

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษา เรื่อง การวิเคราะห์ด้านอุปทานของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม บุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวนทั้งสิ้น 310 คน และได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ทั้งนี้เพื่อต้องการทราบถึงประสิทธิภาพประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติงานว่ามาจากสาเหตุใด พร้อมทั้งซักถามมุมมอง ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแนวทางในการดำเนินนโยบาย จากมุมมองของบุคลากรผู้นำนโยบายไปปฏิบัติซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินโครงการ

ข้อมูลที่รวบรวมจากแบบสอบถามผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยนำเสนอผลการศึกษาเป็นลำดับขั้น ดังนี้

- 4.1 คุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 4.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบบริการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 4.4 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นในภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 4.5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามกับความคิดเห็นในภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 4.7 การทดสอบสมมุติฐานในการวิจัย

ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำเสนอควบคู่ไปกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มาจากมุมมองของผู้ให้บริการอย่างทั่วถึง ผลการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 คุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งหน้าที่ อาชีพ ระยะเวลาทำงาน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	83	26.8
หญิง	227	73.2
รวม	310	100.0

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง 227 คน คิดเป็นร้อยละ 73.2 เป็นเพศชาย 83 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 การที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงสูงกว่าเพศชายไปร้อยละ 46.4 ($73.2 - 26.8$) เนื่องมาจากการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาประมาณร้อยละ 10 ของแต่ละตำแหน่งหน้าที่ บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีตำแหน่งหน้าที่เป็นพยาบาลซึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จึงเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 25 ปี	80	25.8
26 – 30 ปี	104	33.5
31 – 35 ปี	56	18.1
36 – 40 ปี	31	10.0
41 ปีขึ้นไป	39	12.6
รวม	310	100.0

อายุเฉลี่ย = 31 ปี

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 26 – 30 ปี มากที่สุด จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 33.5 รองลงมามีอายุไม่เกิน 25 ปี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 มีอายุ 31 – 35 ปีขึ้นไป จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 มีอายุ 41 ปีขึ้นไปจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และมีอายุ 36 – 40 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 31 ปี

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	62	20.0
อนุปริญญา / ปวส.	18	5.8
ปริญญาตรี	211	68.1
ปริญญาโทขึ้นไป	19	6.1
รวม	310	100.0

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ระดับปริญญาโทขึ้นไปจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 และระดับอนุปริญญา / ปวส. จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	220	71.0
สมรส	76	24.5
หม้าย	2	0.6
หย่าร้าง	12	3.9
รวม	310	100.0

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 71.0 รองลงมาคือสมรส จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 หย่าร้าง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 และหม้าย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่

ตำแหน่งหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	41	13.2
พยาบาล	150	48.4
เภสัชกร	10	3.2
เทคนิคการแพทย์	8	2.6
บุคลากรอื่นๆ	101	32.6
รวม	310	100.0

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งหน้าที่เป็นพยาบาลมากที่สุด จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 รองลงมาคือ บุคลากรอื่นๆ จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 32.6 และ แพทย์ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2 เกสเซอร์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 และเทคนิค การแพทย์ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 5 ปี	142	45.8
6 – 10 ปี	71	22.9
11 – 15 ปี	61	19.7
16 – 20 ปี	16	5.2
21 ปีขึ้นไป	20	6.5
รวม	310	100.0

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย = 8 ปี

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่เกิน 5 ปี มากที่สุด จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมา มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6 – 10 ปี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11 – 15 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 19.7 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 21 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และมีระยะเวลา ในการปฏิบัติงาน 16 – 20 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 8 ปี

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้โดยประมาณต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 5,000 บาท	17	5.5
5,001 – 10,000 บาท	158	51.0
10,001 – 15,000 บาท	98	31.6
15,001 – 20,000 บาท	13	4.2
20,001 บาทขึ้นไป	24	7.7
รวม	310	100.0

รายได้เฉลี่ย = 11,618 บาท

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15,001 – 20,000 บาท จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านความเสมอภาคตามสิทธิทางกฎหมายและด้านสังคมที่เป็นธรรม

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. มีประสิทธิภาพ	185	59.7
1.1 เป็นสิทธิในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน	167	53.9
1.2 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเพียงพอเสมอ	110	35.5
1.3 เป็นการลดความเหลื่อมล้ำในด้านการรักษาพยาบาล	85	27.4
1.4 ประชาชนไม่ต้องกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อจะไปใช้บริการทางการแพทย์	138	44.5
1.5 อื่นๆ	3	1.0
2. ไม่มีประสิทธิภาพ	125	40.3
2.1 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโครงการสำหรับคนด้อยโอกาสและคนยากจนเท่านั้น	39	12.6
2.2 ประชาชนที่มีฐานะร่ำรวยหรือยากจน ต่างก็เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 30 บาทต่อครั้งเท่ากัน ทั้งที่ความสามารถในการจ่ายไม่เท่าเทียมกัน	107	34.5
2.3 ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกัน เมื่อเทียบกับการประกันสุขภาพใน รูปแบบอื่นๆ เช่น การประกันสุขภาพโดยธุรกิจเอกชน และการประกันสังคม	64	20.6
2.4 การให้บริการทางการแพทย์ไม่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ดีสม่ำเสมอ	68	21.9
2.5 อื่นๆ	7	2.3

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านความเสมอภาคตามสิทธิทางกฎหมายและด้านสังคมที่เป็นธรรม ว่ามีประสิทธิภาพ จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 59.67 โดยให้เหตุผลว่าเป็นสิทธิเป็นสิทธิในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน มากที่สุด จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 53.9 รองลงมา คือ ประชาชนไม่ต้องกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อจะไปใช้บริการทางการแพทย์ จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 44.5 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเพียงพอเสมอทั้งจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 33.5 เป็นการลดความเหลื่อมล้ำในด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 และเหตุผลอื่นๆ เช่น ทำให้ระบบสาธารณสุขของประเทศมีการพัฒนามากขึ้น ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง และสามารถเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลมากขึ้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพมีจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 โดยให้เหตุผลว่า ประชาชนที่มีฐานะร่ำรวยหรือยากจน ต่างก็เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 30 บาทต่อครั้งเท่ากัน ทั้งที่ความสามารถในการจ่ายไม่เท่าเทียมกัน มากที่สุด จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ การให้บริการทางการแพทย์ไม่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ดี สม่่าเสมอ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกัน เมื่อเทียบกับการประกันสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ เช่น การประกันสุขภาพโดยธุรกิจเอกชน และการประกันสังคม จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโครงการสำหรับคนด้อยโอกาสและคนยากจนเท่านั้นจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และเหตุผลอื่นๆ เช่น คุณภาพการรักษาพยาบาล ลดลง ไม่เท่าเทียมกับผู้ที่สามารถจ่ายค่ารักษาเอง สวัสดิการของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือประกันสังคมจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มากกว่าครึ่ง มีความคิดเห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านความเสมอภาคตามสิทธิทางกฎหมายและด้านสังคมที่เป็นธรรม อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากถึง ร้อยละ 40.3 ที่เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้รับบริการมีความสามารถในการจ่ายไม่เท่าเทียมกันแต่เสียค่าใช้จ่ายเท่ากันทำให้เกิดความไม่เป็นธรรม จึงควรมีการปรับปรุงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน ไม่จำเป็นว่าต้องจ่ายครั้งละ 30 บาทเสมอไป ผู้รับบริการที่มีความสามารถในการจ่ายควรจะจ่ายมากขึ้น ในขณะที่ผู้รับบริการที่ยากจนควรจะได้รับการยกเว้นค่าบริการ

ข้อสังเกตที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความเท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการไม่ควรจะหมายถึงความเท่าเทียมโดยการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลครั้งละ 30 บาท เท่ากัน แต่ต้องคำนึงถึงฐานะทางสังคมและความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยบางรายสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเองได้แต่จ่ายเพียง 30 บาท ส่วนที่นอกเหนือจาก 30 บาทนั้นก็ต้องเป็นภาระของโรงพยาบาลและเป็นภาระของรัฐบาล ซึ่งถ้าดำเนินนโยบายต่อไปจะประสบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและปัญหาประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลที่ลดลง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านทางเลือกในการรับบริการที่หลากหลยจากสถานพยาบาลทุกระดับและเข้าถึงได้ง่าย

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. มีประสิทธิภาพ	119	38.4
1.1 ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ	75	24.2
1.2 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย	59	19.2
1.3 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง	56	18.1
1.4 อื่นๆ	1	0.3
2. ไม่มีประสิทธิภาพ	191	61.6
2.1 ประชาชนไม่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้	147	47.4
2.2 ประชาชนที่ไม่ใช้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง	123	39.7
2.3 การกำหนดให้ใช้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิทำให้ได้บริการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า ไม่มีคุณภาพ	132	42.6
2.4 อื่นๆ	17	5.5

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีความเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านทางเลือกในการรับบริการที่หลากหลยจากสถานพยาบาลทุกระดับและเข้าถึงได้ง่าย ว่ามีประสิทธิภาพ จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 โดยให้เหตุผลว่า ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ มากที่สุด จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 และเหตุผลอื่นๆ คือ ประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองมีทางเลือกมากขึ้น สามารถเลือกรับบริการโรงพยาบาลเอกชนได้ ไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐเพียงอย่างเดียว จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพมีจำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 61.6 โดยให้เหตุผลว่า ประชาชนไม่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ มากที่สุด จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ การกำหนดให้ใช้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า ไม่มีคุณภาพ จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 42.6 ประชาชนที่ไม่ใช้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเองจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 และเหตุผลอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่อาการหนักจำเป็นต้องส่งต่ออาจไม่ได้รับการส่งต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชั้นต้นไม่ต้องการแบกรับภาระค่ารักษา จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5

