รายงานฉบับสมบูรณ์

กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล
จตุรงค์ บุณยรัตนสุนทร
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โครงการนี้ได้รับทุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
(เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

กันยายน 2551

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยโครงการเรื่อง “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” เป็นโครงการย่อยในชุดโครงการ “คุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม” สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความสนับสนุนเอื้อเฟื้อจากบุคคล กลุ่มบุคคล นักวิชาการ หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ผู้บริหารระดับนโยบายและนักวิชาการที่กรุณาให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทย์สภา นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นายแพทย์เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข นายแพทย์ถาวร สกุลพานิชย์ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษประจำสำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ นายมนัส แจ่มเวหา รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง คุณวิริยา พูนคำ ผู้อำนวยการกลุ่มงานสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ คุณสุพัชรี มีครุฑ ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม และรองศาสตรจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดสงขลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ ผู้อำนวยการกองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ สงขลา ขอนแก่น และสมุทรปราการ คุณสารี อ๋องสมหวัง มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค ดร.ยุพดี ศิริสินสุข คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และท่านอื่นๆ ที่มิได้กล่าวถึงในที่นี้ ตลอดจนผู้รวบรวมข้อมูลภาคสนามได้แก่ คุณกรรณิการ์ เจียมจรัสรังษี คุณเยาวเรศ คำมะนาด คุณศศิธร พรมกะจิน คุณสุกุญญา ปฐมระวี คุณนนทพร เรืองณรงค์ คุณเกษมศิริ นันทเวชสันติ คุณวรภัทร แสงแก้ว คุณศิริพรรณ ศรีวัฒนพรชัย คุณมาลี รุจิราณันท์ คุณสุคนธ์ทิพย์ บุญทา คุณกนกทิพย์ มาลัยศรี และผู้เข้าร่วมเวทีสาธารณะตามโครงการคุ้มครองผู้บริโภคฯ เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2550 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกๆ ท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

กันยายน 2551

คำนำ

"กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ" ถือเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งของมาตรการคุ้มครองด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมประชาชนทุกคน ในอดีตที่ผ่านมา การร้องเรียนและการฟ้องร้องมีเกิดขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพมาโดยตลอด และมีสถิติการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันกฎหมายได้ให้สิทธิการร้องเรียน ขณะเดียวกันก็กำหนดมาตรการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ในกรณีได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมาตรการดังกล่าวต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิและบริการด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง มีมาตรฐาน ตลอดจนเป็นการเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย แต่ในทางปฏิบัติมาตรการดังกล่าวจะสามารถบรรลุผลได้อย่างไรนั้น จำเป็นต้องมีกลไกและกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยมีองค์ประกอบของการศึกษา 5 ประเด็น คือ

1. กลไกและกระบวนการจัดการการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร
2. การจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ เพราะเหตุใด
3. การดำเนินงานที่ผ่านมามีข้อผิดพลาดอะไรบ้างและส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยส่วนรวมอย่างไร
4. การดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
5. แนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3ระบบ ที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุขควรเป็นอย่างไร

ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวทำให้เข้าใจการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ข้อผิดพลาดและผลกระทบ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ตลอดจนแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ (ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ) ในส่วนที่

เกี่ยวกับการจัดการเรื่องร้องเรียนและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

คณะผู้วิจัยคาดหวังว่าการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยของระบบหลักประกันสุขภาพไทย เพื่อทำให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้รับการคุ้มครองได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล
กันยายน 2551

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลไก กระบวนการร้องเรียน การช่วยเหลือเบื้องต้นประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลกระทบจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคม รวมทั้งการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชน วิธีการวิจัยเชิงปริมาณใช้ขนาดตัวอย่าง 3,015 ราย ในกรุงเทพฯและเขตปริมณฑล และ 4 ภาค รวม 11 จังหวัด การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 59 ราย การจัดเวทีสาธารณะและกรณีศึกษา 5 กรณี ผลการศึกษาโดยสรุปมีดังนี้

กลไกและกระบวนการจัดการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้น พบว่า มีความแตกต่างกัน ทั้ง 3 ระบบ กล่าวคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีกลไกการจัดการประกอบด้วยหลายหน่วยงานตั้งแต่ระดับชาติ (ส่วนกลาง) ถึงระดับสถานพยาบาล ขณะที่ระบบประกันสังคม มีกลไกการจัดการระดับชาติ (ส่วนกลาง) ระดับจังหวัด และระดับสถานพยาบาล ส่วนกลไกการจัดการของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นกลไกหลัก มีหน้าที่ในการดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ที่อยู่ภายใต้ระบบนี้

ประสิทธิภาพของกลไกและกระบวนการจัดการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ พบว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากกว่าระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ อย่างไรก็ตามกระบวนการจัดการการร้องเรียนและกระบวนการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ มีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข

ผลกระทบจากข้อผิดพลาดในการให้บริการด้านสุขภาพที่ผ่านมาทำให้เกิดการร้องเรียน ซึ่งส่งผลต่อผู้รับบริการ ทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่ายของตนเอง และค่าใช้จ่ายของครอบครัว ขณะที่ผู้ให้บริการเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เสียชื่อเสียง เสียความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสังคมโดยส่วนรวม ในด้านบวกคือทำให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในด้านคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น ส่วนผลกระทบด้านลบ ทำให้คนในสังคมเริ่มขาดความเชื่อมั่นต่อคุณธรรม จริยธรรมของแพทย์

ผลของการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในระดับปานกลาง การดำเนินงานประสบผลสัมฤทธิ์ระดับหนึ่ง เพราะ

งบประมาณในการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากรัฐซึ่งมีจำกัด จึงทำให้ดำเนินงานได้ไม่เต็มที่

ผู้วิจัยเสนอแนะให้สร้างองค์กรอิสระคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ไปสู่มาตรฐานเดียวกัน เสริมพลังกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ในสถานพยาบาล ปรับทัศนคติที่มีต่อการร้องเรียน ให้ฝ่ายผู้รับบริการและผู้ให้บริการต้องมองว่าการร้องเรียนไม่ใช่เรื่องเสียหาย ใช้แนวทางแก้ไขความขัดแย้งแบบสมานฉันท์ ใช้จริยธรรมทางวิชาชีพเป็นแนวทางปฏิบัติ ปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียน มีแนวทางในการป้องกันข้อผิดพลาดรวมทั้งการป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้น มีการบริหารจัดการให้มีการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ให้สมดุลกับปริมาณของผู้ใช้บริการแต่ละพื้นที่ และส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ พัฒนาประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ พัฒนาศักยภาพของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบ องค์ประกอบของคณะกรรมการ บทบาทหน้าที่ กระบวนการดำเนินงาน และที่มาของงบประมาณขององค์กรอิสระคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบที่เหมาะสม และควรศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

Abstract

The study on “The mechanism and process of handling complaining and extending primary assistance in the health insurance system” employed the quantitative and qualitative methodologies. Its purpose is to study the mechanism and process of handing complaints and extending assistance regarding the health insusance system; efficicncy and effectiveness of its mechanisms and process; the impacts of failure of providing health services giving effect to the service providers, the complaints, and society; including the implementation and constraints of Health Insmance Coordination Centers of People Sector concerning of participation in health insurance development and the indepurdence of people sector in working with the local administration organizations in long term of community health management .The sample size of quantitative study composed of 3,015 respondents based in Bangkok Metropolitan and peripheral areas, including 11 provinces in 4 regions. While qualitative study used the in-depth interview of 59 key-performants, organizing a public hearing, and case study of 5 cases. The finding of study are as follows.

The mechanism and process of handling complaints and extending primary assistance in the health insurance systems show different standard among the universal coverage health insurance system, the social insurance system, and the medical welfare system of civil servants and employees of state enterprises. The universal coverage health insurance system has more mechanism of central, regional, provincial, and medical center level to manage the complaints. On one hand, the social insurance system has its mechanism of central, provincial, and medical center level , on the other hand, the Comptroller-General’s Department, Ministry of Finance is the main agency managing the medical welfare of civil servants and employees of state enterprises and controlling the budget disbursement for their medical expenses.

Regarding the efficiency and effectiveness of the mechanisms and process of handling complaints and extending primary assistance in the health insurance systems, it is found out that the universal coverage health insurance system and the social insurance system are more efficient and effective than the medical welfare of civil servants and employees of state enterprises. However, each system has some weaknesses that needs to be improved in the process of handling the complaining and extending primary assistance .

The impacts of failure of providing health services in the past has often caused the complaining and also caused the negative impacts to the complaints, e.g. wasting time, increasing their own and theirs family expenses. On the other hand, the service providers also suffered from stress, anxiety, losing credibility, and losing good relationship with patients and their families. In the mean time, the society as a whole has both positive and negative impacts. The positive impact is enhancing the public awareness to improve the health insurance system, especially in terms of providing the quality of health insurance services to ensure public confidence. On the contrary, it dampened the public confidence in integrity and moral ethics of medical doctors.

With regard to the performance of Health Insurance Coordination Centers of People Sector, most of the people have satisfied with the performance of Health Insurance Coordination Centers of People Sector at the medium level. Its activities are effective to some extent. The main factor of less effectiveness is budget constraint due to source of budget come from government.

According to the findings, an independent agency for handing the complaining should be set up, as well as the single standard of all three health insurance systems should also be assigned. The mechanism of handling complaining at medical center level should be empowered. Clients and the health service providers should having positive attitude towards the complaining. The creative conflict management should be promoted to create harmonization between health service provider and clients. Professional ethics should be conducted. The effectiveness of handling complaining should be improved. The restoration is used in dealing with conflict management. The equilibrium of medical doctor and population should be adjusted to each area, and also the local administration organizations should participate to strengthen health insurance system in each district. The effectiveness of three health insurance systems should be improved. Also Health Insurance Coordination Centers of People Sector's potential have to be also improved.

The further study should be focus on 3 topics as follow: (1) the role and function, committee members, process of undertaking the mission, and sources of financial support of the independent health insurance agency, and (2) the participation guidelines of civil servants and employees of state enterprises in the policy and implementation of theirs medical welfare services.

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษา “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลไก กระบวนการร้องเรียน การช่วยเหลือเบื้องต้นประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลกระทบจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคม รวมทั้งการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่นในระยะยาว

วิธีการศึกษาประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร และการวิจัยภาคสนาม (Field Research) ซึ่งประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ รวมทั้งสิ้น 3,015 ราย และการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 59 ราย และกรณีศึกษาจำนวน 5 กรณี ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. **กลไกการจัดการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน**

ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกัน ทั้ง 3 ระบบ กล่าวคือ

1.1 **ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** กลไกการจัดการ ประกอบด้วยหลายหน่วยงาน คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ (13 แห่งครอบคลุมทั่วประเทศ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาล สายด่วนบัตรทอง 1330 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับชาติ คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้งเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย คณะกรรมการหรือคณะทำงานภายใต้โครงสร้างการจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาล ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน

1.2 **ระบบประกันสังคม** กลไกการจัดการประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สายด่วนประกันสังคม กองประสานการแพทย์ฯ คณะกรรมการการแพทย์ คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการแพทย์แต่งตั้งเพื่อพิจารณา หรือปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ได้รับมอบหมาย ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม มีคณะกรรมการแพทย์ประกอบด้วย ประธานกรรมการ และกรรมการอื่น มีจำนวนรวมกันไม่เกิน 16 คนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งและผู้แทนสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจดำเนินการตรวจสอบและตัดสิน รวมทั้งเสนอบทลงโทษแก่ฝ่ายที่เป็นผู้กระทำผิด สำนักงานประกันสังคมมีระบบการร้องเรียนและชดเชยความเสียหายที่ชัดเจน ส่วนช่องทางการร้องเรียน หน่วยบริการ

คือ สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ในกรุงเทพฯ และสำนักงานประกันสังคมจังหวัดซึ่งมีฝ่ายทะเบียนและประสานการแพทย์รับเรื่องร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์

1.3 **ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ** กลไกในการจัดการการร้องเรียนคือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ในกรณีที่สถานพยาบาลเอกชนถูกข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจร้องเรียน กระทรวงการคลังมีอำนาจแจ้งชื่อสถานพยาบาลนั้นๆ แก่ส่วนราชการต่างๆ ทราบ เพื่อไม่ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลนั้นต่อไป ยกเว้นในกรณีจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นเพราะเหตุฉุกเฉิน สำหรับกรณีสถานพยาบาลของรัฐ กรมบัญชีกลางไม่มีอำนาจดำเนินการใด ๆ นอกจากส่งเรื่องร้องเรียนต่อให้กับหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลนั้นๆ ดำเนินการต่อไป

กลไกการคุ้มครองผู้บริโภคหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข แนวคิดที่ต้องการให้ทั้ง 3 ระบบมีมาตรฐานอาจเป็นไปได้ยากเมื่อพิจารณาตามสภาพการณ์ของประเทศไทย แต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 50 วรรคหนึ่งที่บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ... การที่ทั้ง 3 ระบบยังมีมาตรฐานต่างกันจะขัดกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน

2. **กระบวนการจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พบว่ามีความแตกต่างกัน**ทั้ง 3 ระบบ กล่าวคือ

2.1 **ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** พบว่ามีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนและการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และปัจจุบันได้มีการพัฒนากลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนทั้งในระดับชาติ ระดับภาค ระดับจังหวัด และระดับสถานพยาบาลให้สามารถทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ยุติลงได้

2.2 **ระบบประกันสังคม** มีการกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ เมื่อลูกจ้าง/ผู้ประกันตนประสบปัญหาเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ สามารถร้องเรียนหรือขอคำปรึกษาหารือได้หลายช่องทาง อาทิ ร้องเรียนด้วยตนเองเป็นหนังสือส่งทางไปรษณีย์ ผ่านเว็บไซต์สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม ผ่านสื่ออื่นๆ รวมทั้ง สายด่วน1506 เมื่อมีการร้องเรียนสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดจะประสานงานทางโทรศัพท์หรือมีหนังสือถึงสถานพยาบาลคู่กรณีก่อนเพื่อให้มีการเจรจาไกล่เกลี่ยรวมทั้งหาข้อเท็จจริงเบื้องต้น หากเป็นเรื่องเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาพยาบาลจะขอให้สถานพยาบาลที่เป็นคู่กรณีและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องส่งสำเนาเวชระเบียนและจัดส่งให้ที่ปรึกษาด้านการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม หากไม่สามารถพิจารณาในขั้นตอนนี้จะส่งให้คณะอนุกรรมการการแพทย์ด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาล คณะกรรมการการแพทย์ และถ้าผลการวินิจฉัยไม่เป็นที่พอใจของผู้ประกันตน สามารถอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ และหากผู้ประกันตนไม่พอใจมติคณะกรรมการอุทธรณ์ สามารถนำเรื่องขึ้นสู่ศาลแรงงานได้

กรณีที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการแพทย์ซึ่งเห็นว่าสถานพยาบาลไม่ให้การดูแลผู้ประกันตนตามมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาล จะให้สถานพยาบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น หากสถานพยาบาลไม่ดำเนินการ สำนักงานประกันสังคมจะนำค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไปหักจากเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้สถานพยาบาล ขณะเดียวกันก็จะมีมาตรการลงโทษโดยลดจำนวนโควต้าผู้ประกันตนหรือสุดท้ายให้สถานพยาบาลออกจากโครงการประกันสังคม

2.3 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับช่องทางการร้องเรียน และการขาดกลไกการจัดเรื่องร้องเรียน ทำให้ผู้ใช้สิทธิในระบบนี้เมื่อประสบปัญหาจากการไปใช้บริการสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการทางศาล

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่า มีการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนที่เกิดกับผู้ป่วยในการมารับบริการในระบบหลักประสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ที่เป็นรูปธรรมในระดับจังหวัดและในระดับสถานพยาบาลโดยในระดับจังหวัดมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ประสานการรวบรวมข้อมูลการร้องเรียนของทั้งจังหวัด ส่วนในระดับสถานพยาบาล จะมีมีศูนย์คอยรับเรื่องร้องเรียน มีตู้รับแสดงความคิดเห็น ซึ่งผู้มารับบริการสามารถร้องเรียนผ่านทางจังหวัดก็ได้ หรือผ่านกระทรวงสาธารณสุข ไปจนถึงสำนักนายกรัฐมนตรี ในเบื้องต้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะให้ความยุติธรรมทั้ง 2 ฝ่าย เนื่องจากเห็นว่าไม่มีฝ่ายไหนเจตนาให้เกิดปัญหาขึ้น สำหรับการจัดตั้งกลไกรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาลนั้น นักต่อสู้เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคเห็นว่า ควรมีองค์กรที่รับเรื่องที่เป็นอิสระจริงๆ การที่มีระบบรับเรื่องการร้องเรียนตั้งอยู่ในโรงพยาบาลดูเหมือนว่าเป็นศูนย์ของโรงพยาบาลเองที่ทำการประนีประนอมไกล่เกลี่ยให้ผู้มาใช้บริการยินยอมไปกับโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นศูนย์ที่ปกป้องผลประโยชน์ให้กับโรงพยาบาลไป

สำหรับความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือการชดเชยโดยที่ไม่ต้องมีการไต่สวนทำให้คู่กรณีรู้สึกแย่ โดยเฉพาะผู้ที่ตกเป็นจำเลย การชดเชยโดยที่ไม่ต้องมีการไต่สวนควรจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้มากๆ ส่วนในทางปฏิบัติควรแยกแยะให้ชัดเจน หมอ พยาบาล กลัวถูกร้องเรียนมากเพราะจะต้องเขียนรายงาน ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถร้องเรียนได้ง่ายแต่ผู้ที่ถูกร้องจะรู้สึกแย่มากๆ

3. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ (1) มีการดำเนินการตามขั้นตอนวิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลา ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2549 พ.ร.บ ประกันสังคม พ.ศ.2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังกรณีตัวอย่างกลไกที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการเรื่องการร้องเรียนทั้งในโรงพยาบาล และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สมุทรปราการ และนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีการกำหนดกระบวนการ

จัดการไว้อย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งกำหนดระยะเวลาดำเนินการเรื่องร้องเรียนไว้อย่างชัดเจน (2) มีมาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นซ้ำในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ซึ่งมีการดำเนินงานดังกล่าวในระดับสถานพยาบาล แต่สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมยังไม่สามารถประเมินได้ (3) ปัจจุบันสถานพยาบาลมีการดำเนินการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนในรูปคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (4) ผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นระบบที่ดีสามารถให้การคุ้มครองประชาชน ให้ข้อมูล ให้สิทธิการร้องเรียนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ข้อบกพร่องของระบบนี้คือ ทำให้ไม่ได้สร้างความตระหนักให้กับผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับที่ถูกต้องในการไปใช้สิทธิและบริการ ก่อให้เกิดภาระงานเพิ่ม แพทย์ต้องทำงานหนักและเพิ่มความระมัดระวังในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการลดลง ระบบประกันสังคมมีกลไกการรับเรื่องร้องเรียนที่ดี แต่การดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายยังมีความยุ่งยาก ไม่คล่องตัว ทำให้การคุ้มครองผู้ประกันตนขาดประสิทธิภาพ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เริ่มมีปัญหา ข้อจำกัดในด้านการรักษา การจำกัดยาในบัญชียา นโยบายไม่ชัดเจน การให้ข้อมูลขาดประสิทธิภาพ (5) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ กระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนของหลักประกันสุขภาพ กระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนของสถานพยาบาลช่องทางการร้องเรียนความรวดเร็วในการดำเนินแต่ละขั้นตอนในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ยังพบว่ามีความพยายามในการนำหลักการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นหนึ่งในหลักธรรมมาภิบาลมาใช้ในการบริหารงานในกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนโดยเห็นได้ชัดเจนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญอีกกลไกหนึ่งของการรับเรื่องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งนับเป็นจุดแข็งของระบบนี้ สำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และระบบประกันสังคมมีการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ที่มีสิทธิทั้ง 2 ระบบมีระเบียบ และมีการตรวจสอบอย่างเข้มงวด แต่การบริหารเป็นระบบราชการที่ต้องยึดระเบียบและขั้นตอนทำให้ขาดประสิทธิภาพ และยังมีจุดอ่อนเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีสิทธิทั้ง 2 ระบบนี้ซึ่งควรปรับปรุงแก้ไขต่อไป

4. **ข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยส่วนรวม** ผลการศึกษาพบว่า

4.1 กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่การร้องเรียน คือ พฤติกรรมการให้บริการ การรักษาของแพทย์ และการไม่ได้รับสิทธิ โดยสรุปความคิดเห็นต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 3 อันดับแรกของแต่ละประเด็น ดังนี้ พฤติกรรมการให้บริการที่นำไปสู่การร้องเรียน 3 อันดับแรกคือ (1) การดูแลเอาใจใส่ (2) การพูดจา และ (3) การสร้างความมั่นใจ

ในความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการ การรักษาของแพทย์ที่นำไปสู่การร้องเรียน 3 อันดับแรกคือ (1) การให้บริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย (2) ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล และ (3) การไม่ได้รับคำแนะนำ ชี้แจงที่ชัดเจนด้านการรักษาพยาบาลจากผู้ให้ บริการ และการไม่ได้รับสิทธิที่นำไปสู่การร้องเรียน 3 อันดับแรกคือ (1) การไม่ได้สิทธิ (2) ความไม่ใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล และ (3) การถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ

4.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้จักหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักและไม่รู้จักในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด และสายด่วนบัตรทอง 1330 กลุ่มตัวอย่างรู้จักและไม่รู้จักในสัดส่วนที่ห่างกันมาก

4.3 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ต่อกระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพ ต่อการจัดการกรณีร้องเรียนของสถานพยาบาล ต่อช่องทางการร้องเรียน และต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนในระดับปานกลาง โดยสรุปความพึงพอใจ 3 อันดับแรกของแต่ละประเด็นดังนี้ พึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ 3 อันดับแรกคือ (1) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน (2) การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ และ (3) การพูดจา การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ร้องเรียน พึงพอใจต่อกระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 อันดับแรกคือ (1) การให้บริการตามสิทธิที่พึงได้ (2) การจัดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนของสถานพยาบาล และ (3) การให้คำแนะนำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ความรู้ พึงพอใจต่อการจัดการกรณีร้องเรียนของสถานพยาบาล 3 อันดับแรกคือ (1) การดำเนินการของสถานพยาบาล (2) การเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อหาข้อยุติของปัญหา และ (3) ความใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล ความพึงพอใจ**ต่อช่องทางการร้องเรียน** 3 อันดับแรกคือ (1) ช่องทางการร้องเรียนด้วยตนเอง (2) ช่องทางการร้องเรียนการร้องเรียนทางโทรศัพท์ และ (3) ช่องทางการร้องเรียนทางสายด่วน **ความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน** 3 อันดับแรกคือ (1) การเจรจาไกล่เกลี่ยที่คำนึงถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องทุกคน (2) การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และ (3) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4.4 **ผลกระทบที่เกิดจากการร้องเรียน** ผลการศึกษาพบว่า การร้องเรียนได้ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการ และ**ต่อผู้ให้บริการ**ในระดับปานกลาง โดยเกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการ 3 อันดับแรก คือ (1) เสียเวลาในการประกอบอาชีพ (2) เสียค่าใช้จ่ายของตนเอง และ (3) เสียค่าใช้จ่ายของครอบครัว **ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ** 3 อันดับแรก คือ (1) ความเครียดความวิตกกังวล (2) ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

ในการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ภายหลังจากที่นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ทำให้สถานพยาบาลรับภาระด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ประกอบกับมีเรื่องการร้องเรียนของผู้ป่วยจากความเสียหายที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนั้นยังพบว่าสถานพยาบาลหลายแห่งต้องรับภาระการรักษาพยาบาลประชากร ที่เกินจากโควตาที่ได้รับเนื่องจากมีประชากรแฝงอาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก เป็นผลให้ปริมาณงานกับจำนวนบุคลากรไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสม การร้องเรียนที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทำให้สถานพยาบาลต่างๆ มีการปรับโครงสร้างการทำงานเพื่อรองรับสถานการณ์การร้องเรียนเพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้ ซึ่งผู้ให้บริการมองว่า เป็นการเพิ่มภาระงานที่มากขึ้น ขณะที่อัตรากำลังไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง สถานพยาบาลบางแห่งจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลซึ่งมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยคณะกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยง และคณะกรรมการรับและแก้ไขข้อร้องเรียน โดยนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลประการหนึ่งคือ การสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยในการมารับบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลถือเป็นการป้องกันการเกิดเรื่องร้องเรียน

สำหรับ**ผลกระทบต่อสังคม**ที่เกิดจากการร้องเรียนมีทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ **ผลกระทบด้านบวก** ก่อให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในด้านคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น เปิดโอกาสให้ประชาชนไปใช้สิทธิเพิ่มขึ้น ประชาชนมีโอกาสมีส่วนร่วมในการตรวจตราและควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการโดยการส่งเสริมการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนมากขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครองคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานชุดต่าง ๆ ในระดับจังหวัด **ส่วนผลกระทบด้านลบ** เกิดจากการเผยแพร่เรื่องร้องเรียนในสื่อมวลชนทำให้คนในสังคมเริ่มขาดความเชื่อมั่นต่อคุณธรรม จริยธรรมของแพทย์ ขาดความเชื่อมั่นต่อระบบ กลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะระบบประกันสังคมมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และนักวิชาการ รวมทั้งกรณีศึกษาของการวิจัยครั้งนี้ ถึงการตีความอย่างเคร่งครัด ตายตัวกับระเบียบของการจ่ายเงินให้กับผู้ประกันตนจนมองข้ามหลักมนุษยธรรม

5. **ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานของของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน** ผลการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพอใจต่อผลสัมฤทธิ์ในระดับปานกลาง 3 อันดับแรก คือ (1) การนำพาประชาชนที่ไม่มีบัตรทองไปทำบัตรทอง (2) การประสานความร่วมมือกับองค์การบริการส่วนตำบลในพื้นที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล และ (3) การผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

ข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการและผู้ประสานงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนที่จังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น กรุงเทพฯ และสงขลา พบว่า การดำเนินงานประสบผลสัมฤทธิ์ระดับหนึ่ง เพราะศูนย์ประสานงานฯ ยังต้อง

พึ่งพิงงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ การดำเนินงานตามภารกิจต้องมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ศูนย์ประสานงานฯ บางจังหวัดต้องใช้วิธีการแทรกกิจกรรมการสร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพในชุมชนเข้าไปในกิจกรรมอื่นๆ ที่มีงบประมาณสนับสนุนอยู่แล้ว จึงทำให้การดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพทำได้ไม่เต็มที่

6. **แนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ** กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากกับแนวทางแบบกว้างๆ 4 ประการตามลำดับดังนี้ (1) การสนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้ (2) การให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมป้องกันแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการได้ (3) การปรับปรุงวิธีการบริการของสถานพยาบาล และ (4) การแจ้งผลการพิจารณาการร้องเรียน

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ผู้บริหารสถานพยาบาล แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ให้ความเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบว่า ปัจจุบันงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลมีไม่เพียงพอทำให้ประชาชนมีปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ทั้งการเข้าถึงวิธีการรักษา การบริการ และยา และยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีมากและเพิ่มขึ้น ประกอบกับรัฐยังไม่ได้นำระบบ GIS มากำหนดอัตรากำลังแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่จึงทำให้อัตราแพทย์/พยาบาลกับผู้ป่วยไม่สมดุลกัน ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐต้องทำงานหนักแต่ได้รับค่าตอบแทนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ และค่าตอบแทนของแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนที่จูงใจมากกว่า ทำให้แพทย์ขาดขวัญกำลังใจ และลาออกจากระบบเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ก็ไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาการร้องเรียน จึงมีข้อเสนอให้ทบทวนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใหม่ โดยเน้นช่วยเหลือประชาชนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ปรับปรุงระบบและโครงสร้างการบริการสุขภาพโดยขยายระบบและโครงสร้างการบริการสุขภาพให้มีความเหมาะสม ครอบคลุมและเพียงพอกับปริมาณการมารับบริการในแต่ละพื้นที่ ขยายสถานพยาบาลใกล้บ้าน/ในระดับชุมชนให้เพียงพอ และให้มีอัตราส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอกับจำนวนผู้มารับบริการ มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ ทันสมัย ปรับปรุงการให้ข้อมูล ให้ความรู้กับประชาชนอย่างถูกต้องในการไปใช้สิทธิ ปรับปรุงกระบวนการสืบสวนหรือสอบข้อเท็จจริงในการขอรับเงินทดแทน โดยให้คำนึงถึงสิทธิของผู้ประกันตนที่ควรจะได้รับตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ปรับปรุงเป้าหมายของกองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ระบบประกันสุขภาพให้มีความชัดเจน โดยควรมีเป้าหมาย 3 ประการ คือ 1) คนที่จะได้รับการชดเชยนั้น จะต้องได้มาโดยไม่มีการฟ้องร้อง 2) ลดความขัดแย้งระหว่างผู้มารับบริการกับแพทย์ 3) ยกระดับมาตรฐานการได้รับบริการของผู้มาใช้บริการ ปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียน โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการพิจารณาเพื่อคุ้มครองให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย ส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ด้านสุขภาพ เช่น ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อเพิ่มศักยภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ไปสู่มาตรฐานเดียวกัน สร้างองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่มีความเป็นอิสระ โดยต้องทำให้เป็นองค์กรที่สังคมให้การยอมรับ ใช้แนวทางแก้ไขความขัดแย้งแบบสมานฉันท์ แต่ละวิชาชีพต้องยึดถือจริยธรรมทางวิชาชีพเป็นแนวปฏิบัติ และมีองค์กรวิชาชีพเป็นกลไกในการควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติให้เป็นไปตามจรรยาบรรณนั้น

7. **ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนากลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ** ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

7.1 **เสริมพลัง (Empowerment) กลไก กระบวนการร้องเรียน และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ** (1) สร้างองค์กรอิสระคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยคณะกรรมการขององค์กรอิสระควรประกอบด้วยตัวแทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค นักวิชาการ และนักกฎหมาย (2) เสริมพลังกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในระดับจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลของรัฐในทุกกระบวนการ ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร รับเรื่องร้องเรียน ตรวจสอบข้อเท็จจริง แจ้งผลต่อผู้ร้องเรียน เจรจาไกล่เกลี่ย ส่งต่อให้คณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องพิจารณา ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และสรุปผลการดำเนินงาน (3) ส่งเสริมแนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข โดย (3.1) สนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้ (3.2) ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมป้องกันแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการได้ (3.3) ปรับปรุงวิธีการบริการของสถานพยาบาลให้มีคุณภาพ และ (3.4) แจ้งผลการพิจารณาการร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 **พัฒนาประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของกลไกและกระบวนการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ** (1) ปรับทัศนคติที่มีต่อการร้องเรียนให้ฝ่ายผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการต้องมองว่าการร้องเรียนไม่ใช่เรื่องเสียหาย (2) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการทบทวนนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใหม่ที่เน้นช่วยเหลือประชาชนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (3) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบประกันสังคม โดยทบทวนกระบวนการสรรหาผู้เข้ามาร่วมเป็นกรรมการให้มีตัวแทนที่มาจากการคัดเลือกและเป็นที่ยอมรับของผู้ประกันตนอย่างแท้จริง ให้ความช่วยเหลือในกรณีผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายไม่สามารถทำงาน ให้สามาถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ปรับปรุงระเบียบข้อบังคับที่ใช้ในการดำเนินงานให้ความช่วยเหลือผู้ประกันตน เพื่อให้ผู้ได้รับความเสียหายสามารถดำเนินการได้คล่องตัวและรวดเร็ว ปรับปรุงกระบวนการสืบสวนหรือสอบข้อเท็จจริงในการขอรับเงินทดแทนในลักษณะต่างๆ โดยให้คำนึงถึงสิทธิของผู้ประกันตนที่ควร

จะได้รับตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ และปรับปรุงการสืบค้นข้อมูล หรือหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติม และพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องอันอาจจะเป็นเหตุให้ผู้ประกันตนต้องเสียชีวิต มิใช่ต้องเสียชีวิตขณะปฏิบัติหน้าที่จึงจะได้รับเงินทดแทน (4) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงการคลัง (กรมบัญชีกลาง) ด้านการบริหารงบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจไปให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาและเตรียมความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจก่อนเริ่มดำเนินการ ปรับปรุงประสิทธิภาพช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีอยู่แล้ว (สายด่วน 1689) และเพิ่มช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่หลากหลายเพื่อเป็นทางเลือก รวมทั้งส่งเสริมให้ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานเกี่ยวกับสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (5) ใช้แนวทางแก้ไขความขัดแย้งแบบสมานฉันท์ โดยจัดการให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายได้รับประโยชน์ ได้รับความเป็นธรรมแบบ ชนะ - ชนะ (6) ปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียน โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มองข้อเท็จจริงโดยเฉพาะเวชระเบียนให้มากที่สุด และผู้เกี่ยวข้องต้องเข้าใจว่าความผิดพลาดทางการแพทย์ย่อมเกิดขึ้นได้ เพราะแพทย์มีความชำนาญในแต่ละเรื่องไม่เท่ากัน (7) ใช้จริยธรรมทางวิชาชีพเป็นแนวปฏิบัติ นำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการพิจารณาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย และ (8) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องร้องเรียนควรได้รับการพัฒนาคุณภาพ โดยการเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน อาทิแนวคิดสันติวิธีในการจัดการความขัดแย้ง ความสมานฉันท์ ธรรมาภิบาล เทคนิคการให้คำปรึกษา การเจรจาไกล่เกลี่ย เป็นต้น

7.3 **ข้อเสนอแนะต่อผลกระทบจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลและผลกระทบต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ** (1) ควรมีแนวทางในการป้องกันข้อผิดพลาด รวมทั้งการป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ใช้บริการ ผู้รับบริการ และสังคม โดยผู้ให้บริการจะต้องให้ผู้ใช้บริการได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตนอย่างชัดเจน และเข้าใจได้ง่าย ขณะเดียวกันผู้ใช้บริการต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วนแก่ผู้ให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล (2) สถานพยาบาลควรปรับปรุงความพร้อมในด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้มากขึ้น (3) ต้องมีการบริหารจัดการให้มีการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ให้สมดุลกับปริมาณของผู้ใช้บริการแต่ละพื้นที่ (4) ต้องมีการปรับพฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความนุ่มนวลมากขึ้น (5) สถานพยาบาลจึงควรปรับปรุงระบบการบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพให้มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7.4 **ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อการจัดการเรื่องร้องเรียนและกระบวนการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ** (1) ควรพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ไปสู่มาตรฐาน

เดียวกัน ขณะเดียวกัน ต้องพัฒนาให้ทุกระบบให้การคุ้มครองประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาค มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ (2) ปรับปรุงระบบและโครงสร้างการบริการสุขภาพให้มีความเหมาะสม ครอบคลุมและเพียงพอกับปริมาณการมารับบริการในแต่ละพื้นที่ มีการขยายสถานพยาบาลใกล้บ้าน/ในระดับชุมชนให้เพียงพอ ให้มีอัตราส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอกับจำนวนผู้มารับบริการ และมีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ ทันสมัย (3) ปรับปรุงการให้ข้อมูลให้ความรู้กับประชาชนอย่างถูกต้องในการไปใช้สิทธิ โดยควรผลักดันให้มีการนำนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชาชน มีความรู้ความเข้าใจตระหนักและปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างถูกต้องในการไปใช้สิทธิ และต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง เพื่อประชาชนจะได้มีสุขภาพดี มีการเจ็บป่วยและไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลน้อยลง ลดภาระของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาการร้องเรียนก็จะน้อยลงด้วย (4) ส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อเพิ่มศักยภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพชุมชน จัดทำโครงการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ เป็นต้น

7.5 **ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาศักยภาพและผลสัมฤทธิ์ของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่นในระยะยาว** (1) รัฐควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการทำงาน เพื่อให้ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรออกกฎระเบียบที่ชัดเจนเพื่อรองรับการมีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในทุกพื้นที่ (3) สปสช. ควรประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเป็นองค์กรที่ได้รับการยอมรับจาก สปสช. ทั้งนี้พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากที่ยังไม่ทราบและยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

7.6 **ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อการจัดการเรื่องร้องเรียนและกระบวการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ** (1) ควรมีการศึกษารูปแบบ องค์ประกอบของคณะกรรมการ บทบาท หน้าที่ กระบวนการดำเนินงาน และที่มาของงบประมาณขององค์กรอิสระคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบที่เหมาะสม และ (2) ควรมีการศึกษาแนวทางการ มีส่วนร่วมของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

สารบัญ

	หน้า
กิติกรรมประกาศ	
คำนำ	
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
บทสรุปผู้บริหาร	(5)
สารบัญ	(15)
สารบัญตาราง	(17)
สารบัญแผนภูมิ	(19)
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 สถานการณ์ของการร้องเรียนเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ	1
1.2 วัตถุประสงค์	8
1.3 คำถามการวิจัย	9
1.4 ขอบเขตการศึกษา	9
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	10
1.6 ผลที่ได้รับ	12
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย	13
2.2 แนวคิดการพิทักษ์สิทธิ์และการเสริมพลัง	16
2.3 แนวคิดธรรรมมาภิบาล	19
2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม	23
2.5 แนวคิดการจัดการความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์	27
2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	94
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 วิธีการศึกษา	96
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	96
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	99

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ	102
3.5 การเก็บรวมรวมข้อมูล	103
3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	104
3.7 การนำเสนอข้อมูล	105
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
4.1 กลไกการจัดการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน	106
4.2 กระบวนการจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	115
4.3 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบ หลักประกันสุขภาพ	132
4.4 ข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและสังคมโดยส่วนรวม	147
4.5 การดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน	161
4.6 แนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ	168
4.7 การอภิปรายผล	171
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา	179
5.2 ข้อเสนอแนะ	197
บรรณานุกรม	200
ภาคผนวก	
- แบบสอบถาม	207
- แบบสัมภาษณ์	214
- ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้บริหาร/นักวิชาการ	215
- ประเด็นสำหรับกรณีศึกษา	216
- รายชื่อผู้ที่ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก	218

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	เรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548-2549	7
3.1	กลุ่มตัวอย่างของการสำรวจความคิดเห็นผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบจำแนกตามภาคและจังหวัด	97
3.2	วิธีการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	99
4.1	เปรียบเทียบกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	112
4.2	เปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานการร้องเรียนที่เกิดกับผู้ป่วยในการมารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับสถานพยาบาล 3 แห่ง	125
4.3	ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ	140
4.4	ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อกระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนการบริหารจัดการของหลักประกันสุขภาพ	141
4.5	ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อกระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล	142
4.6	ความพึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่างต่อช่องทางการร้องเรียน	143
4.7	ความพึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่างต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน	144
4.8	ประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างในการร้องเรียนจากการไปใช้บริการหลักประกันสุขภาพ	147
4.9	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อความผิดพลาดและการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ	149
4.10	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียนที่เกิดจากพฤติกรรมการให้บริการ	150
4.11	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียนที่เกิดจากการรักษาของแพทย์	151
4.12	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียนที่เกิดจากการไม่ได้สิทธิ	152
4.13	หน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักและการใช้บริการ	154

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.14	ผลกระทบต่อผู้ใช้บริการที่เกิดจากการร้องเรียน	156
4.15	ผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่เกิดจากการร้องเรียน	157
4.16	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน	167
4.17	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ	168

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
2.1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิและการเสริมพลัง	19
2.2	แสดงระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen Uphoff	25
2.3	แสดงระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน	26
2.4	องค์ประกอบของการแก้ไขความขัดแย้ง	32
2.5	วัฏจักรของปัจจัยแห่งความขัดแย้ง	33
2.6	กรอบแนวคิดการวิจัย	95
4.1	แสดงขั้นตอนการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน	118
4.2	แสดงขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น	121
4.3	แสดงขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาอุทธรณ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น	122
4.4	กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน	136
4.5	แสดงการเชื่อมโยงสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน	163

บทที่ 1
บทนำ

1.1 สถานการณ์ของการร้องเรียนเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้จัดให้มีมาตรการคุ้มครองด้านสุขภาพซึ่งครอบคลุมประชาชนทุกคนซึ่งเป็นเจตนารมณ์ที่จะให้หลักประกันสุขภาพทั่วหน้าแก่ประชาชนอย่างชัดเจนในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาก็ตาม แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังคงมีปัญหา อุปสรรคมากมาย ซึ่งทำให้มีการร้องเรียนและฟ้องร้องมาโดยตลอด จากการศึกษาของ***วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ (2547: น. 16- 33)*** พบว่า ในอดีตการร้องเรียนและการฟ้องร้องส่วนใหญ่จะไปที่แพทย์สภาหรือศาล ซึ่งที่ผ่านมาสถิติการร้องเรียนและฟ้องร้องในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของการใช้บริการ ถึงแม้ว่าในระยะประมาณห้าปีที่ผ่านมา จะมีจำนวนการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นมาก แต่ก็เป็นการเพิ่มจากฐานที่ต่ำ สาเหตุหนึ่งที่มีการร้องเรียนและการฟ้องร้องที่ต่ำก็เพราะการฟ้องร้องนั้นเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องใช้เวลา และทรัพยากรค่อนข้างมาก ส่วนการร้องเรียนนั้นก็เป็นเรื่องที่ทำได้ยากเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ที่ต้องการร้องเรียนจะต้องหาทางเสาะหาช่องทางการร้องเรียนเอาเอง

