จำนวน 855 คน (ร้อยละ 35.1) รองลงมา คือ ชาวนา/ชาวไร่ จำนวน 700 คน (ร้อยละ 28.8) และค้าขาย จำนวน 411 คน (ร้อยละ 16.9) ตามลำดับ

ตารางที่ 23 จำนวนและค่าร้อยละรายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการ

เงินเดือน (บาท)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
≤ 5,000	1,954	80.3
> 5,000	415	17.1

จากตารางที่ 23 พบว่า ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยน้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท จำนวน 1,954 คน (ร้อยละ 80.3)

ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เคยรับบริการโรงพยาบาลและเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 1,514 คน (ร้อยละ 62.2) และผู้ป่วยในจำนวน 909 คน (ร้อยละ 37.3) และโรงพยาบาลที่ไปใช้บริการเป็นโรงพยาบาลของรัฐเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 2,288 คน (ร้อยละ 94) เป็นโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 137 คน (ร้อยละ 5.6) ในเรื่องระยะเวลาการรับบริการตั้งแต่ต้นจนจบ ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าดี จำนวน 1,160 คน (ร้อยละ 47.7) ตอบว่าธรรมดา จำนวน 1,044 คน (ร้อยละ 42.9) ในเรื่องคุณภาพการบริการ ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าดี จำนวน 1,523 คน (ร้อยละ 62.6) ตอบว่าธรรมดา จำนวน 756 คน (ร้อยละ 31.1)

ตารางที่ 24 จำนวนและค่าร้อยละเปรียบเทียบก่อนและหลังจากการมีนโยบายนี้ของผู้รับบริการ

การบริการ (ภาพรวม)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ดีขึ้น	1,214	49.9
เหมือนเดิม	1,133	46.5
แย่ลง	78	3.2

จากตารางที่ 24 พบว่า ในภาพรวมกับช่วงก่อนมีโครงการนี้ดีขึ้นจำนวน 1,214 คน (ร้อยละ 49.9) ตอบว่าเหมือนเดิมจำนวน 1,133 คน (ร้อยละ 46.5) และตอบว่าแย่ลงจำนวน 78 คน (ร้อยละ 3.2)

ในเรื่องความเพียงพอของบุคลากรในการให้บริการ ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่า พอเพียงจำนวน 1,588 คน (ร้อยละ 65.2) ตอบว่าไม่เพียงพอ จำนวน 834 คน (ร้อยละ 34.3)

ตารางที่ 25 จำนวนและค่าร้อยละของการเพิ่มบุคลากรในโรงพยาบาลในทัศนะผู้รับบริการ

เพิ่มบุคลากรประเภท	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แพทย์	533	21.9
ทันตแพทย์	10	0.4
เภสัชกร	7	0.3
พยาบาล	62	2.5
เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร	1	0.04
เจ้าหน้าที่ส่งเสริม	1	0.04
แพทย์ + พยาบาล	132	5.4
มากกว่า 2 กลุ่ม	28	1.2
อื่น ๆ	77	3.2

จากตารางที่ 25 พบว่า ควรเพิ่มบุคลากรประเภทแพทย์มากที่สุด จำนวน 533 คน (ร้อยละ 21.9) รองลงมาคือ เพิ่มทั้งแพทย์และพยาบาล จำนวน 132 คน (ร้อยละ 5.4)

สำหรับการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่เรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการ นั้นพบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่า ไม่เคยจำนวน 1,259 คน (ร้อยละ 51.7) ตอบว่าเคยจำนวน 1,162 คน (ร้อยละ 47.7)

ในเรื่องของการยินดีจะจ่ายค่ารักษานั้นผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าไม่ยินดีจำนวน 1,669 คน (ร้อยละ 68.6) ตอบว่ายินดีจะจ่ายจำนวน 751 คน (ร้อยละ 30.9)

สำหรับข้อเสนอแนะอื่นๆพบว่า เป็นข้อเสนอแนะเรื่องเวลาการให้บริการจำนวน 159 คน เรื่องคุณภาพยาจำนวน 87 คน เรื่องการพูดจาของเจ้าหน้าที่จำนวน 63 คน เรื่องพื้นที่การใช้บัตรจำนวน 34 คน ในขณะที่เดียวกันมีการชมโครงการนี้จำนวน 231 คน

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการทำเสวนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 7 กลุ่มได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่ด้านส่งเสริมสุขภาพ/ควบคุมโรค ตัวแทนประชาชนพบว่า

ในเรื่องของปริมาณงาน มีปริมาณงานที่มากขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลจากแบบสอบถาม

“คือปริมาณงานเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในแง่ของปริมาณผู้ป่วยและความคาดหวัง ปริมาณผู้ป่วยนี้คืออาจจะเพิ่มถึง 10 – 20 เปอร์เซ็นต์” แพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนหนึ่ง สำหรับเกสซ์.. “3 ปีก่อน ก่อนที่จะมีโครงการ คือตอนนั้นเรามีประมาณ 300 ใบสั่งต่อวัน OPD หลังจากมีโครงการนี้ก็คือ 400-450 ใบสั่ง”

ในส่วนความคาดหวังพบว่าผู้มาใช้บริการมีความคาดหวังมากขึ้น “ประชาชนที่มาใช้บริการเขาคาดหวังสูงนะครับ เขาคาดหวังว่าเขาจะต้องรักษาเต็มที่ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไร นอกจาก 30 บาท” เกสซ์กรกล่าว

“คนไข้ที่มาใช้บริการ 30 บาท จะเยอะมากก็ต้องรอคิว เขาก็จะโวยว่าเห็นเขา 30 บาทไข้ไหม เหมือนกับว่าเขาไม่ได้จ่ายเงินก็ให้เขาช้า” พยาบาลกล่าว

“บางที่ผู้มาใช้บริการในกรณีนี้ก็ไม่ค่อยเข้าใจในสิทธิของตัวเองด้วย ทำให้เรายังหนักกว่าเก่า แล้วบางครั้งเราก็ไม่ค่อยแม่นยำเหมือนกันในบางกรณีก็ทำให้เรามีปัญหาในการทำงาน” ทันตแพทย์กล่าว

“ยังมีคนที่ไม่เข้าใจในเรื่องของ 30 บาทเยอะไม่เคยไปอ่านในบัตรของตัวเองเลยก็ยังมาอยู่เหมือนเดิม”

แพทย์จากโรงพยาบาล “...โรงพยาบาลเรามีความมุ่งมั่นที่จะเป็นที่รักและศรัทธาของปวงชนจะเป็นไปได้อย่างไรละครับ ถ้าปวงชนไม่เข้าใจ ถ้าปวงชนได้รับการสื่อสารในทิศทางเดียวจากรัฐบาล เพราะสิ่งที่เป็นปัญหาจริง ๆ แล้วคือ คุณภาพของการให้บริการมันสูญเสียคุณภาพของการให้กับการรับ.....การให้มันไม่ Serve กับการรับ มันก็จะเกิดปัญหาตามมา”

ในส่วนของผลกระทบต่อลักษณะงานที่ทำ “ผลกระทบในด้านบริการในด้านบวกให้เห็นเด่นชัดก็คือมีการทำงานที่เป็นระบบขึ้น ที่เป็นระบบขึ้นก็เพราะว่าจะมีการตรวจสอบหรือว่าจะต้องทำให้มีคุณภาพให้มากขึ้น” พยาบาลคนหนึ่งกล่าว

“โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติภูมิ พยาบาลทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นวิชาชีพชั้นสูง เมื่อรับนโยบายนี้เราต้องมาทำงานในระดับไพรมารี ในระดับชุมชนซึ่งเรา ไม่เคยผ่านการเตรียมตัวนี้มาก่อนเลย” พยาบาลจากมหาวิทยาลัยกล่าว

“คนไข้คนนี้แพทย์จะให้ ออกแล้ว แต่ว่าไม่มีญาติมารับ ก็เลยไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร กับคนไข้ที่นอนอยู่ในเตียงนานๆ มีอยู่หลายรายเหมือนกันชอบเข้ามานอน Admit บ่อย ๆ หลาย ๆ ครั้ง”

“พยาบาลต้องไปทำงานในชุมชนด้วยซึ่งบางคนไม่ถนัดและมองว่าทำได้ไม่ดีพอ...ถามว่าถ้าในปัจจุบันพยาบาลที่จบพยาบาลปฏิบัติหรือตัดออกมาหน่อยหรือว่าเขายังไม่ค่อยเข้าใจ เขาจะรู้สึกตัวอีกพอสมควรที่จะต้องไปทำงานอย่างนั้น เพราะความที่เขาไม่ชำนาญหรือไม่ถนัดที่เขา