การจัดสรรให้ประชาชนใช้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพื้นที่นั้น ทำให้การดูแลประชาชนได้ค่อนข้างทั่วถึง ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง แต่ในด้านความสะดวกประชาชนในเขตเมืองจะสะดวกกว่าประชาชนในเขตชนบทมาก เพราะในเขตเมืองมีโรงพยาบาลต่างๆ เข้าร่วมโครงการมากกว่าในเขตรอบนอก อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า การที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้กลุ่มคนที่เคยใช้สิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับโรงพยาบาลของรัฐ เช่น เด็กและคนชราที่ต้องไปรับบริการทางการแพทย์แบบไม่เสียเงินจากโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นหลัก เมื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้บุคคลเหล่านี้สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพด้านทางเลือกในการรับบริการที่หลากหลายจากสถานพยาบาลทุกระดับและเข้าถึงได้ง่าย เหตุผลที่สำคัญ คือ การเข้ารับบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ประชาชนไม่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น จึงต้องไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รัฐกำหนด เมื่อผู้รับบริการไม่มั่นใจว่าโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาจะสามารถให้การรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ จึงเกิดปัญหาการไม่ใช้บริการผ่านสถานพยาบาลชั้นปฐมภูมิตามที่กำหนดไว้ตามมา

รัฐบาลจึงควรพิจารณาให้มีสถานพยาบาลที่เป็นทางเลือกแก่ประชาชนมากขึ้น การที่ประชาชนต้องการเลือกสถานพยาบาล ในการเข้ารับบริการนั้น แสดงให้เห็นถึงขีดความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่ไม่เท่าเทียมกัน จึงควรมีการพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละแห่งให้ใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนควรจะได้รับพัฒนาให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยมากขึ้น เพื่อให้

ผู้รับบริการใช้บริการโรงพยาบาลในชุมชนมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดผู้รับบริการจำนวนมากที่มาใช้บริการโรงพยาบาลใหญ่ๆ เช่น ในจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีบุคลากรเฉพาะทางที่มีความชำนาญ แต่การที่มีผู้รับบริการมากเกินไปก็อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลลดลงได้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัด คุ่มค่า มีระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด เน้นการให้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. มีประสิทธิภาพ	95	30.6
1.1 การกำหนดค่าใช้จ่ายรายหัวทำให้เกิดการประหยัดทรัพยากรในระบบสาธารณสุข	33	10.6
1.2 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ	27	8.7
1.3 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ	24	7.7
1.4 การให้บริการในลักษณะเครือข่ายผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิทำให้ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	50	16.1
1.5 อื่นๆ	1	0.3
2. ไม่มีประสิทธิภาพ	215	69.4
2.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย	124	40.0
2.2 การกระจายงบประมาณให้กับโรงพยาบาลแต่ละแห่งไม่เหมาะสม	170	54.8
2.3 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้คุณภาพบริการของโรงพยาบาลลดลง	108	34.4
2.4 ขาดความเชื่อมโยงของระบบการส่งต่อและการให้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิ	118	38.1
2.5 อื่นๆ	5	1.6

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัด คุ่มค่า มีระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด เน้นการให้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิว่ามีประสิทธิภาพ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6 โดยให้เหตุผลว่า การให้บริการในลักษณะเครือข่ายผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิทำให้ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มากที่สุด จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 16.1 รองลงมา คือ การกำหนดค่าใช้จ่ายรายหัวทำให้เกิดการประหยัดทรัพยากรในระบบสาธารณสุข จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 และเหตุผลอื่นๆ คือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลต่างๆมีการแข่งขันกันมากขึ้นในการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยงาน ทำให้เกิดการประหยัดทรัพยากรมากขึ้น จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพมีจำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4 โดยให้เหตุผลว่าการกระจายงบประมาณให้กับโรงพยาบาลแต่ละแห่งไม่เหมาะสม มากที่สุดจำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศชาติ จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ขาดความเชื่อมโยงของระบบการส่งต่อและการให้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้คุณภาพบริการของโรงพยาบาลลดลง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 34.4 และเหตุผลอื่นๆ เช่น การจ่ายเงินงบประมาณจากภาครัฐล่าช้า ทำให้การดำเนินนโยบายขาดความคล่องตัวจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัด คุ่มค่า มีระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด เน้นการให้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิ เหตุผลที่สำคัญ คือ การกระจายงบประมาณให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งไม่เหมาะสม ผู้ตอบแบบสอบถามบางท่านให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีศักยภาพสูงที่สุดในเขตจังหวัดภาคเหนือ รับการส่งต่อ (Refer) ผู้ป่วยที่อาการหนักจากโรงพยาบาลปฐมภูมิซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นโรคที่ซับซ้อน มีต้นทุนค่ารักษาที่สูง แต่ได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวของผู้ป่วยจากภาครัฐ เท่ากับโรงพยาบาลระดับอื่นๆ คือ 1,202 บาท / คน / ปี

ทำให้โรงพยาบาลประสบภาวะขาดทุน และขาดแคลนงบประมาณในการรักษาผู้ป่วย ถึงแม้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีกฎหมายให้โรงพยาบาลปฐมภูมิรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ส่งต่อเอง แต่ค่ารักษาพยาบาลที่แพง ทำให้เกิดปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิได้

ข้อสังเกตที่ได้จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลชุมชนก็ขาดแคลนงบประมาณอย่างมากเช่นกัน เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อมายังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิเอง ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เช่น ผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดใหญ่ หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคซับซ้อน ทำให้โรงพยาบาลต้องลดค่าใช้จ่ายในด้านเวชภัณฑ์ต่างๆลง ส่งผลให้คุณภาพการรักษาพยาบาลลดลงอย่างมาก

จะเห็นว่า ไม่ว่าจะโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือเล็กต่างก็ประสบปัญหาในด้านงบประมาณและการส่งต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกัน การที่รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่จำกัดงบประมาณโดยคิดค่าใช้จ่ายรายหัวให้แก่โรงพยาบาลเพียง 1202 บาท / คน / ปี จึงไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัด คุ่มค่า มีระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด เน้นการให้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิได้

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. มีประสิทธิภาพ	169	54.5
1.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นการรณรงค์เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	125	40.3
1.2 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	104	33.5
1.3 โรงพยาบาลให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	61	19.7
1.4 อื่นๆ	13	4.2
2. ไม่มีประสิทธิภาพ	141	45.5
2.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขาดการรณรงค์เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	70	22.6
2.2 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนละเลยด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเนื่องจากมีหลักประกันในการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว	96	31.0
2.3 โรงพยาบาลไม่ให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	20	6.5
2.4 อื่นๆ	4	1.3

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคว่ามีประสิทธิภาพ จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 54.4 โดยให้เหตุผลว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นการรณรงค์เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มากที่สุด จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3

รองลงมา คือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 33.5 โรงพยาบาลให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 19.7 และเหตุผลอื่นๆ จำนวน 13 คน เช่น เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วภาครัฐมีการรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมมากขึ้น เช่น การสนับสนุนให้มีกิจกรรมออกกำลังกายต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 4.2

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพมีจำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยให้เหตุผลว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนละเลยด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเนื่องจากมีหลักประกันในการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว มากที่สุด จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 31.0 รองลงมา คือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขาดการรณรงค์เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 โรงพยาบาลไม่ให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และเหตุผลอื่นๆ เช่น พื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่ดีพอ ขาดการเตรียมพร้อมและดำเนินนโยบายอย่างเร่งรีบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลอยู่พอควร โดยเห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นการรณรงค์เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งก็มีความคิดเห็นว่าจะไม่เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่าที่ควร เนื่องจากการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนละเลยด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพราะเห็นว่าเมื่อเจ็บป่วยก็มีหลักประกันอยู่แล้ว

เมื่อพิจารณาจากวัตถุประสงค์ 4 ประการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จะเป็นตัวชี้วัดว่าการดำเนินนโยบายบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด ได้แก่

1. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านความเสมอภาคตามสิทธิทางกฎหมายและด้านสังคมที่เป็นธรรม
2. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัด คุ่มค่า มีระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด เน้นการให้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิ

3. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านทางเลือกในการรับบริการที่หลากหลายจากสถานพยาบาลทุกระดับและเข้าถึงได้ง่าย

4. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการดำเนินนโยบายมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลพอใช้ใน 2 ด้าน คือ ด้านความเสมอภาคตามสิทธิทางกฎหมายและด้านสังคมที่เป็นธรรม และด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 59.7 และร้อยละ 54.5 ตามลำดับ และมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่ำใน 2 ด้าน คือ ด้านทางเลือกในการรับบริการที่หลากหลายจากสถานพยาบาลทุกระดับและเข้าถึงได้ง่าย และด้านการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัด คุ่มค่า มีระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด เน้นการให้บริการผ่านสถานพยาบาลปฐมภูมิ คิดเป็นร้อยละ 38.4 และร้อยละ 30.6 ตามลำดับ

4.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบบริการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิใดๆจากหลักประกันอื่นที่รัฐจัดให้

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. เหมาะสม	118	38.1
2. ไม่เหมาะสม	192	61.9
2.1 ไม่มีการคัดกรองการให้สิทธิแก่ประชาชนผู้ให้บริการ	138	44.5
2.2 ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพ	83	26.8
2.3 ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักในการรักษาสุขภาพและป้องกันโรค	93	30.0
2.4 อื่นๆ	13	4.2