ตั้งแต่มีโครงการประกันสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ซื้อบริการ (purchasers ซึ่งในกรณีนี้ คือ สำนักงานประกันสังคม) แยกออกจากหน่วยงานที่ให้บริการ (provider ซึ่งได้แก่ สถานพยาบาล) ก็ค่อย ๆ มีการพัฒนากลไกและช่องทางที่ผู้รับบริการสามารถร้องเรียนได้ แต่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ได้เน้นถึงบทบาทของกลไกนี้มากนัก การร้องเรียนกลายมาเป็นประเด็นสำคัญหลังจากที่มีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งให้สถานพยาบาลเปิดช่องทางการร้องเรียนขึ้นมาในสถานพยาบาล

สำหรับการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ แต่ละระบบมีการดำเนินการและจัดการกับเรื่องร้องเรียนดังนี้

(1) **ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

ตั้งแต่โครงการหลักประกันสุขภาพ**ถ้วนหน้า**เริ่มดำเนินการในนำร่องในเดือนเมษายน 2544 เป็นต้นมา ทางโครงการได้ตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องราวร้องทุกข์โดยตรง คือ ศูนย์บริการประกันสุขภาพ ภายใต้สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ภายหลังจากที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากหน่วยงานที่ให้บริการ ที่ส่วนกลางจึงได้มีการตั้งสำนักงานบริการประชาชนขึ้นมาทำหน้าที่รับเรื่องการร้องทุกข์ในส่วนกลางโดยตรง สำหรับการร้องเรียนจากส่วนภูมิภาค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นเครือข่ายรับเรื่องร้องทุกข์ แต่โดยโครงสร้างการบริหารงานนั้น อาจจะมีปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าของผู้ให้บริการ และในขณะที่ สปสช.เองได้ริเริ่ม

จะขยายสำนักงานสาขาออกไปในระดับภาค (ซึ่งปัจจุบันขยายออกไปสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือแล้ว) แต่เป้าหมายหลักของการตั้งสำนักงานสาขา ก็เป็นงานด้านอื่นมากกว่างานด้านการรับเรื่องร้องทุกข์

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในหมวดการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการกำหนดเอาไว้ว่า เมื่อตรวจพบหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการที่กำหนดไว้ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณาออกคำสั่ง และถ้าผลการสอบสวนระบุว่าหน่วยบริการนั้นๆ ดำเนินการไม่ถูกต้อง สามารถดำเนินการลงโทษตามระดับความรุนแรง ซึ่งจะเริ่มจากการออกหนังสือเตือน สำนักงานสาขากรุงเทพมหานครเองก็ไม่ได้ทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์ งานหลักจะทำด้านการทะเบียน เช่น การออกบัตร จองสิทธิ เป็นต้น จ่ายค่าปรับไปจนถึงการสั่งเพิกถอน การขึ้นทะเบียน ตัวอย่างเช่นถ้าเป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งตักเตือนเป็นหนังสือในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับ กรณีมีเจตนากระทำผิดให้หน่วยบริการนั้น ๆ จ่ายค่าปรับตามที่กำหนด ถ้าหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิหรือเก็บเกินอัตราที่กำหนด จะถูกออกคำสั่งเป็นหนังสือให้คืนเงินพร้อมดอกเบี้ย และถ้าเป็นกรณีหน่วยบริการกระทำผิดซ้ำร้ายแรง หรือเกิดซ้ำหลายครั้ง จะเพิกถอนการขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ยังต้องแจ้งต่อรัฐมนตรีเพื่อให้ดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ให้บริการ กรณีการกระทำผิดนั้น ๆ เป็นหน่วยบริการของรัฐ และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งให้มีการดำเนินการทางวินัยด้วยถ้าเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ

ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน

สำนักบริการประชาชนเปิดช่องให้ประชาชนร้องเรียน 2 ช่องทาง คือในระดับพื้นที่ประชาชนสามารถส่งเรื่องร้องเรียนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งในปัจจุบันทาง สปสช. ขอให้ทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขาของ สปสช.ด้วย ซึ่งเป็นการขอความร่วมมือให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ดำเนินการสรุปและส่งเรื่องร้องทุกข์ทั้งหมดมายังส่วนกลางเป็นประจำทุกเดือน ดังนั้นเมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมักจะพยายามไกล่เกลี่ยก่อน แต่ถ้าไม่สามารถไกล่เกลี่ยให้ได้ข้อยุติในพื้นที่ ก็จะส่งเรื่องต่อมาที่ส่วนกลาง อีกทางหนึ่งประชาชนสามารถสอบถามหรือแจ้งเรื่องร้องทุกข์มายังสำนักบริการประชาชนที่ส่วนกลางโดยตรง ซึ่งทางสำนักงานบริการประชาชน ทำหน้าที่ตอบคำถามทั่วไปในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น ให้คำปรึกษาแนะนำ ชี้แจงสิทธิประโยชน์ผู้รับบริการและให้ข้อมูลเป็นหลัก สำหรับส่วนที่เป็นเรื่องร้องเรียนนั้น เมื่อสำนักงานบริการประชาชนได้รับเรื่องร้องเรียน

นอกจากนั้นยังมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญอีกกลไกหนึ่งของการรับเรื่องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ ศูนย์ประสานงานฯ นี้ได้

จัดตั้งในปี 2548 จำนวน 29 ศูนย์ใน 21 จังหวัด และในปี 2549 จัดตั้งอีก 73 ศูนย์ใน 44 จังหวัด ในปัจจุบันจึงมีศูนย์ประสานงานฯ รวมทั้งสิ้น 102 ศูนย์ ฯ ใน 65 จังหวัด

(2) **ระบบการประกันสังคม**

การประกันสังคมดำเนินการมานานกว่าสิบปี ภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537 พ.ร.บ.ทั้งสองไม่ได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการร้องเรียน ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่มีความบกพร่องในการให้การรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่เข้าโครงการไม่ได้มาตรฐาน หรือมีเหตุให้ต้องร้องเรียนจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล

สิ่งที่ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ.2533 ระบุ ไว้คือ ให้นายจ้างผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดมีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ กรณีไม่พอใจในคำสั่งของเลขาธิการหรือเจ้าหน้าที่ได้ภายใน 30 วัน ถ้าผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ ให้มีสิทธินำคดีขึ้นสู่ศาลแรงงานหลังจากนั้น 30 วัน

ในทำนองเดียวกัน พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537ให้สิทธินายจ้าง ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิที่ไม่พอใจคำสั่ง คำวินิจฉัยเงินทดแทน หรือการประเมินเงินสมทบของพนักงานเจ้าหน้าที่มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนได้ภายใน 30 วัน และในกรณีที่ผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ก็มีสิทธินำคดีไปสู่ศาลแรงงานภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับคำวินิจฉัย

ระบบการจัดการเรื่องการร้องเรียน

การจัดการกับการร้องเรียนต่าง ๆ นั้น สำนักงานประกันสังคมเปิดช่องให้ผู้ประกันตน นายจ้างและสถานพยาบาล ร้องเรียนเกี่ยวกับการให้และการรับบริการทางการแพทย์ต่อสำนักงานประกันสังคมได้หลายช่องทาง เช่น ร้องเรียนที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ในกรุงเทพฯ หรือกองการประสานการแพทย์ฯ สำนักงานประกันสังคม

สำหรับขั้นตอนการพิจารณาข้อร้องเรียนนั้น เมื่อสำนักงานประกันสังคมได้รับเรื่องร้องเรียนบริการทางการแพทย์ จะหาทางไกล่เกลี่ยในขั้นต้นระหว่างผู้ประกันตนกับสถานพยาบาล ในกรณีที่เรื่องนั้นๆ ไม่สามารถไกล่เกลี่ยได้ และเป็นข้อร้องเรียนที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ทางสำนักงานก็จะตัดสินตามระเบียบของสำนักงานฯ แต่ถ้าเป็นข้อร้องเรียนที่จะต้องใช้ความคิดเห็นทางการแพทย์ประกอบการพิจารณา หน่วยงานที่รับผิดชอบจะส่งเรื่องไปหารือ “คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์” ซึ่งจะส่งความคิดเห็นเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้ตัดสิน แต่ในกรณีที่คณะอนุกรรมการไม่มีความเชี่ยวชาญเรื่องนั้น ๆ ก็จะส่งเรื่องไปขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกก่อน และในกรณีที่โรคมีความซับซ้อน และมีความเห็นที่แตกต่างกันในคณะกรรมการแพทย์ คณะกรรมการแพทย์มักจะมีมติให้ส่งเรื่องไปให้ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องพิจารณาก่อน *(สุรเดช. 2544)* เมื่อคณะกรรมการการแพทย์ตัดสินแล้ว ก็จะส่งเรื่องไปขอความเห็นชอบต่อเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ซึ่ง

ในทางปฏิบัติแล้วจะให้ความเห็นชอบและโดยทั่วไปแล้วถือเป็นที่สิ้นสุด ยกเว้นจะมีการอุทธรณ์หรือนำเรื่องขึ้นสู่ศาลแรงงาน แต่มีกรณีเหล่านั้นค่อนข้างน้อย

(3) **ระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว**

สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว ซึ่งดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นระบบที่ตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกในการเบิกจ่ายเงินตามสิทธิมากกว่าที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานผู้ซื้อบริการประกันสุขภาพจากสถานพยาบาลแทนข้าราชการ ดังนั้นกลไกการดำเนินงานของระบบสวัสดิการข้าราชการจึงเน้นไปที่การดูแลตรวจสอบเรื่องการเบิกจ่ายเงิน โดยไม่มีกลไกในการควบคุมคุณภาพของบริการหรือการจัดการกับปัญหาและการร้องเรียนแต่อย่างใด

ที่ผ่านมานี้ (พ.ศ. 2540 – 2549) กรมบัญชีกลางได้พยายามปฏิรูปกลไกการเบิกจ่าย โดยให้สำนักงานกลางสารสนเทศเพื่อสุขภาพ (สกส.) เข้ามาดูแลระบบการเบิกจ่ายเงิน รวมทั้งได้ตั้งคณะทำงานขึ้นปฏิรูประบบการเบิกจ่ายยา แต่การปฏิรูปในทั้งสองกรณีไม่ได้ก้าวล่วงไปถึงการควบคุมตรวจสอบคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลหรือการจัดการกับปัญหาและการร้องเรียนแต่อย่างใด

ข้อมูลการร้องเรียนด้านสุขภาพของประเทศไทย

สำนักงานเลขาธิการแพทยสภาได้เปิดเผยสถิติการร้องเรียนตั้งแต่ปี 2532-2548 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงจำนวนเรื่องที่ถูกร้องเรียนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี 2532 มีจำนวน 55 เรื่อง และเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี 2540 ซึ่งมีการร้องเรียนสูงขึ้นเป็น 106 เรื่อง และเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดในปี 2542 ปี 2543 ปี 2545 และปี 2548 จำนวน 173 เรื่อง 287 เรื่อง 289 เรื่อง และ 294 เรื่องตามลำดับ

ความผิดที่เข้าสู่การพิจารณามากที่สุดในปี 2532 – 2548 อันดับสูงสุดคือ กรณีไม่รักษามาตรฐาน จำนวน 1,211 เรื่อง ลำดับต่อมาคือ กรณีโฆษณาการประกอบวิชาชีพของตน จำนวน 315 เรื่อง กรณีไม่คำนึงถึงความปลอดภัย สิ้นเปลือง จำนวน 230 เรื่อง กรณีดำรงตนเองโดยไม่เคารพกฎหมาย จำนวน 192 เรื่อง กรณีปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล จำนวน 170 เรื่อง กรณีเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์วิชาชีพ จำนวน 127 เรื่อง และกรณีออกใบรับรองเท็จ จำนวน 118 เรื่อง *(**สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. 31 ธันวาคม 2548**)*

การลงโทษคดีมีมูล แยกตามกรณีเรื่องร้องเรียนจาก 5 กรณีสูงสุด ปี 2532 – 2548 ได้แก่ **กรณีไม่รักษามาตรฐาน** การลงโทษโดยการยกข้อกล่าวหา 199 ราย ตักเตือน 90 ราย ภาคทัณฑ์ 54 ราย พักใช้ใบอนุญาต 32 ราย และเพิกถอนใบอนุญาต 2 ราย **กรณีโฆษณาการประกอบวิชาชีพของตน** การลงโทษโดยยกข้อกล่าวหา 90 ราย ตักเตือน 88 ราย ภาคทัณฑ์ 5 ราย และพักใช้ใบอนุญาต 9 ราย **กรณีไม่คำนึงถึงความปลอดภัย** การลงโทษโดยยกข้อกล่าวหา 44 ราย ตักเตือน 38 ราย ภาคทัณฑ์ 12 ราย และพักใช้ใบอนุญาต 16 ราย **กรณีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล** การลงโทษโดยยกข้อกล่าวหา 29 ราย ตักเตือน 69 ราย

ภาคทัณฑ์ 9 ราย และพักใช้ใบอนุญาต 7 ราย **กรณีดำรงตนโดยไม่เคารพกฎหมาย** การลงโทษโดยยกข้อกล่าวหา 25 ราย ตักเตือน 32 ราย ภาคทัณฑ์ 8 ราย พักใช้ใบอนุญาต 19 ราย และเพิกถอนใบอนุญาต 1 ราย *(สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. 31 ธันวาคม 2548)*

แพทย์ที่ถูกร้องเรียนแยกตามสาขาแพทย์เฉพาะทาง สาขาที่ถูกร้องเรียนมากที่สุดคือ ศัลยศาสตร์ โดยถูกร้องเรียนมากที่สุดในปี 2543 จำนวน 87 ราย ลำดับที่ 2 คือสาขาอายุรศาสตร์โดยถูกร้องเรียนมากที่สุดในปี 2546 จำนวน 71 ราย ลำดับที่ 3 คือสาขาสูติศาสตร์โดยถูกร้องเรียนมากที่สุดในปี 2543 จำนวน 50 ราย ลำดับที่ 4 คือสาขากุมารเวชศาสตร์โดยถูกร้องเรียนมากที่สุดในปี 2545 จำนวน 41 ราย ลำดับที่ 5 มี 2 สาขา คือสาขาออร์โธปิดิกส์โดยถูกร้องเรียนมากที่สุดในปี 2542 จำนวน 22 ราย และสาขาจักษุวิทยาโดยถูกร้องเรียนมากที่สุดในปี 2544 จำนวน 22 ราย ลำดับที่ 6 คือสาขาโสต นาสิก ลาริงซ์โดยถูกร้องเรียนมากที่สุดในปี 2545 จำนวน 11 ราย ลำดับที่ 7 คือสาขาวิสัญญีวิทยาโดยถูกร้องเรียนมากที่สุดในปี 2547 จำนวน 8 ราย *(สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. 31 ธันวาคม 2548)*

คดีในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าสู่กระบวนการศาล เป็นการฟ้องแพทย์กระทำโดยประมาทเลินเล่อ ถูกฟ้องทั้งหมด จำนวน 31 คดี ศาลพิพากษายกฟ้อง จำนวน 2 คดี เรื่องอยู่ระหว่างการพิจารณาของศาล จำนวน 29 คดี จำแนกเป็น อยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลชั้นต้น จำนวน 14 คดี อยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลอุธรณ์ จำนวน 12 คดี และอยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลฎีกา จำนวน 3 คดี โดยมีการเรียกให้ชดใช้ค่าเสียหาย(ทุนทรัพย์ที่ฟ้อง) ตั้งแต่สองแสนบาทถึงสิบสามล้านบาท ***(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)***

อัญชนา ณ ระนอง และศรชัย เตรียมวรกุล *(2545 : น. 75-80)* พบว่า เรื่องร้องเรียนที่ผ่านไปถึงคณะกรรมการแพทย์นั้น คณะกรรมการแพทย์จะดำเนินการสอบและตัดสินรวมไปถึงเสนอบทลงโทษสถานพยาบาล ในกรณีที่คณะกรรมการแพทย์ตัดสินว่า สถานพยาบาลเป็นฝ่ายผิด ซึ่งที่ผ่านมาผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการทางการแพทย์ที่ตัดสินว่ากรณีการร้องเรียนเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ประกันตนมีจำนวนมากกว่ากรณีที่คณะกรรมการทางการแพทย์วินิจฉัยว่าความผิดพลาดเกิดจากฝ่ายสถานพยาบาลค่อนข้างมาก และมีแนวโน้มเพิ่มอย่างรวดเร็วกว่าด้วย

จากข้อมูลสถิติข้อร้องเรียนของสำนักงานประกันสังคม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2544 พบว่าจำนวนข้อร้องเรียนในแต่ละปีไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งจากการวินิจฉัยของสำนักงานประกันสังคมเองนั้น ทั้งข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์ และกรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บเงินที่เกิดจากความผิดของโรงพยาบาลเองมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบข้อร้องเรียนทั้งสองประเภท สำนักงานประกันสังคมสรุปว่า ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีเป็นเรื่องของผู้ประกันตนเข้าใจผิดมากกว่าโรงพยาบาลผิด ส่วนข้อร้องเรียนกรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บเงิน สำนักงานประกันสังคม สรุปว่า กรณีที่โรงพยาบาลผิดจริงสูงกว่ากรณีที่ผู้ประกันตนเข้าใจผิด ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการวัดว่าโรงพยาบาลเรียกเก็บเงินหรือไม่ง่ายกว่าการวัดปัญหาการให้บริการทางการแพทย์มาก สำหรับการรักษาพยาบาลของ

ข้าราชการและครอบครัว ปัญหาเรื่องคุณภาพของบริการและการร้องเรียนอาจจะไม่ได้เป็นปัญหากับโครงการสวัสดิการข้าราชการมากเท่าโครงการอื่น เนื่องจากที่ผ่านมา การเก็บค่ารักษาพยาบาลในโครงการนี้ใช้กลไกแบบ fee for service ซึ่งทำให้สถานพยาบาลมักมีแรงจูงใจในการให้การรักษาแก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิดีกว่าในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ อยู่แล้ว แต่กลไกดังกล่าวก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีปัญหาคุณภาพของการให้บริการ

การที่กรมบัญชีกลางไม่มีระบบในการจัดการเรื่องร้องเรียน เมื่อมีการร้องเรียนหรือร้องทุกข์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ใช้สิทธิกับสถานพยาบาล ในกรณีที่การรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรได้รับ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ได้ให้อำนาจกระทรวงการคลังมีอำนาจในการดำเนินการแยกเป็น 2 กรณี คือ กรณีโรงพยาบาลเอกชน กระทรวงการคลังมีอำนาจแจ้งชื่อสถานพยาบาลนั้น ๆ แก่ส่วนราชการต่าง ๆ ทราบเพื่อไม่ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลนั้นอีกต่อไป ยกเว้นกรณีที่ผู้ไร้สิทธิจำเป็นต้องเข้ารักษา ณ.โรงพยาบาลนั้น เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว มาตรการทำนองนี้ถูกนำมาใช้กับกรณีทุจริตในการเบิกจ่ายเงินเสียมากกว่า สำหรับในส่วนสถานพยาบาลของรัฐ กรมบัญชีกลางไม่มีอำนาจที่จะดำเนินการใด ๆ นอกจากส่งเรื่องร้องเรียนนั้นต่อไปยังหน่วยงานที่ต้นสังกัดที่กำกับดูแลโดยตรง เช่น ถ้าสถานพยาบาลนั้นอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข จะส่งเรื่องให้กระทรวงสาธารณสุข หรือถ้าเป็นโรงพยาบาลที่มีคณะแพทย์ ก็จะต้องส่งเรื่องไปยังทบวงมหาวิทยาลัย ให้ดำเนินการต่อไป

ในปัจจุบัน โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการข้าราชการฯ กำลังพยายามปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของโครงการ ซึ่งถ้าทำตามแนวทางที่คณะปรึกษากระทรวงการคลังทำงาน ก็จะทำให้กลไกการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการ มีความคล้ายคลึงกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ มากขึ้น (เช่นการนำ DRG มาใช้กับผู้ป่วยในและการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก ทำให้มีเหตุผลที่สมควรพัฒนาระบบการจัดการกับเรื่องร้องเรียนสำหรับโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการฯควบคู่ไปกับการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินด้วย

สำหรับการร้องเรียนล่าสุด สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำการรวบรวมสถิติเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2548 และ 2549 พบว่า มีเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้น โดยปีงบประมาณปี 2548 มีจำนวน 1,864 เรื่อง ปีงบประมาณ 2549 มีจำนวน 2,945 เรื่อง เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.99

การให้บริการรับเรื่องร้องเรียน

การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนและการคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการดำเนินงานตามมาตรา 57 และมาตรา 59 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในปีงบประมาณ 2549 มีการร้องเรียนทั้งหมด จำนวน 2,945 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด เช่นถูกปฏิเสธการใช้สิทธิ ถูกปฏิเสธการ

ส่งตัว มีจำนวน 1,149 เรื่อง (ร้อยละ 39.02) รองลงมาเป็นเรื่องถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ จำนวน 709 เรื่อง (ร้อยละ 24.07) เรื่องหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน จำนวน 605 เรื่อง (ร้อยละ 20.54) เรื่องไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร จำนวน 470 เรื่อง (ร้อยละ 15.96) และเรื่อง ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าอัตราที่กำหนด จำนวน 12 เรื่อง (ร้อยละ 0.41) ทั้งนี้พบว่าเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2548 ร้อยละ 57.99 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1
เรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548-2549

เรื่องร้องเรียน	*ปีงบประมาณ 2548*	*ปีงบประมาณ 2549*	*เปรียบเทียบ 2548 – 2549 เพิ่ม (ลด) ร้อยละ*
	จำนวน (ร้อยละ)	*จำนวน (ร้อยละ)*	
1. ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่ได้กำหนด	*845 (45.33)*	*1,149 (39.02)*	*35.98*
2. ถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ	*532 (28.54)*	*709 (24.07)*	*33.27*
3. หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	*315 (16.90)*	*605 (20.54)*	*92.06*
4. ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร	*164 (8.80)*	*470 (15.96)*	*186.59*
5. ถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าอัตราที่กำหนด	*8 (0.43)*	*12 (0.41)*	*50.50*
รวม	*1,864 100*	*2,945 100*	*57.99*

ที่มา : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 30 กันยายน 2549

กองประสานการแพทย์สำนักงานประกันสังคม *(2550)* รายงานว่าปี 2548 มีผู้ประกันตนประมาณ 8.4 ล้านราย และมีเรื่องร้องเรียนบริการทางการแพทย์ ซึ่งสามารถแบ่งประเภทข้อร้องเรียน ได้ดังนี้

1. ข้อร้องเรียนเชิงบริหารจัดการ จำนวน 142 ราย คิดเป็น 1.7 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย

2. ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ จำนวน 362 ราย คิดเป็น 4.3 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย

3. ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน จำนวน 440 ราย คิดเป็น 11.2 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย

กรอบแนวคิดการจัดตั้งกองทุนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย/บาดเจ็บจากการใช้บริการสาธารณสุข

ในปัจจุบันนี้ กระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการจัดตั้งกองทุน**ชดเชยความเสียหาย**จากการรับบริการสาธารณสุข กำลังยกร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... เพื่อลดจำนวนการฟ้องร้องแพทย์หรือสถานพยาบาลเพื่อขอรับการช่วยเหลือ (แต่ไม่ตัดสิทธิการฟ้องร้องทางแพ่งหรือทางอาญาต่อแพทย์หรือสถานพยาบาล) กรอบแนวคิดในการจัดตั้งกองทุนนี้จะครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนที่ได้รับความเสียหาย/บาดเจ็บจากการใช้บริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ได้รับอนุญาตดำเนินการถูกต้องตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล และ พ.ร.บ. ยา ขอบเขตการช่วยเหลือครอบคลุมการเสียหายจากการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย และการสูญเสียคุณภาพชีวิต การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่ผ่านมา การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีเพดานสูงสุดของการช่วยเหลือ (กรณีเสียชีวิต) ที่มาของเงินจะมาจากเงินสมทบของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยจ่ายเงินสมทบเป็นรายปีตามอัตราที่กำหนด อัตราการจ่ายเงินสมทบ สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะจ่ายเป็นสัดส่วนกับจำนวนผู้ใช้บริการที่ได้รับความเสียหาย/บาดเจ็บจากสถานพยาบาลนั้น เพื่อกระตุ้นให้สถานพยาบาลมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยให้มีการทบทวนอัตราการจ่ายเงินสมทบเป็นทุกปี กรณีที่เงินกองทุนฯ มีเหลือ ให้ปรับลดอัตราการจ่ายเงินสมทบในปีต่อไป เพื่อมิให้มีเงินสะสมในกองทุนฯมากเกินความจำเป็น สำหรับกรอบแนวคิดในการบริหารเงินกองทุนฯ จะไม่ให้มีการนำเงินกองทุนฯไปใช้ลงทุนเพื่อแสวงหากำไร หรือใช้ในกิจการอื่นที่ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ต้องมีการตรวจสอบบัญชีกองทุนและรายงานให้รัฐสภาทราบทุกปี พร้อมทั้งจัดทำรายงานแจ้งให้สถานพยาบาลต่างๆ ทราบด้วย

จากการรายงานสถานการณ์ของการร้องเรียนเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทำให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) มีความสนใจที่จะศึกษา “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยเรื่อง “การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม”

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษากลไก กระบวนการร้องเรียน และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

1.2.2 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพประสิทธิผลของการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

1.2.3 เพื่อศึกษาผลกระทบจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล และผลกระทบต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ

1.2.4 เพื่อศึกษาการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

1.2.5 เพื่อศึกษาแนวทางการจัดกระบวนการร้องเรียนและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 กลไกการการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร

1.3.2 กระบวนการจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร

1.3.3 การจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ เพราะเหตุใด

1.3.4 การดำเนินงานที่ผ่านมามีข้อผิดพลาดอะไรบ้างและส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยส่วนรวมอย่างไร

1.3.5 การดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

1.3.6 แนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุขควรเป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตการศึกษา

1.4.1 ศึกษา กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพภายใต้หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ตามที่กฎหมายกำหนด

1.4.2 ศึกษาประสิทธิภาพประสิทธิผลของการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

1.4.3 ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง

1.4.4 ศึกษาการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

1.4.5 ศึกษาแนวทางการคุ้มครองผู้รับบริการ และผู้ให้บริการในระบบสุขภาพที่ควรจะเป็นหรือเหมาะสมสำหรับประเทศไทย ตลอดจนการปรับปรุงนโยบาย กลไก และมาตรการต่างๆ รวมทั้งการ มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพทุกรดับ เพื่อป้องกันความเสียหายไม่ให้มีขึ้นอีก

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ระบบหลักประกันสุขภาพ หมายถึง ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น การเคารพในสิทธิมนุษยชนการคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเชื่อทางศาสนา ในการศึกษาครั้งนี้ระบบหลักประกันสุขภาพหมายถึง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว

การร้องเรียน หมายถึง การที่ผู้ได้รับความเสียหายจากระบบหลักประกันสุขภาพร้องเรียนมายังหน่วยงานที่รับผิดชอบภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากมีความรู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรมจากผู้ให้บริการตามสิทธิ และมาตรฐานในการรักษาและคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งการร้องเรื่องไปยังหน่วยงานอื่นที่มิได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

กลไกการร้องเรียน หมายถึง ช่องทางที่ผู้ได้รับความเสียหายจากระบบหลักประกันสุขภาพใช้ในการร้องเรียนต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียน หมายถึง กลไกการบริหารและกลไกการดำเนินงานเกี่ยวกับการร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ สำนักบริการประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กองการประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและเขตพื้นที่ แพทยสภา และศาล

กระบวนการร้องเรียน หมายถึง วิธีการและขั้นตอนที่ผู้ได้รับความเสียหายจากระบบหลักประกันสุขภาพหรือญาติใช้ในการร้องเรียนต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

กระบวนการจัดการกับการร้องเรียน หมายถึง วิธีการและขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ.2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด ทั้งนี้การช่วยเหลือดังกล่าวครอบคลุมค่าชดเชยการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วยและการสูญเสียคุณภาพชีวิต การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่ผ่านมา (กรณีที่การดูแลไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพ) การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีเพดานสูงสุดของการชดเชย (กรณีเสียชีวิต)

กลไกการช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง กลไกการบริหารและกลไกการดำเนินงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพ

กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง วิธีการและขั้นตอนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพให้ได้รับการช่วยเหลือตาม เงื่อนไขและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พรบ. ประกันสังคม 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ.2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการตามขั้นตอน วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ การมีและการใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำของกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งการมีการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ

ประสิทธิผล หมายถึง ผลการดำเนินงานในด้านการจัดการการร้องเรียน และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงสูง

ความเป็นธรรม หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบโดยผู้รับบริการต้องไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ภายใต้การมีอคติของผู้ให้บริการ

ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถของกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

1.6 ผลที่ได้รับ

1.6.1 ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำไปปรับปรุงกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.6.2 ได้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนามาตรการและนโยบายหลักประกันสุขภาพที่คำนึงถึงคุณภาพมาตรฐาน และทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

1.6.3 ได้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาศักยภาพของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนเพื่อการจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น

บทที่ 2
แนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” มีแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย
2. แนวคิดการพิทักษ์สิทธิ์และการเสริมพลัง
3. แนวคิดธรรมาภิบาล
4. แนวคิดการมีส่วนร่วม
5. แนวคิดการจัดการความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยจะนำเสนอสาระสำคัญของแต่ละแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่นานาประเทศให้ความสำคัญ ประเทศไทยโดยสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันออกประกาศสิทธิผู้ป่วยเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพได้ตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย ซึ่งมีกฎหมายรองรับไว้แล้วในที่ต่างๆ การประกาศก็เพื่อต้องการตอกย้ำให้ผู้ประกอบวิชาชีพได้ระมัดระวังที่จะไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยตามประกาศนั้น และขณะเดียวกันก็ได้เผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปได้ตระหนักว่า เมื่อประชาชนคนใดเข้าไปใช้บริการด้านสุขภาพไม่ว่าจากสถานบริการของรัฐหรือเอกชน ประชาชนผู้นั้นก็จะถูกเรียกว่าเป็นผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้นั้นจะเจ็บป่วยอย่างใดหรือไม่ และผู้นั้นก็ย่อมมีสิทธิผู้ป่วยเกิดขึ้นทันที *(**ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์**, 2550 : 6) **กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณะสุข** (2550 : 11)* กล่าวถึงความหมายของคำว่า “สิทธิ” คือความชอบธรรมที่คน ๆ หนึ่งสามารถนำไปอ้างเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์ในสิ่งซึ่งคน ๆ นั้นพึงมีพึงได้ เช่น เมื่อเกิดเจ็บไข้ไม่สบาย คนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจนกว่าจะฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ ซึ่งเป็นสิ่งชอบธรรม แต่ถ้าถูกกีดกัน ละเลย หรือเพิกเฉยไม่ได้รับสิทธินั้น แสดงว่าเกิดความไม่ชอบธรรมขึ้น ดังนั้นแล้ว คนๆ นั้นย่อมสามารถนำสิทธินั้นมาอ้างต่อผู้ประกันสิทธิ ให้รักษาความชอบธรรมหรือผลประโยชน์แห่งตนได้ สิทธิที่กล่าวข้างต้นหากเรียกให้ง่ายเข้าก็คือ “สิทธิผู้ป่วย” นั่นเอง และผู้ที่มีบทบาทในการประกันสิทธิในเรื่องนี้ก็คือรัฐ เพราะรัฐคือผู้ดูแลความเป็นอยู่ของประชาชน... สิทธิผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไม่ใช่เรื่องของการขอรับการสงเคราะห์ แต่เป็นเรื่องที่รัฐต้องจัดหามาให้ ทั้งนี้เพื่อความมั่นคงของสังคม

รัฐไทยรับรองและประกันสิทธิผู้ป่วยในกฎหมายหลายฉบับ ทั้งกฎหมายรัฐธรรมนูญ กฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เพราะจัดเป็นการบริโภคประเภทหนึ่ง คือการบริโภคทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังบัญญัติไว้ในกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กฎหมายที่ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ร.บ. สถานพยาบาล และอีกหลายฉบับ แม้ว่าที่ผ่านมาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเกื้อกูลและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ความสลับซับซ้อนทางสังคมและกระแสของวัฒนธรรมทางธุรกิจได้เพิ่มขยายความขัดแย้งทางจริยธรรมมากขึ้น ทำให้ต้องมีบทบัญญัติทั้งในกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งฯ กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค และข้อบังคับทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพสาขาต่างๆ เพื่อจัดระเบียบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ให้เข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น

คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยซึ่งออก ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 ได้ให้การรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ 10 ประการ คือ

(1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

(2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

(3) ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

(4) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

(5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

(6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มิได้เป็นผู้ให้บริการ แก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

(7) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

(9) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

(10) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

อย่างไรก็ตาม คำประกาศนี้ไม่มีผลในทางกฎหมาย ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพจะกระทำละเมิดอีก ก็ย่อมมีโอกาสเป็นไปได้ คำประกาศนี้จึงเพียงย้ำเตือนให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจดจำได้ว่า สิทธิผู้ป่วยยังมีอยู่ การกระทำการใด ๆ ต่อผู้ป่วยต้องคำนึงถึงสิทธิที่ได้ประกาศรับรองไว้ และยอมรับร่วมกันแล้ว การตรวจสอบว่าผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามคำประกาศนี้หรือไม่ก็มิใช่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการจับผิด และมิใช่การเรียกร้องโดยปราศจากเหตุผล แต่คือการช่วยเร่งให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่จมอยู่กับความเคยชินเก่า ๆ ที่ว่า อำนาจในการตัดสินใจในการดูแลรักษาทั้งหลายเป็นของบุคลากรทางการแพทย์หรือโรงพยาบาล แต่เป็นเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยหรือผู้บริโภคซึ่งเป็นผู้ได้รับผลโดยตรงหรือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการรักษาพยาบาลนั่นเอง *(**กองกองประกอบโรคศิลปะ**, 2550 :11)*

นอกจากคำประกาศสิทธิผู้ป่วยแล้ว ยังมี สิทธิที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ได้กำหนดสิทธิของผู้บริโภคที่สำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) สิทธิในการเลือกหน่วยบริการ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ (2) สิทธิในการใช้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วย (3) สิทธิในการร้องเรียนปัญหาบริการ ซึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคมกำหนดไว้ในกฎหมายชัดเจน แต่ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการยังไม่มี และ (4) สิทธิในการได้รับการชดใช้ ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นระบบเดียวที่ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากระบบบริการ โดยระบุชัดเจนในมาตรา 41 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

โดยสรุปจึงอาจกล่าวได้ว่า แนวคิดเรื่องสิทธิผู้ป่วย มีความสำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่อง “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” โดยตรง สิทธิผู้ป่วยนับเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วยนำมาเป็นประเด็นในการร้องเรียนหากรู้สึกว่าถูกละเลยหรือเพิกเฉยไม่ได้รับสิทธิอันชอบธรรม หากพิสูจน์ได้ว่า เรื่องที่ร้องเรียนตรงตามสิทธิผู้ป่วย หน่วยงานหรือบุคคลที่ถูกร้องเรียนย่อมต้องรับผิดชอบช่วยเหลือเบื้องต้น และยังต้องรับชอบมากขึ้นตามแต่กรณี

2.2 แนวคิดการพิทักษ์สิทธิ์และการเสริมพลัง

แนวคิดเรื่องการเสริมพลัง (Empowerment) เป็นแนวคิดที่มีจุดเริ่มต้นจากการมุ่งเน้นการส่งเสริมให้สตรีที่ถูกครอบงำทางวัฒนธรรมให้กลายเป็นผู้ยอมจำนนต่อการถูกกดขี่ ถูกเอารัดเอาเปรียบมีพลัง มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะต่อสู้ เรียกร้องสิทธิต่างๆ แนวคิดนี้เริ่มในประเทศอุตสาหกรรมและถูกนำมาใช้ในประเทศกำลังพัฒนาละตินอเมริกา อัฟริกา และเอเชีย โดยไม่เพียงแต่กระตุ้นจิตสำนึกของกลุ่มสตรีเท่านั้น แต่ได้นำไปใช้ในการกระตุ้นจิตสำนึกของคนจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้มีพลังในการเรียกร้องสิทธิ รวมทั้งการรวมพลังกันสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ปรารถนาร่วมกันด้วย

ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา ในแวดวงของนักวิชาการด้านมานุษยวิทยา สังคมวิทยา การพัฒนาสังคม และสังคมสงเคราะห์ ได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดการเสริมพลังมากขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จากงานของนักวิจัย นักวิชาการตะวันตกหลายคน ซึ่งจะสรุปพอเป็นสังเขปดังนี้

Shetty, S. (1991) กล่าวว่า การเสริมพลังไม่ได้มีความหมายเดียว เขาเสนอกรอบการวิเคราะห์และคำจำกัดความของการเสริมพลังแบบองค์รวมจากประสบการณ์ที่ช่วยประเมินผลโครงการพัฒนาว่า การเสริมพลังไม่สอดคล้องกับวงจรของการพัฒนาแบบเก่า เขาเห็นว่า การเสริมพลังมีลักษณะที่เน้นการทำให้เกิดประชาธิปไตย และความมั่นคง (democratization and sustainability) เขาพยายามสร้างความแตกต่างระหว่างการเสริมพลังในระดับกลุ่มซึ่งมีความแตกต่างระหว่างการเสริมพลังจากภายในและจากภายนอก และระหว่างปัจเจกกับครัวเรือน เขาเสนอวิธีการมีส่วนร่วมในการประเมินการเสริมพลังในโครงการพัฒนาและวิพากษ์นักพัฒนาที่ไม่ยอมปล่อยวางอำนาจในการควบคุมโครงการพัฒนาหลายโครงการ

Friedmann, F (1992) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการเสริมพลังว่าเป็นหัวใจสำคัญของทางเลือกในการพัฒนา การวิเคราะห์ของ Friedmann เน้นไปที่ศักยภาพของครัวเรือนใน 3 ประเด็น คือ (1) พลังทางสังคม (social power) ในเรื่องของข้อมูล ความรู้ ทักษะ ทรัพยากรทางการเงิน และการมีส่วนร่วมในองค์กรทางสังคม (2) อำนาจทางการเมือง (political power) ในเรื่องของการเข้าถึงการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อชีวิตในอนาคตของเขา ไม่ว่าจะโดยการลงคะแนนเสียงหรือโดยการรวมกลุ่ม และ (3) อำนาจทางกายภาพ (psychological power) ในเรื่องของศักยภาพของปัจเจกบุคคลหรือความเชื่อมั่นตนเอง เขาย้ำว่าพลังอำนาจแบบที่ 3 เป็นผลลัพธ์ของการมีพลังอำนาจ 2 แบบแรก ทางเลือกการพัฒนาที่เขาเสนอคือการเสริมพลังให้กับครัวเรือน และสมาชิกของครัวเรือนทั้ง 3 ประเด็น

Thomas, Alan (199) ใช้ประสบการณ์ในการประเมินผลโครงการพัฒนาในหลายประเทศ วิพากษ์ความพยายามในการนำเสนอการเสริมพลังเป็น model ของการพัฒนา เขาเสนอว่า การเสริมพลังเป็น "เครื่องมือสำหรับการพึ่งตนเอง (tool for self-reliance) ซึ่งสัมพันธ์กับแนวคิดของ *Freire (1972)* และ *E. F. Schumacher (1973)* เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เขาอธิบายว่า การเสริมพลังเป็นความพยายามในการใช้การมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นเป็น

หนทางที่จะนำไปสู่การหาทางออกของการแก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่นที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งยากที่จะนำไปใช้ในที่อื่นๆ ได้

Johnson, H. (1992) มองลึกลงไปในเรื่องการเสริมพลังหญิงในบริบทของการเพิ่มศักยภาพขององค์กรผู้หญิงและการรวมกลุ่มผู้หญิงในลาตินอเมริกา เขาเห็นว่า การเสริมพลังหญิงเกี่ยวข้องกับการมีสิทธิมีเสียงเพิ่มขึ้นของผู้หญิง การมีพื้นที่สาธารณะของผู้หญิง การเสริมพลังหญิงมิใช่แค่เพียงการทำให้ผู้หญิงมีอำนาจในการควบคุมดูแลชีวิตประจำวันของตนเองเท่านั้น แต่รวมถึงการมีพลังอำนาจในการควบคุมหรือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมการเมืองที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้หญิงอีก

Touwen, Anne (1996) ใช้ประสบการณ์จากการทำวิจัยปริญญาเอกในแซมเบียร์ ได้ให้คำจำกัดความของการเสริมพลังว่าเป็นวิธีการที่ทำผ่านการรวมกลุ่ม กระบวนการพัฒนาชุมชนโดยประชาชน องค์กรและกลุ่มซึ่งไม่มีอำนาจ (powerless)