ไม่ได้ถูกปรับเปลี่ยนมาเลยว่าเขาต้องทำงานอย่างนี้นะ ตรงนี้จะเป็นข้อที่เขารู้สึกเหมือนกับเป็นการบังคับเขา ทำแล้วก็ไม่ได้ผลดี.....ถ้าเขามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำงานในชุมชนแล้ว จะทำให้เขาไม่เข้าใจเลยว่าเขาจะเดินไปทางไหน แล้วก็เหมือนจะเป็น.....ถ้าสมมุติว่าเราทำ Concept นี้ให้พยาบาลโดยเฉพาะวิชาชีพที่บอกว่าต้องใช้เป็นตัวหลักในการทำงานได้เข้าใจตรงนี้ คิดว่าตรงนี้จะ เป็นผลดีมาก แล้วเขาจะทำความเข้าใจ เต็มใจ และสมัครใจ”

“ต้องตามไปดูหมดเลยว่า เขากลับไปอยู่ในชุมชน ไปอยู่ที่บ้านอยู่ในสิ่งแวดล้อม เขาอยู่ได้ไหมที่เราแนะนำเราสอนไปเขาทำได้ไหม ทำให้เขาดูแลตัวเองได้ไหม รู้สึกว่าทำงานไม่จบ แต่ดีสำหรับประชาชน”

พยาบาลหลายคนเห็นว่าทำงานมากกว่าบทบาทของพยาบาลเช่น “แทนที่พยาบาลจะมีเวลาไปให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรืออย่างใกล้ชิด พยาบาลต้องปลีกเวลาไปตรวจสอบสิทธิ์ เราจะต้องดูแลแล้วก็เสียเวลา” ในส่วนของเอกสารนั้นหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก็มีความคิดเห็นอย่างมาก “เรื่องของเอกสารมากมาจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการเก็บข้อมูลเยอะมาก ซึ่งไม่ทราบว่าเก็บไปทำอะไร.....โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะไม่ชิน เดือนหนึ่งเก็บเยอะมาก”

“อีกอย่างหนึ่งเกี่ยวกับการทำ PCU ก็กระทบต่อการทำงาน เราจะต้องแบ่งเจ้าหน้าที่ แบ่งพยาบาลวิชาชีพ แบ่งหมอ แบ่งอะไรลงไปตรงจุดนี้ อัตรากำลังของเราน้อยลงไปอีก”

“ถ้าเป็นคนไข้ที่เข้ามาอยู่โรงพยาบาลแล้วก็จะเป็นการผลัดภาระ พอหมอ Discharge ก็ไม่ยอมกลับ คนไข้ที่สูงอายุหรือว่าคนไข้เป็นโรคกระดูกบอบกกลับบ้านไม่มีคนดูแล ก็จะให้นอนโรงพยาบาล พอเราพูดหลายๆก็ไปร้องเรียน” พยาบาลอีกคนหนึ่งเสริม

“ฉะนั้นของเรา 30 เตียง บางทีรับถึง 35 – 36 เตียง ในขณะที่พยาบาลอยู่เวร 3 – 4 คน...งานหนัก ถ้าทำโอทีมาก ๆ ก็ไม่ไหวผลกระทบก็อย่างที่บอก” ในส่วนของเภสัชกรก็ได้รับผลกระทบ ต่อการทำงาน

“ต้องไป PCU ด้วย ก็หมุนกันอยู่อย่างนี้ แล้วในส่วนของการบริการเราต้องเสียเวลาไป มากขึ้น แล้วก็ทุ่มเทบุคลากรไปมากขึ้นกว่าเดิมในการที่จะไปทำตรงนี้.....ก็ในส่วนของการงาน คัดกรองผู้ป่วยโรคก็อาจจะถูกเบียดบังบุคลากรไปบ้างในส่วนที่ต้องทำตรงนั้น”

“ปรากฏว่ามีผลกระทบจริง ๆ แล้วในอัตราเภสัชกรแค่ 7 คน แล้วรับผิดชอบ PCU อีก 14 ขณะที่ OPD โรงพยาบาล IPD โรงพยาบาลเรายังคงดำเนินการอยู่ตามปกติ ถ้าให้เภสัชกรออกไป ปฏิบัติการที่ PCU จะทำให้เภสัชกรที่อยู่ในโรงพยาบาลก็จะขาดไป....ก็ตาม ทำให้เราทำได้ไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย”

“ในส่วนของกลุ่มผู้บริโภค ปัจจุบันมีนโยบายด้วยไม่ว่าจะ Healthy Thailand หรือ Food safety เพราะฉะนั้นจะถึงตรงจุดไหนก็ไม่ได้ต้องเร่งทำ มันก็จะโยกกันมาพูดง่าย ๆ ก็มีผลกระทบกับเรา” “อีกเรื่องหนึ่งก็คืองานกลุ่มผู้บริโภค.....เรื่องของฟู้ดเซฟตี้ เรื่องของเครื่องสำอาง หลายอย่างที่เป็นเรื่องบทบาทของเภสัชกร แต่เดิมเป็นบทบาทของสาธารณสุขจังหวัด”

ในส่วนของท่านคณบดีมีความเห็นว่า “เครื่องมือเครื่องมือทุกอย่างเท่าเดิม แต่จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นนี้ ...วันหนึ่งเฉลี่ยประมาณ 50 คน ทำให้คุณภาพการรักษาเรา..ซึ่งจริง ๆ เราก็พยายามทำให้ดีที่สุดแล้ว...ต้องรีบทำ.....” ท่านคณบดีอีกท่านเสริมด้วยว่า “แล้วก็ผลกระทบต่อวิชาชีพก็คือว่าเรามีเวลาให้ผู้ป่วยลดลง....คือความคาดหวังของผู้ป่วยก็จะมากขึ้น มาถึงทีนี้เขาก็อยากจะอุดหนุนด้วย ชื่นนี้ด้วย อะไรประมาณนี้อยากจะทำหลาย ๆ อย่าง” ซึ่งหลายโรงพยาบาลมีการปรับ ทัศนคติคลินิกให้เปิดบริการในวันหยุดด้วย “เราก็มีการปรับปรุงงานโดยการที่เราจะมีค่าล่วงเวลา มี O.T.เปิดเสาร์ อาทิตย์ แล้วก็ตอนเย็น....งานเอกสาร นี่ก็คือ ต้องเอากลับไปทำที่บ้าน.... จะกินเวลาส่วนตัวตรงนี้ไปด้วย” ในขณะที่ท่านคณบดีท่านมองว่าผลกระทบต่อมาตรฐาน วิชาชีพมีน้อย “เพราะว่าท่านคณบดีนี้การทำงาน ท่านคณบดี Work โหลด ในแต่ละคน ในแต่ละวันไม่มีใครทำได้มากเกินไป Limit 1 ต่อ 10 – 12 คนอย่างมากเต็มที่ 15 คน มากกว่านั้นก็ทำไม่ได้ เพราะฉะนั้นในงานทัศนคติตอนนี้ก็เลยไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง”

ในส่วนของผลกระทบต่องานนั้นท่านคณบดีหลายคนเห็นว่า “..พูดว่าเราอยากจะให้คนไข้เก็บพินนั้นไว้ แต่การรักษาโรคพินเกิดไม่ไปรวมอยู่ใน Package ตรงกันข้ามถ้าเขาบอกเขาเลือกจะถอนแล้ว เขาไปใส่พินมันดันรวมอยู่ ผิดหลักการที่เราอยากจะให้คนไข้เก็บพิน” สำหรับเวลานัดผู้ป่วยท่านคณบดีบางคนจากโรงพยาบาลเห็นว่า “คิวก็จะไม่ต่างเท่าไร....อยู่ในระดับเดิมประมาณ 1 เดือน” ในขณะที่บางคนจากโรงพยาบาลชุมชนบอกว่า “คิวนี้จะขยายไปเป็น 3 เดือน”

ในส่วนของนักเทคนิคการแพทย์ “โรงพยาบาลก็แก้ไขโดยการจ้างนักเทคนิคการแพทย์เพิ่มขึ้น แต่ตรงนี้เราจะมีปัญหาอีกเหมือนกัน ก็คือห้องที่จ้างมาใหม่จะอยู่กับเราไม่นาน เพราะเขาจ้างในอัตราจ้าง” นักเทคนิคการแพทย์บางท่านเสริมว่า “มองว่าห้องปฏิบัติการทดลองเห็นความสำคัญค่อนข้างน้อย จะเป็นเหมือนประเภทปิดทองหลังพระ ดินมองในแง่ของโรงพยาบาลชุมชน แต่ว่าทั่วไปหรือมหาวิทยาลัยอาจจะรู้มาไม่ชัดเจน” และเสริมอีกว่า “บริการผู้ป่วย OPD ตลอดจนงานเอกสารก็กองทิ้งไว้ เสร็จแล้วก็ต้องมาเคลียร์หลังเลิกงาน จะเป็นปัญหาดังนี้ค่ะ”

