

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้จะเป็นการกล่าวถึง ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้สามารถมองเห็นและเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนมากขึ้น การนำเสนอในบทนี้จะแบ่งออกเป็น 5 ส่วนสำคัญๆ คือ

ส่วนแรก จะกล่าวถึง แนวคิดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดี ภาพลักษณ์ของระบบประกันสุขภาพที่พึงประสงค์ และบริบทที่ผ่านมาของโรงพยาบาล

ส่วนที่สอง จะกล่าวถึง การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย การดำเนินงานในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขและระบบงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่สาม จะกล่าวถึง ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อสถานพยาบาล และผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อผู้ให้บริการ

ส่วนที่สี่ จะเป็นแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ประกอบด้วย แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แนวคิดที่เน้นความสอดคล้อง แนวคิดความขัดแย้ง แนวคิดที่เน้นการต่อรอง และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ส่วนสุดท้ายส่วนที่สี่ จะกล่าวถึงบริบทจังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขและสรุปการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรดิตถ์

## แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การประกันสุขภาพถ้วนหน้าในความหมายของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 หมายความว่า การที่บุคคลได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในด้านการบริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการอนามัยอันจำเป็นตามระเบียบนี้ด้วยความเสมอภาคและได้มาตรฐาน (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

ในส่วนของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า หมายถึง หลักประกัน หรือ ความมั่นใจของประชาชนว่าเมื่อป่วยไม่สบายสามารถไปหาหมอ เพื่อขอคำแนะนำ รับบริการตรวจรักษา หรือแม้แต่การได้รับยา เพื่อเยียวยารักษาโรค โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องค่ารักษาพยาบาลจนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัวทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนให้ตามวิธีการที่ได้กำหนด (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าหมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอกัน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543)

ขณะที่ในอีกมุมมองหนึ่ง ทิพย์วดี บำเพ็ญบุญ ก็ได้ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า หมายถึง สิ่งที่ทำให้คนๆหนึ่งมั่นใจว่าได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยได้โดยง่ายและเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายก็สามารถที่จะไปหาหมอ หรือแม้แต่ได้รับยาเพื่อแก้ไขเยียวยาโรค ได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลเกินไปจน ทำให้ขาดโอกาสรักษาตัวและยังหมายรวมถึงสิทธิในฐานะพลเมืองที่รัฐต้องประกันให้กับประชาชนในประเทศ เป็นบริการที่ได้มาอย่างชอบธรรม มีศักดิ์ศรีไม่ใช่บริการสงเคราะห์หรือบริการราคาถูกไม่ใช่บริการที่ต้องแย่งกันสมัครหรือต้องร้องขอ (ทิพย์วดี บำเพ็ญบุญ, 2545)

อาจสรุปได้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทางปฏิบัติแล้ว หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียม โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

ดังนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

1. ไม่ใช่บริการสงเคราะห์ บริการกึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก บริการที่แก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า แต่อย่างใด
2. ไม่ใช่บริการที่ต้องสมัครจึงจะได้รับ แต่เป็นสิทธิของคนไทยตามกฎหมาย
3. ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปกระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยขาดการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการและไม่มีประกันสิทธิของประชาชน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ

### วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการจัดระบบเพื่อแก้ไขปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์ ได้แก่ (ชาติรี จิวินเบญจรัตน์, 2544 )

1. ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้วยังคำนึงถึงด้านสังคมที่เป็นธรรมซึ่งจะรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกันเพื่อที่ประชาชนไม่ต้องกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อไปใช้บริการทางการแพทย์ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมีคุณภาพและได้มาตรฐานการรักษาที่เสมอภาคไม่มีการแบ่งแยก
2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึงระบบที่ใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างประหยัดและคุ้มค่าที่สุดโดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัดและเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ
3. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) คือประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นสู่การสร้างสุขภาพดีไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Healthcare) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

## ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เหตุที่ประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนเนื่องมาจาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544)

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการได้รับบริการสาธารณสุข ที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด

2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเอง

3. ประชาชนไทย จำนวนถึง 20 ล้านคน ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคน ได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคมภาคบังคับ ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ระบบประกันสุขภาพเฉพาะการณ และระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ ซึ่งหลายคนไม่พอใจประชาชน ส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม หรือผู้มีฐานะดีพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้วยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

5. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูลและความเข้าใจที่เพียงพอสำหรับการเลือกซื้อบริการได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งประชาชนยังขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการ สุขภาพโดยไม่มี การจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการการประกันสุขภาพ ขอบกว้างของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ชัดเจนขึ้นดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

6. แม้การเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชนจะทำให้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็สามารถลดรายจ่าย ที่อาจทำให้บุคคลสิ้นเนื้อประดาตัวและเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจน

### ลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดี

ภาพลักษณ์ของระบบประกันสุขภาพที่ดีตามความหมายของนักวิชาการที่ได้ให้ความหมายไว้ นั้น สามารถพิจารณาได้ตามลักษณะดังต่อไปนี้ (ประเวศ วะสี, 2544 )

1. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ การควบคุมกำกับและร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล
2. มีการบริหารจัดการที่ขจัดความซ้ำซ้อน การสร้างความสอดคล้องกันของวิธปฏิบัติ และป้องกันภาวะผลประโยชน์จัดกับบทบาทหน้าที่ (Conflicts of Interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่ แยกบทบาทของผู้ถือกฎกติกา ผู้ให้บริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการและผู้ตรวจสอบ
3. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะสามารถใช้เป็นประโยชน์ในการกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (Claim Processing) การตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม
4. ต้องเป็นระบบการบริการที่อยู่บนศีลธรรมพื้นฐาน คือการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะคนเล็กคนน้อย คนยากคนจน
5. ต้องเป็นระบบที่เรียนรู้ และปรับตัวได้ ระบบบริการสุขภาพต้องมีฐานอยู่ในความรู้จริง (Knowledge – based Health care System) ต้องให้ความสำคัญกับการวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้จริง

### ภาพลักษณ์ระบบประกันสุขภาพที่พึงประสงค์

ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของระบบประกันสุขภาพในมุมมองของนักวิชาการจะมีลักษณะที่ประกอบไปด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ (จารุวัฒน์ บุษราคัมรู่หะ, 2545)

1. ความครอบคลุมประชาชน(Universal Coverage)ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเท่าเทียม ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยถือเป็น สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน
2. ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ครอบคลุมบริการที่จำเป็นและเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (Cost Effectiveness) โดยใช้ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เป็นระยะ ๆ ด้วย
3. ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบที่เน้นการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้สถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ทั้งนี้กำหนดให้ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านหรือที่ทำงานแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำตัว และครอบครัวสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านจะทำ

หน้าที่เป็น Gate Keeper ที่เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลอื่นๆ หรือระดับอื่นๆในระบบต่อไป ประชาชนที่ไม่ใช้บริการตามขั้นตอนดังกล่าวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง รวมถึงสนับสนุนให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้าน สถานพยาบาลใกล้บ้านอื่นและสถานพยาบาลระดับอื่นร่วมกับให้บริการในลักษณะเครือข่าย (Provider Network) โดยสามารถเป็นเครือข่ายร่วมของภาครัฐและเอกชนได้

### บริบทที่ผ่านมาของโรงพยาบาล

บริบทที่ผ่านมาของโรงพยาบาล มีจุดอ่อนที่สำคัญดังนี้ (โรงพยาบาลชุมชน, 2545)

1. การขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ดังจะเห็นได้จากตัวเลขจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนปี พ.ศ. 2544 มีแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพียง 2,606 คน ในขณะที่แพทย์ในกรุงเทพมหานคร ในโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในลักษณะอัตราเพิ่มที่สูงกว่าอัตราเพิ่มของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน
2. การขาดแคลนบุคลากรอื่นๆ เช่น ทันตแพทย์ เกษัตริกร พยาบาล เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นบุคลากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลนอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาคุณภาพบริการแล้ว ยังจะเป็นการลดโอกาสในการพัฒนาโรงพยาบาลอีกด้วย
3. ความไม่มีเอกภาพในการทำงานระดับอำเภอ เพราะโครงสร้างของระบบสุขภาพในระดับอำเภอมีการแยกส่วน รับผิดชอบระหว่าง โรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
4. ความไม่มีเอกภาพในงานชุมชน เนื่องจากโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน มีการแบ่งเป็นฝ่ายรักษาพยาบาล ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค
5. ปัญหาศักยภาพในการบริหารจัดการองค์กรทั้งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จากหัวหน้าฝ่ายบริหารและจากหัวหน้าฝ่ายต่างๆ ซึ่งมีการ โยกย้ายบ่อย ทำให้การพัฒนาของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ไม่ยั่งยืน เหมือนตุ๊กตาล้มลุก
6. งานบริการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องทุ่มเทกำลัง และเวลาไปกับ งานรักษาพยาบาลเป็นหลักและทำให้ละเลยบทบาทด้านอื่นที่สำคัญเช่น การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนา งานด้านสุขภาพิบาล การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนาชุมชน การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาคม เป็นต้น
7. การหลงทางสู่ทิศทาง “การซ่อม” มากกว่า “การสร้างสุขภาพ” ทิศทางการพัฒนาของโรงพยาบาลในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เน้นที่การซ่อมสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม บริบทของโรงพยาบาล ก็จะมีจุดแข็ง ได้แก่ (โรงพยาบาลชุมชน, 2545)

1. มีความเป็นอิสระในการทำงานและการจัดการสูง ด้วยบุคลิกของวิชาชีพและระเบียบเงินบำรุงที่เปิดกว้าง
2. บุคลากรมีความสามารถที่หลากหลายทั้งทักษะทางวิชาชีพและทักษะการจัดการ
3. โรงพยาบาลสามารถพัฒนางานด้านการรักษาพยาบาลให้เป็นที่พึงของชุมชน ได้ดีพอสมควร ส่งผลดีต่อศรัทธาของประชาชนในพื้นที่ที่มีต่อโรงพยาบาล
4. เป็นจุดคานงัดในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนได้ดี เพราะข้อได้เปรียบในด้านที่ตั้ง ทรัพยากรและบทบาทหน้าที่
5. มีการพัฒนานวัตกรรมที่โดดเด่นหลากหลายตามความสนใจของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง
6. เป็นระบบบริการที่เอื้ออาหารต่อผู้ป่วยอย่างไม่ซับซ้อน มีความยืดหยุ่นในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากจน
7. มีการรวมตัวในนามชมรมวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานในชนบท เช่น ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมทันตแพทย์ ชมรมเภสัชชนบท และชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการรวบรวมปัญหาของวิชาชีพและของ โรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

จากการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการดำเนิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดย **ทวีศักดิ์ สุททวาทิน (2544)** ได้ทำการศึกษาเรื่องการปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย พบว่าปัญหาของระบบประกันสุขภาพอยู่ที่

1. การรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในเรื่องการกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังอยู่ในขอบเขตจำกัด จากการศึกษาพบว่าผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับต่างๆ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 21.2 ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งย่อมจะมีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายในเรื่องนี้ไปปฏิบัติอย่างแน่นอน
2. ปัญหาในด้านความครอบคลุมบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัญหาการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพ การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีหลักประกันสุขภาพรองรับอยู่แล้ว ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากมีอุปสรรคบางประการที่ทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ เช่น ผู้สูงอายุแม้จะมีบัตรสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร) แต่การเดินทางมารักษาทำไม่ได้ยาก หรือผู้ที่มีรายได้น้อยที่ได้รับบัตรบางคนยังลังเลที่จะ

ให้สิทธิของตัวเอง เพราะอายุที่จะถูกมองว่าเป็นคนจนหรือบางคนเกรงว่าจะได้รับบริการที่ต่ำกว่าคนอื่นถ้าใช้สิทธิตามบัตร และมีกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้รับการครอบคลุมบริการสุขภาพใดๆ

3. ปัญหาเรื่องความเสมอภาค และความไม่เป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการที่ประชาชนได้รับ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.3 เห็นว่าประชาชนได้รับบริการสุขภาพเสมอภาคคืออยู่แล้ว ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.7 เห็นว่ารูปแบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกันทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียม กล่าวคือกลุ่มเป้าหมายที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวน้อยกว่า

**นโยบายและแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยขอนแก่น (2544)** เรื่องการประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 ผลการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ประเมินว่าคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศยังอยู่ในระดับต่ำ ยังไม่น่าพึงพอใจ โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงประมาณร้อยละ 30 เท่านั้นที่แสดงความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

**สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2545)** ได้ทำการประเมินจุดแข็งจุดอ่อนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ามี

จุดแข็ง (Strengths) คือประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าตัวเอง ทำให้เกิดมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ในเรื่องการบริการส่งเสริมป้องกันโรคในระดับบุคคลจะได้รับการดูแลมากขึ้น และในระยะยาวจะมีการกระจายบุคลากรออกไปยังพื้นที่ห่างไกลรอบนอกมากขึ้น