Rowlands, Jo (1997) ใช้ประสบการณ์จากการทำวิจัยปริญญาเอกในฮอนดูรัส สรุปแนวคิดรวบยอดของการเสริมพลังว่า โดยทั่วไปการเสริมพลังมักจะหมายถึงกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ในขั้นสุดท้าย การเสริมพลังเป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลง และขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม เชื้อชาติ ประวัติศาสตร์ เศรษฐกิจภูมิศาสตร์ การเมืองและสังคมที่แวดล้อม เกิดจากวงจรชีวิต และประสบการณ์ชีวิตของปัจเจกบุคคล และเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าวกับความสัมพันธ์ของหญิง-ชายที่เป็นอยู่โดยทั่วไปในสังคม แม้ว่าการเสริมพลังจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่าง แต่การเสริมพลังก็มีกระบวนการหลักร่วมกันในทุกสถานการณ์คือ การเพิ่มความเชื่อมั่น และความเข้าใจในตนเอง การตระหนักถึงคุณค่าและสิทธิของตนเองรวมทั้งการเคารพสิทธิของผู้อื่น ถ้าลักษณะสำคัญของการเสริมพลังดังกล่าวเกิดและพัฒนาขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน และจะนำไปสู่การเพิ่มพลังต่อสิ่งต่างๆ (power to) และพลังที่เกิดขึ้นจากภายในตนเอง (power from within) การเปลี่ยนแปลงนี้จะย้อนกลับไปสู่กระบวนการในหลายรูปแบบที่จะทำให้ปัจเจกบุคคลมีพลังอำนาจมากขึ้น สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และสามารถจำแนกแยกแยะและปฏิบัติการอยู่บนผลประโยชน์ของตนมองตนเอง คุณภาพของการเสริมพลังสำหรับปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มจะพัฒนาบนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยซึ่งมีแนวโน้มที่จะกระตุ้นหรือสกัดกั้นกระบวนการเสริมพลัง

Narayan, Deepa (2003) นักวิจัยอาวุโสของธนาคารโลกใช้องค์ความรู้จากการทำวิจัยเรื่อง "Voices of The Poor" ให้คำจำกัดความของการเสริมพลังว่า คือการเพิ่มพูนทรัพย์สินและสมรรถนะของคนจนในการมีส่วนร่วม การเจรจา การมีอิทธิพล การควบคุม และการตรวจสอบสถาบันที่มีผลกระทบต่อชีวิตของคนจน Narayan คนจนจะได้รับการเสริมพลังมากยิ่งโดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ

(1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของรัฐ (Accessibility) การเข้าถึงข้อมูลด้านการสนับสนุนเงินทุน การผลิต การตลาด กฎระเบียบ และสิทธิที่จะได้รับการบริการขั้นพื้นฐาน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศมักจะเป็นอุปสรรคที่ทำให้คนจนเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ

(2) การมีส่วนร่วม (Participation) ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบที่จะทำให้คนจนมีพื้นที่เข้าไปแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งระดับท้องถิ่น และระดับชาติ การจัดสรรงบประมาณ และการบริการขั้นพื้นฐาน

(3) ความรับผิดชอบ (Accountability) ข้าราชการประจำและข้าราชการการเมืองต้องมีความรับผิดชอบต่อประชาชน ต้องสามารถตอบคำถามหรือแสดงความโปร่งใสในการบริหารนโยบายและงบประมาณเพื่อคนจนได้โดยปราศจากข้อสงสัย รัฐบาลหรือบริษัทเอกชนที่มารับงานต้องมีระบบการตรวจสอบภายในและต้องมีความรับผิดชอบต่อประชาชน

(4) การรวมกลุ่ม การเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรท้องถิ่น (Local Organization) ในการระดมทรัพยากรเพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นผลประโยชน์ร่วมกัน การรวมกลุ่มกันในชุมชนจะทำให้เสียงของคนจนในการเรียกร้องต่างๆ ดังขึ้นและได้รับความสนใจจากภาครัฐมากขึ้น Narayan ยังได้เสนออีกว่า การเสริมพลังนอกจากเริ่มจากข้างล่าง (Bottom up) แล้ว ต้องมีการหนุนเสริมจากข้างบน (Top down) ด้วย การหนุนเสริมจากข้างบนคือการปรับปรุงสถาบันที่เป็นทางการ (Formal Institutions) ได้แก่ กฎหมาย และองค์การของรัฐ รวมทั้งสถาบันที่ไม่เป็นทางการ (Informal Institutions) ได้แก่วัฒนธรรม ค่านิยม ให้เอื้อต่อการเสริมพลังด้วย

จากการศึกษาแนวคิดเรื่องการเสริมพลังและประสบการณ์ของประเทศกำลังพัฒนาในการแก้ปัญหาความยากจนสรุปได้ว่า การใช้กลยุทธ์เสริมพลังคนจนเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาอีกแบบหนึ่งซึ่งจะต้องดำเนินการหลายรูปแบบ สิ่งที่สำคัญของการเสริมพลังคนจนคือการเสริมพลังจากภายใน (power from within) หรือการเสริมจิตวิญญาณให้เข้มแข็ง (spiritual strength) ทำให้เกิดยอมรับและเคารพตนเอง (self-acceptance and self-respect) เชื่อมั่นตนเองว่ามีศักยภาพในการแก้ปัญหาที่ตนเผชิญอยู่ พลังของคนจะเกิดขึ้นได้โดยการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

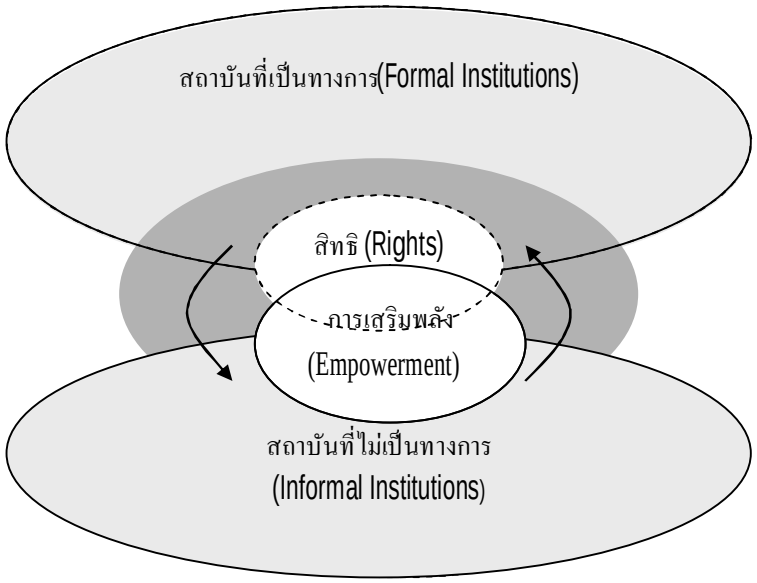
สิ่งที่ต้องเข้าใจให้ถูกต้องคือ การเสริมพลังเป็น “กระบวนการ” ที่ต้องใช้เวลาในการทำให้คนเกิดความตระหนักในศักยภาพของตน เกิดการพัฒนาทักษะในการควบคุมวิถีชีวิตของตน รวมทั้งเกิดการตระหนักถึงการสร้างพลังโดยการรวมกลุ่ม รัฐหรือองค์กรภาคประชาสังคมควรมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วย หรือผู้อำนวยความสะดวกให้มีการเสริมพลังให้กับประชาชนมากกว่าการแสดงบทบาทเป็นผู้ปรารถนาดี คิดแทน และทำแทนประชาชนในทุกๆ เรื่อง ซึ่งเป็นการทำลายศักยภาพของประชาชนมากกว่า

การเสริมพลังกับสิทธิมีความสัมพันธ์และส่งเสริมซึ่งกันและกัน *Alsop, Ruth (2004)* วิเคราะห์ว่า การเสริมพลังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงอำนาจใน 3 พื้นที่คือ ภายในสังคม ภายในรัฐ และระหว่างรัฐกับสังคม ภายใต้บริบทนี้ จะเป็นประโยชน์มากหากสร้างความแตกต่างของการเสริมพลังในด้านของสมรรถนะของคนจนจากมิติของสิทธิในการเปิดโอกาสให้มีการสร้างองค์กรของคนจนโดยรัฐจะต้องตระหนักถึงสิทธิของคนจนอย่างจริงจัง เพราะความไม่เท่าเทียมกันของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีอยู่ทำให้สิทธิของคนจนไม่เป็นจริงในทางปฏิบัติ ในทางตรงกันข้าม คนจนก็ต้องเสริมพลังให้กับตนเองในการใช้สิทธิที่มีอยู่เพื่อ

สร้างสมรรถภาพให้กับตนเองด้วย Alsop, Ruth ได้สรุปแนวคิดของเขาดังแผนภูมิที่ 1 ซึ่งแสดงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิทธิและการเสริมพลัง และการทับซ้อนกันในการปฏิบัติ

แผนภูมิที่ 2.1

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิและการเสริมพลัง



ที่มา : Alsop, Ruth (2004), p.72

แนวคิดการเสริมพลังเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ในหลายมิติ กล่าวคือ ในมิติทางจิตสำนึกของผู้ป่วยที่ไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ว่า การตัดสินใจร้องเรียนในสิทธิของตนหรือไม่มีความสัมพันธ์กับสถาบันที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการว่าจะมีบทบาทในการหนุนเสริมให้เกิดพลังหรือไม่เพียงใด การให้ข้อมูลข่าวสาร การเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม การเปิดโอกาสให้มีการตรวจสอบ และการรวมกลุ่ม ล้วนเป็นกระบวนการที่รัฐต้องเอื้อต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิและได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน

2.3 แนวคิดธรรรมมาภิบาล

ธรรมาภิบาล หรือ Good Governance เป็นคำที่ถูกนำมาใช้เป็นอย่างมากในสังคมไทยในช่วงระยะเวลาสิบปีมานี้ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ถูกนำมากล่าวถึงอย่างกว้างขวางทั้งในแวดวงวิชาการและประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระแสของการปฏิรูปการเมือง ปี พ.ศ. 2540 หลังจากเกิดเหตุการณ์วุ่นวายทางเศรษฐกิจ การเมือง จนเกิดกระแสเรียกร้องให้มีการปฏิรูปการเมืองทำให้มีรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนขึ้นมาอีกทั้งทางด้านเศรษฐกิจ หลังจากการประกาศ

ลดค่าเงินบาทจนทำให้เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งถือว่าเป็นการล่มสลายที่หนักหนาสาหัสที่สุดเหตุการณ์หนึ่งในประวัติศาสตร์ นอกจากนั้นวิกฤตการณ์ที่เกิดยังได้ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคมและอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย

ดังนั้นแนวคิด Good Governance จึงได้ถือกำเนิดขึ้นโดยเป็นความหวังว่าจะทำให้การแก้ไขปัญหาของประเทศเป็นไปอย่างถูกต้อง โปร่งใส เพื่อให้สังคมไทยเป็นดังอารยประเทศ โดยแนวคิดนี้ถูกนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมในองค์กรภาครัฐ และการปฏิรูประบบราชการ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ในภาครัฐ โดยการออกเป็น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542 นอกจากนั้น แนวคิดนี้ยังได้ถูกนำไปปรับใช้ในองค์กรภาคเอกชนอีกด้วยภายใต้ชื่อที่นิยมเรียกกันว่าบรรษัทภิบาล

คำว่า Good Governance ได้มีผู้แปลเป็นไทยต่างๆ เช่น กลไกลประชารัฐที่ดี, ธรรมราษฎร , ธรรมรัฐ, ธรรมภิบาล แต่ที่นิยมใช้กันมากคือ “ธรรมรัฐ” ซึ่งต่อมาเห็นว่าคำว่า “รัฐ” อาจจะทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นเรื่องของ “State” จึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า “ธรรมภิบาล” ซึ่งแปลว่าการอภิบาลหมายถึงการบริหารจัดการดูแลรักษาที่เป็นธรรม ซึ่งเป็นความหมายกลางๆ

ผู้จุดประกายเรื่องธรรมาภิบาลในสังคมไทยก่อนใครอื่น คือ ท่านพุทธทาส ภิกขุ ผู้เขียนหนังสือเรื่อง ธัมมาธิปไตย ที่เน้นการปกครองโดยธรรม เป็นความเป็นธรรมที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ที่พัฒนาการมาจากการปกครองแบบธรรมราชา โดยท่านพุทธทาสเห็นว่า “ประชาธิปไตยเกี่ยวเนื่องกับธรรมะ ถ้าขาดธรรมะแล้ว ..โลกจะเต็มไปด้วยปัญหาระบอบประชาธิปไตยที่ประชาชนเป็นใหญ่นั้นเกิดขึ้นไม่ได้จริง ... และถ้าประชาชนเป็นใหญ่มีสิทธิที่จะทำอะไรตามความต้องการ มันก็เลยเป็นประชาธิปไตยแห่งความเห็นแก่ตัว.... ประชาธิปไตยแห่งการยื้อแย่ง....มือใครยาวสาวได้สาวเอา...ไม่มีรัฐธรรมนูญไหนของประเทศไหนที่สามารถป้องกันความเห็นแก่ตัว โดยส่วนตัวของประชาชนแต่ละคนได้ .. . เนื้อแท้ของประชาธิปไตยจึงเป็น “ประโยชนาธิปไตย” คือ ประโยชน์ส่วนใหญ่ พรรคการเมืองในระบบนี้ก็เป็นพรรคประโยชนาธิปไตย คือมีประโยชน์แห่งพรรคการเมืองนั่นแหละเป็นใหญ่”

เหตุนี้ ประชาธิปไตยที่บริสุทธิ์ ต้องขึ้นอยู่กับธรรมะเป็นใหญ่ เรียกว่า ธัมมาธิปไตย สังคมจึงจะดีงามและอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข ธัมมธิปไตยที่เป็นไปตามกฎธรรมชาติ ควรเป็นรากฐานของประชาธิปไตยทุกชนิด และธัมมธิปไตยจะล้มเลิกความเป็นบุคคล เหลือแต่ตัวธรรมะ เพราะธรรมะคือตัวบุคคล มนุษย์จะมีระบบที่ควรประกอบด้วยธรรมะ และประกอบด้วยองค์กรหนึ่งสำหรับใช้อำนาจเพื่อการมีชีวิตอยู่ร่วมกัน ธัมมธิปไตยจึงเป็นระบอบการปกครองสูงสุด ซึ่งสร้างสำนึกมนุษย์ให้อยู่ร่วมกันโดยไม่เอารัดเอาเปรียบ เห็นแก่ประโยชน์ตน เป็นระบบที่ทุกคนเสียสละให้กัน เพื่อจิตสำนึกสูง จุดสุดยอดของการปกครองก็เกิดขึ้น นั่นคือ ไม่มีการปกครองหรือไร้การถูกปกครอง นี่เป็นปรัชญาหรืออุดมคติล้ำเลิศของตะวันออก *(**ขัตติยา กรรณสูต**, 2549 : 13-15)*

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (จดหมายเปิดผนึกจากที่ประชุมคณาจารย์รัฐศาสตร์, 8 สิงหาคม 2540) กล่าวว่า “ธรรมรัฐ หมายรัฐ หมายถึง การบริหารกิจการของบ้านเมืองด้วยความเป็นธรรม

เคารพสิทธิของผู้คนพลเมืองอย่างเสมอกัน มีระบบตัวแทนประชาชนที่สะท้อนความคิดของผู้คนได้อย่างเที่ยงธรรม มีรัฐบาลที่ไม่ถืออำนาจเป็นธรรม แต่ใช้อำนาจอย่างที่ประชาชนจะตรวจสอบได้ ตัวรัฐบาลเองก็มีความเอื้ออาทรต่อผู้คนสามัญเป็นอาภรณ์ประดับตน ไม่ดูถูกประชาชนด้วยการเอกความเท็จมาให้ และมีอารยะพอที่จะแสดงความรับผิดชอบหากบริหารงานผิดพลาดหรือไร้ประสิทธิภาพ"

นายแพทย์ประเวศ วะสี *(2541:4) กล่าวว่า* ธรรมรัฐ ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคสังคมที่มีความถูกต้อง เป็นธรรม โดยรัฐและธุรกิจต้องมีความโปร่งใส มีความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ และภาคสังคมเข้มแข็ง ธรรมรัฐแห่งชาติหมายถึงการที่ประเทศมีพลังขับเคลื่อนถูกต้องเป็นธรรม โดยการถักทอทางสังคมเพื่อสร้างพลังงานทางสังคม (Social Energy) เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของ*ประเทศชาติ*

อานันท์ ปันยารชุน กล่าวในระหว่างการปาฐกถาเรื่อง "ธรรมรัฐอนาคตของประเทศไทย" เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2541 อธิบายว่า ธรรมาภิบาล หรือธรรมรัฐนั้นให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเน้นการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้แน่ใจว่านโยบายที่กำหนดไว้จะได้ผล คือ มีบรรทัดฐานเพื่อให้แน่ใจว่ารัฐบาลสามารถสร้างผลงานตามที่สัญญาไว้กับประชาชน ดังนั้น จึงหมายรวมไปถึง ผลลัพธ์ของการจัดการกิจกรรมซึ่งบุคคลและสถาบันทั้งในภาครัฐและเอกชนมีผลประโยชน์ร่วมกันได้กระทำลงในหลายทาง มีลักษณะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่การผสมผสานผลประโยชน์ที่หลากหลายและขัดแย้งได้ อาจกล่าวได้ว่าโดยสาระ ธรรมรัฐ หรือ Good Governance ในความหมายของอานันท์ ให้ความสำคัญของกระบวนการโดยเน้นองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายที่กำหนดไว้จะได้ผล อานันท์ ปันยารชุน เสนอองค์ประกอบไว้ 8 อย่าง คือ

1. การใช้อำนาจรัฐต้องมีความรับผิดชอบ
2. การทำงานต้องมีหลักการ มีเหตุมีผลและมีความรับผิดชอบ
3. ต้องมีการมีส่วนร่วมของประชาชน
4. สามารถคาดการณ์ได้
5. มีความโปร่งใส
6. จะต้องมีความเชื่อมโยงขององค์ประกอบ(1) ถึง (5)
7. มีระบบกฎหมายที่ดี ใช้กฎหมายที่มีความเที่ยงธรรมอย่างแท้จริง และมีตุลาการที่เป็นอิสระ
8. มีสื่อมวลชนที่เป็นอิสระ

ธีรยุทธ บุญมี *(2541:17)* ให้ความหมาย ธรรมรัฐว่า คือ กระบวนการความสัมพันธ์ (Interactive Relation) ระหว่างภาครัฐและสังคม ภาคเอกชนและประชาชนทั่วไป ในการที่จะทำให้การบริหารราชการแผ่นดิน ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณธรรม โปร่งใส ยุติธรรม และ

ตรวจสอบได้ การบริหารประเทศที่ดีควรเป็นความร่วมมือแบบสื่อสารสองทาง ระหว่างรัฐบาล ประชาธิปไตยและฝ่ายสังคม เอกชน องค์การที่ไม่ใช่หน่วยงานรัฐ (NGOs) การบริการที่ดีจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีหลักคิดที่ว่า ทั้งประชาชน ข้าราชการ และผู้บริหารประเทศ เป็นหุ้นส่วนกันในการกำหนดชะตากรรมของประเทศ แต่การเป็นหุ้นส่วนไม่ใช่ว่าจะเกิดธรรมรัฐ หรือ Good Governance ขึ้นมาได้ หากจะต้องมีกฎเกณฑ์กติกาที่จะเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม และการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย (Shared Policy Making) และการจัดการตนเอง (Self-Management) ของภาคสังคมเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและเป็นธรรมมากขึ้น

พิทยา ว่องกุล (อ้างถึงใน นฤมล ทับจุมพล, 2541: 84-85) กล่าวถึง ธรรมรัฐว่า หมายถึง การประสานร่วมมือระหว่างภาครัฐ-สังคม-เอกชน ให้เกิดการปกครอง การบริหารประเทศที่โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้ และประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากรากเหง้าของปัญหาสังคมไทยหมักหมมมาตั้งแต่ระบบการเมือง ราชการ เทคโนแครต และภาคธุรกิจ ในขณะที่ภาคประชาชนอ่อนแอ ไม่มีความรู้พอที่จะตรวจนโยบายและการดำเนินงานของทุกภาคได้ ทางแก้จึงต้องปฏิรูประบบต่างๆในสังคม แทนที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะลุกขึ้นมาเรียกร้องให้อีกฝ่ายปฏิรูป กลับเป็นข้อเรียกร้องให้บุคลากร สถาบัน องค์กรทางการเมืองและสังคม ลุกขึ้นมาผนึกกำลังกันโดยไม่จำเป็นต้องจัดตั้งเป็นองค์กรทางการแต่เป็นรูปแบบความร่วมมืออย่างแข็งขัน ช่วยกันสร้างกำลังใจ ความรู้ คุณธรรม และความหวังให้แก่ผู้คนที่กำลังเผชิญความทุกข์ โดยใช้แนวทางสายกลาง คือการพึ่งพาตนเองและเสริม “วิญญาณไทยใจสากล”

สุชาติ บำรุงสุข (อ้างถึงในนฤมล ทับจุมพล, 2541: 177) ให้คำอธิบายว่า: ธรรมรัฐประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา (Participatory Development) และ 2) หน้าที่การบริหารและบริการภาครัฐ (Administrative and Service Functions) ซึ่งส่วนหลังแยกเป็น 5 องค์ประกอบของภาครัฐบาล คือ 1) ความชอบธรรมของรัฐบาล 2) การตรวจสอบได้ 3) การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน 4) การกระจายอำนาจ และ 5) การควบคุมทหารโดยพลเรือน

ภาคราชการได้เริ่มดำเนินการสร้าง Good Governance ขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือ ได้มีระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ.2542 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม) โดยระเบียบนี้มีผลใช้บังคับกับหน่วยงานของรัฐตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม 2542 เป็นต้นมา ซึ่งระเบียบนี้กำหนดให้ทุกหน่วยงานของรัฐ ดำเนินการบริหารจัดการโดยยึดหลักการ 6 ประการได้แก่ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม และหลักความคุ้มค่า โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) หลักนิติธรรม ได้แก่ การตรากฎหมาย กฎข้อบังคับต่างๆ ให้ทันสมัยและเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม และสังคมยินยอมพร้อมใจปฏิบัติตามกฎหมาย กฎข้อบังคับเหล่านั้น โดยถือว่าเป็นการปกครองภายใต้กฎหมายมิใช่ตามอำเภอใจหรืออำนาจของตัวบุคคล

2) หลักคุณธรรม ได้แก่ การยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม โดยรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐยึดถือหลักนี้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นตัวอย่างแก่สังคมและส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาตนเองไปพร้อมกัน เพื่อให้คนไทยมีความซื่อสัตย์จริงใจ ขยัน อดทน มีระเบียบวินัย ประกอบอาชีพสุจริตจรเป็นนิสัยประจำชาติ

3) หลักความโปร่งใส ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในชาติโดยปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กรทุกวงการให้มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ได้สะดวกและมีกระบวนการให้ประชาชนตรวจสอบความถูกต้องได้ชัดเจน

4) หลักการมีส่วนร่วม ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และเสนอความเห็นในหารตัดสินใจปัญหาสำคัญของประเทศ ไม่ว่าด้วยการแจ้งความเห็น การไต่สวนสาธารณะ การประชาพิจารณ์ การแสดงประชามติหรืออื่นๆ

5) หลักความรับผิดชอบ ได้แก่ การตระหนักในสิทธิหน้าที่ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม การใส่ใจปัญหาสาธารณะของบ้านเมืองและกระตือรือร้นในการแก้ปัญหาตลอดจนเคารพในความเห็นที่แตกต่างกัน

6) หลักความคุ้มค่า ได้แก่ การบริหารจัดการ และการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวมโดยรณรงค์ให้คนไทยมีความประหยัด ใช้ของอย่างมีคุณค่า สร้างสรรค์สินค้า บริการที่มีคุณภาพสามารถแข่งขันได้ในเวทีโลกและรักษาพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติให้สมบูรณ์ยั่งยืนสำหรับภาคเอกชนและภาคประชาสังคม การสร้าง Good Governance ให้เกิดขึ้นนั้น ยังไม่มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง รวมทั้งประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างดีพอ จึงทำให้กลไกการตรวจสอบและการกำกับดูแลการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิด Good Governance ขึ้น

แนวคิดธรรมมาภิบาลจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้โดยตรง โดยเฉพาะหลักทั้ง 6 ประการของธรรมาภิบาลสามารถใช้เป็นหลักในการวิเคราะห์และประเมินการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อผู้ร้องเรียนว่าเป็นไปตามหลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า หรือไม่ เพียงใด

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม

แม้ว่าเรื่องการมีส่วนร่วมจะเป็นหลักที่สำคัญประการหนึ่งในแนวคิดธรรมาภิบาลก็ตาม แต่การแยกเรื่องการมีส่วนร่วมเป็นอีกแนวคิดหนึ่งก็ยังเป็นเรื่องที่จำเป็นเพราะแนวคิดเรื่องการมีส่วนกำลังได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกในศตวรรษนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีการปกครองในระบอบประชาธิปไตยต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายต่างๆ รวมทั้งการบริหารประเทศ

แนวคิด “การมีส่วนร่วม” ได้ถูกอธิบายในหลายมิติทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก ความหมายในเชิงกว้างซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่ใช่การมีส่วนร่วมที่แท้จริงให้ความหมายของ

การมีส่วนร่วมว่า "คือ*การให้ประชาชนเข้ามาร่วมโครงการพัฒนาของภาครัฐ*" ซึ่งมักจะเริ่มจากการมารับทราบว่ารัฐหรือหน่วยงานของรัฐมีโครงการพัฒนาอะไร ประชาชนต้องทำอะไร และจะได้รับประโยชน์อะไร การให้ความหมายอย่างกว้างๆ เช่นนี้ ประชาชนเป็นเพียง "ตัวประกอบ" รัฐหรือข้าราชการยังคงเป็น "พระเอก" ที่เป็นผู้กำหนดทิศทางหรือความเป็นไปของการพัฒนา ประชาชนมีหน้าที่มารับทราบและเข้าร่วมตามทิศทางที่รัฐคิด และวางแผนไว้เรียบร้อยแล้ว

ส่วนความหมายในเชิงลึก การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการที่ประชาชนเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในการพัฒนา ประชาชนจะต้องร่วมตั้งแต่ คิด ตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการ ติดตามประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ การให้ความหมายดังกล่าวจะทำให้ประชาชนมิใช่ "ตัวประกอบ" แต่มีสถานภาพ มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับภาครัฐที่จะร่วมขับเคลื่อนสังคม และประเทศชาติให้เป็นไปในทิศทางที่ปรารถนาร่วมกัน

*International Association for Public Participation (**อ้างถึงใน ถวิลวดี บุรีกุล. 2550**)* ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. **การให้ข้อมูลข่าวสาร** ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่จะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ

2. **การรับฟังความคิดเห็น** เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่างๆ

3. **การเกี่ยวข้อง** เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการกำหนดนโยบาย

4. **ความร่วมมือ** เป็นการให้กลุ่มประชาชนมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

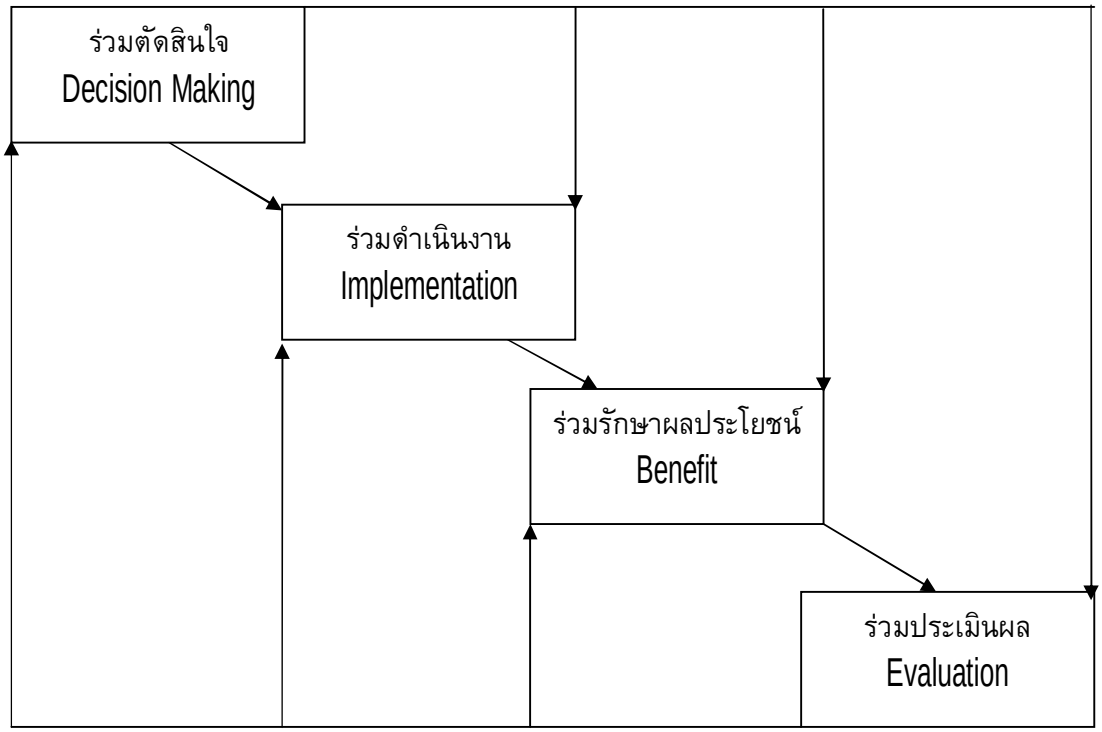
5. **การเสริมอำนาจแก่ประชาชน** เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ

ในภาคราชการ การส่งเสริมการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ถือได้ว่าเป็นเงื่อนไข และเป็นกุญแจดอกสำคัญของความสำเร็จของการพัฒนาระบบราชการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน และเอื้อต่อประโยชน์สุขของประชาชน เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุน และส่งเสริมให้ระบบราชการมีพลังในการพัฒนาประเทศอย่างสร้างสรรค์ อันเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาระบบราชการยุคใหม่ที่เป็นราชการระบบเปิด

*Cohen & Uphoff (1980, p. 219-222 **อ้างถึงใน ถวิลวดี บุรีกุล. 2550**)* ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) (3) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ (Benefit) (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งสรุปเป็นแผนภูมิเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังแผนภูมิที่ 2.2

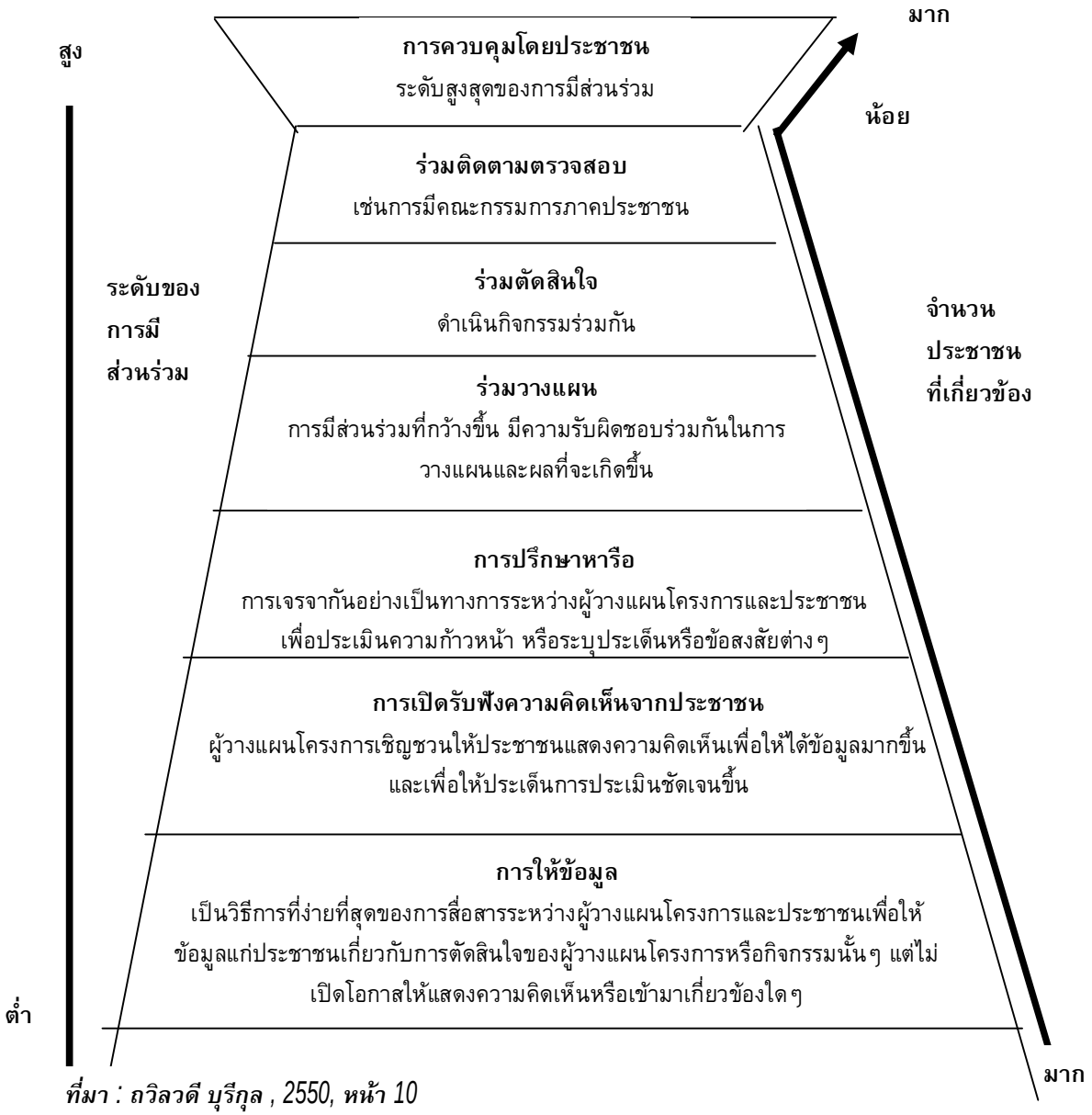
แผนภูมิที่ 2.2

แสดงระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen Uphoff



ถ้าประชาชนมีส่วนร่วมมากรัฐบาลก็มีอำนาจน้อยลง ในทางกลับกันถ้าประชาชนมีส่วนร่วมน้อย รัฐบาลก็จะมีอำนาจมาก แต่เป็นอำนาจที่ไม่มั่นคง วิธีการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ และความละเอียดอ่อนของการแบ่งเป็นสำคัญ ***ถวิลวดี บุรีกุล*** *(2550 : 7-9)* แบ่งลำดับขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาสูงสุดออกเป็น 7 ระดับ ดังแผนภูมิที่ 2.3

แผนภูมิที่ 2.3
แสดงระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน



ที่มา : ถวิลวดี บุรีกุล , 2550, หน้า 10

จำนวนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับระดับการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวน ประชาชนที่เข้าร่วมจะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงเพียงใด จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่ (1) ระดับการให้ข้อมูล (2) ระดับการเปิดรับฟังความคิดเห็น (3) ระดับการปรึกษาหารือ (4) ระดับการวางแผนร่วมกัน (5) ระดับการร่วมปฏิบัติ (6) ระดับร่วมติดตามตรวจสอบ (7) ระดับการควบคุมโดยประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญในการสร้างสังคมที่มีความเป็นประชาธิปไตย ช่วยส่งเสริมธรรมาภิบาล ช่วยให้การบริหารงานมีความโปร่งใส นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของประชาชนยังเป็นการสร้างความมั่นใจว่าเสียงของประชาชนจะมีคนรับฟัง รวมทั้งความต้องการหรือความปรารถนาของประชาชนจะได้รับการตอบสนอง

แนวคิดการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องโดยตรงกับงานวิจัยครั้งนี้ เพราะวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งของการวิจัยคือ *เพื่อประเมินศักยภาพและผลสัมฤทธิ์ของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่นในระยะยาว* บทบาทของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนจึงเป็นบทบาทของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นรูปธรรม โดยได้รับการสนับสนุนงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ศูนย์ประสานงานฯ เกิดจากความร่วมมือของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนทั่วประเทศ ที่เคยรวมตัวกันผลักดัน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ ดำเนินงานโดยเครือข่ายองค์กรประชาชนที่หลากหลายและมีการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ของตนเองมาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการติดตามการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานฯ ควบคู่ไปกับงานเดิมของแต่ละองค์กร *(**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**, 2550 : 2)* จึงควรทำการศึกษาว่า ในขั้นปฏิบัติการเพื่อสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้กับประชาชนนั้น ศูนย์ประสานงานฯ มีส่วนร่วมหรือไม่ เพียงใด

2.5 แนวคิดการจัดการความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์

เป็นที่ประจักษ์โดยทั่วไปว่า แม้ประเทศไทยจะเป็นประเทศที่คนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ที่เคร่งครัดในการถือศีล การมีเมตตาธรรมต่อเพื่อนมนุษย์ การบริจาคทานแก่ผู้ยากไร้ แต่สังคมไทยกลับมีความขัดแย้งที่รุนแรงและนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น การจัดการความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากไม่มีการจัดการแก้ไขความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมที่มีการแก้ปัญหาด้วยความรุนแรง รวมทั้งจะเกิดการแบ่งขั้ว แบ่งฝ่าย เป็น ผู้ชนะ - ผู้แพ้ สังคมก็จะไม่สงบสุข และจะไม่เกิดการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ

จากการศึกษาเอกสารต่างๆ ที่กล่าวถึงเรื่องความขัดแย้งพบว่า มีการให้ความหมายและแนวทางการแก้ความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ดังนี้

2.5.1 ความหมายของความขัดแย้ง

***สมยศ นาวีการ** (2545 : 254-255-259)* กล่าวว่า ความขัดแย้งคือการโต้เถียงหรือการต่อสู้ระหว่าง 2 ฝ่าย ที่แสดงออกมาอย่างเปิดเผย ด้วยการเป็นศัตรูและ/หรือการแทรกแซงอย่างจงใจในการบรรลุถึงเป้าหมายของบุคคลหรือการต่อต้านอยู่เฉยๆ

ความขัดแย้ง เกิดจากการที่คน 2 ฝ่ายมองความจริงคนละด้าน หรือการเห็นจำเพาะบางแห่งบางความหมายของสิ่งที่เห็น ข้อเท็จจริงที่แต่ละฝ่ายรับรู้หรือนึกว่ารู้นั้นจึงแตกต่างกันไป

ความขัดแย้งระหว่างบุคคลและความขัดแย้งระหว่างกลุ่มเกิดขึ้นในสังคมถือเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ทางด้านสังคม ความขัดแย้งมีทั้งผลดีและผลเสีย ผลกระทบในทางลบของความขัดแย้งอาจจะสืบเนื่องมาจากการติดต่อสื่อสาร ความยืดเหนี่ยว และความร่วมมือได้ถูกทำลายไป ผลกระทบทางด้านบวก ถ้าหากสังคมขาดความขัดแย้งในบางอย่างแล้ว สังคมอาจจะประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมได้ ที่สำคัญคือ ความขัดแย้งเป็นแหล่งที่มาของแรงจูงใจในการพัฒนาวิธีการใหม่ๆ ขึ้นมาได้

ความขัดแย้งเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุหลายอย่าง สาเหตุที่สำคัญของความขัดแย้งมีอยู่ 6 อย่าง คือ (1) การแข่งขันเรื่องทรัพยากร (2) การไม่ยอมขึ้นต่อกัน ต่างคนต่างก็มีศักดิ์ศรี (3) ความคลุมเครือของขอบเขตของอำนาจหน้าที่ (4) สภาพไม่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดการคุกคามกันโดยไม่รู้ตัว โดยเฉพาะคนที่ด้อยกว่า (5) การติดต่อสื่อสารไม่ชัดเจน ทำให้เข้าใจไปคนละแนว และ (6) คุณลักษณะของบุคลากร นิสัยส่วนตัว เป้าหมาย ค่านิยม ความคิด ความอิจฉาริษยา เห็นแก่ตัว กลัวเสียหน้า ศักดิ์ศรีมากเกินไป ความขัดแย้งหลายอย่างอาจจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุมากกว่า 1 อย่าง

2.5.2 การแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สมยศ นาวีการ (อ้างแล้ว) กล่าวว่า ความขัดแย้งถูกให้ความหมายว่าเป็นปัญหาร่วมกัน และแต่ละฝ่ายต้องร่วมมือในการค้นหาทางเลือกแก้ปัญหาที่ตอบสนองความพอใจของทุกฝ่าย ในระหว่างการแก้ปัญหาร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง ความต้องการ และความรู้สึกต้องเป็นไปอย่างเปิดเผย จะเป็นไปไม่ได้ถ้าหากว่าทั้ง 2 ฝ่ายไม่ไว้วางใจระหว่างกัน แต่ละฝ่ายจะไม่ยอมเปิดเผยความพอใจและความต้องการอย่างแท้จริง ถ้าหากว่าฝ่ายหนึ่งคาดหมายว่าอีกฝ่ายหนึ่งใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวนี้ และให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องกลับคืนมา ดังนั้นเงื่อนไขอย่างหนึ่งที่กำหนดขึ้นมาก่อนการแก้ไขปัญหาร่วมกันคือระดับความเชื่อมั่นอย่างต่ำ

ระเบียบวิธีการปฏิบัติของการแก้ปัญหาร่วมกัน คือ

1. การกำหนดปัญหาควรจะเป็นความพยายามร่วมกันเพื่ออยู่บนพื้นฐานของการค้นหาข้อเท็จจริงร่วมกัน แทนที่จะอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้อย่างลำเอียงของแต่ละฝ่าย ทั้งสองฝ่ายควรจะมีเวลาในการสำรวจปัญหาอย่างเพียงพอร่วมกัน