“ถ้าหมอออกไปก็ตรวจเสร็จ พยาบาลออกไปก็ตรวจเสร็จ แต่งานที่เราออกไปจะเลือกกลับมา กองอยู่ที่ห้องปฏิบัติการทดลอง เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทดลองที่คุย ๆ กันก็คือเขาจะเกิดความน้อยใจ เขาไม่มีค่าตอบแทนตรงนี้เลย”

“โรงพยาบาลชุมชนจะมีเทคนิคอย่างมากที่สุดแค่คนเดียว นอกนั้นก็จะเป็นเจ้าพนักงานวิทย์ฯ เจ้าพนักงานงานวิทย์ฯ เขาจะให้เกียรตินักเทคนิคการแพทย์ พอมีงานสำคัญ ๆ จะให้นักเทคนิคการแพทย์ทำ....เขาไม่รู้จะอยู่ทำไมในเมื่อซึ่งโรงพยาบาลบางที่ระบบการจ่ายค่าตอบแทนก็จะไม่เหมือนกัน บางที่จะ 6,360 บาท หรือบางที่ก็จะให้แค่ 4,100 บาท”

“นโยบายที่กระทบกับเรา ถ้าในแง่ของโรงพยาบาลชุมชนตรงนี้รับภาระงานหนัก ที่คิดว่าหนักในช่วงเทศกาลตรวจแอลกอฮอล์เมาไม่ขับ หรือโครงการปราบปรามยาเสพติด ยาบ้า ซึ่งตรงนี้เรามองว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นแล้ว ก่อนข้างจะเสี่ยงสำหรับเราด้วย ในช่วงที่ปราบปรามยาเสพติด.....การตรวจแอลกอฮอล์ ช่วงสงกรานต์จะต้องตรวจทั้งก่อนและหลังภายในเวลา 10 วัน จะต้องออกวันละ 2-3 จุด ตรงนี้เราก็ต้องรับภาระไปซึ่งดูปริมาณคนเรามีอยู่แค่ 5-6 คน หมุนเวียนกันอยู่เราก็มองว่าเรารับภาระตรงนี้น่าจะหนักแล้ว โครงการที่เข้ามาใหม่ก็ Clean Food Good Test, Food Safety ตรงนี้เราก็ต้องรับภาระในการไปตรวจตลาด ตรวจอาหาร ซึ่งปริมาณงานเข้ามาเยอะ ๆ”

นอกจากนี้ก็มีผู้ให้บริการบางคนเสนอข้อมูลว่า “บางครั้งเกิดความสับสนของผู้ปฏิบัติเนื่องจากบางที สปช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ในฐานะผู้ดูแลสนับสนุนเงินกับกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้บังคับบัญชามีการสั่งการที่ต่างกัน...จึงอยากให้ผู้ใหญ่ระหว่าง 2 หน่วยงานนี้พูดคุยกันว่าจะเอาอย่างไร”

สำหรับผลกระทบต่อวิชาชีพต่าง ๆ นั้นมีน้อยเช่น พยาบาล “มาตรฐานวิชาชีพของเราเราจะทำเท่ากันหมดเหมือนกันหมด ไม่ว่าจะใช้สิทธิอะไร 30 บาทหรือว่าต้นสังกัด หรือว่าคนฝากมา”

สำหรับความเห็นแพทยนั้น “โรงพยาบาลชุมชน Double standard นี้จะน้อยมากหรือแทบจะไม่น่ามี เพราะส่วนหนึ่งในเรื่องของบัญชียา เรื่องศักยภาพนี้ไม่ต่างกันอยู่แล้ว ถือเป็นพื้นฐานใช้ต่ำกว่านี้ไม่ได้แล้ว”

“..ก็เป็นสิ่งที่น่าดีใจว่าทั้ง 16 สาธารณสุขอำเภอ ก็ใช้ระบบเดียวกันหมดเลยบริหารเวชภัณฑ์ ใช้แบบฟอร์มเดียวกัน แต่ก่อนจะถึงจุดนั้นก็มีปัญหาว่าแบบฟอร์มรายงานที่ส่งไปสาธารณสุขจังหวัด จะต้องใช้แบบนี้ให้ด้วยหรือเปล่า เลยกบอกว่าแบบฟอร์มไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน แต่สาระสำคัญเขาต้องการมีครบก็ โอ.เค.” เกษกรกล่าว

ในส่วนของทันตแพทย์ “ ผมคิดว่าที่เรารักษาอยู่นี้ คนไข้บัตรทองกับไม่ได้มีบัตรทอง คนไข้เป็นข้าราชการเบิกได้ก็แทบไม่ต่างเหมือนกัน คือใช้วัสดุอย่างเดียวกันอยู่แล้ว”

ในส่วนขวัญกำลังใจ พบว่า “..ขวัญกำลังใจในเรื่องเกี่ยวกับการกลัวถูกร้องเรียน ทำให้เกิดความกังวลใจ ..แล้วก็ในเรื่องของสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ในเรื่องของความก้าวหน้าในการรับราชการ

นั้นยังไม่เป็นที่น่าพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่มากขึ้น...มาตรการเกี่ยวกับการจำกัดกำลังคนภาครัฐ ทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานเกิดความไม่มั่นใจในการทำงาน.....” นอกจากนี้นายแพทย์จากโรงพยาบาลยังให้ความเห็นว่า “มาตรา 41 ทำให้ Relationship ระหว่างแพทย์กับคนไข้ลดลง ผมเรียนได้เลยนะครับ เพราะว่าจากเดิมที่เขาจะมองว่าไม่มีอะไร แต่ตอนนี้เนื่องจากพอมีระบบตรงนี้ขึ้นมา คนไข้จะบอกเลยนะครับ เขาไม่ต้องการไปฟ้องแพทย์นะครับ แต่เมื่อมีกองทุนเป็นคนจ่ายเงิน ไม่ได้ฟ้องแพทย์นะครับ.....ร้องเอาเงินจากกองทุน”

พยาบาล “แล้วขวัญกำลังใจลดลงโดยอัตรากำลังลดก็ทำให้เราทำงานหนัก สำหรับทำงานหนักที่เป็นค่าล่วงเวลา เงินที่จะมาชดเชยมันไม่ได้หรอกค่ะ คือคุณค่าของเงินที่จะมาทำ ค่าล่วงเวลา 500 บาท ซื้อไม่ได้กับการที่ว่าเราจะเอาเวลานั้นไปดูแลครอบครัวเรา ไปดูแลลูกเรา ไปดูสามีเรา บางครั้งซื้อไม่ได้ แต่ด้วยความจำเป็นของวิชาชีพเราก็ต้องทำด้วยความจำใจ บางครั้งก็เต็มใจ”

สอดคล้องกับวิชาชีพอื่นว่า “แล้วเดี๋ยวนี้ทุกวันนี้ 5 เปอร์เซ็นต์ที่พูดถึง อันนั้นก็มีส่วนเข้ามาสัมผัสทุกคนก็อรรถในเรื่อง 5 เปอร์เซ็นต์ที่ว่านี้ แล้วทุกวันนี้.....นโยบายโรงพยาบาลนี้ไม่มุ่งเน้นผลกำไร แต่เราก็สนับสนุนนโยบาย เช่น ลดอะไรหลายอย่าง แต่เพิ่มรายได้ อันหนึ่งที่เรเพิ่มรายได้.....แพทย์แผนไทย นวดทั้งหลาย.....อีกเรื่องหนึ่งคือ กลัวการฟ้องร้อง มีข้อหนึ่งจำไม่ได้เหมือนกันเรื่องฟ้องร้อง ก็ต้องเป็นคุณนายละเอียด ต้องสั่งอินเวสติเกตก์เพิ่มเติมทุนตรงนี้เข้าไปก่อนข้างจะเยอะ.....อันหนึ่งเป็นส่วนที่เราป้องกันตัวเอง”

ผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลากร “สำหรับเจ้าหน้าที่ไปรับการอบรมปีละ 2 ครั้ง เดียวนี้ก็ลดลงปีละครั้ง งบประมาณอย่างกะทัดรัด ให้ไปครั้งหนึ่งรู้สึกไม่เกิน 10,000 บาท....ถ้าเกินจากนั้นไปก็ต้องจ่ายเอง.....แต่ขณะเดียวกันนโยบายทุกคนต้องพัฒนาเยอะแยะ ซึ่งก็สวนทางกันคือคล้าย ๆ ว่าอยากได้กำไรแต่ไม่ลงทุนประเภทนั้น”