สำหรับจุดอ่อน (Weaknesses) คือขาดเอกภาพ ชับซ้อนในการจัดการ และมีค่าใช้จ่ายสูงเพราะคนรวยไม่ต้องจ่าย อีกทั้งยังต้องมีการเพิ่มหน่วยงานขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งก็จะมีหน่วยบริการ หรือมีนายหลายคน ทำให้ค่าจัดการเพิ่มขึ้น ในระยะสั้นบุคลากรจะเสียขวัญและกำลังใจมาก เพราะจะถูกบังคับให้ไปอยู่ที่ภูมิภาค และท้องถิ่นที่จะทำให้บริการเสีย ท้ายสุดจะมีการล่มสลายของสถานบริการที่มีมากเกินประชากรในพื้นที่



## การดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### การดำเนินงานในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การดำเนินงานในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในช่วงปีแรกส่วนใหญ่เป็นการเตรียมความพร้อมของระบบ

การดำเนินงานที่สำคัญๆ เริ่มต้นจากกระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะทำงานชุดต่างๆ รวมทั้งสิ้น 10 คณะ เพื่อทำการศึกษารายละเอียด ขั้นตอน วิธีการ ขององค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการดำเนินงาน ประกอบด้วย คณะพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และจัดการด้านการเงิน คณะพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ คณะจัดการระบบสารสนเทศ คณะประชาสัมพันธ์ และรับเรื่องราวร้องทุกข์ คณะพัฒนาเครือข่ายระบบบริการ คณะพัฒนาโครงสร้างองค์กร สนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพ คณะพัฒนาระบบผู้ให้บริการและสร้างความคล่องตัวในการบริหารจัดการ คณะพัฒนากำลังคนในระบบ คณะพัฒนาองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบ และประเมินผลโครงการ และคณะติดตามร่าง และประชาสัมพันธ์ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในระยะต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำระเบียบต่างๆ สำหรับประกาศให้มีผลบังคับใช้เพื่อให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันประกอบด้วย

ระยะแรก คือ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ในระยะเริ่มต้น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข สิทธิประโยชน์ต่างๆ ในการดำเนินงานในจังหวัดนาร่องต่างๆ และกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการดำเนินงานด้านต่างๆ ตลอดจนการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งก็ได้ประกาศบังคับใช้ล่าสุด เพื่อดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะที่ 1 ใน 6 จังหวัดนาร่อง เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544 เป็นต้นไป

ระยะที่สอง คือ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ซึ่งประกาศใช้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2544 สำหรับดำเนินโครงการในระยะที่ 2 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่อีก 15 จังหวัด

ระยะที่สาม คือ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ในช่วงต่อมา และประกาศ กระทรวงสาธารณสุขอื่นๆ อันกำหนดให้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดที่มีสัดส่วนและองค์ประกอบให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันตามส่วนกลาง เพื่อให้เกิดระบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม โปร่งใส และตรวจสอบได้จากสังคม ที่มีบทบาทหน้าที่

ในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ให้สอดคล้องกับนโยบาย รวมถึงแผนด้านสุขภาพของประเทศ จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ กำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วยเครือข่ายบริการตามกรอบนโยบาย ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพส่วนกลางกำหนด

ระเบียบฉบับนี้ได้ยกรวมผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือแก่ผู้ถือ บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพให้เข้าสู่การคุ้มครองตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ

หลังจากที่ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข และประกาศต่างๆดังกล่าว มีผลบังคับใช้ ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2544 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 ส่งผลทำให้พื้นที่รับผิดชอบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขยายครอบคลุมอีก 65 จังหวัดที่เหลือ ซึ่งรวมทั้งกรุงเทพมหานครด้วย และสามารถดำเนินการจนครบทุกจังหวัดในต้นปีงบประมาณ 2545 โดยมีการยุบและยกเลิกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แล้วเปลี่ยนเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งยกเว้นค่าธรรมเนียมและบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท โดยที่ได้มีคำสั่งให้ยุติการขายบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2544 แต่จะสามารถใช้ได้ต่อไปจนกว่าบัตรจะหมดอายุ การดำเนินการในระยะนี้ ถือว่าเป็นการยุบรวมโครงการที่ดำเนินการระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เข้าสู่ระบบเดียวกันหมด จึงเป็นมิติที่ดีในแง่ของการบริหารจัดการที่ทำระบบให้มีความเหมือนกัน และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ระยะที่สี่ กล่าวได้ว่าเป็นระยะล่าสุด โดยมีตัวอย่างของผลงานที่เป็นรูปธรรม อย่างเช่น การตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War Room) เพื่อทำหน้าที่พิจารณาและตัดสินใจในแนวทางการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพิจารณา และดำเนินการปรับปรุงนโยบาย โครงสร้าง ระบบการทำงาน ระบบงบประมาณ ระเบียบ คำสั่ง และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สอดคล้องกันเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป ควบคุมกำกับการดำเนินงานตามแผนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม พิจารณาข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ที่จะเผยแพร่ให้แก่ประชาชนทราบและเข้าใจ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนจากประชาชน (Call Center) เพื่อให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขปัญหาในการใช้บริการให้แก่ประชาชน

การแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในด้านนโยบายแห่งชาติเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านต่างๆ ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้น 7 ชุด เพื่อทำรายละเอียดข้อเสนอในด้านต่างๆ ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ คณะอนุกรรมการการพัฒนาโครงสร้างบริหาร คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศการประกันสุขภาพ ( สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544)

### **ระบบงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.04 บาทต่อคนต่อปี (คิดเฉพาะประชากรที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการซึ่งมีประมาณ 46.6 ล้านคน) ทั้งนี้แยกเป็น รายละเอียดดังนี้ คือ

หนึ่ง งบประมาณสำหรับรักษายาบาล 943 บาทต่อคนต่อปี แบ่งเป็นค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก 574 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน 303 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษายาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 32 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน 25 บาทต่อคนต่อปี

สอง งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 175 บาทต่อคนต่อปี

สาม งบลงทุน ( 10% ของงบประมาณสำหรับรักษายาบาล) 93.40 บาทต่อคนต่อปี

สำหรับงบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาลจริง จะเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร โดยนอกจากนี้งบประมาณสำหรับการลงทุนแล้ว ยังกั้นงบประมาณสำหรับการรักษายาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน (รวม 150.40 บาทต่อประชากร) จากยอดเงิน 1,202.40 บาท ไว้เป็นกองทุนที่ส่วนกลางซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจะทำหน้าที่บริหารงบกองทุนดังกล่าว ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากงบประมาณปี 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 1,109 บาทต่อคนต่อปี จัดสรรให้จังหวัดในอัตรา 1,052 บาท และกันไว้ที่ส่วนกลางจำนวน 57 บาท โดยไม่ได้จ่ายในส่วนของงบลงทุน เพราะได้รับจากงบปกติเมื่อต้นปีแล้ว โดยจำนวนเงินที่จัดสรรจากส่วนกลางไปจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีโรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด ดังนั้นจึงมีความแตกต่างในการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)

จากการจัดสรรงบประมาณโดยวิธีดังกล่าว น.พ.ประเวศ วะสี ราชฎอรอาวโสที่ได้ออกมา แสดงความห่วงใยในโครงการ 30 บาทว่าขอให้ผู้รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดทั้งระบบ อย่ามองแต่ในเรื่องเม็ดเงินกำไรขาดทุนคิดอย่างเชื่อมโยงกัน ไม่อยากให้ผู้ประเมิน 30 บาทเหมือนช่วงที่หาเสียง เพราะเป็นการคิดแบบแยกส่วน แต่ควรคิดเรื่องหลักการว่าการสร้างสุขภาพถ้วนหน้านั้นจะอย่างไร ที่ไม่ทำลายระบบส่งเสริมให้ประชาชนสุขภาพดีไม่คอยแต่คิด ฟังฟังระบบโรงพยาบาลเพราะค่ารักษาเพียง 30 บาท ต้องมีระบบ และกลไกส่งเสริมให้ประชาชน ดูแลตนเองให้ความรู้ที่ถูกต้อง น.พ.ประเวศ วะสี ได้อ้างถึงคนอังกฤษที่เคยมาทำวิจัยในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 80 ของคนเป็นหวัดไปหาหมอ รักษาเฉียดยาให้กิน ขณะที่คนอังกฤษรู้ว่าการเป็นหวัด หากดูแลตัวเองก็หายได้ไม่ต้องไปหาหมอ คนไข้ของไทยจึงแน่น โรงพยาบาลจึงควรให้ความรู้ ประชาชนเพื่อให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเอง โรงพยาบาลจะได้เอาเวลาไปทำเรื่องยากมีระบบฉุกเฉิน รองรับการเจ็บป่วยเร่งด่วนระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (น.พ.ประเวศ วะสี, 2545)

ในด้านความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีการศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการในด้านต่างๆดังนี้

#### **คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการสำนักงานปฏิรูประบบ**

**สุขภาพแห่งชาติ (2543)** ซึ่งทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผลการศึกษาในเรื่องของการให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.7 มีความเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การที่ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่จำเป็นจริงๆอย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน ขณะที่อีกร้อยละ 23 มีความคิดเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพฟรี และร้อยละ 13.3 มีความคิดเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การที่ประชาชนทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพ

ส่วนการศึกษาคำเห็นเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.2 มีความคิดเห็นว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การให้บริการที่รวมถึงการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลและมีเพียงร้อยละ 4.9 ที่ให้ความเห็นว่าไม่ควรมีการรวมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพไว้ในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนอีกร้อยละ 6.9 ไม่มีความเห็นเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

และการศึกษาของ **พัชรา นากอนอม (2545)** ซึ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้าน

แนวคิดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการรับรู้ในระดับมาก ด้านสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ด้านสิทธิประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ด้านหน้าที่ในการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.5 เคยได้รับข่าวสารการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และร้อยละ 66.8 มีความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์ในเรื่องนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเหมาะสม

จากทั้งสองการศึกษาสรุปได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากและผู้รับบริการได้ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า คือ การที่ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่จำเป็นจริงๆอย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า คือ การให้บริการที่รวมถึงการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล

ในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในด้านต่างๆดังนี้

**สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย (ที ดี อาร์ ไอ) (2545)** ได้สำรวจโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยทำการสำรวจความคิดเห็นฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะจากฝ่ายที่เสียประโยชน์มีความเห็นว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน่าจะไม่ประสบความสำเร็จ ในขณะที่ประชาชนเห็นว่าโครงการนี้น่าจะเป็นโครงการถ้วนหน้าไม่ควรเป็นระบบสุขภาพสำหรับคนจนเท่านั้น แต่ต้องเพื่อคนทุกๆไปด้วย แต่ทั้งนี้โรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพ และบริการไปพร้อมๆกัน

และการศึกษาของ **ศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์ (2545)** ได้สำรวจความคิดเห็นของผู้ที่เคยใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในกรุงเทพฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.9 ระบุว่ามาตรฐานการรักษาพยาบาล และคุณภาพของยาดีกว่าผู้ป่วยที่เสียเงินตามปกติ ขณะที่ร้อยละ 77.8 เห็นว่ามีความล่าช้าในการให้บริการ และร้อยละ 44.2 ยังไม่พอใจในการให้บริการนี้

ซึ่งสอดคล้องกับ **น.พ.สุวัจน์ จริญญาเลิศศักดิ์ (2545)** กล่าวว่าจากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนกว่าหนึ่งหมื่นคนโดยคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่าสาเหตุที่ประชาชนไม่ใช้บริการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องมาจากไม่ไว้วางใจในคุณภาพบริการถึงร้อยละ

ละ 37 และมีร้อยละ 33 ที่เชื่อว่าการให้บริการที่ไม่ดีส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติในด้านลบทางแก้ปัญหา คือต้องจัดสรรงบประมาณให้เท่าเทียมกันเพื่อเป็นหลักประกันให้เกิดการพัฒนาที่สมบูรณ์ทั้งระบบ

สรุปความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้รับบริการเห็นว่าโครงการนี้ไม่ควรเป็นระบบสุขภาพสำหรับคนจนแต่เป็นระบบสุขภาพเพื่อคนทั่วไป และโรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการ การให้บริการมีความล่าช้า มาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพของยาของผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีกว่าผู้ป่วยที่เสียเงินตามปกติ และสาเหตุให้ผู้รับบริการไม่ต้องการจะใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เนื่องมาจากไม่ใส่ใจในคุณภาพบริการ

ในด้านความคิดเห็นของผู้ให้บริการ เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการในด้านต่างๆดังนี้