2. ปัญหาควรจะกำหนดเป็นเฉพาะอย่าง และประเด็นของการตกลงในเป้าหมายและความเชื่อของฝ่ายต่างๆ ในตอนแรกควรจะระบุพร้อมกันไปกับความแตกต่าง

3. แต่ละฝ่ายควรจะทำงานร่วมกันในการสร้างทางเลือกแก้ปัญหา ถ้าหากว่าเป็นไปไม่ได้แต่ละฝ่ายควรจะเสนอขอบเขตของทางเลือกแก้ปัญหาที่ยอมรับ แทนที่จะสนับสนุนทางเลือกแก้ปัญหาที่ดีที่สุดสำหรับพวกเขา โดยละเลยทางเลือกปกปิดทางเลือกแก้ปัญหาอื่น ๆ ที่เป็นไปได้

4. เมื่อมีทางเลือกแก้ปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์ร่วมกันสูงสุด แต่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ควรจะค้นหาแนวทางบางอย่างเพื่อให้ผลประโยชน์พิเศษกับอีกฝ่ายหนึ่ง ทางเลือกแก้ปัญหาจึงจะมีความเสมอภาค

5. ข้อตกลงทุกอย่างของปัญหาที่แยกจากกันควรจะพิจารณาว่าเป็นข้อตกลงชั่วคราวก่อน จนกระทั่งปัญหาทุกอย่างได้แก้ไขหมดแล้ว เนื่องจากว่าปัญหาบางอย่างเกี่ยวพันระหว่างกันและไม่สามารถยุติได้อย่างดีที่สุดโดยอิสระได้

ต้องเข้าใจว่าความสำเร็จของการแก้ปัญหาร่วมกันไม่ได้ถูกรับประกันโดยการใช้ระเบียบวิธีการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ ความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาร่วมกันขึ้นอยู่กับความร่วมมือและความคิดสร้างสรรค์ของแต่ละฝ่ายร่วมกัน

ระเบียบวิธีปฏิบัติที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาร่วมกันส่วนใหญ่จะไม่สอดคล้องกับวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการบังคับหรือการต่อรอง การข่มขู่และการทำโทษจะไม่สอดคล้องกับการสร้างบรรยากาศของความร่วมมือและความไว้วางใจ การข่มขู่และการหลอกลวงที่ใช้ในการเจรจาต่อรองจะไม่สอดคล้องกับการเปิดเผยความต้องการและความพอใจ และการมีส่วนร่วมในข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง เนื่องจากว่าเราไม่สามารถใช้วิธีการบังคับและการเจรจาต่อรองในขณะเดียวกับการแก้ปัญหาร่วมกันได้ แต่ละฝ่ายควรจะพิจารณาว่าวิธีการโดยทั่วไปอะไรที่เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง แทนที่จะใช้วิธีการหลายอย่างที่ไม่สอดคล้องกัน

2.5.3 การสอดแทรกของฝ่ายที่ 3

สมยศ นาวีการ (อ้างแล้ว) กล่าวว่า การสอดแทรกของฝ่ายที่ 3 เมื่อฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งไม่เต็มใจเจรจาต่อรอง หรือหมดประตูในการต่อรอง ฝ่ายที่ 3 อาจจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือทั้งสองฝ่ายยุติความขัดแย้งได้ ฝ่ายที่ 3 อาจจะถูกเชิญหรือเข้ามาสอดแทรกโดยฝ่ายที่ขัดแย้ง หรือริเริ่มด้วยตัวของเขาเอง แบบของการสอดแทรกโดยฝ่ายที่ 3 ที่สำคัญคือ (1) การใช้อนุญาโตตุลาการ (2) การประนีประนอม (3) การให้คำแนะนำปรึกษา แต่ละแบบของการสอดแทรกมีคุณลักษณะแตกต่างกัน และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ของความขัดแย้งบางอย่างเท่านั้น

การใช้อนุญาโตตุลาการ การใช้อนุญาโตตุลาการเป็นระเบียบวิธีการปฏิบัติที่ฝ่ายที่ 3 ต้องรับฟังทุกฝ่ายที่ขัดแย้งกันและเป็นผู้พิพากษาตัดสินข้อตกลงที่ทุกฝ่ายต้องปฏิบัติตาม การใช้อนุญาโตตุลาการเป็นแนวทางที่เป็นระเบียบอย่างหนึ่ง ในการยุติการโต้แย้ง อนุญาโตตุลาการจะมีประสิทธิภาพในการหาข้อตกลง ถ้าหากเขาได้รับการบอกกล่าวปัญหาของความขัดแย้งเป็นอย่างดี

การประนีประนอม ผู้ประนีประนอมจากหน่วยงานของรัฐบาลมักจะถูกเชิญเข้ามาสอดแทรกโดยฝ่ายบริหารเมื่อพวกเขาไม่สามารถตกลงกันในสัญญาใหม่ได้ ผู้ประนีประนอมไม่เหมือนกับอนุญาโตตุลาการ ผู้ประนีประนอมไม่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงต่อฝ่ายที่ขัดแย้งกัน และ

ข้อเสนอแนะไม่ได้เป็นข้อผูกมัดว่าทั้ง 2 ฝ่ายต้องปฏิบัติตามด้วยดังนั้นความสำเร็จของผู้ประนีประนอมจึงขึ้นอยู่กับความเชื่อถือ เกียรติยศ และความเข้าใจของฝ่ายที่ขัดแย้งกัน

ประโยชน์อย่างหนึ่งที่ได้จากผู้ประนีประนอมในการยุติความขัดแย้งคือ สร้างการติดต่อสื่อสารที่หยุดลงขึ้นมาใหม่ ผู้ประนีประนอมสามารถใช้ความพยายามชักชวนแต่ละฝ่ายเจรจากันต่อไปอีกได้ ผู้ประนีประนอมช่วยเหลือในการแลกเปลี่ยนการยินยอมอีกด้วย ผู้ประนีประนอมจะพยายามค้นหาว่าอะไรที่ฝ่ายหนึ่งคาดหมายว่าต้องได้รับการยินยอมบางอย่างและเสนอการยินยอมดังกล่าวนี้แลกเปลี่ยนกับอีกฝ่ายหนึ่ง

การให้คำปรึกษาในกระบวนการจัดการความขัดแย้ง เป็นแบบของการสอดแทรกที่ค่อนข้างใหม่โดยฝ่ายที่ 3 และแตกต่างไปจากการใช้อนุญาโตตุลาการและการประนีประนอมในหลายด้าน เป้าหมายของผู้ให้คำแนะนำปรึกษา คือการปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ฝ่ายให้ดีขึ้นและพัฒนาความสามารถของพวกเขาในการยุติความขัดแย้งด้วยตนเองของพวกเขาเองอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต ผู้ให้คำแนะนำปรึกษาไม่มีอำนาจในการตัดสินใจชี้ขาดความขัดแย้งใดๆ ที่มีอยู่ด้วย ในทางตรงกันข้ามผู้ให้คำแนะนำปรึกษาจะใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่ถูกออกแบบขึ้นมาเพื่อให้แต่ละฝ่ายตระหนักถึงการรับรู้ที่บิดเบือน และพฤติกรรมที่ผลเสียที่ขัดขวางต่อการยุติความขัดแย้ง นอกจากนี้ผู้ให้คำแนะนำปรึกษาจะให้แนวทางกับแต่ละฝ่ายในการใช้การแก้ปัญหาและการหาข้อเท็จจริงร่วมกัน และเขาอาจจะจัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะของการแก้ปัญหาร่วมกันให้กับแต่ละฝ่ายด้วย

2.5.4 การไกล่เกลี่ย *(สมยศ นาวีการ, 2545 : 260)*

สมยศ นาวีการ *(2545 : 260)* กล่าวว่า การไกล่เกลี่ยมีอยู่หลายอย่างที่แต่ละฝ่ายสามารถใช้การไกล่เกลี่ยเพื่อปรับปรุงความสัมพันธ์กับอีกฝ่ายหนึ่งให้ดีขึ้น วิธีการไกล่เกลี่ยที่สำคัญ คือ

1. แสดงออกถึงความต้องการความร่วมมือและความสัมพันธ์ ที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับฝ่ายหนึ่ง
2. หลีกเลี่ยงการกล่าวหา การข่มขู่ การวิจารณ์ที่ทำความเสียหายกับอีกฝ่ายหนึ่ง
3. เสนอความช่วยเหลือกับอีกฝ่ายหนึ่ง
4. ย้ำถึงคุณลักษณะร่วมกันและความสนใจของทั้ง 2 ฝ่าย
5. แสดงความยินดีและความเคารพนับถือในความสำเร็จของอีกฝ่ายหนึ่ง ไม่เสนอความแตกต่างของค่านิยมหรือความเชื่อขึ้นมา

2.5.5 การไกล่เกลี่ยเชิงพุทธ

พระไพศาล วิสาโล *(2541 : 44-52)* กล่าวถึงแนวคิดเรื่องการแก้ไขความขัดแย้งว่าเป็นศาสตร์ที่มีการพัฒนามากในตะวันตก ซึ่งต้องนำมาเชื่อมกับแนวคิดหรือภูมิธรรมดั้งเดิม คือ แนวคิดทางพุทธศาสนาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมไทย เป็นการส่งเสริมให้เกิดการผสมผสาน หรือการกลมกลืนให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพื่อให้วิธีนี้หยั่งรากลึกในสังคมไทย มิใช่เป็นเพียงแค่ของแปลกปลอม

พระไพศาล กล่าวว่า วิธีการที่ใช้แก้ความขัดแย้งในสังคมไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือ วิธีแรกคือการใช้อำนาจ วิธีที่สองคือการใช้เงินแก้ปัญหา ถึงเวลาแล้วที่เราจะต้องให้ความสนใจกับวิธีที่สาม นั่นคือแสวงหาความร่วมมือจากสังคม จากประชาชน โดยเฉพาะคนท้องถิ่น ปัญหาทุกวันนี้ ไม่ว่าที่ไหน แก้ไม่ได้ถ้าสังคมไม่ร่วมมือ ความร่วมมือจากสังคมไม่ได้หมายถึงการร่วมมือกับรัฐเท่านั้น รัฐเองก็ต้องลงมาหาชาวบ้านด้วยวิธีนี้อาจจะใช้เวลา

พระไพศาล กล่าวถึงหลักการไกล่เกลี่ยแบบพุทธ ว่า บางท่านอาจจะสงสัยว่าพุทธศาสนาเกี่ยวข้องอะไรกับการไกล่เกลี่ย เพราะว่าตามความเข้าใจของเรา เรามักจะเข้าใจว่าพุทธศาสนาเน้นเรื่องอุเบกขาหรือความวางเฉย แต่ที่จริงไม่ใช่ ที่จริงแล้วพระพุทธศาสนาส่งเสริมให้คนดีกัน ไม่ใช่แค่วางเฉยเวลามีความขัดแย้ง ถึงแม้ว่าเราจะมีคำพังเพยหลายอย่าง เช่น เอาหูไปนาเอาตาไปไร่ หรือ ว่าพูดไปสองไพเบี้ย นิ่งเสียตำลึงทองนั้น คำพังเพยเหล่านี้ไม่สอดคล้องกับหลักพุทธศาสนา พุทธศาสนาเห็นว่าเมื่อมีความขัดแย้งต้องหาทางทำให้คืนดี พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า

" เมื่อคนเหล่าอื่นขัดแย้งกันอยู่ ผู้ใดพยายามประสานให้เขาคืนดีกันผู้นั้นได้ชื่อว่าเป็นคนมีความรับผิดชอบ เป็นผู้จัดธุระที่ยอดเยี่ยม"

พระพุทธเจ้าทรงสรรเสริญคนที่พยายามให้มีความคืนดีกัน ถ้ามีความขัดแย้งแล้ว ถืออุเบกขาอันนั้นถือว่าไม่สอดคล้องกับหลักพุทธศาสนา

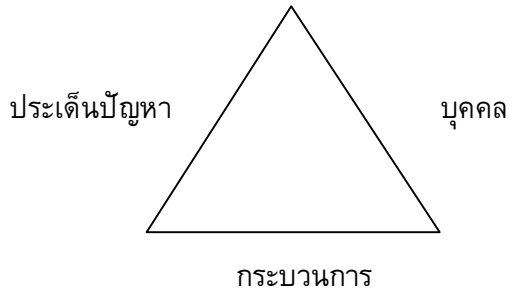
ในพุทธประวัติหลายครั้งที่พระพุทธองค์เป็นผู้ไกล่เกลี่ย หลายท่านคงทราบดีว่าสมัยหนึ่งพวกศากยะกับโกลิยะเคยจะทำสงครามกันเพื่อแย่งน้ำ พระองค์ก็ไปห้าม พระเจ้าวิฑูฑภะโอรสพระเจ้าปเสนทิโกศลเคยคิดจะยกทัพไปทำลายพวกศากยะที่กรุงกบิลพัสดุ์ ซึ่งเป็นพระญาติของพระพุทธองค์ พระองค์ก็เข้าไปห้ามเช่นกัน บางครั้งพระองค์ถึงกับกล่าวตำหนิพระอานนท์ที่วางเฉย มีคราวหนึ่งพระอุทายีได้จ้วงจาบพระสารีบุตร แล้วพระองค์นิ่งเฉย พระองค์ก็เลยตรัสอย่าลืมว่าตอนนั้นพระอานนท์เป็นโสดาบันแล้ว พระพุทธองค์ตรัสว่า

"ดูกร อานนท์ ไฉนพวกเธอจึงวางเฉยกับพระภิกษุผู้เถระซึ่งถูกเบียดเบียนอยู่ (คือถูกจ้วงจาบ) เพราะความการุณย์หรือความกรุณาย่อมไม่เกิดขึ้นจากการปล่อยให้ภิกษุผู้เถระถูกเบียดเบียน"

พระพุทธองค์ทรงเห็นว่าเรื่องแบบนี้วางเฉยไม่ได้ พุทธศาสนาไม่วางเฉยเมื่อมีความขัดแย้ง ต้องเข้าไปแก้ไข เพราะถือเป็นกิจกรรมส่วนรวม เป็นประโยชน์ นี่ประการที่หนึ่ง ประการที่สอง หลักการของพุทธให้ความสำคัญกับสิ่งที่เราเรียกว่า อกุศลมูล

ความขัดแย้งและการแก้ไขความขัดแย้งนั้นมี 3 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่หนึ่งคือประเด็นหรือข้อเรียกร้อง องค์ประกอบที่สองก็คือ บุคคลหรือข้อขัดแย้ง และองค์ประกอบที่สามก็คือกระบวนการหรือปฏิสัมพันธ์ เช่น การตอบโต้กัน การเผชิญหน้ากัน การใช้ความรุนแรงต่อกัน หรือการเจรจาต่อกัน

แผนภูมิที่ 2.4
องค์ประกอบของการแก้ไขความขัดแย้ง

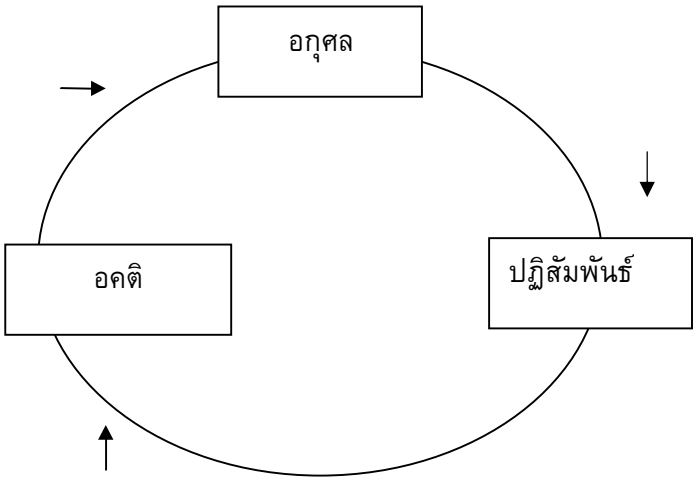


ประเด็นปัญหา มีหลายแง่ เช่น อาจจะเป็นเรื่องผลประโยชน์ทางวัตถุ เช่นเงินชดเชย อาจเป็นเรื่อง**อำนาจหรือศักดิ์ศรี** เช่น 2-3 ปีก่อน พจนานุกรม LONGMAN พูดถึงกรุงเทพฯ ว่าเป็นแหล่งโสเภณี ก็มีการประท้วงกัน มีการขัดแย้งกันขึ้นมา อันนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของประเทศชาติ ประเด็นปัญหาในบางแง่อาจจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ**ความคิดเห็น ความเชื่อ** เช่น เรื่องเกี่ยวกับศาสนาเมื่อปีที่แล้วก็มีการจุดประเด็นว่า ควรจะให้พุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติหรือไม่นี่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือความเชื่อ หรืออาจมีกรณีโต้เถียงกันว่านักศึกษาควรแต่งกายอย่างไรดี ที่จุฬาอาจารย์บอกว่านักศึกษาควรจะนุ่งกระโปรงให้ยาว ๆ หน่อย นักศึกษาบอกว่าไม่ยอม ถือว่าขัดเสรีภาพ นี่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความเห็น ความเชื่อ ในทางพุทธศาสนามีคำสำหรับพวกนี้ ถ้าเป็นเรื่องผลประโยชน์ทางวัตถุมันเป็นเรื่องเกี่ยวกับ **ตัณหา อำนาจ ศักดิ์ศรี**จะเกี่ยวข้องกับเรื่องมานะ ความเชื่อมั่นเป็นเรื่องของทิฏฐิ ตัณหา มานะ ทิฏฐิ คือปัญหา จะเรียกว่าเป็นกิเลสก็ได้ เวลาคนมีความขัดแย้งกันขึ้นมา ถ้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นโดยอาศัยแรงจูงใจ 3 ประการที่ว่า ก็มักจะเกิดความขัดแย้งรุนแรงขึ้นและแก้ไขลำบาก

อันที่สองเรื่อง**บุคคล** เรื่องบุคคลมักจะหนีไม่พ้นเรื่องโลภะ โทสะ โมหะ คนไทยคุ้นกับคำว่า อคติ เช่น โทสาคติ ความลำเอียงเพราะโกรธ โมหาคติ ความลำเอียงเพราะหลง ภยาคติ ความลำเอียงเพราะกลัว จริง ๆ มีความลำเอียงเพราะชอบหรือ ฉันทาคติ แต่ว่าฉันทาคติมักจะไม่ค่อยเกี่ยวข้องโดยตรงกับความขัดแย้งเท่าไร

ส่วน**กระบวนการหรือปฏิสัมพันธ์** ก็เช่นว่า แต่ละฝ่ายเกี่ยวข้องกันอย่างไร เจรจาด้วยอารมณ์โกรธใช้ถ้อยทีที่สุภาพโปร่งใสหรือเปล่า หรือคิดแต่เอาชนะ การะบวนการเหล่านี้ มันก็ปรุงแต่งไปด้วย โลภะ โทสะ โมหะ

แผนภูมิที่ 2.5
วัฏจักรของปัจจัยแห่งความขัดแย้ง



อกุศล เปรียบเสมือนกับตัวที่ทำให้ประเด็นหรือความขัดแย้งมีความขุ่นมัวมึนทึม ทำให้ทุกอย่างยืดเยื้อไปหมด ขอให้นึกถึงเขื่อนปากมูล นึกถึงกรณีแก่งเสือเต้น นึกถึงกรณีท่อก๊าซพม่ากรณีเหล่านี้ยืดเยื้อเพราะบุคคลมีอคติต่อกัน อกุศลมูล หรือ โลภ โกรธ หลง ยังทำให้ประเด็นปัญหาบานปลาย จำกรณีไทยซัมมิทได้ไหม เดิมเป็นการประท้วงเรื่องค่าแรง ประท้วงไปประท้วงมาเกิดตีกันพอตีกันเกิดอะไรขึ้นมา ประเด็นก็เปลี่ยน กลายเป็นเรื่องเจ้าหน้ารัฐรังแกชาวบ้าน ประเด็นมันเปลี่ยนไปเลย มีหลายครั้งที่ประเด็นเปลี่ยนไปสู่เรื่องอื่น พูดในแง่พุทธศาสนา ความขัดแย้งแก้ยากเพราะว่าความโกรธ หลง อกุศลมูลทำให้ความขัดแย้งลุกลาม ทางพุทธศาสนาเน้นให้ความสำคัญกับเรื่องอกุศลมูลคือ โลภะ โทสะ โมหะ มาก เพราะว่ามันเป็นตัวทำให้เกิดความขัดแย้งลุกลามขึ้นมาคราว**นี้หลักการของพระพุทธศาสนาคืออะไร** ก็คือว่า*ต้องจัดการกับอกุศลมูล*ให้ได้ เพราะถ้าอกุศลมูลแก้ไม่หมด มันจะทำให้แก้ปัญหาครึ่งๆ กลาง ๆ แต่เมื่อไม่ได้จัดการกับอกุศล โดยเฉพาะความโกรธ ยังคุกกรุ่นอยู่ ปัญหาก็จะตามมาอีก นี่เรียกว่าเป็นการแก้ปัญหาแบบครึ่งๆ กลาง ๆ เพราะไม่ได้จัดการกับอกุศลมูลด้วย

การจัดการ ก็ต้อง*ใช้กุศลเอาชนะอกุศล ก็คือเอาชนะความโกรธด้วยความไม่โกรธ* พระพุทธเจ้าพูดไว้หลายครั้งหลายหน เช่น เอาชนะความชั่วด้วยความดี เอาชนะความตระหนี่ด้วยการให้ เอาชนะความเท็จด้วยสัจจะ ก็คือการให้กุศลเอาชนะอกุศล

บทบาทของผู้ไกล่เกลี่ย ผู้ไกล่เกลี่ยจะต้องช่วยหาทางขจัดอคติหรืออกุศลมูลในใจคู่ขัดแย้งให้ได้ ผู้ไกล่เกลี่ยต้องช่วยทำให้คู่กรณีตระหนักว่า สิ่งที่ตนเองเรียกร้องอาจจะเรียกร้องมากเกินไป หรือทำให้เขาเห็นว่าข้อเรียกร้องที่เขาต้องการที่จริงแล้วมันไม่คุ้มค่ากับสิ่งที่เขาพยายามลงทุนลงแรงไปเลย หรือทำให้เขาเห็นว่าข้อเรียกร้องที่เขาต้องการที่จริงแล้วมันไม่คุ้มค่ากับสิ่งที่เขาพยายามลงทุนลงแรงไปเลย ผู้ไกล่เกลี่ยทำให้โลภะลดลงไป โดยทำให้คู่กรณีตระหนักว่า มีสิ่งอื่นที่มีค่ามากกว่าผลประโยชน์ทางวัตถุ นี่เป็นการทำให้โลภะลดลง จะลดโทษะ

อย่างไร เราลดโทษะได้โดยทำให้คู่ขัดแย้งเห็นโทษของความโกรธเช่นว่า ทำให้เกิดความสูญเสียมากขึ้น โทษของความรุนแรง ถ้าเราตระหนักแล้ว เราจะพบว่าการระงับยับยั้งชั่งใจ ให้ผลดีกว่ามันให้ผลตามเป้าหมายมากกว่า ผู้ไกล่เกลี่ยสามารถลดโทสะด้วยการทำให้เกิดเมตตาต่อกัน เห็นความทุกข์ความยากลำบาก หรือเจตนาของอีกฝ่ายหนึ่งแล้วเราต้องมองให้ลึกลงไปด้วยว่า เพราะการกระทำของเราทำให้คู่กรณีมีส่วนแข็งกร้าวต่อเราหรือเปล่า บางครั้งความขัดแย้งลุกลามไปได้เพราะตัวเราเอง การกระทำของเราเอง โดยที่เราเองไม่รู้ตัว ผู้ไกล่เกลี่ยควรทำหน้าที่นี้ ควรจะทำให้คู่กรณีตระหนักว่าอะไรจะเกิดขึ้นหากไม่ยอมเจรจากันให้นึกถึงสถานการณ์เลยร้ายที่สุดสิว่ามันจะเป็นอย่างไรถ้าไม่มีการเจรากัน ผู้ไกล่เกลี่ยควรจะช่วยทำให้เขาได้ตระหนักว่า จริง ๆ แล้วทั้ง 2 ฝ่าย ไม่ได้มีเจตนาหรืออคติต่อกัน หรือการทำให้คู่กรณีได้ชั่งใจระหว่างประโยชน์ระยะสั้นจนลืมประโยชน์ระยะยาวไปเสีย

ดังนั้น *บทบาทสำคัญของผู้ไกล่เกลี่ยก็คือการลดอคติในคู่กรณี ไม่ว่าจะเป็นโทสะ โลภะ หรือโมหะ และวิธีกระตุ้นและวิธีที่จะช่วยลดอคติได้ดีที่สุดคือ การกระตุ้นให้คิด เทศนาสั่งสอน* บางครั้งก็ไม่ช่วย การกระตุ้นให้คนฉุกคิดขึ้นมาได้ประโยชน์มากกว่า *ผู้ไกล่เกลี่ยควรทำหน้าที่เหมือนนักข่าว คือตั้งคำถาม* ให้คู่กรณีตระหนักว่า ข้อเรียกร้องของตนเองนั้นบางครั้งก็มากเกินไป ขอให้สังเกตว่าผู้ไกล่เกลี่ยจะสามารถระงับความขัดแย้งได้เพราะการตั้งคำถาม การตั้งคำถามเป็นเครื่องมือที่สำคัญมากสำหรับผู้ไกล่เกลี่ย การตั้งคำถามให้คู่กรณีคิดขึ้นมาเองจะช่วยมากกว่า และคำถามควรจะเป็นคำถามเปิดไม่ใช่คำถามปิด นอกจากนั้นการพูดด้วยสัจจะ เมตตา และสติเป็นสิ่งสำคัญ *การพยายามที่จะช่วยให้คู่ขัดแย้งคิดในกรอบใหม่คือ ไม่ใช่คิดแต่ในแง่แพ้หรือชนะ แต่คิดในกรอบที่เรียกว่าได้ประโยชน์ทั้ง 2 ฝ่าย จะเรียกว่าประสานประโยชน์*ก็ได้ เพราะการคิดแบบแพ้ชนะ ในที่สุดแล้วมักจะลงเอยด้วยการแพ้ทั้ง 2 ฝ่าย เรื่องธรรมะหรือปรับทัศนคติ ปรับจิต ปรับใจ เป็นเรื่องสำคัญของพุทธศาสนาใช้การแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง *พุทธศาสนาไม่ได้เน้นเฉพาะเรื่องธรรมะ หรือเน้นเฉพาะเรื่องการทำใจให้มีขันติ ให้มีเมตตา ให้ลดโทสะ โลภะ โมหะ เท่านั้น* พุทธศาสนามีมากกว่าพุทธวิธีไม่ได้เน้นเฉพาะเรื่องธรรมะอย่างเดียว *วิธีการหรือกระบวนการก็มีความสำคัญ* วิธีการแก้ไขความขัดแย้งทำได้หลายอย่าง เช่น วิธีการตัดสินโดยใช้เสียงส่วนใหญ่ เรียกว่า เยภุยยสิกา การยอมรับผิดโดยที่ไม่จำเป็นต้องให้มีการพิจารณาก็มี เรียกว่า ปฏิญญาตกรนะ ให้ประนีประนอมกันทั้ง 2 ฝ่าย เรียกว่า ติณวัตถารกวินัย ไม่ต้องชี้ถูกชี้ผิดก็มี พุทธศาสนาให้ความสำคัญกับกระบวนการมาก ไม่ใช่เน้นให้ทุกคนมีเมตตาอย่างเดียว แต่ยังคิดค้นกระบวนวิธีเพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งหรืออธิกรณ์ อย่างมีประสิทธิภาพ

พุทธศาสนาบางทีมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ธรรมวินัย ธรรมะเป็นเรื่องในใจ วินัยเป็นเรื่องเกี่ยวกับระเบียบข้อบังคับ กฎเกณฑ์ภายนอก ทั้ง 2 อย่างไปด้วยกัน จะขาดอันใดอันหนึ่งไม่ได้ พุทธศาสนามีขุมทรัพย์มากมายที่เราสามารถนำมาใช้เพื่อการไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

2.5.6 **ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง**

โดยทั่วไปแล้วยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งจะมีอยู่ 3 แบบ คือ (1) แบบแพ้ - ชนะ (win-lose strategy) (2) แบบแพ้-แพ้ (lose-lose strategy) หรือแบบประนีประนอม (compromise) และ (3) แบบชนะ-ชนะ (win-win strategy) *(เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์, 2540 : 136-144)*

การจะเลือกยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความขัดแย้งของแต่ละคน
2. การรับรู้เกี่ยวกับอำนาจในสถานการณ์ขัดแย้ง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลก่อนเกิดการขัดแย้ง
4. มีทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง เช่น ความสามารถในการสื่อสาร การฟังและการเจรจา เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแต่ละแบบมีทั้งส่วนดีและส่วนด้อย ดังนั้นจึงจำเป็นจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และตระหนักถึงผลที่จะเกิดตามมา ยุทธศาสตร์แต่ละแบบมีรายละเอียดดังนี้

2.5.6.1 **กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบแพ้ - ชนะ**

การแก้ปัญหาความขัดแย้งที่พบโดยมากจะเป็นแบบแพ้-ชนะ คนโดยมากมองเห็นความขัดแย้งเป็นการต่อสู้เพื่อเอาชนะกัน ดังนั้น แต่ละฝ่ายจึงทำทุกอย่างและใช้ทุกวิธีเพื่อที่จะให้ฝ่ายตนชนะ แต่ละฝ่ายจะระดมความคิดและวางแผนโดยมุ่งไปที่การเอาชนะคู่ต่อสู้ แต่ละฝ่ายต้องการเอประโยชน์ให้มากที่สุดหรือได้รับส่วนแบ่งหรือได้รับทรัพยากรให้มากที่สุด แต่ละฝ่ายจะสรุปว่าถ้าฝ่ายเราชนะ ฝ่ายเขาก็จะต้องแพ้ผู้ชนะเป็นผู้ได้รับสิ่งของตามต้องการหรือสามารถบรรลุจุดประสงค์ทุกประการของตน

การแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบแพ้ – ชนะ ขึ้นอยู่กับการมองว่าอำนาจที่แท้จริงอยู่ที่ใดดังนั้นแต่ละฝ่ายจึงพยายามที่จะมีหรือควบคุมสิ่งต่อไปนี้

ก. ข่าวสารและข้อมูลต่าง ๆ

ข. เงิน

ค. อำนาจ

ง. สัมพันธภาพที่ดีกับคนสำคัญ ๆ หรือกับคนที่มีอำนาจ

พลังทุกอย่างที่มีของทั้งสองฝ่ายจะถูกใช้ไปเพื่อต่อสู้กับฝ่ายตรงข้ามมากกว่าจะมุ่งไปที่ปัญหาร่วมกัน การจัดตั้งหรือการหาพรรคพวกจะเข้ามาแทนที่การมีเหตุผล การวิพากวิจารณ์ให้ย่อยยับไปและการกล่าวหาซึ่งกันและกันจะเข้ามาแทนที่ข้อเท็จจริงและการเจรจากันอย่างเปิดอกและตรงไปตรงมาแต่ละฝ่ายจะพยายามบิดเบือนภาพพจน์ของอีกฝ่ายหนึ่ง คู่กรณีพยายามที่จะชี้ให้เห็นความแตกต่างมากกว่าพยายามที่จะชี้ให้เห็นความคล้ายกัน พยายามที่จะให้เห็นความเลยมากกว่าพยายามที่จะชี้ให้เห็นความดี พยายามที่จะจี้ไปที่ตำแหน่งของแต่ละฝ่าย

เนื่องจากการแก้ปัญหาแบบแพ้ – ชนะ จะมีเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้นที่เป็นผู้ชนะผู้แพ้จึงมักไม่พอใจ ชิงชัง เคียดแค้น หรือพยาบาท การแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบนี้ จึงเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาขัดแย้งต่อไปอีก ซึ่งเป็นเรื่องความแค้นที่ต้องชำระ อย่างน้อยที่สุดฝ่ายแพ้จะรู้สึกเสียหน้าและจะไม่มีทางลืมความขัดแย้งนี้เลย

ส่วนดีของการแก้ปัญหาแบบแพ้ – ชนะ อยู่ที่ฝ่ายชนะได้รับผลประโยชน์เต็มตามที่มุ่งหวัง การตัดสินเป็นไปอย่างเด็ดขาด รวดเร็ว ไม่ยืดเยื้อ เหมาะสำหรับผู้บริหารที่มีอำนาจตามตำแหน่งอย่างแท้จริง หรือเมื่อสถานการณ์ขัดแย้งอยู่ในขั้นวิกฤตหรือไม่มีความปลอดภัยหากไม่ตัดสินให้รู้แพ้รู้ชนะไปหรือเหมาะสำหรับกรณีที่มีเวลาสั้นและจำกัด คนที่จะแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบแพ้ – ชนะ อาจทำได้และได้ผลในระยะเวลาอันสั้นและฝ่ายหนึ่งมีอำนาจมากกว่า หากใช้วิธีแก้ปัญหาแบบนี้บ่อย ๆ แล้วในระยะยาวทั้งสองฝ่ายจะขาดทุน ยิ่งไปกว่านั้นวิธีแก้ปัญหาแบบนี้มักจะเกิดในบรรยากาศที่ความเชื่อถือและความไว้วางใจต่อกันมีในระดับต่ำ

เทคนิควิธี

1. การใช้อำนาจ เป็นการใช้อำนาจหน้าที่ตามกฎหรือตามที่ปรากฏเป็นลายลักอักษรด้วยการให้คุณให้โทษแก่สมาชิกของกลุ่ม บังคับให้สมาชิกปฏิบัติตาม

2. การคุกคามขู่เข็นทั้งทางกายและทางจิตใจ เป็นวิธีการอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้สมาชิกของกลุ่มยอมทำตาม

3. การใช้เสียงข้างมาก เป็นการใช้การโหวตเพื่อการตัดสิน แม้จะปรากฏแนวโน้มว่าเสียงข้างมากมักจะถูกต้อง แต่เมื่อมีเสียงข้างมาก ก็ย่อมจะมีเสียงข้างน้อยเกิดขึ้น พวกเสียงข้างน้อยคือพวกพ่ายแพ้

4. การใช้เสียงข้างน้อย เป็นวิธีการแก้ปัญหาแบบแพ้ – ชนะ อีกวิธีหนึ่งซึ่งโดยมากจะใช้อำนาจจากการเป็นประธานของที่ประชุม

2.5.6.2 กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบแพ้-แพ้หรือแบบประนีประนอม

การแก้ปัญหาความขัดแย้งที่พบมากอีกวิธีหนึ่งคือแบบประนีประนอมหรือแบบแพ้ – แพ้ ความขัดแย้งแบบนี้เกิดจากความคิดที่ว่าสถานการณ์ขัดแย้งเกิดจากทรัพยากรมีจำกัด แต่ละฝ่ายจะพอใจถ้าหากได้รับการแบ่งทรัพยากรที่เป็นธรรม แม้ว่าทั้งสองฝ่ายจะได้รับผลประโยชน์ไม่เต็มตามวัตถุประสงค์เดิมหรือได้รับแต่เพียงบางส่วนที่ต้องการก็ตาม การแก้ปัญหาแบบนี้ใช้ความสามารถในการเจรจาต่อรองเป็นประเด็นสำคัญ และจำเป็นจะต้องให้ทั้งสองฝ่ายมีอำนาจพอ ๆ กัน การแก้ปัญหาแบบนี้ตั้งอยู่บนฐานคติที่ว่า “ ได้บ้างดีกว่าไม่ได้เลย” หรือหลีกเลี่ยงความขัดแย้งดีกว่ามาเผชิญหน้ากัน ผลจากการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบนี้ทำให้แต่ละฝ่ายได้ไม่ได้เต็มตามความต้องการ ด้วยเหตุนี้การประนีประนอมจึงเป็นสิ่งที่ทำให้แพ้ทั้งคู่หรือเป็นแบบแพ้ – แพ้

การแก้ปัญหาแบบแพ้ – แพ้นี้ แต่ละฝ่ายจะพยายามหาข้อมูลเพื่อประโยชน์ของฝ่ายตนมากกว่าที่จะช่วยแก้ปัญหา เอาข้อมูลมาปิดบังหรือให้ร้ายฝ่ายตรงข้าม พลังต่าง ๆ ถูกใช้ไปเพื่อ

การต่อสู้กันมากกว่าเพื่อช่วยแก้ปัญหา จุดเน้นของการประนีประนอมอยู่ที่แต่ละฝ่ายคิดว่าฝ่ายตนต้องเสียสละอะไรบ้าง แต่ละฝ่ายจะเลี่ยงการกล่าวถึงประเด็นที่ฝ่ายตนได้ประโยชน์ การแก้ปัญหาแบบนี้จึงมักจะลงเอยที่แต่ละฝ่ายจะได้ส่วนแบ่งน้อยกว่าที่ตนควรจะได้รับ เมื่อเปรียบเทียบกับการเจรจาเพื่อร่วมมือกันอย่างแท่จริง

ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบแพ้ – แพ้ จะต้องมีอย่างน้อยฝ่ายหนึ่งเสนอเงื่อนไขเพื่อการต่อรองทั้งสองฝ่ายเจรจาต่อรองกันก็ด้วยตระหนักว่าเขาจะได้ส่วนแบ่งหรือได้รับอะไรบ้าง ซึ่งอาจน้อยกว่าที่เขาคาดหวัง แต่ก็ยังดีกว่าการที่จะเสี่ยงกับการไม่ได้รับอะไรเลย

การเจรจาต่อรองของกลุ่มมักจะกระทำผ่านหัวหน้าหรือผู้แทน ตัวแทนที่ทำการเจรจาจะมีความกังวลอย่างมากในการรักษาหน้าของตน จึงก่อให้เกิดการกล่าวหาอีกฝ่ายหนึ่ง การเจรจาจะทำให้ทั้งสองฝ่ายต้องหันหน้าเข้าหากัน แต่ก็อาจทำให้เกิดความแตกแยกมากขึ้น ถ้าหากแต่ละฝ่ายเห็นว่าตนได้น้อยเกินไปไม่คุ้มค่ากับการเจรจา หรือได้รับโดยเห็นว่าไม่เป็นธรรม การแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบแพ้-แพ้ โดยอาศัยการเจรจาต่อรองเป็นเครื่องมือนั้น อาจทำให้ความขัดแย้งลดลงได้บ้าง แต่ไม่ใช่การแก้ปัญหาความขัดแย้งที่แท้จริง ความขัดแย้งอาจหยุดชะงักลงชั่วคราว แต่ก็อาจนำไปสู่การเจรจากันใหม่อีก เมื่อมีเงื่อนไขเพิ่มเติมเกิดขึ้นแม้เพียงเล็กน้อยก็ตามประโยชน์สำคัญยิ่งของการเจรจาต่อรองในการแก้ปัญหาแบบแพ้- แพ้ก็คือ ทำให้แต่ละฝ่ายทราบถึงความคิดความคาดหวัง และลำดับความสำคัญของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้เกิดผลดีในการเจรจากันในคราวใหม่

เทคนิควิธี

เทคนิควิธีการแก้ปัญหาแบบแพ้ –แพ้ มีหลายอย่าง แต่ที่สำคัญๆ เช่น

1. การประนีประนอม ผู้บริหารจะยุติความขัดแย้งด้วยการไกล่เกลี่ยให้มาพบกันครึ่งทาง แต่ละฝ่ายจะต้องเสียสละสิ่งที่ตนอยากได้ลงบ้าง การประรีประนอมจะได้ผลหากทั้งสองฝ่ายรับรู้ว่าแต่ละฝ่ายมีอำนาจพอๆ กัน ถ้าหากฝ่ายหนึ่งมีอำนาจเหนือฝ่ายหนึ่งการประณีประนอมจะไม่ได้ผล

2. การประสานประโยชน์ด้วยการแลกเปลี่ยนความต้องการซึ่งกันและกัน เป็นวิธีการที่กลุ่มหนึ่งหรือฝ่ายหนึ่งยอมแพ้ในเรื่องหนึ่งโดยหวังว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะยอมแพ้ให้ในอีกเรื่องหนึ่ง ในกรณีเช่นนี้แต่ละฝ่ายจะแพ้เรื่องหนึ่งจะชนะเรื่องหนึ่ง ไม่มีทางที่จะชนะทั้งสองเรื่อง อีกรูปแบบหนึ่งของการแก้ปัญหาความขัดแย้งด้วยวิธีนี้คือ การขอร้องให้คนทำงานในสิ่งที่เขาไม่เห็นด้วยโดยการให้สินบนค่าตอบแทน หรือบำเหน็จพิเศษ หรือเป็นการให้ของ ให้ตำแหน่งเพื่ออุดปากไม่ให้โวย การแก้ปัญหาโดยวิธีนี้แม้จะมีผลงานขึ้นบ้าง แต่ทั้งสองฝ่ายก็สูญเสียทั้งคู่ และมีผลเสียต่อหน่วยงาน

3. การนำประเด็นปัญหาเสนอบุคคลที่สามซึ่งเป็นกลาง การแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบนี้อาจเห็นได้จากการที่หัวหน้าในระดับต้นตกลงกันไม่ได้ ในประเด็นที่ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นไม่ตรงกันจึงเสนอเรื่องให้ผู้บังคับบัญชาชั้นสูงขึ้นไปพิจารณาให้ หรือในกรณีที่เกิดความขัดแย้งแล้วให้อนุญาโตตุลาการเป็นผู้ชี้ขาดในทั้งสองกรณีนี้ผู้บังคับบัญชาชั้นสูงและอนุญาโตตุลาการ มักจะ

