



**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) จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 91 แห่ง รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณได้ส่งแบบสอบถามให้โรงพยาบาลที่ถูกเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้บุคคลดังต่อไปนี้ตอบ คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลได้ข้อมูลกลับ 115 ชุด ผู้ให้บริการ (กลุ่มวิชาชีพละ 2 ชุด เป็นอย่างน้อย) ได้ข้อมูลกลับ 1,567 ชุด และศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการในแต่ละโรงพยาบาล แห่งละ 30 คน ได้ข้อมูลจำนวน 2,426 ชุด นอกจากนี้ยังจัดประชุมเสวนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 7 ครั้ง ประกอบด้วยตัวแทนวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนภาคประชาชน โดยมีวิธีการเลือกตัวแทนนั้น เลือกโดยกระจายตามประเภทขนาดของโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และได้ศึกษาจากเอกสาร/ รายงานของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งการนำเสนอของหน่วยงานในที่ประชุม คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 – 30 เตียง มีแพทย์น้อยกว่า 3 คน มีทันตแพทย์ 1-2 คน มีเภสัชกร 3-5 คน มีพยาบาลจำนวน 41-60 คน ผลกระทบกับสถานพยาบาลพบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณทำให้งบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับในปี 2546 เทียบกับปี 2545 มีโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณมากขึ้นจำนวน 33 แห่ง (ร้อยละ 28.7) ได้รับงบประมาณน้อยลงจำนวน 60 แห่ง (ร้อยละ 52.2) ในด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพบว่าเมื่อเทียบปี 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 (ร้อยละ45.2) มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนมากกว่า 1-2 จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ23.5) และยังคงคล้องกับคำตอบของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ว่า 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 สายเพื่อเปลี่ยน ก็จะได้ลดลงเหลือสายเดียว ทำให้ต้องไปบ่อยขึ้นสร้างความลำบากในการเดินทางแก่ผู้พิการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทาง นอกจากนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการได้รับงบประมาณงวดแรกไม่เกินวันที่ 15 ตุลาคมเพราะในปีงบประมาณ 2547 ส่วนใหญ่ได้รับในช่วงวันที่ 21-30 พฤศจิกายน 2546 สำหรับผู้ป่วยนอกพบว่า มีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอกมากขึ้นในปี 2546 เทียบกับกับปี 2545 จำนวน 50 แห่ง (ร้อยละ 43.5) (หลายโรงพยาบาลมีการจัดทีมแพทย์ไปตรวจที่ศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย) โดยเฉพาะมีผู้ป่วยนอกเพิ่มประมาณ ร้อยละ10 ในเรื่องผู้ป่วยในพบว่าเมื่อเทียบกับปี 2546 กับปี 2545 พบว่า มีโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น จำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 30.4) โดยสรุปนโยบายนี้มีผลกระทบต่อโรงพยาบาลในเรื่องของการบริหารงบประมาณ ปริมาณงานการให้บริการที่เพิ่มขึ้น

### ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการนั้นได้รับผลกระทบจาก พ.ร.บ.นี้ โดยการที่มีผู้มารับบริการมากขึ้น (ร้อยละ82.7) และเห็นว่า พ.ร.บ.นี้มีผลต่อวิธีการให้บริการ โดยมีผลทำให้การบริการดีขึ้นร้อยละ 50.7 อีกทั้งร้อยละ 93.4 เห็นว่า เมื่อมีนโยบายนี้ทำให้มีการปรับปรุงการบริหาร โรงพยาบาล สำหรับผลกระทบต่อรายได้ของผู้ให้บริการนั้น ร้อยละ 51.6 ตอบว่าไม่มีผลกระทบ เมื่อได้ถามถึงผลกระทบของ พ.ร.บ.นี้ต่องาน พบว่า 448 คน (ร้อยละ 28.6) ตอบว่าไม่มีผลกระทบ แต่ 198 คน (ร้อยละ 12.6) ตอบว่ามีผลจากการที่มีผู้ป่วยมากขึ้น จำนวน133 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 หัตถกรรมอาจมีคิวนัดผู้ป่วยยาวนานขึ้นจาก 1 เดือนเป็น 3 เดือน ในบางโรงพยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพที่อาจมีผลต่องานตามหน้าที่ปกติที่อาจจะทำได้ไม่ครบหรือไม่ทัน เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภคของเภสัชกร หรือกรณีที่เน้นการพัฒนาบุคลากรแต่มีงบประมาณด้านนี้จำกัด