ในเรื่องของความพร้อมของการร่วมจ่าย

ทันตแพทย์ท่านหนึ่งเห็นว่า “บางคนไม่ใช้สิทธินะครับ โดยเฉพาะอย่างถ้าโรงพยาบาลผมนี้ค่อนข้างเยอะ อาจจะเพราะว่ามียังพอมีสตางค์จ่ายก็ไม่ใช่สิทธิก็มีนะครับ คือขอใช้บริการแบบประชาชนทั่วไป ขอจ่ายสตางค์สบายใจกว่า” และทันตแพทย์อีกท่านเสริมว่า “สำหรับ Co-payment ก็เห็นด้วยนะครับ เพราะงานบางอย่างที่มีค่าใช้จ่ายจริง ๆ คนไข้ 30 บาท กับคนข้าราชการเราทำเหมือนกัน จริง ๆ งานฟันปลอมก็ห้องปฏิบัติการทดลองเดียวกัน แต่ว่าอาจจะคือ ถ้าเขาจ่ายเงินเพิ่มนี้อาจจะเพิ่มอะคลิลิกแข็งขึ้น หมายถึงว่าต่างกันนิดหน่อย คือไม่ได้ต่างกันมาก.....เราก็คิดถึงคุณภาพแล้วก็สิ่งที่ผลที่ได้รับต่อคนไข้ด้วยเป็นหลักนะครับ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเขาจะเป็นมีบัตร 30 บาท หรือชำระเงินเองไม่ใช่ครับ”

ในขณะที่พยาบาลเล่าว่า “..บางคนมาโรงพยาบาลบอกว่าหมอกะ 30 บาทหมจะไหวหรือนี่ ดิฉันอยากจ่าย จ่ายแบบไหนอย่างไร”

ในส่วนความเห็นของนักเทคนิคการแพทย์ “ว่าโครงการร่วมจ่ายเหตุผลก็เหมือนที่ท่านพูดมา ก็คือจริง ๆ เขาน่าจะมีส่วนในการดูแลสุขภาพตัวเองบ้าง ...ถ้าเป็นความต้องการของเขาเอง ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจนเกิดโรคก็ควรรับผิดชอบบ้าง....ผู้มารับบริการเขาก็คงไม่ยากที่จะป่วยหรืออกถึงได้มาโรงพยาบาล แต่ที่นี้เขาป่วยด้วยความไม่รู้ว่าทำอย่างนี้แล้วจะเป็น หรือเพราะประมาท อันนี้มันแยกยาก”

ส่วนตัวแทนประชาชนให้ความเห็นว่า “30 บาท มีกติกายู่แล้ว ถ้าเผื่อว่าคุณใช้ 30 บาท คุณอยากจะนอนห้องพิเศษคุณก็ต้องจ่ายเอง ไข้ไหมครับ คุณก็ต้องจ่ายเองหรืออยากจะมียะไรที่เลิศหรืออะไรประมาณนี้คุณก็ต้องจ่ายเอง”

ในขณะที่เภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเห็นว่า “Co-payment คิดว่าสำหรับพื้นที่ทุรกันดาร อย่าง...นะกะ ประชาชนถ้าจะให้มา หมายถึงว่าที่จะต้องมาออกร่วมด้วยเป็นเงินมาก ๆ ก็คิดว่ายังไม่เหมาะสม”

เมื่อให้กลุ่มวิชาชีพต่างๆ ให้คะแนนความพึงพอใจในนโยบายนี้พบว่า ส่วนใหญ่ในทุกกลุ่ม ให้คะแนนในเกณฑ์เฉยๆ รองลงมาก็คือเกณฑ์ พอใจแต่มีเงื่อนไขว่าต้องมีการปรับปรุงในด้านต่างๆ

ในส่วนของตัวแทนประชาชน มีความเห็นว่า “รัฐบาลเขาให้เราตั้ง 30 บาท แต่ 30 บาทเอง เรารักษาได้ทุกโรค นี่เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดอย่างมหันต์มากเลยนะ ต้องไปแก้สื่อใหม่ ไม่มีใครเข้าใจว่า 30 บาท คืออะไร....ความคิดของประชาชนว่า ได้ยาเยอะก็ดี ยาแพงคงเป็นยาดี เขายังไม่เข้าใจว่ายาทุกตัวผ่านการกลั่นกรองมาตรฐานในระบบยามาเรียบร้อยแล้ว...” และมีคนเสริมว่า “การประชาสัมพันธ์ถ้าสมมุติว่าจะมาใช้ของกระทรวงสาธารณสุขอยู่อย่างเดียวคงจะไม่พอ อาจจะใช้มหาดไทยหรือกระทรวงอื่นซึ่งเขาจะมีองค์กรอย่างกระทรวงศึกษาธิการ อาจจะเป็นผู้ปกครองหรือเป็นเด็กนักเรียน น่าจะสอดแทรกในด้านตรงนี้จะได้ช่วยเราว่าการมีบัตรทำ 30 บาท ทำแบบไหน อย่างไร อย่างกับพวกมหาดไทย อย่างกับข้าราชการอื่น บางครั้งบางคนไม่ทราบเป็นข้าราชการแล้วยังมาใช้ 30 บาทอีก” ตัวแทนประชาชนคนหนึ่งกล่าวว่า “ที่จริงผู้ให้บริการต้องอธิบายให้เขาเข้าใจแล้วพยาบาล 1 คนหรือคนที่รับรู้เรื่องนี้ 1 คน นี่ถามว่าพอไหมสำหรับหน่วยงานบริการนะกะ ไม่พอนะกะต้องใช้ประชาชนเราเองคุยกันให้รู้เรื่อง แล้วเรื่องตรงนี้จะเป็นการเอื้อไปในเรื่องของจิตสำนึกของการที่จะทำอย่างไรให้ฝ่ายหนึ่งได้รับความพอใจที่ดีเยี่ยมแล้วฝ่ายหนึ่งก็เสียงบประมาณน้อยลง”

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอว่า “ตรงนี้ผมอยากกระตุ้นให้จังหวัดที่ยังไม่มีการแต่งตั้งอนุกรรมการควบคุมมาตรฐานให้แต่งตั้ง เพราะถ้าเผื่อแต่งตั้งตรงนี้แล้วจะมีภาคประชาชนเข้า

มาร่วมงานกัน แล้วก็มาช่วยกันดูกับชาวบ้าน” ตัวแทนบางคนเล่าว่า “พอหลังจากมีหลักประกันสุขภาพขึ้นมาปั๊บ หลาย ๆ โรงพยาบาลที่เข้าใจก็จะรักษาในเชิงรุก ก็คือเข้าไปในชุมชนไปดูแลเพื่อพยายามไปเป็นเพื่อนกันไว้ระดับหนึ่ง.....จังหวัดเลยนี้เราไปดูแล้วนี่ตกใจ ทำไมโรงพยาบาลโล่งเหลือเกิน ปรากฏว่าได้รับคำแนะนำว่าหมอไม่อยู่ หมออยู่นั่น ... อนามัย ลงไปเลยอนามัยเสร็จปั๊บลงไปอนามัยแล้ว ใครเป็นอะไรถ้าเผื่อหนักจริงค่อยส่งเข้ามาอย่างที่ว่า.....ขอเรียกร้องเลยครับว่าให้ทางสถานพยาบาลลงรักษาในเชิงรุกในพื้นที่มากกว่าอย่านั่งอยู่กับโรงพยาบาลเลยครับ” ในขณะที่ตัวแทนประชาชนอีกคนเสริมว่า “ที่จริงเราก็พยายามอยากให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลถ้ามีลงไปให้คำแนะนำแล้วก็ไปเยี่ยม เราจะได้รู้ปัญหาเบื้องต้น เราจะได้ช่วยกันนะคะ” และตัวแทนอีกคนเล่าว่า “ได้ไปดูงานโรงพยาบาลประจำจังหวัดหนึ่ง หมอที่นั่นบอกว่าหลังจากมีโครงการ 30 บาทกรณีฉุกเฉินเรียนน้อยลงมาก และเมื่อก่อนมีคนมารักษาามากเดี๋ยวนี้เริ่มน้อยลงเพราะคุณหมอเขาจะมีการจัดส่งแพทย์ค่ะ ไปประจำที่ของอนามัยแล้วมีการคัดกรอง เหมือนกับว่ากราวนัคนไข้ก่อน แล้วประเภทนี้ประเภทไหน คือสามารถให้อาามัยรักษาได้ แล้วก็ประเภทไหนที่จำเป็นต้องส่งไปที่โรงพยาบาลต่อ”

