

การเงินสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

Health Care Financing for Low Income Population in Thailand

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชุติมา สุวรรณ์เดชา

สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

30 เมษายน 2542

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ความเห็นและข้อเสนอแนะที่
ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

W
74
ช243ก
2542
ฉ2

การเงินสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

Health Care Financing for Low Income Population in Thailand

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา สุวรรณ์เดชา



**สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช**

30 เมษายน 2542

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏใน
เอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้สำเร็จและลุล่วงด้วยดี ด้วยทุนพัฒนานักวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ กองประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดทั้ง 10 จังหวัดที่ให้ความร่วมมือและความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ Professor Albert A. Okunade ที่ปรึกษาโครงการวิจัย นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นพ. สัมฤทธิ์ ศรีอรรถสวัสดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ นพ. ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย และคุณเพ็ญศรี สงวนสิงห์

ท้ายสุด ผู้วิจัยขอขอบคุณพนักงานสัมภาษณ์และผู้ที่มีความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 10 จังหวัดที่ได้ใช้ความพยายามและเวลาในการเก็บรวบรวมและติดตามข้อมูล จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด ดังรายชื่อที่ปรากฏในภาคผนวก

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ได้ศึกษานโยบายสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยด้านการเงินสาธารณสุขในส่วนของงบประมาณและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้ให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐที่มีต่อการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย ประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในรูปของบัตรสปร. (สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งทดสอบสมมติฐานของความแตกต่างกันของทัศนคติและความพอใจต่อโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลและการรักษาพยาบาลที่ได้รับระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้มีบัตรสปร. ในสถานอนามัยสูงที่สุดในแต่ละภาคของประเทศกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้มีบัตรสปร. ในสถานอนามัยต่ำที่สุดในแต่ละภาค และประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ แต่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าบริการหรือเสียค่าบริการเป็นบางส่วน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของจำนวนผู้มีสิทธิ งบประมาณและค่าใช้จ่าย ในเรื่องการดำเนินการด้านการครอบคลุมประชากรของโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล การจัดสรรงบประมาณ และค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลแสดงว่า จำนวนผู้มีบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีไม่ได้สอดคล้องกับจำนวนคนยากจนของประเทศ จำนวนเงินงบประมาณสำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลที่จัดสรรให้ในแต่ละภาคสัมพันธ์กับจำนวนผู้มีรายได้น้อยในแต่ละภาคและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในแต่ละปี แต่การจัดสรรงบประมาณแบบรวมกลุ่มผู้ได้รับสวัสดิการทุกกลุ่มเข้าด้วยกันไม่ได้สะท้อนแบบแผนการใช้จ่ายที่แท้จริงของแต่ละกลุ่ม และแต่ละภาคแต่ละระดับสถานพยาบาลมีอัตราการเพิ่มขึ้นและลดลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกได้ลดลงในสถานพยาบาลในระดับต่ำกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มของผู้ที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ อยู่ในระดับที่สูงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตร สปร. โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นทั้ง ๆ ที่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของผู้ที่มีบัตรสปร. กลับลดลง

การวิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากแบบสอบถามใน 10 จังหวัดในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้แสดงให้เห็นว่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่มีความพอใจและทัศนคติที่ดีต่อนโยบายสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย โดยจากการประเมินผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อผู้ให้บริการการรักษาพยาบาลทางด้านนโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพอใจต่อนโยบายแนวทางปฏิบัติ การคำนวณค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาล แต่ไม่พอใจกับเงินงบประมาณที่ได้รับและการกระจายงบประมาณ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้ผู้มีรายได้น้อยเสียค่าบริการเป็นบางส่วนหรือบางประเภท และผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพอใจกับการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อย

การประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล (สปร.) พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพอใจต่อโครงการสปร. มี

ความพอใจต่อการบริการที่ได้รับไม่ว่าจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุขหรือสถานพยาบาล แต่ผู้รับบริการบางส่วนยังไม่ทราบสิทธิและผลประโยชน์ของการมีบัตรสปร.หรือทราบแต่ไม่ถูกต้อง และผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจ่ายค่าบริการเป็นบางส่วนหรือบางประเภทของการรักษาพยาบาล

ผลการทดสอบสมมติฐานของความไม่แตกต่างกันของความพอใจและทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร.ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงสุดและในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำสุดไม่มีความแตกต่างกันพบว่า การรับบริการในสัดส่วนที่สูงมีผลให้ผู้ป่วยมีความพอใจต่อการบริการน้อยลง

การประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อยแต่ไม่ได้เป็นผู้ถือบัตรสปร.ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐโดยไม่ได้เสียค่าบริการหรือเสียค่าบริการเป็นบางส่วนพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพอใจต่อการบริการที่ได้รับไม่ว่าจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุขหรือสถานพยาบาล ผู้รับบริการบางส่วนเป็นผู้ถือบัตรสปร.มาก่อนแต่บัตรหมดอายุและกำลังดำเนินการอยู่ หรือไม่ได้รับบัตรหลังจากบัตรหมดอายุ หรือเคยขอมีบัตรมาก่อนแต่ไม่ได้รับบัตรเนื่องจากไม่ได้ผ่านการพิจารณา ในขณะที่ผู้รับบริการบางส่วนไม่เคยทราบเกี่ยวกับโครงการสปร.มาก่อน หรือทราบแต่มีเอกสารไม่ครบ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่ผู้มีรายได้น้อยควรจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วนหรือเป็นบางประเภทของการรักษาพยาบาล

ท้ายสุด ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ที่ได้นำไปสู่ข้อเสนอแนะในการกำหนดและจัดสรรงบประมาณ การปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริการตลอดจนความพอใจของผู้ป่วย

Key words: ผู้มีรายได้น้อย การเงินสาธารณสุข ความพอใจ ค่าใช้จ่าย

Abstract

The present study investigated a current public health care policy for low income population in Thailand on the financing and expenditures as well as evaluated the post-policy implementation outcome of the current system of health financing for the low income population aiming at the satisfaction and perception of health care providers, the poor who have enrolled in the free medical care project (FMCP) and the poor who have not enrolled in the free medical care project (NFMCP), but received free care or paid partial expenses. The study also tested the hypothesis of differences on the satisfaction and perception between the FMCP in the provinces that have the highest utilization rate of free medical care enrollees at health centers and the FMCP in the provinces that have the lowest utilization rate of free medical care enrollees at health centers.

The secondary data on number of free medical care project enrollees, budget and health care expenditures revealed that the increasing number of enrollees in each year did not correspond to the total number of the poor in the country. Although the budget allocation for each region harmonized with the number of the poor in each region, the ways the budget was set for every group in the government welfare programs together has not reflected the real expenditure for each group, especially for the poor. Each region and each level of health facilities also experienced different patterns of changes in the health expenditure for the FMCP. The health expenditure for the NFMCP was in a high level compared with that of the FMCP. However, unlike the FMCP, the inpatient expenditure of the NFMCP still increased.

The analysis on primary data collecting from 10 provinces in the north, northeast, central, east and south regions showed that both providers and poor patients mostly satisfied with and agreed to the health policy for the poor. The assessment of the impact of the policy for the poor on the providers showed that most providers satisfied with the policy, practice, expenditure calculation in health facilities. The providers also mainly satisfied with the work and job related to the poor in the workplace. Nonetheless, most providers did not satisfied with the budget and the ways the budget was allocated in the provinces. Most providers also agreed that the poor should pay a proportion of total health expenses or a proportion of health expenses on some types of services. By assessing the satisfaction and attitude of the FMCP on the health policy for the poor, the results depicted that most FMCP satisfied with the policy and service received. However, some FMCP patients misunderstood or did not know about the right and benefits of being enrolled in the FMCP. Furthermore, most patients agreed that the poor should pay a proportion of total health expenses or a proportion of health expenses on some types of services. The hypothesis testing of differences on the satisfaction and perception between the FMCP in the provinces that have the highest utilization rate of free medical care enrollees at health centers and the FMCP in the

provinces that have the lowest utilization rate of free medical care enrollees at health centers showed that the high (low) utilization resulted in lower (higher) patient satisfaction.

By assessing the satisfaction and attitude of the NFMCP on the service received, the results revealed that most NFMCP satisfied with the services, providers and facilities. Some NFMCP were previous FMCP, but the free medical care cards had expired. Some NFMCP had requested for the free medical care cards, but they did not get the approval. Part of the NFMCP did not know about the free medical care project or knew about the project, but lack of some important document. Most NFMCP also agreed that the poor should pay a proportion of total health expenses or a proportion of health expenses on some types of services.

The recommendations for the budget allocation and the improvement of program efficiency as well as patient satisfaction were also presented.

Key words: low income population, satisfaction, financing, expenditure

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
สารบัญตาราง	vii
บทที่ 1 หลักการและเหตุผล	1
บทที่ 2 บทบาททวนวรรณกรรม	7
บทที่ 3 วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย และวิธีการประมวลผล	12
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	12
ขอบเขตของการวิจัย	12
คำย่อและคำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	14
ระเบียบวิธีวิจัย และวิธีการประมวลผล	16
ประชากรและตัวอย่าง	16
การเก็บรวบรวมข้อมูล	19
การวิเคราะห์ข้อมูล	21
บทที่ 4 ผลการศึกษา	23
สถานภาพของนโยบายการเงินสาธารณสุขต่อผู้มีรายได้น้อย	23
ผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อผู้ให้บริการการรักษาพยาบาล	58
ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อย และเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล	72
ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อย และไม่เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล	97
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	105
เอกสารอ้างอิง	120
ภาคผนวก	1-1
แบบสอบถามสำหรับการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้ให้บริการ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย	1-2
แบบสอบถามสำหรับการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษา พยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล	1-9
แบบสอบถามสำหรับการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษา พยาบาลที่มีรายได้น้อยและไม่เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล	1-14
รายชื่อพนักงานสัมภาษณ์และผู้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล	1-19

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 หลักประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพ	3
3.1 สัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ถือบัตร สปร. ที่สถานื่อนามัยปีงบประมาณ 2539	18
3.2 จำนวนตัวอย่างที่จะทำการสุ่มในแต่ละจังหวัด	19
4.1 จำนวน/ร้อยละประชากรที่มีรายได้ประจำต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 3,000 บาท จำแนกตามปี	27
4.2 จำนวน/ร้อยละประชากรที่มีรายได้ประจำต่อคนต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท	28
4.3 เส้นความยากจนเฉลี่ยและจำนวน/ร้อยละคนยากจน	29
4.4 จำนวน/ร้อยละประชากรที่มีรายได้ประจำต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 3,000 บาท จำแนกตามภาคและปี	29
4.5 จำนวน/ร้อยละประชากรที่มีรายได้ประจำต่อเดือนของคนต่ำกว่า 2,000 บาท จำแนกตามภาคและปี	30
4.6 งบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค	31
4.7 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาคและประเภทค่าใช้จ่าย	35
4.8 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2539 จำแนก ตามสถานพยาบาล	36
4.9 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2540 จำแนก ตามสถานพยาบาล	36
4.10 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2541 จำแนก ตามสถานพยาบาล	37
4.11 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับปี 2539 - 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล	38
4.12 จำนวนครั้งและจำนวนวัน ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค	39
4.13 จำนวนครั้งและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2540 จำแนกตามสถานพยาบาล	40
4.14 จำนวนวันและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในปี 2540 จำแนก ตามสถานพยาบาล	40
4.15 จำนวนครั้งและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล	41
4.16 จำนวนวันและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในปี 2541 จำแนก ตามสถานพยาบาล	41
4.17 สัดส่วนจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในสถานบริการต่าง ๆ จำแนกตามภาค	42
4.18 สัดส่วนจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในในสถานบริการต่าง ๆ จำแนกตามภาค	42
4.19 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวัน ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค	43

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.20 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค และสถานพยาบาล	44
4.21 ค่าใช้จ่าย (บาท) ต่อวันสำหรับผู้ป่วยในปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค และสถานพยาบาล	45
4.22 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ปี 2539 - 2541 จำแนก ตามภาคและประเภทค่าใช้จ่าย	47
4.23 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ในปี 2539 จำแนกตามสถานพยาบาล	48
4.24 จำนวนและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ในปี 2540 จำแนกตามสถานพยาบาล	48
4.25 จำนวนและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ในปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล	48
4.26 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ปี 2539 - 2541 จำแนก ตามสถานพยาบาล	49
4.27 จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและจำนวนวันผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยประเภท ข ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค	51
4.28 จำนวนครั้งและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกประเภท ข ในปี 2540 จำแนกตามสถานพยาบาล	51
4.29 จำนวนครั้งและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกประเภท ข ในปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล	52
4.30 จำนวนวันและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในประเภท ข ในปี 2540 จำแนกตามสถานพยาบาล	53
4.31 จำนวนวันและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในประเภท ข ในปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล	53
4.32 สัดส่วนจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลต่าง ๆ สำหรับ ผู้ที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ จำแนกตามภาค	54
4.33 สัดส่วนจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในสำหรับผู้ที่ไม่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ ในสถานบริการ ต่าง ๆ จำแนกตามภาค	54
4.34 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ที่ไม่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค	55
4.35 ค่าใช้จ่าย (บาท) ต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกประเภท ข ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาคและสถานพยาบาล	56

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.36 ค่าใช้จ่าย (บาท) ต่อวันสำหรับผู้ป่วยนอกประเภท ข ปี 2539 - 2541	57
จำแนกตามภาคและสถานพยาบาล	
4.37 ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลจำแนกตามรายจังหวัด	58
4.38 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการการรักษาพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุและตำแหน่ง	59
4.39 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการการรักษาพยาบาลจำแนกตามหน่วยงาน	60
การศึกษา ความรับผิดชอบ หรือกิจกรรมที่ทำ	
4.40 ร้อยละของความพอใจต่อนโยบายการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย จำแนกตามหัวข้อ	61
4.41 ร้อยละของความคิดเห็นต่อนโยบายการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย	62
จำแนกตามข้อความ	
4.42 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการที่เสนอสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลที่ผู้มีบัตรสปร.	63
ประเภทรายได้น้อยควรจ่าย จำแนกตามสัดส่วน	
4.43 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการที่เสนอประเภทการบริการทางการแพทย์ที่ผู้มีรายได้น้อย	64
ที่มีบัตรสปร.ควรจ่าย จำแนกตามประเภทการบริการ	
4.44 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการที่เสนอสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลที่ผู้มีรายได้น้อย	64
ที่ไม่มีบัตรสปร.ควรจ่าย จำแนกตามสัดส่วน	
4.45 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการที่เสนอประเภทการบริการทางการแพทย์ที่ผู้มีรายได้น้อย	65
ที่ไม่มีบัตรสปร.ควรจ่าย จำแนกตามประเภทการบริการ	
4.46 ร้อยละของความพอใจต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ จำแนกตามหัวข้อ	68
4.47 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ จำแนกตามข้อความ	69
4.48 ร้อยละของความพอใจต่อผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย จำแนกตามหัวข้อ	70
4.49 ร้อยละของความคิดเห็นต่อผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย จำแนกตามข้อความ	70
4.50 ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย จำแนกตามรายจังหวัด	72
4.51 จำนวน/ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อย จำแนกตามเพศ อายุ	73
สถานภาพการสมรสและความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย	
4.52 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อย จำแนกตามหัวข้อด้านสุขภาพ	74
4.53 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่	75
ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อความ	
4.54 ร้อยละของความพอใจของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับ	77
บริการการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลโดยทั่วไป จำแนกตามหัวข้อ	
4.55 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร.	78
และการรับบริการการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป จำแนกตามข้อความ	
4.56 ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยสำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับบริการ	79
สูงสุดในแต่ละภาค จำแนกตามรายจังหวัด	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.57 จำนวน/ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วน การเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรสและความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย	80
4.58 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับ บริการสูงสุด จำแนกตามหัวข้อด้านสุขภาพ	81
4.59 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ ตอบแบบสอบถามในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามข้อความ	83
4.60 ร้อยละของความพอใจของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไปในจังหวัดที่มีสัดส่วน การเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามหัวข้อ	84
4.61 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับ บริการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไปในจังหวัดที่มีสัดส่วน การเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามข้อความ	85
4.62 ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยสำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับ บริการต่ำที่สุดในแต่ละภาค จำแนกตามรายจังหวัด	87
4.63 จำนวน/ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วน การเข้ารับบริการต่ำสุด จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรสและความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย	87
4.64 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วน การเข้ารับบริการต่ำสุดจำแนกตามหัวข้อด้านสุขภาพ	89
4.65 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ ตอบแบบสอบถามในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำสุด จำแนกตามข้อความ	90
4.66 ร้อยละของความพอใจของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และ การรับบริการการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไปในจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับ บริการต่ำสุด จำแนกตามหัวข้อ	92
4.67 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไปในจังหวัดที่มีสัดส่วนการ เข้ารับบริการต่ำสุด จำแนกตามข้อความ	92
4.68 การทดสอบความแตกต่างกันของความพอใจระหว่างตัวอย่างจากจังหวัดที่มีสัดส่วน การเข้ารับบริการสูงกับจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำโดยใช้การทดสอบ ไค-สแควร์	94

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.69 การทดสอบความแตกต่างกันของความคิดเห็นระหว่างตัวอย่างจากจังหวัดที่มีสัดส่วน การเข้ารับบริการสูงกับจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำโดยใช้การทดสอบไค- สแควร์	95
4.70 ผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ จำแนกตาม รายจังหวัด	97
4.71 จำนวน/ร้อยละของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การสมรส และความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย	98
4.72 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อย จำแนกตามหัวข้อด้านสุขภาพ	99
4.73 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อย จำแนกตามข้อความ	100
4.74 ร้อยละของความพอใจของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อย ต่อการรับบริการการรักษา พยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป จำแนกตามหัวข้อ	102
4.75 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อยต่อการรับบริการการรักษา พยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป จำแนกตามข้อความ	103

บทที่ 1

หลักการและเหตุผล

การสาธารณสุขนับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบเศรษฐกิจและเป็นกลไกสำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพอันมีความสำคัญต่อเสถียรภาพและความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างรวดเร็วในช่วงประมาณ 10 ปีก่อนที่จะเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2540 นั้น ได้ส่งผลให้ประเทศไทยได้พัฒนาไปสู่ประเทศอุตสาหกรรม ตลอดจนได้ส่งผลต่อระดับการจ้างงานและการกระจายรายได้ของประชาชนไทย กล่าวคือ การพัฒนาเศรษฐกิจได้ทำให้ประชาชนจำนวนมากสามารถย้ายถิ่นฐานไปสู่สถานที่ที่มีความเป็นอยู่ดีขึ้นและมีอาชีพที่ดีกว่าเดิมหรือมีรายได้สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ได้ปรากฏว่าแนวโน้มของความไม่เป็นธรรมและความไม่เท่าเทียมกันทางรายได้กลับเพิ่มขึ้น (Samtisant, 1994; TDRI, 1988)

เมื่อพิจารณาทางด้านการสาธารณสุข การที่ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น มีอาชีพที่ดีขึ้น หมายความว่าโอกาสของการได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพจากองค์กรหรือหน่วยงานก็จะเพิ่มขึ้น หรือหากไม่ได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพ ประชาชนผู้ที่มีงาน มีรายได้เพิ่มขึ้นก็จะสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้งานวิจัยในอดีตก็ได้แสดงให้เห็นว่าระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายสุขภาพด้วย (Russo, 1994) ดังนั้นความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ควรจะเพิ่มขึ้นเมื่อเศรษฐกิจขยายตัว แต่ด้วยการกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียมกันดังที่กล่าวมาแล้ว การเข้ารับการรักษาพยาบาลก็อาจจะยิ่งขาดความเท่าเทียมกันไป ด้วย ทั้งนี้เพราะแหล่งการเงินสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศมาจากภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ถึงประมาณร้อยละ 70

ด้วยเหตุที่การจัดระบบสาธารณสุขในประเทศใด ๆ มีวัตถุประสงค์ที่จะบรรลุเป้าหมายทั่วไป 3 ประการอันได้แก่ ความเสมอภาคหรือเท่าเทียมกัน (equality) ในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประสิทธิภาพ (efficiency) ของการบริการ และคุณภาพ (quality) ของการบริการ การขยายการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะในด้านบุคลากรและสถานบริการจึงยังคงปรากฏอย่างต่อเนื่อง การกระทำดังกล่าวจะมีผลให้การเข้ารับบริการมีความสะดวกขึ้นอันจะนำไปสู่เป้าหมายของความเสมอภาคในการรับบริการ แต่ในขณะเดียวกันด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิวัฒนาการของมนุษย์และสังคมก็ได้ส่งผลให้แบบแผนการเจ็บป่วย (pattern of illness) เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การค้นพบโรคต่าง ๆ มีมากขึ้น อุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงเพิ่มขึ้นพร้อม ๆ กับความพยายามที่จะเพิ่มอุปทานของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีผลให้การบรรลุเป้าหมายของความเสมอภาคยังเป็นไปได้ยากขึ้น และการที่บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่สามารถใช้กลไกตลาดและการแข่งขันโดยอิสระอย่างสมบูรณ์ได้ เนื่องมาจากความอสมมาตรของข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นสำคัญ ตลอดจนการใช้กลไกตลาดยังก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการระหว่างคนจนและคนรวยด้วย (Hsiao, 1995) อีกทั้งประเด็นที่สำคัญที่ว่าตลาดทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ไม่ได้อยู่ที่ดุลยภาพที่อุปสงค์เท่ากับอุปทาน แต่กลับมีแนวโน้มที่จะอยู่ในสภาพที่มีอุปสงค์มากกว่าอุปทาน รวมถึงความเจ็บป่วยที่จัดว่าเป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงและความไม่แน่นอนอย่างมากในการที่ผู้ป่วยอาจจะต้องเสียเงินไปอย่างมากภายใต้การที่จะรับการรักษา

พยาบาล ได้ทำให้รัฐเข้ามามีบทบาทอย่างมากในระบบสาธารณสุขในการที่จะคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในระบบสาธารณสุขใด ๆ ประเด็นที่ได้รับการกล่าวถึงมักจะเกี่ยวข้องกับการเงินสาธารณสุข นอกเหนือไปจากเรื่องของค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข และการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในส่วนของการเงินสาธารณสุขก็คงจะต้องพิจารณาถึงแหล่งที่มาของเงินในระบบสาธารณสุข ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยนอกจากจะมีลักษณะผสมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนแล้ว ในเรื่องของการประกันสุขภาพก็มีโครงการที่หลากหลายไปตามกลุ่มและลักษณะของประชากรซึ่งสัดส่วนของโครงการประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นภาระความรับผิดชอบของภาครัฐ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายสุขภาพประมาณร้อยละ 70 ที่เป็นค่าใช้จ่ายของครัวเรือนโดยตรง (out of pocket expenditure) แล้ว ค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนที่เหลือประมาณร้อยละ 30 นั้นมาจากการประกันสุขภาพในส่วนของภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ

ประเทศไทยมีหลักประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยของประชากรที่สำคัญอยู่ 3 ประเภทคือ ประเภทที่เป็นหลักประกันและการคุ้มครองในเชิงบังคับ (ตามกฎหมาย) ได้แก่ การประกันสุขภาพตามนโยบายของกฎหมายประกันสังคม และการประกันสุขภาพตามนโยบายของกองทุนเงินทดแทน ประเภทที่ 2 คือประเภทที่เป็นหลักประกันและการคุ้มครองโดยสมัครใจ ได้แก่ การประกันสุขภาพเอกชน และโครงการบัตรประกันสุขภาพ และสำหรับประเภทสุดท้ายคือ สวัสดิการสงเคราะห์และสิทธิประโยชน์เกื้อกูลด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลให้แก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุไม่เกิน 12 ปี ผู้ทุพพลภาพ และสวัสดิการสงเคราะห์แก่ประชาชนกลุ่มอื่น ๆ เช่น พระ ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชน เป็นต้น รายละเอียดของกลุ่มประชากรที่ครอบคลุมในหลักประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยแต่ละประเภท ตลอดจนแหล่งที่มาของเงินแสดงได้ดังตารางที่ 1.1

จากตารางจะเห็นได้ว่าภาระของค่าใช้จ่ายสุขภาพในส่วนที่เป็นหลักประกันและความคุ้มครองด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลและสวัสดิการสงเคราะห์ที่มีรัฐเป็นผู้รับผิดชอบเต็มที่ แต่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นรัฐบาลยังมีรายได้จากเงินภาษีของข้าราชการและข้าราชการก็ทำงานให้กับรัฐบาลด้วย ในขณะที่ส่วนของสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลนั้นจัดว่าเป็นการให้เปล่าโดยแท้จริง ด้วยการกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียมกันเมื่อเศรษฐกิจเจริญเติบโต อีกทั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000 กลุ่มผู้มีรายได้น้อยจึงนับว่าเป็นกลุ่มที่มีบทบาทมากขึ้นทั้งในด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม

ตารางที่ 1.1 หลักประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพ

ประเภท	กลุ่มประชากร	แหล่งเงิน
กองทุนเงินทดแทน	ลูกจ้างเอกชน	นายจ้างและรัฐบาล (การบริหาร)
ประกันสังคม	ลูกจ้างเอกชน	นายจ้าง ผู้ประกันตน และรัฐบาล
การประกันสุขภาพเอกชน	ประชาชนทั่วไป	ผู้ประกันตน
โครงการบัตรประกันสุขภาพ	ประชาชนทั่วไป	ผู้ประกันตนและรัฐบาล
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	ข้าราชการและครอบครัว	รัฐบาล
สวัสดิการรักษายาบาลพนักงานรัฐวิสาหกิจ	พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	รัฐวิสาหกิจ
โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล และสวัสดิการสงเคราะห์แก่ประชาชนกลุ่มอื่น ๆ	ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ทุพพลภาพ พระ ผู้นำชุมชน ทหารผ่านศึกและครอบครัว	รัฐบาล

ไม่ว่าอุปทานของและอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไปมากหรือน้อยเพียงใด ในแทบทุกประเทศโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาจะปรากฏประชากรกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เพียงพอด้วยสาเหตุทางเศรษฐกิจและทางสังคม กล่าวคือ เป็นผู้ที่มียาได้น้อยหรือมีรายได้น้อยที่เรียกว่าคนยากจน กลุ่มประชากรเป้าหมายกลุ่มนี้จะได้รับความสนใจและมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพิจารณาถึงนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนนโยบายทางสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ เช่น ประเทศจีน อินเดีย ประเทศในแถบทวีปแอฟริกา รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีสัดส่วนของผู้มีรายได้น้อยหรือคนยากจนที่ค่อนข้างสูง ประกอบกับการกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียมกัน สัดส่วนของคนยากจนจึงมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น อีกทั้งการที่คนยากจนมักจะเป็นผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษา เป็นผลให้ขาดความรู้ความเข้าใจทางด้านการป้องกันสุขภาพ (health prevention) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) จึงทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของคนยากจนนั้นถูกจัดอยู่ในอันดับรอง ๆ ลงไปหรือไม่อยู่ในอันดับใดเลยในการจัดอันดับความสำคัญก่อนหลัง (priorities) ของค่าใช้จ่ายในครัวเรือน จึงกล่าวได้ว่า บุคคลกลุ่มนี้เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับรุนแรง ซึ่งจะทำให้เป็นกลุ่มประชากรและแรงงานที่ด้อยคุณภาพ หรือมีคุณภาพไม่ดีพออันเนื่องมาจากผลทางสุขภาพอันจะมีผลต่อการพัฒนาประเทศต่อไป

เมื่อพิจารณาถึง “คนยากจน” โดยทั่วไปแล้วจะอาศัยเกณฑ์ความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำของบุคคลเป็นตัวกำหนด และเครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวคือเส้นความยากจนซึ่งจะมีค่าแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดให้เส้นความยากจนของปีพ.ศ. 2540 มีค่าอยู่ระหว่าง 412 บาท/เดือน/คนกับ 1,390

บาท/เดือน/คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของครัวเรือน เพศและอายุของสมาชิกในครัวเรือนตลอดจนภูมิ
ลำเนาในแต่ละภูมิภาคและท้องถิ่น โดยในปีพ.ศ. 2539 จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยมีจำนวนคนยากจนทั้งหมด 6.8 ล้านคนและคิดเป็นร้อยละ
11.4 ของประชากรทั้งหมด และด้วยเหตุที่กลุ่มคนจนเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสียเปรียบทั้งทางด้าน
เศรษฐกิจและสังคม รัฐบาลจึงได้จัดทำแผนงานและโครงการต่าง ๆ ในด้านสวัสดิการและความต้องการ
พื้นฐานแก่ประชาชนกลุ่มนี้ ทางด้านสาธารณสุขก็เช่นกัน การให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่คน
ยากจนนั้นเป็นสิ่งจำเป็น ด้วยเหตุผลที่ว่าคนยากจนส่วนใหญ่มักจะเป็นกลุ่มเกษตรกรที่อาศัยอยู่ในชนบท
หรือในกลุ่มชุมชนแออัดที่อาศัยแรงงานเป็นหลักในการดำรงชีพ เหตุผลอีกประการหนึ่งคือผลกระทบภาย
นอก (externality) ด้วยเหตุที่โรคภัยไข้เจ็บของบุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของ
บุคคลอื่นได้ถ้าบุคคลนั้นไม่ได้รับการรักษา และเพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ทางด้านความเสมอภาคของ
การเข้ารับบริการทางสาธารณสุขของผู้มีรายได้น้อย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการสงเคราะห์
ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ซึ่งได้พัฒนาเป็นโครงการเต็มรูปแบบในปี พ.ศ.
2524 ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยนชื่อจากโครงการสปน.ไปเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้าน
การรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย (สปร.)

โครงการสปร.เป็นหลักประกันการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถาน
พยาบาลของรัฐสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยในยามเจ็บป่วย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ จากผู้รับบริการ
โดยภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นของรัฐบาล รัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณให้แก่โครงการฯ ผู้ให้บริการที่
สำคัญในโครงการฯคือ สถานพยาบาลของรัฐ โดยในการกำหนดผู้มีรายได้น้อยที่จะได้รับสิทธิการรับการ
รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายนั้นจะใช้เกณฑ์รายได้เป็นหลัก และในการคัดเลือกจะมีองค์กรชุมชน
ระดับท้องถิ่นร่วมในการพิจารณาคัดเลือกผู้มีสิทธิด้วย ผู้ที่มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ที่กำหนดจะได้รับบัตร
สงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (บัตร สปน.) หรือในปัจจุบันเรียกว่าบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการ
รักษาพยาบาล (บัตร สปร.) ซึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจะเรียกว่าผู้ป่วยประเภท ก. เกณฑ์ตัดสินผู้
สมควรได้รับสวัสดิการในปัจจุบันคือ คนโสดที่มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน หรือครัวเรือนที่มีรายได้
ไม่เกิน 2,800 บาท/เดือน บัตรสปร.จะมีอายุ 3 ปีนับจากวันออกบัตร แต่สามารถขอบัตรใหม่ได้ถ้าผู้ขอมี
บัตรมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้โครงการฯก็ได้เพิ่มความยืดหยุ่นในเรื่องเอกสารหลักฐาน
สำหรับผู้ที่อยู่นอกภูมิลำเนาและเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความจำนงขอมีบัตรได้ อีกทั้งมีการจัดเจ้า
หน้าที่ให้เข้าถึงผู้มีสิทธิรับสวัสดิการในแต่ละท้องที่ด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์รายได้กับเส้น
ความยากจนแล้ว จะเห็นว่าผู้มีรายได้น้อยที่มีสิทธิรับบัตรสวัสดิการฯตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขนี้
ได้ครอบคลุมถึงทั้งคนยากจนและคนที่ไม่ยากจนตามเกณฑ์เส้นความยากจน จากสถิติของสำนักงาน
ประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2539 จนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.
2540 จำนวนผู้มีสิทธิในบัตรสวัสดิการฯมีจำนวนถึง 11,439,968 คนซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าตัวเลขดังกล่าว
สูงกว่าจำนวนคนยากจนของทั้งประเทศในช่วงเวลาเดียวกัน นอกเหนือจากโครงการบัตร สปร.แล้วสถาน
บริการในสังกัดของรัฐยังมีการให้การรักษาพยาบาลแบบเกื้อกูลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรือคิดเพียงบางส่วน
แก่ผู้เข้ารับบริการที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลและไม่มีบัตรสวัสดิการใด ๆ จึงกล่าวได้ว่าภาระค่าใช้จ่าย
ของผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่แล้วตกอยู่ในส่วนของภาครัฐ

นอกจากว่าจำนวนผู้มีสิทธิในบัตรสวัสดิการฯ จะมากกว่าจำนวนคนยากจนมีผลมาจากเกณฑ์รายได้ที่กำหนดแล้ว โครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยนี้ก็ครอบคลุมประชากรของประเทศในสัดส่วนที่มากกว่าโครงการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐโครงการอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2535 โครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยได้ครอบคลุมประชากรถึงประมาณร้อยละ 48 ของประชากรที่ได้รับการครอบคลุมจากโครงการสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับรัฐบาล นอกจากนี้ผู้มีบัตรฯก็จะได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลอย่างไม่มีข้อจำกัด ตลอดจนการที่งบประมาณสำหรับโครงการสวัสดิการฯ ได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ จาก 800 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2532 จนถึง 6,370 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2540 ในขณะที่จำนวนคนยากจนในประเทศไทยมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ จาก 17.9 ล้านคน (ร้อยละ 32.6 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปี พ.ศ. 2531 จนถึง 6.8 ล้านคน (ร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปี พ.ศ. 2539 ดังนั้น ด้วยข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ การที่รัฐต้องแบ่งสรรงบประมาณสำหรับโครงการอื่น ๆ ที่ต่างก็มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ จึงเกิดประเด็นของค่าเสียโอกาสในการจัดสรรงบประมาณที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประเทศมากที่สุด การใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งที่พึงประสงค์อย่างยิ่ง เนื่องจากการที่รัฐให้สวัสดิการและความช่วยเหลือคนยากจนนั้นก็เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การมุ่งประเมินโครงการว่าคุ้มหรือไม่คงจะไม่เหมาะสม การพิจารณาที่ประสิทธิภาพของโครงการฯควรจะต้องมีความเหมาะสมมากกว่า ทั้งนี้จะสามารถแบ่งขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยออกได้เป็น 4 ขั้นตอนหลัก ๆ คือ (1) ขั้นตอนการออกบัตร งานวิจัยในอดีต (กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2526 เชื้อทอง อัมตะ มาลาและคณะ 2527 และสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ 2530) ได้แสดงให้เห็นว่าการออกบัตรสปร.ที่ผ่านมาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสมกล่าวคือ ผู้ที่สมควรได้รับบัตรฯไม่ได้รับ แต่ผู้ที่ไม่สมควรได้รับบัตรฯกลับเป็นผู้ถือบัตรฯ (2) ขั้นตอนการเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นขั้นตอนที่แสดงถึงประสิทธิภาพของโครงการฯเป็นสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายที่ทางสถานพยาบาลแจ้งกลับมายังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้จะมีผลต่อการกำหนดงบประมาณต่อไป (3) ขั้นตอนของการจัดสรรงบประมาณรวมให้แก่โครงการของรัฐ และ (4) ขั้นตอนของการจัดสรรงบประมาณภายในจังหวัด

โครงการวิจัยนี้จะมุ่งพิจารณาที่ขั้นตอนที่ 2 เป็นสำคัญเนื่องจากได้มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนที่ 1 เป็นจำนวนมากแล้ว และงานวิจัยในอดีตก็ให้ผลวิจัยที่สรุปได้ในลักษณะเดียวกันที่แสดงถึงความไม่มีประสิทธิภาพในการออกบัตรฯ ดังนั้น การวิจัยที่มุ่งในขั้นตอนที่ 1 อีกคงจะเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็น ส่วนขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 นั้นเป็นส่วนของการบริหารการจัดการที่ทั้งส่งผลไปยังขั้นตอนที่ 2 และในขณะเดียวกันก็สืบเนื่องมาจากขั้นตอนที่ 2 ด้วย โดยงานวิจัยนี้จะวิเคราะห์การเงินสาธารณสุข (health care financing) ของโครงการฯซึ่งจะทำให้เห็นภาพรวมของที่มาและที่ไปของรายจ่ายสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และจะประเมินการใช้ทรัพยากรสำหรับผู้มีรายได้น้อยจากผลการบริการในทัศนคติของผู้ให้บริการและผู้รับบริการรวมถึงพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการซึ่งเป็นองค์ประกอบและผลผลิตที่สำคัญสำหรับโครงการฯ

ส่วนผู้มีรายได้น้อยอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งไม่มีบัตรสปร.หรือที่เรียกว่าผู้ป่วยประเภทร. นั้น เนื่องจากเป็นกลุ่มประชาชนที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพอย่างชัดเจนถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติสถานพยาบาลของรัฐก็จะให้ความเกื้อกูลอยู่แล้วก็ตาม ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษากับประชาชนกลุ่มนี้ก็มี

ลักษณะใกล้เคียงกับขั้นตอนในกรณีของโครงการสปร. แต่ในกลุ่มนี้จะไม่มีขั้นตอนการออกบัตรฯ โดยจะเป็นขั้นตอนการพิจารณาของสถานพยาบาลในการที่จะให้การรักษายาบาลแบบให้เปล่าหรือคิดค่าบริการในอัตราใดแทน ซึ่งโครงการวิจัยนี้จะเน้นที่ขั้นตอนที่ 2 เป็นสำคัญเช่นเดียวกัน

ด้วยความแตกต่างทางสภาพเศรษฐกิจและสังคมตลอดจนการดำเนินชีวิตของประชาชนในแต่ละภาคของประเทศไทย การวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลในระดับภาคจึงเป็นสิ่งจำเป็น สถานบริการทางสาธารณสุขในแต่ละภาค/จังหวัดของประเทศไทยมีความแตกต่างกันมาเป็นเวลานานในด้านความสามารถในการให้บริการซึ่งมีผลมาจากการขาดแคลนบุคลากร รวมถึงการขาดแคลนเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์บางประเภทซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการบริการที่ผู้รับบริการได้รับ และอาจมีผลต่อการปฏิบัติงานตลอดจนทัศนคติของผู้ให้บริการด้วย ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์ด้านการเงินสาธารณสุขของการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยทั้งที่มีบัตรสปร.และไม่มีบัตรสปร. และการศึกษาถึงภาพรวมของผลการบริการสำหรับผู้มีรายได้น้อยจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทุก ๆ ภาค ณ จุดการรับบริการทางการแพทย์จึงมีความสำคัญ อีกทั้งมีความแตกต่างจากงานวิจัยในอดีต (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2525 สมจิตต์และคณะ 2530) อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายการเงินสาธารณสุขด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อไป

บทที่ 2

บทบทวนวรรณกรรม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยประกอบไปด้วยงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับโครงการสปน.หรือโครงการสปร. งานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวกับนโยบายทางสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย และเอกสารเกี่ยวกับโครงการการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยในต่างประเทศ

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยได้แก่งานวิจัยของกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2525) ที่ได้วิจัยผลของโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ในปีพ.ศ. 2519 - 2524 โดยการใช้การสัมภาษณ์และสังเกตการณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยรายได้น้อยจำนวน 4,239 รายและผู้ให้บริการจำนวน 513 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิในการรับบริการ ผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่กังวลใจในกรณีที่เกิดเจ็บป่วยอีก เพราะโรงพยาบาลและสถานอนามัยเชื่อที่ตนแจ้งหรือที่แสดงว่าตนเป็นผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับไปรักษาที่สถานบริการเดิมเพราะ การเดินทางสะดวก การบริการและการอำนวยความสะดวกดี ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 เห็นว่าควรที่จะเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ ปรับระเบียบกฎเกณฑ์ให้ง่ายต่อการปฏิบัติและควรเพิ่มการโฆษณา และร้อยละ 10 ของครอบครัวของผู้ป่วยรายได้น้อยมีรายได้มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ในส่วนของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่ทราบวัตถุประสงค์ของโครงการและไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือชี้แจงจากผู้บังคับบัญชา

กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2526) ได้สรุปรายงานการติดตามและประเมินผลการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (พ.ศ. 2519 - 2524) จากการติดตามผลการดำเนินงานของ 5 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบไปด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเลย จังหวัดอุดรธานี จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดยโสธร และพบว่า มีข้อบกพร่องเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ผู้มีรายได้น้อยจริงบางส่วนไม่ได้รับบัตรฯ แต่ผู้ที่ไม่ใช่คนยากจนกลับได้รับบัตรฯ มีการรักษาพยาบาลมากเกินไปจนความจำเป็นมีผลให้ผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นและงบประมาณที่จัดสรรไม่เพียงพอ

เชื้อทอง ธัมมะมาลาและคณะ (2527) ได้ศึกษาเรื่องปัญหาการให้สวัสดิการของรัฐแก่ผู้มีรายได้น้อยกรณีบัตรสงเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ สงแบบสอบถามและสังเกตการณ์จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ให้บริการจำนวน 209 คนและผู้รับบริการจำนวน 532 คนจากสถานพยาบาลของรัฐ 6 แห่ง พบว่าการให้สวัสดิการของรัฐแก่ผู้มีรายได้น้อยโดยการออกบัตรสงเคราะห์รักษาพยาบาลได้ผลตรงกับความต้องการของประชาชน รัฐควรมีการประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้บัตรฯและระบบส่งต่อแก่ประชาชน ผู้ให้บริการกำนันและผู้ใหญ่บ้าน ผู้มีรายได้น้อยต้องการให้มีการปรับระเบียบวิธีการออกบัตรให้รัดกุมและควรให้ความเป็นธรรมแก่ผู้มีรายได้น้อยจริง รัฐควรขยายการบริการและเพิ่มบทบาทของธนาคารยา

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและกาญจนา ศิริโกลม (2532) ได้ศึกษาการใช้บริการของผู้ถือบัตรสปน.และงบประมาณโครงการฯ พบว่าไม่ได้มีการใช้ระบบการส่งต่ออย่างจริงจังในการให้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ถือบัตร และการจัดสรรงบประมาณก็ไม่ได้เป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน

Mills (1991) ได้วิเคราะห์เกี่ยวกับโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล และศึกษาถึงจำนวนและการกระจายตัวของผู้มีสิทธิในการรับการรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผลการวิจัยพบว่าการกระจายงบประมาณในพื้นที่ต่าง ๆ มีความไม่เท่าเทียมกัน

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์และคณะ (2530) ได้ประเมินผลโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ในปีพ.ศ. 2530 ในส่วนของผู้ให้บริการการรักษายาบาลและผู้ที่เคยรับบริการการรักษายาบาลที่เป็นผู้ถือบัตร สปน. ใน 18 จังหวัด พบว่า โดยเฉลี่ยผู้ให้บริการ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 494 คน) เห็นด้วยในเรื่องการกำหนดสถานพยาบาล เกณฑ์การคิดค่ารักษายาบาล เกณฑ์การออกบัตรฯ และไม่เห็นด้วยในเรื่องการเก็บค่ารักษายาบาลจากผู้ถือบัตรฯ การจัดสรรงบประมาณและผลการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับบัตรฯ ในขณะที่ร้อยละ 80 ขึ้นไปของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการออกบัตร (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,588 คน) เห็นว่าการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับบัตรฯ มีความเหมาะสมแล้ว แต่ร้อยละ 31.9 ของเจ้าหน้าที่ในภาคใต้และในจังหวัดขนาดกลางเห็นว่าในการคัดเลือกผู้มีสิทธิรับบัตรฯ มีความยุ่งยากเรื่องการประเมินรายได้ ในส่วนของผู้ถือบัตรฯ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,747 คน) พบว่า ผู้ถือบัตรเกินร้อยละ 70 เห็นว่าระเบียบการคัดเลือกและการออกบัตรฯ มีความเหมาะสม และร้อยละ 77 ถึง 86 เห็นว่าการให้บริการการรักษา อรรถาธิบายของผู้ให้การรักษา ความสามารถในการรักษามีความเหมาะสม

กองสาธารณสุขภูมิภาค (ฝ่ายแผนงาน) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2535) ได้วิเคราะห์ผลการให้บริการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาลในด้านการจัดสรรงบประมาณและผลการปฏิบัติงานของสถานบริการในอำเภอ จังหวัด และตำบลปีงบประมาณ 2535 พบว่า อัตราส่วนของงบประมาณต่อค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย เท่ากับ 1 ต่อ 2.4 1 ต่อ 1.5 และ 1 ต่อ 1 ตามลำดับ โดยมีสถานอนามัยเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการสูงสุดคือ ร้อยละ 53 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 36.6 และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 10.7

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อยหรือคนยากจนได้แก่ งานวิจัยของ Hsiao (1995) ที่ศึกษาถึงนโยบายทางสาธารณสุขของประเทศจีนในการที่จะใช้นโยบายตลาดเสรีกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยใช้ค่าบริการเป็นกลไกสำคัญ ซึ่งก็ก่อให้เกิดการใช้ยาและการตรวจสอบด้วยเทคโนโลยีมากเกินไป เกิดความไม่สอดคล้องระหว่างการเงิน ราคา และองค์กรต่าง ๆ และยังแสดงให้เห็นว่าการเงินสาธารณสุขโดยใช้ตลาดเสรีก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการระหว่างคนรวยกับคนยากจน และจากประสบการณ์ในประเทศจีน ผู้วิจัยพบว่าการเพิ่มค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อคนโดยใช้ค่าบริการและการประกันสุขภาพไม่ได้ทำให้สถานะสุขภาพมีการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน

Russell และ Gilson (1997) ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับนโยบายด้านค่าบริการและการยกเว้นค่าบริการในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางจำนวน 26 ประเทศ เพื่อที่จะศึกษาว่ารัฐบาลได้มีการส่งเสริมการบริการเพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในเรื่องความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการหรือไม่ นักวิจัยพบว่าประเทศส่วนใหญ่ขาดมาตรการที่จะส่งเสริมการเข้ารับบริการสำหรับผู้ด้อยโอกาสในระบบที่มีการใช้ค่าบริการและขาดการปรับปรุงด้านคุณภาพเช่น การขาดข้อแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับรายรับและค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล โดยร้อยละ 27 ของประเทศทั้งหมดที่สำรวจไม่มีนโยบายการยกเว้นค่าบริการให้แก่คนยากจน ในขณะที่เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขได้รับการยกเว้นในร้อยละ 50 ของประเทศ และถึงแม้ว่า

บางประเทศจะมีมาตรการการยกเว้นค่าบริการแก่คนยากจน ประเทศเหล่านั้นต่างก็มีข้อจำกัดทางด้านข้อมูล การบริหาร เศรษฐกิจ และการเมืองในการที่บริหารนโยบายเกี่ยวกับการยกเว้น

Brook และคณะ (1983) ได้วิเคราะห์ผลจากการวิจัยที่เรียกว่า the Rand Health Insurance Experiment ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อที่จะดูว่าการให้การรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสามารถทำให้สุขภาพดีขึ้นหรือไม่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,958 คน การทดลองมีระยะเวลาดังแต่ปี ค.ศ.1974 ถึงปีค.ศ. 1972 กลุ่มตัวอย่างถูกนำมาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ คือกลุ่มที่ได้รับการรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และกลุ่มที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลแบบ copayment ในอัตราต่าง ๆ พบว่าการให้การรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายไม่มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพหลัก ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็งบางประเภท และไม่มีผลต่อการสูบบุหรี่ น้ำหนักมากหรือน้อยเกินไป หรือระดับคอเลสเตอรอลถึงแม้ว่าอัตราการเข้าพบแพทย์โดยเฉลี่ยจะสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง นักวิจัยพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้มีการมองเห็นที่ดีขึ้น และผู้เข้าร่วมการทดลองบางส่วนมีความดันโลหิตลดลง ซึ่งจากกรณีหลังนี้จะสรุปได้ว่าความเสี่ยงจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรได้ลดลงเมื่อผู้ร่วมการทดลองสามารถเข้ารับการรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้ง ๆ ที่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นแล้วก็ไม่ได้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sorkin (1976) ได้สรุปว่าระยะทางเป็นปัจจัยสำคัญในการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาโดยได้รวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยในประเทศในทวีปแอฟริกาตะวันออก เช่น ยูกันดา แทนซาเนีย เป็นต้น ทั้งนี้เป็นเพราะระยะทางมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและบางครั้งครอบครัวของผู้ป่วย และระยะทางยังมีผลต่อต้นทุนค่าเสียโอกาสเนื่องจากเวลาด้วย