การศึกษาของ **อภิสักดิ์ มโนวงศ์ (2545)** ได้ศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพที่มีต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลแม่สะเรียง โดยศึกษาในประเด็นของรูปแบบบริการและประสิทธิภาพในโรงพยาบาลแม่สะเรียง โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน ผลการศึกษาพบว่าทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่เห็นด้วยกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมมีความเห็นด้วยที่จะจัดให้อยู่ในรูปแบบบริการปฐมภูมิและเห็นด้วยว่าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อหน่วยงานและประชาชน การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าควรดำเนินการจัดรูปแบบบริการแบบปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพการให้บริการตามวัตถุประสงค์ของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สอดคล้องกับการศึกษาของ **ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ (2545)** ได้ศึกษาถึงทัศนคติของกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขต่อการดำเนินงานใน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อที่จะประเมินและเปรียบเทียบทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ โดยใช้แบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขที่มีทัศนคติที่ดีต่อวัตถุประสงค์ของโครงการ และเห็นว่ากรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินควรจัดให้อยู่ในสิทธิประโยชน์คุ้มครองภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินโครงการของโรงพยาบาลนครปฐมและมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมศูนย์สุขภาพชุมชนและกิจกรรมทำแฟ้มประวัติครอบครัว

(Family File) มากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่ทุกกลุ่มมีความเห็นว่าการจัดสรรงบประมาณรวมทั้งภาระงานของแต่ละกลุ่มยังไม่มีความเหมาะสม

**สำนักวิจัยเอแบค-เค เอส ซี อินเตอร์เนตโพลล์ (เอแบคโพลล์) (2546)** ดำรงเรื่อง “ความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่มีต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผลการสำรวจพบว่า

1. ความคิดเห็นต่อสภาพการดำเนินงานใน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - ด้านปริมาณงานบริการ เปรียบเทียบปริมาณงานระหว่างในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กับช่วงก่อนที่จะมีการดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ส่วนใหญ่มีปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น เท่ากับร้อยละ 37.2 จากงานที่เคยทำอยู่เดิม
  - ด้านการมีนโยบายพิเศษเพิ่มเติมของสถานพยาบาล หลังจากที่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายพิเศษ เช่น การพัฒนาคุณภาพการบริการ การตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยก่อนการให้บริการ การให้บริการเชิงรุกมากขึ้น การรับภาระโรงเรียนจากผู้รับบริการ เครื่องครัดต่อการแสดงหลักฐานในการใช้สิทธิของผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การวางแผนเกี่ยวกับการใช้งบประมาณ ส่วนนโยบายที่เห็นด้วยรองลงไปได้แก่ การขอรับบริจาคหรือการเพิ่มรายได้ของสถานพยาบาล การกำหนดวิธีการรักษาหรือการให้ยาเฉพาะผู้ป่วยของ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดเรื่องห้องพิเศษห้องตรวจสำหรับผู้เข้ารับบริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปรับปรุงสถานที่ การพัฒนาระบบพัสดุครุภัณฑ์ และเห็นว่านโยบายดังกล่าวมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานของตนเอง
  - ด้านการเรียกร้องของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิแต่ละประเภทส่วนใหญ่เห็นว่าผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท มีการเรียกร้องมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นๆ
  - ด้านความกังวลใจเรื่องต่างๆ สำหรับความกังวลใจในการปฏิบัติงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความกังวลเรื่องของ ข้อจำกัดของงบประมาณ ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น และการเรียกร้องของผู้ป่วย
  - ด้านความคาดหวังต่อปัจจัยสำหรับการปฏิบัติงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิ่งที่คาดหวังคือ โอกาสที่จะสร้างประโยชน์ให้แก่ประชาชน สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ โอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง
  - ด้านความเห็นต่อคุณภาพบริการ โดยผู้ป่วยที่ใช้สิทธิแต่ละประเภทได้รับในปัจจุบัน เรียงตามลำดับมาก คือ ข้าราชการ จ่ายเงินเอง ประกันสังคม ผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบเสีย 30 บาท และผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม

## 2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ความคิดเห็นต่อหลักการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจโดยการให้สถานีอนามัยหรือหน่วยบริการเทศบาลหรือหน่วยบริการกรุงเทพมหานครทำหน้าที่เป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีการตั้งกองทุนชดเชยเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล (ตามมาตรา 41) มีการตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) นอกโรงพยาบาล การช่วยเหลือผู้ไม่มีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลใดๆ จากรัฐเฉพาะคนจนเท่านั้น และการช่วยเหลือผู้ไม่มีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลใดๆ จากรัฐทุกคน

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับต่างๆ ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ทำให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และประชาชนมีโอกาสรับบริการด้านสุขภาพเท่าเทียมกัน

- สาเหตุหลักที่มีผลทำให้ตนเองหรือเพื่อนร่วมงานที่รู้จักลาออกหรือคิดลาออกจากราชการ ส่วนใหญ่เห็นว่าสาเหตุหลัก ได้แก่ ภาระการทำงาน รายได้/ค่าตอบแทนไม่เพียงพอ การร้องเรียนของประชาชน/ผู้รับบริการ

- สิ่งที่ต้องปรับปรุงเร่งด่วนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นที่ระบุมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การปรับปรุงระบบงบประมาณให้เพียงพอเหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง การขยายสิทธิ/ปรับปรุงเรื่องสิทธิให้ครอบคลุม และเหมาะสมกับความต้องการใช้บริการประชาชน ปรับปรุงเรื่องสวัสดิการ ค่าตอบแทนแก่บุคลากร

3. ความพึงพอใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เห็นว่ามีส่วนต่อประชาชนด้านผลต่อผู้ให้บริการและในภาพรวมของโครงการฯ เห็นว่าอยู่ในระดับปานกลาง

4. สิ่งที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้มีการสนับสนุนต่อผู้ให้บริการ คือ เรื่องจัดค่าตอบแทน/สวัสดิการให้เพียงพอ ให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ส่งเสริมทักษะพัฒนาศักยภาพทางด้านวิชาการหรือด้านการปฏิบัติงานและมีการเพิ่มกำลังคนให้เพียงพอกับปริมาณงาน

**สำนักงานประกันสุขภาพ (2545)** ได้รายงานการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ

ส่วนภูมิภาคมีปัญหา คือ หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในเครือข่ายยังขาดความพร้อมทั้งด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงสร้าง สาเหตุหนึ่งเกิดจากความไม่ชัดเจนในเรื่อง



แนวทางของวิธีปฏิบัติทั้งด้านระเบียบการเงินและการบัญชี ชุดสิทธิประโยชน์และหน้าที่ของหน่วยบริการ ขาดความพร้อมด้านฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความซ้ำซ้อน ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเงื่อนไขในการใช้บริการ ทำให้มีการข้ามขั้นตอนการให้บริการมาก

ส่วนกลางมีปัญหา คือ ระเบียบแนวทางปฏิบัติยังขาดความชัดเจนทั้งเรื่องระเบียบการเงินและบัญชีแนวทางปฏิบัติของสำนักงานจังหวัด หรือ โรงพยาบาลเครือข่าย ขาดแนวทางการควบคุมกำกับ และประเมินผลที่เป็นรูปธรรม

**สัมฤทธิ์ ศรีธรรมราชสวัสดิ์ และเพ็ญแข ฉายยิ่ง (2545)** ศึกษาถึงการบริหารจัดการ โครงการหลักประกันสุขภาพในระยะหนึ่งปีแรก โดยการศึกษาเป็นการประเมินกระบวนการแปลงนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติในประเด็นการบริหารจัดการ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้บริหาร โครงการระดับจังหวัด ผู้บริหารและกลุ่มวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชนในจังหวัดน่านระยะที่หนึ่งและที่สองคือ จังหวัด สมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี

ผลการศึกษาพบว่าทุกกลุ่มมองว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เกิดจากการผลักดันด้านการเมืองเป็นสำคัญ ความยั่งยืนของ โครงการนี้จึงขึ้นกับปัจจัยทางการเมืองและปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นหลัก หลายกลุ่มมองว่าโครงการนี้เป็นสวัสดิการที่ควรจัดให้เฉพาะ แทนที่จะเป็นสิทธิของพลเมือง ไม่มั่นใจในความยั่งยืนด้านการคลังของโครงการเนื่องจากการพึ่งพาระบบงบประมาณรัฐบาลเป็นหลัก และมีความเห็นอีกว่าข้าราชการประจำสอดแทรกจนกลายเป็นปัญหาหลักของการดำเนินงานข้อจำกัดด้านระยะเวลาที่รีบเร่งและขาดความพร้อมในระบบการสนับสนุน ประกอบกับการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานในระดับจังหวัด นอกเหนือไปจากปัญหาภายในจังหวัดเอง ศักยภาพในการบริหารจัดการเป็นหัวใจของความสำเร็จของโครงการยังคงมีปัญหาทั้งในระดับจังหวัดและเครือข่าย นอกจากนี้ โครงสร้างองค์กรไม่มีความเหมาะสม หากแยกบทบาทการที่ออกจากกรให้บริการจะทำให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมทั้งต้องมีการพัฒนาศักยภาพองค์กรและบุคลากรทุกด้าน

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2546)** สรุปผลการดำเนินงานสำหรับผู้บริหาร ตามนโยบายสำคัญปี 2546 โดยนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ สรุปผลการดำเนินงานของเขตในเดือนกันยายน 2546 ดังนี้

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการขึ้นทะเบียนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เกณฑ์ร้อยละ100) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการขึ้นทะเบียนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในช่วงร้อยละ 91-95
2. จำนวน PCU และสถานีอนามัยเครือข่าย ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์ ร้อยละ 100) มีจำนวน PCU และสถานีอนามัยเครือข่าย ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในช่วงร้อยละ 30-50
3. จำนวนเรื่องร้องเรียนต่อให้บริการที่ได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว (เกณฑ์ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีเรื่องร้องเรียนต่อให้บริการที่ได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้วอยู่ในช่วงร้อยละ 100
4. ประชาชนมีความพึงพอใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เกณฑ์ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่ประชาชนมีความพึงพอใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับร้อยละ81-89
5. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ (เกณฑ์ร้อยละ80)ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ อยู่ในระดับร้อยละ 43-61

**บทสรุป (2546)** ศึกษาประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติค่อนข้างที่จะมีประสิทธิผลพอสมควร คือ จากตัวชี้วัดประสิทธิผลที่ตั้งไว้สามประการนั้นได้รับนำไปปฏิบัติในระดับที่มีประสิทธิผลแตกต่างกัน กล่าวโดยสรุป คือ

1. ความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ถือได้ว่าฝ่ายที่นำนโยบายไปปฏิบัติดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผล
2. การได้รับบริการทางการแพทย์ที่เท่าเทียมไม่ได้รับการเลือกปฏิบัติ ก็ถือได้ว่าฝ่ายผู้ให้บริการทางการแพทย์ได้นำหลักการนี้มาปฏิบัติได้ค่อนข้างมีประสิทธิผลพอสมควร
3. ระบบสาธารณสุขที่มีความพร้อมโดยเน้นการบริการผ่านเครือข่ายปฐมภูมิ เป็นส่วนที่ยังคงไม่มีประสิทธิผลมากที่สุด

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ นั้นพบทั้งปัญหาทั้งผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์และปัญหาของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์และส่งผลถึงกัน ในลักษณะที่ว่า นโยบายซึ่งถูกกำหนดโดยผู้บังคับบัญชา ได้กลายมาเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในการที่จะดำเนินการตามนโยบาย อันส่งผลต่อเนื่องไปยังประชาชนในฐานะผู้ที่เข้ารับบริการ สะท้อนให้เห็นว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาลกำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้ ยังหาได้เป็นไป

ตามเจตนารมณ์แห่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างแท้จริงไม่ เนื่องจากรูปแบบที่รัฐบาลกำหนด ออกมานั้น ยังมีอีกหลายประการที่ยังคงแตกต่างและห่างไกลจากเจตนารมณ์แห่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างที่ควรจะเป็นอยู่มาก แต่ทั้งนี้อาจถือได้ว่านโยบายสาธารณะดังกล่าว คือ จุดเริ่มต้นสำคัญของการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย ซึ่งหากประสบความสำเร็จได้ก็จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

**น.พ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2545)** ได้เสนอแนะการดำเนินการในโครงการ 30 บาท เพื่อให้โครงการนี้ดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ

1. ลดภาระความกังวลของสถานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำเป็น โดยการปรับให้มีระบบการจัดการการเงินให้มีกองทุนรวมระดับจังหวัดที่จะรับภาระค่าใช้จ่ายเพื่อทำให้สถานพยาบาลผู้ให้บริการมีความพะวงน้อยลงกับภาระค่าใช้จ่ายที่ตนเองต้องรับ โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็น และมีค่าใช้จ่ายสูง

2. การเพิ่มขวัญและกำลังใจของบุคลากรผู้ให้บริการ โดยการปรับการจัดการให้มีการประกันความมั่นคงของการได้รับเงินเดือน และสวัสดิการต่างๆ ไปอยู่ที่ระดับจังหวัด หรือที่ระดับ 2 - 3 จังหวัดรวมกัน ในกรณีที่เป็นจังหวัดที่มีประชากรขึ้นทะเบียนอยู่เป็นจำนวนไม่มากซึ่งจะมีส่วนช่วยทำให้บุคลากรผู้ให้บริการเกิดความสุขและมีความมั่นใจในการที่จะให้บริการมากขึ้น