ในเรื่องการร่วมจ่ายตัวแทนประชาชนบอกว่า “ร่วมจ่ายนี้ ถ้าเป็นความคิดเห็นของตนเองน่าจะเป็นบอกค่าธรรมเนียมมากกว่า เพราะว่าถ้าเราคุยเรื่องว่าค่าธรรมเนียม ฉันจะคุยเสมอให้กับอาสาสมัครหรือว่าชาวบ้านนี้คุยเลย บอกว่านี่ไม่ใช่ค่ารักษาแต่เป็นค่ากระดาด ค่าธรรมเนียมชาวบ้านจะเข้าใจกว่า” ในขณะที่ตัวแทนอีกคนเห็นว่า “รัฐธรรมนูญเขาบอกว่ามีสิทธิทุกคนแล้วแต่ท่านจะใช้เลือกสิทธิที่ดีที่สุด เราก็เปิดโอกาสให้กับความเป็นเสรีภาพของพวกเราทุกคน” อีกคนเสริมว่า “ร่วมจ่าย ที่จะมีปัญหามากสำหรับภาคประชาชนที่อยู่ในรากหญ้าจริง ๆ... แต่ถ้าเกิดถามว่าคนมีเงินเข้าไปรักษาเสีย 30 บาทแล้วจะไปเสียเพิ่มในส่วนที่เป็นห้องพิเศษ การรักษาพิเศษ ก็จะมีกำหนดอยู่แล้ว ...ถ้าจะเพิ่มจาก 30 บาทเป็น สมมุติว่า 100 บาทคนมีเงินก็โอเคค่ะ แต่คนระดับรากหญ้าละค่ะ พวกนี้อาจจะกลับไปเหมือนเดิมคือซื้อยาหมอตีทาน....ดิฉันอยากให้เพิ่มค่าห้องพิเศษมากกว่า” ตัวแทนประชาชนคนหนึ่งเล่าว่า “ที่จริงทุกคนมีสิทธิในขั้นพื้นฐาน แต่คนรายได้ระดับกลางมาเอาเปรียบ ที่จริงมีสิทธิที่จะจ่ายได้ก็สมควรจะให้จ่าย เพราะว่าเขามีรายได้เพิ่มเราต้องไปมองตรงนั้น ถ้าไม่จ่ายเรื่องพยาบาลก็ต้องเก็บภาษีเพิ่มขึ้นสำหรับคนที่ค่อนข้างมีสตางค์”

ในเรื่องการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ตัวแทนประชาชนกล่าวว่า “ถ้าหากว่าจะมีการณรงค์เรื่องไข้เลือดออกก็ดี จะมีการณรงค์ในเรื่องวัคซีนพิษสุนัขบ้าหรืออะไรก็แล้วแต่ ทางเทศบาลคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้าถึงในชุมชนเลย”

สำหรับประโยชน์ต่อประชาชนตัวแทนประชาชนเห็นตรงกัน “ประชาชนจะพอใจ
นะคะ” ตัวแทนประชาชนกล่าว เมื่อได้ให้ตัวแทนประชาชนให้คะแนนความพึงพอใจต่อยุทธยานี้
พบว่าเกือบทั้งหมดให้คะแนนในเกณฑ์พึงพอใจ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลกระทบการดำเนินงานที่ผ่านมา นับตั้งแต่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อสถานบริการ ต่อผู้ให้บริการ ต่อผู้รับบริการ โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และจากเอกสารต่าง ๆ ที่มีผู้มาชี้แจงคณะกรรมการ / คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ผลกระทบต่อสถานบริการ

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพนั้น ได้ข้อมูลตรงกันในเรื่องปริมาณงานที่มากขึ้น กล่าวคือโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอกมากขึ้นในปี 2545 เมื่อเทียบกับปี 2544 จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 53.1) และมีผู้ป่วยนอกลดลง 39 แห่ง (ร้อยละ 33.9) เมื่อเทียบกับปี 2546 กับปี 2545 พบโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจำนวน 50 แห่ง (ร้อยละ 43.5) มีผู้ป่วยนอกลดลงจำนวน 52 แห่ง (ร้อยละ 45.2) (โรงพยาบาลหลายแห่งได้จัดทีมแพทย์ไปให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน) ในเรื่องผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพบว่าเมื่อเทียบกับปี 2545 กับปี 2544 มีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยในมากขึ้นในปี 2545 จำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 42.6) มีผู้ป่วยในลดลงจำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 49.6) และเมื่อเทียบระหว่างปี 2546 กับปี 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในปี 2546 จำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 30.4) และผู้ป่วยในลดลงจำนวน 65 แห่ง (ร้อยละ 56.5) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานประจำปี 2546 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่พบว่าในปี 2546 มีผู้ป่วยนอกใช้บริการ 115,013 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นจากปี 2545 คิดเป็นร้อยละ 11.71 และอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี) ในปี 2546 เท่ากับ 2.52 เพิ่มขึ้นจากปี 2545 คิดเป็นร้อยละ 11 แสดงให้เห็นว่านับตั้งแต่เริ่มโครงการนำร่องระยะที่ 1 ใน 6 จังหวัดตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2544 และเพิ่มเติมอีก 15 จังหวัด ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 และขยายจนครบทุกจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานครบางเขต) ในเดือนตุลาคม ปีเดียวกัน จำนวนผู้ป่วยนอกมีมากขึ้นโดยตลอด และความคาดหวังของผู้รับบริการก็สูงขึ้นด้วย

ในเรื่องงบประมาณที่ได้รับในโครงการนี้ที่คิดต่อหัวประชากรโดยรวมเงินเดือนผู้ให้บริการด้วยนั้นในปี 2545 ได้รับ 1,202.40 บาทต่อประชากรและในปี 2546 ได้รับ 1,308.50 บาทต่อประชากร แต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการที่มีการปรับเปลี่ยนรายละเอียดการจัดสรร เช่น การหักเงินเดือนของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไว้ที่จังหวัดในปี 2545 และเปลี่ยนเป็นหักเงินเดือนไว้ที่ส่วนกลางในปี 2546 ทำให้บางโรงพยาบาลได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นในขณะที่บางโรงพยาบาลได้รับงบประมาณน้อยลง โดยพบว่าในปี 2545 มีโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณ

เพิ่มขึ้นจากปี 2544 จำนวน 45 แห่ง (ร้อยละ 39.1) และได้รับงบประมาณน้อยลงจำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 36.5) และเมื่อเทียบกับปี 2546 กับปี 2545 พบว่า มีโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณมากขึ้นเพียง 33 แห่ง (ร้อยละ 28.7) ในขณะที่มีโรงพยาบาลที่ได้รับงบน้อยลงถึง 60 แห่ง (ร้อยละ 52.2) แสดงให้เห็นว่าการที่มีความเปลี่ยนแปลงของวิธีจัดสรรงบประมาณ ทำให้กระทบต่องบประมาณของโรงพยาบาลที่ได้รับและทำให้การวางแผนบริหารโรงพยาบาล/การพัฒนาโรงพยาบาลยากลำบากขึ้นและอาจขาดความต่อเนื่องในกิจกรรมที่เป็นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการหรือพัฒนาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้งบประมาณที่ได้รับในงวดแรกของปีงบประมาณ 2547 ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับในช่วงวันที่ 21-30 พฤศจิกายน 2546 และมีบางแห่งได้รับในช่วงต้นเดือนธันวาคม นั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าน่าจะได้รับไม่เกินวันที่ 15 ตุลาคม

ในการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลนั้นกลับพบว่าในปี 2545 มีโรงพยาบาลที่เก็บรายได้มากกว่าปี 2544 จำนวน 60 แห่งและเก็บรายได้ลดลงจำนวน 37 แห่ง สำหรับในปี 2546 เมื่อเทียบกับปี 2545 พบว่าโรงพยาบาลมีการเก็บรายได้เพิ่มจำนวน 63 แห่ง (ร้อยละ 54.8) และเก็บรายได้ลดลงจำนวน 41 แห่ง (ร้อยละ 34.7)

ในด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพบว่าเมื่อเทียบกับปี 2545 กับปี 2544 มีโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นในปี 2545 จำนวน 79 แห่ง (ร้อยละ 68.7) มีค่าใช้จ่ายลดลงจำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 14.8) และเมื่อเทียบระหว่างปี 2546 กับปี 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจำนวน 74 แห่ง (ร้อยละ 64.3) และค่าใช้จ่ายลดลงจำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5)

เมื่อรวมงบประมาณที่ได้รับกับรายได้ของโรงพยาบาลที่จัดเก็บเอง และหักด้วยค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพบว่าเมื่อเทียบกับปี 2545 กับปี 2544 มีโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์ (งบประมาณที่ได้รับรวมกับรายได้ที่เก็บเองหักด้วยค่าใช้จ่าย) เพิ่มขึ้นในปี 2545 จำนวน 40 แห่ง (ร้อยละ 34.8) มีผลลัพธ์ลดลงจำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 42.6) และเมื่อเทียบระหว่างปี 2546 กับปี 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์ในปี 2546 เพิ่มขึ้นจำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 53.1) และลดลงจำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 18.3)

แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารโรงพยาบาลพยายามบริหารโดยลดค่าใช้จ่าย และหารายได้เพิ่มด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการต่อไปได้สอดคล้องกับอัตราส่วนสภาพคล่อง (Quick ratio) ในปัจจุบัน (ขณะทำวิจัย) ที่พบว่ามีโรงพยาบาลส่วนใหญ่จำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 36.5) มีอัตราส่วนสภาพคล่องมากกว่า 2 รองลงมา มีอัตราส่วนสภาพคล่องมากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) และอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio) ในขณะทำวิจัยพบว่ามีโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนมากกว่า 2 จำนวน 52 แห่ง (ร้อยละ 45.2) มีอัตราส่วน

ทุนหมุนเวียนมากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 23.5) และยังสอดคล้องกับคำตอบของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ว่า โครงการนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการบริหาร โดยเฉพาะด้านงบประมาณ (ร้อยละ 88.7) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้ศึกษาในปี 2546 และพบว่า มีหลายโรงพยาบาลประสบปัญหาทางการเงินอย่างไรก็ตามการลดค่าใช้จ่ายในด้านต่าง ๆ หากลดมากเกินไป ก็อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาโรงพยาบาล/การพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ดังที่ได้ข้อมูลจากการทำเสวนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ และพบว่าบางวิชาชีพในโรงพยาบาลบางแห่งสะท้อนให้เห็นสภาพการถูกจำกัด/ลดงบประมาณการไปอบรม/พัฒนา หลังมีการดำเนินการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการที่โรงพยาบาลต้องพัฒนาให้ก้าวสู่สถานะโรงพยาบาลที่มีคุณภาพรวมทั้ง การลดค่าใช้จ่ายมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการ เช่น ข้อมูลที่ได้จากตัวแทนประชาชนในการทำเสวนากลุ่มว่า หลายครั้งที่ไปโรงพยาบาลจะได้แต่ยาพารา และยาที่เคยได้ก็มีจำนวนลดน้อยลงกว่าที่เคยได้ บางคนที่เป็นผู้พิการซึ่งเคยได้สายสวนปัสสาวะครั้งละ 3 สายเพื่อเปลี่ยน ก็จะได้ลดลงเหลือสายเดียว ทำให้ต้องไปบ่อยขึ้นสร้างความลำบากในการเดินทางแก่ผู้พิการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทาง

ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการนั้นได้รับผลกระทบจาก พ.ร.บ.นี้ โดยการที่มีผู้มารับบริการมากขึ้น (ร้อยละ 82.7) และเห็นว่า พ.ร.บ.นี้มีผลต่อวิธีการให้บริการ โดยมีผลทำให้การบริการดีขึ้นร้อยละ 50.7 อีกทั้งร้อยละ 93.4 เห็นว่าเมื่อมีนโยบายนี้ทำให้มีการปรับปรุงการบริหารโรงพยาบาลสำหรับผลกระทบต่อรายได้ของผู้ให้บริการนั้น ร้อยละ 51.6 ตอบว่าไม่มีผลกระทบ ในขณะที่ร้อยละ 48 ตอบว่ามีผลกระทบต่อรายได้ เมื่อได้ถามถึงผลกระทบของ พ.ร.บ.นี้ต่องาน พบว่า 448 คน (ร้อยละ 28.6) ตอบว่าไม่มีผลกระทบแต่ 198 คน (ร้อยละ 12.6) ตอบว่ามีผลจากการที่มีผู้ป่วยมากขึ้น จำนวน 133 คน (ร้อยละ 8.5) ตอบว่ามีผลจากการทำงานที่ยากขึ้น และ 164 คน (ร้อยละ 10.5) ตอบว่ามีผลกระทบจากการที่มีผู้ป่วยมากขึ้นและทำงานยากขึ้น และจำนวน 89 คน (ร้อยละ 5.7) เห็นว่ามีผลกระทบจากงบประมาณ ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าในหลายสาขาอาชีพให้ข้อมูลที่ตรงกันในเรื่องปริมาณงานที่มากขึ้นจากการประชาสัมพันธ์โดยสื่อต่าง ๆ ความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น ประกอบกับการมีบุคลากรจำกัดและจำเป็นต้องจัดบุคลากรส่วนหนึ่งไปทำงานนอกโรงพยาบาลตลอดทั้งงานด้านเอกสาร (ที่หลายคนต้องเอากลับไปทำที่บ้านหลังเลิกงาน) การตรวจสอบสิทธิ ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์ มาตรา 41 มาตรา 42 ตามพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งบางครั้งการสื่อสารระหว่าง สปสช.กับกระทรวงสาธารณสุขต่างกัน ส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร (โดยเฉพาะเมื่อมีมาตรการจำกัดกำลังคนรวมถึงมาตรการ

ที่ 3) อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เห็นว่าผลกระทบต่อมาตรฐานวิชาชีพน้อยเนื่องจากทุกวิชาชีพมีแนวทางการดำเนินงานตามวิชาชีพนั้น ๆ อยู่ และมีการดำเนินการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA(Hospital Accreditation) หรือ ISO แต่มีงานบริการบางอย่างที่ต้องใช้หัตถการ เช่น ทันตกรรม อาจมีกิว้นัดผู้ป่วยยาวนานขึ้นจาก 1 เดือนเป็น 3 เดือนในบางโรงพยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพที่อาจมีผลต่องานตามหน้าที่ปกติที่อาจจะทำได้ไม่ครบหรือไม่ทัน เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภคของเภสัชกร หรือกรณีที่เน้นการพัฒนานุเคราะห์แต่มีงบประมาณด้านนี้จำกัด

ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

สำหรับผู้รับบริการจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 62.2) และผู้ป่วยใน (ร้อยละ 37.3) และเห็นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.7) ว่าระยะเวลาการรับบริการตั้งแต่ต้นจนจบอยู่ในเกณฑ์ดี และร้อยละ 42.9 เห็นว่าธรรมดา ในขณะที่ร้อยละ 9.1 เห็นว่าต้องปรับปรุง ในเรื่องคุณภาพการบริการผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าดี จำนวน 1,523 คน (ร้อยละ 62.6) ตอบว่าธรรมดา จำนวน 756 คน (ร้อยละ 31.1) และตอบว่าต้องปรับปรุง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 6.0) ในการเปรียบเทียบการบริการในภาพรวมกับช่วงก่อนมีโครงการนี้พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าดีขึ้นจำนวน 1,214 คน (ร้อยละ 49.9) ตอบว่าเหมือนเดิมจำนวน 1,133 คน (ร้อยละ 46.5) และตอบว่าแย่ลงจำนวน 78 คน (ร้อยละ 3.2) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ศิริเพ็ญ สุภกาญจน์กันติ และคณะที่ศึกษาในปี 2546 และพบว่าประชาชนบางส่วนเห็นว่าคุณภาพการบริการเหมือนเดิมไม่มีความแตกต่างมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาคนละปีและช่วงที่ผ่านมาโรงพยาบาลต่างๆพยายามปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบ HA (Hospital Accreditation) และเพื่อให้ผู้รับบริการพอใจ โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากการไปเยี่ยมจังหวัดต่างๆของคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานที่พบว่า ทุกจังหวัดมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและผลลัพธ์คือประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจ เมื่อประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากตัวแทนประชาชนที่ว่าประชาชนพอใจ แสดงให้เห็นว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่พอใจกับการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการของหลายสถาบัน เช่น เอแบคโพลล์ (ปี 2546) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ปี 2546) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (ปี 2546) อย่างไรก็ตามก็มีผู้รับบริการจำนวนหนึ่งยังไม่พอใจกับบริการที่ได้รับ และต้องการให้มีการปรับปรุงทั้งในเรื่องเวลาการรับบริการ คุณภาพการบริการ โดยเห็นด้วยว่าบุคลากรที่ให้บริการไม่เพียงพอ จำนวน 834 คน (ร้อยละ 34.3) โดยในจำนวนที่เห็นว่าไม่เพียงพอนี้ เห็นว่าควรเพิ่มบุคลากรประเภทแพทย์มากที่สุด จำนวน 533 คน (ร้อยละ 21.9) รองลงมาคือ เพิ่มทั้งแพทย์และพยาบาล 132 คน (ร้อยละ 5.4) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นยังพบว่า ในส่วนของประชาชนเห็นด้วยว่าสื่อ การประชาสัมพันธ์ทำให้คนเข้าใจนโยบายนี้ผิด ควรมีการสอดแทรก