แก้ปัญหาโดยใช้ทางสายกลาง ระวังไม่ให้ทั้งสองฝ่ายต้องเสียหน้า จึงทำให้ผลของการตัดสินออกมาว่าทั้งสองฝ่ายไม่ได้เต็มตามาจุดมุ่งหมายเดิม จะได้บ้างแต่ไม่ได้ทั้งหมด

4. การอาศัยระเบียบ หัวหน้าหลายคนมักจะปฏิเสธคำขอของลูกน้องว่าผิดระเบียบหรือไม่ในระเบียบ หรืออ้างว่าไม่สามารถอนุญาตได้เพราะขัดกับระเบียบ ผู้บริหารหลายคนในปัจจุบันเป็นแบบนี้อ้างระเบียบหนึ่งเพื่อการอนุมัติช่วยเหลือพวกพ้องของตน และอ้างอีกระเบียบหนึ่งหรือระเบียบเดิม แต่คนละข้อเพื่อการไม่อนุมัติคนที่ไม่ใช่พวกตน วิธีการเช่นนี้เป็นการอ้างระเบียบเพื่อเลี่ยงการเผชิญหน้าย่อมทำให้ลูกน้องขุ่นเคือง เพราะเป็นการเลือกปฏิบัติ หัวหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบอย่างเคร่งครัด มิจำเป็นต้องมีความคิดสร้างสรรค์ หรือทำให้หน่วยงานมีความก้าวหน้า นอกจากการรักษาสถานภาพเดิมไว้เท่านั้น

5. การโคจรทางการบริหาร (administrative orbiting) เป็นกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยการแตะถ่วงหรือถ่วงเวลาการแก้ปัญหาไว้ชั่วคราว (delay tactics) คล้ายกับการรอเวลาให้น้ำเชี่ยวผ่านพ้นไปก่อนจึงจะคิดพูดจากัน ผู้บริหารประเภทนี้มักจะบอกกับคู่ขัดแย้งว่า “อยู่ในระหว่างการพิจารณา” “ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม” “เป็นเรื่องซับซ้อนต้องใช้เวลาหน่อย” ลักษณะเช่นนี้เป็นการยากที่จะทำให้ความกระวนกระวายใจของคู่ขัดแย้งบรรเทาลงได้ การแก้ปัญหาแบบนี้จะได้ผลชั่วคราวเพราะไม่เคยนำ ความไม่ลงรอยกันมาพูดกัน จะเป็นเหตุทำให้เกิดความขัดแย้งได้ในภายหลัง

2.5.6.3 กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบชนะ – ชนะ

การแก้ปัญหาแบบชนะ- ชนะ เป็นวิธีการที่มีทั้งเหตุผลเป็นวิธีสร้างสรรค์เป็นการแสวงหาข้อตกลงที่สบอารมณ์และเป็นที่พอใจของทุกฝ่าย โดยที่แต่ละฝ่ายไม่ต้องเสียสละอะไร เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่แท้จริง เป็นวิธีที่ขึ้นอยู่กับความใจกว้างของทุกฝ่ายและความจริงใจที่จะแก้ปัญหาซึ่งมิใช่มุ่งที่จะให้ความขัดแย้งยุติลงเท่านั้น การแก้ปัญหาแบบชนะ - ชนะนั้น เน้นที่เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เน้นที่ทุกการให้ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์สูงสุด และเน้นที่การร่วมมือเพื่อแก้ปัญหา การแก้ปัญหาแบบชนะ–ชนะ มีลักษณะคล้ายกันกับการแก้ปัญหาโดยการร่วมมือ (collaboration) ซึ่งได้เคยอธิบายไว้ในที่อื่นๆ แล้ว

ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบชนะ - ชนะ นั้น แต่ละฝ่ายควรจะมีอำนาจใกล้เคียงกัน ไม่มีอีกฝ่ายหนึ่งจะบังคับอีกฝ่ายหนึ่งได้ ทุกฝ่ายจะต้องรับผิดชอบร่วมกันในการแสวงหาทางออกซึ่งเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย พลังของแต่ละฝ่ายจะถูกใช้โดยจะมุ่งที่ปัญหามิได้มุ่งไปที่คู่ต่อสู้ การแก้ปัญหาแบบนี้จำเป็นต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องและทุกฝ่ายมีความรู้สึกที่ดี การส่งและการรับข้อมูลย้อนกลับจะไม่กล่าวหาใส่ร้ายกัน ทุกฝ่ายจะต้องหาทางเลือกหลายๆ ทาง และเลือกทางออกที่ดีที่สุด การแก้ปัญหาแบบนี้ต้องอาศัยความไว้วางใจกัน การเปิดเผย ความจริงใจและความสามารถในการสื่อสารเป็นประการสำคัญ

การแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบชนะ - ชนะ จำเป็นต้องอาศัยความสามารถที่จะมองปัญหาแบบชนะ- ชนะ มากกว่าในแบบแพ้-ชนะ ผู้ที่หวังผลในการแก้ปัญหาแบบชนะ - ชนะ

จะต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการหาทางออกหรือทางเลือก เลือกใช้ยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม พิจารณาศึกษาบุคคลที่เกี่ยงข้อง การเปลี่ยนวิธีแก้ปัญหาจากแบบเดิมคือแบบแพ้ – ชนะ มาเป็นแบบชนะ- ชนะนั้น จำเป็นจะต้องสนใจความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นวิธีแก้ปัญหาจะต้องให้สอดคล้องกับความคาดหวังขององค์การและความคาดหวังของบุคคลด้วย ความสามารถที่จะมองปัญหาความขัดแย้งว่ามีศักยภาพที่จะใช้ยุทธศาสตร์แบบชนะ-ชนะเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ความสามารถนี้จะช่วยจำแนก และแยกความขัดแย้งแบบแพ้- ชนะ ที่แท้จริงกับความขัดแย้งที่สามารถเปลี่ยนมาเป็นแบบชนะ- ชนะได้ ถ้าหากคู่ขัดแย้งเห็นว่ามีทรัพยากรมากมายแล้วสถานการณ์เช่นนี้ย่อมง่ายที่จะลดความขัดแย้งและสามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบชนะ - ชนะได้ไม่ยากนัก เงื่อนไขที่สำคัญในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบชนะ - ชนะ คือ

1. เป็นการแก้ไขปัญหาที่เขาก็ได้รับประโยชน์โดยสามารถบรรลุเป้าหมายของเขา เราก็ได้รับประโยชน์โดยสามารถบรรลุเป้าหมายของเรา และวิธีการแก้ปัญหาทุกฝ่ายยอมรับหรือไม่มีใครคัดค้าน

2. เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่ายที่จะเปิดเผยและซื้อสัตย์ต่อข้อเท็จจริง ความคิดเห็นและความรู้สึก

3. ปฏิบัติตามกระบวนการที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันและได้ตกลงกันไว้ล่วงหน้า โดยไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับรายละเอียด นั่นคือไม่ใช่ปฏิบัติตามวิธีแก้ปัญหาที่ท่านต้องการหรือปฏิบัติตามวิธีแก้ปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการ แต่ปฏิบัติตามวิธีแก้ปัญหาที่เราต้องการ

การเลือกกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา

เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น การจะใช้วิธีใดแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ การที่บุคคลจะใช้อำนาจหรือไม่ จะเจรจากันหรือไม่ หรือจะร่วมมือกันหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการที่แต่ละฝ่ายมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ในจุดประสงค์ กระบวนการที่ใช้ และธรรมชาติของความสัมพันธ์ของอำนาจ แม้ว่าความร่วมมือ (collaboration) หรือการแก้ปัญหาแบบชนะ – ชนะ จะเป็นยุทธศาสตร์ที่ดีในสามวิธีนี้ แต่การใช้ยุทธศาสตร์นี้ขึ้นอยู่กับจุดประสงค์และวิธีการที่คล้ายกันของทั้งสองฝ่าย และจะต้องพยายามทำความแตกต่างของอำนาจให้เป็นกลางให้ได้ การเลือกกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาแบบชนะ- ชนะ มีขั้นตอนที่สำคัญดังนี้

1. มุ่งเน้นที่การมีเป้าหมายร่วมกัน การแสวงหาข้อเท็จจริง การเปิดเผยความต้องการที่แท้จริงของแต่ละฝ่าย และการยอมรับว่าการมีความเห็นแตกต่างกันอาจเป็นประโยชน์ บันไดขั้นแรกในการแก้ปัญหาแบบชนะ - ชนะ ก็คือความต้องการที่จะแก้ปัญหา ไม่ใช่มุ่งที่จะตำหนิใครหรือพยายามหาว่าใครเป็นฝ่ายผิด

2. ขั้นที่สองในการเลือกกลยุทธ์ก็คือการสร้างบรรยากาศที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาแบบชนะ - ชนะ การสร้างบรรยากาศเช่นว่านี้อาจทำได้โดยการพัฒนาความไว้วางใจซึ่งกันและกันในการทำงานของสมาชิกวิธีที่จะพัฒนาความไว้วางใจซึ่งกันและกันอาจทำได้โดยการเพิ่ม

ประสิทธิภาพของการสื่อสารและการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กิจกรรมที่เสนอแนะนี้จะส่งผลต่อการยอมรับซึ่งกันและกัน และการมีความรู้สึกที่ผูกพันต่อองค์การ

3. ขั้นที่สามของการเลือกกลยุทธ์ก็คือการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ในขั้นนี้ผู้ร่วมงานทั้งหลายจะเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาความขัดแย้งจากผู้บริหาร การเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของสมาชิกจะช่วยให้เขาสามารถแก้ปัญหาได้เอง ถ้าหากสมาชิกของกลุ่มมีความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตัวเองแล้ว ความต้องการหรือความปรารถนาในการแก้ปัญหาแบบแพ้-ชนะ ก็จะลดลงหายไป

4. ขั้นที่สี่ของการเลือกกลยุทธ์ก็คือการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ เนื่องจากความขัดแย้งเป็นผลของความไม่พอใจในสถานการณ์หรือในความสัมพันธ์บางอย่าง ดังนั้นกลยุทธ์แบบชนะ - ชนะ จะต้องมุ่งขจัดความไม่พอใจนี้และเสนอแนะทางเลือกหรือทางออกซึ่งเป็นที่ยอมรับ และสามารถปฏิบัติได้สำหรับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การแก้ปัญหาจะต้องคำนึงถึงความต้องการในอนาคตขององค์กรและสิ่งแวดล้อมด้วย

ยิ่งไปกว่านั้น การร่วมมือหรือแบบชนะ - ชนะ ในการแก้ปัญหาความขัดแย้งนั้นเกี่ยวข้องกับการวางแผนกลยุทธ์ (strategic planning) ในเรื่องต่างๆ เช่นปัญหาของความล้าสมัยของโครงสร้างขององค์กร ปัญหาความไม่พอเพียงของทรัพยากร ปัญหาของการไม่ได้รับเปลี่ยนค่านิยม ปัญหาของการแก้ปัญหาประจำวัน ปัญหาของการจัดสรรทรัพยากร ปัญหาของการมีความคาดหวังในมุมแคบหรือในวงจำกัด เป็นต้น

เทคนิควิธี

เทคนิควิธีเป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบชนะ-ชนะ ได้แก่ การมีความเห็นสอดคล้องกันและการตัดสินใจแบบผสมผสาน

1. การมีความเห็นสอดคล้องกัน (Consensus) เป็นการแสวงหาวิธีแก้ปัญหาความขัดแย้งที่ทุกฝ่ายยอมรับ ทั้งในด้านเป้าหมายและวิธีการ เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือใช้กระบวนการตัดสินใจของกลุ่ม เพราะการตัดสินใจของกลุ่มย่อยจะดีกว่าการตัดสินใจของคนใดคนหนึ่ง

วิธีการที่จะทำให้มีความเห็นสอดคล้องกันในวิธีแก้ปัญหานั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งควรจะ

1.1 มุ่งเน้นที่การแก้ปัญหามากกว่าจะมุ่งเน้นที่คู่ขัดแย้ง นั่นคือพยายามเปลี่ยนจาก “การมุ่งเอาชนะกัน” มาเป็น “ช่วยกันเอาชนะปัญหา” ซึ่งเป็นความพยายามจะให้คู่ขัดแย้งช่วยกันวิเคราะห์ว่าปัญหาคืออะไร และปัญหาอยู่ที่ไหน

1.2 หลีกเลี่ยงการโหวตเสียงเพื่อหาประชามติ หรือการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กัน เพราะทั้งสองวิธีนี้เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาแบบแพ้-ชนะ และแบบแพ้- แพ้

1.3 แสวงหาข้อเท็จจริงเพื่อจะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง

1.4 ยอมรับว่าความขัดแย้งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ หากไม่เป็นการคุกคามหรือทำให้เกิดการต่อต้านขึ้น

1.5 หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เน้นตัวเอง ไม่แสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกหรือแสดงถึงตำแหน่ง หรือความต้องการของตน

2. การตัดสินใจแบบผสมผสาน (Integrative decision-making) หรือ IDM เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างจากแบบการให้มีความเห็นสอดคล้องกันแต่เพียงเล็กน้อย แบบการมีความเห็นสอดคล้องกันใช้เพื่อแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาวิธีใดวิธีหนึ่งจากหลายๆ วิธี แต่การตัดสินใจแบบผสมผสานเกี่ยวข้องกับขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจ วิธีแก้ปัญหาแบบนี้จะมีประโยชน์มากขึ้นไปอีก ถ้าหากแต่ละฝ่ายมีวิธีการแก้ปัญหาของตนอยู่บ้างแล้ว จากนั้นจะพยายามดึงเอาเป้าหมายหรือค่านิยมของแต่ละฝ่ายมารวมกันก่อนที่จะมุ่งไปหาวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย

แนวคิดการแก้ไขความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ในประเด็นกระบวนการจัดการกับเรื่องร้องเรียนและการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ซึ่งจะใช้เป็นกรอบในการวิจัยว่ามีการดำเนินการตามแนวคิดนี้หรือไม่ และควรปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร

2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มากนัก แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพอยู่เป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสังคม (2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และ (3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสังคม

บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ *(2540)* ศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของคนงานในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลประกันสังคม” ผลการศึกษาพบว่าโครงสร้างการบริหารงานกองทุนประกันสังคมจะเป็นระบบไตรภาคีประกอบด้วยผู้แทนฝ่ายลูกจ้างฝ่ายนายจ้างและรัฐบาลในรูปของคณะกรรมการการประกันสังคม ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทดแทนต่างๆ รวมทั้งมาตรฐานสถานพยาบาลและกฎเกณฑ์คุณภาพการบริการในโครงการประกันสังคมที่คณะกรรมการการแพทย์ จะเป็นผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลให้พิจารณาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหลายแห่ง

ในโครงการประกันสังคมได้รับการร้องเรียน วิพากษ์วิจารณ์จากผู้ประกันตนเสมอมา โดยมีสาเหตุปัจจัยเกี่ยวข้องกับบุคคลและกลไกสำคัญอย่างน้อย 4 ฝ่ายคือ ลูกจ้างผู้ประกันตน

ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการหรือผู้บริโภค บริการทางการแพทย์ และผู้แทนลูกจ้าง-องค์แรงงานที่มีบทบาทคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของสมาชิกคนงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในระดับผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

สำนักงานประกันสังคมซึ่งมีอำนาจหน้าที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการรับรองและตรวจสอบคุณภาพของสถานพยาบาล และการรักษาพยาบาล และให้มีคำแนะนำช่วยเหลือแก่ผู้ประกันตน นายจ้าง/ฝ่ายจัดการ ซึ่งมีบทบาทร่วมมือกับสำนักงานประกันสังคมเกี่ยวกับการจัดส่งข้อมูล ผู้ประกันตนและการดำเนินงานให้ลูกจ้างเลือกใช้สถานพยาบาล

ฝ่ายลูกจ้างประสบอุปสรรคและข้อจำกัดหลายประการ เช่น การเผชิญกันคุณภาพการรักษาพยาบาลและบริการของโรงพยาบาลที่ไม่เป็นตามความคาดหวัง ความเข้าใจส่วนตน การไม่มีโอกาสรับรู้ข้อมูลที่ใช้ตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ คนงานจำนวนมากไม่มีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกับบุคคลที่อยู่นอกโครงการประกันสังคม เป็นต้น คนจำนวนมากยังไม่มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองอย่างแท้จริง เพราะสาเหตุหลายอย่าง เช่น ความไร้ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคมที่ไม่สามารถส่งข้อมูลสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตนโดยตรงทั้งหมด หรือฝ่ายบุคคลของบริษัทไม่ส่งแบบเลือกสถานพยาบาลและรายชื่อโรงพยาบาลให้ผู้ประกันตนได้มีโอกาสคัดเลือกอย่างรวดเร็วถูกต้องตามระยะเวลาที่กำหนดหรือคนงานขาดความพร้อมและไม่มีข้อมูลเพียงพอในการพิจารณาเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง เป็นต้น

แม้ว่าจะมีผู้แทนฝ่ายลูกจ้างอยู่ในคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการอุทธรณ์และอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัด แต่ลูกจ้างส่วนใหญ่ไม่รู้จักผู้แทนเหล่านั้น องค์กรแรงงานส่วนใหญ่ยังไม่มีสิทธิคัดเลือกผู้แทนของตนเองอย่างแท้จริงให้เข้าร่วมการบริหารงานประกันสังคม บทบาทขององค์แรงงานในระดับต่างๆ ต่อการมีส่วนร่วมตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลประกันสังคมยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบจริงจัง เพราะมีภารกิจเฉพาะหน้าในการต่อรองเพื่อแก้ไขปัญหาค่าครองชีพ รายได้ต่ำเป็นประจำ ตลอดจนขาดการรวมตัว ร่วมมืออย่างกว้างขวางเพื่อวางแผนจัดสร้างกลไก กระบวนการติดตาม ตรวจสอบและนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคุณภาพบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

วีรพรรณ พลปัถพี อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์ และวิษณุ ธรรมลิขิตกุล *(2546)* ศึกษาเรื่อง “การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประกันตนกับโรงพยาบาลศิริราช” คณะผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลการมารับบริการและค่าใช้จ่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประกันตนกับโรงพยาบาลศิริราชและมารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราชในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2544 จำนวน 225 ราย, โดยคิดเป็นร้อยละ 1.1 ของผู้ที่มารับบริการ หรือร้อยละ 0.45 ของผู้ประกันตนกับโรงพยาบาลศิริราช การวิเคราะห์เวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 203 ราย (ร้อยละ 90) พบเป็นผู้ป่วยชายร้อยละ 95 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 35 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.8 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 86 มีข้อบ่งชี้ชัดเจนที่จะได้รับยาต้านเอชไอวี คือ มีจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 200 มีอาการของเอดส์ หรือมีการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วย 13 ราย (ร้อยละ 6.4) ไม่มีข้อบ่งชี้ที่

จะได้รับยาต้านเอชไอวี และผู้ป่วย 15 รายไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะพิจารณาว่าควรจะได้รับยาต้านเอชไอวีหรือไม่ ผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกรวม 1,692 ครั้ง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 8.3 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งหมด 948,141 บาท คิดเป็นค่าเฉลี่ยครั้งละ 560 บาท หรือ 4,670 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย ผู้ป่วย 47 ราย (ร้อยละ 23) ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 64 ครั้ง คิดเป็น 1.4 ครั้งต่อผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อปี หรือ 0.3 ครั้งต่อผู้ป่วยทั้งหมดต่อปี ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลรวม 677 วัน เฉลี่ย 14.4 วันต่อการอยู่ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง หรือ 3.3 วันต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปี ค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด 1,100,431 บาท โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ย 17,194 บาทต่อการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง หรือค่าเฉลี่ย 23,413 บาทต่อผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล 1 รายต่อปี ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยทั้งหมดรวมเป็นเงิน 2,048,572 บาทต่อปี เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนี้กับค่าใช้จ่ายของการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านเอชไอวี ซึ่งปัจจุบันราคาถูกลงมากแล้ว พบว่าการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี น่าจะมีความคุ้มค่า

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้สำนักงานประกันสังคมควรพิจารณารวมยาต้านเอชไอวี ไว้ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ประกันตนด้วย

2.6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นวลอนันต์ ตันติเกตุ และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ (2542)

ศึกษาเรื่อง “การสำรวจการเจ็บป่วยและการใช้บริการทางการแพทย์ของข้าราชการ, ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวในสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ.2538” ผลการศึกษาพบว่า การสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวในสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการจำนวนผู้มีสิทธิ์ทั้งสิ้นในสวัสดิการฯนี้ รวมทั้งประมาณอัตราการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล อัตรานอนโรงพยาบาล แบบแผนของการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งความชุกของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำการสำรวจใน 12 จังหวัดซึ่งเป็นตัวแทนของประเทศไทย โดยสุ่มเลือกข้าราชการและลูกจ้างประจำจำนวน 7,060 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ตอบโดยตัวอย่าง (Self administered questionnaire) โดยข้าราชการเป็นผู้ให้ข้อมูลแทนผู้มีสิทธิ์ในครอบครัวตัวเอง และข้าราชการบำนาญ เป็นผู้ให้ข้อมูลแทนคู่สมรส

ผลการสำรวจโดยสรุป พบว่า ในปี 2538 มีข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น 6.634 ล้านราย และ 6.96 ล้านรายตามลำดับ ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวใช้บริการผู้ป่วยนอกแบบที่ไม่สามารถเบิกได้มากกว่าการใช้บริการในภาครัฐที่เบิกได้ ส่วนข้าราชการบำนาญและคู่สมรสมีอัตราการใช้บริการจากทั้งสองส่วนนี้เท่ากัน ในส่วนของอัตราการนอนโรงพยาบาลพบว่า ทั้งสองกลุ่มนี้นิยมนอนในโรงพยาบาลของรัฐ และจากการสำรวจยังพบอีกว่าผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการข้าราชการมีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงกว่าประชาชนทั่วไป

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์(2548) ศึกษาเรื่อง "ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ" การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพที่สำคัญๆ ในประเทศไทย รวมทั้งการพัฒนามาตรการและกลไกการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษาพบว่ามีหลายโครงการประกันสุขภาพที่ประสบกับปัญหาในการให้บริการ ได้แก่ โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยเป็นระบบที่ตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกในการเบิกจ่ายเงินตามสิทธิของข้าราชการ ดังนั้นจึงเกิดปัญหาในเรื่องของคุณภาพการบริการและการร้องเรียนบ้างเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการฯอื่น เพราะโครงการนี้ใช้กลไกการเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบ fee for service แต่กลไกดังกล่าวก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีปัญหาคุณภาพของการให้บริการในปัจจุบัน โครงการที่สองคือ โครงการประกันสังคมดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537 พ.ร.บ.ทั้งสองฉบับไม่ได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการร้องเรียน แต่โครงการประกันสังคมเป็นโครงการประกันสุขภาพโครงการแรกที่เริ่มมีระบบการรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งจะถูกเสนอที่ผ่านไปยังคณะกรรมการแพทย์ดำเนินการสอบและตัดสิน รวมไปถึงเสนอบทลงโทษสถานพยาบาลในกรณีที่คณะกรรมการแพทย์ตัดสินว่าสถานพยาบาลเป็นฝ่ายผิด ซึ่งบทลงโทษจะเป็นแรงจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สำหรับการลงโทษจะเริ่มจากการว่ากล่าวตักเตือน การภาคทัณฑ์โรงพยาบาลและแพทย์ผู้รักษา 1 ปี ตัดโควต้าผู้ประกันตน/ห้ามแพทย์ที่เกี่ยวข้องรักษาผู้ประกันตน/ส่งเรื่องให้แพทย์สภาพิจารณาดำเนินการทางจริยธรรม ไปจนถึงเมื่อมีความผิดที่รุนแรง ก็จะเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณายกเลิกสัญญา และโครงการ 30 บาทฯ เมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้นในส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะพยายามไกล่เกลี่ยให้ก่อน ถ้ายังไม่ได้ข้อยุติในพื้นที่จึงจะส่งเรื่องต่อมายังส่วนกลาง ประชาชนสามารถสอบถามหรือร้องเรียนมายังสำนักบริการประชาชนที่ส่วนกลางโดยตรง ซึ่งสำนักงานบริการประชาชนจะทำหน้าที่ประสานไกล่เกลี่ยให้ แต่ถ้าเป็นเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการจะนำเรื่องไปดำเนินการตรวจสอบหาข้อเท็จจริง เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสอบสวนที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานต่อไป และสุดท้ายคือ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ปัญหาส่วนใหญ่มักจากบริษัทปฏิเสธการจ่ายเงินหรือจ่ายให้ไม่ครบหรือล่าช้า ซึ่งผู้ประสบภัยหรือทายาทสามารถแจ้งที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ที่กรมการประกันภัย หรือที่สำนักงานประกันภัยภูมิภาค สำนักงานพาณิชย์จังหวัด เป็นต้น ซึ่งในบางกรณีที่เกิดพิพาทจะตัดสินโดยกระบวนการตัดสินข้อพิพาทในเรื่องกรมธรรม์ประกันภัยทั่วๆไป (ซึ่งกรมการประกันภัยมักจะทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ยในกรณีบางกรณี) และถ้ายังไม่ได้ข้อยุติ ก็สามารถส่งเรื่องร้องเรียนไปยังคณะอนุญาโตตุลาการหรือกระบวนการทางศาลพิจาณาชี้ขาดต่อไป

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นจากโครงการประกันสุขภาพต่างๆ มาจากการให้บริการที่ยังไม่ได้มาตรฐาน ถึงตัวโครงการจะมุ่งเน้นบริการเพื่อประชาชน แต่ก็ยังขาดการ

จัดการที่ดีและมีระบบ ดังนั้นเราจึงควรกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน เพื่อคอยควบคุมมาตรฐานในการให้บริการให้มีมากยิ่งขึ้น

2.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ (2543) ศึกษาเรื่อง "ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ" การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันและผู้รับบริการที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ 2) วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้านการดำเนินการที่เป็นปัญหาต่อผู้รับบริการ 3) วิเคราะห์แบบแผนการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 4) วิเคราะห์ปัญหาการรับบริการซึ่งเกิดจากจุดอ่อนของระบบและคุณภาพการให้บริการ และ 5) เสนอแนะแนวทาง/กลไกที่จะนำไปสู่การปรับระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับชาติ

วิธีการวิจัยเป็นการผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบๆ ละ 400 ราย และผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 400 ราย รวม 2,400 ราย ในจังหวัดสมุทรปราการ เชียงใหม่ ปัตตานี และศรีสะเกษ การวิจัยเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลจากการจัดกลุ่มเสวนา 9 กลุ่ม กรณีศึกษา 12 กรณี และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริการสุขภาพและผู้บริหารระดับสูง 9 ท่าน

ผลการศึกษาซึ่งตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สรุปได้ดังนี้

1. ผู้รับบริการในทุกระบบประกันประสบปัญหาเมื่อไปรับบริการเป็นต้นว่า เจ้าหน้าที่ไม่ใคร่กระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย และไม่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สถานพยาบาลที่กำหนดให้ไม่สะดวกในการเดินทาง ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยยุ่งยาก มีความวิตกกังวลในคุณภาพของยาที่ได้รับ ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรค ผู้รับบริการทุกระบบมีค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล ถ้าไปรับการรักษาโดยไม่แสดงบัตรก็มีฐานะเช่นเดียวกับผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเดือดร้อนเพราะค่าใช้จ่ายสูงเกินความสามารถในการจ่าย

2. ปัญหาด้านการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ เกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ออกบัตรไม่ได้อธิบายให้เข้าใจสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบประกัน เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจสิทธิของผู้มีหลักประกันสุขภาพ งบประมาณต่อหัวที่ได้รับจากรัฐสำหรับผู้ป่วยบัตร สปร.น้อย ทำให้สถานบริการมีความลำเอียงในการให้บริการโดยให้น้อยเกินไปสำหรับผู้ใช้สิทธิบางระบบที่เบิกได้น้อย และมากเกินไปสำหรับผู้ใช้สิทธิบางระบบที่เบิกได้มาก หรือปฏิเสธผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาเนื่องจากปัญหาในการเบิกเงินระหว่างสถานพยาบาลซึ่งมีการค้างจ่ายมาก ผู้รับบริการได้รับผลกระทบจากการที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ค่าตอบแทนน้อยไม่เป็นแรงจูงใจในการให้บริการซึ่งเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพของบริการ

3. ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนหนึ่งมีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถจ่ายได้เลยหรือจ่ายได้เพียงบางส่วน แบบแผนการใช้บริการของประชาชนกลุ่มนี้ ถ้าเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือเริ่มเจ็บป่วยจะไปซื้อยากินเองหรือไปคลินิกแพทย์ การใช้บริการโรงพยาบาลจะน้อยกว่าประชาชนที่มีหลักประกันคุณภาพ ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกค่าใช้จ่ายไม่สูงจะพอพึ่งพาตนเองได้ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในเตียงสามัญพยาบาลมักแนะนำให้ซื้อบัตรสุขภาพหรือให้ไปพบนักสังคมสงเคราะห์ หากมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์หลักประกันสุขภาพได้ นักสังคมสงเคราะห์จะแนะนำให้ไปติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข ในภาพรวมการซ้ำซ้อนของสิทธิและการขาดความต่อเนื่องของการมีสิทธิในหลักประกันทำให้การเก็บข้อมูลที่ถูกต้องเป็นเรื่องยากและเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ งบประมาณที่ไม่เพียงพอมีผลกระทบต่อมาตรฐานของสถานพยาบาล กลไกในการจ่ายเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของฝ่ายผู้ให้บริการ ขณะที่การใช้บริการโดยไม่ต้องจ่ายเงินเองทำให้ผู้รับบริการมีแนวโน้มใช้บริการเกินความจำเป็น

5. คณะผู้วิจัยเห็นว่าข้อเสนอที่จะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวสำหรับประชาชนทุกคนอาจเป็นไปได้ยากเมื่อพิจารณาตามสภาพการณ์ของประเทศไทย เนื่องจากความสามารถในการเสียภาษีและเก็บภาษีของเราไม่ทัดเทียมกับประเทศอื่นที่ประสบความสำเร็จจากการใช้ระบบนี้ สิ่งที่ควรเร่งรีบดำเนินการคือการปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังโดยให้ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองสำหรับบริการที่ไม่จำเป็น สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายให้มีช่องทางการเข้าถึงบริการชุมชนซึ่งรัฐอาจให้การสนับสนุนในระยะเริ่มแรก

วัฒนา สุกัณศีล (2544) ศึกษาเรื่อง “กองทุนและการจัดสวัสดิการสุขภาพของชุมชน: บทบาทและทางเลือกในการพัฒนา”เป็นการศึกษาเรื่อง รูปแบบ พัฒนาการและการบริหารจัดการของกองทุนและการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน นอกจากนี้ การวิเคราะห์ถึงเงื่อนไขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสุขภาพของชุมชนในประเด็นสำคัญๆ หลายอย่างคือ พัฒนาการและการปรับเปลี่ยนของกองทุนและการจัดสวัสดิการสุขภาพภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค ความคิด ความหมาย และระบบการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน ความเข้มแข็งของกองทุน หรือกลุ่มออมทรัพย์ โดยเฉพาะความเข้มแข็งด้านการเงิน (financial viability) อิทธิพลและผลกระทบของกองทุนและกิจกรรมด้านสุขภาพตลอดจนรูปแบบความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของกองทุนกับการจัดสวัสดิการสุขภาพและกิจกรรมพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วย

การวิจัยครั้งนี้ได้อาศัยวิธีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบกองทุนชุมชน ที่มีบทบาทในการจัดสวัสดิการสุขภาพใน 3 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ทั้งนี้เพื่อจะ

ได้เข้าใจกระบวนการทำงาน ผลกระทบ ลู่ทางการพัฒนาและส่งเสริมบทบาท ตลอดจนปัญหาและข้อจำกัดของกองทุนในการจัดการสุขภาพในชุมชนได้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายลักษณะ ซึ่งได้แก่ การศึกษาทบทวนและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ การวิจัยในพื้นที่ โดยใช้วิธีการศึกษาสำรวจสภาพทั่วๆไปในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพอนามัย จากนั้นก็จะเป็นการศึกษาเจาะลึกในประเด็นคำถามและปัญหาที่สำคัญๆ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รู้ สมาชิกคณะกรรมการ เจ้าหน้าที่รัฐ การสนทนากลุ่ม การสังเกตและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกองทุนและชุมชนในโอกาสต่างๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสม ข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการวิเคราะห์มีทั้งข้อมูลในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน โดยอาศัยข้อมูลจากการเก็บรวบรวมในพื้นที่และจากเอกสารของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาจากชุมชนที่เลือกเป็นกรณีศึกษาทั้ง 6 ชุมชน ในภาคใต้ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการความเป็นมาของกลุ่มออมทรัพย์และกองทุนชุมชน กระบวนการและวิธีการทำงาน รูปแบบการจัดสวัสดิการสุขภาพและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นใน แต่ละพื้นที่ที่หลากหลายและซับซ้อน กลุ่มและกองทุนเหล่านี้ มีความแตกต่างกันในหลายด้าน ขณะที่ก็มีลักษณะร่วมบางอย่างที่คล้ายคลึงกันเช่นกัน ความแตกต่างและคล้ายคลึงกันนี้ แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของบริบทและเงื่อนไขทางสังคม สภาพลักษณะชุมชน พัฒนาการความเป็นมาและเป้าหมายของกลุ่มและกองทุน วิธีการและกระบวนการบริหารจัดการในการแก้ปัญหาและการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของกลุ่มและกองทุนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มและชุมชนในแต่ละพื้นที่

คณะพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข (2544) ศึกษาเรื่อง "ข้อเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน" พบว่า เพื่อจัดให้มีการประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้าอย่างเสมอภาคและมีมาตรฐาน จึงควรกำหนดหลักการเน้นการให้บริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและมีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมให้บริการในระดับอื่นๆ ควรคิดค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่รวม เงินเดือนและงบลงทุน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างได้ผลในระยะยาว โดยจ่ายแบบปลายปิด กล่าวคือ ให้คิดในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่รวมเงินเดือนและงบลงทุนด้วย ทั้งนี้ควรมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ ตลอดจนตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพของประชาชน เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานกลางให้กองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ปฏิบัติ ทั้งนี้ให้พิจารณาพื้นฐานของของชุดสิทธิประโยชน์หลักตามโครงการประกันสังคมเพิ่มเติม ด้วยบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วย แต่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ให้กำหนดต้นทุนต่อหัวประชากรเท่ากับ 1,250 บาท โดยจัดสรรไปให้พื้นที่ 1,083 บาทต่อหัว และกันค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงไว้ที่ส่วนกลาง เมื่อรวบรวมงบประมาณที่ กันไว้สำรองในส่วนกลางทั้งสิ้นสำหรับการบริหารจัดการ การ

ประชาสัมพันธ์ ระบบข้อมูล และการพัฒนาคุณภาพบริการ เข้ากับรายจ่ายในพื้นที่สำหรับประชากร 45 ล้านคนแล้ว จะต้องการใช้ งบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ทั้งสิ้น 65,077 ล้านบาท แต่การผ่อนคลายกฎระเบียบให้สถานพยาบาลได้สามารถบริหารจัดการได้คล่องตัวในลักษณะองค์กรมหาชนควรเป็นเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่ง

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ กิ่งแก้ว อุดมชัยกุล และจิราวรรณ กล่อมเมฆ *(2544)* ศึกษาเรื่อง "ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา" ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศที่พัฒนาแล้ว มักมีจุดเริ่มต้นจากความพยายามที่ต้องการลดการสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน จากนั้นการพัฒนาได้ขยายการครอบคลุมไปจนถึงการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อยู่ภาวะฉุกเฉิน เช่น โรคหัวใจ แล้วที่สุดระบบบริการดังกล่าวถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของโครงข่ายความปลอดภัย โดยปรกติ การให้บริการฉุกเฉินต้องสามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และใครก็ได้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์หรือประสบเห็นเหตุการณ์สามารถแจ้งไปยังศูนย์รับเรื่อง การศึกษานี้เป็นการทบทวนระบบบริการฉุกเฉินในประเทศ อเมริกา ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย และ สวีเดน

ระบบของประเทศทั้งสี่มีศูนย์รับเรื่อง และทีมบริการเคลื่อนที่ ทีมบริการที่มีแพทย์จะเป็นระบบในประเทศ ฝรั่งเศส และสวีเดน ขณะที่ในอเมริกาและออสเตรเลียเป็นบุคลากรที่ได้รับการอบรมขั้นสูง ในห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลอเมริกา ออสเตรเลีย และสวีเดนจะมีแพทย์เฉพาะทางในด้านการให้บริการฉุกเฉิน ทั้งสี่ประเทศ มีกฎหมายรองรับที่ต้องมีระบบนี้ และเป็นสิทธิ์ของประชาชนทุกคนที่สามารถเข้าถึงบริการนี้ และทีมให้บริการฉุกเฉินได้รับการรับรองจากกฎหมาย ส่วนการคุ้มครองงานบริการฉุกเฉิน ในประเทศอเมริกาประชาชนจะได้รับการคุ้มครองจาก Medicaid Medicare ประกันเอกชน หรือ ซื้อประกันต่างหากสำหรับงานบริการนี้โดยเฉพาะ ขณะที่ในประเทศ ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย และสวีเดน การคุ้มครองจะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาลท้องถิ่น และระบบประกันสุขภาพของประเทศ

การพัฒนาระบบดังกล่าวในประเทศไทยควรเริ่มจากการพัฒนาระบบการรับเรื่องและการรายงาน หน่วยบริการเคลื่อนที่ งานบริการในห้องฉุกเฉิน และระบบส่งต่อผู้ป่วย การผนวกรวมระบบนี้เข้ากับระบบบริการสุขภาพทั่วไปมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมก็มีความจำเป็น ประเด็นที่สำคัญเพื่อการสนับสนุนระบบ ได้แก่ กฎหมาย เงินสนับสนุน การพัฒนาบุคลากร และงานวิจัย ส่วนกรอบพื้นฐานการพัฒนาระบบ คือ ความทัดเทียมกันในการเข้าบริการต้องทำให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง

ช.ชยินทร์ เพ็ชญไพศิษฏ์ *(2544)* ศึกษาเรื่อง "แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย" จากการศึกษาวิจัยพบว่า สิทธิผู้สูงอายุได้รับการรับรองปรากฏอยู่ในกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ในฐานะที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์โดยบัญญัติไว้ชัดเจนในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

แนวคิดและความเป็นมาเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุในประเทศไทย อิงอยู่กับวัฒนธรรมและจารีตประเพณีเป็นสำคัญ และบัญญัติอยู่ในกฎหมายบางส่วน เริ่มชัดเจนในแนวนโยบายของรัฐ

รัฐธรรมนูญ ตลอดจนระเบียบและกฎเกณฑ์ต่าง ๆ แต่ยังไม่มีกฎหมายผู้สูงอายุซึ่งบัญญัติรับรองสิทธิโดยเฉพาะ

รูปแบบและการจัดองค์กรในการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย รัฐควรเน้นถึงการแก้ไขปัญหาการจัดสรร และการใช้งบประมาณให้เพียงพอ กำหนดนโยบายในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในทิศทางที่ชัดเจน ให้เกิดความหลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ควรจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ไม่มีรายได้เพียงพอแกการยังชีพหรือยากไร้ และประเภทที่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ โดยมีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่แตกต่างกัน กำหนดนโยบายแห่งชาติ จัดตั้งองค์กรที่มีหน้าที่กำกับดูแลในระดับประเทศและท้องถิ่น ยกระดับความสำคัญของสภาผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนให้องค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และกำหนดให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสม รัฐควรบัญญัติกฎหมายให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกัน กำหนดสิทธิประโยชน์ที่จะให้แก่ผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และไม่ก่อให้เกิดปัญหาในด้านการตีความอันจะเป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุได้ โดยกำหนดสิทธิพื้นฐานของผู้สูงอายุ ในรูปของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ซึ่งควรมีการจัดตั้งองค์กรดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่พึงจะได้รับ และสิทธิของผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะที่รัฐจัดให้เป็นพิเศษ สิทธิในการรับการบริการทางกฎหมาย สิทธิในด้านภาษี การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน สิทธิในชีวิต สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองชีวิต สิทธิจะได้รับการบริการโดยไม่คิดมูลค่าจากรัฐ สิทธิในด้านการศึกษา รวมทั้งการจัดทำกฎหมายอื่นๆ ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ เช่น กฎหมายภาษีอากร กฎหมายแรงงาน กฎหมายเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์ กฎหมายประกันสังคม กฎหมายประกันภัย เป็นต้น

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ *(2544)* ศึกษาเรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศคานาดา” การศึกษานี้เป็นการทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศคานาดา เพื่อต้องการนำเสนอรูปแบบระบบสุขภาพของคานาดา แสดงถึงการกระบวนการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพตลอดจนประเด็นสำคัญต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้อง สุดท้ายต้องการสังเคราะห์บทเรียนจากการทบทวนเพื่อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ข้อมูลการทบทวนมาจากเอกสารทางวิชาการต่างๆ และหนังสือที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลทางอินเตอร์เน็ตโดยเฉพาะโฮมเพจขององค์กรสุขภาพในประเทศคานาดา นอกจากนั้นข้อมูลยังได้จากการสัมภาษณ์นักเรียนจำนวนหนึ่งที่ศึกษาในประเทศคานาดา ประเด็นในการทบทวนประกอบด้วย ระบบประกันสุขภาพ ระบบการให้บริการ ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ และระบบการคุ้มครองผู้บริโภคจากงานบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ระบบสุขภาพของประเทศคานาดาพัฒนาภายใต้กรอบหลักการห้าประการ หนึ่ง การบริหารจัดการโดยภาครัฐ สอง การให้บริการที่ครอบคลุมครบถ้วน สาม การ