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบบริการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิใดๆจากหลักประกันอื่นที่รัฐจัดให้ โดยเห็นว่าเหมาะสม จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 และเห็นว่าไม่เหมาะสมจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 61.9 เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เพราะไม่มีการคัดกรองการให้สิทธิแก่ประชาชนผู้ให้บริการ มากที่สุด จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 รองลงมา คือ ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักในการรักษาสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพ จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 และเหตุผลอื่นๆ เช่น ถึงแม้จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ประชาชนบางส่วนที่ขาดความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะประชาชนในชนบทที่อพยพเข้าไปทำงานในเมืองหลวง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

การให้การให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิใดๆจากหลักประกันอื่นที่รัฐจัดให้ ย่อมหมายถึงงบประมาณจำนวนมหาศาลที่รัฐต้องจ่าย แต่การจัดสรรงบประมาณที่ล่าช้าของภาครัฐย่อมส่งผลกระทบต่อโดยตรงถึงงบประมาณของ

โรงพยาบาลด้วย เพราะโรงพยาบาลจะต้องใช้งบประมาณของโรงพยาบาลที่มีอยู่ออกไปก่อน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีต้นทุนค่ารักษาสูงอย่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในระยะยาวย่อมเกิดปัญหาอย่างแน่นอน ส่วนปัญหาอื่นๆที่อาจเกิดตามมาจากการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพของชาติได้ในระยะยาว แต่ไม่เป็นปัญหารุนแรงเท่าปัญหาด้านงบประมาณ

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 30 บาทต่อครั้ง เมื่อใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. เหมาะสม	67	21.6
2. ไม่เหมาะสม	243	78.4
2.1 ผู้รับบริการเสียค่าบริการน้อยเกินไป	103	33.2
2.2 ผู้รับบริการเสียค่าบริการมากเกินไป	14	4.5
2.3 กลไกการจ่ายเงินไม่มีความยืดหยุ่น ไม่เหมาะสมกับความ สามารถในการจ่ายของประชาชน	176	56.8
2.4 อื่นๆ	29	9.4

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบบริการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเก็บรักษาพยาบาล 30 บาทต่อครั้ง เมื่อใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โดยเห็นว่าเหมาะสม จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 และเห็นว่าไม่เหมาะสมจำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เพราะกลไกการจ่ายเงินไม่มีความยืดหยุ่น ไม่เหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน มากที่สุด จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 ผู้รับบริการเสียค่าบริการน้อยเกินไป จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 ผู้รับบริการเสียค่าบริการมากเกินไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และเหตุผลอื่นๆ เช่น สถานพยาบาลต้องแบกรับภาระแทนภาครัฐ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4

จากมุมมองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เห็นว่าการเก็บรักษาพยาบาล 30 บาทต่อครั้ง ไม่เหมาะสมโดยเห็นว่าผู้รับบริการเสียค่าบริการน้อยเกินไปเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทราบดีถึงต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลที่สูง การกำหนดค่าใช้จ่ายครั้งละ 30 บาท นั้นผู้รับบริการบางส่วนขาดความเข้าใจในสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เมื่อจำเป็นต้องรับการ รักษาพยาบาลบางอย่างที่ไม่สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เช่น การฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม การตรวจรักษาที่เกินความจำเป็น เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียน จากประชาชนตามมา จึงควรจะมีการประชาสัมพันธ์ ที่แจ้งให้ผู้รับบริการทราบอย่างทั่วถึงเกี่ยวกับการ ใช้สิทธิ การที่จะดำเนินนโยบายต่อไปนั้นควรมีการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลอย่าง เพียงพอ ตามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าผู้รับบริการเสียค่าบริการน้อยเกินไปนั้น หาก รัฐมีงบประมาณไม่เพียงพอก็ควรปรับปรุงแก้ไขด้านงบประมาณให้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพิ่ม ขึ้นตามความเหมาะสม ไม่ควรจะให้เป็นการที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องมาแบกรับ ซึ่งย่อมส่งผล ถึงประสิทธิภาพการให้บริการ

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สิทธิของผู้มีบัตรหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. เหมาะสม	53	17.1
2. ไม่เหมาะสม	257	82.9
2.1 ผู้รับบริการไม่เข้าใจขั้นตอนการให้บริการ	196	63.2
2.2 ผู้รับบริการมักไม่ผ่านสถานพยาบาลชั้นปฐมภูมิตามขั้นตอน	181	58.4
2.3 สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการให้บริการ เกินความจำเป็น	110	35.5
2.4 อื่นๆ	5	1.6

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบบริการของ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการใช้สิทธิของผู้มีบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดังนั้น เห็นว่าเหมาะสม จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1 และเห็นว่าไม่เหมาะสมจำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เพราะผู้รับบริการไม่เข้าใจขั้นตอนการให้บริการ มากที่สุด จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 ผู้รับบริการมักไม่ผ่านสถานพยาบาลชั้น ปฐมภูมิตามขั้นตอน จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการให้บริการเกินความจำเป็น จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 และเหตุผลอื่นๆ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6

การที่ผู้รับบริการใช้สิทธิไม่เหมาะสมโดยไม่เข้าใจขั้นตอนการให้บริการ ไม่ผ่านสถานพยาบาลชั้นปฐมภูมิตามขั้นตอน หรือให้บริการเกินความจำเป็นนั้น สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการดำเนินนโยบายโดยที่ยังไม่ได้มีการกำหนดกฎระเบียบต่างให้ชัดเจน ทำให้ทั้งผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติหรือผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างประสบปัญหา

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. เหมาะสม	44	14.2
2. ไม่เหมาะสม	266	85.5
2.1 บุคลากรไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้รับบริการ	188	60.6
2.2 วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆมีไม่เพียงพอ	105	33.9
2.3 ไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ	198	63.9
2.4 อื่นๆ	36	11.6

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบบริการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการให้บริการทางการแพทย์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยเห็นว่าเหมาะสม จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 14.2 และเห็นว่าไม่เหมาะสมจำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 85.5 เหตุผลที่ไม่

เหมาะสม เพราะไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 63.9 รองลงมา คือ บุคลากรไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้รับบริการ จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆมีไม่เพียงพอ จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 33.9 และเหตุผลอื่นๆ เช่น การรักษาพยาบาลผู้ป่วยบางโรคซึ่งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงไม่สามารถให้บริการได้ เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกเลือด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 จะเห็นว่าในด้านการให้บริการนั้นยังประสบปัญหาทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ ตลอดจนวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆมีไม่เพียงพอ ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขต่อไป

โดยสรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบบริการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารูปแบบบริการในปัจจุบันไม่เหมาะสมในทุกด้าน โดยเห็นว่าการให้บริการทางการแพทย์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ไม่เหมาะสมมากที่สุด รองลงมา คือ การใช้สิทธิของผู้มีบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 30 บาทต่อครั้งเมื่อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิใดๆจากหลักประกันอื่นที่รัฐจัดให้ ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4.4 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นในภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.4.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายด้านการบริหาร

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	15	4.8
2. มีปัญหา	295	95.2
2.1 นโยบายของรัฐมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง	125	40.3
2.2 ขาดความชัดเจนของกฎระเบียบต่างๆในการดำเนินงาน	223	71.9
2.3 ขาดการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์โครงการ	201	64.8
2.4 ขาดความเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐบาลและหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	214	69.0
2.5 อื่นๆ	10	3.2

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายด้านการบริหาร โดยเห็นว่าไม่มีปัญหา จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 และเห็นว่ามีปัญหาจำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 เหตุผลที่มีปัญหา เพราะขาดความชัดเจนของกฎระเบียบต่างๆในการดำเนินงาน มากที่สุด จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 71.9 รองลงมา คือ ขาดความเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐบาลและหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 69.0 ขาดการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์โครงการ จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 นโยบายของรัฐมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 และเหตุผลอื่นๆ เช่น การดำเนินนโยบายเน้นภาพลักษณ์ของรัฐบาลมากเกินไป โดยไม่คำนึงถึงความเป็นไปได้ด้านงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลแบกรับภาระมากเกินไป และการขาดการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายด้านการบริการ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	5	1.6
2. มีปัญหา	305	98.4
2.1 ผู้รับบริการไม่เข้าใจขั้นตอนในการใช้บริการ	243	78.4
2.2 การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิล่าช้า	164	52.9
2.3 ผู้รับบริการพึงพาบริการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็นมากขึ้น	155	50.0
2.4 คุณภาพการรักษาพยาบาลลดลงเนื่องจากงบประมาณที่จำกัด	172	55.5
2.5 อื่นๆ	15	4.8

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายด้านการบริการ โดยเห็นว่าไม่มีปัญหา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 และเห็นว่า มีปัญหาจำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 98.4 เหตุผลที่มีปัญหา เพราะผู้รับบริการไม่เข้าใจขั้นตอนในการใช้บริการ มากที่สุด จำนวน 243 คิดเป็นร้อยละ 78.4 รองลงมา คือ คุณภาพการรักษาพยาบาลลดลงเนื่องจากงบประมาณที่จำกัด จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 55.5 การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิล่าช้า จำนวน 164 คิดเป็นร้อยละ 52.9 ผู้รับบริการพึ่งพาบริการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็นมากขึ้น จำนวน 155 คิดเป็นร้อยละ 50.0 และเหตุผลอื่นๆ เช่น การบริการเกิดความล่าช้า เนื่องจากต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามขั้นตอนซึ่งมีหลายขั้นตอน และยุ่งยากมากด้วยเอกสาร จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย ด้านงบประมาณ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	8	2.6
2. มีปัญหา	302	97.4
2.1 การจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐล่าช้า	206	66.5
2.2 งบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน	219	70.6
2.3 โรงพยาบาลประสบภาวะขาดทุนจากการดำเนินงานตามนโยบาย	266	85.8
2.4 โรงพยาบาลต้องลดงบประมาณในด้านอื่นๆลง เช่น การศึกษาวิจัย ทำให้ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล	164	52.9
2.5 อื่นๆ	13	4.2