ประชาสัมพันธ์โดยใช้กระทรวงอื่น ๆ ด้วย เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และอยากให้มีการตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมมาตรฐานในระดับจังหวัดแล้วจะมีภาคประชาชนเข้าไปร่วมด้วยจะเป็นอีกทางที่ทำให้ประชาชนเข้าใจเรื่องนี้ดีขึ้น แต่สรุปแล้วประชาชนพอใจกับนโยบายนี้ที่ผ่านมา ซึ่งหากพิจารณาจากการศึกษาของ Aday และ Anderson ที่พบว่าปัจจัยของความพึงพอใจของผู้รับบริการมี 6 ประการ และค่าใช้จ่ายเป็นเพียงประการเดียวที่ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจหรือเสียเพียง 30 บาท ก็ไม่น่าที่จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจในภาพรวมได้ แต่น่าจะมีปัจจัยอื่นเสริมเช่นเรื่องของคุณภาพการบริการ ด้านอรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่ ด้านความสะดวก ด้านการประสานงานและด้านข้อมูลที่ได้รับ(ข้อมูลของโรคและผลการรักษา) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรงพยาบาลต่างๆมีการพัฒนาคุณภาพ (เริ่มมีการพัฒนาดังแต่ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้นโยบาย 3 S คือ Smile Smell Surrounding ต่อมา มี ISO และ HA จึงเปรียบเสมือนมีการพัฒนามาโดยตลอด) นอกจากนี้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีการเปิดช่องทางรับเรื่องร้องทุกข์ มีการพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ด่านหน้าซึ่งต้องพบกับผู้มารับบริการให้พูดจาปราศรัยดีๆ และบางโรงพยาบาลได้อาศัยตัวแทนประชาชน/อาสาสมัครในการอำนวยความสะดวก/แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล

ในเรื่องของการยินดีจ่ายค่ารักษาในกรณีที่พอจะจ่ายค่ารักษาได้นั้นข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่าไม่ยินดีจ่ายจำนวน 1,669 คน (ร้อยละ 68.6) ซึ่งข้อมูลของเอแบคโพลล์พบว่าหากมีการขอความร่วมมือให้จ่ายเงินค่าธรรมเนียมเกินกว่าครั้งละ 30 บาท ส่วนใหญ่พร้อมที่จะจ่าย (61 %) ที่แตกต่างกันเป็นเพราะคำถามไม่เหมือนกันทำให้ผู้ตอบในการศึกษานี้ไม่ทราบว่าหากจะจ่ายต้องจ่ายเท่าใด เต็มจำนวนหรือไม่ประกอบกับผู้ตอบส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จึงตอบว่าไม่ยินดีจะจ่าย

ในขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นตัวแทนประชาชนอยากให้ใช้คำว่า “ค่าธรรมเนียม” มากกว่าคำว่า “ร่วมจ่าย” และให้คำนึงถึงประชาชนระดับรากหญ้าที่หากต้องร่วมจ่ายเงินเป็นจำนวนมากก็เกรงว่าจะไม่มารับบริการที่สถานพยาบาล แต่จะหันไปซื้อยาที่ร้านหมอดีเหมือนเดิมซึ่งอาจไม่ตรงตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการไม่ว่ายากดีมีจน สำหรับตัวแทนผู้ให้บริการแสดงความเห็นด้วย ส่วนใหญ่ในทุกวิชาชีพว่าควรมีการร่วมจ่ายและมีผู้มาใช้บริการหลายคนอยากจะจ่ายแต่ไม่รู้ว่าจะรับเงินได้ไหม ในขณะที่ผู้มารับบริการบางคนเลือกที่จะไม่ใช้สิทธิ 30 บาทแต่ยินดีจ่ายเอง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่พบว่า มีผู้ป่วยขอใช้ห้องพิเศษโดยออกส่วนเกินมากขึ้น น่าจะพิจารณาเก็บเงินผู้ที่สามารถจ่ายได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547:167)

ข้อเสนอแนะ

1. การที่ พ.ร.บ.นี้มีผลกระทบต่อปริมาณงานที่มากขึ้น ความคาดหวังของประชาชนที่มากขึ้น รัฐบาลจึงควรจัดสรรอัตราค่าจ้างบุคลากรให้เหมาะสม เพียงพอ ตลอดทั้งสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เพิ่มเงินเดือน ค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น และควรทำความเข้าใจกับบุคลากรในเรื่องนโยบายจำกัดค่าจ้างคนภาครัฐ โดยเฉพาะมาตรการที่ 3 ที่มีผลกระทบต่อขวัญกำลังใจผู้ให้บริการเป็นจำนวนมาก

2. งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรควรมีหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย ควรมีปริมาณงบประมาณที่มากพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และจัดสรรให้ถึงโรงพยาบาลโดยเร็ว

3. การร่วมจ่าย (co-payment) เป็นเรื่องที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่วนใหญ่ยอมรับ จึงควรมีการศึกษาว่าจะร่วมจ่ายอย่างไร เท่าใดจึงจะเหมาะสม

4. ควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยใช้สื่อต่าง ๆ ให้ประชาชนและผู้ให้บริการมีความเข้าใจในสิทธิของบัตรประกันสุขภาพนี้

5. มาตรา 41 และมาตรา 42 นั้นอาจเป็นสิ่งที่ทำให้มีการร้องเรียกเงินเพิ่มขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากประชาชนคิดว่าเป็นเงินกองทุน ไม่ได้กระทบใคร (supply induce demand) จึงควรมีการศึกษา ติดตามทั้งในแง่ผลดีและผลเสียต่อภาพรวมของระบบในระยะยาวต่อไป

6. ปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ให้บริการตามพรบ.นี้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามบทเฉพาะกาลของพรบ. เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาตามบทเฉพาะกาลแล้ว (3 ปีนับตั้งแต่เริ่มใช้ พ.ร.บ.นี้) ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอว่าจะมีการดำเนินการในลักษณะใด ส่งผลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและรับบริการบางส่วนกังวลใจ จึงควรมีการเตรียมการและประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะๆ

7. คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสถานบริการสาธารณสุขในระดับจังหวัด บางแห่งยังไม่มีที่ตั้ง บางแห่งแต่งตั้งแล้วแต่ขาดการประชาสัมพันธ์ทำให้ตัวแทนประชาชนไม่ทราบว่ามิฉะนั้นหรือไม่ และมีใครที่เป็นตัวแทนของประชาชนในคณะดังกล่าว จึงควรมีการติดตามให้มีดำเนินการแต่งตั้งให้ครบทุกจังหวัดตามคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547:)

บรรณานุกรม

- กองบรรณาธิการ. 2546. **ทิศทางอันสลับสนของการบริหารจัดการนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค.** วารสารโรงพยาบาลชุมชน ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 ตุลาคม- ธันวาคม 2545: หน้า 7-18.
- ขวัญใจ เอ็มใจ. 2544. **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (2) สรุปการสัมมนา 6 เวทีภูมิภาค เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ.**สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ประเวศ วะสี. 2546. **วิถีนุชนิยมในศตวรรษที่ 21** สู่ทฤษฎีใหม่แห่งการพัฒนา. วารสารหมอชาวบ้าน ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 มกราคม- กุมภาพันธ์ 2546: หน้า 7-21.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540. 2543. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ปิ่นเกล้า.
- วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. 2545. **โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่ 1 (2544-2545)** . กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ RI.
- รายงานผลงานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา สิงหาคม 2543-สิงหาคม 2546. 2546, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ส. เปี่ยมโชคชนานาภัณฑ์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547. **รายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1.**มปท.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546. **การศึกษาและประเมินรูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** มปท.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. **รายงานประจำปี2546 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เอส พี เอส พริ้นติ้ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันแห่งความเสมอภาคและคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข.** กรุงเทพมหานคร:มปท.
- สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. 2547 ก. **ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ 1/2546.** (อัดสำเนา).
- สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. 2547 ข. **ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** (อัดสำเนา).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. **รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30บาทรักษาทุกโรค)พ.ศ. 2546.** มปท.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. 2544.ระบบประกันสุขภาพ:ประสบการณ์จาก10ประเทศ. นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ. 2546.โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน. ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อค์สำเนา).

Aday, L. and Anderson,R. 1975.**Development of indices of access to medical care: Health Administration.** Michigan.