Gu และคณะ (1993) พบว่ากลุ่มคนยากจนในประเทศจีนมีลักษณะและพฤติกรรมในการใช้บริการทางสุขภาพที่แตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่มีระดับรายได้สูงกว่า พวกเขาสรุปว่าการสร้างและใช้หลักประกันทางสุขภาพแบบจ่ายล่วงหน้าเพื่อที่จะครอบคลุมการบริการทางสุขภาพในชนบทแบบเต็มที่จะเป็นไปได้ยากสำหรับพื้นที่ที่มีการพัฒนาน้อยกว่าพื้นที่อื่น ๆ

Rasell, Bernstein และ Tang (1994) ได้สร้างแบบจำลอง microsimulation จากข้อมูลในปีค.ศ. 1987 เกี่ยวกับการสำรวจค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ภาษี และแบบสำรวจค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการกระจายของค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นแบบถดถอย กล่าวคือ ครีวเรือนที่มีรายได้น้อยจะจ่ายค่ารักษายาบาลเป็นสองเท่าของสัดส่วนของรายได้ที่จ่ายโดยครีวเรือนที่มีรายได้สูง ในส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพของครีวเรือนที่เป็น out-of-pocket ซึ่งเป็นสัดส่วนร้อยละ 24 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดก็ยิ่งมีการถดถอยมาก กล่าวคือ ครีวเรือนที่มีรายได้น้อยต้องจ่ายถึง 8.5 เท่าของสัดส่วนของรายได้ที่จ่ายโดยครีวเรือนที่มีรายได้สูง ซึ่งผลงานวิจัยนี้ก็สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pannarunothai และ Mills (1997) ที่พบว่าคนยากจนในเขตเมืองในประเทศไทยส่วนใหญ่จะไม่ได้รับสวัสดิการทางการแพทย์จากรัฐและจะต้องจ่ายค่ารักษายาบาลด้วยตนเองในสัดส่วนที่มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้สูงกว่าหรือที่ได้รับสวัสดิการ

Diehr และคณะ (1996) ได้ศึกษาลักษณะของผู้มีรายได้น้อยในรัฐอริโซนา ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการประกันสุขภาพพื้นฐานประเภทสมัครใจ จากการสำรวจพบว่า ผู้มีรายได้น้อยที่เข้าร่วมและผู้มีรายได้น้อยที่ไม่เข้าร่วมในแผนสุขภาพพื้นฐานมีความแตกต่างกันอย่างมากเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อ

โครงการและสุขภาพ กล่าวคือ โดยปกติ ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในโครงการจะมีความพอใจน้อยกว่าผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และผู้ที่ไม่เข้าร่วมโครงการก็เป็นกลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า รายได้น้อยกว่า และสุขภาพแย่กว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่เข้าร่วมในโครงการ ดังนั้นในการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ จะต้องมีการที่แน่ใจได้ว่า ประชาชนผู้ด้อยโอกาสจะต้องสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเพียงพอ

โครงการการให้การรักษายาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยหรือคนยากจนที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปคือโครงการ Medicaid ของประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นโครงการที่ให้ความช่วยเหลือด้านการรักษายาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยที่เป็นในรูปของกฎหมายมาตั้งแต่ปีค.ศ. 1965 และเป็นการร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลกลาง (Federal) และรัฐบาลของรัฐ (State) โดยแต่ละรัฐจะกำหนดเกณฑ์การพิจารณาผู้มีสิทธิ ชนิด ประเภท จำนวน ระยะเวลาของการบริการ อัตราค่าบริการ วิธีการบริหารโครงการในรัฐตนเอง ดังนั้นโครงการ Medicaid จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละรัฐในแต่ละช่วงเวลา โดยทั่วไปแล้ว Medicaid ครอบคลุมถึง

- ครอบครัวที่มีรายได้น้อยที่มีเด็กตามข้อกำหนดของรัฐ
- ผู้ที่ได้รับ Supplemental Security Income (SSI)
- ทารกที่เกิดจากมารดาที่ได้รับ Medicaid
- เด็กอายุต่ำกว่า 6 ขวบและหญิงมีครรภ์ที่มีรายได้น้อยกว่าร้อยละ 133 ของระดับความยากจนที่กำหนดจาก Federal ทั้งนี้ในแต่ละรัฐอาจจะกำหนดเกณฑ์ที่สูงกว่าร้อยละ 133 ก็ได้
- เด็กที่เกิดหลังจาก 30 กันยายน ปีค.ศ. 1983 (รัฐอาจเลือกวันก่อนหน้านี้อีกได้) ที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่าระดับความยากจนที่กำหนดโดย Federal จนกว่าจะอายุครบ 19 ปี
- ผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดู (adoption) เด็กกำพร้าภายใต้ Title IV-E ใน Social Security Act
- ผู้ที่ได้รับ Medicare (โครงการการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ) บางกลุ่ม
- กลุ่มคนที่ได้รับความคุ้มครองพิเศษ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุบางกลุ่ม คนตาบอด คนพิการที่มีรายได้น้อยกว่าระดับความยากจนในระดับ Federal ฯลฯ

สำหรับในเรื่องของสิทธิประโยชน์นั้น การที่รัฐจะได้เงินจาก Federal รัฐจะต้องให้สิทธิประโยชน์หลัก ๆ ตามที่ Federal กำหนดอันได้แก่ การบริการในโรงพยาบาลทั้งที่เกี่ยวกับการบริการประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การบริการของแพทย์ ทันตกรรม บริการสถานพยาบาล home health care การวางแผนครอบครัว การบริการคลินิกในชนบท บริการทางเอ็กซเรย์และห้องปฏิบัติการ การบริการของพยาบาล ฝึกหัด ผดุงครรภ์ การตรวจสอบ การรักษาเป็นระยะ ๆ และล่วงหน้าสำหรับผู้ที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป ทั้งนี้รัฐสามารถกำหนดระยะเวลา ตลอดจนการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในค่ารักษายาบาลในรูปของ deductible coinsurance หรือ copayment ได้สำหรับบริการบางประเภท และรัฐสามารถที่จะกำหนดวิธีการจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการได้ทั้งในรูปของ Fee-for-service หรือ capitation หรือ จ่ายล่วงหน้าให้แก่ (Health Maintenance Organization) HMO ก็ได้

นอกเหนือจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลให้แก่คนยากจนแล้ว ประเทศอื่น ๆ ที่มีสวัสดิการแก่คนยากจนที่มีความชัดเจนก็ได้แก่ สหราชอาณาจักรในรูปของ National Health Service (NHS) ที่มีลักษณะเป็น universal coverage และให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในประเทศไต้หวันก็ได้มีการบังคับใช้ National Health Insurance (NHI) โดยที่ประชาชนทุกคนจะต้องจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพในอัตราที่ขึ้นอยู่กับเงินเดือน โดยมีองค์กรหน่วยงานที่บริหารดูแล NHI ทั้งทางด้านรายรับรายจ่ายตลอดจนกฎระเบียบต่าง ๆ และสำหรับมาตรการที่ให้กับคนยากจนนั้น ก็คือการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันไปยังองค์กรที่ดูแล NHI ผู้ใช้บริการโดยทั่วไปจะต้องเสียค่าบริการบางส่วน (copayment) ตามที่กำหนด ยกเว้นคนยากจนที่จะไม่เสียค่าบริการดังกล่าวถ้าการรับบริการเป็นไปตามระบบการส่งต่อ

บทที่ 3
วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย และวิธีการประมวลผล

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.1 ศึกษาสถานภาพของนโยบายการเงินสาธารณสุขในภาครัฐทางด้านงบประมาณและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย
- 1.2 สสำรวจผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อผู้ให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย
- 1.3 ประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล
- 1.4 ประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและไม่เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล

2. ขอบเขตของการวิจัย

- 2.1 ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2.2 ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มตัวอย่างของประชากร 3 กลุ่มคือ
 กลุ่มที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์
 กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล (สปร.) ประเภทรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์
 กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล (สปร.) ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ แต่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หรือจ่ายได้แต่เพียงบางส่วน
- 2.3 กำหนดตัวแปรที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพอใจและทัศนคติในแต่ละกลุ่ม ดังนี้
 กลุ่มที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติและความพอใจของผู้ให้บริการประกอบไปด้วย
 (ก) ปัจจัยส่วนบุคคล
 - เพศ
 - อายุ
 - ตำแหน่ง
 - หน่วยงานที่สังกัด
 - ระดับการศึกษา
 - ความรับผิดชอบหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติในหน่วยงาน

น้อย

- ระยะเวลาในการทำงาน
- (ข) ปัจจัยเกี่ยวกับนโยบายการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย
 - แนวทางการปฏิบัติในเรื่อง ระบบการส่งต่อ เอกสาร
 - งบประมาณ
 - ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- (ค) ปัจจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่สังกัดที่เกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อย
 - ระบบการส่งต่อ
 - ภาระงาน
 - ความพร้อมของสถานบริการที่ปฏิบัติงานอยู่
 - คุณภาพและความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน
 - การให้บริการ

กลุ่มที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติและความพอใจของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. ประเภท รายได้น้อยซึ่งประกอบไปด้วย

- (ก) ปัจจัยส่วนบุคคล
 - เพศ
 - อายุ
 - ระดับการศึกษา
 - อาชีพ
 - รายได้
 - สถานภาพสมรส
 - ภาระเลี้ยงดู
 - ที่อยู่อาศัย
 - การเดินทางไปสถานบริการ
- (ข) ปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
 - การรักษาพยาบาล
 - สถานะสุขภาพ
- (ค) ปัจจัยเกี่ยวกับโครงการสปร.
 - การเป็นผู้ถือบัตร
 - การรับบริการ
 - ความสะดวก
 - ความประทับใจ

กลุ่มที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติและความพอใจของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อยและไม่มี
บัตรสปร. ซึ่งประกอบไปด้วย

(ก) ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- รายได้
- สถานภาพสมรส
- ภาระเลี้ยงดู
- ที่อยู่อาศัย
- การเดินทางไปสถานบริการ

(ข) ปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

- การรักษาพยาบาล
- สถานะสุขภาพ

(ค) ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายบาง

ส่วน

- การรับบริการ
- ความสะดวก
- ความประทับใจ

3. คำย่อและคำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

โครงการ สปน. หมายถึง โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล

โครงการ สปร. หมายถึง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (ก่อนปี พ.ศ.
2537 ชื่อเดิมของโครงการคือโครงการสปน.)

ผู้ป่วยรายได้น้อยประเภท ก. หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปน. หรือบัตรสปร.

ผู้ป่วยรายได้น้อยประเภท ข. หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปน.หรือบัตรสปร. แต่
ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนตามที่สถานพยาบาลกำหนด ทั้งนี้การ
พิจารณาว่าผู้ป่วยมีรายได้น้อยหรือไม่ขึ้นอยู่กับระเบียบปฏิบัติและการพิจารณาของแต่ละสถานพยาบาล

ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรักษา
พยาบาล

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวง
สาธารณสุข

รพศ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์
รพท. หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป
รพช. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน
สอ. หมายถึง สถานีอนามัย
สสจ. หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ทบ. หมายถึง เทศบาล

4. ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีการประมวลผล

โครงการวิจัยนี้ประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นส่วนของการวิเคราะห์ศึกษาสถานภาพของนโยบายการเงินสาธารณสุขเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย ส่วนที่สองที่เป็นการวิจัยแบบสำรวจเพื่อประเมินผลการบริการของสถานบริการของรัฐที่มีรายได้น้อยทั้งที่ได้รับสิทธิและไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลได้รับจากสถานบริการ โดยการสำรวจผลกระทบของนโยบายการให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อผู้ให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล ประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและไม่เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังนี้

ในส่วนที่เป็นการวิเคราะห์ศึกษาสถานภาพของนโยบายการเงินสาธารณสุขเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย ได้ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นทั้งข้อมูลทุติยภูมิ งานวิจัย และบทความจากวารสารทางวิชาการเกี่ยวกับการเงินสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยที่แหล่งข้อมูลสำหรับข้อมูลทุติยภูมิประกอบไปด้วย ข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านงบประมาณและค่าใช้จ่ายในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลประจำปีงบประมาณ 2538 ถึง 2540 ในระดับจังหวัดเพื่อศึกษาแนวโน้มของงบประมาณและค่าใช้จ่ายในโครงการฯ

สำหรับในส่วนที่สองที่ทำการสำรวจผลกระทบของการให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อผู้ให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล ประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยแต่ไม่เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล มีวิธีการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดประชากร
2. การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1. การกำหนดประชากร

งานวิจัยนี้แบ่งกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1.1 กลุ่มที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข¹ ทั้งที่สถานื่อนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ถือบัตร สปร. ที่สถานื่อนามัย² สูงสุดและที่ต่ำสุดในภาค รวมทั้งสิ้น 10 จังหวัด ซึ่งกำหนดโดยใช้ข้อมูลรายงานการออกบัตรฯและการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2539
- 1.2 กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล (สปร.) ประเภทรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่สถานื่อนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ถือบัตร สปร. ที่สถานื่อนามัยสูงสุดและต่ำสุดในภาค รวมทั้งสิ้น 10 จังหวัด ซึ่งกำหนดโดยใช้ข้อมูลรายงานการออกบัตรฯและการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2539.
- 1.3 กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยรายได้น้อยที่ไม่ได้รับสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล (สปร.) ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่สถานื่อนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หรือจ่ายได้แต่เพียงบางส่วนในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ถือบัตร สปร. ที่สถานื่อนามัยสูงสุดและต่ำสุดในภาค รวมทั้งสิ้น 10 จังหวัด ซึ่งกำหนดโดยใช้ข้อมูลรายงานการออกบัตรฯและการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2539

ทั้งนี้จังหวัดที่มีอัตราการใช้บริการของผู้ถือบัตรสปร.สูงสุดและจังหวัดที่มีอัตราการใช้บริการของผู้ถือบัตรสปร. ต่ำสุดในแต่ละภาค รวมทั้งหมด 10 จังหวัด มีดังนี้

¹ กำหนดสถานพยาบาลเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยเกิดในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด

² โดยมีข้อสมมติว่าการรักษาพยาบาลเป็นไปตามระบบส่งต่อ ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วผู้เข้ารับบริการจะเริ่มรับการรักษาพยาบาลที่สถานื่อนามัยเป็นอันดับแรก ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการนับซ้ำจึงพิจารณาจำนวนตัวอย่างจากตัวเลขการเข้ารับบริการในระดับสถานื่อนามัยเท่านั้น

ตารางที่ 3.1 สัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ถือบัตร สปร. ที่สถานอนามัยปีงบประมาณ 2539

ภาค*	จังหวัด	จำนวนผู้ถือบัตร สปร.	จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการที่สถานอนามัย	สัดส่วน
กลาง	1. พระนครศรีอยุธยา	617,251	15,964	0.0258
	2. ประจวบคีรีขันธ์	20,806	9,890	0.4753
เหนือ	1. พิชณุโลก	180,333	23,926	0.1326
	2. พะเยา	114,099	67,558	0.5921
ตะวันออก	1. สระแก้ว	178,291	16,736	0.0939
	2. ชลบุรี	23,536	8,959	0.3806
ตะวันออก เฉียงเหนือ	1. อำนวยเจริญ	196,470	12,811	0.0652
	2. ร้อยเอ็ด	100,878	91,986	0.9118
ใต้	1. นครศรีธรรมราช	1,242,088	76,396	0.0615
	2. ภูเก็ต	6,745	3,186	0.4723

*ใช้เกณฑ์การแบ่งภาคตามการแบ่งของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4.2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินทัศนคติและความพอใจในกลุ่มประชากรทั้ง 3 กลุ่มข้างต้นมีรายละเอียดดังนี้ (1) กลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 60 คน/จังหวัด (2) กลุ่มผู้ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขที่คำนวณขนาดตัวอย่าง (n) จาก

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + Nc^2}$$

โดยที่ $Z = 1.96$ (ระดับความเชื่อมั่น 0.05)

N = จำนวนผู้ถือบัตรสปร.ในแต่ละจังหวัด

P = สัดส่วนของการเข้ารับบริการของผู้ถือบัตรสปร.ในแต่ละจังหวัด

c = ความคลาดเคลื่อนของค่าสัดส่วนที่กำหนดให้เท่ากับ 0.05

และ (3) กลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 50 คน/จังหวัด (กำหนดได้จากการสัมภาษณ์และสอบถามบุคลากรที่เป็นผู้ให้บริการถึงความเป็นไปได้ในการได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้)

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างของผู้เข้ารับบริการที่ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยที่จะต้องทำการสุ่มในแต่ละจังหวัดโดยการคำนวณจากสูตรข้างต้น และจำนวนตัวอย่างของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ไม่มีบัตรสปร.แต่เข้ารับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายเพียงบางส่วน แสดงได้ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนตัวอย่างที่จะทำการสุ่มในแต่ละจังหวัด

ภาค*	จังหวัด	จำนวนตัวอย่างของผู้ รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อย	จำนวนตัวอย่างของผู้รับบริการที่มี รายได้น้อย (ไม่มีบัตร สปร.) แต่ ไม่เสียค่าบริการหรือเสียค่า บริการบางส่วน	จำนวน ตัวอย่างของผู้ ให้บริการ
กลาง	1. พระนครศรีอยุธยา	39	50	60
	2. ประจวบคีรีขันธ์	376	50	60
เหนือ	1. พิชณุโลก	177	50	60
	2. พะเยา	370	50	60
ตะวันออก	1. สระแก้ว	131	50	60
	2. ชลบุรี	357	50	60
ตะวันออก เฉียงเหนือ	1. อำนาจเจริญ	94	50	60
	2. ร้อยเอ็ด	123	50	60
ใต้	1. นครศรีธรรมราช	89	50	60
	2. ภูเก็ต	362	50	60

*ใช้เกณฑ์การแบ่งภาคตามการแบ่งของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลปฐมภูมิเกี่ยวกับผลการบริการในสถานบริการของรัฐจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยใช้การดำเนินการวิจัยแบบสำรวจ อบรมเจ้าหน้าที่วิจัยภาคสนามที่เป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ในพื้นที่ให้มีความรู้ความเข้าใจตรงกันในวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและคำถามในแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดโดยเฉพาะในส่วนของผู้รับบริการและทดลองใช้แบบสอบถาม (pilot test) ที่จังหวัดนครราชสีมาเพื่อปรับปรุงแบบสอบถามและคำถามให้มีความเหมาะสม โดยมีรายละเอียดในการเก็บข้อมูลดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม (ปรากฏอยู่ในภาคผนวก) ชนิดที่ไม่ใช้ผู้สัมภาษณ์สำหรับผู้ให้บริการ และแบบสอบถามชนิดที่ใช้ผู้สัมภาษณ์ ณ จุดที่มีการให้และรับบริการ (at a point of service) ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐสำหรับผู้รับบริการที่มีรายได้น้อยทั้งที่เป็นผู้ถือบัตรสปร.และผู้ที่ไม่ถือบัตรสปร. โดยมีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย ซึ่งแบ่งออกเป็นการสอบถามความพอใจและการสอบถามความคิดเห็นโดยใช้คำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย การให้บริการ หน่วยงานของบุคลากร และผู้รับบริการหรือผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้คำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง หน่วยงาน การศึกษา ความรับผิดชอบหรือกิจกรรม

และระยะเวลาการทำงาน

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสปร. ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกได้เป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการโดยใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนบุตรในอุปการะ จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพหลัก รายได้/ปี การศึกษา และความสามารถในการอ่าน/เขียน ภูมิ ลำเนา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพโดยใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ สถานะสุขภาพโดยทั่วไปและโดยเปรียบเทียบ โรคประจำตัว และการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางด้านการเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่มีการสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ในส่วนนี้แบ่งออกเป็นส่วนของ พฤติกรรมการเข้ารับการรักษาพยาบาล ได้แก่ การเดินทาง อาการและสาเหตุของการเข้ารับการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวก่อนการเข้ารับการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และส่วนของการสอบถามข้อคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการบริการที่เกี่ยวข้องกับโครงการสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยโดยใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ได้แก่ สิทธิและประโยชน์ของการเป็นผู้ถือบัตรฯ การสอบถามความพอใจในการเข้ารับการบริการ และสอบถามความคิดเห็นในการเข้ารับการบริการ

แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่ได้ถือบัตรสปร. ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายและที่เสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วน แบ่งออกได้เป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการโดยใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนบุตรในอุปการะ จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพหลัก รายได้/ปี การศึกษา และความสามารถในการอ่าน/เขียน ภูมิ ลำเนา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพโดยใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ สถานะสุขภาพโดยทั่วไปและโดยเปรียบเทียบ โรคประจำตัว และการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางด้านการเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานที่ที่มีการสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ในส่วนนี้แบ่งออกเป็นส่วนของพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาพยาบาล ได้แก่ การเดินทาง อาการและสาเหตุของการเข้ารับการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวก่อนการเข้ารับการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และส่วนของการสอบถามข้อคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษา

พยาบาล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการบริการสำหรับผู้มีรายได้น้อยโดยใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ได้แก่ การสอบถามความพอใจในการเข้ารับบริการ และสอบถามความคิดเห็นในการเข้ารับบริการ

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ในส่วนของคุณลักษณะข้อมูลและข้อมูลปฐมภูมิ การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อศึกษาถึงแนวโน้มและสถานภาพของงบประมาณและค่าใช้จ่ายในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลประจำปีงบประมาณ 2539 ถึง ปีงบประมาณ 2541 ความสัมพันธ์ของงบประมาณและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ประชากรที่มีสิทธิและการครอบคลุมประชากรของโครงการ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากแบบสอบถามจะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยสำหรับ

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

ใช้การแจกแจงความถี่คำถามแต่ละข้อแล้วหาค่าร้อยละสำหรับข้อมูลจากคำถามปลายปิด และในส่วนคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสป.ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

แบ่งการพิจารณาออกเป็น 2 กรณีคือ

- (1) กรณีที่รวมข้อมูลทั้งหมดเข้าด้วยกันเพื่อศึกษาภาพรวม โดยใช้การแจกแจงความถี่คำถามแต่ละข้อแล้วหาค่าร้อยละสำหรับข้อมูลจากคำถามปลายปิด ในส่วนคำถามปลายเปิดวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และการวิเคราะห์เนื้อหา
- (2) กรณีที่แยกข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ถือบัตรสป. สูงสุดและกลุ่มที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ถือบัตรสป. ต่ำสุด ใช้การแจกแจงความถี่คำถามแต่ละข้อแล้วหาค่าร้อยละสำหรับข้อมูลจากคำถามปลายปิด และใช้การทดสอบไค-สแควร์เพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความแตกต่างของทัศนคติและความพอใจระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยคำนวณตัวสถิติไค-สแควร์ (χ^2) จากสูตร

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(\hat{o}_i - e_i)^2}{e_i}$$

โดยที่ องศาความเป็นอิสระ(df) = k - 1

$\hat{o}_i$ = จำนวนความถี่ของข้อมูลที่ได้จากการสังเกต

e_i = จำนวนความถี่ที่คาดหวัง

k = จำนวนกรณี

โดยมีเกณฑ์ในการทดสอบสมมติฐานดังนี้ ถ้า χ^2 จากการคำนวณมีค่าน้อยกว่าค่าวิกฤตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จะยอมรับสมมติฐานที่ว่าทั้งสองกลุ่มมีความพอใจหรือทัศนคติไม่แตกต่างกัน แต่ถ้า χ^2 จากการคำนวณมีค่ามากกว่าค่าวิกฤตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จะปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าทั้งสองกลุ่มมีความพอใจหรือทัศนคติไม่แตกต่างกัน แสดงว่าความพอใจหรือทัศนคติของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และในส่วนของคำถามปลายเปิดวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และการวิเคราะห์เนื้อหา

แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่ได้ถือบัตรสปร. ที่เข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขโดยที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วน

โดยใช้การแจกแจงความถี่คำถามแต่ละข้อแล้วหาค่าร้อยละสำหรับข้อมูลจากคำถามปลายปิด ในส่วน of คำถามปลายเปิดวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และการวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์การเงินสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย แบ่งการวิเคราะห์ได้เป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 สถานภาพของนโยบายการเงินสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

ตอนที่ 2 ผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อผู้ให้บริการการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 3 ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 4 ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและไม่เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 1 สถานภาพของนโยบายการเงินสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อย

1. โครงการการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทนำว่า การเงินสาธารณสุขไทยโดยรวมมีรูปแบบที่เป็นการผสมผสานกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยมีแหล่งที่มาของการเงินสาธารณสุขที่สามารถจำแนกออกได้เป็น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคภายนอก ในส่วนของภาครัฐเป็นส่วนที่ประกอบไปด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับและโครงการต่าง ๆ ของรัฐบาลที่มีแหล่งที่มาจากภาษี และการประกันสุขภาพแบบบังคับ (compulsory health insurance) ผ่านทางการประกันสังคม สำหรับในภาคเอกชนประกอบไปด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพจากครัวเรือนโดยตรง บริษัทประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยนายจ้าง เงินบริจจาคภายในท้องถิ่นและกองทุนต่าง ๆ ที่บริหารโดยผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และสำหรับแหล่งการเงินสาธารณสุขภาคภายนอกนั้นประกอบไปด้วยเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพจากภาครัฐและภาคเอกชนในต่างประเทศ โดยจากงานวิจัยของอดิศักดิ์ หลายชูไทย และคณะ (2540) ได้แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2537 ครัวเรือนมีบทบาทการจ่ายเงินด้านสุขภาพมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.15 และรองลงมาคือ กระทรวงสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 26.97 โดยจากร้อยละ 40.15 ที่เป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพในภาคครัวเรือนนั้น แบ่งออกได้เป็นค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนไปยังสถานบริการในภาครัฐร้อยละ 29.44 ไปยังภาคเอกชนร้อยละ 57.79 และเป็นรายจ่ายเพื่อการสะสมทุน ร้อยละ 12.76 โดยในส่วนของภาคเอกชนสามารถแยกได้ว่าเป็นการซื้อยารับประทานเองร้อยละ 12.94 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของครัวเรือนหรือร้อยละ 5.74 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศ

สำหรับการจัดรัฐสวัสดิการให้แก่กลุ่มประชากรที่เป็นผู้มีรายได้น้อยหรือคนยากจนในประเทศไทยนั้นก็ไม่ได้แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ ที่ไม่ว่าจะเป็นประเทศพัฒนาหรือประเทศกำลังพัฒนาก็ตาม กล่าวคือ รัฐได้มีการจัดหลักประกันหรือโครงการสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มนี้โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพเหล่านั้นตกเป็นของรัฐ การให้สวัสดิการสงเคราะห์โดยรัฐแก่ผู้มีรายได้น้อยในกรณีเจ็บป่วยจะช่วยลดภาระสัด

ส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนที่มีความยากจน ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนใหญ่จะมาจากครัวเรือน แต่สำหรับครัวเรือนที่มีรายได้น้อยแล้ว ทางเลือกหลักในการรับการรักษายาบาลจะอยู่ที่การเข้ารับบริการ ในสถานบริการของรัฐ การซื้อยารับประทานเองและการพบแพทย์ที่คลินิก ดังนั้น สวัสดิการด้านการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่ผู้มีรายได้น้อยที่เข้าถึงกลุ่มผู้มีรายได้น้อยอย่างแท้จริง จะมีผลให้รัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยแต่เพียงผู้เดียว

รูปแบบในการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้มีรายได้น้อยมีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วจะมีแหล่งที่มาของเงินสำหรับโครงการสุขภาพหรือหลักประกันสำหรับผู้มีรายได้น้อยจากเงินภาษีเช่นเดียวกับในกรณีของประเทศไทย สิ่งที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศก็ได้แก่ สิทธิผลประโยชน์ เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินผู้มีสิทธิ ตลอดจนรูปแบบการบริหาร และการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีโปรแกรม Medicaid ที่ร่วมกันระหว่าง Federal และ State โดยแหล่งที่มาของเงินมาจากเงินภาษี การให้การรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายไม่ได้ครอบคลุมภาวะการเจ็บป่วยทุกประเภท เกณฑ์ในการตัดสินผู้มีสิทธิใช้ระดับความยากจนเป็นหลัก โดยกลุ่มเป้าหมายของโครงการจะเป็นเด็กและหญิงมีครรภ์เป็นสำคัญ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงทั้งในระดับรัฐและ Federal สำหรับในประเทศไต้หวันและสหราชอาณาจักร ด้วยรูปแบบของ universal coverage รัฐจะต้องรับผิดชอบในส่วนของเบี้ยประกันสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยโดยใช้เงินภาษี โดยมีหน่วยงานที่จะตรวจสอบผู้มีสิทธิว่าเป็นผู้มีรายได้น้อยหรือไม่ การเข้ารับการรักษาพยาบาลจะต้องตามขั้นตอนการส่งต่อ ผ่าน general practitioner มิฉะนั้นจะไม่ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ด้วยรูปแบบของ risk-sharing คนรวยจึงสามารถ subsidize ให้กับคนจนได้

ในตัวอย่างของประเทศที่ยกมานั้นมี outlet ของผู้ให้บริการที่ผสมผสานกันระหว่างรัฐและเอกชน การให้ค่าตอบแทนในการรักษายาบาลอาจใช้รูปแบบของ reimbursement แบบ fee-for-service หรือ capitation โดยการรักษายาบาลอาจเป็นไปในรูป contract หรือแบบ global budgeting ก็ได้ แต่สำหรับประเทศไทยนั้น outlet ที่กำหนดให้สำหรับโครงการสปร.เป็นสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ซึ่งประกอบไปด้วยหน่วยงานทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมผู้มีสิทธิเป็นส่วนมากและได้รับงบประมาณจากโครงการสปร.เป็นส่วนใหญ่ การจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการโดยตรงนั้นไม่มี แต่ค่าใช้จ่ายที่เกิดในโครงการจะได้รับงบประมาณแบบ global budgeting เช่นเดียวกับในสหราชอาณาจักร ประเทศแคนาดาและประเทศในแถบทวีปแอฟริกาบางประเทศ โดยในแต่ละประเทศจะมีวิธีการจัดสรรและกำหนดเงินงบประมาณที่แตกต่างกันไป เช่นบางประเทศใช้จำนวน case ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีและจำนวน case ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต มาคำนวณร่วมกับอัตราค่าบริการที่ตั้งไว้เป็นมาตรฐาน โดยการกำหนด case ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นผิดพลาดไปก็อาจจะมีผลต่อเงินงบประมาณได้ อย่างไรก็ตามไม่มีประเทศใดที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการให้หลักประกันแก่ผู้มีรายได้น้อย ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงินสาธารณสุข สิทธิและผลประโยชน์ที่ผู้มีสิทธิพึงได้รับ ประเภทและคุณภาพการบริการที่จะได้รับ ตลอดจนการกำหนดผู้มีสิทธิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่มีระบบการทำงานนอกระบบเป็นส่วนใหญ่ การใช้เกณฑ์รายได้จึงก่อให้เกิดปัญหาค่อนข้างสูง จึงกล่าวได้ว่าไม่มีวิธีใดวิธีหนึ่งที่จะเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับประเทศหนึ่ง ๆ เพียงแต่จะต้องปรับเข้ากับสถานการณ์ของแต่ละประเทศ และเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้ตามความเหมาะสม

สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้เริ่มจัดให้มีการสงเคราะห์การรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยโดยใช้โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) และการถือฤกษ์ของสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โดยผู้มีรายได้น้อยในกลุ่มแรกที่มีบัตรสปน.หรือสปร.เรียกว่าคนไข้ประเภท ก และในกลุ่มที่สองที่ไม่มีบัตรเรียกว่าคนไข้ประเภท ข สำหรับกรณีของโครงการสปน. นั้น ได้มีการเริ่มโครงการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยในช่วงแรกของโครงการนั้น การให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้ให้การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล แต่ต่อมาได้เริ่มมีการออกบัตรที่มีอายุ 3 ปี โดยรุ่นที่ 1 ได้เริ่มในปี พ.ศ. 2524 โครงการฯ ได้มีการดำเนินงานจนถึงปีพ.ศ. 2537 จึงได้มีการปรับปรุงแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพ.ศ. 2527 โดยมีสาระสำคัญคือ เปลี่ยนชื่อบัตรเป็นบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ที่เรียกว่าโครงการสปร.ในเวลาต่อมา ปรับเกณฑ์รายได้ในการพิจารณาผู้สมควรได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลจากคนโสดซึ่งมีรายได้ไม่เกิน 1,500 บาทเป็น 2,000 บาท และจากบุคคลในครอบครัวเดียวกันซึ่งมีรายได้รวมกันไม่เกิน 2,000 บาทเป็น 2,800 บาท และเพิ่มการครอบคลุมผู้เยาว์ที่มีได้อยู่ในอุปการะของคนโสดหรือครัวเรือนข้างต้นและมีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท ตลอดจนเพิ่มความยืดหยุ่นในเรื่องเอกสารหลักฐาน เพิ่มผู้มีอำนาจในการรับยื่นความจำนงขอมีบัตร และเพิ่มเติมหมวด การอุทธรณ์ การประชุมและบทเฉพาะกาล³

ส่วนกลุ่มที่สองที่เป็นผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรหรือที่เป็นคนไข้ประเภท ข นั้น การจัดสรรงบประมาณไม่ได้จัดสรรพร้อมงบประมาณสำหรับผู้ที่ได้รับสวัสดิการสปร. แต่อาศัยจากเงินงบประมาณหมวด 300 ที่พิจารณาจากจำนวนคนไข้ทั้งหมดรวมทั้งที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลและไม่จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ได้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐ ซึ่งจะคำนวณอัตราสำหรับค่าอาหารและยาสำหรับแต่ละสถานพยาบาลโดยไม่มีการแยกประเภทคนไข้ จึงไม่มีการจัดสรรโดยตรงในระดับจังหวัดเหมือนกับกรณีงบประมาณของผู้มีบัตรสปร.

การบริหารโครงการสปร.ประกอบไปด้วยขั้นตอนหลัก ๆ 4 ขั้นตอนคือ

- (1) ขั้นตอนการออกบัตรสปร.ซึ่งรวมถึงการพิจารณาและกำหนดผู้มีสิทธิในแต่ละพื้นที่ ในขั้นตอนนี้องค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้องคือ ในส่วนภูมิภาคประกอบไปด้วย คณะกรรมการอำนวยการจัดทำบัตรสวัสดิการระดับจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัด คณะกรรมการดำเนินการจัดทำบัตรสวัสดิการ ฯ ระดับอำเภอ นายอำเภอ คณะกรรมการดำเนินการจัดทำบัตรสวัสดิการ ฯ ของเทศบาล/เมืองพัทยา ปลัดเทศบาล/ปลัดเมืองพัทยา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการระดับตำบล ปลัดอำเภอ คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการของเทศบาล/เมืองพัทยา ปลัดเทศบาล/ปลัดเมืองพัทยา คณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติงานพัฒนาชนบทระดับตำบล คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการระดับหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และหัวหน้าสถานพยาบาล สำหรับในส่วนกรุงเทพมหานครประกอบไปด้วย คณะกรรมการอำนวยการจัดทำบัตรสวัสดิการฯของ กทม. ปลัดกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการดำเนินการจัดทำบัตรสวัสดิการ ฯ ระดับเขต ผู้

³ คู่มือการจัดทำบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลพ.ศ. 2537

อำนาจการเขต คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการสำหรับผู้มีภูมิลำเนาในเขต
กทม.ของเขต และเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข

- (2) ขั้นตอนการเข้ารับบริการ มีองค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้องคือ สถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้
การรักษาพยาบาล ในกรณีที่ผู้มีบัตรฯมีการเจ็บป่วยปกติที่ไม่ใช่การเจ็บป่วยประเภทฉุกเฉิน
ผู้มีบัตรฯจะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามที่ระบุในบัตรฯซึ่งจัดว่าเป็น
สถานพยาบาลที่สะดวกที่สุดสำหรับผู้มีบัตรฯ การรักษาจะเน้นที่ระบบส่งต่อเพื่อความมี
ประสิทธิภาพ สถานพยาบาลจะบันทึกการเข้ารับการรักษาพยาบาล จำนวนวัน ตลอดจนค่าใช้จ่าย
แล้วสุดท้ายจะรวบรวมส่งไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- (3) ขั้นตอนการกำหนดงบประมาณ องค์กรที่เกี่ยวข้องคือ สำนักงานประกันสุขภาพและสำนักงาน
ประมาณ จากข้อมูลการใช้บริการ การรักษาพยาบาลในแต่ละจังหวัดที่รวบรวมได้ สำนักงาน
ประกันสุขภาพจะนำมาใช้เป็นเกณฑ์ร่วมในการพิจารณาและกำหนดงบประมาณสำหรับปีงบประมาณ
ปีต่อไปโดยใช้เครื่องมือทางเศรษฐมิติคือ การถดถอยพหุคูณ ทั้งนี้การจัดสรรงบ
ประมาณจะจัดสรรรวมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 6 กลุ่มที่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจาก
รัฐคือ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกพร้อมครอบครัว พระ
ภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาอื่น ๆ
- (4) ขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณ ภายหลังจากที่สำนักงานประกันสุขภาพได้จัดสรรงบประมาณ
ให้แก่ระดับจังหวัดแล้ว งบประมาณที่แต่ละจังหวัดได้รับจะต้องถูกนำมาจัดสรรให้แก่สถาน
พยาบาลในจังหวัดนั้น ๆ ต่อไป

ในส่วนของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรฯนั้น การพิจารณาว่าจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
หรือเสียเป็นบางส่วนเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับสถานพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องอาจเป็นพยาบาล เจ้า
หน้าที่สังคมสงเคราะห์ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเช่นเดียวกับโครงการสปร. ทางสถานพยาบาลก็
จะรวบรวมข้อมูลการให้บริการตลอดจนค่าใช้จ่ายให้กับสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งการจัดสรรงบประมาณ
สำหรับคนกลุ่มนี้อยู่ในความรับผิดชอบของกองโรงพยาบาลภูมิภาคในรูปแบบของงบประมาณหมวด 300

2. ผู้มีรายได้น้อยและผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล (สปร.)

จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการสปร.ในปีงบประมาณ 2539 มีทั้งหมด 12,946,645 คน คิดเป็นร้อยละ 22.83 ของประชากรไทยทั้งหมด สัดส่วนนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในปีงบประมาณ 2540 โดยมีจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมดเท่ากับ 12,830,639 คน หรือร้อยละ 22.38 ของประชากรทั้งหมด และในปีงบประมาณ 2541 จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการก็ได้เพิ่มขึ้นเป็น 14,407,328 คน (ร้อยละ 23.43 ของประชากรทั้งหมด) เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์รายได้ที่ใช้ในการพิจารณาและตัดสินใจการออกบัตรสปร.ให้แก่ผู้มีรายได้น้อยจะเห็นว่า จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปีพ.ศ. 2539 จำนวนประชากรที่มีรายได้ประจำต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 3,000 บาทมีจำนวนทั้งหมดประมาณ 9,306,162 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.42 ของประชาชนของประเทศ แต่ถ้าพิจารณาจากรายได้ประจำ

⁴ ในรายงานการสำรวจฯไม่มีการแบ่งชั้นรายได้ที่ 2,800 บาท ดังนั้นในการวิเคราะห์จึงใช้รายได้ที่ 3,000 บาทแทน

ต่อเดือนต่อคนแล้ว จะเห็นว่าจำนวนประชากรที่มีรายได้ประจำเดือนต่อคนที่ต่ำกว่า 2,000 บาทมีจำนวนประมาณ 8,193,801 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 14.45 ของประชาชนทั้งหมดของประเทศ ในทำนองเดียวกัน เมื่อพิจารณาจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปี พ.ศ. 2541 (6 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2541) จำนวนประชากรที่มีรายได้ประจำเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 3,000 บาทมีจำนวนทั้งหมดประมาณ 6,237,283 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.15 ของประชาชนของประเทศ แต่ถ้าพิจารณาจากรายได้ประจำเดือนต่อคนแล้ว จะได้ว่าจำนวนประชากรที่มีรายได้ประจำเดือนต่อคนที่ต่ำกว่า 2,000 บาทมีจำนวนประมาณ 6,958,604 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 11.32 ของประชาชนทั้งหมดของประเทศ (ตารางที่ 4.1 และ ตารางที่ 4.2)

จากตัวเลขดังกล่าวข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบจำนวนประชากรโดยประมาณกับจำนวนผู้มีสิทธิแล้วจะเห็นว่าโครงการสวัสดิการได้ครอบคลุมประชาชนผู้มีรายได้ไม่น้อยมากกว่าจำนวนประชากรในกลุ่มเป้าหมาย ถึงแม้ว่าจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการฯทั้งหมดจะครอบคลุมกลุ่มนักเรียน ผู้สูงอายุ คนพิการ ทหารและภิกษุ/สามเณร และผู้นำศาสนาอื่นซึ่งเป็นผู้สมควรได้รับสวัสดิการก็ตาม การให้สิทธิที่ซ้ำซ้อนกันก็อาจจะเกิดขึ้นได้ อันจะทำให้ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิค่อนข้างสูง และทั้งนักเรียน ผู้พิการ ทหารก็สามารถจะนับรวมอยู่ในครัวเรือนได้ นอกจากนี้ ในขณะที่สัดส่วนของประชากรที่มีรายได้ตามที่กำหนดมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี แต่สัดส่วนของผู้มีสิทธิในโครงการฯต่อประชากรทั้งหมดกลับไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ทั้ง ๆ ที่จำนวนคนยากจนและจำนวนผู้มีรายได้น้อยกลับลดลง (ตารางที่ 4.1 ตารางที่ 4.2 และ ตารางที่ 4.3) อย่างไรก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่บัตรมีอายุการใช้ได้ 3 ปี ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิจึงไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงปี 2539-2541 แต่ก็เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าการให้ระยะเวลาการใช้บัตรได้เป็นเวลา 3 ปีไม่ได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่เปลี่ยนแปลงไป

ตารางที่ 4.1 จำนวน/ร้อยละประชากรที่มีรายได้ประจำเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 3,000 บาท จำแนกตามปี

	2539	2541 [*]
จำนวนครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท	2,463,900	1,327,545
จำนวนประชากร(จำนวนครัวเรือน ×ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ย)	9,306,162	6,237,283
จำนวนประชากรทั้งหมด	56,692,141	61,466,178
ร้อยละ	16.42	10.15

^{*} 6 เดือนแรกของปี 2541

ที่มา: คำนวณจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2541

ตารางที่ 4.2 จำนวน/ร้อยละประชากรที่มีรายได้ประจำต่อคนต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท

	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2541 [*]
จำนวนประชากรที่มีรายได้ประจำต่อคนต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท	8,193,801	6,958,604
จำนวนประชากรทั้งหมด	56,692,141	61,466,178
ร้อยละ	14.45	11.32

* 6 เดือนแรกของปี 2541

ที่มา: คำนวณจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2541

นอกเหนือจากการพิจารณาจากตัวเลขทุติยภูมิที่แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้มีสิทธิอาจจะมีจำนวนมากกว่าประชากรเป้าหมายแล้ว งานวิจัยในอดีตเกี่ยวกับขั้นตอนการออกบัตรสปร.ของกองสาธารณสุข ภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2526) เชื้อทอง อัมตะมาลาและคณะ (2527) สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ (2530) ที่เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยใช้แบบสอบถามก็ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ได้รับสวัสดิการมีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ที่สมควรได้รับบัตรฯไม่ได้รับบัตรฯ แต่ผู้ที่ไม่สมควรได้รับบัตรฯกลับเป็นผู้ถือบัตรฯ แสดงว่าการออกบัตรฯไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหรือครอบคลุมประชากรเกินกว่ากลุ่มเป้าหมาย ซึ่งหากการจัดสรรงบประมาณในขั้นตอนที่ 3 ไม่ได้พิจารณาถึงจำนวนผู้มีสิทธิ การออกบัตรฯที่ซ้ำซ้อนกันก็จะไม่เป็นปัญหา แต่หากการออกบัตรฯไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหรือครอบคลุมมากกว่ากลุ่มเป้าหมายก็จะเกิดผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณ ถ้าการจัดสรรงบประมาณนั้นได้พิจารณาจากการใช้บริการและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วย

จากการที่เกณฑ์รายได้ที่รัฐได้ใช้ในการตัดสินผู้มีสิทธิรับสวัสดิการนั้นกำหนดไว้สูงกว่าเส้นความยากจน ซึ่งถือว่าเป็นการให้สวัสดิการที่จัดอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับนโยบายการให้ความช่วยเหลือคนยากจนในประเทศอื่น ๆ อีกทั้งเกณฑ์ดังกล่าวก็ไม่ได้ใช้ระดับความยากจนเป็นฐานในการพิจารณาเช่นเดียวกับประเทศอื่น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเกณฑ์ที่ใช้ในการช่วยเหลือหรือให้สวัสดิการคนยากจนในประเทศอื่น ๆ จะใช้เส้นความยากจน ตลอดจนไม่ได้คำนึงความยากจนในแต่ละพื้นที่หรือไม่ได้พิจารณาความแตกต่างกันทางสภาพภูมิศาสตร์แต่อย่างใด ดังนั้น ถ้าการออกบัตรฯหรือให้สิทธิไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มผู้มีรายได้น้อยตามที่รัฐกำหนดหรือครอบคลุมกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้มีรายได้น้อยแล้ว ภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขจะต้องตกอยู่กับรัฐมากขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น ความเท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการก็จะไม่เกิดขึ้น ทั้งนี้ถ้าพิจารณาจากเส้นความยากจน จำนวนคนยากจนและร้อยละของจำนวนคนยากจนและเส้นความยากจนเฉลี่ยจะแสดงได้ดังตารางที่ 4.3 ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มของคนยากจนที่ลดลงไม่ได้สอดคล้องกับจำนวนผู้รับสวัสดิการฯ ของรัฐแต่อย่างใด แต่กลับมีทิศทางในทางตรงกันข้าม

นอกจากว่าจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการสปร.อาจจะสูงกว่าจำนวนประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายแล้ว จำนวนผู้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐประเภทเกื้อกูลหรือที่เรียกว่าผู้ป่วยประเภท ข. ก็ยังคงมีปรากฏเป็นจำนวนมาก โดยในปีงบประมาณ 2539 ได้มีผู้ที่ไม่มียบัตรสปร.ที่จัดเป็นผู้ป่วยประเภท ข. ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ป่วยนอกนั้นมีจำนวนถึง 3,642,714 คน และในฐานะผู้ป่วยในถึง 364,100 คน ในขณะที่จำนวนผู้มีบัตรสปร.ประเภทรายได้

น้อยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ป่วยนอกมีจำนวน 4,643,677 คน และในฐานะผู้ป่วยในเป็นจำนวน 372,228 คน ส่วนในปีงบประมาณ 2540 จำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกของผู้ที่มีบัตรสป.ประเภทรายได้น้อยและของผู้ที่ไม่มีบัตรเท่ากับ 8,922,843 ครั้ง และ 6,717,877 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในสำหรับผู้มีบัตรสป.รายได้น้อยและผู้ที่ไม่มีบัตรเท่ากับ 1,389,228 วันและ 1,580,379 วัน ตามลำดับ ซึ่งตามหลักแล้วผู้ป่วยที่จะได้รับการเกื้อกูลควรจะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการพิจารณาจากสถานพยาบาลว่าเป็นผู้มีรายได้น้อย ดังนั้นจากตัวเลขที่ปรากฏแสดงว่าการพิจารณาการให้การช่วยเหลือของสถานพยาบาลยังเป็นไปอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม เพราะนอกจากตัวเลขจำนวนผู้ได้รับบัตรสป.จะสูงแล้ว การออกบัตรสป.ก็ไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มประชากรผู้มีรายได้น้อยอย่างครบถ้วน เนื่องจากยังคงมีผู้มีรายได้น้อยอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับสวัสดิการสป.