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายด้านงบประมาณ โดยเห็นว่าไม่มีปัญหา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6 และเห็นว่ามีปัญหาจำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 97.4 เหตุผลที่มีปัญหา เพราะ โรงพยาบาลประสบภาวะขาดทุนจากการดำเนินงานตามนโยบาย มากที่สุด จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 85.8 รองลงมา คือ งบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 การจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐล่าช้า จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 66.5 โรงพยาบาลต้องลดงบประมาณในด้านอื่นๆลง เช่น การศึกษา วิจัย ทำให้ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 และเหตุผลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิบางแห่งไม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาได้ ในขณะที่เมื่อส่งต่อมาแล้วโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยเหตุผลทางด้านมนุษยธรรม ส่งผลต่อปัญหาด้านงบประมาณของโรงพยาบาล จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย
ด้านบุคลากร

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	39	12.6
2. มีปัญหา	271	87.4
2.1 บุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	110	35.5
2.2 บุคลากรมีไม่เพียงพอและขาดความพร้อมในการให้บริการ	224	72.3
2.3 บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของตนได้ อย่างเต็มที่	164	52.9
2.4 อื่นๆ	5	1.6

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายด้านบุคลากร โดยเห็นว่าไม่มีปัญหา จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และเห็นว่ามีปัญหาจำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 เหตุผลที่มีปัญหา เพราะบุคลากรมีไม่เพียงพอและขาดความพร้อมในการให้บริการ จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 72.3 บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มที่ จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 บุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 และเหตุผลอื่นๆ เช่น บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	77	24.8
2. มีปัญหา	223	75.2
2.1 วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆมีไม่เพียงพอ	211	68.1
2.2 วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆไม่มีคุณภาพ	88	31.9
2.3 อื่นๆ	26	8.4

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 20 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายด้านวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ โดยเห็นว่าไม่มีปัญหา จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 24.8 และเห็นว่ามีปัญหาจำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 75.2 เหตุผลที่มีปัญหา เพราะวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆมีไม่เพียงพอ จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 รองลงมา คือ วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆไม่มีคุณภาพ จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 31.9 และเหตุผลอื่นๆ เช่น วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆราคาแพง และอุปกรณ์บางชนิดไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4

ในภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย โดยเฉพาะด้านการบริการ ด้านงบประมาณ และด้านการบริหาร ที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 95 เห็นว่าเป็นปัญหา รองลงมาคือปัญหาด้านบุคลากรและปัญหาด้านวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

4.4.2 ข้อเสนอแนะต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านการบริหาร

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. รัฐบาลควรจะมีนโยบายและกฎระเบียบในการดำเนินงานที่ชัดเจน	228	73.5
2. ควรจะมีการประเมินและวิเคราะห์โครงการอย่างเที่ยงตรงเพื่อปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับความสามารถในระดับปฏิบัติ	253	81.6
3. ควรมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างภาครัฐบาลและหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	246	79.4
4. หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีการบริหารจัดการที่ดีจึงจะสัมฤทธิ์ผลตามนโยบาย	229	73.9
5. อื่นๆ	11	3.5

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 21 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะด้านการบริหาร ดังนี้ ควรจะมีการประเมินและวิเคราะห์โครงการอย่างเที่ยงตรงเพื่อปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับความสามารถในระดับปฏิบัติ มากที่สุด จำนวน 253 คน คิดเป็น ร้อยละ 81.6 รองลงมาคือ ควรมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างภาครัฐบาลและหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ จำนวน 246 คน คิดเป็น ร้อยละ 79.4 หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีการบริหารจัดการที่ดีจึงจะสัมฤทธิ์ผลตามนโยบาย จำนวน 229 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 รัฐบาลควรจะมีนโยบายและกฎระเบียบในการดำเนินงานที่ชัดเจน จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 73.5 เหตุผลอื่นๆ เช่น ภาครัฐควรจะทำทวนนโยบายนโยบายก่อนนำมาใช้ และรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรผู้ให้บริการเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคด้านต่างๆ ให้มากขึ้น จำนวน 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.5

All rights reserved

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ด้านการบริการ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ควรมีการคัดกรองโดยให้สิทธิเฉพาะประชาชนในชนบทและผู้ที่มีรายได้น้อยเท่านั้น	219	70.6
2. ควรมีการประสานงานที่ดีกับสถานพยาบาลปฐมภูมิเพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการส่งต่อ	215	69.4
3. ควรมีการส่งเสริมสุขภาพและให้สูขศึกษาเชิงรุกมากขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น	271	87.4
4. อื่นๆ	2	0.6

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะด้านการบริการ ดังนี้ ควรมีการส่งเสริมสุขภาพและให้สูขศึกษาเชิงรุกมากขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น มากที่สุด จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 รองลงมา คือ ควรมีการคัดกรองโดยให้สิทธิเฉพาะประชาชนในชนบทและผู้ที่มีรายได้น้อยเท่านั้นจำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 และอันดับสาม ควรมีการประสานงานที่ดีกับสถานพยาบาลปฐมภูมิเพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการส่งต่อ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4 และเหตุผลอื่นๆ เช่น ควรให้บริการครอบคลุมทุกโรค แต่จะต้องคัดกรองการให้สิทธิแก่ผู้รับบริการอย่างเหมาะสม เฉพาะผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่มีรายได้น้อยเท่านั้น จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ด้านงบประมาณ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. หากจะดำเนินนโยบายต่อไปภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน	259	83.5
2. กลไกการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะต้องมีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน	248	80.0
3. ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายควรจะได้รับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ผู้ที่ต้องการอาหารพิเศษ ห้องพิเศษ หรือสิทธิพิเศษอื่นๆ ควรรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง	235	75.8
4. อื่นๆ	18	5.8

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะด้านงบประมาณ ดังนี้ หากจะดำเนินนโยบายต่อไปภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน มากที่สุดจำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 83.5 รองลงมาคือ กลไกการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะต้องมีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของประชาชนจำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายควรจะได้รับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 75.8 และเหตุผลอื่นๆ เช่น การดำเนินนโยบายโดยที่มีปัญหาด้านงบประมาณย่อมไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพได้ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะต่อบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ด้านบุคลากร

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ควรมีการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น	260	83.9
2. ค่าตอบแทนของบุคลากรต้องเหมาะสมกับภาระงานเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน	289	93.2
3. บุคลากรควรมีการปรับตัวในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด	171	55.2
4. อื่นๆ	6	1.9

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 24 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะด้านบุคลากร ดังนี้ ค่าตอบแทนของบุคลากรต้องเหมาะสมกับภาระงานเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน มากที่สุด จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 93.2 รองลงมาคือ ควรมีการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 83.9 บุคลากรควรมีการปรับตัวในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2 และเหตุผลอื่นๆ เช่น จะต้องปรับตัวในการทำงานเชิงรุกให้มากขึ้น จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ควรมีการจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆให้เพียงพอ	252	81.3
2. บุคลากรควรร่วมมือในการใช้วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆอย่างประหยัด	250	80.6
3. อื่นๆ	6	1.9

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 25 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะด้านวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ดังนี้ ควรมีการจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆให้เพียงพอ จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 บุคลากรควรร่วมมือในการใช้วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆอย่างประหยัด จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3 และเหตุผลอื่นๆอีกจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9

1.4.3 ความคิดเห็นในภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. มีประสิทธิภาพ	35	11.3
2. ไม่มีประสิทธิภาพ	182	58.7
3. ไม่แน่ใจ	80	25.8
4. อื่นๆ	13	4.2
รวม	310	100.0

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 26 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าในภาพรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น มีประสิทธิภาพ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 ไม่มีประสิทธิภาพ จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 ไม่แน่ใจ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 และความคิดเห็นอื่นๆ เช่น มีประสิทธิภาพพอควรแต่ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขวิธีการดำเนินงานให้เหมาะสม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับของประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ความคิดเห็น	เกณฑ์การให้คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
1. ดี	5 คะแนน	13	4.2
2. ปานกลาง	4 คะแนน	88	28.4
3. ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	28	9.0
4. พอใช้	2 คะแนน	110	35.5
5. ไม่ดี	1 คะแนน	71	22.9
รวม		310	100.0

คะแนนเฉลี่ยของระดับของประสิทธิภาพ = 2.55 คะแนน

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 27 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อระดับของประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพดี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ประสิทธิภาพปานกลาง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 28.4 ประสิทธิภาพพอใช้ จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ประสิทธิภาพไม่ดี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 26 ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวนมากถึงร้อยละ 58.7 เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ และเมื่อคิดคะแนนเฉลี่ยโดยกำหนดให้ประสิทธิภาพดี = 5 คะแนน ประสิทธิภาพปานกลาง = 4 คะแนน ประสิทธิภาพพอใช้ = 2 คะแนน ประสิทธิภาพไม่ดี = 1 คะแนน และไม่แน่ใจ = 3 คะแนน จะได้คะแนนเฉลี่ยของระดับของประสิทธิภาพ = 2.55 คะแนน ซึ่งอยู่ระหว่างพอใช้จนถึงไม่แน่ใจ แสดงว่าการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนและร้อยละของภาพรวมของความคิดเห็นต่อทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม	56	18.1
2. ดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมดังนี้	197	63.5
2.1 มีการคัดกรองการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน โดยกำหนดคุณสมบัติให้ชัดเจน		
2.2 กำหนดงบประมาณค่าใช้จ่ายให้เพียงพอและเหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล		
2.3 จัดสรรบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน		
2.4 ทรนรงค์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากขึ้น		
2.5 มีการประเมินและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา		
3. ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย	38	12.3
4. ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	19	6.1
รวม	310	100.0