นอกจากนี้ควรจะมีการเพิ่มมาตรการที่ชัดเจนในแง่ของการให้แรงจูงใจตามผลงานที่ได้ดำเนินการ ทั้งในด้านความก้าวหน้า และในด้านค่าตอบแทนซึ่งจะทำให้ผู้ที่ทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่ มีประสิทธิภาพมีความแตกต่างที่ชัดเจนจากผู้ที่ยังทำงานอย่างขาด

1) การสร้างความเป็นธรรม ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับสถานพยาบาลที่มีสภาพแวดล้อมแตกต่าง โดยการปรับการจัดงบประมาณในอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้เป็นไปตามกลุ่มอายุภาวะโรค และความทุรกันดารของพื้นที่ เช่น สถานพยาบาลที่รับผิดชอบ ประชากรสูงอายุมาก ควรได้รับงบประมาณมากกว่าสถานพยาบาลที่รับผิดชอบประชากรหนุ่มสาว เพราะมีความเจ็บป่วยมากกว่ากัน หรือพื้นที่ทุรกันดารตามชายแดน ป่าเขา หรือ บนเกาะ ควรได้รับงบประมาณแตกต่างจากพื้นที่ปกติ

2) การเพิ่มช่องทางการสร้างความเข้าใจให้กับผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ รวมทั้งการพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคที่สร้างสรรค์ และลดความขัดแย้ง เช่น การมีช่องทางการประสานสร้างความเข้าใจและแก้ไขความขัดแย้งของสถานพยาบาลกับผู้รับบริการเพื่อเกิดการแก้ไขปัญหาบนความเข้าใจร่วมกันที่สร้างสรรค์ มีการทำความเข้าใจอย่างกว้างขวางทั้งในหมู่ผู้ให้บริการ และ

ผู้รับบริการเพื่อเกิดความคาดหวังที่ถูกต้อง และการสร้างความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพกับ ผู้บริโภคในการดูแลแก้ไขปัญหาจริยธรรมให้ลดน้อยลง

3) การปรับการกระจายบุคลากรแก่พื้นที่ ที่ขาดแคลนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้ โดยการปรับการกระจายบุคลากรจบบใหม่ หรือที่จะรับใหม่ให้กระจายสู่พื้นที่ที่ขาดแคลนมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะที่ภาระงานได้เพิ่มมากขึ้นตามสถานพยาบาลระดับต่างๆ จากการสร้างหลักประกัน สุขภาพ

### **ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อผู้ให้บริการ**

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดความ สับสนและข้อโต้แย้งในวงการสาธารณสุขไทยค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินการใน งบประมาณ 2545 ซึ่งเริ่มในเดือนตุลาคม 2544 เป็นต้น การที่จะเห็นภูมิหลังของวิวาทะต่างๆ ที่ แวดล้อมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบถึงผลกระทบ ของโครงการที่มีต่อสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานด้วย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชญา ณ ระนอง, 2545)

### **ผลกระทบที่เกิดจากการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขต่อผู้ให้บริการ**

ผลกระทบที่เกิดจากการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขต่อผู้ให้บริการ สามารถ แบ่งได้ 2 ส่วนดังนี้ (วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชญา ณ ระนอง, 2545)

#### 1) การจัดสรรและบริหารงบประมาณแบบปลายปิด

แม้ว่าในอดีตนั้นสถานพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับงบประมาณที่มีการจำกัดจำนวนเช่น เดียวกันกับในระบบใหม่แต่การที่ระบบงบประมาณ ใหม่จัดสรรงบตามจำนวนประชากร ได้บ่งชี้ถึง เพดานงบประมาณใหม่สำหรับสถานพยาบาล โดยเพดานนี้จะไม่ขึ้นกับ “ความสามารถ” ในการ คำนวณงบประมาณของผู้บริหารอีกต่อไป ซึ่งเพดานนี้จะมีนัยต่ออนาคตของโรงพยาบาลและ เจ้าหน้าที่ ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่ที่ได้รับงบประมาณลดลงมากก็จะเริ่มขาด ความมั่นคง เพราะเข้าใจว่าโรงพยาบาลกำลังจะต้องลดขนาดหรืออาจจะมีผลต่อการลด หรือ ยุบบุคลากรไปที่อื่น จากข้อมูลเบื้องต้นคาดว่าสถานพยาบาลที่ได้รับผลกระทบในด้านลบ หรือ สถานพยาบาลที่เจ้าหน้าที่เชื่อว่าโรงพยาบาลของตนจะถูกกระทบในด้านลบ อาจจะมีจำนวน มากกว่าสองร้อยแห่ง ดังนั้นจึงน่าจะมีผู้ให้บริการจำนวนมากที่รู้สึกว่าการสร้างผลกระทบใน ด้านลบ

## 2) การผูกเงินเดือนกับงบเหมาจ่าย

การผูกเงินเดือนเข้ากับงบเหมาจ่ายทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสนใจในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น เพราะเริ่มรู้สึกว่าการอยู่รอดของโรงพยาบาลและรายได้ของตบผูกเข้ากับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยด้วย ซึ่งในโรงพยาบาลหลายแห่ง มีกรณีของผู้ปฏิบัติงานมีความไม่พึงพอใจผู้ป่วยที่พากันมารักษาที่บ้าน เหมารถมาส่งญาติที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มาขอยาไปเพื่อ ผู้ป่วยฐานะดีที่มาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยที่เข้าจ่ายทำร้ายตัวเอง (self-inflicted) ประเภทต่างๆ ในขณะที่เดียวกันก็มีผู้บริหารสถานพยาบาลบางแห่ง เริ่มวางแผนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน โดยหวังที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้ลง

คงจะปฏิเสธไม่ได้ว่า ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นส่วนที่เป็นเป้าหมายของโครงการ เช่น ที่ต้องเกลี้ยกล่อมลากรจากโรงพยาบาลใหญ่ไปเพิ่มที่โรงพยาบาลชุมชน หรือส่วนที่เกิดจากปัญหาในการดำเนินโครงการ เช่น การตั้งงบประมาณไว้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ย่อมส่งผลกระทบต่อทัศนคติของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อโครงการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งความกังวลเรื่องความพอเพียงของงบประมาณและความอยู่รอดของสถานพยาบาล และความมั่นคงด้านรายได้ของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเอง ก็แปลมาเป็นความเชื่อของเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งในเรื่องรัฐไม่มีงบประมาณเพียงพอสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยเช่นกัน

### **ผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านการทำงาน**

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัจจัยอีกอย่างน้อยสองประการที่มีผลต่อแรงกดดันในการทำงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ คือ

- การรับรู้การเรียกร้องสิทธิของประชาชน ซึ่งในสถานพยาบาลที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมากนั้น อาจจะไม่เป็นปัญหาสำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งหลายท่านระบุว่าทำให้รักษาผู้ป่วยด้วยความสบายใจมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องเป็นห่วงอีกต่อไปว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถจ่ายได้หรือไม่ แต่ในสถานพยาบาลที่มีปัญหาได้รับงบประมาณลดลงนั้น การรับรู้และการเรียกร้องสิทธิของประชาชนทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าการทำงานได้ยากขึ้น เมื่อเทียบกับในโครงการสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อย ซึ่งแพทย์อยู่ในฐานะ “ผู้ให้” ที่มีความ “เอื้ออาทร” และถ้าไม่สามารถทำตามความต้องการของผู้ป่วย หรือ ญาติ ก็มีความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องสูงขึ้นกว่าเดิม
- ระบบที่สร้างกลไกมาคานอำนาจหรือตรวจสอบมากขึ้นและลดดุลยพินิจและอำนาจของแพทย์ในการเลือกระดับของ “ความเอื้ออาทร” เป็นรายๆ ไป

- ระบบตรวจสอบข้อร้องเรียนที่ส่วนกลาง ซึ่งตั้งเป้าที่จะติดตามการร้องเรียนทุกกรณี นอกเหนือจากผลกระทบในด้านการดำเนินงานในระยะสั้นที่กล่าวมาแล้วนั้น แพทย์หลายท่าน โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ยังมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาที่อาจตามมาในระยะยาว เช่น คุณภาพของระบบบริการขั้นสูงในระยะยาว เนื่องจากเล็งเห็นว่าทรัพยากรส่วนใหญ่จะไหลไปที่บริการปฐมภูมิมากกว่าโรงพยาบาลที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางรายได้ และสถานะของแพทย์ในระยะยาว ทั้งในและนอกระบบราชการ ความอยู่รอดและบทบาทของบริการภาคเอกชน (Private practice) การปฏิรูปด้านอื่นๆ นอกเหนือจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การปฏิรูปสวัสดิการข้าราชการ ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่างพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ ร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ การกระจายอำนาจ และการออกนอกระบบราชการ แนวทางการจัดการกับพนักงานของรัฐ

ผลกระทบด้านต่างๆ ที่มีต่อผู้ให้บริการ และบรรยากาศของความไม่แน่นอนหลายประการที่มากับ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังผลให้ผู้ให้บริการจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบด้านลบหรือผู้ไม่เห็นด้วยกับโครงการนี้ในบางด้านมักจะสรุปต่อไปว่า ถึงแม้โครงการนี้จะมีหลักการที่ฟังดูดี แต่ก็เป็นการดำเนินการเพื่อผลทางการเมือง ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีทรัพยากรเพียงพอที่จะให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน จึงควรหันไปใช้ระบบเดิมซึ่งมีกลไกในการช่วยเหลือคนจนอยู่แล้ว อีกทั้งยังเป็นระบบที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ จริยธรรม คุณธรรม และความเอื้ออาทร และยังเป็นระบบที่ให้ความสนใจกับการพัฒนาคุณภาพมาโดยตลอด จนทำให้แพทย์ของไทยมีความก้าวหน้าและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในภูมิภาคนี้ในปัจจุบัน (วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชญา ณ ระนอง, 2545)

### **ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อโรงพยาบาล**

นอกเหนือจากผลกระทบจากการปฏิรูประบบการเงิน และผลกระทบในด้านการดำเนินงาน ที่ส่งผลต่อผู้ให้บริการดังที่กล่าวมาแล้วนั้นยังมีผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ส่งผลกระทบต่อภารกิจของ โรงพยาบาลดังนี้ คือ (โรงพยาบาลชุมชน, 2545)

### **ผลกระทบเชิงบวกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อโรงพยาบาล ได้แก่**

1. สร้างหลักประกันสุขภาพอย่างรวดเร็วและเท่าเทียมครอบคลุมประชากรอีกประมาณร้อยละ 25 – 30 ที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพ
2. เพิ่มงบประมาณในการจัดการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน เพราะส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น

3. เพิ่มเอกภาพในการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภอ ด้วยการจัดสรรเงินทั้งอำเภอมาที่โรงพยาบาลซึ่งทำหน้าที่เป็นเครือข่ายบริการคู่สัญญาหลักหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracting unit of primary care (CUP))
4. เกิดการบริหารอย่างมีต้นทุน มีมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความพึงพอใจของชุมชน
5. เกิดการกระจายบุคลากรออกสู่ชนบทเนื่องจากทางโรงพยาบาลมีรายรับมากขึ้น ทำให้สามารถจ้างบุคลากรที่มีความจำเป็นได้เพิ่มมากขึ้น
6. เสริมแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัวและการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว
7. ปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานชุมชนจากการเน้นกิจกรรม (Activity oriented) มาเป็นการเน้นชุมชน (Community oriented)

#### **ผลกระทบเชิงลบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อโรงพยาบาล ได้แก่**

1. ความไม่พร้อมในการบริหารจัดการที่ต้องดูแลสถานีอนามัยด้วยทั้งๆที่ตัวโรงพยาบาลเองบางแห่งยังประสบปัญหาในด้านการบริหารจัดการ
2. ปริมาณงานและความคาดหวังของชุมชนที่เพิ่มขึ้น แต่บริบทโดยรวมทั้งทรัพยากรด้านบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานยังเหมือนเดิม
3. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่อาจเปลี่ยนแปลงจากความเอื้ออาทรเป็นเชิงพันธะสัญญาในสิทธิที่พึงได้ของประชาชน
4. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจทำให้ความสัมพันธ์ที่เปราะบางระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งสถานีอนามัยแยะลง เนื่องจากการมองเรื่องเงินเป็นหลัก
5. เกิดความแตกต่างของการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญในอนาคตรหว่างโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณมากกับโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณน้อย
6. ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit package) ของการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจนอาจปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเกิดความไม่ยืดหยุ่นในอนาคต
7. การบริหารโดยใช้ระบบความคิดแบบกำไรขาดทุนมาตัดสินใจในการจัดบริการมากเกินไป อาจทำให้เกิดผลกระทบกับประชาชน เช่น การปิดคลินิกนอกเวลาเพราะทำมาากี่ขาดทุนมาก (โรงพยาบาลชุมชน, 2545)