ตารางที่ 4.3 เส้นความยากจนเฉลี่ยและจำนวน/ร้อยละคนยากจน

	2531	2533	2535	2537	2539	2541
เส้นความยากจนเฉลี่ย (บาท/เดือน/คน)	473	522	600	636	728	911
จำนวนคนยากจน (ล้านคน)	17.9	15.3	13.5	9.7	6.8	7.9
ร้อยละ	32.6	27.2	23.2	16.3	11.4	12.9

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดย กองประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 4.4 จำนวน/ร้อยละประชากรที่มีรายได้ประจำต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 3,000 บาท จำแนกตามภาคและปี

ปี	ภาค				
	กรุงเทพและ ปริมณฑล	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ใต้
2539					
• จำนวนประชากร	130,417	1,181,968	2,007,202	4,752,102	1,234,473
• ร้อยละของประชากรทั้งหมด	2.34	11.33	16.75	22.76	15.81
2541					
• จำนวนประชากร	48,297	907,559	1,493,593	2,937,350	850,484
• ร้อยละของประชากรทั้งหมด	0.86	6.36	12.28	13.78	10.54

* 6 เดือนแรกของปี 2541

ที่มา: คำนวณจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2541

และเมื่อจำแนกตัวเลขรายได้จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปี 2539 และ 2541 ออกเป็นรายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนประชากรที่มีรายได้ประจำ ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 3,000 บาทและจำนวนประชากรที่มีรายได้ประจำเดือนต่อคนต่ำกว่า 2,000 บาท เป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง(รวมภาคตะวันออก) และภาคใต้ ตามลำดับ (ตารางที่ 4.4 และ ตารางที่ 4.5) ตัวเลขดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการกระจายตัวในระดับ ภาคของจำนวนผู้มีบัตรสวัสดิการในสองอันดับแรก คือโดยเฉลี่ยแล้ว ในปี พ.ศ. 2539 ภาคที่มีจำนวนผู้มี สิทธิในบัตรสป.มากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 จำนวน/ร้อยละประชากรที่มีรายได้ประจำต่อเดือนของคนต่ำกว่า 2,000 บาท จำแนกตาม ภาคและปี

ปี	ภาค				
	กรุงเทพและ ปริมณฑล	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียง เหนือ	ใต้
2539					
• จำนวนประชากร	186,310	1,316,395	1,913,783	3,702,338	1,074,974
• ร้อยละของประชากร ทั้งหมด	3.33	12.61	15.97	17.73	13.77
2541					
• จำนวนประชากร	116,482	1,043,062	1,639,072	3,223,921	936,067
• ร้อยละของประชากร ทั้งหมด	2.06	7.30	13.48	15.13	11.60

*6เดือนแรกของปี 2541

ที่มา: คำนวณจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2541

3. งบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล (สปร.)

งบประมาณสำหรับโครงการสวัสดิการสงเคราะห์ประชาชนได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอดตั้งแต่ เริ่มโครงการฯจนกระทั่งปี พ.ศ. 2541 โดยในช่วงแรก การเพิ่มขึ้นของงบประมาณเป็นไปอย่างช้า ๆ และ ยังคงรักษาสัดส่วนงบสปร.อยู่ที่ประมาณร้อยละ 6-7 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด การเพิ่มงบ ประมาณอย่างรวดเร็วได้เริ่มในปีพ.ศ. 2533 โดยเพิ่มในอัตราร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2532 ทำ ให้สัดส่วนงบประมาณสปร.ต่องบประมาณสาธารณสุขทั้งหมดเพิ่มเป็นร้อยละ 9 จนถึงร้อยละ 12 ในปี 2541

ตารางที่ 4.6 แสดงงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลประจำปีงบ ประมาณ 2539 - 2541 รายภาค จากตัวเลขงบประมาณพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับงบ งบประมาณสูงสุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออก ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า งบ

ประมาณในแต่ละภาคมีความสอดคล้องกับจำนวนประชากรที่มีรายได้ต่อเดือนต่อคนน้อยกว่า 2,000 บาท (ตารางที่ 4.3) หรือจำนวนประชากรที่มีรายได้ต่อเดือนต่อครัวเรือนต่ำกว่า 3,000 บาท (ตารางที่ 4.4) และในแต่ละภาคก็ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพิ่มขึ้นแต่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของงบประมาณที่แตกต่างกัน โดยในปี 2540 ภาคกลางและภาคใต้ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่น ๆ ในขณะที่ในปี 2541 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับงบประมาณที่เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณแต่ละปีที่ให้น้ำหนักกับตัวแปรแต่ละตัวแตกต่างกันไป และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเปลี่ยนแปลงของงบประมาณระหว่างปี 2539 กับ 2540 และปี 2540 กับ 2541 จะเห็นว่า อัตราการเพิ่มของเงินงบประมาณจะลดลงยกเว้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 4.6 งบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค

ภาค	2539		2540		2541	
	จำนวนเงิน (บาท)	% การ เปลี่ยนแปลง	จำนวนเงิน (บาท)	% การ เปลี่ยนแปลง	จำนวนเงิน (บาท)	% การ เปลี่ยนแปลง
กลาง	648,070,600	n/a	835,571,000	28.93	956,098,367	14.42
ตะวันออก	251,536,700	n/a	316,144,000	25.69	360,840,403	14.14
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,516,388,100	n/a	1,827,039,000	20.49	2,248,145,538	23.05
เหนือ	934,107,400	n/a	1,145,164,197	22.59	1,311,104,799	14.49
ใต้	605,256,200	n/a	779,539,000	28.79	922,185,531	18.30
รวมทั้งประเทศ	3,955,359,000	n/a	4,903,457,197	23.97	5,798,374,638	18.25

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

สำหรับวิธีการหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณนั้น ได้มีการปรับปรุงเกณฑ์มาโดยตลอด โดยในปีงบประมาณ 2535 ในความดูแลของกองสาธารณสุขภูมิภาค การจัดสรรงบประมาณได้คิดจากจำนวนคนจนต่อผลการให้บริการผู้ป่วยรายได้น้อยทั้งหมดในอัตราส่วน 60:40 ในปีงบประมาณ 2536 อัตราส่วนได้เปลี่ยนเป็น 50:50 ในปี 2537 ได้เพิ่มเกณฑ์จากเดิมที่มีเฉพาะจำนวนคนจนและผลการบริการ โดยได้เพิ่มเกณฑ์ของจำนวนประชากรในจังหวัด จำนวนสถานบริการ และสภาพปัญหาของพื้นที่เข้าไปด้วย ในปี 2538 ได้มีการจัดสรรแยกระหว่างรพช./รพท. กลุ่มหนึ่งกับ รพช. และสอ. อีกกลุ่มหนึ่ง การจัดสรรงบประมาณในกลุ่มแรกอยู่ในความรับผิดชอบของกองโรงพยาบาลภูมิภาค และใช้การวิเคราะห์การถดถอยในการจัดสรรงบประมาณทั้งของสปร.ร่วมกับงบประมาณหมวด 300 โดยมีการนำปัจจัยต่าง ๆ ในการบริการเช่น จำนวนเตียง จำนวนผู้ป่วย จำนวนประชากร รายได้เฉลี่ยของประชากร เงินบำรุง เป็นต้น มาร่วมในการพิจารณา ส่วนในกลุ่มที่ 2 ใช้เกณฑ์เดียวกับปี 2536 ในการจัดสรรงบประมาณ

ต่อมาในปีงบประมาณ 2539 โครงการสปร.ได้ย้ายมาอยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสุขภาพ โดยสำนักงานประกันสุขภาพได้ทำการจัดสรรงบประมาณในปี 2539 จากผลที่ได้จากการถดถอย พหุคูณเชิงเส้นที่สรุปได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ปรับด้วยค่าเฉลี่ยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ในแต่

ละจังหวัดดังต่อไปนี้คือ จำนวนประชากรที่ปรับด้วยอัตราการตายมาตรฐาน รายได้เฉลี่ยของประชากรภายในจังหวัด จำนวนวันนอนรวมในโรงพยาบาลทั้งจังหวัด จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกรวมทั้งจังหวัด และจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ และในการจัดสรรได้ให้สัดส่วนสูงที่สุดในการจัดสรรแก่จำนวนวันนอนรวมในโรงพยาบาลทั้งจังหวัดคือร้อยละ 49.72 รองลงมาคือ จำนวนประชากรที่ปรับด้วยอัตราการตายมาตรฐานร้อยละ 34.84 ค่าใช้จ่ายเบื้องต้นของจังหวัดร้อยละ 17.71 จังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 2.73 จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกร้อยละ 2.03 และรายได้เฉลี่ยของประชาชนร้อยละ -7.03

สำหรับในปีงบประมาณ 2540 สำนักงานประกันสุขภาพใช้การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นในการจัดสรรงบประมาณแต่ได้มีการปรับน้ำหนักการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลแต่ละระดับโดยใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG ในการปรับน้ำหนักสำหรับการบริการผู้ป่วยใน และใช้ต้นทุนการบริการในการให้บริการแต่ละครั้งของสถานพยาบาลแต่ละระดับในการปรับน้ำหนักสำหรับการบริการผู้ป่วยใน ประกอบกับการปรับฐานข้อมูลให้ครบถ้วนและดีขึ้น ผลการถดถอยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของจังหวัดคือ จำนวนประชากรที่มีสิทธิในโครงการ น้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยนอกที่ใช้ต้นทุนการบริการในสถานพยาบาลแต่ละระดับในการให้บริการแต่ละครั้งเป็นตัวปรับ และน้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยในที่ใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ DRG ของแต่ละระดับสถานพยาบาลเป็นตัวปรับ โดยจำนวนประชากรที่มีสิทธิมีน้ำหนักของสัดส่วนการจัดสรรสูงสุดคือ ร้อยละ 47.78 รองลงมาคือ น้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยนอกร้อยละ 20.46 ค่าใช้จ่ายเบื้องต้นร้อยละ 19.84 และน้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยในร้อยละ 11.93

ทั้งนี้จำนวนประชากรที่มีสิทธิในโครงการที่เป็นตัวแปรในสมการถดถอยและเป็นปัจจัยในการจัดสรรงบประมาณนั้น เป็นจำนวนประชากรที่สำนักงานประกันสุขภาพประมาณขึ้นโดยพิจารณาจากจำนวนผู้ที่สมควรได้รับสวัสดิการทุกกลุ่มซึ่งรวมทั้งผู้มีรายได้ต่ำและผู้ที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการคือ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0 - 12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกพร้อมครอบครัว พระภิกษุ สามเณรและผู้นำศาสนา การจัดสรรงบประมาณในลักษณะดังกล่าวไม่ได้พิจารณารูปแบบหรือแบบแผนของการเจ็บป่วยของกลุ่มเป้าหมายหรือแบบแผนการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่อาจมีความแตกต่างกัน เช่น ความแตกต่างของโรคภัยไข้เจ็บระหว่างผู้มีรายได้ต่ำกับผู้สูงอายุ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ การจัดสรรงบประมาณจึงขึ้นอยู่กับความถูกต้องของตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิที่แท้จริงซึ่งมีความแตกต่างอย่างมากในแต่ละจังหวัดว่ามีความใกล้เคียงหรือถูกต้องกับความเป็นจริงหรือเป็นไปตามที่ประมาณมากน้อยอย่างไร โดยขั้นตอนการออกบัตรที่ถูกระเบียบ กฎเกณฑ์ย่อมจะมีผลต่อจำนวนผู้มีสิทธิ จำนวนครั้ง จำนวนวัน และค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สมควรจะอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐ อีกทั้งการกำหนดค่าใช้จ่ายในแต่ละสถานพยาบาลที่มีเพียงเพดานของอัตราโดยไม่มีอัตราที่แน่นอนของแต่ละสถานพยาบาลแต่ละจังหวัดทำให้ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่รวบรวมจากสถานพยาบาลต่าง ๆ นั้นมีความแตกต่างกัน ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้การรักษาพยาบาลของแต่ละสถานพยาบาลก็จะมีผลต่อค่าใช้จ่าย จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน เช่นเดียวกับการนำ DRG และต้นทุนการบริการมาใช้เป็นตัวปรับน้ำหนักสัมพัทธ์ของการบริการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนั้นเป็นค่าเฉลี่ยซึ่งอาจจะมีความแปรปรวนได้ในแต่ละจังหวัดเนื่องจากการบริการสาธารณสุขในแต่ละจังหวัดในแต่ละพื้นที่ในแต่ละสถานพยาบาลก็มีความแตกต่างกันมาก ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณจากผลการถดถอยที่ได้

ให้ความสำคัญกับ resource intensity ที่เน้นจำนวนการให้บริการมากกว่าคุณภาพและความสามารถในการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง โดยไม่ได้คำนึงถึง capacity และความถูกต้องเหมาะสมของ protocol ในการรักษาพยาบาลของแต่ละสถานพยาบาลโดยตรง ทำให้การจัดสรรงบประมาณอาจจะไม่มีความเหมาะสมและความถูกต้อง

และด้วยหลักในการจัดสรรงบประมาณที่ว่าไม่มีการลดงบประมาณที่ได้รับเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ดังนั้น หน่วยงานที่มีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการปีที่ผ่านมาต่ำกว่างบประมาณที่ได้รับ ก็จะได้รับงบประมาณในปีต่อไปไม่เกินกว่างบประมาณที่ได้รับในปีที่ผ่านมา การตั้งงบประมาณที่คลาดเคลื่อนไปในทางบวก (overestimate) จะทำให้งบประมาณในปีต่อไปสูงขึ้นมากกว่าความเป็นจริงถ้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสถานพยาบาลไม่พยายามควบคุมค่าใช้จ่ายและการให้บริการถึงแม้ว่างบประมาณที่ได้รับอาจจะเพียงพอ การตั้งงบประมาณในปีต่อไปจึงขึ้นอยู่กับตัวเลขจำนวนงบประมาณในตอนแรกส่วนหนึ่งและการใช้จ่ายเงินงบประมาณดังกล่าวอีกส่วนหนึ่ง

การจัดสรรงบประมาณข้างต้นเป็นการจัดสรรเป็นงบประมาณในลักษณะ lump sum ให้กับจังหวัด หลังจากนั้นจะมีการจัดสรรกันเองภายในจังหวัดให้แก่สถานพยาบาลแต่ละระดับต่อไป เพื่อเป็นการกระจายอำนาจในการบริหารการจัดงบประมาณโครงการ สปร. อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณโครงการสปร.ในระดับจังหวัดนั้นเป็นการจัดสรรที่ไม่มีระเบียบแนวปฏิบัติที่ยึดถือร่วมกันในแต่ละจังหวัด แต่ละจังหวัดมีการจัดสรรกันเองโดยการประชุมร่วมกันระหว่างผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้เงินงบประมาณ บางจังหวัดใช้เกณฑ์เดียวกับการจัดสรรเงินในกรณีของบัตรประกันสุขภาพ บางจังหวัดใช้ตัวเลขการบริการและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นเกณฑ์ ดังนั้นในแต่ละจังหวัดจะมีความแตกต่างกันไป จึงอาจจะเกิดปัญหาการกระจายงบประมาณที่ไม่เหมาะสมในบางจังหวัดได้ สำหรับในปีงบประมาณ 2540 นั้น โดยเฉลี่ยแล้วทั้งประเทศมีการจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่รพศ./รพท. รพช. และ สอ./สสจ./ทบ. ในอัตราส่วนเท่ากับ 47:32:21 สำหรับการจัดสรรงบประมาณสปร.นี้เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคและรายจังหวัดจะเห็นว่ามี ความแตกต่างกันในอัตราส่วนทั้ง 3 ระดับของสถานพยาบาล โดยในภาคกลางรวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนเป็น 43:33:24 ในขณะที่อัตราส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้คือ 33:44:23 38:37:25 และ 47:32:20 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าในบางจังหวัดเช่น ตราด ระยอง นครปฐม สมุทรสงคราม กระบี่ มีการจัดสรรให้แก่ระดับ สอ./สสจ./ทบ.มากกว่าระดับ รพช. ในขณะที่ในบางจังหวัดมีการจัดสรรให้แก่ระดับ สอ./สสจ./ทบ.น้อยมาก เช่น ในจังหวัดสตูลมีอัตราส่วนเป็น 46:45:9 จังหวัดตากมีอัตราส่วนเป็น 52:38:10 เป็นต้นทั้ง ๆ ที่มีจำนวน สอ./สสจ./ทบ.ค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับสถานพยาบาลในระดับสูงกว่า

3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับโครงการสปร.ประเภทรายได้น้อย

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจากผู้ถือบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยทั้งค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำแนกรายภาค ในขณะที่ตัวเลขงบประมาณมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงแม้ว่าจะเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยในโครงการฯ กลับเริ่มมีทิศทางที่ไม่แน่นอนในแต่ละภาคหรือแม้แต่ในแต่ละจังหวัดยกเว้นในปี พ.ศ. 2541 แต่โดยรวมแล้วค่าใช้จ่ายจะมีค่าลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปรับฐานข้อมูลเนื่องมาจากการย้ายความรับผิดชอบ

ผิดชอบในโครงการสปร.จากกองสาธารณสุขภูมิภาคมายังสำนักงานประกันสุขภาพตั้งแต่ในช่วงปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณก็ยังคงสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยภาคที่มีค่าใช้จ่ายทั้งสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออก ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2540 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2539 กลับลดลงในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ส่วนภาคตะวันออกและภาคเหนือ นั้นถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นแต่ก็เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี 2538 และปี 2539 และค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในในปี 2540 ก็ลดลงเช่นเดียวกันสำหรับภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือยังคงมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่เพิ่มในอัตราที่น้อยลงเมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2538 กับปี 2539 สำหรับในปี 2541 นั้น ค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้ลดลงในทุกภาค โดยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกได้ลดลงมากที่สุดในการภาคตะวันออก ส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในได้ลดลงในสัดส่วนที่มากที่สุดในการภาคใต้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปรับฐานข้อมูลดังที่กล่าวมาแล้ว การควบคุมค่าใช้จ่าย จำนวนการเข้ารับบริการลดลง หรือการที่ผู้ป่วยมีช่องทางอื่นในการรับการรักษาพยาบาล เช่น การซื้อบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวได้มีการโฆษณาและให้สิ่งจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ในการขายบัตรประกันสุขภาพ จนทำให้บัตรประกันสุขภาพมียอดขายเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากในช่วงเวลานั้น

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในแต่ละระดับของสถานพยาบาล แยกตามโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สถานีอนามัย (สอ.) สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และเทศบาล (ทบ.) ในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 โดยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ได้เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ภาคในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคกลาง ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 ก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยมีอัตราการเพิ่มสูงสุดในภาคตะวันออกและต่ำสุดในภาคกลาง จะเห็นได้ว่าภาคใดที่มีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต่ำ (สูง) จะมีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลชุมชนสูง (ต่ำ) ยกเว้นภาคใต้ที่มีอัตราการเพิ่มในสถานพยาบาลทั้งสองระดับใกล้เคียงกัน ในระดับสถานีอนามัยค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้นในปี 2539 เช่นเดียวกันเมื่อเทียบกับปี 2538 โดยมีภาคใต้ที่มีอัตราการเพิ่มสูงสุด ส่วนในระดับสาธารณสุขจังหวัดและเทศบาล ภาคกลางและภาคใต้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้กลับมีค่าใช้จ่ายลดลง และเมื่อรวมทั้งประเทศแล้ว ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในทุกระดับสถานบริการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 40 ขึ้นไปยกเว้นในระดับสาธารณสุขจังหวัดและเทศบาล จึงมีผลให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกโดยรวมสูงขึ้นในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

ตารางที่ 4.9 แสดงค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในแต่ละระดับของสถานพยาบาล แยกตามโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สถานีอนามัย (สอ.) และสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และเทศบาล (ทบ.) ในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 โดยในภาคกลางค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกลดลงในทุกระดับสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ลดลงในทุกระดับสถานพยาบาล ยกเว้นระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคตะวันออกค่าใช้จ่ายลดลงเฉพาะระดับสถานีอนามัย สาธารณสุขจังหวัดและ

เทศบาล และในภาคเหนือค่าใช้จ่ายลดลงเฉพาะระดับสาธารณสุขจังหวัดและเทศบาล และในทุกภาคจะมีอัตราการลดลงของค่าใช้จ่ายมากที่สุดในระดับสสจ.และทบ. และเมื่อรวมทั้งประเทศพบว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 ลดลงในทุกระดับยกเว้นระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแต่เพิ่มในอัตราที่น้อยลงเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลงในปี 2538 - 2539 โดยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกได้ลดลงมากที่สุดในระดับสาธารณสุขจังหวัดและเทศบาล จึงมีผลให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโดยรวมในปี 2540 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2539

ตารางที่ 4.7 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาคและประเภทค่าใช้จ่าย

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
ผู้ป่วยนอก จำนวนเงิน(ล้านบาท)	710.30	98.43	25.64	332.14	168.54	85.56
%	45.41	41.51	41.89	41.90	50.30	56.55
ผู้ป่วยใน จำนวนเงิน(ล้านบาท)	891.17	110.89	33.91	416.80	226.62	102.94
%	50.64	30.30	40.86	57.84	48.40	56.84
พ.ศ.2540						
ผู้ป่วยนอก จำนวนเงิน(ล้านบาท)	703.02	79.57	33.11	317.51	199.64	73.19
%	-1.03	-19.16	29.14	-4.41	18.45	-14.45
ผู้ป่วยใน จำนวนเงิน(ล้านบาท)	974.69	106.74	28.76	432.36	305.41	101.42
%	9.37	-3.75	-15.20	3.73	34.76	-1.47
พ.ศ.2541						
ผู้ป่วยนอก จำนวนเงิน(ล้านบาท)	510.54	72.71	19.11	240.74	129.73	48.25
%	-27.38	-8.62	-42.28	-24.18	-35.02	-34.08
ผู้ป่วยใน จำนวนเงิน(ล้านบาท)	749.54	97.31	27.04	316.16	238.45	70.59
%	-23.10	-8.84	-5.98	-26.88	-21.92	-30.41

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

*** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.8 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2539 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+ รพท.		รพช.		สอ.		สสจ.+ทบ.	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
กลาง	31.71	124.52	42.76	27.23	22.94	9.86	1.02	8.07
ตะวันออก	8.11	22.64	10.73	67.40	6.72	36.57	0.08	-35.41
ตะวันออก	55.71	17.16	181.26	51.10	94.12	46.36	1.05	-53.29
เหนือ								
เหนือ	45.58	72.08	79.89	52.35	42.10	32.46	0.97	-31.92
ใต้	22.53	43.55	35.65	41.21	25.67	106.17	1.71	35.43
รวมทั้งประเทศ	163.63	48.13	350.28	47.39	191.55	42.58	4.83	-19.61

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.9 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2540 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+รพท.		รพช.		สอ.		สสจ.+ทบ.	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
กลาง	21.74	-31.43	40.48	-5.33	17.14	-25.30	0.20	-79.93
ตะวันออก	15.47	90.72	11.94	11.35	5.66	-15.71	0.04	-56.39
ตะวันออกเฉียงเหนือ	68.04	22.14	167.37	-7.66	81.65	-13.26	0.45	-57.63
เหนือ								
เหนือ	56.68	24.36	91.47	14.51	51.12	21.43	0.36	-62.75
ใต้	23.37	3.75	34.99	-1.84	14.61	-43.09	0.23	-86.77
รวมทั้งประเทศ	185.31	13.24	346.27	-1.15	170.17	-11.16	1.27	-73.64

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

จากตารางที่ 4.10 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2541 ได้ลดลงในทุกระดับสถานพยาบาลในแทบทุกภาค ยกเว้นในภาคตะวันออกที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยค่าใช้จ่ายที่ลดลงนี้เป็นการลดลงที่ระดับรพศ./รพท.มากที่สุด ยกเว้นในภาคเหนือที่มีการลดลงในระดับสอ. เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าระดับสถานพยาบาลอื่น

ตารางที่ 4.10 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+รพท.		รพช.		สอ.	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
กลาง	17.68	-18.68	38.18	-5.68	16.84	-1.71
ตะวันออก	4.32	-72.08	8.61	-27.88	6.18	9.06
ตะวันออกเฉียงเหนือ	40.26	-40.83	141.76	-15.30	58.71	-28.09
เหนือ	30.88	-45.52	72.22	-21.05	26.63	-47.90
ใต้	14.58	-37.62	22.31	-36.23	11.36	-22.24
รวมทั้งประเทศ	107.72	-41.87	283.09	-18.25	119.73	-29.64

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในจำแนกตามสถานพยาบาลในปี 2539 ปี 2540 และปี 2541 ในตารางที่ 4.11 แสดงให้เห็นว่าในปี 2538 ถึงปี 2539 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในได้เพิ่มขึ้นทั้งในระดับของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในทุกภาค โดยค่าใช้จ่ายในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มมากที่สุดภาคใต้ ส่วนภาคที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากที่สุดในระดับโรงพยาบาลชุมชนคือ ภาคตะวันออก ทำให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50.64

สำหรับในปี 2540 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2539 ในภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน ภาคที่มีค่าใช้จ่ายในปี 2540 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2539 คือ ภาคกลางและภาคตะวันออก แต่เมื่อรวมทั้งประเทศ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในในทุกะดับสถานบริการโดยเฉลี่ยยังคงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.19 แต่เมื่อรวมค่าใช้จ่ายในทุกสถานพยาบาลเข้าด้วยกัน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับปี 2540 ยังคงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2539 แต่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง

ในปี 2541 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับสถานพยาบาลระดับรพศ./รพท.ได้ลดลงในทุกภาค โดยภาคเหนือได้ลดลงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานพยาบาลในระดับรพศ./รพท. กับรพช. จะเห็นว่าระดับรพช. มีการลดลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในน้อยกว่าในระดับรพศ./รพท. อย่างไรก็ตาม ในภาคกลางและภาคเหนือ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในระดับรพช. ยังคงปรากฏอยู่

จากแนวโน้มค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ลดลงในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 และในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 เมื่อพิจารณาถึงความเกี่ยวข้องของค่าใช้จ่ายกับจำนวนครั้งและจำนวนวัน พบว่าจำนวนครั้งของการรับบริการผู้ป่วยนอกในหลายจังหวัดและทุกภาคลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 16.73 ในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 และลดลงร้อยละ 8.44 โดยเฉลี่ยในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 เช่นเดียวกับจำนวนวันนอนผู้ป่วยในที่ได้มีการลดลงในทุกภาคโดยเฉลี่ยร้อยละ 20.32 ในปี 2541 และลดลงในเกือบทุกภาคยกเว้นภาคเหนือโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.48 ทั่วประเทศในปี 2540 การลดลงนี้แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างจากการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี 2538 - 2539 อย่างชัดเจน (ตารางที่ 4.12) และเมื่อพิจารณาจำนวนครั้งและจำนวนวันร่วมกับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในก็พบว่า

การลดลงที่สอดคล้องกันสำหรับปี 2541 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งและจำนวนวันร่วมกับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในปี 2540 กลับพบว่าค่าใช้จ่ายไม่ได้ลดลงในลักษณะเดียวกันกับจำนวนครั้งและจำนวนวัน กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยทั่วประเทศได้ลดลงร้อยละ 1.03 ซึ่งลดลงด้วยอัตราที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ในขณะที่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยทั่วประเทศในช่วงเวลาดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.37

ตารางที่ 4.11 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับปี 2539 - 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
รพศ.+รพท. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	584.19	68.47	22.39	263.60	152.11	77.62
%	53.56	42.13	30.48	55.16	53.55	68.23
รพช. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	306.98	42.42	11.52	153.20	74.51	25.32
%	45.37	14.87	66.66	62.67	38.89	29.88
พ.ศ.2540						
รพศ.+รพท. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	599.61	72.74	17.66	228.21	208.85	72.15
%	2.64	6.23	-21.15	-13.42	37.30	-7.04
รพช. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	375.08	34.00	11.10	204.15	96.56	29.27
%	22.19	-19.85	-3.63	33.25	29.59	15.60
พ.ศ.2541						
รพศ.+รพท. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	438.88	62.08	17.52	184.92	124.25	50.11
%	-26.81	-14.65	-0.77	-18.97	-40.50	-30.56
รพช. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	310.66	35.23	9.52	131.25	114.19	20.48
%	-17.17	3.60	-14.28	-35.71	18.26	-30.04

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

*** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.12 จำนวนครั้งและจำนวนวัน ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค

	รวม	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
จำนวนครั้ง %	8,907,174 28.47	1,071,084 18.98	341,192 20.77	4,366,696 31.80	2,301,486 30.41	826,716 22.96
จำนวนวัน %	1,501,606 17.96	198,073 -2.78	59,933 16.49	642,759 16.71	428,852 34.22	171,989 16.56
พ.ศ.2540						
จำนวนครั้ง %	8,155,380 -8.44	829,981 -22.51	278,557 -18.36	4,026,787 -7.78	2,286,469 -0.65	733,536 -11.27
จำนวนวัน %	1,389,228 -7.48	191,361 -3.39	55,324 -7.69	543,157 -15.50	433,630 1.11	165,756 -3.62
พ.ศ.2541						
จำนวนครั้ง %	6,790,743 -16.93	797,467 -3.92	242,901 -12.80	3,673,465 -8.77	1,578,323 -30.97	498,587 -32.03
จำนวนวัน %	1,106,973 -20.32	157,061 -17.92	45,349 -18.03	384,960 -29.13	409,913 -5.47	109,690 -33.82

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งหรือจำนวนวันในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งหรือจำนวนวันในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

*** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งหรือจำนวนวันในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

การลดลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2540 โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนคือ ร้อยละ 1.56 และในระดับสถานีนามัย สาธารณสุขจังหวัดและเทศบาลร้อยละ 13.41 ในขณะที่ในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกลับมีจำนวนครั้งโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2539 (ตารางที่ 4.13) แสดงว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปยังคงรับภาระในส่วนของผู้ป่วยนอกมากกว่าสถานพยาบาลระดับอื่นเมื่อเทียบกับภาระเดิมในปี 2539 โดยในภาคกลางจำนวนครั้งได้ลดลงในระดับโรงพยาบาลชุมชนและต่ำกว่า แต่เพิ่มขึ้นในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวนครั้งในทุกระดับสถานบริการของภาคตะวันออกและภาคใต้มีอัตราการลดลง ส่วนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนครั้งลดลงเฉพาะระดับสถานีนามัย สาธารณสุขจังหวัดและเทศบาล

จำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในในปี 2540 มีอัตราการลดลงในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าในระดับโรงพยาบาลชุมชนคือ ร้อยละ 10.96 และลดลงในระดับโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 3.34 (ตารางที่ 4.14) และเมื่อพิจารณารายภาคพบว่า ในภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนวันลดลงในทุกระดับสถานบริการเมื่อเทียบกับปี 2539 ส่วนในภาคกลาง จำนวนวันลดลงเฉพาะ

ระดับโรงพยาบาลชุมชน แต่ในภาคเหนือและภาคใต้ จำนวนวันลดลงในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 4.13 จำนวนครั้งและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2540 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+ รพท.		รพช.		สอ.+สสจ.+ทบ.	
	ครั้ง	% [*]	ครั้ง	%	ครั้ง	%
กลาง	103,264	7.67	257,286	-28.61	469,071	-23.66
ตะวันออก	38,355	-43.42	78,144	-0.03	162,058	-17.00
ตะวันออกเฉียงเหนือ	388,986	5.65	1,448,027	3.98	2,189,774	-15.97
เหนือ	194,630	7.80	669,705	1.73	1,422,134	-2.77
ใต้	102,864	-5.94	254,776	-2.47	375,896	-17.59
รวมทั้งประเทศ	828,459	0.77	2,707,938	-1.56	4,618,933	-13.41

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.14 จำนวนวันและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในปี 2540 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+รพท		รพช	
	วัน	% [*]	วัน	%
กลาง	119,256	14.98	72,105	-23.58
ตะวันออก	27,445	-11.55	27,879	-3.55
ตะวันออกเฉียงเหนือ	244,248	-25.87	298,909	-4.58
เหนือ	241,140	-2.54	192,490	6.09
ใต้	94,252	-9.47	71,504	5.35
รวมทั้งประเทศ	726,341	-10.96	662,887	-3.34

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ในปี 2541 จำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 4.15) และจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยใน (ตารางที่ 4.16) โดยเฉลี่ยได้ลดลงทั้งประเทศในระดับ รพศ./รพท. มากกว่าระดับอื่นๆ โดยภาคตะวันออกมีอัตราการลดลงของจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกในระดับรพศ./รพท. สูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ทั้งภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกในระดับสอ.เพิ่มขึ้น ส่วนภาคเหนือมีอัตราจำนวนครั้งลดลงมากที่สุดในระดับสอ.เมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนวันผู้ป่วยในลดลงมากที่สุดในระดับรพศ./รพท. ในขณะที่ภาคใต้มีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและจำนวนวันผู้ป่วยในลดลงมากที่สุดในระดับรพช. เมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ แต่ภาคเหนือเป็นภาคเดียวที่

มีจำนวนวันผู้ป่วยในในระดับรพช.เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2540 ส่วนภาคกลางก็มีจำนวนวันลดลงในอัตราที่ไม่มากนัก (ร้อยละ 0.92) จำนวนวันที่ลดลงไม่มากในภาคกลางและจำนวนวันที่เพิ่มขึ้นในภาคเหนือนี้มีความสอดคล้องกับตัวเลขค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในในระดับรพช.ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2540 ดังที่ปรากฏในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.15 จำนวนครั้งและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+ รพท.		รพช.		สอ.	
	ครั้ง	%	ครั้ง	%	ครั้ง	%
กลาง	92,141	-11.08	241,051	-6.31	464,275	-1.02
ตะวันออก	17,441	-54.53	60,626	-22.42	164,834	1.71
ตะวันออกเฉียงเหนือ	206,314	-46.96	1,076,198	-25.68	2,390,953	9.19
เหนือ	128,539	-33.96	521,639	-22.11	928,145	-34.74
ใต้	69,695	-32.25	161,836	-36.48	267,056	-28.95
รวมทั้งประเทศ	514,130	-51.96	2,061,350	-23.88	4,215,263	-8.74

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.16 จำนวนวันและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+รพท		รพช	
	วัน	%	วัน	%
กลาง	85,618	-28.21	71,443	-0.92
ตะวันออก	22,706	-17.27	22,643	-18.78
ตะวันออกเฉียงเหนือ	165,414	-32.28	219,546	-26.55
เหนือ	210,649	-12.64	199,264	3.52
ใต้	66,141	-29.83	43,549	-39.10
รวมทั้งประเทศ	550,528	-24.21	556,445	-16.06

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.17 แสดงสัดส่วนจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการในแต่ละภาคในแต่ละระดับสถานบริการในปี 2539 - 2541 พบว่าภาคใต้มีสัดส่วนจำนวนครั้งของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าภาคอื่น ๆ ในปี 2541 แต่ภาคตะวันออกมีสัดส่วนจำนวนครั้งของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าภาคอื่น ๆ ทั้งในปี 2539 และปี 2540 ภาคใต้มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกในระดับโรงพยาบาลชุมชนและในระดับต่ำกว่าที่น้อยกว่าภาคอื่น

ในขณะที่ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือต่างก็มีสัดส่วนของจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกในระดับต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนลดลงในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2540 และ ปี 2541 ทุกภาคมีสัดส่วนจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลที่มีระดับต่ำกว่ารพช.เพิ่มขึ้นทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการใช้ทรัพยากรเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น เนื่องจากสถานพยาบาลในระดับสูงจะยังมีต้นทุนตลอดจนค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

ตารางที่ 4.17 สัดส่วนจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในสถานบริการต่าง ๆ จำแนกตามภาค

ภาค	รพศ./รพท.: รพช. : สอ.		
	2539	2540	2541
กลาง	1:3.74:6.38	1:2.48:4.53	1:2.62:5.04
ตะวันออก	1:1.15:2.88	1:2.04:4.22	1:3.48:9.45
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1:3.78:7.08	1:3.72:5.63	1:5.22:11.59
เหนือ	1:3.65:8.10	1:3.44:7.31	1:4.06:7.22
ใต้	1:2.39:4.17	1:2.47:3.65	1:2.32:3.83
รวมทั้งประเทศ	1:3.34:6.49	1:3.27:5.75	1:4.01:8.20

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.18 สัดส่วนจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในในสถานบริการต่าง ๆ จำแนกตามภาค

ภาค	รพศ./รพท.: รพช.		
	2539	2540	2541
กลาง	1.09:1	1.65:1	1.20:1
ตะวันออก	1.07:1	0.98:1	1:1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1.05:1	0.82:1	0.75:1
เหนือ	1.36:1	1.25:1	1.06:1
ใต้	1.53:1	1.32:1	1.52:1
รวมทั้งประเทศ	1.19:1	1.10:1	0.99:1

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

จากสัดส่วนจำนวนวันผู้ป่วยในในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ที่จำแนกตามภาคดังตารางที่ 4.18 จะเห็นว่า โดยรวมแล้วการใช้บริการผู้ป่วยในมีแนวโน้มที่จะใช้สถานพยาบาลระดับ รพช. มากขึ้น ซึ่งโดยปกติจะมีต้นทุนต่ำกว่า ดังนั้น จึงอาจจะเป็นไปได้ว่าค่าใช้จ่ายที่มีแนวโน้มลดลงเป็นผลมาจากรูปแบบการให้บริการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ในปี 2539 ทุกภาคมีสัดส่วนการเข้ารับบริการผู้ป่วยในในระดับ รพศ./รพท. มากกว่า รพช. โดยภาคใต้มีสัดส่วนการเข้ารับบริการในระดับ รพศ./รพท. สูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ สำหรับในปี 2540 สัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในในภาคกลางเพิ่มมากขึ้นในระดับ รพศ./รพท. และสูงกว่าภาคอื่น ๆ มาก ในขณะที่ภาคอื่น ๆ มีสัดส่วนการเข้ารับบริการผู้ป่วยในในระดับ รพศ./รพท. ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2539 และทั้งภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีจำนวน

วันในสถานพยาบาลสำหรับระดับรพศ./รพท.ต่ำกว่าในระดับรพช.ด้วย ส่วนในปี 2541 ภาคใต้ยังคงมีสัดส่วนการเข้ารับบริการผู้ป่วยในในระดับ รพศ./รพท. มากกว่า รพช. เมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ในขณะที่ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีสัดส่วนที่น้อยลง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีจำนวนวันในสถานพยาบาลระดับรพศ./รพท. น้อยกว่าในระดับรพช. ด้วย

ตารางที่ 4.19 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวัน ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
ค่าใช้จ่าย/ครั้ง	79.75	91.90	75.15	76.06	73.23	103.49
จำนวนเงิน(บาท)						
%	13.18	18.94	17.49	7.66	15.25	27.32
ค่าใช้จ่าย/วัน						
จำนวนเงิน(บาท)	593.48	559.86	565.87	648.46	528.44	598.52
%	27.70	34.03	20.92	35.24	10.56	34.56
พ.ศ.2540						
ค่าใช้จ่าย/ครั้ง	86.20	95.87	118.87	78.85	87.31	99.78
จำนวนเงิน(บาท)						
%	8.10	4.32	58.18	3.66	19.23	-3.58
ค่าใช้จ่าย/วัน						
จำนวนเงิน(บาท)	701.61	557.80	519.83	796.02	704.30	611.90
%	18.22	-0.37	-8.14	22.76	33.28	2.24
พ.ศ.2541						
ค่าใช้จ่าย/ครั้ง	75.18	91.17	78.68	65.53	82.20	96.78
จำนวนเงิน(บาท)						
%	-12.79	-4.89	-33.81	-16.89	-5.86	-3.02
ค่าใช้จ่าย/วัน						
จำนวนเงิน(บาท)	677.11	619.54	596.21	821.29	581.70	643.51
%	-3.49	11.07	14.69	3.17	-17.41	5.17

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

*** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

การลดลงของจำนวนครั้ง จำนวนวันและค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในปี 2541 เทียบกับปี 2540 และในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 มีผลให้ค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยลดลงในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 แต่ค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยกลับเพิ่มขึ้นในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 ดังตารางที่ 4.19 ซึ่งแสดงว่า

การลดลงของค่าใช้จ่าย จำนวนครั้ง จำนวนวัน กลับทำให้ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันเพิ่มขึ้น โดยในปี 2541 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งเมื่อเทียบกับปี 2540 ได้ลดลงในทุกภาคและลดลงมากที่สุดในภาคตะวันออก ส่วนค่าใช้จ่ายต่อวันนั้น มีเพียงภาคเหนือที่มีค่าใช้จ่ายลดลงเมื่อเทียบกับปี 2540 ส่วนค่าใช้จ่ายต่อครั้งในภาคตะวันออกในปี 2540 เพิ่มในอัตราที่มากที่สุดคือร้อยละ 58.18 มีเพียงภาคใต้ที่มีค่าใช้จ่ายลดลงเมื่อเทียบกับปี 2539 ส่วนภาคเหนือมีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายต่อวันสูงที่สุดคือ ร้อยละ 33.28 ในปีเดียวกัน

ตารางที่ 4.20 ค่าใช้จ่าย (บาท) ต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาคและสถานพยาบาล

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
รพศ.+รพท.	199.04	329.49	119.63	151.31	252.46	205.99
รพช.	127.34	118.65	137.25	130.16	121.35	136.45
สอ.	36.82	38.99	34.84	36.52	29.45	60.04
สัดส่วน (รพศ/รพท:รพช:สอ)	5.4:3.5:1	8.5:3.0:1	3.4:3.9:1	4.1:3.6:1	8.6:4.1:1	3.4:2.3:1
พ.ศ.2540						
รพศ.+รพท.	223.68	209.82	403.24	174.92	291.24	227.21
รพช.	127.87	157.35	152.87	115.59	136.59	137.33
สอ.	37.12	36.97	35.17	37.49	36.20	39.47
สัดส่วน (รพศ/รพท:รพช:สอ)	6.0:3.4:1	5.7:4.3:1	11.5:4.3:1	4.7:3.1:1	8.0:3.8:1	5.8:3.5:1
พ.ศ.2541						
รพศ.+รพท.	209.53	191.89	247.60	195.15	240.27	209.19
รพช.	137.33	158.41	142.10	131.73	138.44	137.86
สอ.	28.40	36.28	37.48	24.56	28.69	42.54
สัดส่วน (รพศ/รพท:รพช:สอ)	7.4:4.8:1	5.3:4.4:1	6.6:3.8:1	7.9:5.4:1	8.4:4.8:1	4.9:3.2:1

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.20 แสดงค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในปี 2539 - 2541 โดยเฉลี่ยแล้ว ค่าใช้จ่ายต่อครั้งในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะสูงที่สุด รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายต่อครั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายต่อครั้งต่ำที่สุดคือ ระดับ สอ. ยกเว้นในภาคตะวันออกในปี 2539 ที่มีค่าใช้จ่ายต่อครั้งในระดับรพช.สูงกว่าในระดับรพศ./รพท. ในปี 2539 และปี 2540 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งในระดับรพท./รพศ. และ รพช.ต่ำกว่าภาคอื่น แต่ในปี 2541 ภาคที่มีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกต่อครั้งที่ระดับรพท./รพศ. ต่ำกว่าภาคอื่น ๆ คือ ภาคกลาง ในปี 2539 ภาคตะวันออกมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งในระดับรพช.สูงที่สุด ส่วนในปี 2540 และ 2541

ภาคกลางมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งในระดับรพช.สูงที่สุด ค่าใช้จ่ายต่อครั้งระหว่างปี 2539 และ 2540 ในระดับ สอ./สสจ./ทบ.ในเกือบทุกภาคไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2541 ค่าใช้จ่ายดังกล่าว ได้ลดลงค่อนข้างชัดเจน แต่ภาคใต้ก็ยังคงมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ระดับสอ.มากที่สุดตลอดทั้ง 3 ปี

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกต่อครั้งในสถานพยาบาลทั้ง 3 ระดับ พบว่า มีความแตกต่างกันมากและมีแนวโน้มที่ไม่แน่นอนในบางภาค โดยเฉลี่ยเมื่อพิจารณาทั้งประเทศจะเห็นว่าแนวโน้มของค่าใช้จ่ายในระดับรพช./รพท.จะเพิ่มสูงขึ้นกว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกต่อครั้งที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลอื่น โดยในภาคเหนือจะมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งในระดับรพช./รพท.เมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่นที่สูงกว่าภาคอื่น ๆ ในทั้ง 3 ปีที่พิจารณา ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายในระดับ รพช./รพท.เพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับระดับสถานพยาบาลอื่น

ตารางที่ 4.21 ค่าใช้จ่าย (บาท) ต่อวันสำหรับผู้ป่วยใน ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาคและสถานพยาบาล

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
รพช.+รพท.	716.12	660.15	721.74	800.00	614.79	745.51
รพช.	447.60	449.62	398.54	489.05	410.70	373.05
สัดส่วน (รพช./รพท:รพช)	1.6:1	1.5:1	1.8:1	1.6:1	1.5:1	2:1
พ.ศ.2540						
รพช.+รพท.	825.52	609.93	643.39	934.36	866.08	765.54
รพช.	565.83	471.58	398.19	682.97	501.64	409.38
สัดส่วน (รพช./รพท:รพช)	1.5:1	1.3:1	1.6:1	1.4:1	1.7:1	1.9:1
พ.ศ.2541						
รพช.+รพท.	797.19	725.07	771.66	1,117.90	589.86	757.58
รพช.	558.30	493.08	420.28	597.81	573.08	470.27
สัดส่วน (รพช./รพท:รพช)	1.4:1	1.5:1	1.8:1	1.9:1	1:1	1.6:1

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะสูงกว่าค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในในระดับโรงพยาบาลชุมชนในทุกภาคในปี 2539 - 2541 (ตารางที่ 4.21) ค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในในปี 2540 สำหรับภาคกลางและภาคตะวันออกได้ลดลงในระดับรพช./รพท.เมื่อเทียบกับปี 2539 ในขณะที่ภาคอื่น ๆ มีค่าใช้จ่ายต่อวันในระดับรพช./รพท.สูงขึ้น แต่ในปี 2541 ค่าใช้จ่ายต่อวันในระดับรพช./รพท. ได้เพิ่มขึ้นในทุกภาคเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายต่อวันในปี 2540 ยกเว้นภาคเหนือ ในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีเพียงภาคตะวันออกเท่านั้นที่ค่าใช้จ่ายต่อวันไม่เปลี่ยนแปลงนักจากปี 2539 แต่ในภาคอื่น ๆ มีค่าใช้จ่ายต่อวันสูงขึ้นทั้งสิ้นในปี 2540 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้สูงขึ้นใน

ทุกภาคในปี 2541 และเมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อวันแล้วพบว่า โดยเฉลี่ยเมื่อรวมทั้งประเทศ ค่าใช้จ่าย/วันในระดับรพศ./รพท.มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย/วันในระดับรพช. โดยค่าใช้จ่าย/วันในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 ในระดับรพศ./รพท.มีค่าใช้จ่าย/วันลดลงเมื่อเทียบกับระดับรพช. ในทุกภาคยกเว้นภาคเหนือ แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปี 2540 และ 2541 แล้ว ค่าใช้จ่ายต่อวันในระดับรพศ./รพท.เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย/วันในรพช.ได้เพิ่มขึ้นในทุกภาคยกเว้นภาคเหนือและภาคใต้ที่กลับมีค่าใช้จ่ายในระดับรพศ./รพท.ลดลงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในระดับรพช.