ที่มา: จากการศึกษา

จากตารางที่ 28 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นต่อทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า ควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติม มากที่สุด จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมา คือ ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1

All rights reserved

ตารางที่ 29 แสดงจำนวนและร้อยละของภาพรวมของความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
1. เห็นด้วย	210	67.7
2. ไม่เห็นด้วย	87	28.1
3. อื่นๆ	13	4.2
รวม	310	100.0

จากตารางที่ 29 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม ว่าเห็นด้วย จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 67.7 ไม่เห็นด้วย จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 และมีความคิดเห็นอื่นๆ เช่น เห็นด้วยในหลักการ แต่วิธีปฏิบัติจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไข หรือ ไม่สามารถระบุได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยเพราะมีทั้งผลดีและผลเสีย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

4.5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อปัญหาด้านการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ สรุปได้ดังนี้

1. รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลน้อยเกินไป จนทำให้โรงพยาบาลบางแห่งเกิดความท้อแท้ ไม่สามารถดำเนินการตามนโยบายได้ การกำหนดค่าใช้จ่ายรายหัวแก่ผู้ป่วยทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ศักยภาพในการรักษาสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กประสบภาวะขาดทุนมาก ในระยะยาวจะทำให้มาตรฐานการรักษาพยาบาลลดลง รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน โดยคำนึงถึงขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิควรได้รับงบประมาณเพิ่ม

2. การให้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่เหมาะสม ควรมีการคัดกรองในการให้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนที่ยากจนจริงๆ เท่านั้น ประชาชนที่มีความ

สามารถในการจ่าย ควรรับภาระในการจ่ายเพื่อไม่ให้เป็นการของโรงพยาบาลและรัฐบาล มากจนเกินไป

3. ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพและให้สุขภาพศึกษาเชิงรุกมากขึ้นเพื่อลดการใช้บริการ ทางการแพทย์เกินความจำเป็น และเป็นการช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

4. ควรมีการบริหารจัดการ การติดต่อประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลระดับ ปฐมภูมิที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่รับการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจาก ประสบปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและทันที่

5. ปัจจุบันยังมีประชาชนที่ไม่มีสิทธิบัตรใดๆอีกจำนวนหนึ่ง เนื่องมาจากการย้ายถิ่น ที่อยู่ การอพยพแรงงาน หรือปัญหาบุคคลต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน บุคคลเหล่านี้เมื่อเข้ารับ การรักษาพยาบาลแล้วไม่มีผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้เป็นภาระของโรง พยาบาล

6. การดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลคำนึง ถึงธุรกิจการรักษามากกว่าหน้าที่และจรรยาบรรณ เน้นผลกำไรขาดทุนมากเกินไป เจ้าหน้าที่ขาด กำลังใจในการดำเนินงาน ในขณะที่ประชาชนได้รับผลกระทบด้านคุณภาพการรักษาที่ลดลง หาก จะดำเนินนโยบายต่อไปควรประเมินผลการดำเนินงานและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมสอดคล้อง กับความต้องการทั้งด้านประชาชนผู้รับบริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามกับประสิทธิภาพโดยรวมของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามกับประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตารางที่ 30 จำแนกตามอายุ¹

ความคิดเห็น	อายุ			รวม
	น้อยกว่า 30 ปี	30 – 40 ปี	มากกว่า 40 ปี	
มี ประสิทธิภาพ	16 (9.0)	16 (19.1)	3 (8.6)	35 (11.8)
ไม่มี ประสิทธิภาพ	115 (64.6)	50 (59.5)	17 (48.6)	182 (61.3)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	47 (26.4)	18 (21.4)	15 (42.8)	80 (26.9)
รวม	178 (100.0)	84 (100.0)	35 (100.0)	297 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 14.644, Sig. (α) = .029

(ที่ α = .05 และ df = 6 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 12.59)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 30 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ สูงที่สุดถึงร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็นร้อยละ 26.9 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 11.8 เท่านั้นที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

เมื่อจำแนกตามอายุของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการ

¹ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

ค่าจำนวน = 14.644 และค่า Significance (α) = .029 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าอายุที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 97.1% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี เห็นว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ร้อยละ 64.6 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 40 ปี เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 59.5 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 48.6 ส่วนความคิดเห็นว่า การน่านโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ นั้น กลุ่มตัวอย่างอายุ 30 – 40 ปี เห็นว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ มากที่สุด ร้อยละ 19.1 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 9.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 8.6

จากค่าสถิติแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยมีความคิดเห็นว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุปานกลางและกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก และมีแนวโน้มว่ายิ่งมีอายุน้อยลงยิ่งมีความคิดเห็นว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพลดลง จึงสรุปได้ว่าอายุของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการน่านโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มอายุที่แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการน่านโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

ตารางที่ 31 จำแนกตามระดับการศึกษา²

ความคิดเห็น	ระดับการศึกษา			รวม
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี	
มี	14	21	0	35
ประสิทธิภาพ	(18.2)	(10.2)	(0)	(11.8)
ไม่มี	35	134	13	182
ประสิทธิภาพ	(45.5)	(65.4)	(86.7)	(61.3)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	28	50	2	80
	(36.3)	(24.4)	(13.3)	(26.9)
รวม	77	205	15	297
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 14.202, Sig. (α) = .007

(ที่ α = .05 และ df = 4 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 9.49)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 31 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดถึงร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็นร้อยละ 26.9 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 11.8 เท่านั้นที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 14.202 และค่า Significance (α) = .007 เมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 99.3% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ร้อยละ 86.7 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 65.4 และกลุ่ม

² ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

ตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 45.5 ส่วนความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ นั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ มากที่สุด ร้อยละ 18.2 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 10.2 เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าขึ้นไปเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาปานกลางและกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่า และมีแนวโน้มว่ายังมีระดับการศึกษาสูงยังมีความเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพลดลง จึงสรุปได้ว่าระดับการศึกษาของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 32 จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่³

ความคิดเห็น	ตำแหน่งหน้าที่					รวม
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	เทคนิค การแพทย์	บุคลากร อื่นๆ	
มี ประสิทธิภาพ	0 (0)	13 (8.7)	2 (22.2)	0 (0)	20 (21.5)	35 (11.8)
ไม่มี ประสิทธิภาพ	37 (90.2)	95 (63.3)	5 (55.6)	5 (62.5)	40 (43.0)	182 (61.3)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	4 (9.8)	38 (25.3)	2 (22.2)	3 (37.5)	33 (35.5)	80 (26.9)
รวม	41 (100.0)	146 (100.0)	9 (100.0)	8 (100.0)	93 (100.0)	297 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 33.628, Sig. (α) = .000

(ที่ $\alpha = .05$ และ $df = 8$ ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 15.51)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 32 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ สูงที่สุดถึงร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็นร้อยละ 26.9 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 11.8 เท่านั้นที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

เมื่อจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 33.628 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าตำแหน่งหน้าที่ที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์เห็นว่าการ

³ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

น่านโยบายไปปฏิบัติ ไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ร้อยละ 90.2 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 63.3 อันดับสาม คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเทคนิคการแพทย์เห็นว่ามีประสิทธิภาพร้อยละ 62.5 ส่วนความคิดเห็นว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ นั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเภสัชกร เห็นว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ มากที่สุด ร้อยละ 22.2 ใกล้เคียงกับบุคลากรอื่นๆ ที่เห็นว่ามีประสิทธิภาพร้อยละ 21.5 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 8.7 ในขณะที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ และเทคนิคการแพทย์เห็นว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีหน้าที่ในการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย โดยตรงมีความคิดเห็นว่า "การน่านโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ" มากกว่าบุคลากรอื่นๆที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การรักษายาบาล โดยเฉพาะแพทย์มีความคิดเห็นว่า "การน่านโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ" มากที่สุด จึงสรุปได้ว่าตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการน่านโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีตำแหน่งหน้าที่แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการน่านโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

ตารางที่ 33 จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน⁴

ความคิดเห็น	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน			รวม
	น้อยกว่า 10 ปี	11 – 20 ปี	มากกว่า 20 ปี	
มี ประสิทธิภาพ	18 (8.7)	16 (21.6)	1 (6.3)	35 (11.8)
ไม่มี ประสิทธิภาพ	131 (63.3)	44 (59.5)	7 (43.7)	182 (61.3)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	58 (28.0)	14 (18.9)	8 (50.0)	80 (26.9)
รวม	207 (100.0)	74 (100.0)	16 (100.0)	297 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 14.162, Sig. (α) = .007

(ที่ α = .05 และ df = 4 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 9.94)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 33 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ สูงที่สุดถึงร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็นร้อยละ 26.9 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 11.8 เท่านั้นที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

เมื่อจำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 14.162 และค่า Significance (α) = .007 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 99.3% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

⁴ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

ร้อยละ 63.3 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11 – 20 ปี เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 59.5 และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 43.7 ส่วนความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11 – 20 ปี เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากที่สุด ร้อยละ 21.6 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 8.7 และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนาน และมีแนวโน้มว่ายิ่งระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยยิ่งมีความเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพต่ำ จึงสรุปได้ว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ตารางที่ 34 จำแนกตามรายได้⁵

ความคิดเห็น	รายได้			รวม
	น้อยกว่า 10,000	10,001 – 20,000	มากกว่า 20,000	
มี ประสิทธิภาพ	29 (17.1)	5 (4.6)	1 (5.0)	35 (11.8)
ไม่มี ประสิทธิภาพ	93 (55.0)	77 (71.3)	12 (60.0)	182 (61.3)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	47 (28.9)	26 (24.1)	7 (35.0)	80 (26.9)
รวม	169 (100.0)	108 (100.0)	20 (100.0)	297 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 13.326, Sig. (α) = .000