**น.พ.สังคม จงพิพัฒน์วิชัย (2544)** ได้แสดงทัศนะไว้ว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่กำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้ นั้น ก่อให้เกิดปัญหาต่อประชาชนที่เป็นผู้รับบริการในอนาคตคือ

- 1) ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ โอกาสที่รัฐบาลจะหาเงินมาสนับสนุนโครงการนี้เป็นไปได้น้อยมากในขณะที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่กำลังดำเนินการส่วนใหญ่ต้องนำเงินหมุนเวียนของโรงพยาบาลออกมาใช้ ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 2) ปัญหาการไม่ยอมส่งต่อคนไข้ เนื่องจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยได้ขึ้นทะเบียนไว้ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดเกิดขึ้น หากมีการส่งต่อคนไข้ จะทำให้เกิดปัญหาการไม่ส่งตัวคนไข้ การส่งตัวคนไข้ช้า หรือแม้กระทั่งจ่ายยาที่มีราคาแพง
- 3) ปัญหาของระบบสาธารณสุข ที่ต้องเปลี่ยนจากเดิมที่เน้นแพทย์เฉพาะทางมาเป็นแพทย์ทั่วไปมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาในการทำงาน เนื่องจากความไม่พร้อมทางด้านกำลังและศักยภาพของบุคลากร

**นฤมล คำเหลือง (2545)** ศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า สามารถใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและได้รับบริการที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน และกลุ่มผู้ให้บริการส่วนใหญ่สามารถลดความเลื่อมล้ำของการให้บริการและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประชาชนได้ ด้านความคิดเห็นต่อผลกระทบโครงการดังกล่าว ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วย ช่วยลดความวิตกกังวลของประชาชนผู้รับบริการ ประชาชนสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการรับบริการได้ถูกต้อง โรงพยาบาลมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการดีขึ้น ส่วนผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และภาระงานที่ไม่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาตนเอง ด้านความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพบริการที่ดี ทั้ง 5 ด้าน คือ

1. ด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ
2. ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ
3. ด้านการตอบสนองในการให้บริการ
4. ด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ
5. ด้านความเห็นอกเห็นใจ



และมีผู้รับบริการและผู้ให้บริการบางส่วนมีความเห็นว่าประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดสิทธิประโยชน์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยประชาชนจะมารับบริการบ่อยขึ้น ผู้รับบริการบางคนไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการรับบริการได้ถูกต้อง โรงพยาบาลมีเครื่องหมายบอกทิศทางและสถานที่ต่างๆ ไม่ชัดเจนยากแก่การเข้าใจ และผู้ให้บริการบางส่วนเห็นว่า เจ้าหน้าที่ไม่สามารถสอดคล้องดูแล เอาใจใส่ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนได้อย่างสม่ำเสมอ

**อัมพร ฝอยทอง (2545)** ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนโดยรวมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูง ซึ่งปัญหาและอุปสรรคของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ผู้ให้บริการ ให้ความเห็นว่า การแยกศูนย์สุขภาพชุมชนจากสถานีอนามัยทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง เจ้าหน้าที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานชุมชนน้อย ประชาชนมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ชุมชนขาดความเข้มแข็ง ระบบการจัดการด้านทะเบียนข้อมูลสุขภาพยังไม่ดีพอ ไม่มีแผนงานการฟื้นฟูสภาพที่ชัดเจน แพทย์ออกตรวจโรคซ้ำ ปัญหาการทำงานเป็นทีม ยานพาหนะออกชุมชนไม่เพียงพอ การส่งชันสูตรโรคซ้ำ ออกชุมชน ไม่พบชาวบ้าน

ด้านผู้ใช้บริการพบว่าผู้ใช้บริการจำนวนมาก ไม่มีเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน ต้องการตรวจโรคจากแพทย์ รอแพทย์นาน สถานที่คับแคบ และอ่านชื่อยาที่ติดข้างซองยาไม่ออก จะเห็นว่าเจ้าหน้าที่มีการดำเนินงานในด้านการรักษาพยาบาล ได้ดีแต่การดำเนินงานในด้านชุมชน ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้การทำงานที่มีลักษณะผสมผสานบูรณาการจำเป็นต้องมีการเพิ่มขีดความสามารถให้กับเจ้าหน้าที่โดยการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง และควรเพิ่มประสิทธิภาพของชุมชนให้เข้มแข็งและในการพัฒนาสุขภาพควรมีการร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในชุมชน

**วรรณ รุ่งแสง (2545)** ได้ศึกษาถึงปัญหาที่พบจากการดำเนินงานใน 6 จังหวัดนำร่องโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ว่ามีการจ่ายเงิน โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วย ควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ แต่ปัญหาสำคัญที่พบเนื่องจากการจ่ายเงิน โดยวิธีนี้ คือ การจัดงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งรวมถึงการส่งต่อ และการข้ามเขต ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ได้รับงบประมาณรายหัวมีแนวโน้ม หวงไข่ คือ ไม่ยอมส่งต่อผู้ป่วย กรณีเมื่อส่งแล้วหมายถึงเงินจะต้องจ่ายสูงมาก และอาจมีแนวโน้ม ผลักไข่ คือ ส่งต่อไปที่อื่นในกรณีที่รักษาเองแล้วจะขาดทุน การข้ามเขตบริการเป็นประเด็นสำคัญมากในการจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมให้แก่พื้นที่ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน เนื่องจากประชาชนในเขตบริการเป็นคนละอย่างกับประชากรตามเขต

ภูมิภาคนี้ การได้รับงบประมาณควรสอดคล้องกับประชากรในเขตบริการ ไม่ใช่ประชาชนตามเขตภูมิภาค

การทดลองให้สถานบริการปฐมภูมิเป็นผู้ถืองบประมาณที่คิดบนฐานอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามประชากรในเขตภูมิภาค พบจุดอ่อน คือ ประชากรในระดับอำเภอข้ามเขตไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยไม่อาศัยระบบส่งต่อมากกว่ากลุ่มที่ไปตามระบบส่งต่อถึง 4 เท่า ส่วนการดูแลสุขภาพ เป็นการมองในมุมมองของสถานบริการที่มีชื่อเสียง มีความสามารถในการรักษาโรคยากๆ ทำให้ประชาชนในเขตอื่นๆ ข้ามเขตมาใช้บริการกันมากในระบบที่ ผู้ป่วยสามารถจ่ายเงินได้ครบเมื่อข้ามเขตมารับบริการสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลต่อไป แต่ถ้าการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้รับเงินที่เหมาะสมกับต้นทุน สถานพยาบาลที่ดูแลไข้ก็จะเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการผลักไข้กลับ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาว่า การดูแลสุขภาพสมควรได้รับจัดสรรเงินมากน้อยเพียงใด เพื่อไม่ให้ประชาชนที่เป็นโรคซับซ้อนถูกปฏิเสธการรักษา

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2546)** เรื่อง “ผู้ให้บริการมีความสุขในยุคประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผลกระทบจากโครงการสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อการทำงานและทำให้หน่วยบริการมีความสับสนเพราะต้องปฏิบัติตามนโยบาย ทำให้เกิดวัฒนธรรมและวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละองค์กร ผู้รับบริการต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีสิทธิในการรักษาครบถ้วน ประกอบกับการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการบัตรทอง ความต้องการความเสมอภาค ความพึงพอใจมาตรฐาน การรักษาหรือยา และการบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน ด้านผู้ให้บริการทำอย่างไรจะสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ การเตรียมตัวทั้งในด้านการบริหารการเงินการคลังในเบื้องต้นหรือระยะยาว ปัญหาการฟ้องร้อง การร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น ความมั่นคงในชีวิตทำงาน ภาระในการให้บริการ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย/การปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพหรือทันตแพทย์รับภาระเพิ่มขึ้น การพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน HA การเก็บข้อมูลควรทำให้เป็นระบบมากขึ้น ความมีอิสระในการตัดสินใจให้การรักษา การยกเลิกค่าใช้จ่ายบางตัวซึ่งไม่สามารถจะใช้ได้ในภาวะมีหนี้สิน ชุดสิทธิประโยชน์บางอย่างไม่สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ทำให้การตัดสินใจไม่ตรงกับมาตรฐานวิชาชีพ การใช้สิทธิของประชาชนต้องร่วมจ่าย บางเรื่องที่สามารถจ่ายได้ เพราะบางรายไม่สามารถจ่ายได้ ระบบการให้บริการไม่มีการแยกการให้การรักษากับการใช้สิทธิอื่นๆ การจัดสรรงบประมาณเป็นความจำเป็นระดับประเทศ แนวทางปรับตัวจากผลกระทบ เช่นปัญหาที่เกิดจากการจ่ายค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ สามารถแก้ไขได้โดยนำมาเกลี่ยกระจายอย่างเป็นธรรมต่อเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ด้านการบริหารงบประมาณ ในระยะแรกพบว่ารายจ่ายมากกว่ารายรับและหลังจากปฏิบัติงานมาระยะหนึ่งพบว่ารายรับมากกว่ารายจ่าย โดยได้รับ

เพิ่มจากค่าใช้จ่ายเอง High cost & Emergency จากสิทธิราชการมีการพัฒนาการเรียกเก็บให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จัดทำคู่มืออัตราค่าบริการพัฒนาระบบ การสรุปรายงานและคืนเวชระเบียนเพิ่ม อัตราค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อคน เพิ่มรายรับค่าบริการ

**น.พ.ภูษิต ประคองสาย และคณะ (2544)** ได้ศึกษาเรื่อง สถานพยาบาลปรับตัวอย่างไร ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถานพยาบาลภาครัฐ ในจังหวัดจันทบุรี

ผลการศึกษาพบว่า นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีอย่างมาก ระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดต้องมีการปรับตัวในด้านประสิทธิภาพอย่างสูง จากตัวเลขประมาณการรายรับ รายจ่ายของสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี ในปีงบประมาณ 2543 เป็นรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด ทั้งเงินงบประมาณ และเงินนอกงบประมาณ ประมาณ 700 ล้านบาท โดยร้อยละ 60 เป็นรายจ่ายด้านค่าแรง (เงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทน) อีกร้อยละ 40 เป็นค่าเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุใช้สอย และค่าสาธารณูปโภค

ขณะที่รายรับประมาณการภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทั้งจังหวัด อยู่ที่ 600 ล้านบาท นั้นหมายความว่า ในภาพรวมของทั้งจังหวัดจันทบุรี จะมีรายจ่ายมากกว่ารายรับประมาณ 100 ล้านบาท โดยเฉพาะในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีต้นทุนดำเนินการต่อครั้งผู้ป่วยนอก และต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเป็นอย่างมาก เนื่องมาจากการมีต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย ( 508 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ 9,139 บาทต่อรายผู้ป่วยใน ) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่นำมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( 278 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ 5,424 บาทต่อรายผู้ป่วยใน )

อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ที่ระบบจะสามารถปรับตัวในด้านประสิทธิภาพ และสถานพยาบาลสามารถอยู่รอดได้ แต่การแก้ไขปัญหาจะต้องดำเนินการในแบบภาพรวมของจังหวัด โดยเน้นการแก้ไขรายจ่ายด้านค่าแรง และวัสดุเวชภัณฑ์ที่ควบคุมได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐาน การเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือของทุกหน่วยงานในทุกระดับ และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวของบุคลากรทุกส่วนในการแก้ไขปัญหา

## ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญที่นักสังคมวิทยาสุขภาพให้ความสนใจเป็นระยะเวลานาน นักสังคมวิทยาสุขภาพส่วนใหญ่ให้ข้อสังเกตถึงความแตกต่างในแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

### แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

พระธรรมปิฎก (2543) ได้เขียนถึงบทบาทของแพทย์ในการให้บริการสาธารณสุข ว่าสิ่งที่ต้องตระหนักถึงอยู่เสมอคือ ผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นผู้เจ็บป่วยต้องสามารถเลือกสถานบริการได้และสถานที่เหล่านั้นต้องเพียบพร้อมด้วยผู้ชำนาญด้านการรักษาพยาบาล มีอุปกรณ์เครื่องมือที่สามารถรักษาผู้เจ็บป่วยได้เพราะผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังไว้ว่าความทุกข์จะได้รับการบรรเทาจากสถานบริการสาธารณสุขเหล่านั้น

นักสังคมวิทยาสุขภาพได้ศึกษาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในฐานะที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความแตกต่างทั้งในองค์ความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความแตกต่างในเชิงอำนาจและสถานภาพทางสังคม แนวคิดทางสังคม วิทยาสุขภาพในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นการศึกษาระดับโครงสร้างสังคม โดยศึกษาบทบาทการรักษาของแพทย์ที่มีต่อการดำรงอยู่ของสังคม และกลุ่มที่เน้นในระดับบุคคล โดยเน้นที่ความเป็นพลวัตของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วย (Morgan, Calnan, and Manning: 1958)