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่ไม่มียาเสพติดใด ๆ (ประเภท ข)

ตารางที่ 4.22 แสดงค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เกิดจากผู้ที่ไม่มียาเสพติดด้านการรักษาพยาบาลประเภทใด ๆ (ผู้ป่วยประเภท ข) เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกภาคกับค่าใช้จ่ายประเภทเดียวกันในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยในโครงการสปร. จะเห็นว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยประเภท ข สูงมากโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในที่สูงกว่าในกรณีของผู้ที่มีบัตร สปร. และเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยประเภท ข ตั้งแต่ปี 2539 ข 2540 จะเห็นว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกได้มีแนวโน้มที่จะลดลงในทุกภาคในแต่ละปี แต่สำหรับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในแล้ว ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายจะลดลงในทุกภาคในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 แต่ในปี 2541 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในกลับลดลงเมื่อเทียบกับปี 2540 เฉพาะในภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น โดยเฉลี่ยแล้วในทั้ง 3 ปีที่พิจารณา พบว่าภาคที่มีค่าใช้จ่ายทั้งสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออก

ตารางที่ 4.23 แสดงค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในแต่ละระดับของสถานพยาบาล แยกตามโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สถานีอนามัย (สอ.) และสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และเทศบาล (ทบ.) โดยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 ได้เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ภาค ยกเว้นภาคใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 58.60 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในระดับโรงพยาบาลชุมชนในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 ก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันยกเว้นในภาคใต้ โดยภาคที่มีอัตราการเพิ่มสูงสุดคือภาคตะวันออก ค่าใช้จ่ายในระดับสถานีอนามัยก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 ยกเว้นในภาคเหนือที่มีค่าใช้จ่ายลดลง ส่วนในระดับสาธารณสุขจังหวัดและเทศบาล ทั้งภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคเหนือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้กลับมีค่าใช้จ่ายลดลง และเมื่อรวมทั้งประเทศแล้ว ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในทุกระดับสถานบริการยกเว้นในระดับสาธารณสุขจังหวัดและเทศบาลยังคงเพิ่มขึ้นแต่ไม่มากเท่ากับอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายของผู้ที่มีบัตรสปร. จึงมีผลให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกโดยรวมสูงขึ้นในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

ตารางที่ 4.24 แสดงค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกในแต่ละระดับของสถานพยาบาล แยกตามโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สถานีอนามัย (สอ.) และสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และเทศบาล (ทบ.) ในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 โดยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในภาคกลางได้ลดลงในทุกระดับสถานพยาบาลยกเว้นในระดับรพศ./รพท. ในขณะที่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ลดลงใน

ทุกระดับของสถานพยาบาล ส่วนในภาคตะวันออกนั้น มีค่าใช้จ่ายในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่มขึ้น เพียงเล็กน้อยส่วนในระดับอื่นมีค่าใช้จ่ายลดลง และในทุกภาคจะมีอัตราการลดลงของค่าใช้จ่ายมากที่สุด ในระดับสสจ.และทบ. ซึ่งเมื่อรวมทั้งประเทศแล้ว ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 ลดลงในทุกระดับโดยเฉพาะในระดับสสจ.และทบ. จึงมีผลให้ค่าใช้จ่ายโดยผู้ป่วยนอกโดยรวมในปี 2540 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2539

ตารางที่ 4.22 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค และประเภทค่าใช้จ่าย

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
ผู้ป่วยนอก	497.34	99.21	47.89	207.75	81.29	61.20
จำนวนเงิน(ล้านบาท)						
%	10.78	10.60	31.03	16.49	-0.22	-2.70
ผู้ป่วยใน						
จำนวนเงิน(ล้านบาท)	1,138.94	221.66	146.70	372.95	186.00	211.64
%	20.16	11.49	28.42	33.89	7.57	15.42
พ.ศ.2540						
ผู้ป่วยนอก	431.09	99.13	36.97	181.74	71.67	41.58
จำนวนเงิน(ล้านบาท)						
%	-13.32	-0.08	-22.82	-12.52	-11.83	-32.06
ผู้ป่วยใน						
จำนวนเงิน(ล้านบาท)	905.54	209.84	127.22	242.82	174.40	151.26
%	-20.49	-5.33	-13.28	-34.89	-6.23	-28.53
พ.ศ.2541						
ผู้ป่วยนอก						
จำนวนเงิน(ล้านบาท)	368.95	76.83	33.11	163.42	61.17	34.42
%	-14.41	-22.49	-10.42	-10.08	-14.66	-17.22
ผู้ป่วยใน						
จำนวนเงิน(ล้านบาท)	938.33	228.17	104.42	229.41	191.32	185.00
%	3.62	8.74	-17.92	-5.52	9.70	22.31

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

*** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.23 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ในปี 2539
จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+ รพท.		รพช.		สอ.		สสจ.+ทบ.	
	ล้านบาท	% [*]	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
กลาง	39.19	23.01	36.10	2.78	21.25	5.24	2.67	5.85
ตะวันออก	18.13	58.60	16.64	26.16	12.57	10.26	0.55	4.73
ตะวันออกเฉียงเหนือ	52.39	22.87	103.19	17.43	49.70	10.71	2.47	-15.64
เหนือ	18.87	3.48	41.34	15.19	19.57	-24.30	1.51	0.82
ใต้	32.07	-4.15	13.84	-5.21	12.61	3.79	2.68	-0.27
รวมทั้งประเทศ	160.65	16.73	211.10	13.09	115.70	1.06	9.89	-2.75

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.24 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ในปี 2540
จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+รพท.		รพช.		สอ.		สสจ.+ทบ.	
	ล้านบาท	% [*]	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
กลาง	54.36	38.70	28.15	-22.01	16.40	-22.83	0.22	-91.74
ตะวันออก	8.33	-54.02	16.75	0.66	11.65	-7.32	0.23	-58.65
ตะวันออกเฉียงเหนือ	48.70	-7.25	84.88	-17.74	47.23	-4.96	1.03	-58.29
เหนือ	16.80	-10.95	35.54	-14.02	18.16	-7.22	1.17	-22.65
ใต้	19.71	-38.53	11.56	-16.41	9.51	-24.59	0.79	-70.61
รวมทั้งประเทศ	147.81	-7.99	176.90	-16.20	102.95	-11.02	3.44	-65.23

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.25 ค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ในปี 2541
จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+รพท.		รพช.		สอ.	
	ล้านบาท	% [*]	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
กลาง	32.95	-39.38	25.79	-8.38	18.09	8.83
ตะวันออก	6.04	-27.51	14.81	-11.59	12.26	3.22
ตะวันออกเฉียงเหนือ	53.92	10.95	77.21	-9.04	32.29	-33.08
เหนือ	17.13	1.99	31.54	-11.26	12.49	-35.37
ใต้	15.01	-23.86	10.27	-11.23	9.14	-11.25
รวมทั้งประเทศ	125.06	-15.39	159.62	-9.77	84.28	-20.78

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

สำหรับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในระดับสถานพยาบาลต่าง ๆ ในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ที่แสดงในตารางที่ 4.25 นั้น โดยเฉลี่ยทั้งประเทศมีแนวโน้มลดลงซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 โดยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ที่ระดับ รพช. ได้ลดลงในทุกภาค ส่วนค่าใช้จ่ายในระดับรพศ./รพท. นั้น กลับลดลงเฉพาะในภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคใต้ แต่ค่าใช้จ่ายในระดับสอ.ลดลงเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้

ตารางที่ 4.26 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ปี 2539 - 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
รพศ.+รพท. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	905.82	178.67	123.69	268.44	134.22	200.78
%	22.34	9.22	38.87	33.54	10.69	21.36
รพช. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	233.13	42.98	23.00	104.50	51.78	10.86
%	12.36	22.03	-8.57	34.81	0.23	-39.41
พ.ศ.2540						
รพศ.+รพท. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	700.72	179.18	105.99	153.74	122.29	139.52
%	-22.64	0.29	-14.31	-42.73	-8.89	-30.51
รพช. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	204.82	30.66	21.22	89.08	52.11	11.74
%	-12.41	-28.68	-7.73	-14.75	0.65	8.11
พ.ศ.2541						
รพศ.+รพท. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	748.84	197.32	79.59	143.54	150.27	178.11
%	6.87	10.13	-24.91	-6.63	22.88	27.66
รพช. จำนวนเงิน(ล้านบาท)	189.49	30.84	24.84	85.87	41.05	6.89
%	-7.49	0.61	17.01	-3.61	-21.23	-41.29

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

*** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในจำแนกตามสถานพยาบาลในปี 2539 - 2541 ในตารางที่ 4.26 แสดงให้เห็นว่าระหว่างปี 2538 กับปี 2539 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในได้เพิ่มขึ้นในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่ว

ไปในทุกภาค โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มมากที่สุด ในขณะที่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในในระดับโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ลดลง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายในระดับโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากที่สุดคือร้อยละ 34.81 โดยเฉลี่ยแล้วค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของผู้ป่วยประเภท ข ได้เพิ่มขึ้นในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 ในทุกระดับสถานพยาบาล

ในปี 2540 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทุกระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2539 ในทุกภาคยกเว้นภาคกลางที่มีอัตราเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้ลดลงในอัตราที่มากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในภาคเหนือและภาคใต้กลับเพิ่มขึ้น แต่เมื่อรวมทั้งประเทศ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทุกระดับสถานพยาบาลโดยเฉลี่ยได้ลดลง โดยเฉพาะในระดับรพศ./รพท.ที่มีอัตราการลดลงสูงมากกว่าในระดับรพช.

ในปี 2541 ค่าใช้จ่ายรวมของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2540 เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทุกระดับรพศ./รพท. ซึ่งภาคที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นคือภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ แต่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้กลับมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทุกระดับรพช.ลดลงในขณะที่ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายในระดับดังกล่าวเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารวมทั้งประเทศแล้ว ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทุกระดับรพช. โดยเฉลี่ยได้ลดลง

ตารางที่ 4.27 แสดงจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกและจำนวนวันของผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ในปี 2539 - 2541 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกสูงที่สุดในทั้ง 3 ปี และเป็นภาคที่มีจำนวนวันสูงที่สุดในปี 2539 และปี 2540 ด้วย ส่วนในปี 2541 ภาคที่มีจำนวนวันผู้ป่วยในสูงที่สุดคือ ภาคใต้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันในปี 2541 ของภาคใต้ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2539 และ ปี 2540 แล้ว จะเห็นว่าเป็นการเพิ่มขึ้นที่มีอัตราสูงมากจนน่าจะเป็นผลมาจากความไม่ถูกต้องของข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รวบรวมไว้ ตัวเลขดังกล่าวเป็นการสนับสนุนข้อสงสัยในเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลทั้ง ๆ ที่เป็นข้อมูลในปี 2541 แล้ว ซึ่งควรจะได้รับ การตรวจสอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ส่วนจำนวนครั้งของการรับบริการผู้ป่วยนอกในทุกภาคนั้น ได้ลดลงในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 ยกเว้นภาคกลาง เช่นเดียวกับจำนวนวันผู้ป่วยในที่ลดลงในทุกภาคยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เพิ่มขึ้นจากปี 2538 ร้อยละ 88.14 ทำให้จำนวนครั้งและจำนวนวันในปี 2539 เพิ่มขึ้นจากปี 2538 โดยเฉลี่ยเช่นเดียวกับค่าใช้จ่าย ทั้งจำนวนครั้งและจำนวนวันในระดับประเทศโดยเฉลี่ยลดลงในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 โดยจำนวนครั้งในปี 2540 ได้ลดลงจากปี 2539 ในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ส่วนจำนวนวันในปี 2540 ได้ลดลงในทุกภาคเมื่อเทียบกับปี 2539 โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ลดลงอย่างมากถึงร้อยละ 66.6 ในปี 2541 ทุกภาคมีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกลดลงเมื่อเทียบกับปี 2540 ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้จำนวนครั้งโดยรวมทั้งประเทศลดลง ซึ่งเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งในทั้ง 3 ปีแล้วจะเห็นว่า จำนวนครั้งมีแนวโน้มลดลง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือเป็นภาคที่มีจำนวนวันผู้ป่วยในในปี 2541 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2540 แต่โดยรวมแล้วจำนวนวันทั้งประเทศได้เพิ่มขึ้นในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ซึ่งส่วนสำคัญเป็นผลมาจากข้อมูลในภาคใต้

ตารางที่ 4.27 จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและจำนวนวันผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยประเภท ข ปี 2539 - 2541
จำแนกตามภาค

	รวม	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
จำนวนครั้ง	6,963,706	1,805,153	558,996	2,733,845	1,160,099	705,613
%	4.35	39.50	-0.89	-0.17	-5.17	-17.33
จำนวนวัน	2,727,436	424,429	204,701	1,494,048	346,926	257,332
%	19.15	-9.52	-6.14	88.14	-20.04	-31.18
พ.ศ.2540						
จำนวนครั้ง	5,666,818	951,628	617,223	2,164,034	1,482,741	451,192
%	-18.62	-47.28	10.42	-20.84	27.81	-36.06
จำนวนวัน	1,496,999	363,052	185,864	498,981	282,243	166,859
%	-45.11	-14.46	-9.20	-66.60	-18.64	-35.16
พ.ศ.2541						
จำนวนครั้ง	4,712,958	901,885	465,426	2,257,371	711,215	377,061
%	-16.83	-5.23	-24.59	4.31	-52.03	-16.43
จำนวนวัน	1,879,686	369,023	157,914	545,231	246,589	560,929
%	25.56	1.64	-15.04	9.27	-12.63	236.17

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งหรือจำนวนวันในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งหรือจำนวนวันในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

*** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งหรือจำนวนวันในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.28 จำนวนครั้งและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกประเภท ข ในปี 2540
จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+ รพท.		รพช.		สอ.	
	ครั้ง	%	ครั้ง	%	ครั้ง	%
กลาง	178,441	3.06	241,301	-73.33	531,886	-26.86
ตะวันออก	131,506	192.69	107,240	-0.24	378,477	-6.91
ตะวันออกเฉียงเหนือ	169,687	-26.04	758,862	-24.28	1,235,485	-17.76
เหนือ	659,865	678.62	250,170	-30.42	572,706	-19.99
ใต้	71,305	-54.46	110,070	-19.40	269,817	-34.58
รวมทั้งประเทศ	1,210,804	75.78	1,467,643	-41.54	2,988,371	-20.61

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

จากตารางที่ 4.28 การลดลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539 โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉลี่ยทั้งประเทศลดลงร้อยละ 41.54 และยังมีการลดลงในระดับสถานีนามัย สาธารณสุขจังหวัดและเทศบาลด้วย โดยมีอัตราการลดลงเฉลี่ยร้อยละ 20.61 ในขณะที่ในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกลับมีจำนวนครั้งโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2539 (ตารางที่ 4.25) จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ระดับรพช. และระดับสอ./สสจ./ทบ. ได้ลดลงในทุกภาค ในขณะที่จำนวนครั้งในระดับรพช./รพท. ลดลงเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้

ในปี 2541 จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกดังแสดงในตารางที่ 4.29 ได้ลดลงในระดับรพช./รพท. และสอ. แต่เพิ่มขึ้นในระดับ รพช. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นเพียงภาคเดียวที่มีจำนวนครั้งเพิ่มขึ้นที่ระดับรพช./รพท. และ รพช. ในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ส่วนที่ระดับสอ. นั้น ทุกภาคมีจำนวนครั้งลดลงเมื่อเทียบกับปี 2540 ยกเว้นในภาคกลาง

ตารางที่ 4.29 จำนวนครั้งและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกประเภท ข ในปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพช. + รพท.		รพช.		สอ.	
	ครั้ง	% [*]	ครั้ง	%	ครั้ง	%
กลาง	150,976	-15.39	196,060	-18.75	554,849	4.32
ตะวันออกเฉียงเหนือ	20,239	-84.61	96,164	-10.33	349,023	-7.78
เหนือ	171,385	1.00	1,230,550	62.16	855,436	-30.76
ใต้	60,486	-90.83	168,832	-10.63	444,910	-22.31
	57,296	-19.65	85,969	-21.90	233,796	-13.35
รวมทั้งประเทศ	460,382	-61.98	1,814,562	23.64	2,438,014	-18.42

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ในปี 2540 จำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในเมื่อเทียบกับปี 2539 ได้ลดลงในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในอัตราที่มากกว่าในระดับโรงพยาบาลชุมชนคือ ในรพช./รพท. ลดลงร้อยละ 50.62 และในระดับโรงพยาบาลชุมชนลดลงร้อยละ 23.69 ดังแสดงในตารางที่ 4.30 และเมื่อพิจารณาจากภาพพบว่า ทุกภาคมีจำนวนวันลดลงในทุกระดับสถานบริการเมื่อเทียบกับปี 2539 โดยจำนวนวันในระดับรพช./รพท. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงมากกว่าภาคอื่น ๆ ส่วนภาคกลางมีจำนวนวันลดลงมากกว่าภาคอื่น ๆ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนจำนวนวันผู้ป่วยในในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ดังตารางที่ 4.31 นั้น กลับเพิ่มขึ้นที่ระดับ รพช./รพท. แต่ลดลงที่ระดับ รพช. ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้เป็นภาคที่มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนวันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคใต้ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากข้อมูลดังกล่าวมาแล้ว ส่วนที่ระดับรพช. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นเพียงภาคเดียวที่มีจำนวนวันเพิ่มขึ้นทำให้โดยรวมทั้งประเทศแล้ว ในปี 2541 มีจำนวนวันลดลง

ตารางที่ 4.30 จำนวนวันและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในประเภท ข ปี 2540 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+รพท.		รพช.	
	วัน	%	วัน	%
กลาง	290,005	-5.59	73,047	-37.70
ตะวันออก	131,747	-10.19	54,117	-6.70
ตะวันออกเฉียงเหนือ	318,907	-74.53	180,074	-25.62
เหนือ	188,922	-19.69	93,321	-16.45
ใต้	141,644	-37.99	25,215	-12.75
รวมทั้งประเทศ	1,071,225	-50.62	425,774	-23.69

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.31 จำนวนวันและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในประเภท ข ปี 2541 จำแนกตามสถานพยาบาล

ภาค	รพศ.+รพท.		รพช.	
	วัน	%	วัน	%
กลาง	303,750	4.74	65,273	-10.64
ตะวันออก	99,751	-24.29	58,163	7.48
ตะวันออกเฉียงเหนือ	382,152	19.83	163,079	-9.44
เหนือ	168,832	-10.63	77,757	-16.68
ใต้	545,143	284.87	15,786	-37.39
รวมทั้งประเทศ	1,499,628	39.99	380,058	-10.74

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.32 แสดงสัดส่วนจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการในแต่ละภาคในแต่ละระดับของสถานพยาบาลต่าง ๆ ในปี 2539 - 2541 ในปี 2539 ทุก ๆ ภาคยกเว้นภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนการรับบริการที่ระดับสอ.มากที่สุด รองลงมาคือ ระดับรพช. และรพศ./รพท. ตามลำดับ โดยภาคกลางนั้นมีสัดส่วนการรับบริการผู้ป่วยนอกในระดับโรงพยาบาลชุมชนมากกว่าระดับ สอ. สสง. และทบ. ภาคตะวันออกมีสัดส่วนจำนวนครั้งของผู้เข้ารับบริการในระดับ สอ. สสง. และทบ. มากกว่าภาคอื่น ๆ และในภาคใต้มีสัดส่วนการรับบริการในรพศ.และรพท.ที่สูงกว่าสถานพยาบาลระดับรพช. ในปี 2540 ผู้ป่วยประเภท ข มีสัดส่วนการรับบริการในรพศ.และรพท.ในสัดส่วนที่สูงขึ้นในภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคเหนือ ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสัดส่วนจำนวนครั้งที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และภาคใต้มีสัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกในระดับโรงพยาบาลชุมชนและในระดับต่ำกว่ามากขึ้นกว่าในปี 2539 แต่เมื่อพิจารณาโดยรวมทั้งประเทศแล้วจะเห็นว่าแนวโน้มการใช้บริการผู้ป่วยนอกเริ่มจะมีการสวนทิศทางกับปี

2539 คือมีการเข้ารับบริการในระดับรพศ./รพท.เพิ่มมากขึ้น แต่ในปี 2541 นั้น สัดส่วนการรับบริการมีทิศทางที่ดีขึ้นอีกครั้งหนึ่ง โดยมีสัดส่วนการเข้ารับบริการที่ใกล้เคียงกับสัดส่วนในปี 2539 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนการรับบริการเกิดขึ้นที่ระดับรพช.มากกว่าระดับสอ.ในขณะที่ภาคตะวันออกมีสัดส่วนการเข้ารับบริการที่ระดับสอ.สูงขึ้นอย่างมากซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากความไม่ถูกต้องของข้อมูลเป็นสำคัญ

ตารางที่ 4.32 สัดส่วนจำนวนครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลต่าง ๆ สำหรับผู้ที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ จำแนกตามภาค

ภาค	รพศ./รพท.: รพช. : สอ.		
	2539	2540	2541
กลาง	1:5.22:4.19	1:1.35:2.98	1:1.30:3.67
ตะวันออก	1:2.39:9.04	1:0.81:2.88	1:4.75:17.24
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1:4.37:6.55	1:4.47:7.28	1:7.18:4.99
เหนือ	1:4.24:8.45	1:0.38:0.87	1:3.40:7.35
ใต้	1:0.87:2.63	1:1.54:3.78	1:1.50:4.08
รวมทั้งประเทศ	1:3.64:5.46	1:1.21:2.47	1:3.94:5.29

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4.33 สัดส่วนจำนวนวันสำหรับผู้ป่วยในสำหรับผู้ที่ไม่มีความพิการใด ๆ ในสถานบริการต่าง ๆ จำแนกตามภาค

ภาค	รพศ./รพท.: รพช.		
	2539	2540	2541
กลาง	2.62:1	3.97:1	4.65:1
ตะวันออก	2.53:1	2.43:1	1.71:1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5.17:1	1.77:1	2.34:1
เหนือ	2.11:1	2.02:1	2.17:1
ใต้	7.90:1	5.62:1	34.53:1
รวมทั้งประเทศ	3.89:1	2.52:1	3.94:1

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

สัดส่วนจำนวนวันผู้ป่วยในในสถานพยาบาลต่าง ๆ จำแนกตามภาคดังตารางที่ 4.33 แสดงให้เห็นว่า ในปี 2539 ภาคใต้มีสัดส่วนการเข้ารับบริการผู้ป่วยในในระดับ รพศ./รพท. มากกว่า รพช. ที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ซึ่งเป็นลักษณะเช่นเดียวกับกรณีสำหรับผู้มีบัตรสปร. และรองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับในปี 2540 สัดส่วนการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในในระดับรพศ./รพท.ทุกภาคได้ลดลงยกเว้นภาคกลางที่เพิ่มมากขึ้น แต่ภาคใต้ก็ยังคงมีสัดส่วนการรับบริการในระดับรพศ./รพท.ที่สูงกว่าภาคอื่น ๆ มาก อย่างไรก็ตามโดยรวมทั่วประเทศแล้วสัดส่วนจำนวนวันในปี 2540 มีแนวโน้มที่ดี

ขึ้นคือ มีการรับบริการในระดับรพช.เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2539 ส่วนในปี 2541 ทุกภาคยกเว้นภาค ตะวันออกได้มีสัดส่วนจำนวนวันที่ระดับรพศ./รพท.สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2540 โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ภาคใต้ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากข้อมูล ดังนั้น โดยรวมแล้ว ทิศทางของสัดส่วนจำนวนวันผู้ป่วยในมีแนวโน้ม กลับไปเหมือนในปี 2539 กล่าวคือมีสัดส่วนจำนวนวันในระดับรพศ./รพท.เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2540

ตารางที่ 4.34 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ ปี 2539 - 2541
จำแนกตามภาค

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
ค่าใช้จ่าย/ครั้ง	71.42	54.96	85.68	75.99	70.07	86.74
จำนวนเงิน(บาท)						
%	6.16	-20.71	32.21	16.70	5.22	17.70
ค่าใช้จ่าย/วัน						
จำนวนเงิน(บาท)	417.59	522.25	716.66	249.62	536.13	822.46
%	0.84	23.22	36.82	-28.83	34.52	67.71
พ.ศ.2540						
ค่าใช้จ่าย/ครั้ง	76.07	104.17	59.89	83.98	48.34	92.16
จำนวนเงิน(บาท)						
%	6.52	89.54	-30.10	10.52	-31.02	6.25
ค่าใช้จ่าย/วัน						
จำนวนเงิน(บาท)	604.91	577.99	684.47	486.64	617.92	906.51
%	44.86	10.67	-4.49	94.95	15.26	10.22
พ.ศ.2541						
ค่าใช้จ่าย/ครั้ง	78.29	85.19	71.15	72.39	86.00	91.28
จำนวนเงิน(บาท)						
%	2.91	-18.22	18.80	-13.80	77.92	-0.95
ค่าใช้จ่าย/วัน						
จำนวนเงิน(บาท)	499.19	618.31	661.27	420.76	775.88	329.81
%	-17.48	6.98	-3.39	-13.54	25.56	-63.62

* ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538

** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2540 เมื่อเทียบกับปี 2539

*** ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

จากตารางที่ 4.34 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันในปี 2539 โดยรวมได้เพิ่มขึ้นทั้ง ๆ ที่ค่า ใช้จ่ายรวม จำนวนครั้งและจำนวนวันก็เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2538 อัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายต่อวัน ที่ต่ำมีผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนวันที่ค่อนข้างสูง ทั้ง ๆ ที่จำนวนครั้ง จำนวนวันและค่าใช้จ่ายในปี

2540 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2539 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยกลับเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 6.52 และ 44.86 ตามลำดับเมื่อเทียบกับปี 2539 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายต่อวันเพิ่มในอัตราที่สูงที่สุด ส่วนภาคกลางมีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายต่อครั้งมากที่สุด ในปี 2541 เมื่อพิจารณาในระดับประเทศ ค่าใช้จ่ายต่อครั้งได้เพิ่มขึ้นในขณะที่ค่าใช้จ่ายต่อวันได้ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2540 ทั้ง ๆ ที่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและจำนวนครั้งลดลง ส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในและจำนวนวันเพิ่มขึ้น โดยภาคเหนือเป็นภาคที่มีทั้งค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากภาคเหนือ ภาคตะวันออกก็มีค่าใช้จ่ายต่อครั้งเพิ่มขึ้น และภาคกลางมีค่าใช้จ่ายต่อวันเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4.35 ค่าใช้จ่าย (บาท) ต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกประเภท ข ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาค และสถานพยาบาล

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
รพศ.+รพท.	233.22	226.35	403.48	228.38	222.61	204.81
รพช.	84.08	39.89	154.84	102.96	114.97	101.32
สอ.	33.36	32.90	32.27	34.72	29.46	37.09
สัดส่วน (รพศ./รพท.:รพช.:สอ)	7.0:2.5:1	6.9:1.2:1	12.5:4.8:1	6.6:3.0:1	7.5:3.9:1	5.5:2.7:1
พ.ศ.2540						
รพศ.+รพท.	122.07	304.63	63.38	286.40	25.46	276.49
รพช.	120.53	116.67	156.24	111.86	142.06	105.08
สอ.	35.60	31.25	31.38	39.06	33.75	38.18
สัดส่วน (รพศ./รพท.:รพช.:สอ)	3.4:3.4:1	9.7:3.7:1	2.0:5.0:1	7.3:2.9:1	0.7:4.2:1	7.2:2.7:1
พ.ศ.2541						
รพศ.+รพท.	271.64	218.26	298.52	314.60	283.28	261.98
รพช.	87.96	131.55	154.05	62.74	153.23	119.42
สอ.	34.57	32.60	35.13	37.75	28.08	39.11
สัดส่วน (รพศ./รพท.:รพช.:สอ)	7.8:2.5:1	6.7:4.0:1	8.5:4.4:1	8.3:1.7:1	10.1:5.4:1	6.7:3.0:1

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

จากตารางที่ 4.35 โดยเฉลี่ยแล้ว ค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอกในสถานบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะสูงที่สุด รองลงมาคือค่าใช้จ่ายต่อครั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และที่มีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุดคือ ระดับ สอ./สสจ./ทบ. โดยภาคตะวันออกมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ระดับรพศ./รพท.สูงกว่าภาคอื่น ๆ และภาคกลางมีค่าใช้จ่ายในระดับรพช.ที่ต่ำมาก แต่ในปี 2540 ค่าใช้จ่าย/ครั้งในระดับรพศ./รพท. กับในระดับรพช.กลับมีความใกล้เคียงกัน ค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับรพศ./รพท. ได้ลดลงแต่ค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่สถานพยาบาลระดับอื่นมีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2539 ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายต่อครั้งใน

ระดับรพท./รพศ.และระดับรพช. ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก นอกจากนี้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือก็มีค่าใช้จ่ายต่อวันในระดับรพศ./รพท.ที่น้อยมากอย่างผิดปกติ ส่วนค่าใช้จ่ายต่อครั้งในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ได้มีค่าเพิ่มขึ้นที่ระดับรพศ./รพท. แต่ลดลงในสถานพยาบาลระดับต่ำกว่าระดับรพศ./รพท. โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่าย/ครั้งที่ระดับรพศ./รพท. สูงที่สุดแต่มีค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ระดับรพช.ต่ำที่สุด

ตารางที่ 4.36 ค่าใช้จ่าย (บาท) ต่อวันสำหรับผู้ป่วยในประเภท ข ปี 2539 - 2541 จำแนกตามภาคและสถานพยาบาล

	รวมทั้งประเทศ	ภาค				
		กลาง	ตะวันออก	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
พ.ศ.2539						
รพศ.+รพท.	417.52	581.65	843.19	214.42	570.58	878.97
รพช.	417.84	366.62	396.62	431.65	463.57	375.78
สัดส่วน (รพศ/รพท:รพช)	1:1	1.6:1	2.1:1	0.5:1	1.2:1	2.3:1
พ.ศ.2540						
รพศ.+รพท.	654.13	617.86	804.51	482.08	647.30	984.99
รพช.	481.07	419.69	392.22	494.72	558.45	465.63
สัดส่วน (รพศ/รพท:รพช)	1.4:1	1.5:1	2.0:1	0.9:1	1.2:1	2.0:1
พ.ศ.2541						
รพศ.+รพท.	499.35	649.63	797.86	375.62	890.07	326.72
รพช.	498.59	472.53	427.01	526.54	527.94	436.65
สัดส่วน (รพศ/รพท:รพช)	1:1	1.4:1	1.9:1	0.7:1	1.7:1	0.7:1

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงานสรุปการให้สวัสดิการรายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ

โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะสูงกว่าค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในในระดับโรงพยาบาลชุมชน แต่จากตารางที่ 4.36 ในปี 2539 และปี 2541 ค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับผู้ป่วยในในระดับรพศ./รพท. และในระดับรพช. กลับมีค่าใกล้เคียงกัน ตัวเลขของค่าใช้จ่าย/วันที่ต่ำในระดับรพศ./รพท. ในปี 2539 นั้นมีผลมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีค่าต่ำเมื่อเทียบกับความเป็นจริงเช่นเดียวกับปี 2541 ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีค่าต่ำเมื่อเทียบกับความเป็นจริง จากการวิเคราะห์ แสดงให้เห็นว่าความน่าเชื่อถือของข้อมูลสำหรับผู้ป่วยประเภท ข มีน้อยมาก มีความแปรปรวนในแต่ละจังหวัดและแต่ละภาคที่สูงมาก เป็นผลให้การมองในระดับภาคอาจจะเกิดความคลาดเคลื่อนและความผิดพลาดได้ อย่างไรก็ตาม ทั้ง ๆ ที่ประชากรกลุ่มนี้ก็เ็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการใช้เงินงบประมาณ แต่กลับไม่ได้มีการเก็บข้อมูลในส่วนนี้อย่างถูกต้อง การพิจารณาถึงประชากรกลุ่มนี้อย่างจริงจังน่าจะส่งผลต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุขที่มีแก่ผู้มีรายได้น้อยให้ดีขึ้นได้

ตอนที่ 2 ผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อผู้ให้บริการการรักษาพยาบาล
ลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการการรักษาพยาบาล

ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมี 594 คน จำแนกตามรายจังหวัดได้ดังตารางที่ 4.37

ตารางที่ 4.37 ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลจำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน
พระนครศรีอยุธยา	60
ประจวบคีรีขันธ์	60
พิษณุโลก	60
พะเยา	60
สระแก้ว	60
ชลบุรี	57
อำนาจเจริญ	60
ร้อยเอ็ด	60
นครศรีธรรมราช	57
ภูเก็ต	60
รวม	594

- 1) เพศ ผู้ให้บริการเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.4 เพศชายร้อยละ 26.4 และไม่ระบุเพศร้อยละ 1.2 (ตารางที่ 4.38)
- 2) อายุ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25 - 34 ปี รวมคิดเป็นร้อยละ 51.9 โดยผู้ให้บริการที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีมีร้อยละ 13.6 อายุระหว่าง 25 - 29 ปี ร้อยละ 25.6 อายุระหว่าง 30 - 34 ปี ร้อยละ 26.3 อายุระหว่าง 35 - 39 ปี ร้อยละ 20.5 อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไปร้อยละ 13.1 และส่วนที่เหลือไม่ระบุอายุ (ตารางที่ 4.38)
- 3) ตำแหน่ง ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมเป็นร้อยละ 81.8 โดยแยกเป็นรายละเอียดได้ดังนี้ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยละ 0.5 เป็นแพทย์ร้อยละ 1.7 เป็นพยาบาลร้อยละ 42.4 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 39.4 เป็นนักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร ทันตแพทย์และผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 4.8 และไม่ระบุตำแหน่งร้อยละ 11.3 (ตารางที่ 4.38)
- 4) หน่วยงานของผู้ให้บริการ ร้อยละ 49.7 ของผู้ให้บริการทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่ที่สถานีอนามัยร้อยละ 38.7 ที่โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 6.7 ที่โรงพยาบาลสาขาร้อยละ 0.7 และนอกนั้นไม่ระบุหน่วยงาน (ตารางที่ 4.39)
- 5) การศึกษา ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีวุฒิปริญญาตรีร้อยละ 50 วุฒิต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 43.1 วุฒิปริญญาโทร้อยละ 0.3 นอกนั้นเป็นวุฒิต่ออื่น ๆ และไม่ระบุวุฒิ (ตารางที่ 4.39)

ตารางที่ 4.38 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการการรักษาพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุและตำแหน่ง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
• ชาย	157	26.4
• หญิง	430	72.4
• ไม่ระบุ	7	1.2
อายุ		
• น้อยกว่า 25 ปี	81	13.6
• 25 - 29 ปี	152	25.6
• 30 - 34 ปี	156	26.3
• 35 - 39 ปี	122	20.5
• 40 ปีหรือมากกว่า	78	13.1
• ไม่ระบุ	5	0.8
ตำแหน่ง		
• ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	3	0.5
• แพทย์	10	1.7
• พยาบาล	252	42.4
• เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	234	39.4
• นักสังคมสงเคราะห์	1	0.2
• เภสัชกร	11	1.9
• ทันตแพทย์	7	1.2
• ผู้ช่วยพยาบาล	9	1.5
• อื่น ๆ หรือไม่ระบุตำแหน่ง	67	11.3

- 6) ความรับผิดชอบหรือกิจกรรมที่ทำ กิจกรรมส่วนใหญ่ของผู้ให้บริการเป็นการรักษาพยาบาล ร้อยละ 60.6 การบริหารร้อยละ 10.8 เภสัชกรรมร้อยละ 3.7 งานอื่น ๆ ร้อยละ 12.3 การรักษาพยาบาลและการบริหารร้อยละ 4.5 เภสัชกรรมและการบริหารร้อยละ 0.2 การรักษาพยาบาลและเภสัชกรรมร้อยละ 3.0 การรักษาพยาบาล เภสัชกรรมและการบริหารร้อยละ 0.7 นอกนั้นไม่ระบุความรับผิดชอบหรือกิจกรรมที่ทำ (ตารางที่ 4.39)
- 7) ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการทำงานในตำแหน่งปัจจุบันอยู่ในช่วงระหว่าง 2 เดือนจนถึงสูงสุด 37 ปี โดยมีฐานนิยมของระยะเวลาเท่ากับ 3 ปี
- 8) ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการประกอบอาชีพปัจจุบันอยู่ในช่วงระหว่าง 2 เดือนจนถึงสูงสุด 37 ปี โดยมีฐานนิยมของระยะเวลาเท่ากับ 10 ปี
- 9) ระยะเวลาที่ทำงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการทำงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในช่วงระหว่าง 2 เดือนจนถึงสูงสุด 37 ปี โดยมีฐานนิยมของระยะเวลาเท่ากับ 10 ปี

- 10) ระยะเวลาที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร.อยู่ในช่วงระหว่าง 2 เดือนจนถึงสูงสุด 18 ปี โดยมีฐานนิยมของระยะเวลาเท่ากับ 10 ปี
- 11) ระยะเวลาที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. อยู่ในช่วงระหว่าง 2 เดือนจนถึงสูงสุด 21 ปี โดยมีฐานนิยมเท่ากับระยะเวลา 10 ปี

ตารางที่ 4.39 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการการรักษายาบาล จำแนกตามหน่วยงาน การศึกษา ความรับผิดชอบหรือกิจกรรมที่ทำ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงาน		
• สถานีอนามัย	230	38.7
• โรงพยาบาลชุมชน	295	49.7
• โรงพยาบาลสาขา	4	0.7
• โรงพยาบาลทั่วไป	40	6.7
• อื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลศูนย์หรือไม่ระบุ	25	4.2
การศึกษา		
• ต่ำกว่าปริญญาตรี	256	43.1
• ปริญญาตรี	297	50.0
• ปริญญาโท	2	0.3
• อื่น ๆ หรือไม่ระบุ	41	6.6
ความรับผิดชอบหรือกิจกรรมที่ทำ		
• ให้การรักษายาบาล	360	60.6
• การบริหาร	64	10.8
• เกสซ์กรรม	22	3.7
• ให้การรักษายาบาลและบริหาร	27	4.5
• การบริหารและเกสซ์กรรม	1	0.2
• ให้การรักษายาบาลและเกสซ์กรรม	18	3.0
• ให้การรักษายาบาล บริหารและเกสซ์กรรม	4	0.7
• อื่น ๆ หรือไม่ระบุ	98	16.5

2. ความพอใจและความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายด้านต่าง ๆ ของการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพอใจต่อนโยบายการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย แนวทางปฏิบัติในการรักษายาบาล เกณฑ์การตัดสินผู้มีสิทธิมีบัตรสปร. เกณฑ์การคำนวณค่าใช้จ่ายและมาตรการการลดค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อย (ตารางที่ 4.40)

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความไม่พอใจต่อจำนวนเงินงบประมาณด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและการกระจายงบประมาณด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย (ตารางที่ 4.40)

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการลดสิทธิและผลประโยชน์ของผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. การคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. โดยใช้อัตราค่าบริการต่ำสุด การคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. โดยใช้อัตราค่าบริการต่ำสุด และการคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยให้ต่ำกว่าผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่เสียค่าบริการปกติ (ตารางที่ 4.41)

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการลดผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. การให้การรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายบางส่วน หรือผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายปกติ การจ่ายค่าบริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นบางส่วนของผู้มีรายได้น้อย การจ่ายค่าบริการด้านการรักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน การเปลี่ยนแปลงของการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยทั้งที่มีบัตรและไม่มีบัตร สปร. และการให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (ตารางที่ 4.41)

ตารางที่ 4.40 ร้อยละของความพอใจต่อนโยบายการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย จำแนกตามหัวข้อ

หัวข้อ	พอใจ มาก	พอใจ	เฉย ๆ / พอ ใจและไม่พอ ใจ	ไม่พอใจ	ไม่พอ ใจมาก	ไม่ ระบุ
1. นโยบายการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของ โครงการ สปร. (ประเภทรายได้น้อย)	9.1	56.9	21.9	11.1	0.2	0.8
2. แนวทางการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลโดยไม่ เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนของผู้มีรายได้น้อย (ไม่มีบัตร สปร.)	2.4	44.3	30.8	18.9	1.3	2.4
3. เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินผู้มีสิทธิมีบัตร สปร. เช่น เกณฑ์รายได้	3.7	39.4	21.7	24.9	8.6	1.7
4. เกณฑ์การคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษา พยาบาลของผู้มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย	2.2	41.2	29.6	18.9	1.7	6.4
5. เกณฑ์การคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษา พยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร.	1.3	36.4	32.8	20.4	1.7	7.4
6. มาตรการการลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา พยาบาลของผู้มีรายได้น้อยในหน่วยงานของท่าน	2.9	37.0	31.8	20.2	2.0	6.1
7. จำนวนเงินงบประมาณจากรัฐบาลสำหรับการรักษา พยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร.	0.8	19.5	27.8	37.7	6.1	8.1
8. จำนวนเงินงบประมาณรวมจากรัฐบาลสำหรับการ รักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตร สปร.	1.0	20.9	28.8	35.5	4.9	8.9
9. การกระจายงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. ในระดับจังหวัด	1.5	24.4	31.1	31.1	2.7	9.1

ตารางที่ 4.41 ร้อยละของความคิดเห็นต่อนโยบายการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก	ไม่ ระบุ
1. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตร สปร. ประเทรายได้น้อยควรลดลง	7.7	30.6	22.6	34.5	4.2	0.3
2. ผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ควรลดลง	10.3	44.6	18.5	23.4	2.7	0.5
3. ผู้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าบริการกับผู้รับการรักษาพยาบาลที่เสียค่าบริการควรได้รับการปฏิบัติจากสถานบริการเท่าเทียมกัน	32.2	54.4	4.9	6.6	1.7	0.3
4. การคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสปร. ควรใช้อัตราค่าบริการที่ต่ำที่สุดในการคำนวณ	4.7	29.5	21.2	36.7	7.1	0.8
5. การคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ควรใช้อัตราค่าบริการที่ต่ำที่สุดในการคำนวณ	3.4	28.6	23.6	36.4	6.9	1.2
6. สถานบริการควรคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนให้ต่ำกว่าผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่เสียค่าบริการปกติ	3.9	30.3	15.5	40.2	9.3	0.8
7. ผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสปร. ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเป็นบางส่วน	26.1	49.3	7.6	13.5	2.5	1.0
8. ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเป็นบางส่วน	25.4	58.2	6.6	8.2	0.5	1.0
9. ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน	23.1	61.8	6.9	5.4	1.7	1.2
10. ผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสปร. ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน	22.1	55.7	8.8	9.4	2.7	1.3
11. ถึงเวลาแล้วที่การรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ควรจะมีการเปลี่ยนแปลง	23.6	44.4	19.9	9.1	1.5	1.5
12. ถึงเวลาแล้วที่โครงการ สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย ควรจะมีการเปลี่ยนแปลง	24.2	40.7	20.7	10.9	1.0	2.4
13. สถานบริการเอกชนควรมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย	24.2	39.2	18.0	7.7	3.5	7.2

ผู้ให้บริการที่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยมากกับการที่ผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสป.ควรจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วนจำนวน 488 คนได้เสนอสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลที่ผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตร สป.ควรจะจ่ายคิดเป็นร้อยละได้ตั้งตารางที่ 4.42 โดยมีสัดส่วนที่สูงที่สุดคือ 100 เปอร์เซนต์ซึ่งมีผู้เสนอ 2 คนคิดเป็นร้อยละ 0.52 ของผู้ที่เสนอทั้งหมด แต่โดยส่วนใหญ่แล้วสัดส่วนที่มีการเสนอมากที่สุดคือ ร้อยละ 10 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

ตารางที่ 4.42 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการที่เสนอสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ถือบัตรสป.ประเภท รายได้น้อยควรจะจ่าย จำแนกตามสัดส่วน

สัดส่วน (ร้อยละ)	จำนวน	ร้อยละ
2	2	0.52
5	125	32.55
10	195	50.78
15	6	1.56
20	17	4.43
25	7	1.82
30	11	2.86
40	2	0.52
50	16	4.17
60	1	0.26
100	2	0.52
รวม	384	100.0

ผู้ให้บริการที่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยมากกับการที่ผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสป.ควรจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วนจำนวน 462 คนได้เสนอประเภทของการบริการที่ผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสป.ควรจะจ่ายโดยส่วนใหญ่เสนอให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วนสำหรับการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และรองลงมาคือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ส่วนประเภทอื่น ๆ ของการบริการที่มีการเสนอแสดงได้ตั้งตารางที่ 4.43

จากตารางที่ 4.44 ผู้ให้บริการที่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยมากกับการที่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสป.ควรจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วนจำนวน 497 คนได้เสนอสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลที่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสป.ควรจะจ่ายโดยที่เสนอให้จ่ายทั้งหมด (100 เปอร์เซนต์) มีจำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 1.65 ของจำนวนผู้ที่เสนอสัดส่วนทั้งหมด ส่วนสัดส่วนอื่น ๆ แสดงได้ตั้งตารางที่ 4.44 แต่โดยส่วนใหญ่แล้วสัดส่วนที่มีการเสนอมากที่สุดคือ ร้อยละ 10 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

ผู้ให้บริการที่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยมากกับการที่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสป.ควรจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วนจำนวน 504 คนได้เสนอประเภทของการบริการที่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสป.ควรจะจ่ายโดยส่วนใหญ่เสนอให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วนสำหรับการบริการที่มีค่าใช้จ่าย

จ่ายสูง และรองลงมาคือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ส่วนประเภทอื่น ๆ ของการบริการที่มีการเสนอแสดง ได้ดังตารางที่ 4.45

ตารางที่ 4.43 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการที่เสนอประเภทการบริการทางการแพทย์ที่ผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสป.ควรจะจ่าย จำแนกตามประเภทการบริการ

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
การบริการที่มีค่าใช้จ่ายน้อย	66	11.19
การบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง	286	48.47
ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย	176	29.83
ความเจ็บป่วยที่ไม่ค่อยเกิดขึ้น	38	6.44
ทุกประเภท	7	1.19
โรคที่ทำตัวเอง	9	1.52
ประเภทที่มีการใช้ยาหรือเครื่องมือพิเศษ	2	0.34
ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการไม่เปลี่ยนพฤติกรรม	1	0.17
เฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์	3	0.51
ค่าตรวจพิเศษ	1	0.17
ค่าบริการทางการแพทย์	1	0.17
รวม	590	100.0

ตารางที่ 4.44 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการที่เสนอสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลที่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสป.ควรจะจ่าย จำแนกตามสัดส่วน

สัดส่วน (ร้อยละ)	จำนวน	ร้อยละ
3	2	0.47
5	112	26.35
10	208	48.94
15	7	1.65
20	23	5.41
25	2	0.47
30	11	2.59
40	8	1.88
50	45	10.59
100	7	1.65
รวม	425	100.0

ตารางที่ 4.45 จำนวน/ร้อยละของผู้ให้บริการที่เสนอประเภทการบริการทางการแพทย์ที่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสป.ควรจ่าย จำแนกตามประเภทการบริการ

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
การบริการที่มีค่าใช้จ่ายน้อย	89	13.04
การบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง	307	45.01
ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย	206	30.20
ความเจ็บป่วยที่ไม่ค่อยเกิดขึ้น	53	7.77
ทุกประเภท	8	1.17
โรคที่ทำตัวเอง	11	1.61
ประเภทที่มีการใช้ยาหรือเครื่องมือพิเศษ	2	0.29
ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการไม่เปลี่ยนพฤติกรรม	1	0.14
เฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์	2	0.29
ค่าตรวจพิเศษ	1	0.14
ค่าบริการทางการแพทย์	2	0.29
รวม	682	100.0

ข้อเสนอแนะที่ผู้ให้บริการเสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงสำหรับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสป. รวบรวมได้ดังนี้

- ควรยกเลิกการให้การรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วน แล้วให้ใช้บัตรประกันสุขภาพแทน มิฉะนั้นแล้วผู้ป่วยควรจ่ายค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด
- ให้ผู้มีรายได้น้อยซื้อบัตรประกันสุขภาพในราคาที่ถูกลงหรือซื้อแบบผ่อนส่ง
- ให้บริการฟรีเฉพาะค่ายา
- ให้มีการจัดทำทะเบียนผู้มีรายได้น้อย เพราะผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรมีเป็นจำนวนมาก
- ไม่ควรให้บริการโดยไม่เสียค่าบริการเพราะจะทำให้ผู้รับบริการไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง
- กำหนดเกณฑ์รายได้ให้ชัดเจนมีรูปธรรม
- ผู้มีรายได้น้อยทุกคนต้องมีบัตรจึงจะถือเป็นผู้มีรายได้น้อย

ข้อเสนอแนะที่ผู้ให้บริการเสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงสำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลประเภทผู้มีรายได้น้อย รวบรวมได้ดังนี้

- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลโดยการใช้จ่ายร่วม (copayment)
- ควรมีการประชาสัมพันธ์การใช้บัตรฯ ให้ผู้ถือบัตรเข้าใจ
- ส่งเสริมให้ผู้มีรายได้น้อยดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น
- ปรับปรุงกฎเกณฑ์ ระเบียบการออกบัตรให้มีความรัดกุม ให้ผู้มีรายได้น้อยจริง ๆ เป็นผู้มีสิทธิ
- ควรลดจำนวนผู้มีบัตรสป. เนื่องจากมีผู้มีสิทธิเป็นจำนวนมาก

- ยกเลิกบัตรสปร.โดยให้ใช้บัตรประกันสุขภาพแทนซึ่งอาจจะซื้อในราคาที่ถูกกว่าหรือผ่อนส่ง
- เพิ่มเงื่อนไขการใช้บัตรในเรื่องของจำนวนครั้งของการใช้บริการ
- เพิ่มงบประมาณ
- กำหนดรายได้ให้ชัดเจนมีรูปธรรม
- ต้องให้มีการถือบัตรมารับบริการทุกครั้ง
- ปรับปรุงระบบการส่งต่อ