### **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) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศิริเพ็ญสุกกาญจนกันติและคณะที่ศึกษาในปี 2546 และพบว่าประชาชนบางส่วนเห็นว่าคุณภาพการบริการเหมือนเดิมไม่มีความแตกต่างมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาคนละปีและช่วงที่ผ่านมาโรงพยาบาลต่างๆพยายามปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบ HA (Hospital Accreditation) และเพื่อให้ผู้รับบริการพอใจ โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากการไปเยี่ยมจังหวัดต่างๆของคณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภาที่พบว่า ทุกจังหวัด มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและผลลัพธ์ คือประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจ เมื่อประกอบกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากตัวแทนประชาชนที่ว่าประชาชนพอใจ แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่พอใจกับการให้บริการ 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 ค่าใช้จ่ายเป็นเพียงประการเดียวที่ให้ผู้รับบริการพึงหรือเสียเพียง 30 บาท ก็ไม่น่าที่จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจในภาพรวมได้ แต่น่าจะมีปัจจัยอื่นเสริมเช่นเรื่องของ คุณภาพการบริการ ด้านอรรถยาของเจ้าหน้าที่ 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 พบกับผู้รับบริการให้พูดจาปราศรัยดี ๆ 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 แต่จะหัน ไปซื้อยาที่ร้านหมอดีเหมือนเดิมซึ่งอาจไม่

ตรงตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการไม่ว่ายากดีมีจน  
สำหรับตัวแทนผู้ให้บริการแสดงความเห็นด้วย ส่วนใหญ่ในทุกวิชาชีพว่าควรมีการร่วมจ่ายและมี  
ผู้มาใช้บริการหลายคนอยากจะจ่ายแต่ไม่รู้ว่าจะรับเงินได้ไหม ในขณะที่ผู้มารับบริการบางคนเลือก  
ที่จะไม่ใช่สิทธิ 30 บาทแต่ยินดีจ่ายเอง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการติดตามและประเมินผลระบบ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่พบว่าผู้มีผู้ป่วยขอใช้ห้อง  
พิเศษโดยออกส่วนเกินมากขึ้น น่าจะพิจารณาเก็บเงินผู้ที่สามารถจ่ายได้

**ข้อเสนอแนะ** จากผลกระทบต่อปริมาณงานที่มากขึ้น ความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น  
รัฐบาลจึงควรจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสม เพียงพอ ตลอดทั้งสร้างขวัญกำลังใจใน  
รูปแบบต่าง ๆ เช่น เพิ่มเงินเดือน ค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น และควรทำความเข้าใจกับ  
บุคลากรในเรื่องนโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐ โดยเฉพาะมาตรการที่ 3 สำหรับงบประมาณที่ได้รับ  
การจัดสรรควรมีหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย ควรมีปริมาณงบประมาณ  
ที่มากพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และจัดสรรให้ถึงโรงพยาบาลโดยเร็ว ในเรื่องการร่วมจ่าย  
(co-payment) เป็นเรื่องที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่วนใหญ่ยอมรับ จึงควรมีการศึกษาว่า  
จะร่วมจ่ายอย่างไร เท่าใดจึงจะเหมาะสม ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการเห็นด้วยตรงกัน  
ในเรื่องของการประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอเพื่อให้ประชาชนและ  
ผู้ให้บริการมีความเข้าใจในสิทธิต่าง ๆ มาตรา 41 และมาตรา 42 นั้น อาจเป็นสิ่งที่ทำให้มีการ  
ร้องเรียกเงินเพิ่มขึ้นกว่าที่ควรจะเป็นจึงควรมีการศึกษาติดตามทั้งในแง่ผลดี และผลเสียต่อภาพรวม  
ของระบบในระยะยาวต่อไป ควรมีความชัดเจนว่าเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาตามบทเฉพาะกาลแล้ว ( 3 ปี  
นับตั้งแต่เริ่มใช้ พรบ.นี้) จะมีการดำเนินการของโรงพยาบาลต่างๆ(ภาครัฐและเอกชน)  
ในลักษณะใด ควรมีการติดตามให้มีดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและ  
มาตรฐานสถานพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดตามคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ  
ประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

-----

## 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.

-----