บรรณานุกรม

- กองบรรณาธิการ. 2546. **ทิศทางอันสลับสนของการบริหารจัดการนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค.** วารสารโรงพยาบาลชุมชน ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 ตุลาคม- ธันวาคม 2545: หน้า 7-18.
- ขวัญใจ เอ็มใจ. 2544. **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (2) สรุปการสัมมนา 6 เวทีภูมิภาค เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ.**สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ประเวศ วะสี. 2546. **วิถีนุชนิยมในศตวรรษที่ 21** สู่ทฤษฎีใหม่แห่งการพัฒนา. วารสารหมอชาวบ้าน ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 มกราคม- กุมภาพันธ์ 2546: หน้า 7-21.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540. 2543. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ปิ่นเกล้า.
- วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. 2545. **โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่ 1 (2544-2545)** . กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ RI.
- รายงานผลงานคณะกรรมการการสาธารณสุข สุข วุฒิสภา สิงหาคม 2543-สิงหาคม 2546. 2546, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ส. เปี่ยมโชคชนานาภัณฑ์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547. **รายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1.**มปท.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546. **การศึกษาและประเมินรูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** มปท.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. **รายงานประจำปี2546 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เอส พี เอส พริ้นติ้ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันแห่งความเสมอภาคและคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข.** กรุงเทพมหานคร:มปท.
- สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. 2547 ก. **ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ 1/2546.** (อัดสำเนา).
- สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. 2547 ข. **ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** (อัดสำเนา).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. **รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30บาทรักษาทุกโรค)พ.ศ. 2546.** มปท.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. 2544.ระบบประกันสุขภาพ:ประสบการณ์จาก10ประเทศ. นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ. 2546.โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน. ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อค์สำเนา).

Aday, L. and Anderson,R. 1975.**Development of indices of access to medical care: Health Administration.** Michigan.

ภาคผนวก

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

แบบสอบถามนี้ จัดทำโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งได้รับมอบภารกิจการศึกษานี้ จาก คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อศึกษาถึงผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยที่หน่วยงานของท่านได้รับการสุ่มเลือกเพื่อให้ข้อมูล โดยตอบ แบบสอบถาม จึงขอให้ท่านกรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะถูกนำไปใช้ประโยชน์ ต่อไป

แบบสอบถาม

No.....

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ตำแหน่งปัจจุบัน.....
- 1.2 ดำรงตำแหน่งนี้มานาน.....ปี.....เดือน
- 1.3 โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาล ☐ รัฐ ☐ เอกชน
- 1.4 โรงพยาบาลนี้มีขนาด.....เตียง
- 1.5 โรงพยาบาลนี้มี แพทย์.....คน
ทันตแพทย์.....คน
เภสัชกร.....คน
พยาบาล.....คน

2. ข้อมูลด้านการบริหาร

- 2.1 ก่อนเริ่มนโยบายนี้ท่านได้รับเงินงบประมาณปี 2544.....บาท
ในปี 2545 ได้รับงบประมาณ.....บาท
ในปี 2546 ได้รับงบประมาณ.....บาท
ในปี 2547 ได้รับงบประมาณ.....บาท
- 2.2 ในปี 2544 จัดเก็บเงินบำรุง (รวมเงินบริจาค) ได้.....บาท
ในปี 2545 จัดเก็บเงินบำรุง (รวมเงินบริจาค) ได้.....บาท
ในปี 2546 จัดเก็บเงินบำรุง (รวมเงินบริจาค) ได้.....บาท
ในปี 2547 จัดเก็บเงินบำรุง (รวมเงินบริจาค) ได้.....บาท
- 2.3 รายจ่าย ปี 2544 ทั้งงบประมาณและเงินบำรุง.....บาท
ในปี 2545 ทั้งงบประมาณและเงินบำรุง.....บาท

ในปี 2546งบประมาณและเงินบำรุง.....บาท

ในปี 2547นับถึงวันตอบ) งบประมาณและเงินบำรุง.....บาท

2.4 โรงพยาบาลท่านได้รับเงินงบประมาณ (30 บาท) งวดแรกของปีงบประมาณ 2547
ในวันใด.....

2.5 ท่านคิดว่าควรได้รับเงินงบประมาณ (30 บาท) งวดแรกของปีงบประมาณ 2547
ในวันใด.....

2.6 ปัจจุบันโรงพยาบาลมี Quick Ratio = ... , Current Ratio = ...

2.7 จำนวนผู้ป่วยนอก ปี 2544.....คน

จำนวนผู้ป่วยนอกปี 2545.....คน

จำนวนผู้ป่วยนอกปี 2546.....คน

จำนวนผู้ป่วยนอก ปี 2547 (นับถึงวันตอบ).....คน

2.8 จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2544.....คน

จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2545.....คน

จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2546.....คน

จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2547 (นับถึงวันตอบ).....คน

3. ข้อคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

3.1 ท่านคิดว่านโยบายนี้ ทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลนี้เปลี่ยนแปลง
หรือไม่ให้เหตุผล/ตัวอย่าง

.....

.....

.....

.....

3.2 ท่านคิดว่าผู้มารับบริการได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการตามนโยบายนี้
หรือไม่

.....

.....

.....

3.3 นอกจากนโยบายนี้ โรงพยาบาล นี้ได้รับผลกระทบด้านการบริหารจากนโยบายใดอีก

.....

.....

.....

3.4 ท่านคิดว่าโรงพยาบาลนี้ยังมีบุคลากรประเภทใดไม่เพียงพอ (ระบุ)

.....

.....

.....

แบบสอบถามผู้ให้บริการในโรงพยาบาล

โปรดขีด / หน้าข้อความที่ท่านเลือก

1 ท่านมีอาชีพเป็น

- ☐ แพทย์
- ☐ ทันตแพทย์
- ☐ เภสัชกร
- ☐ พยาบาล
- ☐ นักเทคนิคการแพทย์/เจ้าหน้าที่ชันสูตร
- ☐ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม/ฝ่ายส่งเสริม/ฝ่ายสุขภาพิบาล

2. ท่านทำงานมานาน _____ ปี _____ เดือน

3. ท่านคิดว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วย ☐ มากขึ้น ☐ เท่าเดิม ☐ ลดลง

4. ท่านคิดว่านโยบายนี้มีผลต่อวิธีการให้บริการของท่านหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

4.1 ถ้ามีผลต่อวิธีการให้บริการในลักษณะใด ☐ ดีขึ้น ☐ ปกติ ☐ แย่ลง

5. เมื่อมีนโยบายนี้โรงพยาบาลมีการปรับปรุงเรื่องการบริหารจัดการภายในหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

6. ท่านคิดว่านโยบายนี้มีผลต่อรายได้ของท่านเองหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

7. ท่านคิดว่านโยบายนี้มีผลต่องานของท่านหรือไม่ (อธิบาย ให้เหตุผลประกอบ)

.....

.....

.....

8. ความคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

แบบสอบถามนี้ จัดทำโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งได้รับมอบภารกิจการศึกษา จากคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อศึกษาถึงผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยที่ท่านได้รับการสุ่มเลือกเพื่อให้ข้อมูล โดยตอบแบบสอบถาม จึงขอให้ท่านกรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะถูกนำไปใช้ประโยชน์ ต่อไป

แบบสัมภาษณ์ ผู้รับบริการ

No.....

1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ.....

1.2 อายุ.....ปี.....เดือน

1.3 อาชีพ.....

1.4 รายได้เฉลี่ย/เดือน.....บาท

1.5 เคยรับบริการโรงพยาบาล ประเภท ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน
ที่โรงพยาบาล.....เป็น ☐ โรงพยาบาลรัฐ ☐ โรงพยาบาลเอกชน

2. การรับบริการตามนโยบายนี้

	ดี	ธรรมดา	ปรับปรุง
2.1 ด้านระยะเวลาที่ใช้ ในการรับบริการ (ตั้งแต่ต้นจนจบ)	☐	☐	☐
2.2 ด้านคุณภาพการบริการ (ภาพรวม)	☐	☐	☐

3. เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนที่จะมีนโยบายนี้ ท่านคิดว่าการให้บริการของโรงพยาบาลในภาพรวม

☐ ดีขึ้น ☐ เหมือนเดิม ☐ แย่ลง

4. ท่านคิดว่าบุคลากรของโรงพยาบาลที่ท่านไปใช้บริการตามนโยบายนี้มีเพียงพอหรือไม่

☐ พอ ☐ ไม่พอ

ถ้าไม่พอควรเพิ่มบุคลากรประเภทใด (ตอบได้มากกว่า 1 เรื่อง)

4.1 ☐ แพทย์ 4.2 ☐ ทันตแพทย์ 4.3 ☐ เภสัช
4.4 ☐ พยาบาล 4.5 ☐ เจ้าหน้าที่ชันสูตร 4.6 ☐ เจ้าหน้าที่ส่งเสริม

5. นอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเคยไปหาท่าน เพื่อแนะนำด้านสร้างสุขภาพหรือป้องกันโรคหรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

6. ถ้าท่านพอจะจ่ายค่ารักษาได้เอง ท่านคิดว่าจะยินดีจ่าย/บริจาคให้โรงพยาบาลที่ท่านใช้สิทธิรักษาตามนโยบายนี้หรือไม่

□ ยินดี

☐ ไม่ยินดี

7. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.