### แนวคิดที่เห็นความสอดคล้อง (Consensus model)

พาร์สัน (Parsons) เป็นนักคิดคนสำคัญที่ให้ความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในลักษณะที่เป็นการพึ่งพาแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคล ซึ่งทั้งสองฝ่ายมีหน้าที่และประโยชน์ที่ได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กัน พาร์สัน เห็นว่า รูปแบบการกระทำของทั้งสองฝ่ายเป็นผลมาจากการขัดเกลาทางสังคม ที่ทำให้แพทย์และผู้ป่วยเรียนรู้บทบาทตนเองและกระทำตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง นั่นคือผู้ป่วยเรียนรู้ว่าเมื่อเจ็บป่วย ตนเองมีบทบาทที่จะต้องแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว และต้องให้ความร่วมมือรวมทั้งกระทำตามคำแนะนำจากแพทย์ รวมทั้งให้ความไว้วางใจ เชื่อใจในความสามารถของแพทย์ ในทางตรงกันข้ามแพทย์เรียนรู้ว่าตนเองมี บทบาทที่จะต้องสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้ศักยภาพและความรู้ความชำนาญพิเศษของตนอย่างเต็มที่ รวมทั้งจะต้องให้ความช่วยเหลือบุคคล โดยปราศจากอคติ

การกระทำตามบทบาทที่สังคมคาดหวังดังกล่าว ทำให้แพทย์ได้ประโยชน์โดยการเป็นเหมือนผู้ควบคุมทางสังคม กล่าวคือ แพทย์จะเป็นผู้บอกให้บุคคลใดนั้นเป็นผู้ป่วย และสามารถสวมบทบาทผู้ป่วยได้ ซึ่งการสวมบทบาทผู้ป่วยจะมีผลทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ คือ การได้รับการยกเว้นในการกระทำหน้าที่ทางสังคมอื่นๆ พาร์สัน เห็นว่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนี้เป็นความสัมพันธ์ที่ต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน และประสานความสัมพันธ์ไปสู่การดำเนินต่อไปของสังคมใหญ่อย่างสอดคล้อง สมานฉันท์ระหว่างระหว่างสมาชิก ในสังคม ผู้ป่วยยอมรับสิทธิอำนาจของแพทย์ เนื่องจากการยอมรับในความรู้ ความเชี่ยวชาญในการรักษาของแพทย์และแพทย์ก็กระทำการรักษาเพื่อเป้าหมายหลักคือการแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคล (Morgan, Calnan, and Manning: 1958)

นอกจาก พาร์สัน แล้ว ซาซซ์ และฮอลเลนเดอร์ ( Szasz and Hollender) ได้ขยายแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยออกเป็น 3 รูปแบบ ซึ่งลักษณะความเจ็บป่วยจะเป็นตัวกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ รูปแบบแรก คือ แบบความสัมพันธ์ที่แพทย์เป็นผู้กระทำ ในขณะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ถูกกระทำ (Activity - passivity) รูปแบบความสัมพันธ์นี้จะพบในสถานการณ์ของการรักษาที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยรุนแรงมาก หรืออยู่ในภาวะหมดสติ ภาวะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งบุคคลไม่สามารถมีการโต้ตอบในบริบทการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลที่กระทำหรือเป็นเพียงผู้ถูกกระทำในขณะที่แพทย์มีบทบาทเป็นผู้กระทำอย่างเต็มที่

รูปแบบที่สอง คือ แบบความสัมพันธ์ที่แพทย์เป็นผู้ชี้แนะ ขณะที่ผู้ป่วยในบทบาทเป็นผู้ให้ความร่วมมือ (Guidance - cooperation) เช่นความเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งแพทย์ จะเป็นผู้สั่งยาปฏิชีวนะให้ และผู้ป่วยก็กินยาตามที่แพทย์สั่ง นอกจากนั้นการฝากครรภ์ก็อยู่ในรูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้ ซึ่งแพทย์จะแนะนำการใช้วิตามิน การปฏิบัติตัว การบริโภคอาหาร และการมาตรวจครรภ์ตามกำหนด ซึ่งสตรีที่ตั้งครรภ์มีบทบาทเป็นผู้ให้ความร่วมมือกระทำตามคำแนะนำของแพทย์

รูปแบบที่สาม คือ แบบความสัมพันธ์ที่แพทย์และผู้ป่วยมีบทบาทเท่าเทียมกันในบริบทการรักษา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นความเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย บทบาทของแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยกระทำการช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ เช่น การปรับวิถีชีวิตพฤติกรรมที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพหรือส่งผลต่อความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เป็น เช่นการลดการดื่มสุรา การงดบริโภคอาหารไขมันสูง เค็ม หรืออาหารรสจัด การออกกำลังกาย เป็นต้น

โดยสรุปแนวคิดของ ซาซซ์ และ ฮอลเลนเดอร์ แม้จะมีการขยายรูปแบบความสัมพันธ์ตามลักษณะปัญหาสุขภาพที่บุคคลประสบ แต่รูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 3 รูปแบบ นั้นก็ตั้งอยู่บน

สมมุติฐานว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ที่ลักษณะสอดคล้องไปตาม การเรียนรู้บทบาทที่คาดหวังในสังคม และเป็นการกระทำที่ต่างฝ่ายต่างได้รับประโยชน์จาก ความสัมพันธ์นั้น รวมทั้ง ผู้ป่วยจะต้องยอมรับในสิทธิอำนาจของแพทย์ผู้รักษา (Morgan, Calnan, and Manning: 1958)

### **แนวคิดความขัดแย้ง (Conflict model)**

การเสนอความสัมพันธ์ในลักษณะของการประสานสอดคล้อง และพึ่งพากันของทั้งฝ่าย แพทย์และผู้ป่วยได้รับการวิพากษ์จากนักคิดในแนวทฤษฎีความขัดแย้งว่า เป็นการเสนอ ความสัมพันธ์ในรูปแบบที่เป็นอุดมคติ และเป็นการวางรูปแบบความสัมพันธ์บนพื้นฐานแนวคิด การแพทย์ชีวภาพ ซึ่งกำหนดว่าผู้ป่วยที่ดีควรมีพฤติกรรมอย่างไรในบริบทการรักษาพยาบาลรวมทั้ง อยู่บนสมมุติฐานว่าผู้ป่วยยอมรับและศรัทธาในแพทย์และการรักษาของแพทย์

ฟรอยด์สัน (Freidson: 1970) เสนอถึง การปะทะกันของแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นในบริบทการรักษา (a “ Clash” of perspective) เขาเสนอว่า ผู้ป่วยและแพทย์ต่างมีแนวคิด เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีความขัดแย้งกันในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ในการรักษา การมีอำนาจของแพทย์ที่เหนือกว่าทำให้แบบความสัมพันธ์มิได้เป็นไปตามความ สอดคล้องประสานประโยชน์ซึ่งกันและกัน หากวิธีการรักษาตลอดจนแบบความสัมพันธ์เป็นไป ตามแนวคิดและผลประโยชน์ทางการแพทย์

ความแตกต่างของแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเห็นได้จาก ความแตกต่างในการให้ความหมายและสาเหตุความเจ็บป่วย รวมทั้งความแตกต่างในการตีความ และประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาการบางชนิดที่เกิดขึ้นอาจได้รับการตีความจากแพทย์ว่าเป็น ความเจ็บป่วยที่รุนแรงและต้องทำการรักษาโดยเร็ว ขณะที่ผู้ป่วยตีความว่าเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้น และมีไขความเจ็บป่วย เช่น ความเชื่อของมารดาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ให้สาเหตุของ อุจจาระร่วงในเด็ก ว่าเกิดขึ้นตามช่วงการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการ เช่น จากกลาน ยืน เดิน ดังนั้น การ รักษาทางการแพทย์จึงไม่เป็นที่มารดาเด็กให้ความสนใจมากนัก เนื่องจากอาการอุจจาระร่วง ดังกล่าวนั้นเป็นอาการปกตินั่นเอง ในทำนองเดียวกัน งานสำรวจในต่างประเทศก็พบความแตกต่าง ในการประเมินอาการระหว่างแพทย์และผู้ป่วย กล่าวคือ งานศึกษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 59 ของอาการทั้งหมด 628 อาการที่ผู้ป่วยมารับการรักษานั้น ได้รับการประเมินจากผู้ป่วยว่า เป็น “อาการฉุกเฉิน ต้องรีบรักษา” ซึ่งในอาการทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่แพทย์ประเมินเป็น อาการฉุกเฉิน (Calnan: 1984)

นอกจากการเสนอความแตกต่างของแนวคิดความเจ็บป่วยระหว่างแพทย์และผู้ป่วยแล้ว ฟรายด์สัน ยังกล่าวว่า ผู้ป่วยนอกจากจะไม่ยอมรับ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์แล้ว ในบางกรณียังพบว่าผู้ป่วยมีการปฏิเสธและต่อต้านการรักษาและคำแนะนำของแพทย์ด้วย โดยเฉพาะเมื่อคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วยของแพทย์ขัดแย้งกับแนวคิดของผู้ป่วย

โดยสรุป แนวคิดความขัดแย้ง แม้จะพิจารณาบทบาทความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในระดับโครงสร้าง แต่แนวคิดนี้ปฏิเสธลักษณะความสอดคล้องและพึ่งพากัน หากเสนอว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานของความแตกต่างในองค์ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตลอดจนความขัดแย้งในประโยชน์ที่ได้จากการรักษา แนวคิดของฟรายด์สัน ได้ทำให้เกิดการพิจารณาบทบาทของบุคคลที่มีได้เป็นผู้ถูกระงับของผู้ป่วยนี้ได้รับการขยายในแนวคิดที่พิจารณาความสัมพันธ์ในระดับบุคคล

### **แนวคิดที่เน้นกระบวนการต่อรอง (Negotiation Model)**

แนวคิดนี้พิจารณาบุคคลในลักษณะที่เป็นผู้ที่มีเหตุผลสามารถพิจารณาตัดสินใจดำเนินการด้วยความเชื่อมั่นตั้งใจและเป็นบุคคลที่ดำเนินการเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนสูงสุด ดังนั้นในบริบทการรักษาผู้ป่วย มิใช่เป็นบุคคลที่ยินยอมกระทำตามคำแนะนำของแพทย์โดยปราศจากเหตุผล หากแต่จะกระทำก็ต่อเมื่อผ่านกระบวนการแยกแยะใคร่ครวญวิเคราะห์ตามหลักเหตุผลรวมทั้งการประเมินถึงประโยชน์ที่จะได้รับ นอกจากนี้บุคคลยังทำการต่อรองโน้มน้าว ตลอดจนชักจูงด้วยกลวิธีต่างๆ เพื่อให้มีการรักษาความเจ็บป่วยตามความประสงค์เหตุผลและเพื่อประโยชน์ของตน

งานศึกษาในต่างประเทศ พบกลวิธีที่ผู้ป่วยพยายามชักจูงแพทย์ หรือต่อรองการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งกลวิธีที่ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังและแพทย์ต่อรองวิธีการและเงื่อนไขในการรักษา (Morgan, Calnan, and Manning:1985) อย่างไรก็ตามกลวิธีการต่อรองที่ผู้ป่วยใช้มิได้เป็นไปอย่างตรงไปตรงมา หรือเป็นการแสดงออกอย่างชัดเจน แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกไม่พึงพอใจอย่างมากต่อการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยในงานศึกษาของ Stimson and Webb (1975) พบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ายาที่แพทย์สั่งมีมาจนเกินไป และอาจมีใช้สิ่งที่จำเป็นต่อการรักษาความเจ็บป่วยที่เป็น ผู้ป่วยก็จะใช้คำถามอย่างอ้อมๆที่แสดงถึงความไม่เห็นด้วย เช่น “ผมต้องกินยาทั้งหมดนี้หรือทั้งหมดนี้จำเป็นต่อโรคที่ผมเป็นหรือ ถ้าไม่ใช่ ผมก็จะได้ไม่ต้องกินยาบางตัว” เป็นต้น

แนวคิดกระบวนการต่อรองแม้จะให้ความสำคัญกับบุคคลในฐานะที่สามารถต่อรองปรับเปลี่ยน และมีวิจรรณญาณในการประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ แต่งานศึกษาใน

กลุ่มนี้ก็พบประเด็นที่น่าสนใจเช่นเดียวกันว่า ผู้ป่วยยังคงยอมรับในสิทธิอำนาจที่เหนือกว่าของแพทย์

### ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในเชิงทฤษฎีว่ามีอยู่ 3 ลักษณะ ดังต่อไปนี้ คือ

1. Patron Client Relationship ผู้รับบริการมีความศรัทธาในตัวผู้ให้บริการ โดยที่ผู้ให้บริการจะมี อำนาจทางปัญญา
2. Contractual Relationship เป็นความสัมพันธ์ทางพันธะสัญญา โดยผู้รับบริการมีเงินซื้อและเลือกที่จะใช้บริการที่ดีกว่า ผู้ให้บริการมีการแข่งขันด้านเทคโนโลยีและคุณภาพ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะแพงขึ้น หากให้บริการต่ำกว่ามาตรฐานจะเกิดปัญหาในการร้องเรียนมาก
3. Communitarian Relationship เป็นความสัมพันธ์ในชุมชนลักษณะสังคมพึ่งพาอาศัยกัน สร้างวัฒนธรรมใหม่ มีการรวมตัวเป็นองค์กรเพื่อช่วยเหลือตรวจสอบซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยน ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของตน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2544)