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

- เปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับบริการที่มีบัตรสวัสดิการต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลของรัฐที่ว่าจะได้รับการบริการที่ไม่ดี ทำให้เมื่อเวลาผู้ป่วยมีเงินก็จะเลือกไปรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในเอกชน ทำให้รัฐขาดรายได้ทั้ง ๆ ที่บุคลากรส่วนใหญ่ก็เป็นชุดเดียวกันต่างกันตรงสถานที่
- การมีส่วนร่วมในค่าบริการจะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่
- การให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทำให้ประชาชนไม่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียทรัพยากรและมีการใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น
- การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมารักษาที่โรงพยาบาลทั้ง ๆ ที่เป็นโรคที่ไม่รุนแรงและนอนที่โรงพยาบาลโดยไม่ยอมกลับบ้านทั้ง ๆ ที่อาการไม่รุนแรง สร้างความเบื่อหน่ายในการทำงานและเป็นภาระมาก
- หลักเกณฑ์การพิจารณารายได้มีความยืดหยุ่นมากเกินไป อาจทำให้การประเมินรายได้ต่ำกว่าความเป็นจริง
- บัตรสปร.ไม่ได้ออกให้แก่ผู้มีรายได้น้อยจริง ผู้มีบัตรที่มาใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่งมีรถยนต์ แต่งกายดี มีเครื่องประดับราคาแพง แสดงว่าการออกบัตรไม่ได้ใช้การตัดสินใจที่ยุติธรรม
- ผู้ถือบัตรบางส่วนใส่เครื่องประดับราคาแพงเต็มตัวแต่ขอใช้สวัสดิการสปร.และนอนห้องพิเศษ
- บางพื้นที่ไม่ได้มีการพิจารณาการออกบัตรให้รอบคอบ ญาติของผู้นำชุมชนในเขตหรือลูกหลานของผู้ที่มีสิทธิพิจารณาการให้บัตรที่มีทรัพย์สินกลับได้รับบัตร แต่ผู้มีรายได้น้อยจริงกลับไม่ทราบขั้นตอนการขอบัตรและการใช้บัตร
- ออกบัตรสปร.ให้กับประชาชนทุกคนที่มีรายได้น้อยและให้ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่จะรับบัตรสปร.มีบัตรประกันสุขภาพทุกคน
- โรคบางอย่างมีค่าใช้จ่ายสูงจะต้องให้มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเช่น การรักษาโรคฟัน การใส่ครอบฟัน(ฟันปลอม) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้ก็ไม่สามารถรักษาได้ จำเป็นจะต้องถอนฟันเนื่องจากการรักษาวิธีอื่นต้องใช้เงินงบประมาณ

- ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ พยาธิใบไม้ในตับ กามโรค การใช้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการป้องกัน
- ควรจำกัดหรือลดเว้นการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับบางโรค
- กำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการที่มีบัตรสวัสดิการจะต้องจ่ายเท่ากันทุกคนในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ
- เนื่องจากเครื่องมืออุปกรณ์การรักษามีจำกัด ควรให้การรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยที่พอประมาณสมกับฐานะ เพื่อที่จะใช้กับ (support) ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่พอมีรายได้และสามารถชำระเงินได้
- ปรับปรุงการดำเนินการรับบัตรฯ การออกบัตรฯ การพิจารณาให้สิทธิให้เร็วขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากพบว่ามีควมล่าช้ามาก
- ให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนให้เท่ากันทุกรายโดยไม่ต้องมีบัตรฯ การสำรวจผู้มีสิทธิมีบัตรฯเป็นการเพิ่มภาระงานและก็ยังมีการออกบัตรฯที่ไม่เหมาะสม
- ผู้ที่ได้รับบัตรสปร.บางส่วนมีความเกี่ยวข้องกับกรรมการหรือผู้นำหมู่บ้านซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการออกบัตรทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทำงานด้วยความลำบากใจเพราะถ้าคัดค้านจะมีผลต่อการทำงานในพื้นที่ จึงควรมอบหมายให้หน่วยงานอื่นเช่น กระทรวงมหาดไทยหรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ได้มีสำนักงานในพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบการพิจารณาให้สิทธิ
- ชาวบ้านในหมู่บ้านจะรู้กันว่าการออกบัตรสปร.มีการใช้เส้น คนไม่ยากจนแต่มีความสัมพันธ์กับกรรมการ ผู้นำ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ จะได้รับบัตรฯ
- ผู้มีรายได้น้อยสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ รัฐบาลไม่ควรจะเสียงบประมาณในการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยจากการให้บัตรสปร.โดยการคัดเลือกที่ไม่มีประสิทธิภาพขององค์กรในหมู่บ้าน
- ในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน รัฐบาลจะยกเลิกบัตรสปร.เนื่องจากการสำรวจรายได้อาจจะไม่เป็นจริงทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายและแบกภาระมาก
- ควรกำหนดเงื่อนไขจำนวนครั้งในการรักษาและวงเงิน ผู้ป่วยบางรายใช้ยามากเกินไปจนเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเนื่องจากการใช้สิทธิได้โดยสะดวกและไม่มีข้อแม้ใด ๆ
- ให้ระบุวิธีใช้บัตร ชนิดของโรคที่ใช้บัตรได้และใช้ไม่ได้ตามสิทธิในบัตรให้ชัดเจนและประสานงานกับโรงพยาบาลเอกชนให้ผู้ถือบัตรเข้ารับการรักษาได้ในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีที่เป็นโรคบางอย่างที่โรงพยาบาลของรัฐไม่อาจรักษาได้
- ประชาชนทุกคนควรถูกหักเงินจากเงินรายได้เข้ากองทุนของรัฐเพื่อสะสมไว้ใช้ในการรักษาพยาบาล
- เลิกการใช้บัตรสปร. แต่ให้ใช้บัตรประกันสุขภาพในราคาที่ถูกลง และจัดงบสปร.เป็นงบสนับสนุน และสำหรับประชาชนที่ไม่มีเงินจ่ายจริงให้สถานพยาบาลพิจารณาให้ความอนุเคราะห์โดยใช้งบสถานบริการเอง ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุนงานประกันสุขภาพในท้องถิ่น

- ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพแก่ประชาชน
- การจัดสรรเงินไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายจริง
- ผู้มีรายได้น้อยควรจะมีการตรวจที่สถานพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้ง ไม่ควรให้ญาติมาขอยากับเจ้าหน้าที่แทน
- ผ่อนผันให้ผู้ทำงานในภูมิลาเนาอื่นเกินกว่าระยะเวลาหนึ่งทำบัตรสปร.ได้
- เกณฑ์รายได้ควรพิจารณาความแตกต่างและภาวะเศรษฐกิจของพื้นที่ด้วย บางพื้นที่มีค่าครองชีพสูง บางพื้นที่มีค่าครองชีพต่ำจะทำให้การใช้เกณฑ์เดียวกันทั้งประเทศไม่เหมาะสม
- ไม่ควรให้มีการพิจารณาออกบัตรทุก 3 เดือน เพราะในระยะหลังจะพบผู้ที่มาขอบัตรอย่างเร่งด่วนเนื่องจากประสบอุบัติเหตุหรือเข้ารับการรักษาโดยไม่มีเงินจ่าย เป็นการสร้างปัญหาในการปฏิบัติงาน

3. ความพอใจและความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพอใจกับระบบการส่งต่อในพื้นที่ที่ผู้ให้บริการปฏิบัติงานอยู่ คุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ผู้มีรายได้น้อยได้รับ เวลาที่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยใช้ในการรอรับบริการ ภาระงานเนื่องจากนโยบายการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย ขั้นตอนและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย ความยืดหยุ่นในการทำงานโดยรวม และผลการให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยในหน่วยงาน (ตารางที่ 4.46)

ตารางที่ 4.46 ร้อยละของความพอใจต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ จำแนกตามหัวข้อ

หัวข้อ	พอใจ มาก	พอใจ	เฉย ๆ / พอใจ และไม่พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจ มาก	ไม่ ระบุ
1. ระบบการส่งต่อในพื้นที่ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน	7.1	53.9	16.2	19.9	2.0	1.0
2. คุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร.ได้รับจากสถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่	9.1	70.0	14.3	5.1	0.5	1.0
3. คุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ผู้ถือบัตรสปร.ประเภทรายได้น้อยได้รับจากสถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่	12.5	71.2	12.0	3.7	0.3	0.3
4. เวลาที่ผู้ป่วยรายได้น้อยใช้ในการรอรับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของท่าน	4.0	65.2	22.9	5.9	1.0	1.0
5. ภาระงานของท่านเนื่องจากนโยบายการให้การรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย	1.3	43.9	39.1	12.3	2.0	1.3
6. ขั้นตอนและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย	2.2	45.8	32.2	16.7	1.2	2.0
7. ผลต่อความยืดหยุ่นในการทำงานของท่านโดยรวมเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย	2.2	46.3	38.0	9.6	1.7	2.2
8. ผลการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลกับผู้มีรายได้น้อยของหน่วยงานของท่าน	9.3	75.6	12.5	2.0	0.3	0.3

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับความจำเป็นและประโยชน์ของระบบการส่งต่อทั้งต่อตนเองและต่อหน่วยงาน ผู้มีรายได้น้อยส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อ ความเพียงพอของบุคลากร ความรู้สึกพอใจมากที่สุดให้การบริการผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (ตารางที่ 4.47)

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับความเพียงพอของอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์และยาสำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย การไม่ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากหน่วยงานในการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย การที่การทำงานมีคุณภาพลดลงเนื่องมาจากข้อจำกัดหรือภาระงานจากการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (ตารางที่ 4.47)

ตารางที่ 4.47 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก	ไม่ ระบุ
1. ระบบการส่งต่อมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่	30.1	55.6	5.6	6.6	1.9	0.3
2. ระบบการส่งต่อมีประโยชน์ต่อตัวท่าน	19.0	54.7	14.5	7.9	2.0	1.9
3. ผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษายาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อ	12.1	32.7	22.4	25.1	3.4	4.4
4. สถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีบุคลากรเพียงพอกับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย	4.5	39.6	16.0	31.3	8.1	0.5
5. สถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้เข้ารับการรักษายาบาลที่มีรายได้น้อย	2.4	29.1	18.4	38.4	11.3	0.5
6. ท่านไม่ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนอย่างเต็มที่จากหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย	1.2	24.7	28.6	39.7	4.2	1.5
7. ท่านรู้สึกพอใจมากที่สุดที่ได้ให้การบริการหรือรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย	9.6	63.8	23.1	3.4	0	0.2
8. การทำงานของท่านมีคุณภาพลดลงเนื่องจากการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตร สปร. ทำให้ภาระงานของท่านเพิ่มขึ้น	2.2	16.2	17.3	52.2	12.0	0.2
9. การทำงานของท่านมีคุณภาพลดลงเนื่องจากการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ทำให้ภาระงานของท่านเพิ่มขึ้น	2.2	16.5	17.2	52.9	11.1	0.2
10. การทำงานของท่านมีคุณภาพลดลงเนื่องจากการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตร สปร. ทำให้ท่านมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น	2.2	19.4	21.0	48.0	8.8	0.7
11. การทำงานของท่านมีคุณภาพลดลงเนื่องจากการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ทำให้ท่านมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น	2.2	20.0	19.4	49.0	8.6	0.8

4. ความพอใจและความคิดเห็นต่อผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพอใจต่อสถานะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยงานและการติดต่อสื่อสารพูดคุยกับผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน (ตารางที่ 4.48)

ตารางที่ 4.48 ร้อยละของความพอใจต่อผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย จำแนกตามหัวข้อ

หัวข้อ	พอใจ มาก	พอใจ	เฉย ๆ / พอใจ และไม่พอใจ	ไม่พอ ใจ	ไม่พอใจ มาก	ไม่ ระบุ
1. สถานะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาบริการในหน่วยงานของท่าน	1.5	45.6	33.7	15.7	1.9	1.7
2. การติดต่อสื่อสารพูดคุยกับผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของท่าน	5.2	70.4	20.0	3.9	0.2	0.3

ตารางที่ 4.49 ร้อยละของความคิดเห็นต่อผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก	ไม่ ระบุ
1. ท่านได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดีจากผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อย	3.0	55.4	27.3	12.1	1.5	0.7
2. ผู้ป่วยรายได้น้อยต้องใช้เวลาในการรอรับการรักษายาวนานจากหน่วยงานของท่าน	0.7	9.3	9.6	55.2	24.4	0.8
3. ผู้มีบัตรสปร. (ประเภทรายได้น้อย) เข้ารับการรักษาพยาบาลมากเกินความจำเป็น	17.0	35.7	28.3	16.3	2.4	0.3
4. ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ที่ไม่เสียค่าบริการหรือเสียเป็นบางส่วนเข้ารับการรักษาพยาบาลมากเกินความจำเป็น	12.0	31.1	31.8	22.2	2.2	0.7
5. ผู้มีรายได้น้อยมีพฤติกรรมที่ดีในด้านการป้องกันความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	1.2	13.3	35.2	36.9	12.5	1.0
6. การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดความเจ็บป่วยของผู้มีรายได้น้อย	12.3	39.6	24.4	21.0	2.0	0.7
7. ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนในการรักษาพยาบาลเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยอาการหรือปัญหาที่รุนแรงมากกว่าผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลปกติ	3.5	24.7	32.0	34.0	5.1	0.7

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่ได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดีจากผู้มีรายได้น้อย การที่ผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. เข้ารับบริการมากเกินความจำเป็น การที่ใช้ยาไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดความเจ็บป่วยของผู้มีรายได้น้อย (ตารางที่ 4.49)

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นไม่แน่ใจต่อการที่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. เข้ารับบริการมากเกินไปจนจำเป็น (ตารางที่ 4.49)

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการที่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยต้องใช้เวลาในการรอรับการรักษายาบาลจากหน่วยงาน การที่ผู้มีรายได้น้อยมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การที่ผู้มีรายได้น้อยเข้ารับการรักษายาบาลด้วยอาการหรือปัญหาที่รุนแรงกว่าผู้เข้ารับการรักษายาบาลที่จ่ายค่าบริการปกติ (ตารางที่ 4.49)

ตอนที่ 3 ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อย และเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล

3.1 ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลจากตัวอย่างทั้งหมด

(1) ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่มีบัตรสปร.ประเภทรายได้น้อยที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมี 1,985 คน จำแนกตามรายจังหวัดได้ดังตารางที่ 4.50

ตารางที่ 4.50 ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน
พระนครศรีอยุธยา	39
ประจวบคีรีขันธ์	376
พิษณุโลก	177
พะเยา	370
สระแก้ว	131
ชลบุรี	357
อำนาจเจริญ	94
ร้อยเอ็ด	123
นครศรีธรรมราช	89
ภูเก็ต	229
รวม	1,985

*ได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบตามที่กำหนด

- 1) เพศ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.3 เพศชายร้อยละ 42.7 (ตารางที่ 4.51)
- 2) อายุ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีอายุ 40 หรือมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 38.9 อายุ 35 - 39 ปี ร้อยละ 16.5 อายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 15.6 อายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 16.0 อายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 13.0 (ตารางที่ 4.51)
- 3) สถานภาพการสมรส ผู้รับบริการส่วนใหญ่แต่งงานแล้วร้อยละ 69.4 เป็นโสดร้อยละ 16.7 หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 5.5 เป็นม้ายร้อยละ 8.4 (ตารางที่ 4.51)
- 4) จำนวนบุตรในอุปการะ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีบุตรในอุปการะที่อาศัยอยู่ด้วย 2 คนร้อยละ 27.3 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 9 คน
- 5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ในครอบครัวของผู้รับบริการส่วนใหญ่ประกอบด้วยสมาชิก 4 คนร้อยละ 26.5 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ถึง 18 คน
- 6) อาชีพหลัก อาชีพหลักส่วนใหญ่ของผู้รับบริการคือ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ กสิกรรมร้อยละ 27.8 ค้าขายร้อยละ 8.3 แม่บ้านร้อยละ 6 ประมงร้อยละ 3 นอกนั้นไม่มีงานปศุสัตว์ หรือ เกือบของเก่า

- 7) รายได้ต่อปี ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีรายได้ 20,000 บาทต่อปีร้อยละ 10.2 รองลงมาคือ 30,000 บาทร้อยละ 9.8 รายได้ 10,000 บาทร้อยละ 8.3 รายได้ 8,000 บาทร้อยละ 6.2 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 250,000 บาทต่อปี หรือไม่ระบุ
- 8) ระดับการศึกษา ผู้รับบริการส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถม 6 หรือประถม 7 ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือประถม 4 ร้อยละ 38.6 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 9.6 ไม่ได้เรียนร้อยละ 5.3 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 4.8 นอกนั้น อนุปริญญา ปวช. ปริญญาตรี ต่ำกว่าประถม 4 หรือต่ำกว่าประถม 6 หรือ 7
- 9) ความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย ผู้รับบริการส่วนใหญ่อ่านและเขียนได้ร้อยละ 84.8 อ่านและเขียนไม่ได้เลยร้อยละ 10.5 และอ่านได้อย่างเดียวร้อยละ 4.6 (ตารางที่ 4.51)
- 10) ภูมิสำเนา ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีภูมิสำเนาอยู่อยู่ในท้องที่ที่เข้ารับบริการร้อยละ 78.2 และมาจากท้องที่อื่น ๆ ร้อยละ 21.8 (ตารางที่ 4.51)

ตารางที่ 4.51 จำนวน/ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรสและความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
• ชาย	848	42.7
• หญิง	1137	57.3
อายุ		
• น้อยกว่า 25 ปี	258	13.0
• 25 - 29 ปี	318	16.0
• 30 - 34 ปี	309	15.6
• 35 - 39 ปี	328	16.5
• 40 ปีหรือมากกว่า	772	38.9
สถานภาพการสมรส		
• โสด	332	16.7
• แต่งงาน	1378	69.4
• หย่า/แยกกันอยู่	109	5.5
• ม่าย	166	8.4
ความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย		
• อ่านได้อย่างเดียว	92	4.6
• อ่านและเขียนได้	1684	84.8
• อ่านและเขียนไม่ได้	209	10.5
ภูมิสำเนา		
• ในท้องที่	1553	78.2
• ท้องที่อื่น	432	21.8

(2) สุขภาพของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีสุขภาพดีร้อยละ 45.4 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 41.2 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 6.6 สุขภาพดีมากร้อยละ 5.4 และไม่ทราบร้อยละ 1.4 และเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีสุขภาพดีร้อยละ 43.8 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 42.1 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 7.2 สุขภาพดีมากร้อยละ 5.0 และไม่ทราบร้อยละ 2.0 (ตารางที่ 4.52)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72.8 นอกนั้นระบุว่า มีโรคประจำตัวโดยโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 3 โรคเบาหวานร้อยละ 3 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 2.6 โรคหัวใจร้อยละ 2.2 โรคหอบหืดร้อยละ 1.9 และโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคไต โรคปวดข้อ โรคเหน็บชา ฯลฯ

ผู้รับบริการร้อยละ 64.1 ไม่ได้เข้ารับการรักษานานานะผู้ป่วยในโดยใช้บัตรสปร.ในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 14.6 จำไม่ได้ นอกนั้นเข้ารับบริการในนานะผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ครั้ง ถึง 30 ครั้ง โดยมีระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ถึง 365 วัน ผู้รับบริการร้อยละ 63.9 ไม่ได้เข้ารับการรักษานานานะผู้ป่วยนอกโดยใช้บัตรสปร.ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 36.1 ได้เข้ารับบริการในนานะผู้ป่วยนอกในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 4.52 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อย จำแนกตามหัวข้อด้านสุขภาพ

หัวข้อ	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี	ไม่ทราบ
สุขภาพของผู้รับบริการโดยทั่วไป	5.4	45.4	41.2	6.6	1.4
สุขภาพของผู้รับบริการโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน	5.0	43.8	42.1	7.2	2.0

(3) การเข้ารับการรักษายาบาล

(3.1) การเดินทาง ความเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เดินทางมาเข้ารับการรักษายาบาลโดยรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวร้อยละ 47.4 เดินร้อยละ 16.9 รถรับจ้างประเภทต่าง ๆ ร้อยละ 15.2 รถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 13.1 รถจักรยานร้อยละ 3.4 นอกนั้นโดยรถไฟ เรือ หรือร่วมกันระหว่างพาหนะประเภทต่าง ๆ การเดินทางเข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวเป็นการเดินทางที่ผู้เข้ารับบริการไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 35.4 นอกนั้นเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางอยู่ระหว่าง 1 ถึง 400 บาท

การเข้ารับบริการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเหตุผลเนื่องมาจากมีอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไปร้อยละ 72.2 รองลงมาเป็นการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 14.5 เจ็บป่วยฉุกเฉินร้อยละ 10.3 และได้รับการส่งตัวมาจากสถานบริการอื่นร้อยละ 3.0

สาเหตุ อาการ หรือความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษายาบาลส่วนใหญ่คือ เป็นไข้ตัวร้อนร้อยละ 12.9 รองลงมาคือ ปวดเมื่อยตามตัวร้อยละ 11.3 ปวดศีรษะร้อยละ 9.5 ไข้หวัดร้อยละ 9.3 ปวดท้องร้อยละ 7.2 ท้องเสีย ท้องร่วงร้อยละ 4.6 นอกนั้นเกิดอุบัติเหตุ โรคผิวหนัง ปวดฟัน คลอด

บุตร เบาหวาน หอบ ไอ เจ็บคอ ตรวจเลือด ความดัน มดลูก ไมเกรน เป็นลม เหน็บชา นอนไม่หลับ
ต่อมทอนซิลอักเสบ ฯลฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เข้ารับบริการในสถานบริการที่ตอบแบบสอบถามเป็นแห่งแรกเมื่อมีอาการ
เจ็บป่วยข้างต้น ร้อยละ 72.0 รองลงมาคือ ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยาก่อนมาสถานบริการร้อยละ
19.8 ใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร้อยละ 2.2 พบแพทย์ที่คลินิกเอกชนร้อยละ 2.2 ไปสถานอนามัย
ร้อยละ 1.5 รับประทานยาที่มีอยู่ร้อยละ 0.7 ใช้กองทุนยาประจำหมู่บ้านร้อยละ 0.5 ไปพบแพทย์ที่คลินิก
และซื้อยาจากร้านขายยาร้อยละ 0.4 ไปพบแพทย์ที่คลินิกและไปสถานอนามัยร้อยละ 0.3 ไปโรงพยาบาล
ร้อยละ 0.3 ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยาและไปสถานอนามัยร้อยละ 0.1 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
ก่อนเข้ารับบริการโดยวิธีต่าง ๆ ข้างต้นก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ 0 ถึง 30,000 บาท โดยส่วน
ใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 72.9 เสียค่าใช้จ่าย 20 บาทร้อยละ 3.7 เสีย 100 บาทร้อยละ 4.9 ฯลฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 50.8 ไม่ทราบว่าค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจะเป็นเท่าไรถ้าไม่มีบัตรสปร.
นอกนั้นคาดว่าค่าใช้จ่ายจะอยู่ระหว่าง 1 ถึง 80,000 บาท หากผู้รับบริการต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเนื่อง
จากไม่มีบัตรสปร.แล้ววิธีในการชำระเงินของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ ใช้เงินสดร้อยละ 63.2 ไม่ทราบว่าจะ
จ่ายได้อย่างไรร้อยละ 14.8 ขอยืมจากเพื่อนหรือญาติร้อยละ 8.9 เพื่อนหรือญาติออกให้ทั้งหมดร้อยละ
5.7 ใช้เงินสดและยืมจากผู้อื่นร้อยละ 2.1 ขอติดสถานบริการไว้ร้อยละ 1.8 ขาขมทรัพย์สินร้อยละ 1
นอกนั้นไม่รับยา ขอนายจ้าง ขอความอนุเคราะห์จากแพทย์ ขอจากพระ

(3.2) ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ตอบแบบสอบถาม

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี สถานบริการ
มีบุคลากรเพียงพอ สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบายและมีบรรยากาศดี ผู้รับบริการได้รับการ
รักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ แพทย์หรือผู้ให้การรักษาใช้เวลากับผู้รับบริการอย่าง
เพียงพอ ผู้รับบริการได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีการป้องกัน
ความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ (ตารางที่ 4.53)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าสถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาไม่เพียงพอ
(ตารางที่ 4.53)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่รู้สึกระงับเกี่ยวกับการบริการจากสถานบริการ ผู้รับบริการไม่เห็นว่าจะต้องรอแพทย์
หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน และไม่เห็นว่าด้วยว่าแพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหา
หรือความเจ็บป่วยของผู้รับบริการให้ทราบ (ตารางที่ 4.53)

ตารางที่ 4.53 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. บุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี	83.6	14.2	2.2
2. สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ	53.3	28.6	18.1
3. สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบาย และมีบรรยากาศดี	84.7	13.9	1.4
4. สถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาไม่เพียงพอ	31.8	41.0	27.3

ตารางที่ 4.53 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามข้อความ(ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
5. ท่านได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ	78.6	19.5	1.8
6. ท่านรู้สึกเกี่ยวกับการบริการจากสถานบริการ	20.8	29.0	50.3
7. ท่านต้องรอแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน	31.3	26.4	42.3
8. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาใช้เวลากับท่านอย่างเพียงพอ	57.2	32.2	10.5
9. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีป้องกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ	66.0	27.8	6.2
10. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยของท่านให้ท่านทราบ	25.6	21.8	52.6

(4) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการสปร. ประเภทผู้มีรายได้น้อย

ผู้รับบริการส่วนมากมีบัตรสปร.ประเภทผู้มีรายได้น้อยเป็นครั้งแรกร้อยละ 50.4 รองลงมาคือ 2 ครั้งร้อยละ 22.4 มีบัตร 3 ครั้งร้อยละ 10.1 มีบัตร 5 ครั้งร้อยละ 10.1 มีบัตร 4 ครั้งร้อยละ 5.6 และจำนวนครั้งสูงสุดของการมีบัตรคือ 6 ครั้งร้อยละ 1.3

ผู้รับบริการรู้จักโครงการสปร.จากผู้ใหญ่บ้านเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 33 รองลงมาคือ รู้จักจากอาสาสมัครหมู่บ้านร้อยละ 23.2 แพทย์ร้อยละ 10.1 เพื่อนร้อยละ 7.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 6.6 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลร้อยละ 2.9 นอกนั้นจากสถานีอนามัย เสียงตามสาย ป้ายประกาศ วิทยุ พระ หัวหมาก ชุมชน กำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ญาติ โรงเรียน

ร้อยละ 73.8 ของผู้รับบริการทราบสิทธิและผลประโยชน์ของการเป็นผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยว่าเป็นการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้รับบริการร้อยละ 20.2 ไม่ทราบสิทธิและผลประโยชน์ของการเป็นผู้ถือบัตรฯ ร้อยละ 2.1 ทราบว่าใช้เมื่อป่วย ร้อยละ 0.8 ทราบว่าเสียค่าใช้จ่ายน้อยลงและมีการจ่ายค่าบำรุงเล็กน้อย ร้อยละ 0.8 ทราบว่าทำให้ประหยัด ร้อยละ 0.4 ทราบว่า บัตร สปร.เหมือนบัตรสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 0.2 ทราบว่าใช้เมื่อเป็นไข้ เกิดอุบัติเหตุ ผ่าตัดและคลอดลูก ร้อยละ 0.2 ทราบว่าบัตร สปร.ใช้กับกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 0.1 ทราบว่าใช้รักษาในเวลาราชการและต้องมีใบส่งตัว ร้อยละ 0.1 ทราบว่าเหมือนบัตรสุขภาพทั่วไปและมีเจ้าหน้าที่ขอเงินบำรุง ร้อยละ 0.1 ทราบว่าใช้รักษาทั้งครอบครัว ร้อยละ 0.1 ทราบว่าใช้รักษาโรคทั่วไป และร้อยละ 0.1 ทราบว่าต้องไปสถานีอนามัยก่อน

(5) ความพอใจและความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อโครงการ สปร. และการรับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกพอใจต่อโครงการสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย ระบบการส่งต่อ เภสัชกรรายได้ในการตัดสินใจมีบัตรฯ การระบุชื่อสถานบริการในบัตรสปร. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตรฯ เวลาในการรอรับบริการ และการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้สิทธิผู้ถือบัตรสปร. ขั้นตอน ความ

คล่องตัว และความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข การรักษาพยาบาลที่ได้รับจากสถานบริการ (ตารางที่ 4.54)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกเฉย ๆ ต่อการให้การรักษาพยาบาลผู้ที่ไม่มีบัตรสปร.โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ตารางที่ 4.54)

ตารางที่ 4.54 ร้อยละของความพอใจของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลโดยทั่วไป จำแนกตามหัวข้อ

หัวข้อ	พอใจ	เฉย ๆ / ทั้งพอใจและไม่พอใจ	ไม่พอใจ
1. โครงการ สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	89.9	9.9	0.2
2. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย	86.0	13.6	0.5
3. ระบบการส่งต่อ	51.0	31.6	17.4
4. เกณฑ์รายได้สำหรับการมีสิทธิเป็นผู้มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย	61.0	27.8	11.2
5. การระบุชื่อสถานบริการในบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	49.0	32.8	18.2
6. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	73.5	24.2	2.3
7. การให้การรักษาพยาบาลผู้ที่ไม่มีบัตร สปร.โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	32.7	38.3	29.0
8. เวลาในการรอรับบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ	52.8	34.4	12.8
9. เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้สิทธิของการเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	61.3	35.0	3.7
10. ขั้นตอน ความคล่องตัว และ ความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ	50.6	36.5	12.9
11. การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข	61.1	34.1	4.8
12. การรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจากสถานบริการในฐานะที่ท่านเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	71.4	25.8	2.8

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าระบบส่งต่อมีความจำเป็นและมีประโยชน์ รัฐบาลไม่ควรจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่มียบัตรสปร. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร.มีความเหมาะสม สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ ผู้รับบริการยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาทต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี (ราคาอื่นที่เสนอส่วนใหญ่คือ 300 บาท) ผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน (ส่วนใหญ่เสนอการรักษาพยาบาลสำหรับการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง) ผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษาพยาบาล (สัดส่วนที่เสนอเป็นส่วนมากคือ ร้อยละ 5) (ตารางที่ 4.55)

ตารางที่ 4.55 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการ การรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ระบบส่งต่อมีความจำเป็นและมีประโยชน์	56.0	30.0	14.1
2. ในอดีตท่านได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตร สปร. โดยที่ไม่ได้เป็นการส่งตัว	16.0	32.3	51.7
3. รัฐบาลไม่ควรจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่มียบัตร สปร.	35.2	30.7	34.2
4. ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นตั้งแต่ท่านมีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยเพราะท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	34.1	22.6	43.3
5. สิทธิและผลประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเหมาะสม	72.4	24.0	3.5
6. สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย	46.1	36.9	17.0
7. สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาเพียงพอกับความ ต้องการของผู้ป่วย	41.9	43.6	14.6
8. โดยทั่วไปท่านได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถาน บริการ	57.4	37.7	4.9
9. ท่านคิดว่าการไปซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลใน สถานบริการ	9.2	30.5	60.3
10. ในกรณีฉุกเฉิน ท่านสามารถพบแพทย์ได้เสมอ	34.6	54.3	11.1
11. ท่านต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ ตามที่ระบุในบัตร สปร.	28.3	23.7	48.1
12. ท่านรู้สึกเกี่ยวกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษ าพยาบาล	25.8	36.6	37.9
13. ท่านคิดว่าการมีบัตรประกันสุขภาพ (ต้องเสียค่าใช้จ่าย) จะทำให้ท่านได้รับผล ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น	39.4	45.0	15.6
14. ท่านยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาท ต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี	52.5	31.7	15.8
15. ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษา พยาบาลให้กับสถานบริการปกติ	21.7	54.2	24.1
16. ผู้ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้ต่ำมีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ปกติ	14.3	48.3	37.4
17. ผู้ถือบัตรสปร. ประเภทรายได้ต่ำควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็น บางส่วน	43.8	27.7	28.6
18. ถ้าท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการท่านจะได้รับการบริการที่ ดีขึ้น	20.8	56.3	22.9
19. ผู้ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้ต่ำควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษา พยาบาล	43.5	28.0	28.5
20. ถึงเวลาแล้วที่โครงการสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะได้มีการปรับปรุง	38.5	40.3	21.2

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าสถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย ในกรณีฉุกเฉินสามารถพบแพทย์ได้เสมอ การมีบัตรประกันสุขภาพ(ต้องเสียค่าใช้จ่าย)จะทำให้ได้ผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลปกติ ผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลปกติ ถ้าจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการแล้วจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น ถึงเวลาแล้วที่โครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะมีการปรับปรุง (ตารางที่ 4.55)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าเคยได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตรโดยที่ไม่ได้มีการส่งตัว ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นตั้งแต่มีบัตรสปร.เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ ต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุในบัตร รู้สึกเบื่อกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 4.55)

3.2 ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลจากตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงที่สุดในแต่ละภาค

(1) ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่มีบัตรสปร.ประเภทรายได้น้อยสำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงที่สุดในแต่ละภาคที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมี 1,455 คน จำแนกตามรายจังหวัดได้ดังตารางที่ 4.56

ตารางที่ 4.56 ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยสำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับบริการสูงที่สุดในแต่ละภาค จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน
ประจวบคีรีขันธ์	376
พะเยา	370
ชลบุรี	357
ร้อยเอ็ด	123
ภูเก็ต	229
รวม	1,455

ได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบตามที่กำหนด

- 1) เพศ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.1 เพศชายร้อยละ 43.9 (ตารางที่ 4.57)
- 2) อายุ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 39.4 มีอายุ 40 หรือมากกว่าอายุ 35 - 39 ปี ร้อยละ 16.4 อายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 15.1 อายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 14.9อายุน้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 14.2 (ตารางที่ 4.57)

ตารางที่ 4.57 จำนวน/ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรสและความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
• ชาย	639	43.9
• หญิง	816	56.1
อายุ		
• น้อยกว่า 25 ปี	207	14.2
• 25 - 29 ปี	217	14.9
• 30 - 34 ปี	220	15.1
• 35 - 39 ปี	238	16.4
• 40 ปีหรือมากกว่า	573	39.4
สถานภาพการสมรส		
• โสด	252	17.3
• แต่งงาน	991	68.1
• หย่า/แยกกันอยู่	82	5.6
• ม่าย	130	8.9
ความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย		
• อ่านได้อย่างเดียว	66	4.5
• อ่านและเขียนได้	1218	83.7
• อ่านและเขียนไม่ได้	171	11.8
ภูมิลำเนา		
• ในท้องที่	1089	74.8
• ท้องที่อื่น	366	25.2

- 3) สถานภาพการสมรส ผู้รับบริการส่วนใหญ่แต่งงานแล้วร้อยละ 68.1 เป็นโสดร้อยละ 17.3 หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 5.6 เป็นม่ายร้อยละ 8.9 (ตารางที่ 4.57)
- 4) จำนวนบุตรในอุปการะ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีบุตรในอุปการะที่อาศัยอยู่ด้วย 2 คนร้อยละ 27.0 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 9 คน
- 5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ในครอบครัวของผู้รับบริการส่วนใหญ่ประกอบด้วยสมาชิก 4 คน ร้อยละ 25.5 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ถึง 18 คน
- 6) อาชีพหลัก อาชีพหลักส่วนใหญ่ของผู้รับบริการคือ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ กสิกรรมร้อยละ 23.8 ค้าขายร้อยละ 9.6 แม่บ้านร้อยละ 7.6 ประมงร้อยละ 3.4 นอกนั้นไม่มีงาน ปศุสัตว์ หรือเก็บของเก่า
- 7) รายได้ต่อปี ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีรายได้ 30,000 บาทต่อปีร้อยละ 10.2 รองลงมาคือ รายได้ 20,000 บาทร้อยละ 7.3 รายได้ 10,000 บาทร้อยละ 8.3 ไม่มีรายได้ร้อยละ 7.1 รายได้

8,000 บาทร้อยละ 7.1 นอกนั้นรายได้อยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 250,000 บาทต่อปี หรือไม่
ระบุ

- 8) **ระดับการศึกษา** ผู้รับบริการส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถม 6 หรือประถม 7 ร้อยละ 40.3 รองลงมาคือประถม 4 ร้อยละ 26.1 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 9.7 ไม่ได้เรียนร้อยละ 5.2 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 5.2 นอกนั้น อนุปริญญา ปวช. ปริญญาตรี ต่ำกว่าประถม 4 หรือต่ำกว่าประถม 6 หรือ 7
- 9) **ความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย** ผู้รับบริการส่วนใหญ่อ่านและเขียนได้ร้อยละ 83.7 อ่านและเขียนไม่ได้เลยร้อยละ 11.8 และอ่านได้อย่างเดียวร้อยละ 4.5 (ตารางที่ 4.57)
- 10) **ภูมิสำเนา** ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่อยู่ในท้องที่ที่เข้ารับบริการร้อยละ 74.8 และมาจากท้องที่อื่น ๆ ร้อยละ 25.2 (ตารางที่ 4.57)

(2) สุขภาพของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีสุขภาพดีร้อยละ 44.5 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 41.4 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 7.3 สุขภาพดีมากร้อยละ 5.3 และไม่ทราบร้อยละ 1.4 และเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีสุขภาพดีร้อยละ 43.3 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 41.2 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 8 สุขภาพดีมากร้อยละ 5.4 และไม่ทราบร้อยละ 2.1 (ตารางที่ 4.58)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72.6 นอกนั้นระบุว่า มีโรคประจำตัวโดยโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ โรคเบาหวานร้อยละ 3.6 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 3 โรคหัวใจร้อยละ 2.6 โรคหอบหืดร้อยละ 1.9 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 1.9 และโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคไต โรคปวดข้อ โรคเหน็บชา ฯลฯ

ผู้รับบริการร้อยละ 60.5 ไม่ได้เข้ารับการรักษานานานะผู้ป่วยในโดยใช้บัตรสปร.ในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 17.1 จำไม่ได้ นอกนั้นเข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ครั้งถึง 30 ครั้ง โดยมีระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 วันถึง 163 วัน ผู้รับบริการร้อยละ 66.1 ไม่ได้เข้ารับการรักษานานานะผู้ป่วยนอกโดยใช้บัตรสปร.ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 33.9 ได้เข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยนอกในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 4.58 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามหัวข้อด้านสุขภาพ

หัวข้อ	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี	ไม่ทราบ
สุขภาพของผู้รับบริการโดยทั่วไป	5.3	44.5	41.4	7.3	1.4
สุขภาพของผู้รับบริการโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน	5.4	43.3	41.2	8.0	2.1

(3) การเข้ารับการรักษาพยาบาล

(3.1) การเดินทาง ความเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เดินทางมาเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 45.5 รถรับจ้างประเภทต่าง ๆ ร้อยละ 20.9 เดินร้อยละ 15.4 รถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 7.0 รถจักรยานร้อยละ 2.2 นอกนั้นโดยรถไฟ หรือร่วมกันระหว่างพาหนะประเภทต่าง ๆ การเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลดังกล่าวเป็นการเดินทางที่ผู้เข้ารับบริการไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 32 นอกนั้นเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางอยู่ระหว่าง 1 ถึง 400 บาท

การเข้ารับบริการของผู้ป่วยส่วนใหญ่เนื่องมาจากมีอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไปร้อยละ 70.6 รองลงมาเป็นการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 14.8 เจ็บป่วยฉุกเฉินร้อยละ 10.9 และได้รับการส่งตัวมาจากสถานบริการอื่นร้อยละ 3.6

สาเหตุ อาการ หรือความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่คือ ปวดเมื่อยตามตัวร้อยละ 10.9 รองลงมาคือ ไข้ตัวร้อนร้อยละ 10.3 ไข้หวัดร้อยละ 9.7 ปวดศีรษะร้อยละ 7.6 ปวดท้องร้อยละ 7.5 ท้องเสีย ท้องร่วงร้อยละ 5.6 นอกนั้นเกิดอุบัติเหตุ โรคผิวหนัง ปวดฟัน คลอดบุตร เบาหวาน หอบ ไอ เจ็บคอ ตรวจเลือด ความดัน มดลูก ไมเกรน เป็นลม เหน็บชา นอนไม่หลับ ต่อมทอนซิลอักเสบ ฯลฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 เข้ารับบริการในสถานบริการที่ตอบแบบสอบถามเป็นแห่งแรกเมื่อมีอาการเจ็บป่วยข้างต้น รองลงมาคือ ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยาก่อนมาสถานบริการร้อยละ 20.4 พบแพทย์ที่คลินิกเอกชนร้อยละ 2.6 ใช้จ่ายสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร้อยละ 2.0 ไปสถานือนามัยร้อยละ 1.6 รับประทานยาที่มีอยู่ร้อยละ 1.0 ไปพบแพทย์ที่คลินิกและซื้อยาจากร้านขายยาร้อยละ 0.4 ไปพบแพทย์ที่คลินิกและไปสถานือนามัยร้อยละ 0.4 ไปโรงพยาบาลร้อยละ 0.3 ใช้จ่ายทุนยาประจำหมู่บ้านร้อยละ 0.1 ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยาและไปสถานือนามัยร้อยละ 0.1 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการโดยวิธีต่าง ๆ ข้างต้นก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ 0 ถึง 30,000 บาท โดยส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 73.3 เสียค่าใช้จ่าย 20 บาทร้อยละ 2.9 เสีย 100 บาทร้อยละ 2.4 ฯลฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจะเป็นเท่าไรถ้าไม่มีบัตร สปร.ร้อยละ 51.6 นอกนั้นคาดว่าค่าใช้จ่ายจะอยู่ระหว่าง 1 ถึง 80,000 บาท หากผู้รับบริการต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากไม่มีบัตรสปร.แล้ววิธีในการชำระเงินของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ ใช้เงินส่วนตัวร้อยละ 57.9 ไม่ทราบว่าจ่ายได้อย่างไรร้อยละ 18.1 ขอยืมจากเพื่อนหรือญาติร้อยละ 9.3 เพื่อนหรือญาติออกให้ทั้งหมดร้อยละ 6.0 ใช้เงินส่วนตัวและยืมจากผู้อื่นร้อยละ 2.3 ขอติดสถานบริการไว้ร้อยละ 2 ขายทรัพย์สินร้อยละ 1 นอกนั้นไม่รับยา ขอนายจ้าง ขอความอนุเคราะห์จากแพทย์ ขอจากพระ

(3.2) ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ตอบแบบสอบถาม

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบายและมีบรรยากาศดี ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ผู้รับบริการได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีการป้องกันความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ (ตารางที่ 4.59)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าสถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาไม่เพียงพอ (ตารางที่ 4.59)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สึกับบริการจากสถานบริการ ผู้รับบริการไม่เห็นว่าจะต้องรอแพทย์ หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน และไม่เห็นว่าแพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหา หรือความเจ็บป่วยของผู้รับบริการให้ทราบ (ตารางที่ 4.59)

ตารางที่ 4.59 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ตอบแบบสอบถามในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. บุคลากรของสถานบริการมีอัตราและมนุษยสัมพันธ์ดี	81.9	15.5	2.6
2. สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ	54.6	28.3	17.0
3. สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบาย และมีบรรยากาศดี	82.1	16.1	1.8
4. สถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาไม่เพียงพอ	32.9	37.7	29.3
5. ท่านได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ	76.1	21.9	2.1
6. ท่านรู้สึกเกี่ยวกับการบริการจากสถานบริการ	22.6	27.0	50.4
7. ท่านต้องรอแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน	34.4	24.1	41.5
8. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับท่านอย่างเพียงพอ	55.3	32.8	12.0
9. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธี ป้องกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ	63.3	28.9	7.8
10. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาหรือความเจ็บป่วย ของท่านให้ท่านทราบ	22.7	21.4	55.8

(4) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการสปร. ประเภทผู้มีรายได้น้อย

ผู้รับบริการส่วนมากร้อยละ 54.4 มีบัตรสปร.ประเภทผู้มีรายได้น้อยเป็นครั้งแรกรองลงมาคือ 2 ครั้งร้อยละ19.9 มีบัตร 3 ครั้งร้อยละ 9.8 มีบัตร 5 ครั้งร้อยละ 9.6 มีบัตร 4 ครั้งร้อยละ 5.4 และ จำนวนครั้งสูงสุดของการมีบัตรคือ 6 ครั้งร้อยละ 1.1

ผู้รับบริการรู้จักโครงการสปร.จากผู้ใหญ่บ้านเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 35.1 รองลงมาคือ อาสาสมัคร หมู่บ้านร้อยละ 19.9 แพทย์ร้อยละ 9.6 เพื่อนร้อยละ 8.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 6.1 เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลร้อยละ 3.0 นอกนั้นจากสถานีอนามัย เสียตามสาย ป้ายประกาศ วิทยุ พระ กำนัน หัวหน้า ชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ญาติ โรงเรียน

ร้อยละ 77.8 ของผู้รับบริการทราบสิทธิและผลประโยชน์ของการเป็นผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีราย ได้น้อยว่าเป็นการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้รับบริการร้อยละ 19.5 ไม่ทราบสิทธิและผลประโยชน์ของ การเป็นผู้ถือบัตรฯ ร้อยละ 1.5 ทราบว่าใช้เมื่อป่วย ร้อยละ 0.5 ทราบว่าทำให้ประหยัด ร้อยละ 0.2 ทราบ ว่าใช้เมื่อเป็นไข้ เกิดอุบัติเหตุ ผ่าตัดและคลอดลูก ร้อยละ 0.2 ทราบว่าบัตร สปร.ใช้กับกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 0.1 ทราบว่าใช้รักษาในเวลาราชการและต้องมีใบส่งตัว ร้อยละ 0.1 ทราบว่าใช้รักษาทั้งครอบครัว ร้อยละ 0.1 ทราบว่าใช้รักษาโรคทั่วไป และร้อยละ 0.1 ทราบว่าต้องไปสถานีอนามัยก่อน

- (5) ความพอใจและความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อโครงการ สปร. และการรับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกพอใจต่อโครงการสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย ระบบการส่งต่อ เกณฑ์รายได้ในการตัดสินผู้มีบัตร การระบุชื่อสถานบริการในบัตรสปร. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตรฯ เวลาในการรอรับบริการ และการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้สิทธิผู้ถือบัตรสปร. ขั้นตอน ความคล่องตัว และความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข การรักษาพยาบาลที่ได้รับจากสถานบริการ (ตารางที่ 4.60)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกเฉย ๆ ต่อการให้การรักษาพยาบาลผู้ที่ไม่มีบัตรสปร.โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ตารางที่ 4.60)

ตารางที่ 4.60 ร้อยละของความพอใจของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไปในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามหัวข้อ

หัวข้อ	พอใจ	เฉย ๆ / ทั้งพอใจและไม่พอใจ	ไม่พอใจ
1. โครงการ สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	89.3	10.6	0.1
2. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย	84.5	15.1	0.3
3. ระบบการส่งต่อ	50.1	30.0	19.9
4. เกณฑ์รายได้สำหรับการมีสิทธิเป็นผู้มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย	61.0	26.7	12.3
5. การระบุชื่อสถานบริการในบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	45.9	34.2	19.9
6. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	74.6	23.2	2.2
7. การให้การรักษาพยาบาลผู้ที่ไม่มีบัตร สปร.โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	31.1	36.2	32.7
8. เวลาในการรอรับบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ	52.2	32.6	15.2
9. เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้สิทธิของการเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	60.2	35.9	3.8
10. ขั้นตอน ความคล่องตัว และ ความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ	51.2	35.7	13.1
11. การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข	60.1	34.6	5.4
12. การรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจากสถานบริการในฐานะที่ท่านเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	71.9	25.0	3.1

ตารางที่ 4.61 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไปในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงสุด จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ระบบส่งต่อมีความจำเป็นและมีประโยชน์	52.2	31.0	16.8
2. ในอดีตท่านได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตร สปร. โดยที่ไม่ได้เป็นการส่งตัว	13.7	26.0	60.3
3. รัฐบาลไม่ควรจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่มียบัตร สปร.	36.1	30.7	33.3
4. ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นตั้งแต่ท่านมีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยเพราะท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	32.4	21.3	46.3
5. สิทธิและผลประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเหมาะสม	72.8	24.2	3.0
6. สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย	48.6	36.4	15.0
7. สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย	43.9	42.5	13.6
8. โดยทั่วไปท่านได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ	56.4	39.0	4.5
9. ท่านคิดว่าการไปซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ	8.7	30.7	60.5
10. ในกรณีฉุกเฉิน ท่านสามารถพบแพทย์ได้เสมอ	32.1	57.2	10.7
11. ท่านต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการตามที่ระบุในบัตร สปร.	30.4	22.7	46.8
12. ท่านรู้สึกเบื่อกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล	27.6	33.7	38.6
13. ท่านคิดว่าการมีบัตรประกันสุขภาพ (ต้องเสียค่าใช้จ่าย) จะทำให้ท่านได้รับผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น	36.5	47.1	16.4
14. ท่านยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาท ต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี	49.5	33.1	17.4
15. ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการปกติ	20.7	55.5	23.8
16. ผู้ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยมีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลปกติ	12.8	47.5	39.7
17. ผู้ถือบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน	42.4	26.4	31.2
18. ถ้าท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการท่านจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น	19.0	55.7	25.3
19. ผู้ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษาพยาบาล	42.7	26.3	31.1
20. ถึงเวลาแล้วที่โครงการสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะได้มีการปรับปรุง	37.8	39.2	23.0