(ที่ α = .05 และ df = 4 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 9.94)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 34 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ สูงที่สุดถึงร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็นร้อยละ 26.9 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 11.8 เท่านั้นที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

เมื่อจำแนกตามรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 13.326 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่ารายได้ที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท / เดือน เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ร้อยละ 71.3 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท / เดือน เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 60.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มี

⁵ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน เห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 55.0 ส่วนความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ มากที่สุด ร้อยละ 17.1 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท / เดือน เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 5.0 ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท / เดือน ที่เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 4.6

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ปานกลางมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงและบุคลากรที่มีรายได้ต่ำกว่า จึงสรุปได้ว่ารายได้ของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ไม่ว่าจะพิจารณาตามอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และรายได้แล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่ามีประสิทธิภาพจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมดังนี้ คือ อายุน้อยกว่า 30 ปี การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นแพทย์ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี และมีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท / เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่มีความคิดเห็นว่ามีประสิทธิภาพจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมดังนี้ คือ อายุอยู่ในช่วง 30 - 40 ปี การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นเภสัชกรและบุคลากรอื่นๆ ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11 – 20 ปี และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคลากรและความคิดเห็นด้านบทสรุปในภาพรวมของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่าปัจจัยที่มีผลมากที่สุด คือ ตำแหน่งหน้าที่ รองลงมา คือ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และรายได้ ตามลำดับ

4.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับของประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตารางที่ 35 จำแนกตามระดับการศึกษา⁶

ความคิดเห็น	ระดับการศึกษา			รวม
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี	
ดี	5 (6.2)	8 (3.8)	0 (0)	13 (4.2)
ปานกลาง	43 (53.8)	41 (19.4)	4 (21.1)	88 (28.4)
พอใช้	16 (20.0)	90 (42.7)	4 (21.1)	110 (35.5)
ไม่ดี	5 (6.2)	55 (26.0)	11 (57.8)	71 (22.9)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	11 (13.8)	17 (8.1)	0 (0)	28 (9.0)
รวม	80 (100.0)	211 (100.0)	19 (100.0)	310 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 60.389, Sig. (α) = .000

(ที่ α = .05 และ df = 8 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 15.51)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 35 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพพอใช้มากที่สุดร้อยละ 35.5 รองลงมา คือ มีประสิทธิภาพปานกลาง ร้อยละ 28.4 ประสิทธิภาพไม่ดี ร้อยละ 22.9 และ ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น ร้อยละ 9.0 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 4.2 เท่านั้นที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี

⁶ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างกับทสรูปในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 57.8 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี เห็นว่าประสิทธิภาพไม่ดี ร้อยละ 26.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี เห็นว่าประสิทธิภาพไม่ดี ร้อยละ 6.2 ส่วนความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี นั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี มากที่สุด ร้อยละ 6.2 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี เห็นว่ามีประสิทธิภาพดี ร้อยละ 3.8 ในขณะที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไปเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสิทธิภาพไม่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาปานกลางและกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่า และมีแนวโน้มว่ายิ่งมีระดับการศึกษาสูงยิ่งมีความเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสิทธิภาพไม่ดีเพิ่มขึ้น จึงสรุปได้ว่าระดับการศึกษาของบุคลากรกับทสรูปในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อทสรูปในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

ตารางที่ 36 จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่⁷

ความคิดเห็น	ตำแหน่งหน้าที่					รวม
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	เทคนิค การแพทย์	บุคลากร อื่นๆ	
ดี	0 (0)	2 (1.3)	1 (10.0)	0 (0)	10 (9.9)	13 (4.2)
ปานกลาง	0 (0)	31 (20.7)	0 (0)	2 (25.5)	55 (54.5)	88 (28.4)
พอใช้	20 (48.8)	61 (40.7)	8 (80.0)	0 (0)	21 (20.8)	110 (35.5)
ไม่ดี	21 (51.2)	41 (27.3)	1 (10.0)	3 (37.5)	5 (4.9)	71 (22.9)
ไม่แน่ใจ / ไม่ มีความเห็น	0 (0)	15 (10.0)	0 (0)	3 (37.5)	10 (9.9)	28 (9.0)
รวม	41 (100.0)	150 (100.0)	10 (100.0)	8 (100.0)	101 (100.0)	310 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 116.561, Sig. (α) = .000

(ที่ $\alpha = .05$ และ $df = 16$ ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 26.30)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 36 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพพอใช้มากที่สุดร้อยละ 35.5 รองลงมา คือ มีประสิทธิภาพปานกลาง ร้อยละ 28.4 ประสิทธิภาพไม่ดี ร้อยละ 22.9 และ ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น ร้อยละ 9.0 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 4.2 เท่านั้นที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี

⁷ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

เมื่อจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างกับความคิดเห็นในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 116.561 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าตำแหน่งหน้าที่ที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเทคนิคการแพทย์ เห็นว่าประสิทธิภาพไม่ดี ร้อยละ 37.5% พยาบาล ร้อยละ 27.3 เภสัชกร ร้อยละ 10.0 และบุคลากรอื่นๆ เห็นว่าประสิทธิภาพไม่ดี น้อยที่สุด ร้อยละ 4.9 ส่วนความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดีนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเภสัชกร และกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เห็นว่ามีประสิทธิภาพดีมากที่สุด ร้อยละ 10.0 และร้อยละ 9.9 ตามลำดับ เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี มากที่สุด ร้อยละ 6.2 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล เห็นว่ามีประสิทธิภาพดี ร้อยละ 1.3 ในขณะที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์และเทคนิคการแพทย์เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี

จากค่าสถิติ จะเห็นว่าจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีหน้าที่ในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสิทธิภาพไม่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่นๆที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์มีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสิทธิภาพไม่ดีมากที่สุด จึงสรุปได้ว่าตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน หมายความว่าบุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ไม่ว่าจะพิจารณาตามระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ และ รายได้แล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพพอใช้ โดยจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมดังนี้ คือ การศึกษาระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นเกสซกรมากที่สุด และมีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท / เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีความคิดเห็นว่ามีประสิทธิภาพดี โดยจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมดังนี้ คือ การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นเกสซกรและบุคลากรอื่นๆ ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน

ตารางที่ 37 จำแนกตามรายได้⁸

ความคิดเห็น	รายได้			รวม
	น้อยกว่า 10,000	10,001 – 20,000	มากกว่า 20,000	
ดี	12 (6.9)	0 (0)	1 (4.2)	13 (4.2)
ปานกลาง	65 (37.1)	19 (17.1)	4 (16.7)	88 (28.4)
พอใช้	47 (26.9)	53 (47.8)	10 (41.7)	110 (35.5)
ไม่ดี	38 (21.7)	24 (21.6)	9 (39.5)	71 (22.9)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	13 (7.4)	15 (13.5)	0 (0)	28 (9.0)
รวม	175 (100.0)	111 (100.0)	24 (100.0)	310 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 34.657, Sig. (α) = .000

(ที่ α = .05 และ df = 8 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 15.51)

ที่มา: จากการคำนวณ

⁸ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

จากตารางที่ 37 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพพอใช้มากที่สุดร้อยละ 35.5 รองลงมา คือ มีประสิทธิภาพปานกลาง ร้อยละ 28.4 ประสิทธิภาพไม่ดี ร้อยละ 22.9 และ ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น ร้อยละ 9.0 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 4.2 เท่านั้นที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี

เมื่อจำแนกตามรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 34.657 และค่า Significance (C) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่ารายได้ที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท / เดือน เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสิทธิภาพไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 39.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท / เดือน เห็นว่าประสิทธิภาพไม่ดีใกล้เคียงกัน ร้อยละ 21.7 และ ร้อยละ 21.6 ตามลำดับ ส่วนความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี นั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพดี มากที่สุด ร้อยละ 6.9 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท / เดือน เห็นว่ามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 4.2 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท / เดือน เห็นว่ามีประสิทธิภาพดี

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ปานกลางมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสิทธิภาพไม่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงและกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า จึงสรุปได้ว่าระดับการศึกษาของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ไม่ว่าจะพิจารณาตามระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ และรายได้แล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพพอใช้ โดยจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมดังนี้ คือ การศึกษาระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นแม่ข่ายกรมมากที่สุด และมีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท / เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีความคิดเห็นว่ามีประสิทธิภาพดี โดยจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมดังนี้ คือ การศึกษาต่ำกว่าระดับ

ปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นเภสัชกรและกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน และมีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคลากรและความคิดเห็นด้านระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่าปัจจัยที่มีผลมากที่สุด คือ ตำแหน่งหน้าที่ รองลงมา คือ ระดับการศึกษา และรายได้ ตามลำดับ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
ภาพรวมของความคิดเห็นต่อทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ตารางที่ 38 จำแนกตามอายุ⁹

ความคิดเห็น	อายุ			รวม
	น้อยกว่า 30 ปี	30 – 40 ปี	มากกว่า 40 ปี	
ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม	28 (15.5)	18 (20.7)	10 (25.6)	56 (18.3)
ดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม	122 (67.8)	46 (52.9)	29 (74.4)	197 (64.4)
ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย	18 (10.0)	20 (23.0)	0 (0)	38 (12.4)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	12 (6.7)	3 (3.4)	0 (0)	15 (4.9)
รวม	180 (100.0)	87 (100.0)	39 (100.0)	306 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 17.289, Sig. (α) = .001

(ที่ $\alpha = .05$ และ $df = 6$ ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 12.59)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 38 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมสูงที่สุดถึงร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม ร้อยละ 18.3 อันดับสาม คือ ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย ร้อยละ 12.4