น.พ. สำเร็จ แหียงกระโทก ได้เสนอข้อสังเกตเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วยว่า จากเดิมแพทย์และสถานพยาบาลมีสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะความสัมพันธ์ทางวิชาชีพ (Professional model) เป็นระบบอุปถัมภ์ (patron client relationship) ที่ผู้ให้บริการ ไม่ได้ยึดผลตอบแทนทางการเงินเป็นหลัก จนเมื่อระบบเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์จึงเปลี่ยนไปในลักษณะความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ (economic or consumerist model) มากขึ้นและการขยายตัวของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย จะยิ่งเร่งให้เกิดการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจมากขึ้น ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะที่ต่างฝ่ายต่างมีพันธะสัญญาต่อกัน (Contractual relationship) โดยมีหน่วยงานผู้ซื้อบริการเป็นหน่วยบริหารให้เกิดการสร้างพันธะสัญญาดังกล่าว ความสัมพันธ์ในลักษณะของการอุปถัมภ์จึงลดลง ผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในเชิงพันธะสัญญา มีแนวโน้มที่จะตรวจสอบการให้บริการของผู้ให้บริการมากขึ้น ทำให้เกิดการร้องเรียน การฟ้องร้องเพื่อให้ผู้ให้บริการรับผิดชอบต่อความสูญเสียที่เกิดจากการให้บริการจะมีมากขึ้น (สำเร็จ แหียงกระโทก, 2546)



## บริบทจังหวัดอุตรดิตถ์

### ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดอุตรดิตถ์

#### ประวัติและความเป็นมา

สมัยก่อนการเดินทางและการขนส่งสินค้าเพื่อขึ้นมาค้าขายทางตอนเหนือใช้การเดินทางทางน้ำและแม่น้ำที่สามารถให้เรือสินค้าประเภทเรือสำเภาบรรทุกสินค้าได้สะดวก คือ แม่น้ำน่าน โดยเดินทางจากกรุงเทพมหานครและกรุงศรีอยุธยามาถึงตำบลบางโพท่าอิฐ (ท่าอิฐ) จังหวัดอุตรดิตถ์เพราะเหนือแม่น้ำขึ้นไปมีสภาพตื้นเขิน มีเกาะแก่งมาก ฉะนั้น ตำบลบางโพท่าอิฐ (ท่าอิฐ) จึงเป็นย่านการค้าที่สำคัญในสมัยก่อนเป็นที่รวมสินค้านานาชนิดที่พ่อค้าจากทางใต้และพ่อค้าทางเหนือก็นำสินค้ามาจำหน่ายและแลกเปลี่ยนกัน

ในปี 2430 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) มีพระราชดำริเห็นว่า ตำบลนี้คงจะเจริญต่อไปข้างหน้า จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งเป็นเมืองขึ้นเรียกว่าเมืองอุตรดิตถ์ (หมายความถึงเมืองท่าทางเหนือ) แต่ทรงโปรดให้เป็นเมืองขึ้นกับเมืองพิษณุ ต่อมาในปี 2442 ให้ย้ายศาลากลางจากเมืองพิษณุ ไปตั้งที่เมืองอุตรดิตถ์ (สำนักงานจังหวัดอุตรดิตถ์, 2546)

#### ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดอุตรดิตถ์ ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครโดยทางรถไฟ 485 กิโลเมตร และโดยทางรถยนต์ 491 กิโลเมตร มีเนื้อที่รวมทั้งสิ้น 7,838.592 ตารางกิโลเมตร หรือ 4,899,100 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 4.62 ของพื้นที่ภาคเหนือ มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับเขตจังหวัดแพร่และน่าน
ทิศใต้	ติดต่อกับเขตจังหวัดพิษณุโลก
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับเขตจังหวัดพิษณุโลก เลย และเขตแดนสาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว (ยาวประมาณ 135 กิโลเมตร)
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับเขตจังหวัดสุโขทัย

#### ลักษณะภูมิประเทศ

ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดอุตรดิตถ์ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

ที่ราบลุ่มแม่น้ำ เป็นบริเวณสองฝั่งแม่น้ำน่าน และลำน้ำสาขาที่ไหลมาบรรจบกับแม่น้ำน่าน สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่ค่อนข้างราบ พบอยู่ในเขตอำเภอตรอน พิชัย และบางส่วนของอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ลับแล และทองแสนขัน เหมาะสำหรับการเกษตร ซึ่งมีการทำนาปีละ 3 ครั้ง

ที่ราบระหว่างหุบเขาและบริเวณลูกคลื่นลอนลาด เป็นบริเวณที่อยู่ต่อเนื่องจากบริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำทางด้านเหนือและด้านตะวันออกของจังหวัด ประกอบด้วยที่ราบแคบๆระหว่างหุบเขาตามแนวคลองตรอน แม่น้ำป่าด คลองแม่พ่อง ห้วยน้ำไคร้ และลำธารสายต่างๆสลับกับภูมิประเทศเป็นภูเขาในเขตอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ลับแล น้ำป่าด ฟากท่า และบ้านโคก เหมาะสำหรับการปลูกผลไม้ เช่นทุเรียน กล้วย ฝรั่ง สับปะรด ลำไย มะขามหวาน ฯลฯ

เขตภูเขาและที่สูง มีพื้นที่ประมาณครึ่งหนึ่งของจังหวัด อยู่บริเวณทางเหนือและด้านตะวันออกของจังหวัด โดยเฉพาะบริเวณเขตอำเภอบ้านโคก ฟากท่า น้ำป่าด ท่าปลา ลับแล และบางส่วนของอำเภอเมืองอุตรดิตถ์เป็นพื้นที่ที่มีความสมบูรณ์โดยเฉพาะป่าไม้และเป็นแหล่งต้นน้ำลำธาร

### การแบ่งเขตการปกครอง

จังหวัดอุตรดิตถ์ แบ่งการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 589 หมู่บ้าน 65 ตำบล 64 องค์การบริหารส่วนตำบล และ 1 สภาตำบล คือ สภาตำบลบ้านโคก 1 เทศบาลเมือง 15 เทศบาลตำบล 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนประชากร 437,495 คน จำแนกเป็นชาย 213,963 คน หญิง 223,532 คน ความหนาแน่นเฉลี่ย 56 คนต่อตารางกิโลเมตร อำเภอที่มีประชากรมากที่สุดได้แก่ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ 118,242 คน รองลงมา คือ อำเภอพิชัย 68,573 คน อำเภอลับแล 54,459 คน อำเภอที่มีประชากรน้อยที่สุดได้แก่ อำเภอฟากท่า มีประชากร 12,888 คน (สำนักงานจังหวัดอุตรดิตถ์, 2546)

### ด้านเศรษฐกิจ

สถานภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดอุตรดิตถ์ ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว 38,397 บาท เป็นอันดับ 8 ของภาคเหนือ เป็นอันดับที่ 47 ของประเทศ ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดอุตรดิตถ์ (GPP) เท่ากับ 17,701 ล้านบาท ในปี 2546 สาขาที่ทำรายได้ 3 อันดับแรกคือ

1. สาขาอุตสาหกรรม ร้อยละ 22.06 มูลค่า 3,905 ล้านบาท
2. สาขาเกษตรกรรม ร้อยละ 20.40 มูลค่า 3,611 ล้านบาท
3. สาขาการค้าส่งและค้าปลีก ร้อยละ 16.68 มูลค่า 2,900 ล้านบาท

### การคมนาคม

จังหวัดอุตรดิตถ์นับเป็นศูนย์กลางการคมนาคม ระหว่างภาคเหนือตอนบนกับภาคเหนือตอนล่างและเป็นประตูเชื่อมภาคเหนือกับภาคอีสาน เนื่องจากมีเส้นทางคมนาคมที่สามารถลดการเดินทางจากภาคเหนือไปสู่ภาคอีสานที่มีระยะทางสั้นกว่าเป็นเส้นทางเลาะตามแนวชายแดน เส้นทางคมนาคมสามารถเดินทางเชื่อมกับกลุ่มจังหวัด ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลางและกรุงเทพมหานครได้สะดวกทั้งทางรถยนต์และรถไฟ

### ศาสนา

ประชากรจังหวัดอุตรดิตถ์ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีบางส่วนที่นับถือศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม มีศาสนสถาน ประกอบด้วย วัด จำนวน 313 วัด สำนักสงฆ์ จำนวน 70 แห่ง โบสถ์คริสต์ จำนวน 14 แห่ง มีพระภิกษุ จำนวน 1,914 รูป สามเณร จำนวน 365 รูป

### การศึกษา

จังหวัดอุตรดิตถ์แบ่งพื้นที่การศึกษออกเป็น 2 เขต มีสถานศึกษา จำนวน 355 แห่ง ครูอาจารย์ จำนวน 5,045 คน นักเรียน นักศึกษา ตั้งแต่ระดับก่อนประถมศึกษาจนถึงระดับอุดมศึกษา รวมทั้งสิ้นจำนวน 94,544 คน

### แหล่งท่องเที่ยวและวัฒนธรรม

สภาพพื้นที่ของจังหวัดอุตรดิตถ์ อยู่ในเขตรอยต่อของวัฒนธรรมล้านนา ลาว และภาคกลางเป็นผลให้ลักษณะวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ภาษาถิ่น และงานประเพณีพื้นบ้านต่างๆมีลักษณะผสมผสาน ประชากรบางส่วนพูดภาษาไทย บางส่วนพูดภาษาล้านนา และบางส่วนพูดภาษาลาว

แหล่งท่องเที่ยวของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีทั้งแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติและแหล่งท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ โบราณสถาน สถาปัตยกรรม และการศึกษา แหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติที่สำคัญ ได้แก่ อุทยานแห่งชาติภูสอยดาว วนอุทยานต้นสักใหญ่ น้ำตกแม่พูน บ่อเหล็กน้ำพี้ เขื่อนสิริกิติ์ ท่าปารีสอร์ท เป็นต้น แหล่งท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ โบราณสถาน สถาปัตยกรรม และการศึกษา ได้แก่ วิหารหลวงพ่อเพ็ชรวัดท่าถนน หอวัฒนธรรมจังหวัดอุตรดิตถ์(เรือนโบราณ) อนุสาวรีย์พระยาพิชัยดาบหัก วัดพระแท่นศิลาอาสน์ วัดพระยืนพุทธบาทยุคล วัดพระบรมธาตุทุ่งยั้ง เวียงเจ้าเงาะ วัดหน้าพระธาตุ วัดพระฝาง วัดธรรมาธิปไตย พิพิธภัณฑสถานน้ำพี้ บ้านเกิดพระยาพิชัยดาบหัก เป็นต้น

## ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

### สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

#### 1. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลศูนย์	ขนาด 580 เตียง	1	แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน	ขนาด 60 เตียง	1	แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน	ขนาด 30 เตียง	7	แห่ง
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ		1	แห่ง
สถานีอนามัยขนาดใหญ่		14	แห่ง
สถานีอนามัยทั่วไป		74	แห่ง
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน		5	แห่ง

#### 2. สังกัดกระทรวงอื่น / รัฐวิสาหกิจ

กรมการแพทย์ทหารบก	โรงพยาบาลพิชัยดาบหัก 60 เตียง	1	แห่ง
กรมการปกครองท้องถิ่น	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	1	แห่ง
การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย	สถานพยาบาลเขื่อนสิริกิติ์	1	แห่ง

### สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน

คลินิกแพทย์ (สาขาเวชกรรม)		38	แห่ง
คลินิกทันตกรรม	สาขาทันตกรรม ชั้น 1	43	แห่ง
	สาขาทันตกรรม ชั้น 2	42	แห่ง
คลินิกแล็บ (สาขาเทคนิคการแพทย์)		2	แห่ง
สถานพยาบาลและผดุงครรภ์	ชั้น 1	22	แห่ง
	ชั้น 2	16	แห่ง
สถานพยาบาลแผนโบราณ (สาขาแผนโบราณ)		6	แห่ง
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน		31	แห่ง
ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จที่ไม่มีอันตราย		34	แห่ง
ร้านขายยาแผนโบราณ		9	แห่ง
ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์		10	แห่ง
สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ		4	แห่ง

## ศูนย์วิชาการ

วิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์

### บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

แพทย์	90	คน	อัตราส่วนต่อประชากร 1 : 5,378.44
ทันตแพทย์	28	คน	อัตราส่วนต่อประชากร 1 : 17,287.86
เภสัชกร	51	คน	อัตราส่วนต่อประชากร 1 : 9,491.37
พยาบาลวิชาชีพ	594	คน	อัตราส่วนต่อประชากร 1 : 814.92
พยาบาลเทคนิค	283	คน	อัตราส่วนต่อประชากร 1 : 1,701.46
ทันตภิบาล	24	คน	อัตราส่วนต่อประชากร 1 : 20,169.17
จพ.สาธารณสุขชุมชน	191	คน	อัตราส่วนต่อประชากร 1 : 2,534.34

### ผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546

จังหวัดอุตรดิตถ์เป็นจังหวัดที่มีความหนาแน่นของประชากรอยู่ในอันดับ 9 ของประเทศ ประชากรจำนวน 437,495 คน มีการกระจายตัวอยู่ตามลุ่มแม่น้ำน่าน ความครอบคลุมของการดำเนินงานขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2545 – 30 กันยายน 2546 ครอบคลุมร้อยละ 90.08 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 12.94 สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 7.32 คนไทยในต่างประเทศ ร้อยละ 0.03 โดยพบค่าว่างจำนวน 38,115 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.92

การจัดระบบเครือข่ายโดยการยึดประชากร (Catchments area) โดยสอดคล้องกับสภาพภูมิศาสตร์ (GIS) แบ่งเป็น 10 เครือข่าย คือ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 เครือข่าย โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 เครือข่าย โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก) จำนวน 1 เครือข่าย และมีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) จำนวน 21 แห่ง ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลจำนวน 10 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลที่ดำเนินการร่วมกับสถานีอนามัยจำนวน 7 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนที่เช่าสถานที่เอกชน จำนวน 4 แห่ง

การบริหารจัดการเงินทุนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบบ Exclusive capitation โดยกั้นงบประมาณไว้ที่กองทุนสาขาจังหวัด ร้อยละ 33.59 ของงบประมาณทั้งหมด สำหรับตามจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในและอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีปัญหาจากการเรียกเก็บกรณีการรักษาพยาบาลในเครือข่ายจังหวัด และการจ้างลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่งที่ขาดแคลน งบประมาณที่เหลือร้อยละ 49.83 จัดสรรกรณีส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค กรณีผู้ป่วยนอก ให้แก่หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ งบประมาณอีกร้อยละ 13.55 ได้ใช้หนี้ค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนค้างจ่ายโรงพยาบาลศูนย์ในปีงบประมาณ 2545

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรค (DRGs) และผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดกำหนด คือ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ 300 บาทต่อครั้ง โรงพยาบาลชุมชน 200 บาทต่อครั้ง สถานีอนามัย 50 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยในจ่ายในรูปแบบ DRG with global budget โดยจ่ายจริง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากันคือ 1 RW เท่ากับ 1,575 บาท

การเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินของเครือข่ายสถานบริการสุขภาพจังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นการประเมินภายใต้เงื่อนไขที่สำคัญคือ สถานบริการสาธารณสุขจะต้องสามารถมีการสำรอง (Reserve) สินทรัพย์และทุนสำรองสุทธิ (Working Capital) ร่วมกับดุลรายรับตามเกณฑ์เงินสดเฉลี่ยกับรายจ่ายตามเกณฑ์เงินสด (ส่วนต่างระหว่างรายรับกับรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน) พบว่าเครือข่ายบริการที่มีวิกฤติทางการเงิน คือ เงินทุนสำรองเป็นลบส่วนต่างรายรับรายจ่ายต่อเดือนเป็นลบ จำนวน 7 แห่ง คือ โรงพยาบาลตรอน โรงพยาบาลพิชัย โรงพยาบาลท่าปลา โรงพยาบาลน้ำปาด โรงพยาบาลฟากท่า โรงพยาบาลบ้านโคก โรงพยาบาลทองแสนขัน และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหา มากกว่า 6 เดือน คือ เงินทุนสำรองสุทธิเป็นบวกส่วนต่างรายรับรายจ่ายต่อเดือนเป็นลบ มีเพียงโรงพยาบาลลับแล ที่มีเงินทุนสำรองเป็นบวกส่วนต่างรายรับกับรายจ่ายต่อเดือนเป็นบวก

ในด้านประสิทธิภาพการบริหารสภาพคล่องทางการเงินจากการประเมินดัชนีทางการเงิน คือ Quick Ratio และ Current Ratio พบว่าเครือข่ายบริการที่มีวิกฤติทางการเงิน มีปัญหาการขาดสภาพคล่องทุกแห่ง ยกเว้นเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรดิตถ์และโรงพยาบาลลับแลมีสภาพคล่องอยู่ในระดับดี

ด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร พบว่า ทุกเครือข่ายมีประสิทธิภาพการบริหารรายรับ กล่าวคือมีสัดส่วนรายรับต่อรายจ่ายทั้งหมดมีค่ามากกว่า 1 ในด้านสัดส่วนรายจ่ายค่าแรงต่อรายจ่ายค่าดำเนินการพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ 0.38 (เฉลี่ยประเทศ 0.48) โรงพยาบาลชุมชนสูงเกินค่าเฉลี่ยประเทศจำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลฟากท่า โรงพยาบาลบ้านโคก โรงพยาบาลทองแสนขัน โรงพยาบาลลับแล โรงพยาบาลตรอน (ค่าเฉลี่ยประเทศ 0.49) ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ 8,093 บาท (ค่าเฉลี่ยประเทศ 8,379.35) โรงพยาบาลชุมชน มีต้นทุนสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลลับแล โรงพยาบาลตรอน โรงพยาบาลฟากท่า (ค่าเฉลี่ยประเทศ 3,971.82 บาท) ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ 393 บาท (ค่าเฉลี่ยประเทศ 465.52 บาท) โรงพยาบาลชุมชนมีต้นทุนที่สูงเกินค่าเฉลี่ยประเทศ 3 แห่ง โรงพยาบาลตรอน โรงพยาบาลพิชัย โรงพยาบาลฟากท่า (ค่าเฉลี่ยประเทศ 283.70บาท)

ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตรอนมีต้นทุนสูงที่สุดมีต้นทุนต่อหน่วยสูงถึง 403 บาท โรงพยาบาลชุมชนที่มีต้นทุน

สูงเกินค่าเฉลี่ยของประเทศ คือ โรงพยาบาลฟากท่า โรงพยาบาลพิชัย โรงพยาบาลตรอน ค่าเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ มีโรงพยาบาลลับแลและโรงพยาบาลฟากท่าที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

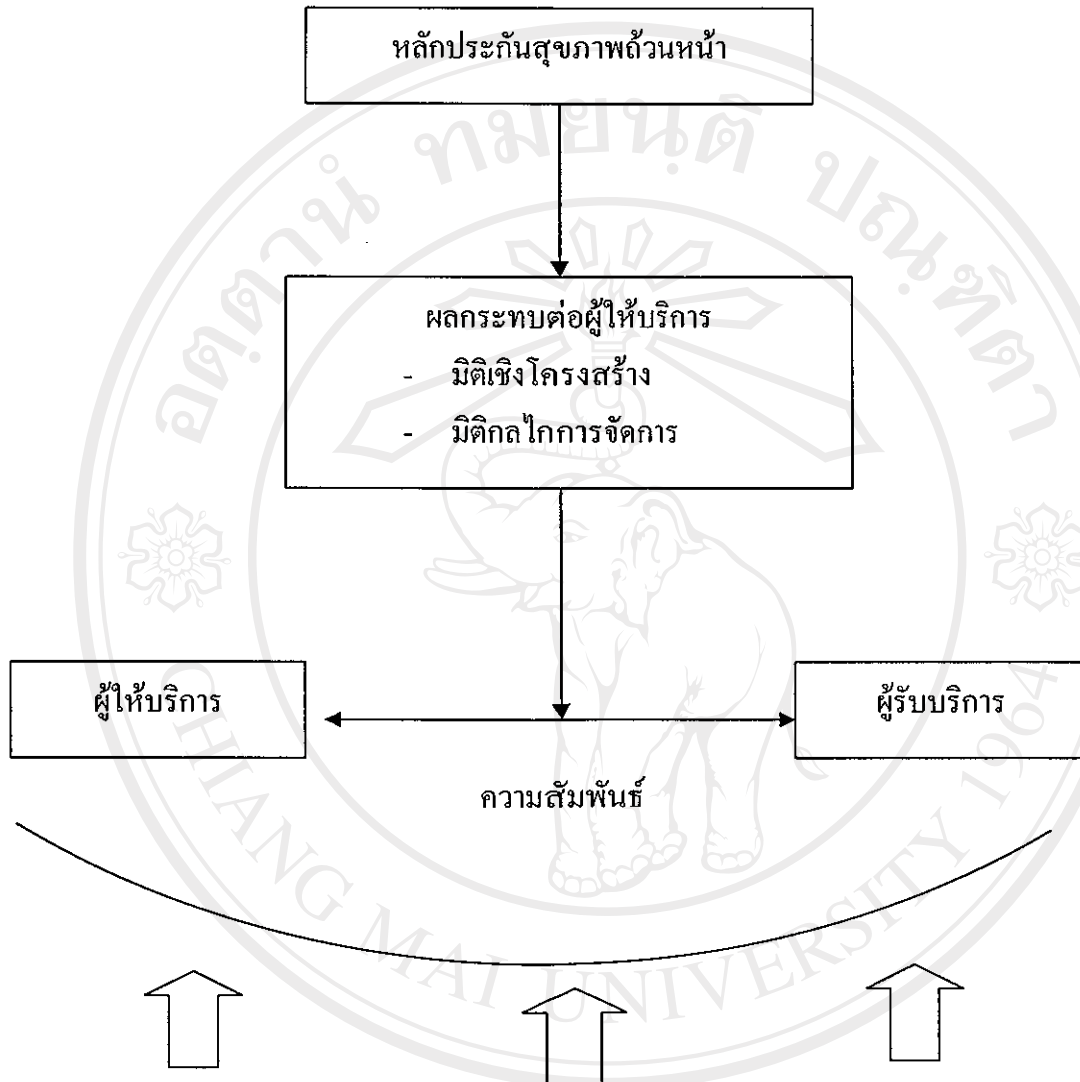
ด้านศักยภาพของสถานบริการ พบว่าผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงบริการร้อยละ 85.54 (เกณฑ์ ร้อยละ 70) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า ภาพรวมของจังหวัดอุดรดิตถ์ มีอัตราการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยนอก ร้อยละ 85.54 และจำนวนครั้งการใช้บริการ 3.78 ครั้งต่อคนต่อปี อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราการใช้บริการร้อยละ 12.05 โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการใช้เฉลี่ยร้อยละ 7.35 โรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์มีอัตราการใช้บริการร้อยละ 13.16 อัตราการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยร้อยละ 23.04 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์มีอัตราการเยี่ยมบ้านร้อยละ 9.48 สัดส่วน Refer in / Refer out ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์มี Refer in / Refer out มากกว่า 1 เนื่องจากมีศักยภาพเป็นโรงพยาบาลศูนย์ รับ Refer ผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด และโรงพยาบาลอื่นๆในจังหวัดข้างเคียง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีสัดส่วน Refer in / Refer out น้อยกว่า 1

ด้านประสิทธิภาพการใช้เตียงของสถานพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลน้ำป่าด โรงพยาบาลพิชัย โรงพยาบาลตรอน มีประสิทธิภาพการใช้เตียงที่เหมาะสม ในขณะที่โรงพยาบาลฟากท่า โรงพยาบาลบ้านโคก โรงพยาบาลลับแล มีเตียงให้บริการเกินไป (อัตราผู้ป่วยต่อเตียงต่ำ อัตราการครองเตียงสูง) โรงพยาบาลทองแสนขัน โรงพยาบาลท่าปลา พบว่ามีอัตราผู้ป่วยต่อเตียงสูง อัตราการครองเตียงต่ำ และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์มีอัตราผู้ป่วยต่อเตียงต่ำแต่มีอัตราการครองเตียงสูง

การรับเรื่องราวร้องทุกข์ผ่านช่องทางการรับเรื่องราวร้องทุกข์ของหน่วยบริการ พบประเด็นมากที่สุด เกี่ยวกับการออกบัตรและขึ้นทะเบียน ร้อยละ 53.46 ของจำนวนเรื่องที่ร้องเรียนทั้งหมด รองลงมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับวิธีการไปใช้บริการตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 30.39

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ โคนนำมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) พบว่า โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพบริการคือโรงพยาบาลพิชัย ผ่านการประเมินคุณภาพบริการขั้น 2 คือ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลลับแล ผ่านการประเมินคุณภาพขั้น 1 คือ โรงพยาบาลท่าปลา โรงพยาบาลฟากท่า โรงพยาบาลบ้านโคก โรงพยาบาลน้ำป่าด โรงพยาบาลทองแสนขัน โรงพยาบาลตรอน สำหรับสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ISO9001 คือ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และโรงพยาบาลลับแล ผ่านการรับรองคุณภาพ ISO9002

## กรอบแนวคิด



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมภายใต้รัฐธรรมนูญ  
 Copyright © by Chiang Mai University  
 - ระบบโครงสร้างราชการ

All rights reserved  
 - สิทธิของประชาชน

\* วัฒนธรรมวิชาชีพ ภายใต้กระแสการแพทย์เชิงพาณิชย์