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าระบบส่งต่อมีความจำเป็นและมีประโยชน์ รัฐบาลไม่ควรจะให้การรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่มียบัตรสปร. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. มีความเหมาะสม สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้รับบริการได้รับการรักษายาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ ผู้รับบริการยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาทต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี ผู้ถือบัตรสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษายาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน ผู้ถือบัตรสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษายาบาล (ตารางที่ 4.61)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่า ในกรณีฉุกเฉินสามารถพบแพทย์ได้เสมอ การมีบัตรประกันสุขภาพ(ต้องเสียค่าใช้จ่าย)จะทำให้ได้ผลประโยชน์ในการรักษายาบาลมากขึ้น ได้รับการดูแลรักษายาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษายาบาลปกติ ผู้ถือบัตรสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่จ่ายค่ารักษายาบาลปกติ ถ้าจ่ายค่ารักษายาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการแล้วจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น ถึงเวลาแล้วที่โครงการสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะมีการปรับปรุง (ตารางที่ 4.61)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าในอดีตที่ผ่านมาได้เข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตรโดยที่ไม่ได้มีการส่งตัว ได้เข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นตั้งแต่มีบัตรสปร. เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการ ต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปรับการรักษายาบาลตามที่ระบุในบัตร รู้สึกเบื่อกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษายาบาล (ตารางที่ 4.61)

3.3 ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษายาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษายาบาลจากตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำที่สุดในแต่ละภาค

(1) ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการรักษายาบาลที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยสำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำที่สุดในแต่ละภาคที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมี 530 คน จำแนกตามรายจังหวัดได้ดังตารางที่ 4.62

- 1) เพศ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.6 เพศชายร้อยละ 39.4 (ตารางที่ 4.63)
- 2) อายุ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีอายุ 40 หรือมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 37.5 อายุ 35 - 39 ปี ร้อยละ 17.0 อายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 16.8 อายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 19.1 อายุ น้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 9.6 (ตารางที่ 4.63)
- 3) สถานภาพการสมรส ผู้รับบริการส่วนใหญ่แต่งงานแล้วร้อยละ 73 เป็นโสดร้อยละ 15.1 หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 5.1 เป็นม้ายร้อยละ 6.8 (ตารางที่ 4.63)
- 4) จำนวนบุตรในอุปการะ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีบุตรในอุปการะที่อาศัยอยู่ด้วย 2 คนร้อยละ 28.1 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 7 คน

ตารางที่ 4.62 ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยสำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำที่สุดในแต่ละภาค จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน
พระนครศรีอยุธยา	39
พิษณุโลก	177
สระแก้ว	131
อำนาจเจริญ	94
นครศรีธรรมราช	89
รวม	530

ตารางที่ 4.63 จำนวน/ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำสุด จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรสและความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
• ชาย	209	39.4
• หญิง	321	60.6
อายุ		
• น้อยกว่า 25 ปี	51	9.6
• 25 - 29 ปี	101	19.1
• 30 - 34 ปี	89	16.8
• 35 - 39 ปี	90	17.0
• 40 ปีหรือมากกว่า	199	37.5
สถานภาพการสมรส		
• โสด	80	15.1
• แต่งงาน	387	73.0
• หย่า/แยกกันอยู่	27	5.1
• ม่าย	36	6.8
ความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย		
• อ่านได้อย่างเดียว	26	4.9
• อ่านและเขียนได้	466	87.9
• อ่านและเขียนไม่ได้	38	7.2
ภูมิลำเนา		
• ในท้องที่	464	87.5
• ท้องที่อื่น	66	12.5

- 5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ในครอบครัวของผู้รับบริการส่วนใหญ่ประกอบด้วยสมาชิก 4 คนร้อยละ 29.2 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ถึง 15 คน
- 6) อาชีพหลัก อาชีพหลักส่วนใหญ่ของผู้รับบริการคือ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ กสิกรรมร้อยละ 38.5 ค้าขายร้อยละ 4.7 แม่บ้านร้อยละ 3.8 ประมงร้อยละ 1.9 นอกนั้นไม่มีงาน หรือปศุสัตว์
- 7) รายได้ต่อปี ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 18.1 มีรายได้ 20,000 บาทต่อปีรองลงมาคือ รายได้ 10,000 บาทร้อยละ 11.7 รายได้ 15,000 บาทร้อยละ 9.1 รายได้ 30,000 บาทร้อยละ 8.7 รายได้ 25,000 บาทร้อยละ 4.3 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 150,000 บาทต่อปีหรือไม่ระบุ
- 8) ระดับการศึกษา ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 จบการศึกษาชั้นประถม 6 หรือประถม 7 รองลงมาคือต่ำกว่าประถม 4 ร้อยละ 25.3 ประถม 4 ร้อยละ 15.8 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 9.2 ไม่ได้เรียนร้อยละ 5.7 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 4 นอกนั้น อนุปริญญา ปวช. ปริญญาตรี หรือต่ำกว่าประถม 6 หรือ 7
- 9) ความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย ผู้รับบริการส่วนใหญ่อ่านและเขียนได้ร้อยละ 87.9 อ่านและเขียนไม่ได้เลยร้อยละ 7.2 และอ่านได้อย่างเดียวร้อยละ 4.9 (ตารางที่ 4.63)
- 10) ภูมิลำเนา ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่อยู่ในท้องที่ที่เข้ารับบริการร้อยละ 87.5 และมาจากท้องที่อื่น ๆ ร้อยละ 12.5 (ตารางที่ 4.63)

(2) สุขภาพของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีสุขภาพดีร้อยละ 47.7 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 40.6 สุขภาพดีมากร้อยละ 5.7 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 4.9 และไม่ทราบร้อยละ 1.1 และเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีสุขภาพดีร้อยละ 45.3 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 44.3 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 4.9 สุขภาพดีมากร้อยละ 3.8 และไม่ทราบร้อยละ 1.7 (ตารางที่ 4.64)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.6 นอกนั้นระบุว่า มีโรคประจำตัวโดยโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 4.7 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 3 โรคหอบหืดร้อยละ 2.1 โรคเบาหวานร้อยละ 1.5 และโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคภูมิแพ้ โรคไต โรคปวดข้อ ฯลฯ

ผู้รับบริการร้อยละ 74.0 ไม่ได้เข้ารับการรักษานานานะผู้ป่วยในโดยใช้บัตรสปร.ในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 7.7 จำไม่ได้ นอกนั้นเข้ารับบริการในนานะผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ครั้ง ถึง 12 ครั้ง โดยมีระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ถึง 365 วัน ผู้รับบริการร้อยละ 57.7 ไม่ได้เข้ารับการรักษานานานะผู้ป่วยนอกโดยใช้บัตรสปร.ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 42.3 ได้เข้ารับบริการในนานะผู้ป่วยนอกในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 4.64 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำสุด จำแนกตามหัวข้อด้านสุขภาพ

หัวข้อ	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี	ไม่ทราบ
สุขภาพของผู้รับบริการโดยทั่วไป	5.7	47.7	40.6	4.9	1.1
สุขภาพของผู้รับบริการโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน	3.8	45.3	44.3	4.9	1.7

(3) การเข้ารับการรักษาพยาบาล

(3.1) การเดินทาง ความเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เดินทางมาเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 52.6 เดินทางร้อยละ 21.1 รถรับจ้างประเภทต่าง ๆ ร้อยละ 12.2 รถจักรยานร้อยละ 6.8 รถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 6.8 นอกนั้นโดยรถไฟ เรือ หรือร่วมกันระหว่างพาหนะประเภทต่าง ๆ การเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลดังกล่าวเป็นการเดินทางที่ผู้เข้ารับบริการไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 44.9 นอกนั้นค่าใช้จ่ายในการเดินทางอยู่ระหว่าง 2 ถึง 400 บาท

การเข้ารับบริการของผู้ป่วยส่วนใหญ่เนื่องมาจากมีอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไปร้อยละ 76.8 รองลงมาเป็นการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 13.4 เจ็บป่วยฉุกเฉินร้อยละ 8.7 และได้รับการส่งตัวมาจากสถานบริการอื่นร้อยละ 1.1

สาเหตุ อาการ หรือความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่คือ ปวดศีรษะร้อยละ 12.7 รองลงมาก็คือ ไข้ตัวร้อนร้อยละ 13.6 ปวดท้องร้อยละ 9.9 ไข้หวัดร้อยละ 7.4 ปวดเมื่อยตามตัวร้อยละ 9.9 ท้องเสีย ท้องร่วงร้อยละ 3.8 นอกนั้นเกิดอุบัติเหตุ โรคผิวหนัง ปวดฟัน คลอดบุตร เบาหวาน หอบ ไอ เจ็บคอ ตรวจเลือด ความดัน มดลูก ไมเกรน เป็นลม เหน็บชา นอนไม่หลับ ต่อมทอนซิลอักเสบ ฯลฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 74.5 เข้ารับบริการในสถานบริการที่ตอบแบบสอบถามเป็นแห่งแรก เมื่อมีอาการเจ็บป่วยข้างต้น รองลงมาก็คือ ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยาก่อนมาสถานบริการร้อยละ 18.3 ใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร้อยละ 2.8 ใช้กองทุนยาประจำหมู่บ้านร้อยละ 1.5 ไปสถานีนามัยร้อยละ 1.1 พบแพทย์ที่คลินิกเอกชนร้อยละ 0.9 ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยาและไปสถานีนามัยร้อยละ 0.2 7 ไปพบแพทย์ที่คลินิกและซื้อยาจากร้านขายยาร้อยละ 0.2 พบแพทย์ที่คลินิกและไปสถานีนามัยร้อยละ 0.2 และไปโรงพยาบาลร้อยละ 0.2 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการโดยวิธีต่าง ๆ ข้างต้นก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ 0 ถึง 1,500 บาท โดยส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 71.9 เสียค่าใช้จ่าย 20 บาทร้อยละ 5.8 เสีย 10 บาทร้อยละ 2.8 ฯลฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 30.9 ไม่ทราบว่าค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจะเป็นเท่าไรถ้าไม่มีบัตร สปร. นอกนั้นคาดว่าค่าใช้จ่ายจะอยู่ระหว่าง 1 ถึง 6,000 บาท หากผู้รับบริการต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากไม่มีบัตรสปร.แล้ว วิธีการชำระเงินของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ ใช้เงินสดร้อยละ 77.9 ขอยืมจากเพื่อนหรือญาติร้อยละ 7.9 ไม่ทราบว่าจ่ายได้อย่างไรร้อยละ 5.7 เพื่อนหรือญาติออกให้ทั้งหมดร้อยละ

4.8 ใช้เงินส่วนตัวและยืมจากผู้อื่นร้อยละ 1.5 ขอดัดสถานบริการไว้ร้อยละ 1.1 ขายทรัพย์สินร้อยละ 0.6 นอกนั้นขอพบประชาสัมพันธ์และรับจ้างทำงาน

(3.2) ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ตอบแบบสอบถาม

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบายและมีบรรยากาศดี ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ผู้รับบริการได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีการป้องกันความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ (ตารางที่ 4.65)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าสถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาไม่เพียงพอ (ตารางที่ 4.65)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรบกวนกับการบริการจากสถานบริการ ผู้รับบริการไม่เห็นว่าจะต้องรอแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน และไม่เห็นว่าแพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยของผู้รับบริการให้ทราบ (ตารางที่ 4.65)

ตารางที่ 4.65 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ตอบแบบสอบถามในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำสุด จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. บุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี	88.3	10.6	1.1
2. สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ	49.6	29.4	20.9
3. สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบาย และมีบรรยากาศดี	91.7	7.9	0.4
4. สถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาไม่เพียงพอ	28.7	49.8	21.5
5. ท่านได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ	85.7	13.2	1.1
6. ท่านรู้สึกเบื่อกับการบริการจากสถานบริการ	15.7	34.3	50.0
7. ท่านต้องรอแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน	23.0	32.6	44.3
8. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับท่านอย่างเพียงพอ	62.6	30.8	6.6
9. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีป้องกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ	73.4	24.5	2.1
10. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยของท่านให้ท่านทราบ	33.4	22.6	44.0

(4) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการสปร. ประเภทผู้มีรายได้น้อย

ผู้รับบริการส่วนมากมีบัตรสปร.ประเภทผู้มีรายได้น้อยเป็นครั้งแรกร้อยละ 39.6 รองลงมาคือ 2 ครั้งร้อยละ 29.4 มีบัตร 3 ครั้งร้อยละ 11.1 มีบัตร 4 ครั้งร้อยละ 6.4 มีบัตร 5 ครั้งร้อยละ 11.5 และจำนวนครั้งสูงสุดของการมีบัตรคือ 6 ครั้งร้อยละ 1.9

ผู้รับบริการรู้จักโครงการสปร.จากอาสาสมัครหมู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 28.3 รองลงมาคือผู้ใหญ่บ้านร้อยละ 22.3 แพทย์ร้อยละ 11.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 7.9 เพื่อนร้อยละ 3.4 เจ้า

หน้าที่ในโรงพยาบาลร้อยละ 2.5 นอกนั้นจากสถานอนามัย เสียตามสาย ป้ายประกาศ หัวหน้าชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ญาติ

ร้อยละ 64.7 ของผู้รับบริการทราบสิทธิและผลประโยชน์ของการเป็นผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยว่าเป็นการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้รับบริการร้อยละ 21.9 ไม่ทราบสิทธิและผลประโยชน์ของการเป็นผู้ถือบัตรฯ ร้อยละ 3.8 ทราบว่าใช้เมื่อป่วย ร้อยละ 2.8 ทราบว่าเสียค่าใช้จ่ายน้อยลงและมีการจ่ายค่าบำรุงเล็กน้อย ร้อยละ 1.3 ทราบว่าบัตรสปร.เหมือนบัตรสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 0.4 ทราบว่าทำให้ประหยัด ร้อยละ 0.2 ทราบว่าเหมือนบัตรสุขภาพทั่วไปและมีเจ้าหน้าที่ขอเงินบำรุง ร้อยละ 0.2 ทราบว่าใช้รักษาโรคทั่วไป และร้อยละ 0.2 ทราบว่าต้องไปสถานอนามัยก่อน

(5) ความพอใจและความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อโครงการ สปร. และการรับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกพอใจต่อโครงการสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย ระบบการส่งต่อ เกณฑ์รายได้ในการตัดสินใจสมัคร การระบุชื่อสถานบริการในบัตรสปร. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตรฯ เวลาในการรอรับบริการ และการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้สิทธิผู้ถือบัตรสปร. ขั้นตอน ความคล่องตัว และความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข การรักษาพยาบาลที่ได้รับจากสถานบริการ (ตารางที่ 4.66)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกเฉย ๆ ต่อการให้การรักษาพยาบาลผู้ที่ไม่มีบัตรสปร.โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ตารางที่ 4.66)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าระบบส่งต่อมีความจำเป็นและมีประโยชน์ ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นตั้งแต่มีบัตรสปร.เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร.มีความเหมาะสม สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ การมีบัตรประกันสุขภาพ(ต้องเสียค่าใช้จ่าย)จะทำให้ได้ผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ผู้รับบริการยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาทต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี ผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน ผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 4.67)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าในอดีตที่ผ่านมาได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตรโดยที่ไม่ได้มีการส่งตัว สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย ในกรณีฉุกเฉินสามารถพบแพทย์ได้เสมอ รู้สึกเกี่ยวกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลปกติ ผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลปกติ ถ้าจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการแล้วจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น ถึงเวลาแล้วที่โครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะมีการปรับปรุง (ตารางที่ 4.67)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่ารัฐบาลไม่ควรจะให้การรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่มียบัตรสปร. การซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ ต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุในบัตร (ตารางที่ 4.67)

ตารางที่ 4.66 ร้อยละของความพอใจของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไปในจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับบริการต่ำสุด จำแนกตามหัวข้อ

หัวข้อ	พอใจ	เฉยๆ / ทั้งพอใจและไม่พอใจ	ไม่พอใจ
1. โครงการ สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	91.5	8.1	0.4
2. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย	90.0	9.2	0.8
3. ระบบการส่งต่อ	53.6	36.0	10.4
4. เกณฑ์รายได้สำหรับการมีสิทธิเป็นผู้มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย	60.9	30.8	8.3
5. การระบุชื่อสถานบริการในบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	57.4	29.1	13.6
6. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	70.4	27.2	2.5
7. การให้การรักษายาบาลผู้ที่ไม่มียบัตร สปร. โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	37.0	44.3	18.7
8. เวลาในการรอรับการบริการและการรักษายาบาลจากสถานบริการ	54.5	39.2	6.2
9. เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้สิทธิของการเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	64.3	32.5	3.2
10. ขั้นตอน ความคล่องตัว และ ความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ	49.1	38.5	12.5
11. การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข	63.8	32.8	3.4
12. การรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจากสถานบริการในฐานะที่ท่านเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	70.0	27.9	2.1

ตารางที่ 4.67 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป ในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำสุด จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ระบบส่งต่อมีความจำเป็นและมีประโยชน์	66.4	27.2	6.4
2. ในอดีตท่านได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตร สปร. โดยที่ไม่ได้เป็นการส่งตัว	22.5	49.6	27.9
3. รัฐบาลไม่ควรจะให้การรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่มียบัตรสปร.	32.6	30.8	36.6
4. ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นตั้งแต่ท่านมีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยเพราะท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	38.7	26.2	35.1
5. สิทธิและผลประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเหมาะสม	71.5	23.6	4.9

ตารางที่ 4.67 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีบัตรสปร. ต่อโครงการ สปร. และการรับบริการ การรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไปในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำสุด จำแนกตามข้อ ความ (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
6. สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย	39.4	38.1	22.5
7. สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาเพียงพอกับความ ต้องการของผู้ป่วย	36.2	46.6	17.2
8. โดยทั่วไปท่านได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถาน บริการ	60.2	34.0	5.8
9. ท่านคิดว่าการไปซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลใน สถานบริการ	10.6	29.8	59.6
10. ในกรณีฉุกเฉิน ท่านสามารถพบแพทย์ได้เสมอ	41.5	46.2	12.3
11. ท่านต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ ตามที่ระบุในบัตร สปร.	22.3	26.2	51.5
12. ท่านรู้สึกเบื่อกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษา พยาบาล	20.9	43.2	35.8
13. ท่านคิดว่าการมีบัตรประกันสุขภาพ (ต้องเสียค่าใช้จ่าย) จะทำให้ท่านได้รับผล ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น	47.4	39.4	13.2
14. ท่านยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาท ต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี	60.9	27.7	11.3
15. ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษา พยาบาลให้กับสถานบริการปกติ	24.5	50.6	24.9
16. ผู้ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยมีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ปกติ	18.5	50.4	31.1
17. ผู้ถือบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็น บางส่วน	47.5	31.1	21.3
18. ถ้าท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการท่านจะได้รับการบริการที่ ดีขึ้น	25.8	57.9	16.2
19. ผู้ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษา พยาบาล	45.8	32.8	21.3
20. ถึงเวลาแล้วที่โครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะได้มีการปรับปรุง	40.6	43.2	16.2

3.3 ผลการทดสอบความแตกต่างกันของความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลระหว่างตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงที่สุดในภาคและตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำที่สุดในภาค

การทดสอบความแตกต่างกันของความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลระหว่างตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงที่สุดในภาคและตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำที่สุดในภาคโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์พบว่า ตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงและตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับบริการต่ำมีความพอใจที่แตกต่างกันในเรื่องของการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย ระบบการส่งต่อ เกณฑ์รายได้สำหรับการมีสิทธิเป็นผู้ถือบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อย การระบุชื่อสถานบริการในบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อย การให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่ถือบัตรสปร. เวลาในการรอรับบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ (ตารางที่ 4.68)

ตารางที่ 4.68 การทดสอบความแตกต่างกันของความพอใจระหว่างตัวอย่างจากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงกับจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์

หัวข้อ	χ^2	องศาความเป็นอิสระ (df)	นัยสำคัญ (P-value)
1. โครงการ สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	3.715	2	0.156
2. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย	12.691**	2	0.002
3. ระบบการส่งต่อ	25.860**	2	0.000
4. เกณฑ์รายได้สำหรับการมีสิทธิเป็นผู้มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย	7.874*	2	0.020
5. การระบุชื่อสถานบริการในบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	22.060**	2	0.000
6. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	3.646	2	0.162
7. การให้การรักษาพยาบาลผู้ที่ไม่ถือบัตร สปร. โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	32.277**	2	0.000
8. เวลาในการรอรับบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ	29.716**	2	0.000
9. เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้สิทธิของการเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	2.870	2	0.238
10. ขั้นตอน ความคล่องตัว และ ความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ	1.270	2	0.530
11. การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข	4.319	2	0.115
12. การรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจากสถานบริการในฐานะที่ท่านเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย	2.893	2	0.235

**แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.01

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ตารางที่ 4.69 การทดสอบความแตกต่างกันของความคิดเห็นระหว่างตัวอย่างจากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงกับจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์

หัวข้อ	χ^2	df	นัยสำคัญ (P-value)
1. ระบบส่งต่อมีความจำเป็นและมีประโยชน์	46.023**	2	0.000
2. ในอดีตท่านได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตร สปร. โดยที่ไม่ได้เป็นการส่งตัว	164.921**	2	0.000
3. รัฐบาลไม่ควรจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่มียบัตรสปร.	2.578	2	0.276
4. ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นตั้งแต่ท่านมียบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยเพราะท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	19.774**	2	0.000
5. สิทธิและผลประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเหมาะสม	4.047	2	0.132
6. สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย	20.128**	2	0.000
7. สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาเพียงพอกับความ ต้องการของผู้ป่วย	10.394**	2	0.006
8. โดยทั่วไปท่านได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ	4.984	2	0.083
9. ท่านคิดว่าการไปซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถาน บริการ	1.584	2	0.453
10. ในกรณีฉุกเฉิน ท่านสามารถพบแพทย์ได้เสมอ	19.371**	2	0.000
11. ท่านต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการตาม ที่ระบุในบัตร สปร.	12.977**	2	0.002
12. ท่านรู้สึกเบื่อกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล	17.098**	2	0.000
13. ท่านคิดว่าการมีบัตรประกันสุขภาพ (ต้องเสียค่าใช้จ่าย) จะทำให้ท่านได้รับผล ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น	19.265**	2	0.000
14. ท่านยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาท ต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดย ไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี	22.342**	2	0.000
15. ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ให้กับสถานบริการปกติ	4.540	2	0.103
16. ผู้ถือบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อยมีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ปกติ	17.178**	2	0.000
17. ผู้ถือบัตรสปร. ประเภทผู้มีรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบาง ส่วน	18.784**	2	0.000
18. ถ้าท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการท่านจะได้รับการบริการที่ดี ขึ้น	23.128**	2	0.000
19. ผู้ถือบัตร สปร. ประเภทผู้มีรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษา พยาบาล	20.151**	2	0.000
20. ถึงเวลาแล้วที่โครงการสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยควรจะได้รับการปรับปรุง	10.599**	2	0.005

**แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.01

ตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงและตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับบริการต่ำมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในเรื่องของความจำเป็นและประโยชน์ของระบบส่งต่อ การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการในอดีตที่ไม่ใช่เป็นสถานบริการที่ระบุไว้ในบัตร การเข้ารับการรักษาพยาบาลที่บ่อยขึ้นตั้งแต่มีบัตรสปร.เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของบุคลากรกับจำนวนผู้ป่วยในสถานบริการ ความเพียงพอของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาต่อความต้องการของผู้ป่วย การพบแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน การใช้เวลาในการเดินทางไปรับบริการยังสถานบริการที่ระบุในบัตร ความรู้สึกเบื่อในการบริการของสถานบริการเมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ผลประโยชน์เมื่อมีบัตรประกันสุขภาพ ความยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาทเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลฟรี 1 ปี สุขภาพของผู้มีรายได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เสียค่าบริการทางการแพทย์ปกติ การจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน การบริการที่ได้รับเมื่อมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วน การเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษาพยาบาล การปรับปรุงโครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อย (ตารางที่ 4.69)

ตอนที่ 4 ผลการประเมินความพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อยและไม่เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาล

(1) ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ

ผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมี 423 คน จำแนกตามรายจังหวัดได้ดังตารางที่ 4.70

ตารางที่ 4.70 ผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน
พระนครศรีอยุธยา	50
ประจวบคีรีขันธ์	50
พิษณุโลก	30
พะเยา	50
สระแก้ว	50
ชลบุรี	50
อำนาจเจริญ	50
ร้อยเอ็ด	50
นครศรีธรรมราช	3
ภูเก็ต	40
รวม	423

- 1) เพศ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.8 เพศชายร้อยละ 49.2 (ตารางที่ 4.71)
- 2) อายุ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีอายุ 40 หรือมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 33.6 อายุ 35 - 39 ปี ร้อยละ 16.3 อายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 22.2 อายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 14.4อายุน้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 13.5 (ตารางที่ 4.71)
- 3) สถานภาพการสมรส ผู้รับบริการส่วนใหญ่แต่งงานแล้วร้อยละ 61.7 เป็นโสดร้อยละ 23.4 หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 6.4 เป็นม้ายร้อยละ 8.5 (ตารางที่ 4.71)
- 4) จำนวนบุตรในอุปการะ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่มีบุตรในอุปการะที่อาศัยอยู่ด้วยร้อยละ 31 มีบุตร 2 คนร้อยละ 25.3 มีบุตร 3 คนร้อยละ 15.6 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ถึง 10 คน
- 5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ในครอบครัวของผู้รับบริการส่วนใหญ่ประกอบด้วยสมาชิก 4 คนร้อยละ 24.1 สมาชิก 5 คนร้อยละ 23.4 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ถึง 13 คน
- 6) อาชีพหลัก อาชีพหลักส่วนใหญ่ของผู้รับบริการคือ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 42.8 รองลงมาคือ กสิกรรมร้อยละ 27.2 ค้าขายร้อยละ 8.5 แม่บ้านร้อยละ 5.7 ประมงร้อยละ 1.2 นอกนั้นปลูก-สัตว์ ขอตาน เก็บของเก่า

- 7) รายได้ต่อปี ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ร้อยละ 13.7 รองลงมาคือ รายได้ 20,000 บาท ต่อปีร้อยละ 10.4 รายได้ 10,000 บาทร้อยละ 8.5 รายได้ 30,000 บาทร้อยละ 8.5 รายได้ 18,000 บาทร้อยละ 5.4 นอกนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 1,000 ถึง 300,000 บาทต่อปี
- 8) ระดับการศึกษา ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 47 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 6 หรือประถม 7 รองลงมาคือต่ำกว่าประถม 4 ร้อยละ 17 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 14.9 ประถม 4 ร้อยละ 10.2 ไม่ได้เรียนร้อยละ 4.5 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 3.8 นอกนั้น อนุปริญญา ปวช. ปริญญาตรี ปกศ. ปริญญาโท
- 9) ความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย ผู้รับบริการส่วนใหญ่อ่านและเขียนได้ร้อยละ 83.7 อ่านและเขียนไม่ได้เลยร้อยละ 7.8 และอ่านได้อย่างเดียวร้อยละ 8.5 (ตารางที่ 4.71)
- 10) ภูมิสำเนา ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีภูมิสำเนาอยู่ในท้องที่ที่เข้ารับบริการร้อยละ 86.1 และมาจากท้องที่อื่น ๆ ร้อยละ 13.9 (ตารางที่ 4.71)

ตารางที่ 4.71 จำนวน/ร้อยละของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส และความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
• ชาย	208	49.2
• หญิง	215	50.8
อายุ		
• น้อยกว่า 25 ปี	57	13.5
• 25 - 29 ปี	61	14.4
• 30 - 34 ปี	94	22.2
• 35 - 39 ปี	69	16.3
• 40 ปีหรือมากกว่า	142	33.6
สถานภาพการสมรส		
• โสด	99	23.4
• แต่งงาน	261	61.7
• หย่า/แยกกันอยู่	27	6.4
• ม่าย	36	8.5
ความสามารถในการอ่าน/เขียนภาษาไทย		
• อ่านได้อย่างเดียว	36	8.5
• อ่านและเขียนได้	354	83.7
• อ่านและเขียนไม่ได้	33	7.8
ภูมิสำเนา		
• ในท้องที่	364	86.1
• ท้องที่อื่น	59	13.9

(2) สุขภาพของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีสุขภาพดีร้อยละ 42.6 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 36.4 สุขภาพดีมาก ร้อยละ 13 และสุขภาพไม่ดีร้อยละ 8 และเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีสุขภาพดีร้อยละ 41.6 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 37.8 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 9.5 และสุขภาพดีมากร้อยละ 11.1 (ตารางที่ 4.72)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 77.3 นอกนั้นระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวโดยโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 3.1 โรคหอบหืดร้อยละ 2.6 โรคหัวใจร้อยละ 2.1 โรคเบาหวานร้อยละ 2.1 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 1.9 และโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคภูมิแพ้ โรคคอกพอก โรคไซนัส วัณโรค เอสแอลอี ปวดข้อ ปวดเมื่อย เหน็บชา ผิวน้ำ

ผู้รับบริการร้อยละ 81.6 ไม่ได้เข้ารับการรักษานานานะผู้ป่วยในโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่าย เป็นบางส่วนในปีที่ผ่านมาอนั้นเข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ครั้ง ถึง 12 ครั้ง โดยมีระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ถึง 120 วัน ผู้รับบริการร้อยละ 67.6 ไม่ได้เข้ารับการรักษานานานะผู้ป่วยนอกโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วนในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 32.4 ได้เข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยนอกในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 4.72 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อย จำแนกตามหัวข้อด้านสุขภาพ

หัวข้อ	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
สุขภาพของผู้รับบริการโดยทั่วไป	13.0	42.6	36.4	8.0
สุขภาพของผู้รับบริการโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน	11.1	41.6	37.8	9.5

(3) การเข้ารับการรักษายาบาล

(3.1) การเดินทาง ความเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เดินทางมาเข้ารับการรักษายาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 32.4 เดินทางร้อยละ 24.1 รถรับจ้างประเภทต่าง ๆ ร้อยละ 24.1 รถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 7.1 ขออนุญาตรถผู้อื่นร้อยละ 6.9 รถจักรยานร้อยละ 3.8 เรือร้อยละ 0.7 รถพยาบาลร้อยละ 0.7 การเดินทางเข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวเป็นการเดินทางที่ผู้เข้ารับบริการไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 58.6 นอกนั้นค่าใช้จ่ายในการเดินทางอยู่ระหว่าง 2 ถึง 1,000 บาท

การเข้ารับการบริการของผู้ป่วยส่วนใหญ่เนื่องมาจากมีอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไปร้อยละ 68.6 รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินร้อยละ 16.3 รักษาต่อเนื่องร้อยละ 12.8 และได้รับการส่งตัวมาจากสถานบริการอื่นร้อยละ 2.4

สาเหตุ อาการ หรือความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษายาบาลส่วนใหญ่คือ ปวดศีรษะร้อยละ 9.2 รองลงมาคือ ปวดท้องร้อยละ 6.9 นอกนั้นเป็นไข้ตัวร้อน ไข้หวัด ปวดเมื่อยตามตัว ท้องเสีย ท้องร่วง เหนื่อยอ่อนเพลีย เกิดอุบัติเหตุ โรคผิวน้ำ ปวดฟัน คลอดบุตร เบาหวาน หอบ ไอ เจ็บคอ ตรวจเลือด ความดัน มดลูก ไมเกรน เป็นลม เหน็บชา นอนไม่หลับ ต่อมทอนซิลอักเสบ ฯลฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เข้ารับบริการในสถานบริการที่ตอบแบบสอบถามเป็นแห่งแรกเมื่อมีอาการเจ็บป่วยข้างต้น ร้อยละ 71.5 รองลงมาคือ ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยาก่อนมาสถานบริการร้อยละ 24.1 ใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร้อยละ 2.8 พบแพทย์ที่คลินิกเอกชนร้อยละ 1.2 ไปพบแพทย์ที่คลินิกและซื้อยากจากร้านขายยาร้อยละ 0.2 พบแพทย์ที่คลินิกและไปสถานอนามัยร้อยละ 0.2 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการโดยวิธีต่าง ๆ ข้างต้นก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ 0 ถึง 20,000 บาท โดยส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 55.6 เสียค่าใช้จ่าย 20 บาทร้อยละ 7.8 เสีย 30 บาทร้อยละ 5.2 ฯลฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่คาดว่าจะไม่มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นร้อยละ 55.6 นอกนั้นคาดว่าจะค่าใช้จ่ายจะอยู่ระหว่าง 1 ถึง 20,000 บาท และถ้าต้องจ่ายเงินทั้งหมด วิธีในการชำระเงินของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ ใช้เงินส่วนตัวร้อยละ 64.8 ขอยืมจากเพื่อนหรือญาติร้อยละ 11.6 ขอติดสถานบริการไว้ร้อยละ 7.6 ไม่ทราบว่าจ่ายได้อย่างไรร้อยละ 5.9 เพื่อนหรือญาติออกให้ทั้งหมดร้อยละ 5.4 ใช้เงินส่วนตัวและยืมจากผู้อื่นร้อยละ 1.9 ขายทรัพย์สินร้อยละ 0.5 นอกนั้นขอพบปรึกษาสงเคราะห์และขอความช่วยเหลือจากแพทย์ (3.2) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการที่ตอบแบบสอบถาม

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบายและมีบรรยากาศดี ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ผู้รับบริการได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีการป้องกันความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ (ตารางที่ 4.73)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าสถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาไม่เพียงพอ (ตารางที่ 4.73)

ตารางที่ 4.73 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อย จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. บุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี	84.4	14.1	1.4
2. สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ	48.9	35.7	15.4
3. สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบาย และมีบรรยากาศดี	83.7	14.2	2.1
4. สถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาไม่เพียงพอ	34.5	45.6	19.9
5. ท่านได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ	77.1	21.5	1.4
6. ท่านรู้สึกเบื่อกับการบริการจากสถานบริการ	18.7	31.7	49.6
7. ท่านต้องรอแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน	26.0	28.3	45.6
8. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับท่านอย่างเพียงพอ	53.9	32.6	12.5
9. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีป้องกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ	62.9	30.5	6.6
10. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยของท่านให้ท่านทราบ	27.2	26.0	46.8

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกเกี่ยวกับการบริการจากสถานบริการ ผู้รับบริการไม่เห็นว่าจะต้องรอแพทย์ หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน และไม่เห็นว่าแพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหา หรือความเจ็บป่วยของผู้รับบริการให้ทราบ (ตารางที่ 4.73)

(4) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการสปร. และการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วน

ผู้รับบริการส่วนมากร้อยละ 76.4 ไม่เคยเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือไม่เคยได้รับสวัสดิการทางด้านการรักษาพยาบาลในฐานะผู้มีรายได้น้อยมาก่อน ร้อยละ 23.6 ของผู้รับบริการเป็นผู้ที่เคยมีบัตร สปร. หรือ บัตรประกันสุขภาพมาก่อน แต่บัตรหมดอายุ กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการขอต่ออายุบัตรฯ หรือรอซื้อบัตรใหม่ ไม่ได้แสดงบัตรฯ เพราะมาฉีดวัคซีนสุนัขบ้าต้องจ่ายเงินเอง ผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ 70 ไม่เคยขอมีบัตรสปร.ประเภทผู้มีรายได้น้อยหรือบัตรสวัสดิการอื่น โดยมีเหตุผลส่วนใหญ่ของการไม่ขอบัตรฯ คือ ไม่ทราบเกี่ยวกับบัตรสวัสดิการว่าคืออะไร ทำอย่างไร ขอที่ไหน ไม่ทราบว่าต้องขอเอง นึกว่าเจ้าหน้าที่จะจัดการให้ ไม่ทราบว่าขอที่ไหน ทำอย่างไร เหตุผลอื่น ๆ คือมีหลักฐานไม่ครบ ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสำเนาทะเบียนบ้าน ที่อยู่ไม่แน่นอน ปกติไม่เคยป่วยเลยไม่สนใจ เคยเป็นคนมีฐานะดีมาก่อน พอมีเงินที่จะจ่ายค่ายาเลยไม่ขอ ในหมู่บ้านมีคนยากจนมากกว่าตนเองมาก ไม่อยากขอเพราะชั้นตอนมาก กำลังรอให้อายุครบ 60 ปีจะได้ขอบัตรผู้สูงอายุ ไม่มีเวลาขอบัตรฯ บางครั้งบัตรฯ ใช้ไม่ได้ผลเลยไม่ขอ สำหรับผู้ที่เคยขอบัตรมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 30 นั้น ส่วนใหญ่เคยขอแต่ไม่ได้ทั้ง ๆ ที่รายได้ต่อปีอยู่ในช่วง 7,200 บาท ถึง 19,000 บาท โดยให้เหตุผลว่าไม่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ ไม่เข้าหลักเกณฑ์ จำนวนบัตรฯ มีจำกัด รัฐออกบัตรฯ น้อยกว่าเดิม ระเบียบเคร่งครัดเลยขอไม่ได้ รายได้ดีขึ้นกว่าเดิม(แต่ยังอยู่ในเกณฑ์) กรรมการก็เลยให้คนที่ยากจนกว่า ขอแล้วไปอยู่ต่างจังหวัดกลับมาเลยไม่ได้ ขอแล้วแต่บัตรฯ หมดอายุยังไม่ได้ต่ออายุ กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการต่ออายุบัตรฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 36.9 ไม่ทราบเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วน ร้อยละ 13.9 ทราบจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สถานบริการ หรือพยาบาล ร้อยละ 9.5 ทราบเพราะเงินไม่พอ ร้อยละ 5.9 ทราบจากผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 5.9 ทราบจากอาสาสมัครหมู่บ้าน ร้อยละ 5 ทราบจากเพื่อนบ้าน ญาติ นอกนั้นทราบจากหลายทางร่วมกัน

(5) ความพอใจและความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อโครงการ สปร. การรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและการรับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกพอใจต่อการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วนสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ไม่มียบัตร สปร. เวลาในการรอรับบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข เกณฑ์ในการตัดสินผู้มีบัตรสปร.ประเภทผู้มีรายได้น้อย การรักษาพยาบาลที่ได้รับจากสถานบริการ (ตารางที่ 4.74)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกเฉย ๆ ต่อขั้นตอนและเอกสารที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วนหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย (ตารางที่ 4.74)

ตารางที่ 4.74 ร้อยละของความพอใจของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อย ต่อการรับบริการการรักษาพยาบาล ในสถานบริการโดยทั่วไป จำแนกตามหัวข้อ

หัวข้อ	พอใจ	เฉย ๆ / ทั้งพอใจและไม่พอใจ	ไม่พอใจ
1. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร.	76.4	16.1	3.5
2. การให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนกับผู้ที่มีรายได้น้อยแต่ไม่มีบัตรสปร.	65.5	27.9	6.6
3. เวลาในการรอรับบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ	49.6	39	11.3
4. ขั้นตอนและเอกสารที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วน	41.8	47.5	10.6
5. การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข	54.8	42.1	3.1
6. เกณฑ์ที่ใช้สำหรับการตัดสินการเป็นผู้มีสิทธิมีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยเช่น รายได้	48.2	35.9	15.8
7. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนที่ท่านได้รับจากสถานบริการ	71.6	25.0	3.3

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ารัฐบาลควรจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วนแก่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นเพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วน สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเหมาะสมเพียงพอ โดยทั่วไปผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ การมีบัตรประกันสุขภาพ(ต้องเสียค่าใช้จ่าย)จะทำให้ได้ผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ผู้รับบริการยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาทต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี ผู้มีรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน ผู้มีรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 4.75)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าสถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย ในกรณีฉุกเฉินสามารถพบแพทย์ได้เสมอ ผู้รับบริการรู้สึกเบื่อกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลปกติ ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้มีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ถ้าจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น (ตารางที่ 4.75)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าการซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ (ตารางที่ 4.75)

ตารางที่ 4.75 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีรายได้น้อยต่อการรับบริการการรักษาพยาบาล
ในสถานบริการโดยทั่วไป จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. รัฐบาลควรจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร.	81.3	14.7	4.0
2. ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นเพราะท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนในการรักษาพยาบาล	39.7	38.3	22.0
3. สิทธิและผลประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเหมาะสมเพียงพอ	54.4	34.7	10.9
4. สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย	35.7	48.2	16.1
5. สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย	28.4	51.7	19.9
6. โดยทั่วไปท่านได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ	56.7	39.0	4.3
7. ท่านคิดว่าการไปซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ	10.9	30.1	59.1
8. ในกรณีฉุกเฉิน ท่านสามารถพบแพทย์ได้เสมอ	40.2	43.5	16.3
9. ท่านรู้สึกเกี่ยวกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล	27.7	40.6	31.7
10. ท่านคิดว่าการมีบัตรประกันสุขภาพ (ต้องเสียค่าใช้จ่าย) จะทำให้ท่านได้รับผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น	52.0	37.1	10.9
11. ท่านยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาท ต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี	57.2	26.3	16.5
12. ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการปกติ	27.0	51.6	21.5
13. ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้มีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ปกติ	18.7	51.1	30.3
14. ผู้ที่มีรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนในบางประเภทของการรักษาพยาบาล	52.2	21.7	26.0
15. ถ้าท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการท่านจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น	43.3	45.2	11.6
16. ผู้มีรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษาพยาบาล	52.5	21.3	26.2

ผู้รับบริการเสนอจำนวนเงินที่เต็มใจจะจ่ายเพื่อที่จะได้รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในจำนวนที่ต่ำกว่า 500 บาท ได้แก่ ราคา 100 บาท (เสนอ 7 คน) ราคา 120 บาท (เสนอ 1 คน) ราคา 150 บาท (เสนอ 2 คน) ราคา 200 บาท (เสนอ 16 คน) ราคา 250 บาท (เสนอ 2 คน) ราคา 200-300 บาท (เสนอ 1 คน) ราคา 300 บาท (เสนอ 18 คน)

ผู้มีรายได้น้อยเห็นด้วยกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน ประเภทของการรักษาพยาบาลที่มีผู้เสนอมากที่สุดคือ การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นจำนวน 79 คน รองลงมาคือ การรักษา

ที่มีค่าใช้จ่ายน้อย จำนวน 62 คน การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยจำนวน 61 คน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกจำนวน 43 คน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในจำนวน 38 คน และการเจ็บป่วยที่ไม่ค่อยเกิดขึ้นจำนวน 28 คน

ผู้มีรายได้น้อยเสนอสัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ควรจ่ายส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 5 จำนวน 80 คน ร้อยละ 10 จำนวน 77 คน ร้อยละ 15 จำนวน 5 คน ร้อยละ 20 จำนวน 7 คน ร้อยละ 25 จำนวน 2 คน ร้อยละ 30 จำนวน 4 คน ร้อยละ 35 จำนวน 4 คน ร้อยละ 40 จำนวน 2 คน และร้อยละ 50 จำนวน 7 คน

สำหรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ คือ

- ควรจะให้คนงานต่างถิ่นทำบัตรสปร.ได้ทุกที่
- ควรให้ใช้ระบบเงินผ่อนเป็นงวดสำหรับบัตรประกันสุขภาพ
- ไม่ทราบว่ามีบัตรสุขภาพมีขายเมื่อไร ทำงานตลอด ไม่มีเวลาซื้อ
- ไม่กล้าใช้บัตรสวัสดิการหรือบัตรประกันสุขภาพ เพราะกลัวได้ยาไม่ดี
- อยากให้คนมีรายได้น้อยจริง ๆ เป็นคนที่ได้บัตรฯ
- ควรให้มีการซื้อบัตรประกันสุขภาพข้ามเขตได้ การแบ่งเขตทำให้ยุ่งยากและไม่มีเวลาไปซื้อ
- การติดต่อขอทำบัตรสปร.มีความล่าช้ามาก
- สถานพยาบาลควรบริการผู้ป่วยให้ดีกว่านี้
- ไม่กล้าใช้บริการด้วยบัตรสปร.หรือบัตรประกันสุขภาพ เพราะกลัวจะถูกว่าถ้าใช้บ่อย ถ้าเสียเงินได้ก็เสีย
- ควรมีการบริการผู้ป่วยรายได้น้อยดี ๆ ไม่ใช่ระบบญาติ
- คนจนไม่กล้าขอทำบัตรฯ แต่คนใส่ทองกลับกล้าขอทำบัตรฯ
- การบริการมีความเหลื่อมล้ำ ยาบางตัวเสียเงิน บางตัวไม่เสียเงิน
- สถานพยาบาลของรัฐมียาน้อย ไม่สะดวก
- สถานพยาบาลควรให้บริการรวดเร็วกว่านี้
- ควรพิจารณาให้ความช่วยเหลือประชาชนในช่วงตกงาน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปและอภิปรายผล

ผู้มีรายได้น้อยประเภทที่มีบัตรสปร.

จากการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิที่แสดงงบประมาณและค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในปีพ.ศ. 2539 - 2541 พบว่าจำนวนผู้ได้รับสิทธิในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้มีรายได้น้อยหรือจำนวนประชากรของประเทศที่มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ที่กำหนดในการรับสวัสดิการจากโครงการฯ (ตารางที่ 4.1 และ 4.2) กล่าวคือ จำนวนผู้มีรายได้น้อยตามเกณฑ์มีแนวโน้มลดลงแต่จำนวนผู้ได้รับสิทธิมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาให้สวัสดิการแก่คนยากจนก็สูงกว่าเส้นความยากจนเฉลี่ยถึงประมาณ 100 - 200 เปอร์เซ็นต์ (ตารางที่ 4.3) ประกอบกับการให้ระยะเวลาการใช้บัตรถึง 3 ปี ทำให้โครงการฯ นี้น่าจะเกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายและส่งผลกระทบต่อภาระด้านการคลังของรัฐบาล เนื่องจากในประเทศไทยมีการประกอบอาชีพที่เป็น informal sector เป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ย้ายอยู่ในเขตชนบท ทำให้การตรวจสอบรายได้ที่แท้จริงเป็นไปได้ยากหากไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบอย่างจริงจัง อีกทั้งอายุบัตรที่มีระยะเวลา 3 ปีนั้น ก็แสดงว่ารัฐจะต้องรับภาระผู้มีรายได้น้อยคนหนึ่ง ๆ ถึง 3 ปี ทั้ง ๆ ที่ในช่วง 3 ปีนั้น ผู้ถือบัตรอาจจะมียาได้เปลี่ยนแปลงไปจนมียาได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดได้ และถึงแม้ว่าเกณฑ์รายได้ที่กำหนดจะต่ำกว่าในประเทศพัฒนาเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้เกณฑ์รายได้ที่สูงกว่าเส้นความยากจน 133 เปอร์เซ็นต์ แต่เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดสวัสดิการและงบประมาณของประเทศแล้ว ก็จัดได้ว่าประเทศไทยมีสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ค่อนข้างดีโดยเปรียบเทียบ นอกจากนี้กลุ่มประชากรเป้าหมายก็ไม่ได้เน้นเฉพาะกลุ่ม เช่น หญิงมีครรภ์และเด็ก และสวัสดิการนี้ก็มีลักษณะให้เปล่าอย่างแท้จริงที่ครอบคลุมทุกประเภทของการเจ็บป่วยด้วย

ผลของการที่จำนวนผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้นและสวัสดิการที่ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้สิทธิและผลประโยชน์นี้ก็ส่งผลให้งบประมาณรวมของประเทศในปี 2539 - 2541 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง (ตารางที่ 4.6) อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของงบประมาณสำหรับโครงการฯ เมื่อพิจารณารายภาคแล้วจะเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงของงบประมาณยังคงมีความสอดคล้องกับจำนวนผู้มีรายได้น้อยในแต่ละภาค แต่ไม่ได้มีแบบแผนที่แน่นอนในทุกภาค โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงของงบประมาณในปี 2541 ในทิศทางที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2540 ในขณะที่ภาคอื่น ๆ กลับมีอัตราการเพิ่มของงบประมาณในปี 2541 ลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแต่ละภาคมีแบบแผนการใช้จ่ายเงินงบประมาณ การให้บริการ และการรับบริการที่แตกต่างกัน และโดยหลักแล้ว ตัวเลขงบประมาณในปีปัจจุบันจะเป็นตัวสะท้อนถึง utilization ของการบริการในปีที่ผ่านมา อีกทั้งวิธีการจัดสรรงบประมาณก็มีความแตกต่างกันในแต่ละปีงบประมาณ การเปลี่ยนแปลงของตัวเลขงบประมาณจึงอาจจะเกี่ยวข้องกับวิธีการที่ใช้ในการกำหนดงบประมาณในแต่ละปีด้วย อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณที่ใช้ในปัจจุบันอาจจะมีความคลาดเคลื่อนเนื่องมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจที่ได้มีการ impose ข้อจำกัดของแบบจำลอง

การถดถอยพหุคูณที่เป็นเชิงเส้นทำให้แบบจำลองอาจจะไม่ได้สะท้อนถึงข้อมูลอย่างเพียงพอ และการจัดสรรงบประมาณก็เป็นการจัดสรรให้กับทุกกลุ่มสวัสดิการโดยรวมไม่ใช่เฉพาะกลุ่มประชาชนผู้มีรายได้น้อย ซึ่งประชากรที่ได้รับสวัสดิการกลุ่มต่าง ๆ นี้ก็มีแบบแผนความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันโดยตัวของบุคคลเอง โดยความสามารถในการให้บริการของสถานพยาบาลในแต่ละจังหวัด และโดยสภาพภูมิศาสตร์ด้วย อีกทั้งก็มีการใช้น้ำหนักสัมพัทธ์บริการในการปรับการบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างของความสามารถในการให้บริการของแต่ละสถานพยาบาล ทั้งนี้จากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก และสัดส่วนของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในที่ระดับสถานพยาบาลต่าง ๆ กันจากตารางที่ 4.20 และ 4.21 ที่น่าจะสะท้อนถึงต้นทุนได้ระดับหนึ่งก็พบว่า ในแต่ละภาคมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายในระดับสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน และค่าสัดส่วนก็มีความแตกต่างกันในแต่ละปีที่พิจารณาด้วย การใช้น้ำหนักสัมพัทธ์เดียวกันกับทุกจังหวัดจึงอาจทำให้ข้อมูลที่ใช้ในแบบจำลองตลอดจนผลจากแบบจำลองมีความคลาดเคลื่อนได้

นอกจากจะมีข้อจำกัดของการจัดสรรงบประมาณในระดับประเทศแล้ว การจัดสรรงบประมาณในแต่ละจังหวัดก็มีลักษณะเป็นแบบ decentralization ที่ทำให้เกิดความแตกต่างในแต่ละจังหวัดในแต่ละภาค ในการจัดสรรงบประมาณดังที่แสดงไว้ในผลการศึกษา จนในบางจังหวัดเกิดปัญหาของการกระจายงบประมาณที่ไม่สมดุลในแต่ละระดับสถานพยาบาลดังที่ปรากฏในข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสำรวจ การที่ไม่มีความเท่าเทียมในการกระจายงบประมาณในแต่ละจังหวัดอย่างชัดเจน การที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดสรรงบประมาณบางคนในบางจังหวัดอาจจะขาดศักยภาพที่จะบริหารงบประมาณแบบ decentralization ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการบริหารแบบการกระจายอำนาจตลอดจนการขาดระบบการบริหารการควบคุมตรวจสอบหรือขาดหน่วยงานอิสระส่วนกลางที่จะทำหน้าที่ตรวจสอบเกี่ยวกับงบประมาณอย่างแท้จริงก็อาจทำให้โครงการฯเกิดช่องว่างและไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารเพียงพอทั้ง ๆ ที่โครงการดังกล่าวได้ดำเนินการมาเป็นเวลามากกว่า 20 ปีแล้ว

ในขณะที่งบประมาณของโครงการฯยังคงเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อยทั่วประเทศในโครงการ สปร.กลับมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 4.7) แสดงว่างบประมาณโดยรวมกับค่าใช้จ่ายของโครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยนั้นไม่มีความสอดคล้องกัน ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการที่งบประมาณมีการจัดสรรแบบรวมกลุ่มดังที่กล่าวมาแล้วทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน และฐานของจำนวนผู้มีสิทธิที่ประมาณขึ้นก็อาจจะไม่สอดคล้องกับผู้มีสิทธิที่แท้จริงก็ได้ โดยที่การลดลงของค่าใช้จ่ายอาจเป็นผลมาจากการเข้ารับบริการที่น้อยลงของผู้มีบัตรฯ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้เพราะจำนวนครั้งและจำนวนวันที่ได้ลดลงในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 4.12) อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาดังกล่าวประเทศไทยได้เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ผู้มีรายได้น้อยน่าจะใช้ประโยชน์จากสวัสดิการเพิ่มขึ้น ตลอดจนผลจากอัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศก็น่าจะทำให้ต้นทุนของการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้โดยทั่วไปแต่ละสถานพยาบาลในแต่ละจังหวัดก็มีการคิดค่าใช้จ่ายที่อาจจะเหมือนกันหรือต่างกันได้สำหรับการ mark up จากต้นทุนถึงแม้จะมี ceiling ของการคิดค่าใช้จ่ายก็ตาม ด้วยต้นทุนและอัตรา mark up ที่แตกต่างกันจึงไม่น่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายในทุกภาคในทุกระดับสถานพยาบาลลดลงโดยเฉลี่ย ดังนั้นจากอัตราการลดลงของค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ทำให้เห็นว่าสาเหตุของการลดลงน่าจะมาจากการปรับและตรวจสอบข้อมูลของสำนักงานประกันสุขภาพเพื่อให้ได้ความถูกต้องมากยิ่งขึ้นในช่วงปี 2540 2541 และการลดลงของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในและค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกก็มีอัตราที่ค่อนข้างใกล้เคียงกันด้วย

อย่างไรก็ตาม ทั้งจำนวนครั้งและจำนวนวันในช่วงปีพ.ศ. 2539 - 2541 มีแนวโน้มที่ลดลงโดยเฉพาะในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 (ตารางที่ 4.2) หากการลดลงไม่ได้เป็นผลจากการปรับข้อมูลแล้วก็อาจจะเป็นผลมาจากการประชาสัมพันธ์การขายบัตรประกันสุขภาพ ที่มีการให้ incentive กับผู้ขายบัตรประกันสุขภาพด้วย ซึ่งในช่วงปี 2541 นั้นบัตรประกันสุขภาพมียอดขายเพิ่มขึ้นมากและจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในบางจังหวัด ก็ได้รับข้อมูลว่าผู้ถือบัตรสป.บางส่วนก็ได้หันไปซื้อบัตรประกันสุขภาพด้วย และนอกจากค่าใช้จ่าย จำนวนครั้ง และจำนวนวันจะลดลงแล้ว สัดส่วนของจำนวนครั้งและจำนวนวันของการเข้ารับบริการของผู้มีบัตรก็เป็นไปในทิศทางที่ส่งผลดีต่อประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขด้วย (ตารางที่ 4.17 และ 4.18) กล่าวคือ มีการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลระดับต่ำมากขึ้นในแต่ละปีที่พิจารณา

จากการที่ค่าใช้จ่าย จำนวนครั้งและจำนวนวัน มีแนวโน้มลดลงในช่วงระยะเวลาที่พิจารณา ดังนั้น ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับโดยรวมของประเทศจึงมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 4.19) แต่ในปี พ.ศ. 2541 นั้น ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายต่อครั้งในทุกภาคจะลดลง แต่ค่าใช้จ่ายต่อวันได้ลดลงเฉพาะในภาคเหนือเมื่อเทียบกับปี 2540 เท่านั้น แสดงว่าผู้เข้ารับบริการในภาคอื่น ๆ อาจเข้ารับบริการด้วยแบบแผนของโรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือเป็นไปได้ว่าสถานพยาบาลในภาคอื่นมีต้นทุนสูงขึ้นจึงมีผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นไปด้วย และจากสัดส่วนที่แสดงค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในระดับสถานพยาบาลต่าง ๆ (ตารางที่ 4.20) จะเห็นว่าเมื่อพิจารณาโดยรวมทั้งประเทศแล้วค่าใช้จ่ายต่อครั้งในสถานพยาบาลระดับ รพศ./รพท. โดยเปรียบเทียบกับสถานพยาบาลระดับอื่น ๆ ก็ได้เพิ่มสูงขึ้นด้วยในปี พ.ศ. 2541 แต่ไม่ได้เพิ่มขึ้นในทุกภาค ในขณะที่สัดส่วนของค่าใช้จ่ายต่อวันที่สถานพยาบาลระดับ รพศ./รพท. (ตารางที่ 4.21) ได้ลดลงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายต่อวันในสถานพยาบาลระดับ รพช. ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวในแต่ละภาคในแต่ละปีในแต่ละระดับสถานพยาบาลก็ยังคงมีค่าและการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันเช่นกัน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้รับบริการที่มีบัตรสป.ประเภทรายได้น้อยในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 1,985 คน มีลักษณะทั่วไปดังนี้คือ ผู้ตอบแบบสอบถามโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 40 ปี แต่งงานแล้ว มีจำนวนบุตรในอุปการะ 2 คนและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน มีอาชีพหลักคือรับจ้างทั่วไป มีรายได้ 20,000 บาทต่อปี จบการศึกษาประถม 6 หรือ 7 อ่านและเขียนได้ และมีภูมิลำเนาอยู่ในท้องที่ ลักษณะทั่วไปข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มคนที่เข้ารับบริการในช่วงที่ทำการสำรวจนั้นเป็นกลุ่มคนที่มีอายุอยู่ในเกณฑ์ที่โดยทั่วไปแล้วมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เป็นการเจ็บป่วยแบบโรคประจำตัวประเภทเรื้อรัง โดยจากผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าประมาณร้อยละ 30 ระบุว่ามิโรคประจำตัว ซึ่งจะก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากต้องรักษาเป็นเวลานานและต่อเนื่อง ดังนั้น หากประชาชนโดยส่วนใหญ่ของประเทศที่เป็นผู้ถือบัตรสป.ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลมีเกณฑ์อายุในลักษณะเดียวกัน โครงการสป.ก็จะต้องเตรียมพร้อมกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่วนอาชีพหลักโดยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับการรับจ้างทั่วไปและกสิกรรมนั้น มีลักษณะที่เป็น informal sector ซึ่งการตรวจสอบรายได้ที่แท้จริงจะเป็นไปได้ยากและจะส่งผลต่อเกณฑ์ที่ใช้ในการออกบัตรฯได้ ดังนั้นจึงอาจจะเป็นสาเหตุของการเกิดข้อตำหนิเกี่ยวกับเกณฑ์รายได้ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันว่าไม่เหมาะสม และจากแบบสอบถามยังพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนที่มีรายได้มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าในส่วนของการศึกษาที่ผู้ตอบแบบสอบถามโดยส่วนใหญ่แล้วมีการศึกษาที่ไม่เกิน

ประณปีที่ 6 หรือ 7 ทำให้อาจจะเป็นอุปสรรคต่อความสามารถที่จะเข้าใจวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องที่เกี่ยวกับการรักษาดูแลสุขภาพได้ และจากข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่ามีเพียงร้อยละ 66 ของผู้ตอบแบบสอบถามที่เห็นด้วยว่าแพทย์หรือผู้ให้การรักษาได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการป้องกันความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุต่าง ๆ ดังนั้น สถานพยาบาลและบุคลากรจึงควรจะเสริมความรู้ให้กับประชาชนกลุ่มนี้ทางด้านการป้องกันและดูแลสุขภาพที่ต้องควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลด้วย เพราะจะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลได้มากขึ้นเนื่องจากผู้เข้ารับบริการโดยส่วนใหญ่ก็เห็นว่าตนเองและโดยเปรียบเทียบกับผู้อื่นแล้วมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์พอใช้และดี ดังจะเห็นได้จากประวัติการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ผ่านมา ซึ่งเพียงประมาณร้อยละ 20 ของผู้ตอบแบบสอบถามได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในในปีที่ผ่านมาและประมาณร้อยละ 36 ได้เข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยนอกในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ในเรื่องของการเดินทางนับว่ายังคงเป็นอุปสรรคต่อผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่ต้องอาศัยพาหนะประเภทต่าง ๆ ในการเดินทาง และประมาณร้อยละ 65 ต้องเสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 1 ถึง 400 บาทในการเดินทางเข้ารับบริการ อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในช่วงดังกล่าวนั้นเป็นการรักษาพยาบาลที่โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นการเจ็บป่วยโดยทั่วไปและต่อเนื่อง ผู้ป่วยถึงประมาณร้อยละ 20 ได้ผ่านขั้นตอน self-medication โดยการซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยาทั้ง ๆ ที่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือผู้ป่วยบางส่วนก็ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากคลินิกเอกชนด้วย แสดงว่าผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับความพอใจสูงสุดจากสถานพยาบาลที่ได้รับตามสิทธิหรือไม่ได้รับความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลเพียงพอหรือไม่ทราบสิทธิผลประโยชน์ของตนเองที่พึงจะได้รับจากการเป็นผู้มีสิทธิ จึงได้ใช้ช่องทางอื่นในการรักษาทั้ง ๆ ที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยข้อมูลจากแบบสอบถามได้แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามประมาณร้อยละ 74 ที่ทราบสิทธิและผลประโยชน์ ส่วนที่เหลือนั้นไม่ทราบหรือทราบแต่ก็ไม่ถูกต้อง แสดงว่าโครงการนี้มีการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ทั่วถึงเพียงพอ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้เนื่องจากประมาณร้อยละ 50 ของผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าไม่มีบัตร ฯ เป็นครั้งแรก และจากการที่ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ก็รู้จักโครงการสปร.มาจากผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครที่มีความใกล้ชิดกับชาวบ้าน จึงควรจะอบรมให้บุคคลเหล่านี้มีความรู้และความเข้าใจโครงการอย่างถูกต้อง และถ้าหากผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายแทนที่จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากเป็นผู้ถือบัตรสปร.แล้ว มีผู้ป่วยเพียงประมาณร้อยละ 16 เท่านั้นที่ไม่ทราบว่าจ่ายได้อย่างไรหรือตัดสินใจไม่รับยา ในขณะที่ผู้ป่วยที่เหลือสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้โดยวิธีต่าง ๆ กันแต่มีถึงประมาณร้อยละ 63 ที่สามารถจ่ายได้โดยใช้เงินสดส่วนตัว แสดงว่าผู้ถือบัตรสปร.ที่ตอบแบบสอบถามโดยส่วนใหญ่มีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ในขณะที่โครงการสวัสดิการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีลักษณะที่มุ่งให้ความช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยที่ไม่น่าจะสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

จำนวนบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และยาเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการเห็นว่าไม่เพียงพอ แต่ก็ยังเห็นว่าได้รับบริการที่ดีจากสถานบริการ ถึงแม้ว่าจะมีผู้รับบริการบางส่วนเห็นว่าต้องมีการรอคอยแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานานก็ตาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็คือลักษณะที่เป็นไปโดยส่วนมากของสถานพยาบาลของรัฐ แต่จากทัศนคติของผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแล้วซึ่งมีค่าเสียโอกาส

เพียงเวลาและรายรับที่สูญเสียไปเท่านั้น ก็ยังสะท้อนให้เห็นว่าสถานพยาบาลควรจะมีการปรับปรุงในเรื่องดังกล่าว

ถึงแม้ว่าผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 80 - 90 จะพอใจต่อโครงการสปร.และการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของโครงการ ฯ แต่ดูเหมือนว่าระบบการส่งต่อ เกณฑ์รายได้ การระบุสถานบริการในบัตรสปร. เวลาในการรอรับการรักษายาบาล เอกสาร ขั้นตอน ความคล่องตัว ความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ตลอดจนการพูดจากับบุคลากรจะเป็นสิ่งที่ได้รับความพอใจไม่มากจากผู้รับบริการ รวมทั้งในส่วนของการรักษาพยาบาลที่ได้รับโดยรวมจากสถานพยาบาลก็มีประมาณร้อยละ 71 ของผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้นที่พอใจ แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่าในหลักการแต่ไม่ใช่ในขั้นตอนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญเพราะจะมีผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อย

ผู้มีบัตรฯ ที่เห็นด้วยกับการซื้อบัตรประกันสุขภาพหรือต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อปี 500 บาท ตลอดจนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วนหรือบางประเภทมีจำนวนมากกว่าผู้ที่ไม่เห็นด้วย แสดงว่าผู้ที่เข้ารับบริการส่วนหนึ่งมีศักยภาพที่จะจ่ายค่าบริการได้บางส่วน และผู้ตอบแบบสอบถามประมาณร้อยละ 20 ก็เห็นด้วยว่าจะได้รับการบริการที่ดีขึ้นหลังจากเสียค่าใช้จ่าย แสดงว่าผู้ป่วยมี perception ต่อการบริการในสถานพยาบาลเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันของการได้รับบริการ นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามถึงประมาณร้อยละ 40 ยังไม่เข้าใจในส่วนของผลประโยชน์ที่จะได้รับหากมีบัตรประกันสุขภาพแสดงว่ารัฐยังขาดการประชาสัมพันธ์ที่ถูกต้องในส่วนของหลักประกันทางสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ประชาชน

และเมื่อแยกประเมินทัศนคติระหว่างแบบสอบถามจากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการที่สถานีนานามัยที่สูงที่สุดและที่ต่ำที่สุดพบว่า ณ จุดที่มีการรับบริการ ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการมี profile ที่มีลักษณะแบบเดียวกัน จึงเป็นไปได้ว่า สัดส่วนการเข้ารับบริการที่แตกต่างกันนั้นไม่ใช่เป็นผลมาจากตัวผู้รับบริการ เช่นเดียวกับสุขภาพของตนเองและโดยเปรียบเทียบตามทัศนคติของผู้รับบริการก็ไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนัก แต่ผู้ตอบแบบสอบถามในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการกลับมีจำนวนน้อยกว่าผู้รับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการที่ต่ำ แต่จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำที่สามารถจะใช้เงินส่วนตัวในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลถ้าต้องจ่ายเองมีมากกว่าในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูง จึงเป็นไปได้ว่าผู้รับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำอาจจะมีทางเลือกอื่นในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และเมื่อพิจารณาร่วมกับตัวเลขสถิติรายได้เฉลี่ยต่อคนของประชากรในแต่ละจังหวัดเปรียบเทียบกันแล้วจะเห็นว่าจากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำทั้ง 5 จังหวัด มีอยู่ 3 จังหวัดที่มีรายได้เฉลี่ยต่อคนสูงกว่าจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงในภาคเดียวกัน ซึ่งเมื่อรายได้โดยเฉลี่ยสูงกว่าจึงอาจจะเข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยลดลงหรืออาจจะมียุติการดำเนินชีวิตที่ดีกว่า

ในเรื่องของความคิดเห็นต่อการเข้ารับบริการ ณ จุดที่ตอบแบบสอบถามพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำมีทัศนคติต่อบุคลากร สภาพสถานบริการ การรอคอย ความรู้สึกเบื่อ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ ณ จุดที่มีการตอบแบบสอบถามในสัดส่วนที่ดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับบริการสูง ประกอบกับความสะดวกในการเดินทางที่มีมากกว่า เนื่องจากผู้ที่ไม่

ต้องเสียค่าใช้จ่ายในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำมีมากกว่า จึงเป็นไปได้ว่าการได้รับการรักษาพยาบาลในสภาพที่ดีกว่าส่งผลให้สัดส่วนการเข้ารับการรักษาพยาบาลลดลง เนื่องจากการรักษาอาจจะมีประสิทธิภาพดีกว่า อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามที่ทราบถึงสิทธิและประโยชน์ของการเป็นผู้ถือบัตรสปร. ในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงมีมากกว่าในจังหวัดที่มีการเข้ารับบริการต่ำ จึงเป็นไปได้ว่าสัดส่วนการเข้ารับบริการที่ต่ำเป็นผลมาจากการที่ผู้ถือบัตรฯ ไม่ทราบสิทธิและผลประโยชน์

เพื่อที่จะไม่คำนึงถึงความแตกต่างของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ณ จุดที่มีการตอบแบบสอบถาม จึงทำการทดสอบสมมติฐานเฉพาะความแตกต่างกันของความพอใจและทัศนคติต่อการบริการจากสถานพยาบาลและโครงการสปร. โดยทั่วไปโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์และพบว่า ตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงและตัวอย่างที่ได้จากจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับบริการต่ำมีความพอใจที่แตกต่างกันในเรื่องของการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย ระบบการส่งต่อ เกณฑ์รายได้สำหรับการมีสิทธิเป็นผู้ถือบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อย การระบุชื่อสถานบริการในบัตรสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย การให้การรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ไม่มีบัตรสปร. เวลาในการรอรับบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ ซึ่งผลที่ได้นี้สอดคล้องกับผลที่ได้จากเรื่องของการคิดเห็นต่อการเข้ารับบริการ ณ จุดที่มีการตอบแบบสอบถามคือ ผู้เข้ารับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำมีความพอใจในหัวข้อต่าง ๆ ข้างต้นมากกว่าผู้รับบริการในจังหวัดที่มีการเข้ารับบริการในสัดส่วนที่สูง แสดงว่าความพอใจที่ได้จากการรับบริการมีส่วนเกี่ยวข้องกับอัตราการเข้ารับบริการ เนื่องจากการแพทย์และสาธารณสุขไม่ได้มีลักษณะเหมือนสินค้าทั่วไปที่เมื่อผู้บริโภคได้รับความพอใจแล้วจะบริโภคเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปแล้ว คงไม่มีใครต้องการไปสถานพยาบาลถึงแม้จะประทับใจการบริการก็ตาม แต่จากข้อมูลและการวิเคราะห์ที่ได้แสดงให้เห็นว่า ในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำ ผู้รับบริการกลับมีความพอใจมากกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพดีกว่าก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงนั้น ถึงแม้ว่าความพอใจโดยเปรียบเทียบจะไม่ดีเท่ากับความพอใจที่ได้จากตัวอย่างจากจังหวัดที่มีการเข้ารับบริการที่ต่ำ ด้วยลักษณะของการกระจายของทรัพยากรทางสาธารณสุขในภาครัฐแล้ว ทางเลือกของผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อย คงจะไม่มีมากนักจึงยังคงต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ แต่เมื่อสัดส่วนการเข้ารับบริการสูง ความพอใจที่ได้จากการเข้ารับบริการกลับน้อยลง แสดงว่าการเข้ารับบริการในสัดส่วนที่สูงนั้นไม่ได้เป็นผลมาจากเกิดความพอใจจึงไปรับรักษามากขึ้น แต่เป็นไปได้ว่าเมื่อสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงขึ้น การรอคอย การรักษาที่ได้รับนั้นให้ความพอใจน้อยลง

ผู้เข้ารับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำเห็นด้วยกับประโยชน์และความจำเป็นของระบบส่งต่อมากกว่าผู้เข้ารับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูง แต่มีแนวโน้มของ การ by pass ระบบส่งต่อและได้เข้ารับบริการมากขึ้นตั้งแต่มีบัตร ฯ ในสัดส่วนที่มากกว่า แสดงว่าการเข้ารับบริการในลักษณะดังกล่าวอาจเพียงพอเพื่อความจำเป็นไม่ใช่พฤติกรรมของ moral hazard ก็เป็นไปได้ แต่ความคิดเห็นของผู้เข้ารับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงที่มีต่อจำนวนบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์และยาโดยทั่วไป ไม่ใช่ ณ จุดการรับบริการที่ตอบแบบสอบถามกลับมีสัดส่วนของการเห็นด้วยว่ามีความเพียงพอมากกว่าผู้เข้ารับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำ และผู้เข้ารับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงก็ยังมีสัดส่วนของการเห็นด้วยต่อความรู้สึกเบื่อในการรับบริการและ

เวลาที่ต้องใช้ในการเดินทางในสัดส่วนที่มากกว่าด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในส่วนข้างต้น ณ จุดการรับบริการ แต่ผู้เข้ารับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำกลับมีสัดส่วนการเห็นด้วยที่มากกว่าในเรื่องที่สามารถพบแพทย์ได้ในกรณีฉุกเฉิน(อาจเป็นเพราะผู้เข้ารับบริการมีจำนวนไม่มากจึงได้รับการบริการที่สะดวกกว่า) ผลประโยชน์จะมากขึ้นเมื่อมีบัตรประกันสุขภาพ ความยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาทเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลฟรี 1 ปี สุขภาพของผู้มีรายได้น้อยไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เสียค่าบริการทางการแพทย์ปกติ การจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน การบริการที่ได้รับที่ดีขึ้นเมื่อมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วน การเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษาพยาบาล การปรับปรุงโครงการ สปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อย แสดงว่าผู้เข้ารับบริการในจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำมีความคิดเห็นว่าการที่รับจะได้รับดีขึ้นได้ถ้ามีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและมีความยินดีที่จะจ่ายเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้สัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำก็เป็นได้ และจากการที่สัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำจึงมีความพอใจมากกว่า

ผู้มีรายได้น้อยประเภทที่ไม่มีบัตรสปร. (ผู้ป่วยประเภท ข)

ทั้ง ๆ ที่ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภท ข (ตารางที่ 4.22) จะมีมูลค่าใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยประเภท ก (ตารางที่ 4.7) มาตลอดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538 - 2541 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภท ข ก็ยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนหรือไม่ได้เป็นโครงการการประกันสุขภาพเต็มรูปแบบเช่นเดียวกับโครงการสปร. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในส่วนของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในที่มีอัตราเพิ่มขึ้นในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 และในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 อีกทั้งตัวเลขดังกล่าวก็สูงกว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของผู้ป่วยประเภท ก. ด้วย (ยกเว้นในปี 2540) ด้วยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในที่มีมูลค่าสูงนี้เอง จึงทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยประเภท ข สูง ดังนั้นหากยังไม่มีการมาตรการที่ชัดเจนในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยประเภท ข ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยประเภท ข ก็น่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากมีช่องว่างในการที่จะให้ประชาชนบางกลุ่มที่ในความเป็นจริงอาจจะมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้มาใช้ประโยชน์ในส่วนนี้ และหากผู้ป่วยยืนยันว่าไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ การรักษาพยาบาลภายใต้กรอบของมนุษยธรรมก็ยังคงเกิดขึ้น เนื่องมาจากกรอบการพิจารณาการให้การรักษายาบาลแบบเกื้อกูลนั้นไม่ชัดเจน ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยประเภท ข เองไม่ควรที่จะมีมูลค่าสูงพอ ๆ กับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยประเภท ก เพราะผู้ป่วยประเภท ข ก็ควรจะเป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย จึงน่าจะอยู่ในโครงการ สปร. ด้วย ยกเว้นผู้ที่มีหลักฐานไม่ครบที่ไม่สามารถขอมีบัตรฯได้ แต่ก็ไม่น่าจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขนาดนี้ ซึ่งจากแบบสอบถามก็พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ก็มีภูมิลำเนาอยู่ในท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย และจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้บริการในสถานพยาบาลบางแห่ง ก็พบว่าผู้ให้บริการในสถานพยาบาลมีความเข้าใจว่า การรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภท ข นั้นรวมอยู่ในงบประมาณของผู้ป่วยในโครงการ สปร. ด้วย ดังนั้น จึงเป็นไปได้ว่านี่คือสาเหตุของการที่ผู้ให้บริการบางท่านสรุปว่างบประมาณไม่เพียงพอ

ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยประเภท ข จะมีแนวโน้มลดลงในทุกระดับสถานพยาบาล ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2539 - 2541 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดี (ตารางที่ 4.23 ถึง ตารางที่ 4.25) แต่ในส่วนของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในนั้น ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 ได้เพิ่มขึ้นที่ระดับรพศ./รพท. มากกว่าที่ระดับรพช. (ตารางที่ 4.26) เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในในปี 2541 เมื่อเทียบ

กับปี 2540 ที่เพิ่มขึ้นในระดับรพศ./รพท. แต่ลดลงในระดับรพช. ซึ่งหากแนวโน้มของค่าใช้จ่ายผู้ป่วย ในยังคงเป็นไปในลักษณะนี้ค่าใช้จ่ายก็อาจจะเพิ่มสูงขึ้น เพราะโดยทั่วไปแล้วค่าใช้จ่ายที่ระดับรพศ./รพท. จะสูงกว่าระดับรพช.เนื่องจากมีต้นทุนที่สูงกว่า อีกทั้งผู้ป่วยประเภท ข ก็ไม่ได้มีสถานพยาบาลที่เป็น first contact เหมือนกับผู้มีบัตรและก็ได้ไม่ได้มีการใช้ระบบการส่งต่อเช่นเดียวกับผู้มีบัตราด้วยจึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลระดับสูงมากกว่า และในขณะที่ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันกลับเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนครั้ง จำนวนวัน สำหรับผู้ป่วยประเภท ข ได้ลดลงในปี 2540 แต่การเข้ารับบริการของผู้ป่วยประเภท ข เกิดขึ้นในระดับรพศ./รพท. มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีบัตรสปร.

ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงก็มีความสอดคล้องกับจำนวนครั้งและจำนวนวันที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละปี (ตารางที่ 4.27) โดยเฉพาะในปี 2539 และ ปี 2541 ที่พบว่าจำนวนวันเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านั้น แต่ถึงแม้ว่าจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกจะมีแนวโน้มลดลงในปี 2540 - 2541 ในปี 2540 นั้นจำนวนครั้งที่ลดลงกลับเกิดขึ้นในสถานพยาบาลที่ต่ำกว่าระดับรพศ./รพท. แต่เพิ่มขึ้นในสถานพยาบาลระดับรพศ./รพท. (ตารางที่ 4.28) และในปี 2541 จำนวนครั้งก็ได้เพิ่มขึ้นในระดับรพช. (ตารางที่ 4.29) ซึ่งก็ควรจะเป็นลักษณะนั้นเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลในระดับต่ำ แต่พฤติกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในลักษณะดังกล่าวจะมีผลให้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสูงกว่าที่ควรจะเป็นหากเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ระดับสูงเกินความจำเป็น และจำนวนวันในปี 2541 ที่เพิ่มขึ้นนั้นก็เป็ผลมาจากการเพิ่มขึ้นในระดับรพศ./รพท.ด้วย

เมื่อพิจารณาที่สัดส่วนจำนวนครั้งและจำนวนวันในระดับสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ แล้วพบว่า ผู้ป่วยประเภท ข (ตารางที่ 4.32) มีสัดส่วนการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขไปในทิศทางที่จะเข้ารับบริการในสถานพยาบาลระดับสูงมากกว่าระดับต่ำ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนดังกล่าวของผู้ป่วยสปร.ประเภท รายได้น้อยแล้ว (ตารางที่ 4.17) พบว่าการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขของผู้ป่วยประเภท ก เป็นไปในทิศทางที่ดีกว่า และเมื่อมองในแง่ของต้นทุนและค่าใช้จ่ายแล้ว การเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยประเภท ก ก็น่าจะเป็นไปในทิศทางที่มีประสิทธิภาพมากกว่าด้วย แต่เมื่อพิจารณาในแง่ของค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันแล้ว กลับพบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยประเภท ก มีค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผู้ป่วยประเภท ข ซึ่งจากการสัมภาษณ์ก็ทราบมาจากสถานพยาบาลบางแห่งว่ามีเกณฑ์การคิดค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน แต่โดยเฉลี่ยแล้วจากข้อมูลทุกขณภูมิพบว่าที่ระดับ รพศ./รพท. จะมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกต่อครั้งของผู้ป่วยประเภท ข ในสัดส่วนที่สูงกว่าของผู้ป่วยประเภท ก ยกเว้นในปี 2540 แต่มีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก/ครั้งในระดับรพช. ที่ต่ำกว่า และในส่วนของการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในต่อวันของผู้ป่วยประเภท ข ในระดับรพศ./รพท. ก็จะมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเมื่อเทียบกับในกรณีของผู้ป่วยประเภท ก ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าการไม่มีสวัสดิการทางการรักษาพยาบาลที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยประเภท ข มีพฤติกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลแตกต่างจากผู้ป่วยประเภท ก ทำให้ค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน

ผู้รับบริการที่เป็นผู้มีรายได้น้อยและไม่มีบัตรสปร. ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่แล้วมี profile ของลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการใกล้เคียงกับในกรณีของผู้ที่บัตรสปร. ในเรื่องของเพศ อายุ สถานภาพ การสมรส บุตร สมาชิกในครอบครัว อาชีพหลัก การศึกษา การอ่านเขียน และภูมิสำเนา แต่ประมาณร้อยละ 38 ของผู้ตอบแบบสอบถามกลับมีรายได้ต่อปีอยู่ในเกณฑ์ที่จะขอมีบัตรได้ (รายได้ 0 - 20,000

บาท) อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีรายได้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้แต่ก็ยังขอความเกื้อกูลจากสถานพยาบาล ส่วนทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็เห็นว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีโดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ไม่มีโรคประจำตัวและสัดส่วนการเข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในอดีตก็มีไม่มาก

ผู้รับบริการมีวิธีการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเหตุผลในการเข้ารับบริการที่ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยประเภท ก อีกทั้งมีบางส่วนที่เข้ารับบริการด้วยระบบการส่งต่อด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่คาดว่าจะการเข้ารับการรักษาพยาบาลจะไม่เสียค่าใช้จ่าย แสดงว่าการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลของรัฐเป็นการปฏิบัติที่ค่อนข้างเป็นปกติทั้ง ๆ ที่กลุ่มคนเหล่านี้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าบุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี สถานบริการมีความสะอาด ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ผู้รับบริการได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีการป้องกันความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ แต่เห็นด้วยไม่มากนักกับเรื่องของความเพียงพอของบุคลากร เครื่องมือ ความเบื่อ การรอผู้ให้การรักษา และส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าแพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยของผู้รับบริการให้ทราบ (ตารางที่ 4.73) ซึ่งคล้ายคลึงกับกรณีของผู้มีบัตรฯ และสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะการบริการโดยทั่วไปของสถานพยาบาลของรัฐ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้สึกพอใจต่อการรักษาพยาบาลในสถานบริการโดยทั่วไป แต่ที่ได้รับความพอใจน้อยคือเรื่องของขั้นตอน เอกสารที่เกี่ยวข้องและเกณฑ์รายได้ในการขอมีบัตรสปร. (ตารางที่ 4.74) และจากการที่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนทำให้ร้อยละ 40 ของผู้ตอบแบบสอบถามเข้ารับการรักษาบ่อยขึ้น ซึ่งอาจจะเกี่ยวเนื่องถึงพฤติกรรมแบบ moral hazard ได้ แต่ผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่ก็ยังมีความเต็มใจที่จะจ่ายเงินเพื่อซื้อหลักประกันทางสุขภาพ หรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วน (ตารางที่ 4.75) จึงเป็นไปได้ว่าการประชาสัมพันธ์ในเรื่องหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ อาจจะยังไม่ดีพอ ทั้งนี้จะเห็นว่าผู้รับบริการที่ไม่มีบัตรฯ ส่วนใหญ่ (ถึงร้อยละ 70) ก็ไม่เคยขอมีบัตรสปร. โดยเหตุผลส่วนใหญ่คือ ไม่รู้จักหรือไม่มีข้อมูล และมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับจำนวนบัตรฯ ที่รัฐอนุมัติให้มิได้ หรือเกณฑ์อื่น ๆ ที่นอกเหนือจากรายได้ แสดงให้เห็นว่า การประชาสัมพันธ์ในเรื่องของสปร.ยังไม่ดีพอ

ถ้าผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจ่ายเงินเป็นบางส่วน ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยประเภท ข ก็ไม่น่าจะสูงจนใกล้เคียงกับของผู้ป่วยที่มีบัตรฯ เนื่องจากไม่มีมาตรการชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ไม่มีบัตรฯ แต่การอนุมัตินั้นขึ้นอยู่กับพิจารณาของแต่ละสถานพยาบาล แต่ด้วยมาตรการที่ไม่ชัดเจนจึงทำให้แต่ละสถานพยาบาลและผู้พิจารณามีระเบียบปฏิบัติแตกต่างกันไป และการที่สถานพยาบาลบางแห่งจะพิจารณาให้การรักษาพยาบาลโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลยก็เป็นไปได้เนื่องจากสถานพยาบาลคิดว่าจะได้รับงบประมาณในส่วนนี้

ผู้ให้บริการ

โดยทั่วไปผู้ให้บริการมีความพอใจต่อนโยบายการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าความพอใจต่อแนวการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนแก่ผู้ที่ไม่มียบัตรสปร. ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นส่วนใหญ่ที่ว่าผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. จะลดลง แสดงว่านอกจากผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. จะมีค่าใช้จ่ายสูงดังที่แสดงจากข้อมูลทฤษฎีแล้ว การที่การรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ได้รับความพอใจจากผู้ให้บริการในสัดส่วนที่น้อยกว่าก็อาจจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ให้บริการได้ โดยหัวข้อที่ได้รับสัดส่วนของความไม่พอใจมากจากผู้ให้บริการคือ ในเรื่องของงบประมาณ ไม่ว่าจะเป็นจำนวนเงินงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือการกระจายงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย แสดงว่ารูปแบบการกำหนดงบประมาณนั้นทำให้งบประมาณไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย อีกทั้งวิธีการกระจายงบประมาณแบบ decentralization ก็อาจจะก่อให้เกิดความไม่ยุติธรรมต่อสถานพยาบาลแต่ละแห่งดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

ผู้ให้บริการที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการลดสิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. มีสัดส่วนที่พอ ๆ กันแสดงว่า ถึงแม้ว่าผู้ให้บริการโดยส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับนโยบาย แต่ความคิดเห็นต่อสิทธิและผลประโยชน์ยังไม่ชัดเจนเท่ากับความคิดเห็นต่อนโยบาย และผู้ให้บริการส่วนใหญ่ก็ไม่เห็นด้วยกับการคิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยโดยใช้อัตราค่าบริการต่ำสุดในการคำนวณ ตลอดจนการคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยให้ต่ำกว่าผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่เสียค่าบริการปกติ ดังนั้น การคิดค่าใช้จ่ายโดยที่ไม่มีการกำหนดที่ชัดเจนจะมีผลให้ค่าใช้จ่ายนั้นในความจริงแล้วไม่ได้สะท้อนต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง ทำให้เกิดความแตกต่างกันในค่าใช้จ่ายในแต่ละสถานพยาบาล ในแต่ละจังหวัด และภาค อันเนื่องมาจากการ mark up ที่แตกต่างกัน อันเป็นการยากที่จะประเมินการบริการของแต่ละสถานพยาบาลได้ นอกจากนี้ การกำหนดงบประมาณในแต่ละปีก็มีแนวคิดที่เป็นการสะท้อนของค่าใช้จ่ายในอดีตอยู่แล้ว จึงไม่มีแรงจูงใจใดที่จะทำให้ผู้บริการคิดค่าบริการต่ำ การคิดงบประมาณโดยรวมทุกกลุ่มของผู้ได้รับสวัสดิการตลอดจนความเข้าใจผิดว่าเงินงบประมาณสปร. เกี่ยวข้องกับผู้ไม่มีบัตรสปร. ทำให้ไม่สามารถเห็นชัดเจนว่างบประมาณที่จริงแล้วเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่ จึงอาจจะทำให้ผู้ให้บริการมีทัศนคติและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อการจัดสรรงบประมาณ นอกจากนี้การจัดสรรงบประมาณก็ใช้ตัวเลขผู้มีสิทธิที่ประมาณขึ้นไม่ใช่จำนวนผู้มีบัตรสปร. ที่แท้จริง ดังนั้นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจึงอาจจะไม่สอดคล้องกับเงินงบประมาณได้ถ้าจำนวนผู้มีสิทธิที่ประมาณกับที่แท้จริงนั้นแตกต่างกัน และนอกจากผู้ให้บริการจะไม่เห็นด้วยกับการคิดค่าใช้จ่ายตลอดจนการจัดสรรงบประมาณแล้ว ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยกับการที่ควรให้สถานบริการเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ตลอดจนการที่ผู้มีรายได้น้อยควรจะมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการเป็นบางส่วน โดยส่วนใหญ่เสนออยู่ที่ร้อยละ 5 และร้อยละ 10 และส่วนใหญ่ก็เสนอให้มีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ในสัดส่วนร้อยละ 5 และร้อยละ 10 เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าผู้มีรายได้น้อยมีศักยภาพที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นที่ได้จากผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่เห็นด้วยกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วนด้วย

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่ามีความเพียงพอของอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์และยา เช่นเดียวกับผลที่ได้จากผู้รับบริการ และโดยทั่วไปแล้วผู้ให้บริการโดยส่วนใหญ่ก็มีความพอใจในการบริการที่ผู้ป่วยรายได้น้อยได้รับ แต่ยังมีผู้ให้บริการประมาณร้อยละ 20 ที่เห็นว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมีผลทำให้คุณภาพในการทำงานลดลงเนื่องมาจากภาระงานและข้อจำกัดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะไม่เป็นผลดีต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าผู้มีรายได้น้อยมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ และเห็นด้วยว่าการใช้จ่ายที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความเจ็บป่วย แสดงให้เห็นว่า รัฐควรจะสนับสนุนโครงการการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ การส่งเสริมสุขภาพ และการให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อยควบคู่ไปกับการให้รักษาพยาบาลด้วยเพื่อจะทำให้ค่าใช้จ่ายของโครงการลดลง

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลที่แสดงว่าจำนวนผู้ได้รับสิทธิในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนคนยากจนหรือจำนวนประชากรที่มีรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดในการรับสวัสดิการนั้น เนื่องด้วยวัตถุประสงค์ของโครงการที่ไม่ได้มีเพียงผู้มีรายได้น้อยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น ยังมีการให้สวัสดิการกับประชาชนกลุ่มอื่นนอกเหนือไปจากผู้มีรายได้น้อยด้วย การรายงานการออกบัตรปีก่อนปี 2541 ที่ไม่ได้แยกกลุ่มผู้ได้รับสิทธิแต่ละกลุ่มออกจากกันทำให้การตรวจสอบถึงการออกบัตรที่แท้จริงของแต่ละกลุ่มเป็นไปได้ยาก และการที่ไม่ได้มีการตรวจสอบรายงานการออกบัตรอย่างจริงจังหรือนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดงบประมาณในปัจจุบัน ตลอดจนการตั้งเกณฑ์พิจารณาในการให้สวัสดิการด้วยเกณฑ์รายได้ที่สูงกว่าเส้นความยากจนถึง 100 เปอร์เซ็นต์เป็นผลให้จำนวนผู้มีสิทธิมีเป็นจำนวนมากและเป็นการเพิ่มภาระให้กับรัฐบาลมากกว่าที่รัฐบาลในประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้จัดอยู่ในระดับกลางจะสามารถรับได้ ทั้งนี้ก็ยังมีปรากฏหลักฐานจากงานวิจัยในอดีตและข้อมูลจากแบบสอบถามว่า ผู้ที่ควรจะมีสิทธิไม่ได้รับสิทธิและผู้ที่ไม่มียกกลับได้รับสิทธิ อีกทั้งยังพบว่าผู้มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดที่ได้รับสวัสดิการ ซึ่งข้อคิดเห็นที่รวบรวมจากแบบสอบถามที่ได้จากผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็มีการกล่าวถึงปัญหาในการออกบัตรและการให้สิทธิที่ไม่ถูกต้องเป็นจำนวนมาก จึงเป็นไปได้ว่าวิธีการการประเมินรายได้และขั้นตอนการออกบัตรอาจจะไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจะได้มีการควบคุมดูแลในจุดของขั้นตอนการออกบัตรนี้ ซึ่งจำนวนมากน้อยของผู้มีสิทธิก็จะเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป และจากการที่ใช้เกณฑ์รายได้ได้สร้างปัญหาในหลาย ๆ ประเทศมาแล้ว (Willis and Leighton, 1995) จึงน่าจะมีการใช้เกณฑ์อื่นนอกเหนือจากรายได้ที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประชาชนได้ เช่น ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ปริมาณและมูลค่าของทรัพย์สินที่มีอยู่ ลักษณะที่อยู่อาศัย สถานะสุขภาพ เป็นต้น และจะต้องมีการตรวจสอบอย่างจริงจังโดยอาจจะมีการมีหน่วยงานที่ดูแลในเรื่องนี้โดยตรงพร้อมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องว่าผลกระทบที่เนื่องมาจากการออกบัตรโดยไม่ถูกต้องต้องงบประมาณของประเทศชาติเป็นอย่างไร อย่างไรก็ตามการตรวจสอบหรือการมีหน่วยงานดูแลย่อมก่อให้เกิดค่าใช้จ่าย รัฐจึงต้องประเมินดูว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการมีหน่วยงานตรวจสอบคุ้มค่ากับการลงทุนที่จะมีหน่วยงานดังกล่าวหรือไม่ โดยทั่วไปแล้ว หากการปล่อยให้ผู้ที่สมควรจะมีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

จ่ายนั้นก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายแก่รัฐที่น้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสียไปในการตรวจสอบ การตรวจสอบก็อาจจะไม่เกิดขึ้น ซึ่งลักษณะนี้ก็ปรากฏอยู่ทั่วไปในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนที่มีการใช้เกณฑ์รายได้ เช่นเดียวกันกับการที่มีการกำหนดอายุบัตรไว้ 3 ปี ระยะเวลาและเกณฑ์ที่ใช้ควรจะได้มีการปรับให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของรายได้ต่อประชากรและสภาพเศรษฐกิจ เกณฑ์รายได้ที่ใช้ควรจะต้องมีความชัดเจนว่าเพราะเหตุใดจึงเลือกที่ 2,000 หรือ 3,000 บาท เพราะโครงการนี้เกี่ยวข้องกับเงินจำนวนมากที่มาจากเงินภาษีของประชาชน การใช้จ่ายเงินดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีความชัดเจนมากขึ้น การกำหนดเกณฑ์รายได้ก็ควรจะได้พิจารณาถึงความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ ค่าครองชีพ สภาพเศรษฐกิจของแต่ละจังหวัด ซึ่งจะสามารถดูได้จากค่า GPP หรือจากรายได้เฉลี่ยของประชาชนในแต่ละจังหวัด ตลอดจนการกระจายตัวของทรัพยากรสาธารณสุขด้วย และนอกจากนี้จากการสำรวจยังพบว่าผู้ถือบัตรบางส่วนไม่ทราบเกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์หรือ ทราบแต่ไม่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่าต้องมีเงินบำรุง อีกทั้งการที่ผู้รับบริการมีความเข้าใจว่าถ้าใช้บัตรสวัสดิการใด ๆ จะทำให้ได้รับการบริการหรือยาที่ไม่ดี จึงควรจะได้มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องดังกล่าวและระบุสิทธิและผลประโยชน์ที่สำคัญให้ผู้ถือบัตรทราบไว้บนบัตรอย่างชัดเจน

ในส่วนของงบประมาณที่ได้มีการจัดสรรที่สอดคล้องกับสัดส่วนของผู้มีรายได้น้อยในแต่ละภาค แต่ด้วยการจัดสรรงบประมาณที่รวมทุกกลุ่มที่ได้รับสวัสดิการเข้าด้วยกัน เป็นการจัดสรรที่ไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านชีววิทยา เศรษฐกิจและสังคมของผู้ได้รับสวัสดิการในแต่ละพื้นที่ จังหวัด หรือภาค จึงอาจทำให้งบประมาณที่จัดสรรนั้นไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนการใช้จ่ายหรือการรักษาพยาบาลของแต่ละกลุ่มที่แท้จริง ดังนั้น การจัดสรรงบประมาณเฉพาะกลุ่มจึงมีความจำเป็น เพราะจะช่วยให้สามารถดูอัตราการขาดเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มได้ และสามารถลดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่าเงินงบประมาณสปร.ครอบคลุมประชากรกลุ่มไหนบ้าง เช่นการที่เข้าใจว่าเงินงบประมาณสปร.รวมถึงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยแบบเกือบด้วย นอกจากนี้การจัดสรรงบประมาณโดยพิจารณาจากผลการให้บริการอาจมีความคลาดเคลื่อนและสูญเสียทรัพยากรมากกว่าที่ควรจะเป็น ถ้าผู้มีสิทธิไม่ใช่ผู้ที่ควรได้รับสิทธิดังที่กล่าวมาแล้ว การจัดสรรงบประมาณจึงควรที่จะแยกจัดสรรตามกลุ่มเพื่อที่จะให้จำนวนงบประมาณมีความสอดคล้องกับผู้ที่มีความต้องการด้านการรักษาพยาบาล เช่น ผู้สูงอายุ เป็นต้น การให้สวัสดิการแก่ประชาชนเป็นสิ่งที่เหมาะสม แต่ต้องคำนึงถึงความสามารถในการที่จะ finance โครงการนั้น ๆ ด้วย และรัฐก็ควรจะมีข้อมูลผู้มีสิทธิที่แท้จริงเพื่อที่จะได้จัดสรรงบประมาณตามความเหมาะสมและความต้องการ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการตรวจสอบความถูกต้องในการออกบัตรและการเข้ารับบริการได้ด้วย และก็ควรจะมีการพยากรณ์ความต้องการด้านการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของประชาชนที่ได้รับสวัสดิการในการจัดสรรงบประมาณ นอกจากนี้ก็อาจจะได้มีการใช้แบบจำลองทางเศรษฐมิติรูปแบบอื่น ๆ ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อที่จะได้รูปแบบที่เหมาะสมที่สุด คือ สะท้อนข้อมูลได้มากที่สุดนั่นเอง