เมื่อจำแนกตามอายุของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 17.289 และค่า Significance (α) = .001 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนว

⁹ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

นอนแล้วจะเห็นว่าอายุที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 99.9% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ มากกว่า 40 ปี เห็นว่า ควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมมากที่สุด ร้อยละ 74.4 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 67.8 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 40 ปี ร้อยละ 52.9 ส่วนความคิดเห็นว่า ควรดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิมนั้น กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 40 ปี เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 25.6 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30 – 40 ปี ร้อยละ 20.7 และ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 15.5 ตามลำดับ ส่วนความคิดเห็นให้ล้มเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบายนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30 – 40 ปี เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 23.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 10.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีไม่เห็นด้วยกับข้อนี้

จากค่าสถิติแสดงให้เห็นว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอายุที่แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันด้วย แต่ไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจนว่าระดับอายุที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงจะส่งผลต่อทิศทางของนโยบาย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในทิศทางเดียวกันว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม

ตารางที่ 39 จำแนกตามระดับการศึกษา¹⁰

ความคิดเห็น	ระดับการศึกษา			รวม
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี	
ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม	41 (51.2)	15 (7.2)	0 (0)	56 (18.3)
ดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม	39 (48.8)	143 (69.0)	15 (78.9)	197 (64.4)
ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย	0 (0)	34 (16.4)	4 (21.1)	38 (12.4)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	0 (0)	15 (7.2)	0 (0)	15 (4.9)
รวม	80 (100.0)	207 (100.0)	19 (100.0)	306 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 90.056, Sig. (α) = .000

(ที่ α = .05 และ df = 6 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 12.59)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 39 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมสูงที่สุดถึงร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม ร้อยละ 18.3 อันดับสาม คือ ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย ร้อยละ 12.4

เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างกับทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 90.056 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

¹⁰ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

สถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี เห็นว่า ควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมมากที่สุด ร้อยละ 78.9 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.8 ส่วนความคิดเห็นว่า ควรดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิมนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 7.2 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีไม่เห็นด้วยกับข้อนี้ ในส่วนของความคิดเห็นให้ล้มเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบายนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 21.1 และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีไม่เห็นด้วยกับข้อนี้

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงมีความคิดเห็นว่าการดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม และควรยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาปานกลางและกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่า และมีแนวโน้มว่ายังมีระดับการศึกษาสูงยังมีความเห็นด้วย เพิ่มขึ้น จึงสรุปได้ว่าระดับการศึกษาของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันด้วย

ตารางที่ 40 จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่¹¹

ความคิดเห็น	ตำแหน่งหน้าที่					รวม
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	เทคนิค การแพทย์	บุคลากร อื่นๆ	
ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม	0 (0)	6 (4.1)	1 (10.0)	3 (37.5)	46 (45.6)	56 (18.3)
ดำเนินนโยบายต่อไปโดยแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม	16 (39.0)	116 (79.5)	8 (80.0)	5 (62.5)	52 (51.5)	197 (64.4)
ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย	21 (51.2)	16 (10.9)	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)	38 (12.4)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความคิดเห็น	4 (9.8)	8 (5.5)	0 (0)	0 (0)	3 (2.9)	15 (4.9)
รวม	41 (100.0)	146 (100.0)	10 (100.0)	8 (100.0)	101 (100.0)	306 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 146.020, Sig. (α) = .000

(ที่ $\alpha = .05$ และ $df = 12$ ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 21.03)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 40 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมสูงที่สุดถึงร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม ร้อยละ 18.3 อันดับสาม คือ ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย ร้อยละ 12.4

เมื่อจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) = 146.020 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าตำแหน่งหน้าที่ที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมี

¹¹ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเภสัชกร เห็นว่า ควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมมากที่สุด ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล ร้อยละ 79.5 เทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 62.5 และบุคลากรอื่นๆ ร้อยละ 51.5 และมีแพทย์เพียงร้อยละ 39.0 ที่เห็นว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม ในขณะที่แพทย์จำนวนมากถึงร้อยละ 51.2 เห็นว่าควรยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย รองลงมา คือ พยาบาล ร้อยละ 10.9 และเภสัชกร ร้อยละ 10.0 เทคนิคการแพทย์ และบุคลากรอื่นๆ ไม่เห็นด้วยกับข้อนี้ ส่วนความคิดเห็นว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิมนั้น บุคลากรอื่นๆเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 45.6 รองลงมา คือ เทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 37.5 และเภสัชกร ร้อยละ 10.0 พยาบาลร้อยละ 4.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ไม่เห็นด้วยกับข้อนี้

จากค่าสถิติ จะเห็นว่า จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับที่ใกล้เคียงกันว่าเห็นควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าแพทย์ถึงประมาณร้อยละ 50 ที่เห็นว่าควรยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย สรุปได้ว่า ตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรกับภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีตำแหน่งหน้าที่แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันด้วย

ตารางที่ 41 จำแนกตามรายได้¹²

ความคิดเห็น	รายได้			รวม
	น้อยกว่า 10,000	10,001 – 20,000	มากกว่า 20,000	
ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม	46 (26.9)	10 (9.0)	0 (0)	56 (18.1)
ดำเนินนโยบายต่อไปโดยแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม	96 (56.1)	79 (71.2)	22 (91.7)	197 (63.5)
ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย	22 (12.9)	14 (12.6)	2 (8.3)	38 (12.3)
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	7 (4.1)	8 (7.2)	0 (0)	19 (6.1)
รวม	171 (100.0)	111 (100.0)	24 (100.0)	310 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 24.875, Sig. (α) = .000

(ที่ α = .05 และ df = 6 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 12.59)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 41 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของความคิดเห็นว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมสูงที่สุดถึงร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิม ร้อยละ 18.3 อันดับสาม คือ ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย ร้อยละ 12.4

เมื่อจำแนกตามรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างกับทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 24.875 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่ารายได้ที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความ

¹² ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

เชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 / เดือน เห็นว่า ควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมมากที่สุด ร้อยละ 91.7 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001- 20,000 บาท / เดือน ร้อยละ 71.2 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน ร้อยละ 56.1 ส่วนความคิดเห็นว่า ควรดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิมนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 26.9 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001- 20,000 บาท / เดือน ร้อยละ 9.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 / เดือน ไม่เห็นด้วยกับข้อนี้ ในส่วนของความคิดเห็นให้ยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบายนั้นกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มรายได้มีความเห็นที่ใกล้เคียงกัน ประมาณร้อยละ 10.0

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีความคิดเห็นว่าการดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า และมีแนวโน้มว่ายังมีรายได้สูงยังมีความเห็นด้วยเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำมีความคิดเห็นว่าการดำเนินนโยบายต่อไปตามเดิมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงกว่า จึงสรุปได้ว่าระดับการศึกษาของบุคลากรกับบทสรุปในภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันด้วย

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ไม่ว่าจะพิจารณาตามอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ และรายได้แล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม โดยจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมดังนี้ คือ อายุมากกว่า 40 ปี การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นเภสัชกรมากที่สุด และมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท / เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีความคิดเห็นว่าการยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย โดยจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมดังนี้ คือ อายุ 30-40 ปี การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นแพทย์ และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน และ 10,001-20,000 บาท / เดือน ในจำนวนที่เท่ากัน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคลากรและความคิดเห็นด้านทิศทางของการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่มีผลมากที่สุด คือ ตำแหน่งหน้าที่ รองลงมา คือ ระดับการศึกษา รายได้ และอายุตามลำดับ

4.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามกับภาพรวมของความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตารางที่ 42 จำแนกตามระดับการศึกษา¹³

ความคิดเห็น	ระดับการศึกษา			รวม
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี	
เห็นด้วย	67 (89.3)	137 (64.9)	10 (52.6)	214 (70.2)
ไม่เห็นด้วย	8 (10.7)	74 (35.1)	9 (47.4)	91 (29.8)
รวม	75 (100.0)	211 (100.0)	19 (100.0)	305 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 18.171, Sig. (D) = .000

(ที่ $\alpha = .05$ และ $df = 4$ ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 4.65)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 42 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของเห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 70.2 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 29.8

เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนํานโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 18.171 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0% โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากที่สุด ร้อยละ 89.3 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีเห็นด้วย ร้อยละ 64.9 และกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี เห็นด้วย ร้อยละ 52.6 ส่วนความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการ

¹³ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

ศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ไม่เห็นด้วย มากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.1 และ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อย ละ 10.7

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าเห็นด้วยกับนโยบายหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ปานกลางและกลุ่มตัวอย่างที่มี รายได้สูง และมีแนวโน้มว่ายิ่งมีระดับการศึกษาสูงยิ่งมีความเห็นด้วยลดลงขึ้น จึงสรุปได้ว่ารายได้ ของบุคลากรกับความคิดเห็นในภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อบทสรุปในภาพ รวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันด้วย

ตารางที่ 43 จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่¹⁴

ความคิดเห็น	ตำแหน่งหน้าที่					รวม
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	เทคนิคการ แพทย์	บุคลากร อื่นๆ	
เห็นด้วย	20 (48.8)	95 (63.3)	6 (60.0)	5 (62.5)	88 (87.1)	214 (70.2)
ไม่เห็นด้วย	21 (51.2)	55 (51.2)	4 (40.0)	3 (37.5)	8 (7.9)	91 (29.8)
รวม	41 (100.0)	150 (100.0)	10 (100.0)	8 (100.0)	101 (100.0)	305 (100.0)

Chi-square จากการคำนวณ = 34.220, Sig. (α) = .000

(ที่ $\alpha = .05$ และ $df = 4$ ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 9.49)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 43 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของเห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 70.2 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 29.8

¹⁴ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

เมื่อจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านตำแหน่งหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Testing) จากการคำนวณ = 34.220 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่าตำแหน่งหน้าที่ที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 100.0 โดยกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากที่สุด ร้อยละ 87.1 รองลงมา คือ พยาบาล ร้อยละ 63.3 เทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 62.5 และเภสัช ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ ในขณะที่แพทย์เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 48.8 ส่วนความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์และพยาบาล ไม่เห็นด้วย มากที่สุด ร้อยละ 51.2 เท่ากัน รองลงมา คือ เภสัชกร ร้อยละ 40.3 เทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 37.5 และบุคลากรอื่นๆ ร้อยละ 7.9

จากค่าสถิติ จะเห็นว่า จะเห็นว่าการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับที่ใกล้เคียงกันว่าเห็นด้วยกับนโยบาย และมีกลุ่มตัวอย่างบางท่านตอบว่าเห็นด้วยในหลักการแต่ไม่เห็นด้วยกับวิธีปฏิบัติอย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์และพยาบาลถึงประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายนี้ สรุปได้ว่าตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรกับภาพรวมของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีตำแหน่งหน้าที่แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันด้วย

ตารางที่ 44 จำแนกตามรายได้¹⁵

ความคิดเห็น	รายได้			รวม
	น้อยกว่า 10,000	10,001– 20,000	มากกว่า 20,000	
เห็นด้วย	130 (76.5)	71 (64.0)	13 (54.2)	214 (70.2)
ไม่เห็นด้วย	40 (23.5)	40 (36.0)	11 (45.8)	91 (29.8)
รวม	170 (100.0)	111 (100.0)	24 (100.0)	305 (100.0)

Chi-square = 8.202, Sig. (α) = .017

(ที่ $\alpha = .05$ และ df = 4 ค่า Chi-square จากการเปิดตาราง = 9.49)

ที่มา: จากการคำนวณ

จากตารางที่ 44 ในภาพรวมของความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าค่าร้อยละรวมของเห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 70.2 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 29.8

เมื่อจำแนกตามรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่างกับบทสรุปในภาพรวมด้านประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square testing) จากการคำนวณ = 12.163 และค่า Significance (α) = .000 แสดงว่าเมื่อพิจารณาค่าร้อยละตามแนวนอนแล้วจะเห็นว่ารายได้ที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 99.3 % โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากที่สุด ร้อยละ 76.5 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001– 20,000 บาท / เดือน เห็นด้วย ร้อยละ 64.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท / เดือน เห็นด้วย ร้อยละ 54.2 ส่วนความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท / เดือน ไม่เห็นด้วย มากที่สุด ร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001–20,000บาท / เดือน ร้อยละ 36.0 และ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,000 บาท / เดือน ร้อยละ 23.5

¹⁵ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

จากค่าสถิติ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำเห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ปานกลางและกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง จึงสรุปได้ว่ารายได้ของบุคลากรกับความเห็นในภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันด้วย

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ไม่ว่าจะพิจารณาตามระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ และรายได้แล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมดังนี้ คือ การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นบุคลากรอื่นๆ และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยไม่เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมดังนี้ คือ การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ตำแหน่งหน้าที่เป็นแพทย์ และมีรายได้ 10,001-20,000 บาท / เดือน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคลากรและความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่มีผลมากที่สุด คือ ตำแหน่งหน้าที่ รองลงมา คือ ระดับการศึกษา และรายได้ ตามลำดับ

4.6.5 สรุปและวิเคราะห์แบบแผนคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามในการแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากตารางที่ 30 – 44 จะเห็นว่าคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม 7 ประการ คือ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพสมรส 5) ตำแหน่งหน้าที่ 6) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ 7) รายได้ ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นตัวแปรอิสระเพื่อทดสอบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคลากร จะมีความสัมพันธ์กับประเด็นต่างๆ 4 ประการที่เป็นดัชนีชี้วัดความคิดเห็นต่อภาพรวมของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังต่อไปนี้

1. ประสิทธิภาพของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติ
3. ทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปรากฏว่ามีตัวแปร ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และรายได้ 4 ประการที่สามารถอธิบายความแตกต่างได้ โดยระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ และ

รายได้สามารถอธิบายได้ดีที่สุด คือ อธิบายได้ทั้ง 4 ประเด็น ในขณะที่อายุสามารถอธิบายได้ 2 ประเด็น และระยะเวลาในการปฏิบัติงานสามารถอธิบายได้ 1 ประเด็น ดังนี้

1. อายุ สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับประเด็นที่ 1 และประเด็นที่ 3 ดังนี้

จากตารางที่ 30 และ 38 ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุปานกลางและกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก และมีแนวโน้มว่ายิ่งมีอายุน้อยลงยิ่งมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพลดลง ส่วนความคิดเห็นต่อทิศทางของนโยบายนั้น ไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจนว่าระดับอายุที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงจะส่งผลต่อทิศทางของนโยบาย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในทิศทางเดียวกันว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม

จากค่าสถิติสรุปได้ว่า อายุของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และทิศทางการดำเนินนโยบาย หมายความว่าบุคลากรแต่ละกลุ่มอายุที่แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

2. ระดับการศึกษา สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับทั้ง 4 ประเด็น ดังนี้

จากตารางที่ 31, 35, 39 และ 42 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ และเห็นว่าระดับของประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ส่วนทิศทางของการดำเนินนโยบายนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี มีความคิดเห็นควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม และควรยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ในภาพรวมของการดำเนินนโยบายนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี

จากค่าสถิติสรุปได้ว่าระดับการศึกษาของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ระดับของประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทิศทางการดำเนินนโยบาย และความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายความว่าบุคลากรที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

3. ตำแหน่งหน้าที่ สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับทั้ง 4 ประเด็น ดังนี้

จากตารางที่ 32, 36, 40, และ 43 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีหน้าที่ในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ และระดับของประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี มากกว่าบุคลากรอื่นที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์มีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับที่ใกล้เคียงกันว่าควรดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าแพทย์ถึงประมาณร้อยละ 50 ที่เห็นว่าควรยกเลิกและสิ้นสุดการดำเนินนโยบาย

จากค่าสถิติสรุปได้ว่าตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ระดับของประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติทิศทางของการดำเนินนโยบาย และความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายความว่า บุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีตำแหน่งหน้าที่แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับประเด็นที่ 1 ดังนี้

จากตารางที่ 33 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนาน และมีแนวโน้มว่ายิ่งระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยยิ่งมีความเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพต่ำ

จากค่าสถิติสรุปได้ว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพโดยรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายความว่าบุคลากรแต่ละกลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

5. รายได้ สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับทั้ง 4 ประเด็น ดังนี้

จากตารางที่ 34, 37, 41, และ 44 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ปานกลางมีความคิดเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพ และระดับของประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงและกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า ส่วนทิศทางของการดำเนินนโยบายนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีความคิดเห็นว่าการดำเนินนโยบายต่อไปโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า ในภาพรวมของการดำเนินนโยบายนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำเห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ปานกลางและกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง

จากค่าสถิติสรุปได้ว่ารายได้ของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพโดยรวมของการดำเนินงานนโยบายไปปฏิบัติ ระดับของประสิทธิภาพโดยรวมของการดำเนินงานนโยบายไปปฏิบัติ ทิศทางการดำเนินนโยบาย และความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายความว่า บุคลากรที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ประการ คือ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และรายได้แล้วจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีตำแหน่งหน้าที่เป็นแพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี และมีรายได้ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท / เดือน เห็นว่าการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ถึงแม้ในภาพรวมจะเห็นด้วยกับนโยบาย แต่เห็นว่าถ้าจะดำเนินนโยบายต่อไปจะต้องมีการปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม น่าจะเป็นเพราะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามนโยบายโดยตรงจึงพบเห็นปัญหาและอุปสรรคมากกว่าบุคลากรอื่นๆ

สรุปได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกันของบุคลากร ทำให้เกิดความแตกต่างในความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบาย เมื่อพิจารณาจากค่า Significance (α) และค่าไคสแควร์ (Chi-square testing) แล้วสามารถเรียงลำดับตามความสำคัญของปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่เป็นตัวแปรอิสระได้ดังนี้ 1) ตำแหน่งหน้าที่ 2) ระดับการศึกษา 3) รายได้ 4) อายุ และ 5) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

4.7 การทดสอบสมมติฐานในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดสมมติฐานไว้ดังนี้ “ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกันส่งผลให้ความพึงพอใจต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของบุคลากรแตกต่างกัน” ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถจำแนกรายละเอียดข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สมมติฐานได้ดังนี้ คือ

4.7.1 ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของกลุ่มตัวอย่าง สามารถจำแนกได้ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านเพศ
- 2) ปัจจัยด้านอายุ
- 3) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา
- 4) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส

- 5) ปัจจัยด้านตำแหน่งหน้าที่
- 6) ปัจจัยด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
- 7) ปัจจัยด้านรายได้

4.7.2 ความพึงพอใจต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถประเมินได้จากความคิดเห็นต่อภาพรวมของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ดังนี้

- 1) ประสิทธิภาพในภาพรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 2) ระดับของประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 3) ทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 4) ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคลากับประเด็นต่างๆที่เป็นดัชนีชี้ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อพิจารณาค่าสถิติจะเห็นว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 5 ประการ คือ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และรายได้ มีปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม 2 ประการที่ไม่สามารถอธิบายได้ คือ เพศ และสถานภาพสมรส จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ว่า "ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกันส่งผลให้ความพึงพอใจต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่แตกต่างกัน"