แนวโน้มของค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี แสดงให้เห็นว่าแบบแผนการใช้จ่ายมีความเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอน หากในช่วงเวลาดังกล่าวไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของวิธีการการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่าย กล่าวคือ ในบางปีมีจำนวนผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้น การเข้ารับบริการกลับลดลง และค่าใช้จ่ายได้เพิ่มขึ้นถึงแม้จะเพิ่มในอัตราที่น้อยลง จนทำให้ค่าใช้จ่ายต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่อวันเพิ่มสูงขึ้นนั้น แสดง

ให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงในการคิดค่าบริการของสถานพยาบาลของรัฐซึ่งโดยปกติมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาลและไม่ได้แสดงถึงต้นทุนที่แท้จริงหรือแบบแผนการเจ็บป่วยที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในแต่ละระดับสถานบริการในแต่ละภาคก็พบว่า ในปี 2540 มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในแต่ละภาคที่แตกต่างกันมากไม่เหมือนกับการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในปี 2539 เมื่อเทียบกับปี 2538 การที่จำนวนครั้งลดลงในระดับสอ./สสจ./ทบ. แต่เพิ่มขึ้นในระดับ รพช. และระดับรพศ./รพท. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับรพศ./รพท. ซึ่งโดยปกติจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าสถานพยาบาลระดับอื่นอาจจะจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้น ควรจะได้มีการส่งเสริมระบบส่งต่อเพื่ออาจจะช่วยลดภาระของรพศ.และรพท.และยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายโดยรวมด้วย นอกจากนี้เพื่อที่จะจัดสรรงบประมาณได้อย่างยุติธรรมมากขึ้นควรจะได้มีเกณฑ์มาตรฐานหรือแนวปฏิบัติในการคิดค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลเพื่อที่จะได้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงในสถานพยาบาลและควรที่จะกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณในระดับจังหวัดด้วยเพื่อไม่ให้เกิดความไม่ยุติธรรมในการจัดสรรเงินในระดับจังหวัดและในระดับของสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลจะอยู่ได้ก็ต้องมี cross subsidization ที่เพียงพอหากรัฐไม่สามารถให้งบประมาณได้อย่างเต็มที่ โดยสถานพยาบาลจะต้องสามารถได้รายรับจากคนไข้ประเภทอื่นด้วย โดยเฉพาะประเภทที่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ หากการให้สิทธิสปร.เป็นไปโดยไม่ถูกต้อง ประชาชนส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งหมด สถานพยาบาลก็ไม่สามารถอยู่ได้ หรืออยู่ได้แต่มีคุณภาพต่ำ

สำหรับผู้ที่ไม่มียาเสพติดใด ๆ หรือผู้ป่วยประเภท ข นั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน และเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มผู้ที่มีบัตรากับกลุ่มผู้ป่วยประเภท ข แล้ว จะเห็นว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระดับรพศ./รพท.ของผู้ป่วยประเภท ข มากกว่าค่าใช้จ่ายของผู้มีบัตรสปร. แต่การที่ไม่สามารถกำหนดจำนวนประชาชนในกลุ่มนี้ได้แน่นอนทั้ง ๆ ที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากเช่นนี้จะทำให้เกิดช่องว่างในการบริการและอาจจะสร้างปัญหาการเงินสาธารณสุขได้ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ก็จะไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการรับบริการจากสถานพยาบาลใด ๆ หรือไม่เข้าเกณฑ์ระบบส่งต่อ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของจำนวนครั้งและจำนวนวันของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยประเภท ข ก็พบว่าการเข้ารับบริการในระดับรพศ./รพท.ที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีบัตรสปร.มาก และจากแบบสอบถามพบว่าผู้ที่ไม่มีสวัสดิการแต่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ไม่ใช่ผู้มีรายได้น้อยเสมอไป การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินในการรักษาพยาบาลโดยการถือกุลเป็นช่องว่างที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยบางคนที่มีความจริงแล้วมีรายได้พอที่จะจ่ายค่าบริการได้เลือกที่จะไม่จ่าย อีกทั้งการที่ไม่มีเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ยิ่งทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนกลุ่มนี้ยิ่งเป็นไปได้ยาก แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้เลยเนื่องจากเป็นผู้มีรายได้น้อย ก็ไม่มีเหตุผลที่เพราะเหตุใดจึงไม่มีบัตรสปร. นั้นหมายถึงว่าการออกบัตรายังไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด หรือจากช่องว่างที่มีอยู่ทำให้การไม่เป็นผูถือบัตรต่ำกว่าการถือบัตรฯ โครงการการให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยนั้นเป็นสิ่งจำเป็นและสมควรจะอยู่ต่อไป แต่ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรนั้นเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถระบุได้แน่ชัดได้ว่าเป็นผู้มีรายได้น้อยหรือไม่ อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อทดแทนค่าใช้จ่ายในกลุ่มนี้ให้กับสถานพยาบาลก็ขาดความชัดเจน ดังนั้น ควรจะยกเลิกความช่วยเหลือถือกุลในส่วนนี้ ผู้ที่มีรายได้น้อยจริงก็จะ

ต้องพยายามขอบัตรสปร.ในที่สุด และถ้าไม่มีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภท ข อีกต่อไป ผู้ถือบัตรสปร.เองก็จะไม่ถือโอกาสข้ามขั้นตอนการส่งต่อโดยการไม่แสดงว่าตนมีบัตรฯถ้าทุกคนต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งในการเข้ารับบริการ มิฉะนั้นแล้วจะต้องเสียค่าบริการตามปกติ ส่วนผู้ที่ไม่ใช่ผู้มีรายได้น้อยก็มีทางเลือกคือ การซื้อบัตรประกันสุขภาพ วิธีการดังกล่าวจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายได้โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ไม่สมควรเกิดขึ้นซึ่งเกิดจากการไม่มีระบบส่งต่อ เช่น การเข้ารับการรักษาในระดับรพศและรพท. ทั้ง ๆ ที่ในบางครั้งการรักษาในระดับสถานีนามียก็มีความเพียงพออยู่แล้ว นั่นคือ หลักประกันสุขภาพควรจะมีลักษณะที่เป็น compulsory health insurance เพื่อที่จะได้ใช้ประโยชน์ของ risk sharing และ cost sharing ด้วย

เมื่อพิจารณาโดยรวมจากผลการบริการที่ประเมินจากความพอใจและทัศนคติของผู้ให้บริการและผู้รับบริการแล้วแล่นั้น จะเห็นว่าการใช้จ่ายเงินงบประมาณในการสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยได้สร้างความพอใจในระดับหนึ่งให้ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ หรือเมื่อทำการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการสูงกับตัวอย่างที่มีสัดส่วนการเข้ารับบริการต่ำ ก็พบว่าสัดส่วนความพอใจในจังหวัดที่มีสัดส่วนการรับบริการสูงจะน้อยกว่า แสดงว่าเมื่อการรับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ความพอใจจะน้อยลง ดังนั้น การควบคุมจำนวนผู้มีสิทธิอาจจะทำให้ความพอใจเพิ่มขึ้นได้ แต่หากไม่ใช่เป็นผลมาจากการที่ผู้มีสิทธิไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มความพอใจ จะต้องมีการปรับปรุงการให้บริการ หรือเพิ่มทรัพยากรสาธารณสุข นอกจากนี้ ข้อมูล ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่รวบรวมได้ก็ยังมีแสดงถึงความไม่มีประสิทธิภาพในบางส่วนของโครงการฯโดยเฉพาะในเรื่องของงบประมาณและการประชาสัมพันธ์ถึงหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ การไม่ได้ส่งเสริม health promotion และ preventive care อย่างเพียงพอ

และถ้าการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นบางส่วนเกิดขึ้นได้ตามที่ข้อมูลจากแบบสอบถาม การเข้ารับการรักษาโดยไม่จำเป็น (ถ้ามี) ก็จะไม่เกิดขึ้น โครงการสปร.ก็จะเป็นที่สนใจของกลุ่มคนที่ไม่ควรจะมีสิทธิอีกต่อไป ผลดีอีกอย่างหนึ่งก็คือ งบประมาณก็อาจจะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศในด้านอื่นได้นอกจากที่รัฐจะไม่เสียประโยชน์มากนักหากผู้ที่มีบัตรฯไม่ใช่ผู้มีรายได้น้อยที่แท้จริง แต่ผลเสียก็คือตามที่ปรากฏในการศึกษาและงานวิจัยจำนวนมาก (Huber, 1993; De Bethune, Alfani and Lahaye, 1989) ที่ว่า ค่าใช้จ่ายในการบริการจะกระทบต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลของคนยากจน จึงอาจทำให้คนยากจนมีสุขภาพที่แย่ลง การเก็บค่ารักษาพยาบาลจึงควรจะต้องเก็บจากค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นบ่อยหรือทั่วไป แต่ควรจะเป็นความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงและจำเป็น และควรจัดให้มีการจ่ายเป็นบางส่วนเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ถ้าสามารถกำหนดและตรวจสอบกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้สวัสดิการได้ชัดเจน การให้ผู้มีรายได้น้อยที่แท้จริงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยก็อาจจะไม่สมควร แต่การเก็บค่าใช้จ่ายในระดับหนึ่งอาจจะเป็นถ้าการจ่ายค่าบริการจะทำให้ผู้ป่วยให้ความสนใจและดูแลสุขภาพมากกว่าเดิม จึงควรจะได้กำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีรายได้น้อยมากในระดับประมาณเส้นความยากจนควรจะได้รับ การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นกับกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้นมาในระดับหนึ่งแต่ไม่สามารถจะซื้อบัตรประกันสุขภาพในราคาเต็มได้ รัฐควรช่วยเหลือให้สามารถซื้อได้ในราคาที่ต่ำกว่าราคาปกติ หรือไม่ก็ให้มีการจ่ายบางส่วนเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลซึ่งจะต้องมีการกำหนดชัดเจนลงไปว่าเป็นค่าใช้จ่ายประเภทใดและสัดส่วนเท่าใด แต่หากการคิด

ค่าใช้จ่ายในแต่ละจังหวัดในแต่ละสถานบริการยังไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน วิธีการดังกล่าวก็ไม่สามารถทำได้ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงใด ๆ จะทำได้ก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงผลได้ผลเสียของการกระทำที่ไม่ถูกต้อง หากการพิจารณาเกณฑ์ต่าง ๆ และการออกบัตรยังไม่ยุติธรรม การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ก็ยากที่จะประสบความสำเร็จได้ และถ้าหากรัฐเห็นว่างบประมาณที่จัดสรรให้มีความเพียงพอ การขอความร่วมมือจากภาคเอกชนก็น่าจะเป็นไปได้ ดังที่ปรากฏในหลาย ๆ ประเทศที่สถานพยาบาลในเอกชนก็มีการให้การรักษามีสวัสดิการโดยเรียกเก็บจากรัฐ ซึ่งการให้สถานบริการเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมก็อาจจะก่อให้เกิดการแข่งขันด้านการบริการ และยังสามารถ share เครื่องมือที่มีราคาแพงร่วมกันเพื่อประโยชน์ของประชาชน นอกจากนี้ก็อาจจะส่งเสริมให้มีการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลของรัฐในการที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย โดยการให้รางวัลแก่สถานพยาบาลที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่จะต้องมีมาตรการการตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาลด้วย

บรรณานุกรม

- กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข “ผลของโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย” รายงานการวิจัย สำนักข่าวพาณิชย์ กรมประชาสัมพันธ์ 2525
- กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข “รายงานการติดตามและประเมินผลงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยตามนโยบายรัฐบาล” รายงานการวิจัย 2526
- กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข “วิเคราะห์ผลการให้บริการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2535” ฝ่ายแผนงาน กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข 2535
- เชื้อทอง อัมมะมาลา และคณะ “ปัญหาการให้สวัสดิการของรัฐแก่ผู้มีรายได้น้อยกรณีบัตรสงเคราะห์” รายงานการวิจัย 2527
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และกาญจนา ศิริโกมล “วิเคราะห์โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล: การใช้บริการและการจัดสรรงบประมาณ” *จุลสารชมรมแพทยชนบท* 12(3): 22-36, 2532
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร “การรักษาพยาบาลฟรีในประเทศไทย: ทางเลือกเชิงนโยบาย.” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 1(2): 158-166, 2535
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ “รายงานการประเมินผลโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย” โรงพิมพ์ หจก. ป. สัมพันธ์พาณิชย์ กรุงเทพฯ 2530
- อดิศวร์ หลายชูไทย และคณะ “บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537” รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2540
- สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข “คู่มือการจัดทำบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537” กระทรวงสาธารณสุข 2537
- De Bethune, X., Alfani, S. and Lahaye, J. P. “The Influence of an Abrupt Price Increase on Health Service Utilization: Evidence from Zaire.” *Health Policy and Planning*, 4(1): 76-81, 1989.
- Deir, P. et..al. “Will Uninsured People Volunteer for Voluntary Health Insurance? Experience from Washington State.” *American Journal of Public Health*. 86: 529-532, 1996.
- Gu, X., Bloom, G., Tang, S., Zhu, Y., Zhou, S., and Chen, X. “Financing Health Care in Rural China: Preliminary Report of a Nationwide Study.” *Social Science and Medicine*. 36(4): 385-391, 1993.
- Hsiao, W.C. “The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations.” *Social Science and Medicine*. 41(8): 1047-1055, 1995.
- Huber, J. H. “Ensuring Access to Health Care with the Introduction of User Fees: A Kenyan Example.” *Social Science and Medicine*, 36(4): 485-494, 1993.

- Khoman, S. "Equity and the Pricing of Government Hospital Services in Thailand." Paper presented at the Second Canadian Conference on International Health. November 12-15, 1995.
- Paci, P. And Wagstaff, A. "Equity and Efficiency in Italian Health Care." *Health Economics* . 2(1): 15-29, 1993.
- Pannanurothai, S. and Mills, A. "The Poor Pay More: Health-Related Inequality in Thailand." *Social Science Medicine*, 44:1781-1790, 1997.
- Rasell, E., Bernstein, J. and Tang, K. "The Impact of Health Care Financing on Family Budget." *International Journal of Health Services*. 4(24): 691-714, 1994.
- Robert, H.B. et al.. "Does Free Care improve Adults' Health?" *The New England Journal of Medicine*. 309(23): 1426-1433, 1983.
- Rocha, C.J. "Use of Health Insurance in County-Funded Clinics: Issues for Health Care Reform." *Health and Social Workers*. 21(1): 16-22, 1996.
- Russell, S. and Gilson, L. "User Fee Policies to Promote Health Service Access for the Poor: A Wolf in Sheep's Clothing." *International Journal of Health Services*. 27, 359-379, 1997
- Russo, G. "Household Health Care Expenditures in Three Southeast Asian Countries." Paper presented at the VII International Congress of the World Federation of Public Health Associations, *Health, Economics, and Development: Working Together for Change*, Bali, Indonesia, 1994.
- Santisart, I. "Poverty, Income Inequality, and Health Care Consumption in Thailand." *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 25: 618-627, 1994.
- Scheiber, G.J., Poullier, J.P., and Greenwald, L.M. "Health System Performance in OECD Countries, 1980 - 1992." *Health Affairs (Millwood)*. 13(4): 100-112, 1994.
- Sorkin, L.A. *Health Economics in Developing Countries*. London: Lexington Books, D.C. Health and Company, 1976.
- Willis, C. and Leighton, C. "Protecting the Poor under Cost Recovery: The Role of Mean Testing." *Health policy and Planning*, 10(3): 241-256, 1995.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

การศึกษาวិเคราะห์การเงินสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐบาล เพื่อผู้วิจัยจะได้นำผลจากการศึกษามาประกอบการวิเคราะห์ทางการเงินสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อไป โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะถูกนำไปประมวลผลเพื่อเสนอในภาพรวมและเก็บเป็นความลับ ขอรับรองว่าจะไม่เป็นผลเสียหายต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

สถานบริการ _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

ส่วนที่ 1.1 จากประสบการณ์ของท่านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วนของผู้มีรายได้น้อย (ทั้งผู้ที่มีและไม่มียบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย) ท่านมีความพอใจในระดับใดต่อหัวข้อดังต่อไปนี้

(หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านไม่มีประสบการณ์กับหัวข้อใด กรุณาเว้นว่างไว้)

หัวข้อ	พอใจมาก	พอใจ	เฉยๆ / พอใจและไม่พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
1. นโยบายการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของโครงการ สปร. (ประเภทรายได้น้อย)					
2. แนวทางการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนของผู้มีรายได้น้อย (ไม่มีบัตร สปร.)					
3. เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินผู้มีสิทธิมีบัตร สปร. เช่น เกณฑ์รายได้					
4. เกณฑ์การคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย					
5. เกณฑ์การคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร.					
6. มาตรการการลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยในหน่วยงานของท่าน					
7. จำนวนเงินงบประมาณจากรัฐบาลสำหรับการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร.					

หัวข้อ	พอใจ มาก	พอใจ	เฉย ๆ / พอใจ และไม่พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจ มาก
8. จำนวนเงินงบประมาณรวมจากรัฐบาลสำหรับการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตร สปร.					
9. การกระจายงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร. ในระดับจังหวัด					
10. ระบบการส่งต่อในพื้นที่ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน					
11. คุณภาพของการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ได้รับจากสถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่					
12. คุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ผู้ถือบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยได้รับจากสถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่					
13. เวลาที่ผู้ป่วยรายได้น้อยใช้ในการรอรับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของท่าน					
14. ภาระงานของท่านเนื่องมาจากนโยบายการให้การรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย					
15. ขั้นตอนและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย					
16. ผลต่อความยืดหยุ่นในการทำงานของท่านโดยรวมเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย					
17. ผลการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลกับผู้มีรายได้น้อยของหน่วยงานของท่าน					
18. สถานะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาบริการในหน่วยงานของท่าน					
19. การติดต่อสื่อสารพูดคุยกับผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของท่าน					

ส่วนที่ 1.2 จากประสบการณ์ของท่านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (ทั้งผู้ที่มีและไม่มีบัตร สปร.) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก
1. ท่านได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดีจากผู้ เข้ารับการรักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อย					
2. ผู้ป่วยรายได้น้อยต้องใช้เวลาในการรอรับการรักษ าพยาบาลจากหน่วยงานของท่าน					
3. ผู้มีบัตรสปร. ประเภทรายได้น้อยเข้ารับการรักษาพยาบาล มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น					
4. ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ที่ไม่เสียค่าบริการหรือเสีย เป็นบางส่วนเข้ารับการรักษาพยาบาลมากเกินไปจนความจำเป็น					
5. ผู้มีรายได้น้อยมีพฤติกรรมที่ดีในด้านการป้องกันความเจ็บ ป่วยและอุบัติเหตุ					
6. การให้ยาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุที่สำคัญ ของการเกิดความเจ็บป่วยของผู้มีรายได้น้อย					
7. ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนใน การรักษาพยาบาลเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยอาการหรือ ปัญหาที่รุนแรงมากกว่าผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่จ่ายค่า รักษาพยาบาลปกติ					
8. ระบบการส่งต่อมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อหน่วย งานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่					
9. ระบบการส่งต่อมีประโยชน์ต่อตัวท่าน					
10. ผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ ผ่านระบบส่งต่อ					
11. สถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีบุคลากรเพียงพอกับ การรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย					
12. สถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีอุปกรณ์ เครื่องมือทาง การแพทย์ และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้เข้ารับการ รักษาพยาบาลที่มีรายได้น้อย					
13. ท่านไม่ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนอย่างเต็มที่จาก หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในด้านการรักษาพยาบาลผู้มี รายได้น้อย					

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก
14. ท่านรู้สึกพอใจมากที่ได้ให้บริการหรือรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย					
15. การทำงานของท่านมีคุณภาพลดลงเนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตร สปร. ทำให้ภาระงานของท่านเพิ่มขึ้น					
16. การทำงานของท่านมีคุณภาพลดลงเนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ทำให้ภาระงานของท่านเพิ่มขึ้น					
17. การทำงานของท่านมีคุณภาพลดลงเนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตร สปร. ทำให้ท่านมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น					
18. การทำงานของท่านมีคุณภาพลดลงเนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ทำให้ท่านมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น					
19. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย ควรจะลดลง					
20. ผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ควรจะลดลง					
21. ผู้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้รับการรักษาพยาบาลที่เสียค่าใช้จ่ายควรได้รับการปฏิบัติจากสถานบริการเท่าเทียมกัน					
22. การคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสปร. ควรใช้อัตราค่าบริการที่ต่ำที่สุดในการคำนวณ					
23. การคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตร สปร. ควรใช้อัตราค่าบริการที่ต่ำที่สุดในการคำนวณ					
24. สถานบริการควรจะคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนให้ต่ำกว่าผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่เสียค่าบริการปกติ					

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก
25. ผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสปร. ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายด้าน การรักษาพยาบาลเป็นบางส่วน [ในกรณีที่ท่านเห็นด้วยหรือ เห็นด้วยมาก โปรดเลือกสัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลที่เหมาะสม ☐ 5% ☐ 10% ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)]					
26. ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ที่เข้ารับการรักษายาบาล ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเป็นบางส่วน [ใน กรณีที่ท่านเห็นด้วยหรือเห็นด้วยมาก โปรดเลือกสัดส่วนของ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ☐ 5% ☐ 10% ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)]					
27. ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายด้าน การรักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน [ในกรณีที่ท่าน เห็นด้วยหรือเห็นด้วยมาก โปรดเลือกประเภทการบริการที่ผู้มี รายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร. ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การบริการที่มีค่าใช้จ่ายน้อย ☐ การบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ☐ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ☐ ความเจ็บป่วยที่ไม่ค่อยเกิดขึ้น ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....]					
28. ผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสปร. ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายด้าน การรักษาพยาบาลบางประเภทเป็นบางส่วน [ในกรณีที่ท่าน เห็นด้วยหรือเห็นด้วยมาก โปรดเลือกประเภทการบริการที่ผู้มี รายได้น้อยที่ถือบัตรสปร. ควรจะจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การบริการที่มีค่าใช้จ่ายน้อย ☐ การบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ☐ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ☐ ความเจ็บป่วยที่ไม่ค่อยเกิดขึ้น ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....]					

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมา
29. ถึงเวลาแล้วที่การรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ ไม่มีบัตรสปร. ควรจะมีการเปลี่ยนแปลง [ในกรณีที่ท่านเห็นด้วยหรือเห็นด้วยมาก โปรดระบุสิ่งที่ท่าน เห็นว่าควรจะมีการเปลี่ยนแปลง]					
30. ถึงเวลาแล้วที่โครงการ สปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อย ควร จะมีการเปลี่ยนแปลง [ในกรณีที่ท่านเห็นด้วยหรือเห็นด้วยมาก โปรดระบุสิ่งที่ท่าน เห็นว่าควรจะมีการเปลี่ยนแปลง]					
31. สถานบริการเอกชนควรมีส่วนร่วมในการรักษา พยาบาลผู้มีรายได้น้อย					

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

☐ น้อยกว่า 25

☐ 25-29

☐ 30-34

☐ 35-39

☐ 40 หรือมากกว่า

3. ตำแหน่ง

☐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

☐ แพทย์

☐ พยาบาล

☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐ นักสังคมสงเคราะห์

☐ นักวิชาการ

☐ ทันตแพทย์

☐ ผู้ช่วยพยาบาล

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

4. หน่วยงาน

- | | |
|---|---|
| ☐ สถานีอนามัย | ☐ โรงพยาบาลชุมชน |
| ☐ โรงพยาบาลสาขา | ☐ โรงพยาบาลทั่วไป |
| ☐ โรงพยาบาลศูนย์ | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) |

5. การศึกษา

- | | |
|--|--|
| ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี (สาขา)) | ☐ ปริญญาตรี (สาขา.....) |
| ☐ ปริญญาโท (สาขา)) | ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) |

6. ความรับผิดชอบหรือกิจกรรมที่ทำ

- | | |
|--|---|
| ☐ ให้การรักษาพยาบาล | ☐ การบริหาร |
| ☐ เกษตรกรรม | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)) |

7. ระยะเวลาที่ท่านทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน

8. ระยะเวลาที่ท่านประกอบอาชีพนี้

9. ระยะเวลาที่ท่านทำงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

10. ระยะเวลาที่ท่านได้ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้ไม่น้อยที่ไม่มีบัตรสปร.

11. ระยะเวลาที่ท่านได้ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้ไม่น้อยที่ถือบัตรสปร.....

แบบสอบถาม

การศึกษาวิเคราะห์การเงินสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตร สปร. ที่เข้ารับการบริการด้านการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ เพื่อผู้วิจัยจะได้นำผลจากการศึกษามาประกอบการวิเคราะห์ทางด้านการเงินสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อไป โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะถูกนำไปประมวลผลเพื่อเสนอในภาพรวมและเก็บเป็นความลับ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางด้านการเข้ารับการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางด้านการบริการที่เกี่ยวข้องกับโครงการ สปร.

สถานบริการ _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

☐ น้อยกว่า 25

☐ 25-29

☐ 30-34

☐ 35-39

☐ 40 หรือมากกว่า

3. สถานภาพการสมรส

☐ โสด

☐ แต่งงาน

☐ หย่า / แยกกันอยู่

☐ ม่าย

4. จำนวนบุตรในอุปการะที่อาศัยอยู่กับท่าน _____

5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว _____

6. อาชีพหลัก

☐ กสิกรรม

☐ ปศุสัตว์

☐ ประมง

☐ ค้าขาย

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ แม่บ้าน

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

7. รายได้ต่อปี _____ บาท

8. ระดับการศึกษา

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่ได้เรียน | ☐ ประถม 4 |
| ☐ ประถม 6 หรือ ประถม 7 | ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น |
| ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย | ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____ |

9. ความสามารถในการอ่าน / เขียนภาษาไทย

- | | |
|--|--|
| ☐ อ่านได้อย่างเดียว | ☐ อ่านและเขียนได้ |
| ☐ อ่านและเขียนไม่ได้เลย | |

10. ภูมิสำเนา

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ ในท้องที่นี้ | ☐ ท้องที่อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____ |
|---------------------------------------|---|

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ

1. สถานะทางด้านสุขภาพของท่านโดยทั่วไป

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ ดีมาก | ☐ ดี |
| ☐ พอใช้ | ☐ ไม่ดี |

2. เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกัน สถานะทางด้านสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ ดีมาก | ☐ ดี |
| ☐ พอใช้ | ☐ ไม่ดี |

3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ถ้ามี โปรดระบุ)

4. ในปีที่ผ่านมาท่านได้เข้ารับการรักษาโดยการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยใช้บัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้
น้อยเป็นจำนวนกี่ครั้ง

5. ถ้าท่านได้เข้ารับการรักษาโดยการนอนรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในข้อ 4 โปรดระบุระยะเวลา (จำนวน
วัน)ที่ท่านเข้ารับการรักษายาบาล

6. ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้เข้ารับการรักษานในสถานบริการในฐานะผู้ป่วยนอก (ไม่ได้นอนรักษา
ตัวในโรงพยาบาล) โดยใช้บัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือไม่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางการเข้ารับการรักษายาบาล

ส่วนที่ 3.1 การเข้ารับการรักษายาบาล

1. ท่านเดินทางมายังสถานบริการแห่งนี้

(1) โดยวิธีใด.....

(2) ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเท่าใด.....

2. ท่านมาเข้ารับการรักษายาบาลในวันนี้เพราะ

- | | |
|--|---|
| ☐ เจ็บป่วยฉุกเฉิน | ☐ ได้รับการส่งตัวมาจากสถานบริการอื่น |
| ☐ ต่อเนื่องมาจากการรักษาในครั้งก่อน | ☐ มีอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป |

3. โปรดระบุสาเหตุ อาการ หรือ ความเจ็บป่วย ที่ทำให้ท่านเข้ารับการรักษายาบาลในวันนี้

.....

4. ก่อนที่ท่านจะเข้ามารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการตามสาเหตุ อาการ หรือความเจ็บป่วยในข้อ 3 ท่านได้ปฏิบัติอย่างไร
- ☐ มาเข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการแห่งนี้ทันที ☐ ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยา
- ☐ ให้อาสาสมัครหรืออาสาสมัคร ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. ในการปฏิบัติข้อ 4. ท่านเสียค่าใช้จ่ายเท่าไร.....
6. ท่านคิดว่าการเข้ารับการรักษายาบาลครั้งนี้จะมีค่าใช้จ่ายเท่าไรหากท่านไม่มีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย
7. จากค่าใช้จ่ายที่ท่านระบุในข้อ 6 ท่านจะใช้วิธีใดในการชำระเงินหากท่านไม่มีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย
- ☐ ใช้เงินสด ☐ ขยายทรัพย์สิน
- ☐ ขอยืมจากเพื่อน /ญาติ ☐ เพื่อน / ญาติ ยินดีออกค่าใช้จ่ายให้
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 3.2 จากประสบการณ์ที่ท่านได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานบริการแห่งนี้ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความดังต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. บุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี			
2. สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ			
3. สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบาย และมีบรรยากาศดี			
4. สถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาไม่เพียงพอ			
5. ท่านได้รับการรักษายาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ			
6. ท่านรู้สึกเบื่อกับการบริการจากสถานบริการ			
7. ท่านต้องรอแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน			
8. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับท่านอย่างเพียงพอ			
9. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีป้องกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เสมอ			
10. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยของท่านให้ท่านทราบ			

ส่วนที่ 4 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการ สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย

1. โปรดระบุจำนวนครั้งของการมีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย.....
2. ท่านรู้จักโครงการ สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยได้อย่างไร
-
3. ท่านทราบสิทธิและผลประโยชน์ของการเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือไม่ ถ้าทราบโปรดระบุ
-

ส่วนที่ 4.1 จากประสบการณ์ของท่านในฐานะผู้มีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยท่านมีความพอใจหรือไม่กับหัวข้อดังต่อไปนี้

หัวข้อ	พอใจ	เฉยๆ / ทั้งพอใจและไม่พอใจ	ไม่พอใจ
1. โครงการ สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย			
2. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย			
3. ระบบการส่งต่อ			
4. เกณฑ์รายได้สำหรับการมีสิทธิเป็นผู้มีบัตร สปร. ประเภทรายได้น้อย.			
5. การระบุชื่อสถานบริการในบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย			
6. สิทธิและผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย			
7. การให้การรักษาพยาบาลที่ ไม่มี บัตร สปร. โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย			
8. เวลาในการรอรับการบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ			
9. เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้สิทธิของการเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย			
10. ขั้นตอน ความคล่องตัว และ ความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่างๆ			
11. การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข			
12. การรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจากสถานบริการในฐานะที่ท่านเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย			

ส่วนที่ 4.2 จากประสบการณ์ของท่านในฐานะผู้ถือบัตรสปร.สำหรับผู้มีรายได้น้อยท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ระบบส่งต่อมีความจำเป็นและมีประโยชน์				
2. ในอดีตท่านได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตร สปร. โดยที่ไม่ได้เป็นการส่งต่อ				
3. รัฐบาลไม่ควรจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ ไม่มี บัตรสปร.				
4. ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นตั้งแต่ท่านมีบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยเพราะท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล				
5. สิทธิและผลประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเหมาะสม				
6. สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย				
7. สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย				

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
8. โดยทั่วไปท่านได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ			
9. ท่านคิดว่าการไปซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ			
10. ในกรณีฉุกเฉิน ท่านสามารถพบแพทย์ได้เสมอ			
11. ท่านต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการตามที่ระบุในบัตร สปร.			
12. ท่านรู้สึกเบื่อกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล			
13. ท่านคิดว่าการมีบัตรประกันสุขภาพ (ต้องเสียค่าใช้จ่าย) จะทำให้ท่านได้รับผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น			
14. ท่านยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาท ต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี หากไม่เห็นด้วย โปรดระบุจำนวนเงินที่ท่านยินดีจะจ่ายต่อปีเพื่อการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย			
15. ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการปกติ			
16. ผู้ถือบัตร สปร. ประเมินรายได้มีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลปกติ			
17. ผู้ถือบัตรสปร. ประเมินรายได้มีสุขภาพดีน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วน ถ้าเห็นด้วยโปรดเลือกประเภทของการบริการ (ตอบได้มากกว่า 1) ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายน้อย ☐ การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ☐ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ☐ การเจ็บป่วยที่ไม่ค่อยเกิดขึ้น ☐ อื่นๆ			
18. ถ้าท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนให้กับสถานบริการท่านจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น			
19. ผู้ถือบัตร สปร. ประเมินรายได้มีสุขภาพดีน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนในการรักษาพยาบาล ถ้าเห็นด้วยโปรดเลือกสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ☐ 5% ☐ 10% ☐%			
20. ถึงเวลาแล้วที่โครงการสปร.สำหรับผู้มีรายได้มีสุขภาพดีน้อยควรได้รับการปรับปรุง ถ้าเห็นด้วย โปรดระบุสิ่งที่ท่านอยากให้มีการปรับปรุง			

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.....

แบบสอบถาม

การศึกษาวិเคราะห์การเงินสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ โดยไม่เสียค่าบริการหรือเสียค่าบริการเป็นบางส่วนและไม่ได้เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการรอมถึงบัตรสปร.หรือบัตรประกันสุขภาพในรูปแบบใด เพื่อผู้วิจัยจะได้นำผลจากการศึกษามาประกอบการวิเคราะห์ทางด้านการเงินสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยต่อไป โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะถูกนำไปประมวลผลเพื่อเสนอในภาพรวมและเก็บเป็นความลับ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางการเข้ารับการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

สถานบริการ _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

☐ น้อยกว่า 25

☐ 25-29

☐ 30-34

☐ 35-39

☐ 40 หรือมากกว่า

3. สถานภาพการสมรส

☐ โสด

☐ แต่งงาน

☐ หย่า / แยกกันอยู่

☐ ม่าย

4. จำนวนบุตรในอุปการะที่อาศัยอยู่กับท่าน _____

5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว _____

6. อาชีพหลัก

☐ กสิกรรม

☐ ปศุสัตว์

☐ ประมง

☐ ค้าขาย

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ แม่บ้าน

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

7. รายได้ต่อปี _____ บาท

8. ระดับการศึกษา

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่ได้เรียน | ☐ ประถม 4 |
| ☐ จบประถม 6 หรือ ประถม 7 | ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น |
| ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย | ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____ |

9. ความสามารถในการอ่าน / เขียนภาษาไทย

- | | |
|--|--|
| ☐ อ่านได้อย่างเดียว | ☐ อ่านและเขียนได้ |
| ☐ อ่านและเขียนไม่ได้เลย | |

10. ภูมิสำเนา

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ ในท้องที่นี้ | ☐ ท้องที่อื่น ๆ |
|---------------------------------------|--|

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ

1. สถานะทางด้านสุขภาพของท่านโดยทั่วไป

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ ดีมาก | ☐ ดี |
| ☐ พอใช้ | ☐ ไม่ดี |

2. เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกัน สถานะทางด้านสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ ดีมาก | ☐ ดี |
| ☐ พอใช้ | ☐ ไม่ดี |

3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ถ้ามี โปรดระบุ).....

4. ในปีที่ผ่านมาท่านได้เข้ารับการรักษโดยการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียเป็นบางส่วนเพราะมีรายได้น้อยเป็นจำนวนกี่ครั้ง

5. ถ้าท่านได้เข้ารับการรักษโดยการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในข้อ 4 โปรดระบุระยะเวลา (จำนวนวัน)ที่ท่านเข้ารับการรักษายาบาล.....

6. ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้เข้ารับการรักษในสถานบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆเนื่องจากเป็นผู้มีรายได้น้อยในฐานะผู้ป่วยนอก (ไม่ได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล) หรือไม่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางการเข้ารับการรักษายาบาล

ส่วนที่ 3.1 การเข้ารับการรักษายาบาล

1. ท่านเดินทางมายังสถานบริการแห่งนี้

(1) โดยวิธีใด.....

(2) ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเท่าใด.....

2. ท่านมาเข้ารับการรักษายาบาลในวันนี้เพราะ

- | | |
|--|---|
| ☐ เจ็บป่วยฉุกเฉิน | ☐ ได้รับการส่งตัวมาจากสถานบริการอื่น |
| ☐ ต่อเนื่องมาจากการรักษาในครั้งก่อน | ☐ มีอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป |

3. โปรดระบุสาเหตุ อาการ หรือ ความเจ็บป่วย ที่ทำให้ท่านเข้ารับการรักษายาบาลในวันนี้

.....

4. ก่อนที่ท่านจะเข้ามาใช้บริการรักษายาบาลในสถานบริการตามสาเหตุ อาการ หรือความเจ็บป่วยในข้อ 3 ท่านได้ปฏิบัติอย่างไร
- ☐ เข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการทันที ☐ ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยา
- ☐ ใ้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
5. ในการปฏิบัติข้อ 4 ท่านเสียค่าใช้จ่ายเท่าไร.....
6. ท่านคาดว่าจะการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้มีค่าใช้จ่ายเท่าไร.....
7. จากค่าใช้จ่ายที่ท่านระบุในข้อ 6 ท่านจะใช้วิธีใดในการชำระเงินหากท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- ☐ ใช้เงินสด ☐ ข่ายทรัพย์สิน
- ☐ ขอยืมจากเพื่อน /ญาติ ☐ เพื่อน / ญาติ ยินดีออกค่าใช้จ่ายให้
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 3.2 จากประสบการณ์ที่ท่านได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการแห่งนี้ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความดังต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. บุคลากรของสถานบริการมีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ดี			
2. สถานบริการมีบุคลากรเพียงพอ			
3. สถานบริการมีความสะอาด สะดวกสบาย และมีบรรยากาศดี			
4. สถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาไม่เพียงพอ			
5. ท่านได้รับการรักษาพยาบาลและบริการอย่างดีจากสถานบริการ			
6. ท่านรู้สึกเบื่อกับการบริการจากสถานบริการ			
7. ท่านต้องรอแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นเวลานาน			
8. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาให้เวลากับท่านอย่างเพียงพอ			
9. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับวิธีป้องกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่างๆ เสมอ			
10. แพทย์หรือผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยของท่านให้ท่านทราบ			

ส่วนที่ 4 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการสปร. และการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วน

1. ท่านเคยเป็นผู้ถือบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือ ได้รับสวัสดิการทางด้านการรักษาพยาบาลในฐานะผู้มีรายได้น้อยมาก่อนหรือไม่.....
2. หากท่านตอบว่า "เคย" ในข้อ 1 โปรดระบุเหตุผลที่ท่านไม่ได้เป็นผู้ถือบัตรสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือไม่ได้รับสวัสดิการดังกล่าวในปัจจุบัน.....
3. ท่านเคยขอมีบัตร สปร. หรือบัตรสวัสดิการประเภทอื่นสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือไม่.....
หากไม่เคยขอหรือเคยขอแต่ไม่ได้บัตร โปรดระบุเหตุผล.....

4. ท่านทราบเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนสำหรับผู้มีรายได้น้อยได้อย่างไร

ส่วนที่ 4.1 จากประสบการณ์ของท่าน ท่านมีความพอใจหรือไม่กับหัวข้อดังต่อไปนี้

หัวข้อ	พอใจ	เฉย ๆ / ทั้งพอใจและไม่พอใจ	ไม่พอใจ
1. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสปร.			
2. การให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนกับผู้ที่มีรายได้น้อยแต่ไม่มีบัตรสปร.			
3. เวลาในการรอรับการบริการและการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ			
4. ขั้นตอนและเอกสารที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วน			
5. การพูดจาติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข			
6. เกณฑ์ที่ใช้สำหรับการตัดสินการเป็นผู้มีสิทธิบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยเช่น รายได้			
7. การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนที่ท่านได้รับจากสถานบริการ			

ส่วนที่ 4.2 จากประสบการณ์ของท่าน ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. รัฐบาลควรจะให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกับผู้ที่มีรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรสปร.			
2. ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการบ่อยขึ้นเพราะท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนในการรักษาพยาบาล			
3. สิทธิและผลประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเหมาะสมเพียงพอ			
4. สถานบริการโดยทั่วไปมีบุคลากรเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย			
5. สถานบริการโดยทั่วไปมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย			
6. โดยทั่วไปท่านได้รับการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่ดีและเพียงพอจากสถานบริการ			
7. ท่านคิดว่าการไปซื้อยามารับประทานเองจะดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
8. ในกรณีฉุกเฉิน ท่านสามารถพบแพทย์ได้เสมอ			
9. ท่านรู้สึกเกี่ยวกับการบริการของสถานบริการต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล			
10. ท่านคิดว่าการมีบัตรประกันสุขภาพ (ต้องเสียค่าใช้จ่าย) จะทำให้ท่านได้รับผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น			
11. ท่านยินดีและเต็มใจที่จะจ่ายเงิน 500 บาท ต่อปีเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 1 ปี หากท่านไม่เห็นด้วย โปรดระบุจำนวนเงินที่ท่านยินดีจะจ่ายต่อปีเพื่อการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย			
12. ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการปกติ			
13. ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้มีสุขภาพดีไม่เท่ากับผู้ที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ปกติ			
14. ผู้ที่มีรายได้น้อยควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนในบางประเภทของการรักษาพยาบาล ถ้าท่านเห็นด้วยโปรดเลือกประเภทของการบริการ (ตอบได้มากกว่า 1) ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายน้อย ☐ การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ☐ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ☐ การเจ็บป่วยที่ไม่ค่อยเกิดขึ้น			
15. ถ้าท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการท่านจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น			
16. ผู้ที่มีรายได้น้อยควรจะเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรักษาพยาบาล ถ้าท่านเห็นด้วยกับข้อความนี้ โปรดเลือกสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่ท่านคิดว่าเหมาะสม ☐ 5% ☐ 10% ☐%			

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....

รายชื่อพนักงานสัมภาษณ์และผู้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. คุณดวงฤดี จงสุวรรณวัฒนา | |
| 2. คุณชุตินาถ พงษ์สูงเนิน | |
| 3. คุณประเสริฐ ธงชัย | สถานีนอนามัยตำบลลาดชิด จ. พระนครศรีอยุธยา |
| 4. คุณรัตนา อยู่ดี | โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จ. ชลบุรี |
| 5. คุณพรพรรณ จีระดิษฐ์ | โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จ. ชลบุรี |
| 6. คุณเพ็ญภา พร้อมเพรียง | โรงพยาบาลบางระก้า จ. พิษณุโลก |
| 7. นายแพทย์สุเมธี เขยประเสริฐ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนา จ. อำนาจเจริญ |
| 8. คุณสวัสดิ์ กตะศิลา | สาธารณสุขอำเภอพนา จ. อำนาจเจริญ |
| 9. คุณอรชร ป่อแก้ว | หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลพนา จ. อำนาจเจริญ |
| 10. คุณสุภาพร มั่นใจ | หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมและรักษาพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนา จ. อำนาจเจริญ |
| 11. คุณศิริลักษณ์ ทัพธานี | สถานีนอนามัยตำบลศรีสุนทร จ. ภูเก็ต |
| 12. คุณอุดมเกียรติ มากเรน | โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จ. ภูเก็ต |
| 13. คุณเฉลิมรัฐ คำชูชาติ | โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จ. ภูเก็ต |
| 14. คุณรัชนี ขัตติยนนท์ | โรงพยาบาลเสลาภูมิ จ. ร้อยเอ็ด |
| 15. คุณศรัญญา แก้วคำลา | โรงพยาบาลเสลาภูมิ จ. ร้อยเอ็ด |
| 16. คุณฐิติมา โพธิ์ศรี | โรงพยาบาลเสลาภูมิ จ. ร้อยเอ็ด |
| 17. คุณขวัญจิต แพนลา | สถานีนอนามัยศาลาลำดวน จ. สระแก้ว |
| 18. คุณวาสนา ชำนาญอักษร | โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จ. สระแก้ว |
| 19. คุณสุนีย์ ห้อยลา | สถานีนอนามัยท่าแยก จ. สระแก้ว |
| 20. คุณสยาม ฮะฮวด | สถานีนอนามัยบ้านแก้ง จ. สระแก้ว |
| 21. คุณวิทยา ตันน้อย | สถานีนอนามัยโคกปี่ฆ้อง จ. สระแก้ว |
| 22. คุณดารา สัตยาชัย | สถานีนอนามัยโคกสัมพันธ์ จ. สระแก้ว |
| 23. คุณสมทรง สุขสันต์ | สถานีนอนามัยคลองน้ำใส จ. สระแก้ว |
| 24. คุณวิภา กัณทพงษ์ | สถานีนอนามัยปะขมิ้น จ. สระแก้ว |
| 25. คุณพิเชษฐ ทาประทุม | สถานีนอนามัยเขาสิงห์โต จ. สระแก้ว |
| 26. คุณสมศักดิ์ ละน้อย | สถานีนอนามัยหนองไทร จ. สระแก้ว |
| 27. คุณกัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จ. สระแก้ว |
| 28. คุณวิเวก คำราพิข | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยปราการ จ. เชียงใหม่ |
| 29. คุณนงเยาว์ วิวรรณกรณย์ | โรงพยาบาลจอมทอง จ. เชียงใหม่ |
| 30. คุณจุฑามาศ จงจิตต์ | โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช |
| 31. คุณเบญจลักษณ์ พูลสวัสดิ์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จ. นครศรีธรรมราช |
| 32. คุณวาสนา อัจฉนธรรม | โรงพยาบาลทับสะแก จ. ประจวบคีรีขันธ์ |
| 33. คุณสมศรี เพิ่มลาภ | โรงพยาบาลสามร้อยยอด จ. ประจวบคีรีขันธ์ |

34. นายแพทย์พิภพ เจนสุทธิเวชกุล
 35. นายแพทย์สนิธ อาชีพสมุท
 36. แพทย์หญิงดวงใจ รุ่งดณัย
 37. นายแพทย์ประสงค์ ปานไพศาล
 38. แพทย์หญิงศรีสมัย เชื้อชาติ
 39. คุณนิติ เทพทัตต์
 40. คุณองอาจ คงนาคันนันท
 41. คุณวิเชียร บุญชุม
 42. คุณบุญธรรม เชื้อชาติ
 43. คุณทินกร สายฟ้า
 44. คุณปัญญา เพิ่มลาภ
 45. คุณทองใบ รินสินจ้อย
 46. คุณสุดา ปัญญาวัฒน์
 47. คุณบุญเมฆ กลิ่นหอม
 48. คุณอรอนงค์ บุญจูบุตร
 49. คุณมาลัย อินอ่อน
 50. คุณกรวิภา บุญญวิวัฒนวิทยา
 51. คุณศรีแพร วงศ์เขียว
 52. คุณไชยยนต์ วงศ์ใหญ่
 53. คุณสมหมาย ยาวีราช
 54. คุณปรีชา คณิงคิด
 55. คุณเมฆ แสงศรีจันทร์
 56. คุณบุญสนอง สิทธิไชย
 57. คุณวัชรพงษ์ แก้วคำปา
 58. คุณสุมาลี วงศ์ใหญ่
 59. คุณเกศินี วงศ์ใหญ่
 60. คุณจันทา อุดมรักษ์
 61. คุณทวีศักดิ์ ฝัฒิต
 62. คุณสงวนศรี สุขพระกิจ
 63. คุณพิทยายุทธ อยู่ดี
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน จ. ประจวบคีรีขันธ์
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราณบุรี จ. ประจวบคีรีขันธ์
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุยบุรี จ. ประจวบคีรีขันธ์
 สาธารณสุขอำเภอเมือง จ. ประจวบคีรีขันธ์
 สาธารณสุขอำเภอหัวหิน จ. ประจวบคีรีขันธ์
 สาธารณสุขอำเภอปราณบุรี จ. ประจวบคีรีขันธ์
 สาธารณสุขอำเภอกุยบุรี จ. ประจวบคีรีขันธ์
 สาธารณสุขกิ่งอำเภอสามร้อยยอด จ. ประจวบคีรีขันธ์
 นักศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุม
 หัวหน้าสถานีอนามัยเชิงโค้ง จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยเจตยาคำ จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยร่มเย็น จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยหนองป่าพะ จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยเวียง จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยฝายกวาง จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยแม่ลาว จ. พะเยา
 สถานีอนามัยแวนโค้ง จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยน้ำมิน จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยทุ่งผาสุข จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยเชียงบาน จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยน้ำแวน จ. พะเยา
 สถานีอนามัยผาลาด จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยจำบอน จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยสันปูเลย จ. พะเยา
 หัวหน้าสถานีอนามัยปางมดแดง จ. พะเยา
 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคำ จ. พะเยา
 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคำ จ. พะเยา
 โรงพยาบาลเชียงคำ จ. พะเยา