ให้บริการที่ครอบคลุมถ้วนหน้า สี่ การเข้าบริการถึงได้ง่าย และ ห้า สามารถรับบริการในที่ต่างๆ รวมทั้งต่างประเทศได้โดยที่ระบบประกันสุขภาพยังให้การคุ้มครอง งานบริการสุขภาพในคานาดาให้โดยภาคเอกชนเป็นหลัก แต่ด้านการเงินสนับสนุนโดยภาครัฐโดยใช้ระบบฐานภาษีเก็บเงินเข้ากองทุน การจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการเป็นแบบ fee-for-service สำหรับงานบริการที่ไม่ได้อยู่ในชุดบริการพื้นฐาน ผู้รับบริการต้องซื้อประกันเอกชนคุ้มครองด้วยตนเอง

ระบบการให้บริการมีแพทย์เป็นผู้ให้บริการหน้าด่าน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่ลงทุนไปกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อที่จะลดค่าใช้จ่ายดังกล่าว ระบบพยายามสนับสนุนการใช้บุคลากรสุขภาพข้างเคียงต่างๆ ที่มีการลงทุนการพัฒนาต่ำกว่าการลงทุนพัฒนาแพทย์รวมทั้งแพทย์เฉพาะทาง และพยายามลดอัตราการการเพิ่มขึ้นของแพทย์ สำหรับระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพจะใช้คณะกรรมการของรัฐช่วยในการตัดสินใจต่อการลงทุนเทคโนโลยีและการกระจายเพื่อให้เกิดการใช้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ขณะที่ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคมีองค์กรต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในหลายระดับเพื่อสร้างความเป็นธรรมให้เกิดกับทุกฝ่าย

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วย การผลักดันให้เกิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวควบคุมทิศทางการพัฒนา ควรที่จะใช้ระบบประกันสุขภาพภายใต้กองทุนเดียวดีกว่าหลายกองทุน ความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบควบคุมคุณภาพบริการและระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีประสิทธิผล และการปฏิรูปต้องอาศัยการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง และที่สำคัญ หลักการความทัดเทียมกันต้องเป็นหลักการที่ทำให้เกิดขึ้นจริงในทุกๆส่วนของการปฏิรูป

พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ (2545) ศึกษาเรื่อง “ทุกข์และการเผชิญทุกข์คนไทยในระบบสุขภาพ” การศึกษานี้มุ่งเจาะลึกถึงความทุกข์ มิติของความทุกข์ซึ่งเป็นมุมมองที่มาจากหลายๆ ส่วน ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และทางชีววิทยาหรือกายภาพ การเผชิญและแก้ไขปัญหาความทุกข์ในมิติต่างๆ ที่เป็นผลมาจากระบบสุขภาพในปัจจุบันทั้งระดับปัจเจกและโครงสร้าง รวมถึงระบบการสนับสนุนทางสังคม ระบบบริการทางสังคม และผลที่ได้รับจากบริการดังกล่าว เหตุที่คณะวิจัยเลือกทำการศึกษาในกลุ่มคนชายขอบเหล่านี้เนื่องจากจะเป็นกลุ่มคนที่สะท้อนความทุกข์และระบบการจัดบริการที่ทำให้วิเคราะห์ให้เห็นถึงปัญหาเชิงระบบทั้งกลไกทางสังคม บริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและระบบการคุ้มครองป้องกันต่างๆ ได้เด่นชัดเป็นรูปธรรมที่สุด ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของความทุกข์ ประกอบด้วย ความทุกข์ทางกายเป็นทุกข์ที่เกิดจากอาการป่วยไข้ และโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งพบว่ารุนแรงกว่าคนชั้นกลาง ส่วนหนึ่งเนื่องจากคนเหล่านี้มีโอกาสในการแสวงหาและเข้าถึงการรักษาพยาบาลหรือทางเลือกในแสวงหาบริการที่มีคุณภาพน้อยมาก ความทุกข์ทางใจ เป็นทุกข์ที่เกิดทั้งจากการไม่เหลียวแลของครอบครัว จากการที่ต้องเผชิญปัญหาที่หนักหน่วงเกินกว่าจะรับมือ หรือเป็นการเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยวตามลำพัง ขาดที่พึ่ง และมีบางส่วนที่เกิดความทุกข์ทางใจเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น อีกส่วนหนึ่งคือ ความทุกข์ทางสังคม เป็นทุกข์ที่มีพื้นฐานมาจากโครงสร้างทางสังคม ค่านิยม วัฒนธรรมที่หล่อหลอมมาเป็นเวลานาน ไม่ว่าจะเป็นความ

ไม่เท่าเทียมทางเพศ การไม่ตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ หรือค่านิยมที่ดูถูกศักดิ์ศรีผู้อื่น การตีตราทางสังคมกับคนบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเอดส์ และการถูกเอารัดเอาเปรียบโดยผู้มีอำนาจเหนือกว่า (ไร้อำนาจการต่อรอง) ทุกข์ทางสังคมนี้นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น ทั้งยังเป็นตัวกระตุ้นหรือตอกย้ำให้อาการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจเพิ่มขึ้นและทำร้ายผู้ป่วยมากขึ้น

การจัดการความทุกข์ กรณีศึกษาล้วนต้องจัดการปัญหาความทุกข์ของตนไปตามยถากรรม ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่สามารถช่วยอะไรได้เนื่องจากความขาดแคลนโดยเฉพาะทุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นความเป็นอยู่ในครอบครัวที่เป็น “ครอบครัวล่มสลาย” ความห่างเหินของคนในชุมชน สังคม การขาดแคลนด้านศึกษา ความรู้ในการดูแลตนเอง ฐานะที่ยากจน หาเช้ากินค่ำ ไม่มีทางเลือกในการประกอบอาชีพ ฯ ทำให้แต่ละชีวิตต้องดิ้นรนเอาตัวรอดไปในแต่ละวัน ซึ่งเป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้คนเหล่านี้เข้าไปใกล้กับภาวะเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะโดยภาวะจำยอมหรือความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ก็ตาม คนเหล่านี้จะมีรูปแบบหรือวิธีการจัดการกับปัญหาที่หลากหลาย ตามแต่ความสามารถที่แต่ละคนจะพอนึกออก ซึ่งมีทั้งการพึ่งพิงระบบบริการสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม ทั้งจากของภาครัฐและเอกชน การดูแลตนเอง การซื้อยากินเอง การแสวงหาการรักษาแบบอื่นๆ มาช่วย “เสริม” การรักษาแผนปัจจุบัน โดยที่ไม่เจาะจงว่าวิธีหรือไม่มีการรับรองผล เช่น การกินยาหม้อ ยาจีน การหาหมอพระ การทรงเจ้าเข้าผี ฯลฯ ขณะที่มีหลายๆ คนเลือกปฏิบัติเพื่อลดหรือบรรเทาความทุกข์ ท้อแท้ หรือความสิ้นหวังในใจ โดยการฟังธรรมะ การบวช และการบอกตัวเองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของบุญทำกรรมแต่ง และเลือกใช้วิธีการปลงหรือทำใจเพื่อยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น

ระบบบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมของภาครัฐ มีความพร้อมและศักยภาพในระดับหนึ่ง สำหรับคนชายขอบนอกจากจะมีปัญหาด้านทุนทางสังคมและการเข้าถึงทรัพยากรและบริการต่างๆ แล้ว คนเหล่านี้ยังพบปัญหาจากการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การไม่ให้ข้อมูลด้านสวัสดิการและสิทธิผู้ป่วย บุคลากรของรัฐไม่ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ การมีทัศนคติที่เป็นลบต่อผู้รับบริการ และหลายกรณีเกิดปัญหาสุขภาพเนื่องจากการขาดคุณภาพของแพทย์ หรือความไม่รับผิดชอบต่อวิชาชีพและจรรยาบรรณของบุคลากรทางการแพทย์บางคน นอกจากนี้โรงพยาบาลหลายแห่งยังใช้เงื่อนไขทางเศรษฐกิจมาเป็นตัวตัดสินในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยหรือถือเอาเรื่องเงินเป็นเรื่องใหญ่และสำคัญกว่าชีวิตคนไข้ จากภาพรวมความทุกข์ของคนไทยดังกล่าว แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงเพราะสุขภาพไม่ดีเท่านั้น แต่มีพื้นฐาน ที่มา และปัจจัยเกี่ยวข้องจากระบบสังคมและวัฒนธรรมของประเทศโดยองค์รวม การแก้ปัญหาความทุกข์ในระบบสุขภาพจึงไม่ได้หมายความถึงเพียงแค่การปฏิรูประบบสุขภาพเท่านั้น แต่จำเป็นจะต้องมองรวมไปถึงระบบอื่นๆ ของทั้งสังคม ทั้งระบบการศึกษา และปฏิรูประบบสังคม

1. ภาครัฐต้องเข้ามารับผิดชอบในการลดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนให้แคบลง ปรับรูปแบบการให้บริการและการให้ข้อมูล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรับบริการได้โดยง่ายและเท่าเทียม ต้องเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชน การแก้ไข

โครงสร้างส่วนที่เป็นปัญหาเริ่มจากระดับของการกำหนดนโยบายที่จะเป็นประโยชน์และสามารถไปสู่คนชั้นล่างได้อย่างทันท่วงที

การเสนอนโยบายทางด้านสุขภาพ จำเป็นต้องทำในเชิงนโยบายสาธารณะ รวมทั้งต้องให้ข้อมูลข่าวสาร และสิทธิต่างๆ ต้องทำให้เป็นประเด็นที่เข้าใจได้ง่ายและเกิดผลในการปฏิบัติจริง จึงต้องประชาสัมพันธ์ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญและผลักดันให้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรของภาครัฐและภาคเอกชนทุกระดับ

2. ภาคประชาชนต้องเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวที่ต้องรู้จักเอื้อเฟื้อ ดูแล และสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างกัน

3. ชุมชน ควรมีความเอื้อเฟื้อต่อเพื่อนร่วมชุมชน และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในหมู่เพื่อนบ้าน โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาไปทางหน่วยงานรัฐหรือเอกชนแต่เพียงอย่างเดียว ความร่วมมือในภาคประชาชนจะเป็นกลไกและพลังอันสำคัญที่รองรับคนในชุมชนทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม และเป็นพื้นฐานให้เกิดความเข้มแข็งขึ้นในครอบครัว และในชุมชน ทำให้ความจำเป็นในการพึ่งพาหน่วยงานอื่นๆ ลดน้อยลง เพราะช่วยตัวเองได้มากขึ้น

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2545) ศึกษาเรื่อง "การประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพระดับจังหวัด" การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับศึกษาการประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นอยู่และที่คาดหวังในสายตาของผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด รวมทั้งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพ โดยประกอบด้วยการศึกษา 2 รูปแบบ คือ การทบทวนองค์ความรู้จากเอกสารทางวิชาการต่างๆ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร พระนครศรีอยุธยา เชียงใหม่ นครราชสีมา และปัตตานี

ผลการศึกษายืนยันว่าการประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น และควรเป็นระบบที่ช่วยเอื้อให้เกิดการพัฒนา มากกว่าการตรวจสอบหรือจับผิด ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงกับระบบประกันคุณภาพบางอย่างที่มีอยู่แล้วได้ แต่อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจที่หลากหลายเกี่ยวกับหลักการและขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพทำให้ในแต่ละจังหวัดที่เห็นความสำคัญ มีความพยายามที่จะสร้างระบบประกันคุณภาพตามความเข้าใจและข้อจำกัดของตนเอง แม้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก ต้องใช้เวลานานกว่าจะเห็นผล และมีองค์ประกอบหลายอย่างที่อยู่นอกเหนือความรับผิดชอบของผู้ให้บริการเข้ามาเกี่ยวข้องก็ตาม สำหรับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพนั้น สามารถจำแนกออกได้เป็น นโยบายและหลักการ งบประมาณ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ฯลฯ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับนโยบายและหลักการของบริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่อาจแก้ไขได้โดยการสร้างความชัดเจนในเกิดขึ้นในระบบเท่านั้

ประคิณ สุจฉายา และคณะ *(2545)* ศึกษาเรื่อง "สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย: มุมมองของพยาบาล"

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการจัดกระบวนการการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาระบบบริการสุขภาพ วิสัยทัศน์เกี่ยวกับระบบสุขภาพไทย และบทบาทของพยาบาล และสร้างความตระหนักในการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ประชาคมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในภาคเหนือ จำนวน 1,269 คน เพิ่มเติมโดยผู้รับบริการ บุคลากรสุขภาพอื่น ผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลทั่วประเทศ ผ่านการจัดเสวนา (11 ครั้ง) การสัมภาษณ์เจาะลึก (29 ครั้ง) การสนทนากลุ่ม (11 ครั้ง) การประชุมโต๊ะกลม (2 ครั้ง) การจัดสัมมนาระดับประเทศ (1 ครั้ง) และการประชุมวิชาการระดับชาติ (1 ครั้ง) ข้อมูลได้โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แนวคำถามของการประชุม แนวคำถามสำหรับการทำกลุ่มย่อยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อมูลวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ สะท้อนปัญหาของการให้บริการสุขภาพ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กล่าวคือ การบริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ บริการไม่ได้มาตรฐานและคุณภาพ ผู้ให้บริการมีภาระงานสูง ขาดทักษะการทำงาน มีความเครียด ไม่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ มีโอกาสพัฒนาตนเองน้อย ผู้รับบริการมีความไม่พอใจในบริการในเรื่องที่ไม่ได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ ไม่ได้รับความเสมอภาคในการมารับบริการ ค่ารักษาพยาบาลแพง บริการไม่ดี ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการให้บริการที่ไม่เหมาะสม ผู้รับบริการต้องการได้รับการให้บริการที่ดี เป็นระบบ ค่ารักษาพยาบาลเป็นธรรม และผู้ให้บริการมีความรู้ มีมนุษยสัมพันธ์ มีจิตใจให้บริการ และมีจำนวนเพียงพอ

2. พยาบาลเสนอวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย ว่าเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความเสมอภาค บุคลากรทางสุขภาพมีคุณภาพ มีคุณธรรม จริยธรรม ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และรัฐและหน่วยงานด้านสุขภาพมีนโยบายและกลยุทธ์สนับสนุนการมีสุขภาพดีของประชาชน

3. วิสัยทัศน์บทบาทพยาบาลในระบบสุขภาพใหม่ ต้องการให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในทุกระดับมีบทบาทในการให้บริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น มีความเข้าใจในธรรมชาติและพฤติกรรมมนุษย์ วัฒนธรรม ความเชื่อ ความรู้พื้นบ้าน ดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน ให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคต่างๆ ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเบื้องต้น ปกป้องสิทธิผู้รับบริการและเป็นตัวแทนให้ผู้รับบริการ ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพ สร้างงานวิชาการ นวัตกรรมและงานวิจัย เป็นผู้นำและผู้ร่วมทีมสุขภาพ และบริหารจัดการการให้บริการและหน่วยงาน

4. ประเด็นหลักการปฏิรูประบบสุขภาพ ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ กระจายอำนาจ การสร้างสุขภาพที่เน้นการดูแลสุขภาพตนเอง กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ กระบวนการสร้างความรู้และงานวิจัยด้านสุขภาพ หลักประกันเพื่อการมีสุขภาพดี รัฐและประชาชนมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพในกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพต่างๆ

5. การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำได้ทั้งในระดับบุคคล และองค์กรวิชาชีพ ในระดับบุคคลพยาบาลต้องพัฒนาความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ สำหรับในระดับองค์กรวิชาชีพต้องเข้ามามีบทบาทในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ในการจัดทำกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาการศึกษาและบริการพยาบาล เป็นผู้นำในการประสานและสร้างความเข้าใจให้กับสมาชิก และระดมความคิดเห็น พัฒนาศักยภาพผู้นำทางการพยาบาล ควบคุมคุณภาพมาตรฐานผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล และพัฒนาระบบประกันคุณภาพงานบริการพยาบาล

วิโรจน์ ณ ระนอง (2545) ศึกษาเรื่อง "การติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45)" รายงานนี้สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะจากโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีที่หนึ่ง (2544-45) ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาในสี่ด้านคือ สวัสดิการข้าราชการและครอบครัว โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ และโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาหลายวิธีประกอบกัน เช่น การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (รวมทั้งข้อมูลที่มาตามระบบรายงาน) การสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม การทบทวนงานวิจัยในอดีต การติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ การสังเกตการณ์การประชุมและเข้าร่วมประชุมสัมมนาของฝ่ายต่างๆ การใช้แบบสอบถาม และการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลจากฐานข้อมูลของสถานพยาบาล ผลการศึกษาในด้านต่างๆ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

โครงการสวัสดิการข้าราชการด้านการรักษาพยาบาลครอบคลุมข้าราชการและครอบครัว (พ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอีกไม่เกินสามคน) โดยให้สิทธิ์ข้าราชการหรือสถานพยาบาลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางโดยไม่มีการกำหนดเพดาน ในชั่วระยะเวลาเพียง 13 ปี (2531-44) ค่าใช้จ่ายของโครงการนี้เพิ่มขึ้นเป็นกว่าหกเท่าตัว หรือเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี ในปี 2541 มีการปฏิรูปโครงการนี้โดยลดสิทธิประโยชน์บางด้านลง (เช่น จำกัดเงื่อนไขการจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลัก จำกัดวันนอนผู้ป่วยใน และตัดสิทธิ์การใช้โรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน) การปฏิรูปครั้งนั้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายลดลงเล็กน้อยในปีงบประมาณ 2542 แต่หลังจากนั้นก็เพิ่มกลับขึ้นไปสู่แนวโน้มเดิมอย่างรวดเร็ว ในปี 2545 เริ่ม

มีการปฏิรูปครั้งใหม่ตามแผนปฏิรูปสวัสดิการข้าราชการของคณะทำงานของ สวรส. ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีในปี 2543 แผนปฏิรูปนี้เสนอให้เปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินผู้ป่วยในจากวิธีเบิกจ่ายตามบริการ (fee-for-service) มาเป็นการเบิกจ่ายตามราคาที่กำหนดไว้สำหรับกลุ่มโรค (DRG) โดยเริ่มจัดสรรตาม DRG ร้อยละ 20 ในปีแรก และค่อยๆ เพิ่มขึ้นทุกปีเป็น 100% ในปี 2547 ในปี 2545 ได้จัดตั้งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) มาบริหารงานด้านข้อมูลการเบิกจ่ายเงิน และสร้างฐานข้อมูลข้าราชการและครอบครัว สกส. เริ่มนำการเบิกจ่ายวิธีใหม่มาใช้ในเดือนเมษายน 2545 ซึ่งล่าช้ากว่ากำหนดเดิมประมาณหนึ่งปีครึ่ง

โครงการประกันสังคมเป็นโครงการภาคบังคับสำหรับลูกจ้างเอกชนในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ โดยลูกจ้าง นายจ้างและรัฐบาลต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ในปัจจุบันโครงการประกันสังคมให้สิทธิประโยชน์หกด้านซึ่งรวมสิทธิในด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการทำงานอยู่ด้วย สำหรับการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานอยู่ในความรับผิดชอบของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งเก็บเงินจากนายจ้างฝ่ายเดียว และอยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสังคมเช่นกัน ผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมสามารถเลือกสถานพยาบาลหลักได้เอง โดยกองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้สถานพยาบาลล่วงหน้าและใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวเป็นหลัก (กองทุนเงินทดแทนจ่ายเงินตามค่าบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ แต่มีการกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายต่อการเจ็บป่วยเอาไว้) โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมหลายแห่งมีโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือคลินิกเป็นสถานพยาบาลเครือข่ายและมีสัญญาส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อนให้กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (เช่น โรงพยาบาลทบวงฯ) ที่ผ่านมา สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ควบคุมดูแลสถานพยาบาล เครือข่ายมากนัก และยังมีปัญหาเครือข่ายที่เป็นคลินิกเถื่อน และในบางจังหวัดมีปัญหาการจ่ายเงินในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเอกชนไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งกลายมาเป็นอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีความซับซ้อน

ตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 ลูกจ้างในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการทุกรายจะต้องเข้าโครงการประกันสังคม แต่ที่ผ่านมามีลูกจ้างมาลงทะเบียนเพิ่มขึ้นเพียงเจ็ดแสนคน (จากจำนวน 2.8-3.5 ล้านคนที่ประมาณเอาไว้) การที่มีลูกจ้างมาลงทะเบียนน้อยกว่าที่คาดทำให้มีประชากรที่อยู่ในโครงการ 30 บาทมากกว่าที่ควรจะเป็น แต่กรณีนี้มีผลทำให้ภาระทางการคลังของรัฐบาลเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากรัฐบาลมีภาระจ่ายเงินสมทบให้กับทั้งสองโครงการในอัตราที่พอๆ กัน

โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" เริ่มจากโครงการนำร่องในช่วงต้นและกลางปี 2544 ซึ่งใช้วิธีออก "บัตรทอง" ให้กับผู้ที่ไม่มีสิทธิ์อื่น แต่เมื่อเริ่มดำเนินการทั่วประเทศ (ยกเว้น กทม. ชั้นใน) ในเดือนตุลาคม 2544 ก็ได้ยุบรวมโครงการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเข้าด้วยกัน (เช่น โครงการบัตรสุขภา 500 บาท และโครงการ สปร.) ที่ผ่านมา โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

แม้ว่าภาพลักษณ์ของโครงการ 30 บาทที่ออกสู่สาธารณะจะเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองนั้น ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบสถานพยาบาลและบุคลากรมากที่สุดในรอบหนึ่งปีเศษที่ผ่านมาคือการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขให้มีความเสมอภาคมากขึ้น โดยเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร วิธีนี้มุ่งหวังว่าการปฏิรูปด้านการเงินการคลังจะสามารถเพิ่มอำนาจซื้อของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบมากแต่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข และจะชักนำให้เกิดการกระจายบุคลากรและทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ ตามไปด้วย การจัดสรรงบโดยวิธีนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองใหญ่หลายซึ่งในอดีตสามารถดึงดูดแพทย์เข้ามาเป็นจำนวนมากเริ่มประสบปัญหาเนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้มีค่าจ้างบุคลากรที่สูง และไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากคนไข้ได้เหมือนเดิม

จากข้อมูลที่รายงานโดยสถานพยาบาลพบว่าในช่วงหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2545 มีผู้ป่วยนอกมาใช้บริการเพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนมากเป็นเท่าตัว จำนวนผู้ป่วยในไม่ต่างจากสถิติการใช้บริการในปีก่อนๆ มากนัก อัตราการตายที่โรงพยาบาลลดลง แต่อัตราการตายของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากช่วงสองปีที่ผ่านมาเล็กน้อย ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะวัดผลของกลไกการจ่ายเงินต่อพฤติกรรมการให้บริการ แต่ข้อมูลบางรายการก็ชี้ให้เห็นว่าควรติดตามต่อไปว่ากลไกการจ่ายเงินบางประเภท (เช่น การให้งบเหมาจ่ายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไปด้วยกัน) จะก่อให้เกิดปัญหาความล่าช้าในการรับหรือส่งต่อผู้ป่วยในหรือไม่

ในปีที่ผ่านมา โครงการ 30 บาท ไม่ได้ใช้เงินเพิ่มขึ้นมากเท่ากับที่หลายฝ่ายเป็นห่วง โดยในปีงบประมาณ 2545 รัฐบาลจัดสรรเงินให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 ล้านบาท (จากงบประมาณ 60,000 ล้านบาทในปี 2544 หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 16) ในขณะที่โครงการนี้ขยายความคุ้มครองให้ประชากรประมาณ 25 ล้านคน และในปี 2546 นั้นคาดว่าโครงการนี้จะใช้เงินเพิ่มขึ้นน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากโครงการประกันสังคม

แม้ว่า พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีทิศทางที่จะไปสู่การบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ร่วมกันในอนาคต แต่ภายในสามถึงห้าปีข้างหน้านี้ มีแนวโน้มว่าจะยังไม่มีการรวมการบริหารจัดการกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน และคาดว่าประเด็นเรื่องสิทธิ์ซ้ำซ้อนและความเสมอภาคจะยังคงเป็นปัญหาในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยต่อไป สาเหตุประการหนึ่งของปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนคือผู้มีสิทธิ์มีแรงจูงใจที่จะมีหลายสิทธิ์เนื่องจากไม่มีหลักประกันสุขภาพชนิดใดที่ให้สิทธิประโยชน์ที่เหนือกว่าหลักประกันสุขภาพอื่นในทุกด้าน วิธีหนึ่งที่จะแก้ปัญหานี้ก็คือยกระดับสิทธิประโยชน์ของโครงการสวัสดิการข้าราชการในส่วนที่ต่ำกว่าโครงการอื่นๆ ให้ขึ้นมาเท่ากับโครงการอื่น และในขณะเดียวกันก็ยกระดับสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมในส่วนที่ต่ำกว่าโครงการ 30 บาทให้ขึ้นมาเท่ากับโครงการ 30 บาท ด้วย วิธีนี้จะทำให้เกิดลำดับชั้นของหลักประกันสุขภาพทั้งสามที่ชัดเจนและจะสามารถแก้ปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนได้ นอกจากนี้ มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินของทั้งสามโครงการ

ที่จ่ายให้สถานพยาบาลให้มีความใกล้เคียงกันเพื่อลดปัญหาแรงจูงใจของสถานพยาบาลที่จะให้บริการในลักษณะสองหรือหลายมาตรฐาน

จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์ สุพล ลิมวัฒนานนท์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2545) ศึกษาเรื่อง "การไม่ได้รับยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล" การวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ปัญหาการไม่ได้รับยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลโดยใช้วิธีการศึกษาตั้งแต่ การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของแพทย์ การสำรวจนโยบายโรงพยาบาล การวิเคราะห์ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ของโรงพยาบาล การประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยแพทย์ และการทบทวนเวชระเบียน

ผลจากการศึกษา พบว่า ปัญหาการไม่ได้รับยาในความคิดเห็นของแพทย์ผู้สั่งใช้ยามักเกิดกับยาที่มีราคาแพงหรือยาใหม่ บัญชียาของโรงพยาบาลหลายแห่งไม่มียาดังกล่าวหรือมีการจำกัดการสั่งใช้ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงบริบทที่สำคัญในการไม่ได้รับยาของผู้ป่วย สำหรับยาผู้ป่วยนอก 10 ชนิดจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิค พบว่า ผู้ป่วยรายได้น้อยมีโอกาสและความต่อเนื่องของการได้รับยาที่ศึกษาในสัดส่วนที่ต่ำกว่าผู้ที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือใช้ยาในกลุ่มข้อบ่งใช้เดียวกัน ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวมีขนาดที่แตกต่างกันตามประเภทของยาและโรงพยาบาลที่ศึกษา งานวิจัยนี้ยืนยันผลเสียของการไม่ได้รับการรักษาที่สำคัญบางอย่าง พบว่า ผู้ป่วยรายได้น้อยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตในสัดส่วนที่น้อยมีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการที่เข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าวได้ดีกว่า นอกจากนี้ การไม่ได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมใน acute phase ทำให้ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรค melioidosis ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่มีอัตราตายสูง

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้มีการกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานของการสั่งจ่ายยาและมาตรฐานรหัสยาซึ่งจะช่วยในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสถานบริการสุขภาพในระดับประเทศ โดยหน่วยงานการคลังสุขภาพหลักทั้ง 3 แผน ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรกำหนดมาตรฐานของข้อมูลร่วมกันเพื่อให้ได้ชุดข้อมูลมาตรฐานกลาง ที่ใช้ได้กับแผนประกันสุขภาพทุกๆ แผน ก่อนนำข้อมูลมาตรฐานดังกล่าวมาใช้ ควรมีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพการใช้ยาที่สอดคล้องกับความรู้ใหม่ที่ยอมรับทางวิชาการ การกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการนี้ เพื่อให้ได้ความเห็นพ้องกันทั้งกลุ่มนักวิชาการ ผู้ให้บริการและองค์กรหลักประกันสุขภาพว่า จะใช้ตัวแปรใดในชุดข้อมูลมาตรฐานและจะประเมินคุณภาพของบริการใด ด้วยเงื่อนไขอะไร ในด้านการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ การวิจัยนี้ได้พิสูจน์ว่าการประเมินการไม่ได้รับยา มีความเป็นได้สูงที่จะใช้ติดตามผลกระทบของนโยบายต่อพฤติกรรมการให้บริการในโรคที่การให้การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเจ็บป่วย หรือลดอัตราตาย หรือมีผลเพิ่มคุณภาพชีวิต นโยบายการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถประเมินได้ในอนาคต นอกจากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในทั้ง 4 ด้านดังกล่าวแล้ว การวิจัยนี้เสนอให้มีการขยายผลการศึกษาและฐานข้อมูลด้านการใช้ยาไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ในลักษณะเครือข่าย เพื่อสามารถนำ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพในเครือข่ายที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ (2545) ศึกษาเรื่อง "ความเป็นธรรมทางสุขภาพ : การประเมินระดับครัวเรือน" การวิจัยนี้ เป็นการศึกษา กระบวนการนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค หลังจากรัฐบาล ของ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ได้ชัยชนะเสียงข้างมากจากการเลือกตั้งในปี 2544 ที่ดำเนินการในช่วงปีแรกเป็นอย่างไร ผลการวิจัยพบว่า การออกแบบระบบของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของจังหวัดนำร่องที่เริ่มเดือนเมษายนและมิถุนายน 2544 เป็นวิธีดำเนินการแบบ "รายวัน" ขณะที่การตัดสินใจในระยะดำเนินการเต็มพื้นที่ทั่วประเทศตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 ดำเนินการแบบ "รายเดือน" การตัดสินใจเชิงนโยบายแบบเปลี่ยนไปเรื่อยทำให้เกิดความขลุกขลักตลอดจนสิ้นปี 2544 การดำเนินตามนโยบายที่ระดับกระทรวงพบปัญหาความต่อเนื่องของบุคลากรที่มีความสามารถ

การปฏิบัติตามนโยบายที่ระดับจังหวัดอยู่ภายใต้วิกฤตหรือไม่ขึ้นกับภาวะผู้นำของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดที่เลือกวิธีจัดสรรงบประมาณโครงการโดยการรวมงบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (inclusive capitation) มีแนวโน้มประสบปัญหาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลงโดยการส่งต่อผู้ป่วยลดลงและมักพบในจังหวัดที่มีระดับภาวะผู้นำต่ำ

การสำรวจครัวเรือนพบว่า นโยบายนี้เป็นที่ชื่นชอบทั้งครัวเรือนร่ำรวยและครัวเรือนยากจน ประชาชนไทยเปลี่ยนแนวคิดจากเชิงเสรีนิยม (โดยให้ครัวเรือนรับผิดชอบจ่ายเงินเอง) เอนเอียงไปทางนโยบายสังคม สวัสดิภาพนิยม โดยลดการแบ่งแยกเป้าหมายระหว่างคนรวยคนจน เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างครัวเรือนภายใต้หลักประกันสำคัญของประเทศ (สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ประกันสังคม และ 30 บาทรักษาทุกโรค) พบว่าผู้ได้รับสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ยังมีอัตราการใช้สิทธิเมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับบริการในระดับต่ำ ทั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกและการใช้บริการผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามครัวเรือนที่ยากจน มีอัตราการปฏิบัติตามสิทธิที่ตนมี สูงกว่าครัวเรือนที่ร่ำรวย ซึ่งพอตีความได้ว่า นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคสามารถบรรลุผลได้บางส่วน เมื่อเปรียบเทียบความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ โดยเฉพาะการจ่ายเงินเมื่อรับบริการ ผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรคได้รับการปกป้องจากการจ่ายเงินแบบถดถอยต่อรายได้ครัวเรือน ต่อกว่าผู้มีสิทธิประกันสังคม โดยเฉพาะครัวเรือนยากจนยังรับภาระสูงเมื่อแสวงหาบริการสุขภาพ เพื่อให้นโยบายมีประสิทธิผลระยะยาว ควรบริหารจัดการนโยบายนี้เน้นหนักในด้านอุปทานของบริการ

บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (2546) ศึกษาเรื่อง "ผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช : ภาพรวมระดับประเทศและกรณีศึกษาสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในภาคเหนือของประเทศไทย" การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบาย 30 บาท วิเคราะห์แบบแผนการให้และการใช้บริการจิตเวชของผู้ป่วยในของประเทศไทย และผลกระทบตลอดจนการปรับตัวของสถานพยาบาลสังกัดกรม

สุขภาพจิตในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 พบว่า การบริการผู้ป่วยในทางจิตเวชมีการข้ามเขตบริการสูงมาก เนื่องจากการกระจายตัวของจิตแพทย์และสถานพยาบาลเฉพาะทางที่ไม่ทั่วถึง และชื่อเสียงของสถานพยาบาลเฉพาะทางที่มีมานาน การใช้นโยบาย 30 บาท มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการให้และการใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชคือ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยใน, จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าบริการที่เรียกเก็บต่อราย ในขณะที่สถานพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมสุขภาพจิตจะลดจำนวนผู้ป่วย, จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อรายลง ส่วนกรณีศึกษาสถานพยาบาลเฉพาะทางในเขตภาคเหนือเห็นว่าสถานพยาบาลไม่ได้รับผลกระทบทางด้านการเงินมากนัก เนื่องจากแห่งเงินทุนใหญ่คือ เงินงบประมาณยังคงมีการจัดสรรเช่นเดิม (ปีงบประมาณ 2544-2545) แม้การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโครงการ UC จะมีมูลค่าน้อยกว่าที่ สถานพยาบาลเคยได้รับ จากโครงการสปร.เดิมก็ตาม เนื่องจากเงินส่วนนี้เมื่อเทียบสัดส่วนกับเงินงบประมาณแล้วเป็นสัดส่วนน้อย อนึ่งสถานพยาบาลได้มีการปรับตัวที่สำคัญมาก คือ การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลสามารถลดต้นทุนบริการลงได้เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามช่วงเวลาที่ทำการศึกษานี้ เป็นระยะเวลาสั้นๆ ของช่วงเปลี่ยนผ่านของการใช้นโยบาย ผลการศึกษาจึงอาจไม่ชัดเจนนัก ประกอบกับลักษณะของโรคไม่ได้ทำให้ถึงแก่ชีวิตในเวลาสั้นหรือเห็นผลรวดเร็ว จึงควรมีการศึกษาติดตามผลต่อไป รวมทั้งควรเน้นการศึกษาในมุมมองของผู้ใช้บริการคือผู้ป่วยด้วย

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2546) ศึกษาเรื่อง “พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ”รายงานวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดให้มีกระบวนการพัฒนาแนวคิดในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชน ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมและการปฏิรูประบบสุขภาพในอนาคต โดยมุ่งเน้นบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลเป็นหลัก ภายใต้ความร่วมมือของสภาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ใช้การศึกษาทางระบาดวิทยาและวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาคือ ผู้ใช้บริการหรือ ประชาชน ผู้นำชุมชนหรือองค์กรในชุมชน และผู้ให้บริการคือ พยาบาล หรือผู้ร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อสถานการณ์ใช้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน และทำให้เกิดการวิเคราะห์ถึงรูปแบบของระบบและบทบาทของพยาบาลที่สามารถให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยหาแนวทางประสานงานกับองค์กรท้องถิ่น และกำหนดนโยบายและแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น

ข้อค้นพบที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์ผลจากความต้องการสุขภาพและลักษณะบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของการศึกษาจาก 6 พื้นที่ สรุปเป็นข้อค้นพบดังนี้

1. ปรัชญาในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องการ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชน กับระบบบริการสุขภาพ ที่เข้าถึงง่าย จัดให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน และครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพ รวมถึงการประสานเชื่อมกับหน่วยบริการอื่นๆและการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. โครงสร้างของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิตามศักยภาพของแต่ละภูมิภาคที่ทำการศึกษา โดยคำนึงถึงกลยุทธ์ในการจัดบริการ กิจกรรมการจัดบริการ คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการ การบริหารจัดการงบประมาณ กำลังคน สถานบริการ คุณภาพการบริการและเครือข่ายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามลักษณะบริบทสังคมและวัฒนธรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคนั้นๆ

3. เงื่อนไขแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- รัฐมีนโยบายการจัดบริการที่ชัดเจน ที่ครอบคลุมตามลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และมีการสร้างกลไกการจัดการระบบการเงิน และการพัฒนาบุคลากร
- ผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพต้องมีจำนวนเพียงพอที่สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่บริการที่กำหนด ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สัดส่วนต่อประชากรในพื้นที่บริการที่ดีที่สุดคือ 1:3000
- ต้องมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงาน
- ต้องมีมาตรฐานการให้บริการและมีการควบคุมคุณภาพการให้บริการ
- ต้องมีการทำงานอย่างเป็นเครือข่าย

ข้อเสนอจากผลการวิจัยที่เสนอคือ 1) รัฐมีนโยบายและมาตรการทางการเงิน มาตราการจัดสรรทรัพยากร มาตราการทางกฎหมาย มาตราการการผลิตและพัฒนากำลังคน มาตราการการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพ 2) สภาวิชาชีพต้องบัญญัติข้อกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานผู้ให้บริการ จัดทำมาตราฐานและแนวทางในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีมาตราการควบคุม ตรวจสอบ และประเมินผล และสร้างความเข้าใจกับสมาชิกในด้านแนวคิดและบทบาทวิชาชีพ 3) สมรรถนะและศักยภาพผู้ให้บริการที่เป็นไปได้มากที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ 4) การจัดโครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโครงสร้างเดิมที่ต้องพัฒนาศักยภาพ หรือโครงสร้างใหม่ที่กำหนดพื้นที่บริการต่อสัดส่วนประชากร ทั้งระบบเครือข่ายและสัญญาจ้าง 5) ความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาที่ต้องผลิตพยาบาลให้มีสมรรถนะครอบคลุมการให้บริการ 6) สถานบริการสุขภาพหรือหน่วยงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องกำหนดแผนและนโยบายด้านงบประมาณ ความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและการสนับสนุนด้านต่างๆ 7) องค์กรวิชาชีพระดับพื้นที่ร่วมสร้างความเข้าใจ วางรากฐานความคิดแก่ผู้ร่วมวิชาชีพ กำหนดมาตรฐานการบริการและคุณภาพ และพัฒนาเครือข่ายการประกอบอาชีพอิสระในชุมชน

สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข *(2546)* ศึกษาเรื่อง "รายงานการทำงานเพื่อพัฒนากรอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข" (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) พบว่า การทำงานเพื่อพัฒนากรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงการพัฒนากรอบกลไกการทำงานซึ่งเกี่ยวเนื่องกับกำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้ภาพระบบบริการสุขภาพในอนาคตครั้งนี้ เกิดขึ้นจากความเห็นชอบของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ที่ดำเนินการผ่านคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขที่แต่งตั้งขึ้นคณะทำงานได้กำหนดวิธีดำเนินการซึ่งประกอบด้วย การประมวลและรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ และกำลังคนด้านสาธารณสุข ควบคู่ไปกับการหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของคณะกรรมการและผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญๆ จากนั้นคณะทำงานจึงดำเนินการประมวลทัศนะความคิดเห็นรวมทั้งข้อมูลสภาพและสถานการณ์ต่างๆ พัฒนาขึ้นเป็นชุดข้อเสนอกลไกการทำงานเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข นำเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติต่อไป จากการดำเนินงานสรุปว่า

แนวคิดสำคัญของกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข แบ่งพิจารณาเป็น 2 กลุ่มหลักคือ ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพที่วางแผนตามนโยบายของรัฐเป็นหลักซึ่งต้องพัฒนาองค์ประกอบหลัก 4 เรื่อง ได้แก่ 1) สร้างความเข้าใจขององค์กรและบุคลากรต่อแนวคิดการสร้างสุขภาพให้เป็นมุมมองที่กว้างขวางและลึกซึ้งควบคู่ไปกับการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร 2) การพัฒนาองค์กรดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดองค์กร การเชื่อมต่อกับนโยบายและงบประมาณสนับสนุน 3) พัฒนากระบวนการทำงานให้มีลักษณะเป็นพันธมิตร (partnership) และสร้างให้ประชาชน ประชาคม องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง 4) สนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ ขณะเดียวกันอีกระบบที่ต้องพัฒนาควบคู่กันก็คือระบบเพื่อการดูแลอาการและความเจ็บป่วย ซึ่งวางแผนจากลักษณะอุปสงค์ อุปทาน (Demand and supply) ควรพัฒนาให้มีมีความหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลายลักษณะทั้งในพื้นที่เมือง ชนบท รวมถึงความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ดังนั้นวิธีการพัฒนาจึงต้องการความยืดหยุ่นสูงไม่ขีดวงจำกัดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา

ทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน ประกอบด้วย 1) ควรครอบคลุมวิชาชีพอื่นที่นอกเหนือวิชาชีพทางการแพทย์ 2) การพัฒนาระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ 3) สนับสนุนการทำงานร่วมกับประชาชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรอื่นๆ ในการพัฒนาการบริการการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการวางแผน การผลิต และการพัฒนากำลังคน 4) พัฒนาระบบกำลังคนให้มีรูปแบบสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน 5) พัฒนาการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องกำลังคน 6) พัฒนาระบบการจัดการ ตลอดจนกระบวนการผลิตที่คำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของสังคมไทย โดยปรับระบบกำลังคนให้มีลักษณะบูรณาการ 7) สนับสนุนการกระจายอำนาจเกี่ยวกับวางแผนการผลิตและการพัฒนากำลังคนระดับพื้นที่ 8) ค้นหามาตรการป้องกันผลกระทบทางลบที่เกิดจากระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอสำหรับประเด็นที่ควรศึกษาและพัฒนาในอนาคต ประกอบด้วย 1) สร้างระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพด้วยการวางรากฐานของระบบเพื่อสร้างสุขภาพดี ที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ 2) ปฏิรูประบบบริหารบุคคลและบริหารองค์กรให้มีความหลากหลายมีประสิทธิภาพเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนและปัญหาความแข็งตัวของการจัดกำลังคนในภาครัฐ 3) พัฒนาระบบกำลังคนแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลความเจ็บป่วยและโรคนั้นให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน 4) ปฏิรูประบบการวางแผน การผลิตและพัฒนากำลังคนสาธารณสุขในระบบเดิมเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและระบบต่างๆ ที่ปรับเปลี่ยนอย่างมีประสิทธิภาพ 5) สร้างเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรท้องถิ่นในระบบกำลังคนสาธารณสุขโดยให้มีการศึกษาและทดลองพัฒนาดำเนินการในประเด็นต่างๆ

กลไกการดำเนินงานพัฒนาระบบกำลังคนฯในระยะเริ่มต้นนี้ ควรมีหลักการสำคัญๆ ประกอบด้วย 1) ควรเป็นกลไกที่สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชน เป็นการประสานในแนวราบคู่กับแนวดิ่ง 2) ควรเป็นกลไกที่ประสานการสร้างความรู้กับการพัฒนานโยบายตลอดจนการนำนโยบายไปดำเนินการไปพร้อมกัน 3) ควรเป็นกลไกที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว มิใช่เป็นกลไกเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นตามสถานการณ์ 4) ควรเป็นกลไกที่คล่องตัวยืดหยุ่น ปรับตัวได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากแนวคิดหลักการทั้ง 4 ข้อข้างต้นคณะกรรมการได้เสนอกลไกหลัก 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ 2) สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข 3) เครือข่ายการวิจัย/การสร้างความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ

ทั้งนี้การดำเนินงานเพื่อพัฒนากลไกการทำงานเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ข้างต้นควรมีแผนงานสำคัญ 3 แผนงาน ประกอบด้วย 1) แผนงานสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการวิจัยที่ต่อเนื่องและชุดโครงการวิจัย 2) แผนงานประสานและสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง 3) แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลกลาง ประสาน และสังเคราะห์ความรู้

อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ *(2546)* ศึกษาเรื่อง "ปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุขโรงพยาบาลภูเขียว อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ" การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) แสดงปัจจัยที่นำไปสู่การข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุข (2) แสดงสภาพปัญหา และลักษณะของความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในเขตและนอกเขตโรงพยาบาลภูเขียว เมื่อใช้บริการทางการแพทย์ข้ามขั้นตอน และ (3) เพื่อศึกษาระบบบริการและการส่งต่อผู้ป่วย ข้อบกพร่อง ปัญหาและอุปสรรคในการจัดระบบบริการและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้มาตรฐานของโรงพยาบาลภูเขียว มุ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากเอกสาร รายงาน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการจัดสนทนากลุ่ม

นอกจากนั้น ยังเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต ทั้งอย่างมีและไม่มีส่วนร่วม โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2546 ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยที่นำไปสู่การข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความไม่สะดวกในการไปรับบริการ ความไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย คุณลักษณะของผู้ให้บริการ การสื่อสารและข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ด้านระบบบริการ ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล การส่งต่อจากคลินิกแพทย์ และความไม่เข้าใจในสิทธิบัตรประกันสุขภาพ

2. สภาพปัญหา และลักษณะของความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการข้ามขั้นตอนส่วนใหญ่จะมี (1) ปัญหาทางเศรษฐกิจ นับตั้งแต่ค่าพาหนะแพง ค่าอาหาร ค่าเสียเวลา ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งต้องจ่ายเงินเอง ใช้สิทธิประโยชน์จากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ เพราะไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อ (2) ปัญหาทางกาย จากความไม่สะดวกและความไม่ปลอดภัยในการเดินทางไปรักษาพยาบาลเอง และ (3) ปัญหาทางใจ จากความสับสน และความไม่พึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล เนื่องจากความไม่เข้าใจในการจัดระบบบริการและการส่งต่อระหว่างผู้ใช้บริการ และญาติที่มีต่อผู้ให้บริการ

3. ระบบบริการและการส่งต่อผู้ป่วย ข้อบกพร่อง ปัญหาและอุปสรรคในการจัดระบบบริการและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้มาตรฐานของโรงพยาบาลภูเขียว พบว่า (1) แพทย์ของโรงพยาบาลภูเขียวมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนประชากร และแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่ใช้ทุน หรือจบใหม่ ปฏิบัติงานไม่นานก็ย้าย แพทย์จึงมีความรู้ และประสบการณ์ไม่เพียงพอ ขาดแรงจูงใจในการปรับปรุงระบบบริการ ส่งผลให้เกิดปัญหาการจัดระบบบริการและระบบการส่งต่อ (2) ระบบส่งต่อพบว่า มีรูปแบบแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ ตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนใช้บริการทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้ลำดับแรกก่อนเสมอ และในกรณีเจ็บป่วยเกินขีดความสามารถจะได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับที่สูงกว่าอย่างรวดเร็วและปลอดภัย (3) มีการทบทวนปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งต่ออย่าง ต่อเนื่องตามแนวทางการดำเนินงานระบบส่งต่อของจังหวัดชัยภูมิ (4) คุณภาพและมาตรฐานในระบบการส่งต่อ พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ มีมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วย แต่ก็ยังพบว่าแพทย์บางคนไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ควรรักษาได้เอง แต่กรณีโรคที่เกินศักยภาพของสถานพยาบาลกลับให้การรักษาเอง จนผู้ป่วยมีอาการหนัก จึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (5) ตั้งแต่ดำเนินการนโยบาย 30 บาท ระบบส่งต่อถูกควบคุมไว้ด้วย รายจ่าย ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ส่งต่อ เพราะต้องลดค่าใช้จ่าย ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบระบบบริการในอดีต และ (6) การสื่อสารในการส่งต่อ ยังมีปัญหาระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ใช้ทุน หรือจบใหม่ มีความเกรงใจที่จะปรึกษาเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยกับแพทย์เฉพาะทาง และไม่สามารถติดต่อปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางเมื่อต้องการปรึกษา

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พบว่าประเด็นทางเลือกต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย เพื่อการพิจารณาคือ ผู้ใช้บริการควรมีสิทธิเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการตามความสะดวกในการไปรับบริการ โดยไม่คำนึงถึงการแบ่งพื้นที่ตามเขตภูมิศาสตร์ หรือการปกครองของกระทรวงมหาดไทย เพื่อแก้ไขปัญหาและความเดือดร้อนของผู้ใช้บริการ

5. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา คือ

5.1 ในส่วนผู้ใช้บริการ ควรมีการถ่ายทอดข้อมูลต่อผู้ใช้บริการในหลายๆ ช่องทาง เช่น การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน การประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประชาคมหมู่บ้าน และการออกเยี่ยมบ้าน หรือการสำรวจแฟ้มครอบครัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในประเด็นดังนี้ (1) เน้นให้ผู้ใช้บริการไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลตามที่ระบุไว้ และในกรณีที่ข้ามขั้นตอน ผู้ใช้บริการ จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง (2) ควรจัดทำใบคำชี้แจงศักยภาพการรักษาของโรงพยาบาลทุกระดับ ให้ผู้ให้บริการทุกแผนกงาน และสถานีอนามัยรับทราบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และสื่อสารกับผู้รับบริการเกี่ยวกับขีดความสามารถของสถานพยาบาล และ (3) ควรมีการถ่ายทอดข้อมูลในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบส่งต่อ และกฎระเบียบข้อบังคับในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภูเขียว สำหรับผู้ใช้บริการสิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันชีวิตให้ผู้รับบริการเข้าใจอย่างชัดเจนถูกต้อง

5.2 ในส่วนผู้ให้บริการ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร โดยมีแนวทางดังนี้ (1) จัดโครงการอบรมเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในการสร้างความตระหนักต่อคุณธรรมและจริยธรรม และสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งกิริยาท่าทางการยิ้มแย้มแจ่มใส (2) ในการเลื่อนตำแหน่ง หรือเลื่อนขั้นเงินเดือนที่สูงขึ้น ควรพิจารณาถึงพฤติกรรมบริการร่วมด้วย และ (3) หน่วยงานควรมีโครงการสรรหาคนดี และประกาศเกียรติคุณสำหรับผู้ให้บริการที่มีพฤติกรรมบริการดีเด่นประจำเดือน หรือประจำปี เพื่อประกาศยกย่องชมเชย ในทางกลับกันอาจจะมีการลงโทษ หรือว่ากล่าวตักเตือน เมื่อมีข้อมูลจากการร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งควรจัดระบบบริการ และพัฒนาบุคลากร เพื่อให้ผู้ใช้บริการเชื่อและไว้วางใจผู้ให้บริการที่ดูแลรักษา

5.3 ในส่วนระบบบริการ พบว่าควรปรับปรุงคุณภาพและระบบการบริการ โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาการรอคอยตรวจจากแพทย์เป็นเวลานานมาก วิธีการหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการคือ การมีพยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นโรค พื้นฐานที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาแพทย์ ซึ่งถ้าพยาบาลเวชปฏิบัติได้รับการฝึกฝนให้ตรวจรักษาโรคได้ โดยให้แพทย์เป็นผู้นิเทศกำกับการให้บริการ จะช่วยให้ระบบบริการมีคุณภาพดีขึ้น ในกรณีพบว่า มีปัญหาด้านมาตรฐานการส่งต่อ ควรจัดให้มีการประชุม Referral Audit ระหว่างแพทย์ และผู้ให้บริการทุกระดับทุก 1-2 เดือน เพื่อปรับมาตรฐานด้านการส่งต่อ และประสานงานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย และเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง นอกจากนั้นควรพัฒนาการบริการระดับทุตติยภูมิ ของ

โรงพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น เช่น จัดประชุมวิชาการ การจัดอบรม และจ้างแพทย์เฉพาะทางสาขาที่ไม่มีในโรงพยาบาล มาเป็นที่ปรึกษาให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือมาช่วยตรวจผู้ป่วยนอกในคลินิกเฉพาะทาง หรือมารับเป็นที่ปรึกษาผู้ป่วยใน ทุก 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ได้ยกระดับความรู้ความสามารถ เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานอยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ระบบบริการดีขึ้น และผู้ป่วยข้ามขั้นตอนจากโรงพยาบาลภูเขียวไปรับการรักษาที่อื่นน้อยลง

สุรสม กฤษณะจูฑะ และคณะ *(2546)* ศึกษาเรื่อง "สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ : บทสำรวจเบื้องต้นเพื่อทบทวนและท้าทายองค์ความรู้" งานวิจัยชิ้นนี้ มุ่งศึกษาทบทวนแนวความคิดว่าด้วย "สิทธิมนุษยชน" และ "สุขภาพ" เพื่อนำมาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ผสมผสานและเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสองแนวคิดข้างต้น โดยใช้กรอบคิดเรื่อง "การนิยามความหมายทางสังคม" ผนวกกับการประยุกต์แนวความคิดทางสังคมอื่นๆ เพื่อทำความเข้าใจความหลากหลายของการนิยามความหมายของแนวคิด "สุขภาพ" และ "สิทธิมนุษยชน"

งานวิจัยชิ้นนี้ได้จัดจำแนกฐานคติของการนิยามความหมายสุขภาพไว้ 3 กระบวนทัศน์ คือ กระบวนทัศน์แรก เป็นการนิยามความหมายสุขภาพปัจเจกชน ซึ่งมองสุขภาพอย่างแยกส่วนและมีเป้าหมายมุ่งไปที่การรักษาสุขภาพกาย กระบวนทัศน์ที่สองคือกระบวนทัศน์สุขภาพสาธารณะ มีฐานคติของการมองสุขภาพในระดับการจัดบริการสาธารณสุขหรือการปรับปรุงสภาพแวดล้อม อันเป็นปัจจัยภายนอก เพื่อเอื้อให้ปัจเจกชนมีสุขภาพที่ดี บางครั้งสุขภาพสาธารณะอาจถูกตั้งคำถามในระดับปรัชญาว่า มุ่งรักษาสุขภาพของคนส่วนใหญ่ แต่ได้กีดกันหรือทำลายสุขภาพของคนส่วนน้อย กระบวนทัศน์สุดท้ายคือกระบวนทัศน์สุขภาพสังคม มีฐานคติมองสุขภาพอย่างองค์รวม ซึ่งมองเหตุปัจจัยแห่งสุขภาพมาจากปัจจัยอันซับซ้อน ทั้งในระดับวิถีชีวิต ในระดับโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความสัมพันธ์กับธรรมชาติแวดล้อม

แนวคิดสิทธิมนุษยชน ผู้วิจัยได้ถกเถียงถึงฐานรากทางความคิดสำคัญอยู่ 6 ประการคือ แนวคิดมนุษยภาพ ที่เน้นการเคารพความเป็นมนุษย์ แนวคิดอิสรภาพที่ส่งเสริมสิทธิที่เสรีภาพของประชาชน แนวคิดความเป็นสากล ที่มองว่ามนุษย์ทุกคนเหมือนกัน แนวคิดความเสมอภาค เน้นความเท่าเทียมและการไม่เลือกปฏิบัติ แนวคิดความเป็นเหตุผล เน้นเคารพในเหตุผลมากกว่าความรู้สึก แนวความคิดประโยชน์นิยม เป็นแนวคิดที่ปกป้องผลประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ แต่เมื่อสิทธิมนุษยชนถูกนำมาใช้ทางปฏิบัติกลับพบกับความขัดแย้งของแนวคิดพื้นฐานข้างต้น เช่น ความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ของคนส่วนใหญ่กับส่วนน้อย หรือขัดแย้งระหว่างปรัชญากับการปฏิบัติ การนิยามความหมายของสิทธิมนุษยชนมีลักษณะสัมพัทธ์ ทำให้สิทธิมนุษยชนอาจมีการตีความไปตามเงื่อนไขบริบทแต่ละ วัฒนธรรมซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย ดังนั้น ภายใต้ความ ลักลั่นทางปรัชญาและการเปิดกว้างให้มีการผสมผสานความรู้จากแหล่งต่างๆ กระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

เมื่อเชื่อมโยงโน้มนำแนวความคิดสุขภาพเข้ากับสิทธิมนุษยชน สังเคราะห์เป็นแนวคิดสิทธิสุขภาพ พบว่าการเชื่อมโยงสองแนวคิดข้างต้นจะขึ้นอยู่กับบริบททางประวัติศาสตร์ สังคม

หรือขึ้นอยู่กับกาลเทศะอันเฉพาะเจาะจง แนวคิดสิทธิสุขภาพของประเทศที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนสูง เช่น การทรมานนักโทษ สิทธิสุขภาพก็จะเน้นไปที่การเรียกร้องให้ชุมชนแพทย์เข้ามาแสดงบทบาทในการยับยั้งการละเมิดสิทธิ แต่ในสังคมที่ยากจน สิทธิสุขภาพอาจเป็นประเด็นของการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นหลัก ในกรณีสังคมไทย สิทธิสุขภาพมีความหมายกว้างขวางมาก มีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา 3 ระดับ คือ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกี่ยวโยงกับประเด็นเพศสภาพ ผู้บริโภค คนพิการ ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น ระดับที่สองต้องพิจารณาในเชิงสถาบันหรือโครงสร้างสังคม ซึ่งได้หยิบยกกรณีศึกษากรณีสุขภาพของชาวบ้านแม่เมาะที่เผชิญหน้ากับปัญหามลพิษของโรงไฟฟ้าและเหมืองถ่านหิน และกรณีศึกษาสุขภาพของคนงานต่างด้าว ในระดับที่สาม พิจารณาในระดับความรู้ พบว่า กระบวนการกีดกันเบียดขับหรือการละเมิดสิทธิไม่ได้กระทำกับคนโดยตรงเท่านั้น แต่ยังได้กระทำกับ “ความรู้” ที่มนุษย์สร้างขึ้น โดยเฉพาะความรู้ท้องถิ่น ทำให้มิติมุมมองต่อแนวคิดสิทธิ สุขภาพได้แผ่ขยายไปยังมิติที่ซับซ้อนยิ่ง

การพิจารณาสถานการณ์ความเป็นไปของโลกซึ่งมีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จักต้องเท่าทันความไม่หยุดนิ่งดังกล่าว ฉะนั้น เมื่อพิจารณาประเด็นการละเมิดสิทธิหรือการทำลายสุขภาพซึ่งมีแนวโน้มที่สลับซับซ้อนยิ่งขึ้นทุกทีนั้น เป็นปัญหาอันละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และกระทบต่อคนทุกชนชั้น การผูกประสานทางความคิดระหว่างสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพจึงมีความสำคัญยิ่ง การหยิบเลือกมิติที่สร้างสรรค์ของความคิดมาสังเคราะห์ผสมผสานหากนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เหตุปัจจัยแห่งทุกข์ร่วมสมัย เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขทุกข์ที่เหมาะสมกับบริบททางสังคม ก็จะเป็นวิถีในการยกระดับให้การแก้ไขปัญหาสังคมไม่ให้ผูกติดอยู่กับการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือแก้ไขแบบแยกส่วนทีละจุด แต่เป็นการแก้ไขปัญหาสังคมอย่างค่อยเป็นค่อยไป มุ่งสู่การแก้ไขปัญหาทั้งระยะสั้นระยะยาวไปพร้อมๆกัน และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ทอดทิ้งผู้ที่อ่อนแอไว้อยู่เบื้องหลัง นี่เป็นหนทางแห่งการร่วมสร้างกระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพให้มีพลัง ในการเอื้อให้ปัจเจกชนสามารถพัฒนาศักยภาพความเป็นมนุษย์ เป็นหนทางในการสร้างสรรค์สังคมที่เป็นธรรม และเคารพต่อธรรมชาติแวดล้อม

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคนอื่น ๆ *(2546)* ศึกษาเรื่อง “การอุดหนุนและเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานบริการในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะนำร่อง” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาวิธีศึกษาต้นทุนการให้บริการ และประมาณการความเสี่ยงทางการเงินของสถานพยาบาลในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะนำร่อง เพื่อสร้างกลไกการอุดหนุนการจัดบริการของสถานพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยศึกษาต้นทุนสถานบริการด้วยวิจัยสำรวจด้วยแบบสอบถามส่งถึงโรงพยาบาลทุกประเภทใน 21 จังหวัดนำร่องปี 2542-44 คำนวณต้นทุนต่อหน่วยตามวิธีลัด วิเคราะห์ต้นทุนบริการและการเรียนการสอนจากเอกสารงบประมาณของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง ปี 2535-2544 จากนั้นสร้างสมการอุดหนุนสำหรับบริการผู้ป่วยในของสถานบริการระดับต่างๆจากฐานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ใน 21 จังหวัด และวิจัยปฏิบัติการแปลงระบบบัญชีเงินสดเป็นระบบบัญชีคงค้าง ใน 2 โรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการตอบแบบสอบถามกลับอยู่ในระดับต่ำระหว่างร้อยละ 3-60 ตามประเภทโรงพยาบาล ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 100-200 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในประมาณ 2,000-6,000 บาท ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปประมาณ 200-400 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในประมาณ 3,000-7,000 บาท ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ประมาณ 300-500 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในประมาณ 5,000-8,000 บาท ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ประมาณ 800-900 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ประมาณ 17,000-18,000 บาท การมีต้นทุนที่ต่างกันเป็นความเสี่ยงทางการเงินสำคัญของสถานพยาบาลถ้าได้รับเงินอุดหนุนที่เท่ากัน เมื่อทดสอบสมการอุดหนุนแก่สถานบริการ ที่ต้องการคำนึงทั้งปริมาณผลงานและองค์ประกอบประสิทธิภาพ คุณภาพและความเป็นธรรมของสถานบริการพบว่า การใช้วิธีจัดอันดับด้านประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมและคุณภาพ เป็นตัวแปรของสมการ มีส่วนจัดเงินอุดหนุนเพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้น แต่ถ้าใช้ตัวเลขจริงด้านประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมและคุณภาพ การมีส่วนจัดเงินอุดหนุนตามสมการเพิ่มเป็นร้อยละ 51-75 การวิจัยปฏิบัติการแปลงระบบบัญชีพบว่า บุคลากรด้านการเงินการบัญชีมีจำนวนและความรู้ความชำนาญต่อภารกิจใหม่ในระดับไม่พอเพียง เนื่องจากระบบใหม่ต้องรับรู้และแยกประเภทรายรับพึงรับและรายจ่ายพึงจ่าย ระบบสอบยันความถูกต้องของข้อมูล เป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน

ผลการศึกษาครั้งนี้ ยืนยันความแตกต่างของต้นทุนการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละระดับ ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลรวมทั้งผลงานบริการยังมีปัญหาความเที่ยงตรง การสร้างสมการเพื่ออุดหนุนและให้เฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานพยาบาล ต้องคำนึงถึงปัจจัยตัวแปรทั้งประสิทธิภาพ คุณภาพบริการและความเป็นธรรมของแต่ละสถานพยาบาลในระดับที่มีความสำคัญ การปรับระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ควรให้ความสนใจกับความสามารถและปริมาณบุคลากรด้านการเงินการบัญชี รวมทั้งระบบข้อมูลเพื่อสอบยันรายรับและรายจ่ายอย่างถูกต้อง

สุภาภรณ์ เตโชวาณิชย์ และคณะ *(2546)* ศึกษาเรื่อง “แนวคิดของสังคมต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย” กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ประชาชนในครัวเรือนของโครงการประเมินผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สำรวจเป็นครั้งที่ 2 (panel household survey ครั้งแรกสำรวจปี 2544 ครั้งที่ 2 ปี 2546) มี 4 จังหวัดจาก 4 ภาค คือ สุโขทัย, อุบลราชธานี, สมุทรสาคร และภูเก็ต จากกรอบครัวเรือนทั้งหมด 1,000 ครัวเรือน ในแต่ละจังหวัด สุ่มหัวหน้าครัวเรือนด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบอิสระ (simple random sampling) จำนวน 100 คน ครอบคลุมอำเภอเมือง และอำเภอใกล้เคียงอำเภอเมือง อีก 2 อำเภอ เพื่อความสะดวกในการเดินทางเข้าประชุม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมประชุมจะต้องตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุม และการหาฉันทามติจากการประชุมกลุ่มใหญ่ ผลของกระบวนการวิจัยจะทำให้ทราบว่าความคิดเห็นทางสังคมต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยว่าจะไปในทิศทางใด

ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มค่าบริการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเมื่อมารับบริการประชาชนมีแนวคิดเกี่ยวกับการเพิ่มการจัดเก็บค่าบริการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เมื่อมารับบริการ เป็นแนวคิด 2 อย่าง คือการให้ความสำคัญกับประโยชน์ที่จะได้รับมากที่สุด และต้องการให้เกิดความถ้วนหน้าด้วยในขณะเดียวกัน นั่นคือแนวความคิดเป็นแบบ Utilitarianism และ Egalitarianism

การเก็บภาษีรายได้ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนยอมจ่ายภาษีรายได้เพิ่มขึ้น นั่นคือการยอมให้ตนได้รับผลกระทบเพื่อให้เกิดความถ้วนหน้าในการสร้างหลักประกันสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดที่มองความเท่าเทียมกันเป็นสำคัญซึ่งเป็นแนวคิดแบบ Egalitarianism นอกจากนี้การนำเงินประกันสังคมบางส่วนมาเข้าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนมองเห็นสิทธิของลูกจ้าง และบทบาทความรับผิดชอบของสำนักงานกองทุนประกันสังคมที่จะต้องรับผิดชอบดูแลสวัสดิการต่างๆให้ลูกจ้างอยู่แล้ว จึงไม่สมควรที่จะไปก้าวก่ายสิทธิของกลุ่มลูกจ้าง นั่นคือแนวคิดแบบ Communitarianism ส่วนการเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคนจน หรือคนที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเท่านั้นในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนมีแนวคิดว่าทุกคนควรมีความเสมอภาค และเท่าเทียมกันในด้านหลักประกันสุขภาพ ซึ่งไม่ว่าเศรษฐานะจะเป็นเช่นไร ทุกคนควรมีสิทธิ์เท่าเทียมกันซึ่งเป็นแนวคิดแบบ Egalitarianism

การเก็บค่าบริการแพงขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยข้ามเขตซึ่งไม่ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตนประชาชนเชื่อว่ารัฐสามารถดำเนินการให้เกิดความเท่าเทียมกันและถ้วนหน้าได้โดยไม่ควรลงโทษกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่ข้ามเขต เพราะกลุ่มที่ข้ามเขตย่อมมีเหตุผลและมีความจำเป็นที่จะข้ามเขตการรักษาซึ่งเป็นแนวคิดแบบ Egalitarianism สุดท้ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรรักษาเฉพาะโรคประชาชนเชื่อในบทบาทของรัฐ และเชื่อว่ารัฐสามารถจัดการบริการทางสังคมให้กับประชาชนทุกคนเท่าเทียมกันไม่ว่ารวยหรือจน ทุกคนต้องมีสิทธิในการได้รับการรักษาให้หายจากโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ทั้งแพงและถูกได้ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นแบบ Egalitarianism

จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ *(2547)* ศึกษาเรื่อง "โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค : การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง" โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อจัดทำข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนการให้ความเห็นของสภาที่ปรึกษาฯ ในกระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร เพื่อประเมินความพร้อมของหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนว่ามีความพร้อมในการให้บริการมีคุณภาพอยู่ในระดับใดและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าการดำเนินการ 30 บาทรักษาทุกโรค สามารถบริการได้ถึงประชาชนระดับล่างหรือไม่

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคฯ โดยเป็นการศึกษาเชิงปริมาณสอบถาม

จากประชาชนกลุ่มต่างๆที่มีบัตรทอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้อาศัยในชุมชนแออัด และผู้ที่อยู่ห่างไกล ในเรื่องต่างๆ คือ ข้อมูลทั่วไป และประสบการณ์ในการใช้บัตรทองเมื่อเทียบกับก่อนมีโครงการ พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยทั้งก่อนและหลังมีโครงการ ความพึงพอใจต่อการใช้สิทธิบัตรทอง โดยกระจายใน 5 ภูมิภาค 25 จังหวัด รวมแบบสอบถามทั้งสิ้น 2,500 แบบสอบถาม และศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ระดับผู้บริหาร ตั้งแต่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนทำกลุ่มสนทนากับคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ และกลุ่มประชาชนใน 10 จังหวัด หลังจากได้ผลการศึกษาเบื้องต้นแล้วจึงได้มีการจัดเวที 4 ภาค

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น โดยได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นเพิ่มมากขึ้นจากจำนวนผู้มีหลักประกันสุขภาพเกือบครอบคลุมประชาชนทั้งหมด อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังมีปัญหาในการดำเนินโครงการในด้านต่างๆ ตั้งแต่เรื่องฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์ในโครงการ 30 บาทฯ การบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารบุคลากร การบริการระบบยาและเวชภัณฑ์ และการจัดระบบการให้บริการ ในสถานีอนามัยซึ่งจะต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องต่อไป กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เข้าใจเป้าหมายของโครงการเพื่อเป็นหลักประกันในด้านสาธารณสุขของประชาชน และเห็นด้วยกับหลักการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวของผู้รับบริการ

ปัจจัยที่มีส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพอย่างมากและไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ความพยายามที่จะทำให้นโยบายบรรลุผลในระยะเวลาอันสั้น ส่งผลให้เกิดความเร่งรัดของนโยบาย ทำให้สถานบริการปรับตัวตามไม่ทัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของฐานข้อมูลผู้มีสิทธิได้รับบัตรทอง การเตรียมความพร้อมของบุคลากร การเตรียมการในการปรับระบบการจัดสรรงบประมาณ ผลกระทบเหล่านี้ หากมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นจะทำให้โครงการมีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ประเด็นที่สำคัญในการบริหารโครงการนี้ คือ การพยายามปรับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่มีปัญหาเชิงโครงสร้าง คือ ปัญหาการกระจายไม่สมดุลของสถานพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ด้วยหลักการของการจัดสรรงบประมาณที่ยึดตามรายหัวของผู้รับบริการ ซึ่งในการดำเนินการปรับเปลี่ยนเช่นนี้ ผู้บริการระดับสูงต้องตระหนักถึงปัญหา ทำความเข้าใจและแก้ปัญหาด้วยการยึดหลักของการปฏิรูประบบสาธารณสุขจึงจะทำให้โครงการมีการพัฒนาที่ยั่งยืน

ดังนั้น การวิเคราะห์โครงการนี้สรุปว่า หลักการของการประกันสุขภาพเป็นหลักการที่ดีและต้องการการสนับสนุนอย่างจริงจังจากทุกภาคส่วน การบริหารโครงการ จึงจำเป็นต้องยึดหลักการนี้ให้มั่นคง นั่นคือ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขไปพร้อมกับการดำเนินโครงการ

เพื่อปรับให้การกระจายของสถานพยาบาลและบุคลากร มีความสมดุลกับจำนวนประชากรโดยใช้ข้อมูลภูมิศาสตร์สารสนเทศประกอบในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผลการศึกษาวิจัย คือ

1. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน กำหนดบทบาทของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพในรูปของคณะกรรมการระดับต่างๆ ตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด สร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการด้านสาธารณสุขของชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ/หรือองค์กรชุมชน ควรให้มีทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การดำเนินการสร้างสุขภาพของชุมชน การจัดหาบุคลากรเพื่อสนับสนุนการให้บริการ การดำเนินการสร้างสุขภาพชุมชน สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนสุขภาพระดับชุมชน สนับสนุนระบบร้องทุกข์โดยภาคประชาชน ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการพิทักษ์สิทธิของประชาชนผู้เดือดร้อน ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆอย่างต่อเนื่อง ทันเหตุการณ์ สร้างกระบวนการให้กลุ่มผู้มีสิทธิที่ลักษณะเฉพาะ เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. พัฒนาคุณภาพบริการโดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ สนับสนุนให้มีโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบหน่วยงานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ค่าใช้จ่ายสูง จัดทำมาตรฐานการให้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก และแพทย์แผนไทยในโครงการหลักประกันสุขภาพอย่างชัดเจน พัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของชุมชน มีระบบการนำส่งผู้ป่วยจากชุมชนมายังโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยและทันการ

3. การจัดสรรงบประมาณ ดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้เป็นไปตามรายหัวของผู้รับบริการ และส่งงบประมาณทั้งหมดลงไปให้ถึงหน่วยงานในระดับจังหวัด จัดให้มีกองทุนฉุกเฉิน (Contingency Fund, CF) เพื่อช่วยด้านงบประมาณสำหรับจังหวัดที่มีบุคลากรต่อจังหวัดมาก พัฒนาระบบฐานข้อมูลโดยเฉพาะบัญชี และฐานข้อมูลการใช้บริการ เพื่อใช้คำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อรายหัวที่สถานพยาบาลแต่ละระดับใช้ไปจริง พัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณตามภารกิจของหน่วยงาน

4. แก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำไม่เสมอภาคของการกระจายบุคลากรและสถานบริการ ซึ่งรัฐบาลควรจัดตั้งคณะทำงานติดตามสภาพปัญหาความแตกต่างเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร ระบบจัดสรรงบประมาณและการเบิกจ่าย และการกระจายสถานพยาบาลเพื่อเป็นการแก้ปัญหาความไม่เสมอภาค

จิตปราณี วาศวิท และคณะ *(2547)* ศึกษาเรื่อง “อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 1 เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย” พบว่า ข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการที่ทันสมัยเพื่อใช้ในการประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิ่งสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ให้ดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.

2546 ขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านความครอบคลุมของประชากรสภาวะการเจ็บป่วยของประชากรไทยก่อนและหลังมีนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า แบบแผนการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล และอัตราการใช้สิทธิในโครงการฯ ตลอดจนลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ไม่มีสวัสดิการใด ๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้สุ่มครัวเรือนตัวอย่างจากทุกจังหวัด เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ ได้ครัวเรือนตัวอย่าง 26,520 ครัวเรือน ดำเนินการสำรวจในเดือนเมษายน พ.ศ. 2546 ข้อมูลจากการสำรวจสามารถนำมาคำนวณและประมาณค่าเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้โดยการถ่วงน้ำหนักตามระเบียบวิธีทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ภายหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถครอบคลุมประชากร 47.7 ล้านคนหรือร้อยละ 74.7 ของประชากรทั้งประเทศ ให้มีหลักประกันการรักษาพยาบาล แต่ยังมีผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 3.2 ล้านคน (ร้อยละ 5) อัตราการเจ็บป่วยของประชากรในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2546 กรณีผู้ป่วยนอก เท่ากับ 4.93 ครั้ง/คน/ปี เพิ่มขึ้นจาก 4.10 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2544เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.1 อัตราการนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 0.083 ครั้ง/คน/ปี เพิ่มขึ้นจาก 0.076 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2544เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.8 แบบแผนการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของประชากรในหลักประกันสุภาพถ้วนหน้าเปลี่ยนแปลงพอสมควร โดยเปลี่ยนไปใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น การใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ลดลงแสดงถึงความสำเร็จของโครงการรักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอกมีการใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 56.6 กรณีผู้ป่วยในมีการใช้สิทธิสูงถึงร้อยละ 80.9

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ รัฐควรให้การสนับสนุนทรัพยากรทั้งงบประมาณและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอให้สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งควรมีมาตรการดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันใด ๆ ได้รับสวัสดิการเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ

ศิริรัตน์ ชำนาญณรงค์ศักดิ์ *(2547)* ศึกษาเรื่อง “ผลกระทบของพฤติกรรมผู้นำและวัฒนธรรมองค์การต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามการรับรู้ของผู้บริหาร เพื่อค้นหาขนาดอิทธิพลทางตรงของพฤติกรรมผู้นำที่มีต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามตามการรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมองค์การที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามการรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลทางอ้อมของพฤติกรรมผู้นำและแบบวัฒนธรรมองค์การที่มีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามตามการรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวมของพฤติกรรมผู้นำ วัฒนธรรมองค์การ และองค์กรแห่งการเรียนรู้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มที่หนึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงซึ่งเป็นผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาที่เกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน 9 แห่งที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จำนวน 800 คน และได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 550 ฉบับ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน 8 แห่ง สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมผู้นำที่มีอิทธิพลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของผู้บริหาร

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้ของผู้บริหารทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนมีพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนที่ใช้บทบาท Producer role มีอิทธิพลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ 20% เมื่อพิจารณาองค์ประกอบย่อยขององค์กรแห่งการเรียนรู้พบว่าพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนที่ใช้บทบาท Producer role มีอิทธิพลต่อระบบการจัดการความรู้ในองค์กรแห่งการเรียนรู้ 29%

1) การสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กร พบว่าผู้นำส่วนใหญ่เชื่อว่ากระบวนการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรเป็นที่สังเกตได้ชัดเจน วัฒนธรรมองค์กรภายหลังผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงในระดับหนึ่ง

2) การวิเคราะห์โมเดลลิสเรล (LISREL) เพื่อค้นหาขนาดอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของพฤติกรรมผู้นำที่มีต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามตามการรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชา ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชาของโรงพยาบาลเอกชน รับรู้ว่าพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนที่ใช้บทบาท Director role และพฤติกรรมผู้นำแบบเปลี่ยนสภาพที่ใช้บทบาท Broker role มีอิทธิพลโดยตรงต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ และพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนที่ใช้บทบาท Coordinator Role มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยผ่านวัฒนธรรมองค์การแบบมุ่งผลสำเร็จ (Achievement-oriented culture) และวัฒนธรรมองค์การแบบสนับสนุนเกื้อกูล (Supportive-oriented culture) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชาของโรงพยาบาลรัฐรับรู้ว่าพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนที่ใช้บทบาท Producer และ Director Role มีอิทธิพลโดยตรงต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และพฤติกรรมผู้นำแบบเปลี่ยนสภาพที่ใช้บทบาท Mentor role และ พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนที่ใช้บทบาท Director Monitor และCoordinator Role มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อ การพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยผ่านวัฒนธรรมองค์การแบบมุ่งผลสำเร็จ (Achievement-oriented culture) และวัฒนธรรมองค์การแบบสนับสนุนเกื้อกูล (Supportive-oriented culture) ตามลำดับ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยผ่านวัฒนธรรมองค์การแบบมุ่งผลสำเร็จ (Achievement-oriented culture) และวัฒนธรรมองค์การแบบกฎระเบียบ (Role-oriented culture) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามวัฒนธรรมองค์การแบบใช้อำนาจบังคับ (Power-oriented

culture) ไม่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าแบบจำลององค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลภาคเอกชนสามารถอธิบายได้ 42% ส่วนแบบจำลององค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลภาครัฐสามารถอธิบายได้ 49% ดังนั้นแบบจำลององค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชนและรัฐที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวมตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมผู้นำส่งผลโดยตรงต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ และส่งผลทางอ้อมต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยผ่านการรับรู้วัฒนธรรมองค์การ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแบบจำลององค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชาเท่านั้น ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำการเก็บข้อมูลพฤติกรรมผู้นำวัฒนธรรมองค์การ และองค์กรแห่งการเรียนรู้ในผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อที่จะเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างแบบจำลององค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนและรัฐที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเท่านั้น ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในองค์กรอื่นๆ เช่น สถาบันการศึกษา เช่น อุดมศึกษาที่ผ่านการรับรองคุณภาพองค์กร และควรติดตามและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดิมว่าสามารถธำรงรักษาองค์กรแห่งการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในการพัฒนาภาวะผู้นำของบุคคลในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กรให้มีความยั่งยืนขององค์กรแห่งการเรียนรู้โดยบริหารวัฒนธรรมองค์การของโรงพยาบาลให้มีแบบมุ่งผลสำเร็จและแบบเกื้อกูล หรือแบบมุ่งผลสำเร็จและแบบกฎระเบียบ

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ *(2547)* ศึกษาเรื่อง "โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำร่องที่กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้โดยสมัครใจ" ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 สิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา 5 ระบุสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 6 ได้กำหนดไว้ว่า บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ... และให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ...." จึงอาจกล่าวได้ว่าเนื้อหาของพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้มีเจตนาระบุไว้อย่างชัดเจนถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเลือกหน่วยบริการประจำด้วยตนเองได้ตามที่ต้องการ แต่ทั้งนี้ได้เปิดช่องให้คณะกรรมการ/หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถกำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกหน่วยบริการที่เหมาะสมได้โดยขอให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของแต่

ละบุคคลเป็นสำคัญ ฉะนั้นการที่กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตัดสินใจให้จังหวัดแพร่ สระบุรี สุรินทร์ สงขลา และเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร ได้ริเริ่มทดลองดำเนินการโครงการนำร่องการให้ประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง (30 บาท รักษาทุกโรค) สามารถเลือกสถานบริการประจำโดยสมัครใจ ตามเกณฑ์ที่ทางสำนักงานที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัดกำหนดขึ้นในเดือนตุลาคม 2545 โดยกำหนดระยะเวลาให้ประชาชนสามารถติดต่อเพื่อขอเปลี่ยนสถานบริการหลักหรือรองที่ต้องการนานประมาณ 2-3 เดือน และได้เริ่มเปิดให้ประชาชนสามารถไปใช้บริการที่สถานบริการที่กำหนดได้ตั้งแต่ปลายปี 2545 ที่ผ่านมานั้นจนถึงปัจจุบัน จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการนำร่องฯ ดังกล่าวโดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 โครงการ

สรุปข้อค้นพบที่สำคัญเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายและการบริหารโครงการฯ รูปแบบการให้เลือกสถานบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ดังนี้

1. ความต้องการเปลี่ยนแปลงสถานบริการสุขภาพของประชาชน มีแนวโน้มว่าประชาชนประมาณร้อยละ 30-50 มีความคิดอยากจะเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่หากหน่วยงานเปิดโอกาสให้เลือกสถานบริการได้

2. สถานบริการหลักควรเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการหลักได้โดยสมัครใจ กรณีสถานบริการรอง ควรให้ชุมชนในระดับตำบลหรือหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการกำหนดสถานบริการรองที่ชุมชนต้องการ

3. การบริหารโครงการฯ ควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการให้เลือกสถานบริการจากส่วนกลางโดยทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้แต่ละพื้นที่สามารถนำหลักเกณฑ์เหล่านี้ไปปรับให้เข้ากับสภาพของพื้นที่และทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจะเป็นผู้สนับสนุนการประชาสัมพันธ์โครงการขยายพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการโดยสมัครใจในระดับประเทศ ผ่านช่องทางของสื่อต่าง ๆ ที่สามารถทำได้จากส่วนกลาง

5. ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนเป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างมาก เพราะจากการดำเนินงานในโครงการนำร่องฯ ทั้ง 5 จังหวัดในช่วงที่ผ่านมา ค่อนข้างจะมีปัญหากับระบบเชื่อมต่อของฐานข้อมูลเพื่อการออกบัตรทองใหม่ให้แก่ประชาชน ทำให้ต้องเสียเวลาในการตรวจสอบสิทธิและการเปลี่ยนสถานบริการ ควรกำหนดวิธีการที่ชัดเจนและการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้แก่เจ้าหน้าที่ได้เข้าใจถึงขั้นตอนและวิธีการเปลี่ยนแปลงฐานข้อมูลในการเลือกสถานบริการใหม่ รวมไปถึงการตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ซ้ำซ้อนกับระบบประกันอื่น ๆ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง น่าจะได้ทำไปพร้อมกันด้วย

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์ *(2547)* ศึกษาเรื่อง "ความเป็นธรรมทางสุขภาพระดับครัวเรือน : การสำรวจครัวเรือนรอบที่ 2 และการตรวจร่างกายครั้งที่ 1" การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2546 โดยการสำรวจซ้ำครัวเรือนเดิมที่ทำการสำรวจครั้งแรกในปี 2544 ครอบคลุมครัวเรือนประมาณ 4,000 ครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาคร ภูเก็ต และยังทำการสำรวจสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายประชาชนใน 2 อำเภอของจังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการพบครัวเรือนเดิมประมาณร้อยละ 77 และพบสมาชิกครัวเรือนคนเดิมร้อยละ 70 จังหวัดที่พบครัวเรือนเดิมและสมาชิกคนเดิมมากที่สุดคืออุบลราชธานี จังหวัดที่พบต่ำที่สุดคือภูเก็ต ความเป็นธรรมในการมีหลักประกันสุขภาพดีขึ้น คือผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ลดจากร้อยละ 8.8 ในปลายปี 2544 เหลือร้อยละ 4.3 ในปี 2546

ประชาชนจังหวัดสมุทรสาครยังคงไม่มีหลักประกันสุขภาพสูงที่สุดคือประมาณร้อยละ 7.5 ความเป็นธรรมด้านสุขภาพวัดด้วยคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นคะแนนสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับผู้สูงอายุสิทธิบัตรทอง

ส่วนผู้สูงอายุสวัสดิการข้าราชการ แม้คะแนนสถานะสุขภาพจะลดลง แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีสิทธิประกันสังคมมีคะแนนสถานะสุขภาพสูงสุด และคะแนนสุขภาพกลับเพิ่มมากกว่าปีก่อน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทำนายคะแนนสถานะสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบวก: คะแนนสถานะสุขภาพปีก่อน รายได้ที่สูงขึ้น การมีงานทำ เพศชาย ปัจจัยด้านลบ: การเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ การเป็นโรคเรื้อรัง การต้องนอนโรงพยาบาล อายุ การอยู่จังหวัดอื่นๆ เมื่อเทียบกับภูเก็ต

ความเป็นธรรมทางสุขภาพของการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพยังแตกต่างกัน แม้การรับบริการโดยรวมจะต่ำมาก ตัวแปรทำนายการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ อยู่ในเขตเมือง อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิง การศึกษาชั้นมัธยมขึ้นไป และสิทธิข้าราชการ แต่การมีสถานะสุขภาพปีก่อนอยู่ในระดับดี-ดีมาก ทำให้การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพลดลง

ความเป็นธรรมของการรับบริการของผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยอธิบายพฤติกรรมรับบริการของผู้มีโรคเรื้อรังเปรียบเทียบการสำรวจ 2 รอบ ได้แก่ อายุเพิ่มขึ้นทำให้ประสบการณ์เลือกวิธีไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้ภาครัฐมากขึ้น ผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเลือกดูแลตนเองและใช้บริการภาครัฐมากขึ้น ระดับมัธยมศึกษาใช้เอกชนมากขึ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค เลือกไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้เอกชนเพิ่มขึ้น แต่ใช้ภาครัฐลดลง ผู้มีสิทธิข้าราชการก็ใช้บริการเอกชนมากขึ้น ผู้เป็นโรคเบาหวานเลือกวิธีรักษาที่รัฐและเอกชนมากขึ้น

ส่วนการคลังสุขภาพ การจ่ายเงินเองเฉพาะผู้มีโรคเรื้อรัง การสำรวจรอบสองมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ลดลงกว่ารอบแรก

ผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีผู้รับการตรวจร้อยละ 51 ของผู้ที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครัวเรือนใน 2 อำเภอของจังหวัดสุโขทัย คะแนนสถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับลักษณะเม็ดเลือดแดง ผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีคะแนนสถานะสุขภาพต่ำกว่า

ความตรงกันของการให้ประวัติและการตรวจพบโรคความดันเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง (Kappa 0.40, p=0.00) และโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง (Kappa 0.78, p=0.00) คะแนนสถานะสุขภาพของผู้ไม่เป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้เป็นโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสำรวจครัวเรือนเดิมมีอัตราค้นพบครัวเรือนเดิมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่อัตราการมาตรวจร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง

การใช้วิธีวิจัยเช่นนี้ จึงต้องพิจารณาเป็นอย่างยิ่งถึงคุณค่าเพิ่มของวิธีวิจัยแต่ละชนิด

ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ *(2547)* ศึกษาเรื่อง "การศึกษาข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมโดยตรง (Direct stake holders) ต่อรูปแบบต้นสังกัดของสถานีอนามัยในเขตอำเภอบ้านแพ้ว ภายหลังการออกนอกระบบราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว" การวิจัยครั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เป็นโรงพยาบาลของรัฐเพียงโรงพยาบาลเดียวที่ออกนอกระบบราชการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2543 โดยได้รับการคาดหมายว่าจะเป็นองค์กรที่มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่อำเภอบ้านแพ้ว การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาสังกัดที่เหมาะสมของหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐภายใต้รูปแบบ "ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ" ที่สอดคล้องกับ "ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า" และ "แนวโน้มการกระจายอำนาจ"

2. ศึกษารูปแบบการดำเนินการและความสัมพันธ์ภายในของหน่วยบริการทางสุขภาพของรัฐในเขตอำเภอบ้านแพ้ว เพื่อให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการดำเนินการที่มีคุณภาพ

3. ศึกษาระบบการกำกับดูแลระบบบริการสุขภาพของอำเภอบ้านแพ้ว

วิธีการศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 2 แบบคือ การสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) พื้นที่ที่ศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 12 ตำบลของอำเภอบ้านแพ้ว ซึ่งประกอบด้วยตำบลบ้านแพ้ว ตำบลคลองตัน ตำบลหลักสอง ตำบลหลักสาม ตำบลเจ็ดริ้ว ตำบลสวนส้ม ตำบลอำแพง ตำบลเกษตรพัฒนา ตำบลหนองสองห้อง ตำบลหนองบัว ตำบลยกกระบัตร และตำบลโรงเข้ โดยศึกษาจากประชากร 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกเทศมนตรี และประธานองค์การบริหารส่วนตำบล) รวม 53 ราย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารของรัฐและสถานีอนามัย รวม 6 ราย กลุ่มผู้บริหารของรัฐและหัวหน้าสถานีอนามัยรวม 21 ราย

ผลการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับทางเลือกของต้นสังกัดของสถานีอนามัยมี 3 ทางคือ สังกัดหน่วยราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มหาชน นอกระบบราชการซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อจำกัดที่ควรคำนึงถึง

ส่วนความคิดเห็นมีต่อรูปแบบการดำเนินงานและความสัมพันธ์ภายในของหน่วยบริการต่างๆ ในระบบสุขภาพระดับอำเภอพบว่า การแบ่งงานระหว่างโรงพยาบาลบ้านแพ้วและสถานอนามัยควรมีความชัดเจน โดยโรงพยาบาลบ้านแพ้วควรมุ่งเน้นด้านการรักษา ส่วนสถานีอนามัยควรรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาความซ้ำซ้อน การจัดสรรงบประมาณควรอยู่ในรูปของเบี้ยเลี้ยงเพื่อการปฏิบัติงานภาคสนาม รวมทั้งสนับสนุนยานพาหนะและค่าใช้จ่ายสำหรับน้ำมันเชื่อเพลิงเพื่อการปฏิบัติงานด้วย สำหรับประเด็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานนั้น โดยเฉพาะสัมพันธภาพของคณะบุคคลที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ ที่ยังคงพบว่ามีความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้บริหารระดับสูงขององค์กรหลายองค์กรที่รับผิดชอบงานด้านบริการสุขภาพของอำเภอบ้านแพ้ว จึงมีข้อเสนอแนะให้องค์กรที่มีความพร้อมด้านงบประมาณและอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีส่วนช่วยในการสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นแก่องค์กรอื่นๆ โดยเฉพาะสถานีอนามัย

สำหรับการกำกับดูแลระบบบริการสุขภาพของอำเภอบ้านแพ้ว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีความไม่สอดคล้องกันระหว่างผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้เพราะในการสัมภาษณ์เชิงลึกมีผู้นำชุมชนเป็นจำนวนมากที่มีความเห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องตั้งคณะกรรมการหรือหน่วยงานขึ้นมากำกับดูแลระบบบริการสุขภาพของอำเภอบ้านแพ้วเป็นการเฉพาะ ในขณะที่ในการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่มนั้น มีกลุ่มของการสนทนาเพียงกลุ่มเดียวที่มีความเห็นสอดคล้องกับเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้โดยเหตุผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและจากการสนทนากลุ่มกล่าวเป็นเหตุผลที่ใกล้เคียงกัน

จอนผะจง เพ็งจาด และคณะ (2547) ศึกษาเรื่อง “การศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความคาดหวังและความพึงพอใจ ต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนที่มีสิทธิในโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (โครงการ 30 บาท) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วยประชาชนที่อาศัยในพื้นที่แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี จำนวน 810 ครอบครัว (1,090 คน) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามร่วมกับการการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ผลการวิจัยพบว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) 2 แห่ง คือ คลินิกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร. ชั้น 13 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการตรวจตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกแก่ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่รับผิดชอบในเวลาราชการ และศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ให้บริการสุขภาพ 2 รูปแบบ คือบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งแบ่งเป็น 1) บริการ

สุขภาพที่ให้กับประชาชนที่มีสุขภาพดี โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการแก้ไขปัญหาชุมชน 2) บริการสุขภาพเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน สำหรับประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพโดยการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านของทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนที่มีสิทธิในโครงการส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลของการเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ สถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และค่ารักษาพยาบาลไม่แพง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความพึงพอใจกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับเป็นอย่างมาก เนื่องจากการได้รับการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานและเสียค่าใช้จ่ายน้อย การบริการที่กลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจคือ การรอพบแพทย์นานและการไม่ได้รับการอธิบายถึงการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความคาดหวังว่าบริการสุขภาพควรมีความเสมอภาคในการรับบริการ การดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐาน ไม่ต้องรอนาน บุคลากรพูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีท่าทีเต็มใจและเอาใจใส่ในการให้บริการ บุคลากรควรปรับปรุงในเรื่องการพูด การให้การต้อนรับ ให้เกียรติ ไม่เลือกปฏิบัติ และที่สำคัญควรเคร่งครัดเรื่องการทำงานตรงเวลา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสุขและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสุขภาพที่พบมากได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติน้อยคือ การออกกำลังกาย การดูแลตนเองด้านโภชนาการ การตรวจเต้านม/อัณฑะ และการตรวจสุขภาพประจำปี

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศศิวุทฒ์ วงศ์มณฑา *(2548)* ศึกษาเรื่อง "ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาทฯ ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน" การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องผลกระทบในระยะแรกของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ต้องรับภาระในปัจจุบันเทียบกับในอดีต ทั้งนี้ การลดค่าใช้จ่ายของประชาชนให้ลดลงมาอยู่ในระดับที่ไม่มีผลกระทบที่รุนแรง นับว่าเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายในประเทศ

ผลการศึกษาพบว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ถือเป็นโครงการที่ได้รับการตอบรับจากประชาชนเป็นอย่างดี เพราะเป็นโครงการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน มุ่งเน้นให้บริการแก่ประชาชนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ที่สำคัญคือ โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆต้องการให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม (รับบริการ) ตามสิทธิประโยชน์ของตนเองได้อย่างเต็มที่ รัฐบาลได้เล็งเห็นว่าเรื่องสุขภาพของประชาชน

ภายในประเทศเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต้องรีบพัฒนาอย่างเร่งด่วน แต่ประชาชนในประเทศส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางด้านฐานะที่ยากจนมีรายได้น้อย ดังนั้นจึงไม่ค่อยได้รับการบริการทางด้านการรักษาพยาบาลมากเท่าที่ควรจะเป็น รัฐบาลจึงคิดโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ เหล่านี้ขึ้นมา เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของคนในชาติให้มีมาตรฐานเพิ่มมากยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษาได้ว่าสัดส่วนของคนจนจากการรักษาพยาบาลที่มีหลักประกันสุขภาพลดลงประมาณร้อยละ 1.44 ของครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งเมื่อคิดเป็นจำนวนประชากรก็ลดลงประมาณ 1 ล้านคน หรือลดลงประมาณร้อยละ 16.7 ของคนจนทั้งหมด ซึ่งสถิติที่ชี้ให้เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพมีส่วนอย่างมากในการลดจำนวนคนจนลงได้มากถึงร้อยละ 14 ซึ่งเป็นจำนวนที่บ่งบอกว่าเป็นโครงการที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาความยากจนของประชาชนในประเทศได้ จึงถือได้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพ (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และโครงการอื่นๆ) ประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงในการที่จะทำให้ประชาชนในประเทศปราศจากความจนและมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์

อัญชนา ณ ระนอง *(2548)* ศึกษาเรื่อง “ความคาดหวังการใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของประชาชน” การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบในระยะแรกของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”) ที่มีต่อประชาชน จากมุมมองของประชาชนเอง โดยคำนึงถึงพฤติกรรมการเลือกวิธีรักษาพยาบาลและการเลือกใช้สถานพยาบาลของประชาชนและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาล รวมทั้งความต้องการ ความคาดหวัง และปัญหาที่ประชาชนประสบในการรักษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเรื่องรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาวะและอาการของโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วย และข้อมูลที่ประชาชนมีล้วนแล้วแต่มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล และในหลายกรณี ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันด้วย รายได้มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม (เช่น การเลือกไปที่คลินิกเพราะเวลาที่ใช้ในการรอรับการบริการที่โรงพยาบาลมีผลกระทบต่อรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้) สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แต่ละบุคคลมีผลในการเลือกสถานพยาบาลเช่นกัน ประชาชนมักจะทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีจะไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของสิทธิ์ที่ตนมี ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (รวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) มักจะมีผลต่อการเลือกวิธีและสถานที่รักษาพยาบาล เช่น ประชาชนในชนบทมักจะซื้อยาแก้หวัดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในท้องถิ่น ประชาชนบางกลุ่มเลือกไปคลินิกเพราะไม่ต้องรอนาน ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานีอนามัยมักจะใช้บริการของสถานีอนามัย ในขณะที่ประชาชนที่อยู่ไกล จะซื้อยาที่ร้านขายยาหรือไปคลินิก ประชาชนที่มีพาหนะมักจะใช้บริการของสถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีพาหนะเป็นของตัวเอง ในเรื่องสภาวะและอาการของโรคนั้น ประชาชนมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลาเพื่อจะตัดสินใจว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าคาดว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้

ก็อาจจะปล่อยให้หายเอง ถ้ามีอาการที่คิดว่าไม่หายเองก็จะเริ่มพึ่งยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยา แต่ถ้ายังรักษาไม่หายหรือมีอาการมากขึ้นก็จะไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หายหรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร กลุ่มอายุของผู้ป่วย ในแทบทุกพื้นที่พบว่าเมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองมักจะพาเด็กไปรับการรักษาในที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว เช่นที่คลินิก แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มักไปที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน โดยประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุมักเป็นอาการที่ค่อยเป็นค่อยไปและรอได้ ผู้สูงอายุเองก็มักจะไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินสำหรับลูกหลาน สำหรับข้อมูลที่ประชาชนมีนั้น การรับรู้สิทธิ์ของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล ซึ่งโครงการ 30 บาทมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

สรุปผลการศึกษาได้ว่าแม้ว่าโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไป และไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้อื่นๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอพยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ และการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมีโครงการรักษาฟรีน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการให้มีโครงการนี้ต่อไป เพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับตนเองในกรณีป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาคสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการต้อนรับของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ไว้วางใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มรายได้สูงและปานกลาง ซึ่งไม่ค่อยได้ไปใช้บริการของโครงการนี้ในปัจจุบัน

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2548) ศึกษาเรื่อง “การทบทวนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามกรอบข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2544” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการดำเนินการความสำเร็จและโอกาสพัฒนาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามกรอบข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เสนอไว้โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในรายงานการศึกษาตลอดจนค้นหาข้อมูลป้อนกลับแก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนางานวิชาการเชิงนโยบายเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนางานด้านวิชาการของ สวรส. ต่อไป ทั้งนี้โดยใช้วิธีการการทบทวนเอกสารวิชาการ และการรวบรวมข้อมูลจากการประชุมระดมสมองและ/หรือสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษาตามจุดมุ่งหมายหลัก 4 ประการที่มีการนำเสนอไว้ในรายงานปี 2544 ในเรื่องแรกความเป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่าย และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น พบว่ามีพัฒนาการไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ในด้านที่สองเรื่องประสิทธิภาพใน

ระบบสุขภาพยังไม่พบผลงานวิจัย หรือเครื่องชี้วัดที่สามารถแสดงการเพิ่มขึ้น หรือลดลง ส่วนประการที่ 3 ที่เชื่อในหลักการที่ว่าทางเลือกในการรับบริการ นำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี ได้มีนโยบายที่ชัดเจนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ผู้มีสิทธิสามารถเลือกหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ในปัจจุบัน โดยยึดพื้นที่ที่เป็นภูมิลำเนาหรือพื้นที่ใกล้เคียงหรือในกรณีที่มีการพักอาศัยเพื่อการประกอบอาชีพ (มีผู้รับรอง) ทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิมีความพึงพอใจมากกว่าที่จะได้เลือกสถานพยาบาลเอง อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลหรือหลักฐานจากการวิจัยใดที่ชี้ว่า การให้ทางเลือกในการรับบริการนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดีขึ้นในด้านอื่นๆ สำหรับประเด็นสุดท้ายเกี่ยวกับการมุ่งสู่การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้มีนโยบายมีความชัดเจนในเรื่อง “สร้างนำซ่อม” อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมดูเหมือนว่ายังขาดความชัดเจน

ข้อเสนอแนะที่สำคัญเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

1. ควรทบทวนความสอดคล้องและเหมาะสมของหลักการแนวคิดกับทรัพยากร การจัดสรรงบประมาณและความสามารถในการจัดระบบบริการ เพื่อเป็นบริการที่ได้รับการยอมรับและยินดีเลือก (Service of choice) หรือเป็นตาข่ายเพื่อความปลอดภัยทางสังคม (Social safety net) โดยดำเนินการในทิศทางที่สะท้อนหลักการว่า การสร้างทางเลือกที่นำไปสู่คุณภาพที่ดีขึ้น อยู่บนพื้นฐานของกลไกการแข่งขันภายใต้ข้อมูลและความรู้ที่เพียงพอของผู้บริโภค หรือต้องเป็นการแข่งขันภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด (Managed competition)

2. การพัฒนานโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลทางระบาดวิทยาระยะยาว มีการกำหนดเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เชื่อมโยงกับระบบงบประมาณการจัดสรรทรัพยากรและการประเมินผลการดำเนินการ

3. พัฒนาหลักเกณฑ์ในการคำนวณงบประมาณที่มีความหนักแน่นทางวิชาการ และใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการศึกษาบัญชีรายจ่ายประชาชาติด้านสุขภาพและการศึกษาติดตามที่เกี่ยวเนื่องกันอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบบัญชีการเงินและบัญชีต้นทุนของสถานพยาบาลต่างๆ อย่างจริงจัง มีติดตามศึกษาสภาวะสุขภาพ ระบาดวิทยาความเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

4. ศึกษาการอุดหนุนข้ามระบบทางด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในระดับของหน่วยบริการ ประเมินผลกระทบและวางแนวทางป้องกันปัญหาทางการเงินของหน่วยบริการ หากมีการปรับอัตราการจ่ายเงินในระบบต่างๆ เป็นมาตรฐานเดียวกัน

5. ทบทวนความจำเป็น ข้อดีและข้อจำกัดที่เกิดจากการรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเป็นกองทุนเดียว ในขณะที่สร้างกลไกการประสานงานใน 3 ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับเทคนิคเพื่อสร้างความสอดคล้องของหลักการ สิทธิประโยชน์ งบประมาณ ความต้องการด้านสารสนเทศ และการดำเนินงานระหว่าง 3 กองทุนหลัก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีนายกรัฐมนตรี (หรือรองนายกรัฐมนตรี) เป็นประธาน และส่งเสริมบทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และพัฒนาระบบบริหารงานภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานสากล รวมถึงการพัฒนาสำนักงานหรือกองทุนสาขาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

6. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการดำเนินการที่สำคัญดังนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบริหารงานบุคคล ตลอดจนระบบงบประมาณทั้งงบเงินเดือนและงบดำเนินงาน ปรับปรุงระบบการคำนวณและจัดสรรเงินเดือนแก่บุคลากรสาธารณสุขใหม่ โดยแยกแยะกลุ่มบุคลากรเพื่อให้การจัดสรรงบประมาณในภาพรวมสอดคล้องกับภารกิจ

7. พัฒนาและขยายกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาเป็นรายโรคที่มีการคำนวณต้นทุนบนพื้นฐานของข้อกำหนดเชิงคุณภาพที่ชัดเจน (Quality-based purchasing arrangement) เพื่อลดผลกระทบของระบบต่อคุณภาพ และทำให้สามารถประกันคุณภาพของการรักษาที่ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากได้ พร้อมกับศึกษาและวางแผนดำเนินการจัดระบบบัญชี หรือกองทุนเพื่อการกระจายความเสี่ยงระหว่างพื้นที่

8. ดำเนินการที่เชื่อมโยงความต้องการด้านคุณภาพ กับความต้องการด้านทรัพยากรและงบประมาณ โดยพัฒนา Resource-based practice guidelines พัฒนาระบบในการประเมินคุณภาพของการดูแลสุขภาพ ควบคู่ไปกับคุณภาพของบริการ การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้หน่วยบริการมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและรอบคอบ เสริมพลังผู้บริโภคในเรื่องคุณภาพเพื่อการตัดสินใจเลือกหน่วยบริการและรับบริการที่ชาญฉลาด และพัฒนาระบบประกันคุณภาพและบริหารในภาพรวมขององค์กรที่ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ให้เป็นที่ยอมรับ

ยุพดี ศิริสินสุข (2548) ศึกษาเรื่อง "ระบบคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพไทย" การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพของไทย และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบดังกล่าว โดยมีกรอบการศึกษาเพื่อประเมินในเรื่องสิทธิของประชาชนใน 5 ด้านคือ สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ สิทธิในการได้รับบริการที่ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ สิทธิในการเข้าร่วมบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และสิทธิในการรับรู้ข้อมูลที่จำเป็น วิธีการศึกษาประกอบด้วย การประชุมอภิปรายกลุ่มผู้เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้แบบสอบถาม การศึกษาเอกสารเพื่อประมวลข้อมูลที่จำเป็นสำหรับประชาชนในระบบประกันสุขภาพและได้มีการส่งผลการศึกษาเบื้องต้นไปยังผู้แทนภาคประชาชนในคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพประจำจังหวัดเพื่อให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงรายงานฉบับสมบูรณ์

ผลการศึกษาพบว่า มีประชาชนที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพเนื่องจากไม่มีหลักฐานการแสดงสิทธิการเป็นคนไทย ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการและยาค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะเมื่อจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพหรือยาที่มีราคาแพง ประชาชนกลุ่ม

เฉพาะได้แก่ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้แรงงานนอกระบบทางการไม่ได้รับบริการที่ครบถ้วนตามที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นสำหรับประชาชนยังไม่เพียงพอ และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหาร จัดการระบบประกันสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญได้แก่ 1) การเร่งตรวจสอบเพื่อหากลุ่มคนที่ยังเข้าไม่ถึงระบบประกันสุขภาพเนื่องจากขาดหลักฐานแสดงสิทธิ โดยร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กรเอกชนในการค้นหากลุ่มคนดังกล่าว และในระหว่างนี้การให้บริการแก่คนเหล่านี้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จึงจำเป็นต้องมีการจัดสรรงบประมาณไปช่วยเหลือกลุ่มสถานพยาบาลเหล่านี้ 2) เร่งการประเมินและพัฒนาสถานพยาบาลในทุกระดับทั้งของรัฐและเอกชน 3) ประชาชนต้องเข้าร่วมในการบริหารจัดการในทุกระดับ ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการระบบโดยทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการระดับท้องถิ่น เข้าร่วมในคณะกรรมการบริหารสถานพยาบาล การเป็นผู้ให้บริการโดยเฉพาะบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การติดตามตรวจสอบคุณภาพบริการ ความครบถ้วนของบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การจัดการข้อร้องเรียน การเผยแพร่ข้อมูลที่จำเป็นให้กับประชาชนโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ห่างไกล โดยรัฐสนับสนุนการรวมกลุ่มของประชาชนในชุมชนให้เป็นผู้ทำหน้าที่ดังกล่าว 4) ข้อมูลที่จำเป็นที่จะต้องเผยแพร่สู่ประชาชน ได้แก่ ข้อมูลในการเลือกสถานพยาบาล ข้อมูลในการตัดสินใจรับบริการการแพทย์ และข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพและการใช้บริการที่ถูกต้อง

ทักษพล ธรรมรังสี (2548) ศึกษาเรื่อง "การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า"

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการความเหลื่อมล้ำของการกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์นับว่าเป็นปัญหาเรื้อรังของระบบบริการสุขภาพที่พบได้ในทุกพื้นที่ของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีความขาดแคลนแพทย์ในภาพรวมอยู่แล้ว โดยปัญหาความเหลื่อมล้ำในการกระจายแพทย์ส่งผลลบต่อทั้งพื้นที่ที่มีแพทย์หนาแน่น และพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะในด้านประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ ในประเทศไทยของเราปัญหาการกระจายของแพทย์จะเป็นปัจจัยบ่งชี้ความสำเร็จ และล้มเหลวของการขยายความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ

ในปัจจุบัน ประมาณการได้ว่ามีแพทย์อยู่ในระบบบริการสุขภาพ ประมาณ 25,600 คน โดยหากเทียบกับการคาดการณ์อุปสงค์ที่เคยประมาณการไว้ก่อนหน้าจะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะพบว่ายังขาดแคลนแพทย์อยู่ประมาณ 4,500 คน และจากการเพิ่มกำลังการผลิตแพทย์จะทำให้ถึงจุดสมดุลได้ภายในปี พ.ศ.2558-2559

แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่า มีปัจจัยสำคัญอย่างน้อย 3 ประการที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ต่อจำนวนแพทย์ในภาพรวมของประเทศ ได้แก่ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพแห่งภูมิภาค และ

โครงการให้ยาต้านไวรัส HIV ที่ประมาณการได้ว่า เป็นภาระที่มีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นในภาพรวมอีก อย่างน้อยที่สุด 1,122 อัตราเต็มกำลัง

สถานการณ์การกระจายของแพทย์ทางภูมิศาสตร์ ไม่ได้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นมากนักจากอดีต แม้ว่าจะมีจำนวนแพทย์เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน จากการเพิ่มกำลังการผลิตครั้งสำคัญถึง 3 ครั้งในระเวลา 20 ปี (พ.ศ.2520-2540) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวการณ์ปัจจุบันที่มีภาวะคุกคามต่อนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหาการกระจายแพทย์ คือ การที่เศรษฐกิจฟื้นตัว และการเจริญเติบโตของธุรกิจบริการภาคเอกชน ที่ยังขาดการควบคุมผลกระทบต่อเนื่องต่อระบบกำลังคนทางสุขภาพในภาพรวม จึงเกิดปรากฏการณ์แพทย์ลาออกในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา

ระบบแรงจูงใจ เป็นเครื่องมือที่จะแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการกระจายแพทย์ และยังเป็นเครื่องที่ธำรงรักษาแพทย์ให้สามารถปฏิบัติงานได้ยั่งยืนมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม จะพบว่า เท่าที่ผ่านมาระบบแรงจูงใจมักจะถูกให้ความสำคัญเฉพาะประเภทแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินโดยตรง (Direct Financial Incentive) ทั้งที่ทราบว่าการเพิ่มค่าตอบแทนมีข้อจำกัดเชิงนโยบายอย่างยิ่งและอาจจะส่งผลกระทบต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว หากใช้นโยบายการเพิ่มค่าตอบแทนของแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว

แพทย์ไทยในภาพรวมมีรายรับน้อยกว่าประเทศเพื่อนบ้าน และมีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยพบว่าแพทย์ที่ลาออกจากภาครัฐ มีรายรับรวมทุกประเภทเพิ่มขึ้น ประมาณ 37,000 บาทต่อเดือน ในกลุ่มแพทย์ทั่วไป และ 50,000 บาท ในแพทย์เฉพาะทาง

จากการวิเคราะห์บทบาทและมาตรการที่เคยนำมาแก้ไขปัญหาการกระจายแพทย์ และการขาดแคลนแพทย์ จะพบว่ายังมีช่องว่างในแนวทางการแก้ปัญหา ยังมีปัญหาในการบริหารจัดการให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว และยังมีปัจจัยอีกหลายส่วนที่ยังไม่ได้รับความเอาใจใส่เท่าที่ควร

มาตรการที่ควรนำมาใช้แก้ไขปัญหาการกระจายแพทย์ เพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ควรมีความสอดคล้องกันในแนวทาง โดยควรมีมาตรการทั้ง 4 ด้าน

1. มาตรการด้านอุปทานจำนวนแพทย์ในระบบบริการ สามารถเพิ่มได้โดยการเพิ่มจำนวน เช่น การเพิ่มการผลิต การจ้างงานแพทย์ที่อยู่นอกระบบบริการ และรวมถึง การเพิ่มผลิตภาพของแพทย์ เช่น การวางแผนบริหารจัดการความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์สาขาต่างๆ และ ระหว่างแพทย์กับบุคลากรวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการบริการ

2. มาตรการด้านการบริหารจัดการ (การกระจายและใช้งาน) ประกอบด้วย การปรับระบบการทำสัญญากับแพทย์ แนวคิดการจัดสรรแพทย์ การกำหนดระบบการพัฒนาแพทย์ และการโยกย้ายแพทย์

3. มาตรการด้านระบบแรงจูงใจที่ต้องสัมพันธ์ ความขาดแคลนแพทย์ และผลิตภาพของแพทย์ โดยต้องให้ความสำคัญกับแรงจูงใจที่มิใช่ตัวเงิน

4. มาตรการด้านอื่นๆ ได้แก่ การสร้างความพร้อมในการปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลนของแพทย์ การวางแผนระบบบริการสุขภาพ ที่ต้องมีการกำหนดความต้องการ บุคลากร (Health workforce Demand Identification) ก่อนการใช้งาน และมาตรการด้านการใช้งานบุคลากรในฐานะสินทรัพย์สาธารณะ เช่น กลไกทางการเงินที่สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ *(2548)* ศึกษาเรื่อง"ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์และคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย" การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์และคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยได้แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) การทบทวนเอกสารทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) การสำรวจข้อมูลโรงพยาบาลทั่วประเทศ 3) การศึกษามุมมองของผู้เกี่ยวข้อง และ 4) การวิเคราะห์เชิงลึกระบบที่ได้รับความนิยม

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษา พบว่าโรงพยาบาลในประเทศไทยกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลเอกชน ได้นำเอาคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยอำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะการรายงานเป็นสำคัญ ปัจจุบันมีการใช้ระบบอย่างน้อย 44 ชนิดที่แตกต่างกันและไม่สามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก การลงทุนเป็นจำนวนมหาศาลในเรื่องระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลต่างๆ ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าจะมีความคุ้มค่ามากน้อยเพียงใด เมื่อเทียบกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงความเสี่ยงทางคลินิกต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้คอมพิวเตอร์

ปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง ได้แก่ ความไม่พร้อมของระบบโดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ ในขณะที่ระบบที่มีอยู่ยังไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนกลางหลายแห่งยังมีปัญหาในการประสานงาน ผู้ให้บริการจึงยังคงต้องจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองภายใต้ข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากรและความเข้าใจ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุกัลยา คงสวัสดิ์ และภรณี เหล่าอิทธิ *(2548)* ศึกษาเรื่อง "ผลกระทบของการออกนอกระบบราชการไปอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐต่อการจัดบริการทางสุขภาพภายในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (โครงการที่ 3) ปีที่ 2-3" โครงการการศึกษาผลกระทบของการออกนอกระบบราชการไปอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐต่อการจัดบริการทางสุขภาพภายในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (โครงการที่ 3) ในปีที่ 2–3 เป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามศึกษาผลกระทบของการออกนอกระบบราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่มีวัตถุประสงค์ส่วนที่ 1 เพื่อประเมินผลกระทบของการออกนอกระบบราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้วต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการดูแลรักษา โดยการทบทวนเวชระเบียนเปรียบเทียบกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วง 1 ปีก่อนการออกนอกระบบและช่วง 1 ปีภายหลังการออกนอกระบบ ในกลุ่มผู้ป่วย 5 โรค กลุ่ม

ผู้ป่วยนอก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและวัณโรค กลุ่มผู้ป่วยใน ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับวัตถุประสงค์ส่วนที่ 2 เพื่อพัฒนาเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ ของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐในด้านต่างๆ ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้วในประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ด้วยชุดเครื่องชี้วัดดังกล่าว โดยศึกษาในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลชุมชนที่ยินดีให้ความร่วมมืออีก 2 แห่ง

ผลการศึกษาส่วนที่ 1 พบว่า มีความแตกต่างบางประเด็นในกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วย 5 กลุ่มโรคดังกล่าว โดยมีทั้งความเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นและด้อยลง

ผลการศึกษาส่วนที่ 2 สรุปผลได้ว่า ชุดเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานเพื่อติดตามประเมินผลการออกนอกระบบเป็นองค์การมหาชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โดยอาศัยแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพ แบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับองค์กรและระดับอำเภอ ในมิติผลการปฏิบัติงาน 7 ด้าน รวมเครื่องชี้วัด 67 ตัว

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2548) **ศึกษาเรื่อง** "ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ : ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวม" โดยแบ่งเป็นสามส่วน คือ อาการแสดงออกที่พบบ่อยในระบบบริการสุขภาพ การวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการนำเสนอแนวทางแก้ไข

ผลการศึกษาพบว่า อาการแสดงออกที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ได้จากการทบทวนสถานการณ์ พบปัญหาสำคัญ คือ 1) การดำเนินงานเพื่อให้เกิดหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ 3) ปัญหาคุณภาพบริการ ทั้งระบบประกันคุณภาพ คุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ คือ ได้รับบริการตามสิทธิ รวดเร็ว และการต้อนรับ รวมทั้งระบบการ ส่งต่อ การสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และขาดกลไกที่ลดภาระความเสี่ยงทางการเงินให้กับหน่วยบริการที่ชัดเจน 4) การวางแผนกำหนดเครือข่ายหน่วยบริการ ทั้งเขตชนบทและเขตเมือง ที่ชัด 5) ความไม่ชัดเจนของการกำหนดขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้มีช่องว่างของการใช้บริการตามสิทธิของประชา 6) ขาดการจัดการและการทำงานในส่วนของบริการสาธารณสุขที่มุ่งให้เกิดแผนงานโครงการที่มีประโยชน์ ในระดับประชากร ไม่ใช่ระดับปัจเจก

จากการวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ คือ 1) กรณี การจัดบริการในระดับปฐมภูมิ พบว่ากำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอกับภาระงานและศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ 2) กรณี ระบบการส่งต่อที่ยังขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ 4) การบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศในระยะยาว

ทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องมีการปรับบทบาทให้ชัดเจน ตามภารกิจเพื่อลดความขัดแย้ง 5) ขาดการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องกับประชาชน ในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการ เพื่อป้องกันมิให้เกิดความคาดหวังที่เกินจริง และนำไปสู่ความขัดแย้ง

ข้อเสนอต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้สามารถเน้นงานเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ดังนี้ 1) มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและอัตรากำลังของหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับจำนวนประชากรที่ดูแล และภาระงานที่รับผิดชอบอย่างจริงจังและต่อเนื่อง 2) มีวิธีการจัดสรรเงินให้กับงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการจัดประเภทของกลุ่มงานที่ชัดเจน 3) การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรเน้นให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีแผนการดูแลประชากรที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน 4) รูปแบบการบริการจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ควรเน้นเชิงธุรกิจหรือใช้ระบบการแข่งขันแบบเสรี เพราะจะทำให้บริการเป็นไปในลักษณะการค้นเพื่อให้ได้ประโยชน์ทางธุรกิจมากกว่าเรื่องสุขภาพ

ข้อเสนออื่นๆ ต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ 1) ปรับแยกระบบการจัดสรรเงิน Non-UC ออกมาจากงบประมาณเพื่อการซื้อบริการที่ชัดเจน แต่มีการวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรบริหารกองทุนประกันสุขภาพ เพื่อป้องกันปัญหาช่องว่างการทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดภาระทางการเงินแก่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากเกินไป 2) ปรับปรุงการจัดสรรและการจัดการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ ยกเลิกการรวมเงินเดือนส่วนกลางให้จัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการระดับอำเภอตามสัญญาที่ทำไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สร้างกลไกการจัดระบบ Reinsurance ในระดับจังหวัดและหรือระดับประเทศ เพื่อรับภาระความเสี่ยงให้กับหน่วยบริการ พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ รัฐและเอกชน ทุกระดับพื้นที่ โดยมีแผนปรับปรุงการกระจายหน่วยบริการและบุคลากรที่ชัดเจน ในระยะยาว และมีระบบจัดสรร Contingency Fund เพื่อไม่ให้กระทบขวัญและกำลังใจในระยะเปลี่ยนผ่าน สร้างระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการที่โปร่งใส มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Case-management รวมทั้งระบบปรึกษาหารือทางไกล และพัฒนาคุณภาพระบบบริการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง 3) พัฒนากลไกการทำงานในระดับหน่วยบริการและส่วนกลางเพื่อป้องกันและลดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และแก้ไขกฎหมายมาตรา 42 โดยเร็ว พร้อมสร้างความเข้าใจในหมู่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องกับมาตรา 41 และ 4) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้รับบริการและคุณภาพและประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ 5) ควรมีการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ และการจัดบริการ เพื่อให้ท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบประกันสุขภาพมากขึ้น

ศรีประภา เพชรมีศรี *(2548)* ศึกษาเรื่อง "สิทธิในสุขภาพ : จากเสรีนิยม สู่ชุมชนนิยม?" โดยมีเป้าหมายที่การพิเคราะห์สาระของสิทธิมนุษยชนในแนวคิดทฤษฎีเสรีนิยมและชุมชนนิยม การศึกษาพยายามพิจารณาว่าจากสมมุติฐานที่มาที่แตกต่างกัน คือในขณะที่เสรีนิยมเน้นเสรีภาพของปัจเจกและความเท่าเทียม ชุมชนนิยม ยืนยันสิทธิของกลุ่มและชุมชนในที่สุดทั้งสองแนวคิดบรรจบกันหรือไม่ และสิทธิในสุขภาพ ถูกจัดวางอย่างไรในข้อถกเถียงในเชิงทฤษฎีระหว่างเสรีนิยมกับชุมชนนิยม แนวคิดทั้งสองส่วนถูกนำมาใช้อย่างไรในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

อาจกล่าวได้ว่าแนวคิดและระบบสิทธิมนุษยชนที่เข้าใจและยอมรับกันแพร่หลายในปัจจุบัน ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดปรัชญาการเมืองตะวันตก โดยพื้นฐานที่ว่าโดยกฎธรรมชาติ (วิสัย) มนุษย์มีเหตุผล และมีสิทธิเพียงเพราะเขาเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ในแนวคิดเสรีนิยม เพื่อค้ำประกันสิทธิในชีวิต เสรีภาพ และทรัพย์สิน อันเป็นสิทธิที่ติดตัวมาของมนุษย์ รัฐต้องไม่เข้าไปแทรกแซง ในแนวคิดนี้สิทธิของปัจเจก โดยเฉพาะสิทธิทางการเมือง สิทธิพลเมืองต้องได้รับการเคารพโดยรัฐ สิทธินี้เรียกว่าสิทธิเชิงลบ อย่างไรก็ตาม นักคิดเสรีนิยมกลุ่มหนึ่งมองว่า เสรีภาพเพียงอย่างเดียว ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียม การบรรลุความเป็นอิสระของปัจเจกไม่ใช่การจำกัดบทบาทของรัฐ แต่รัฐต้องจัดหาและประกันสิทธิบางประการให้แก่ปัจเจกเพื่อให้เกิดความเท่าเทียม สิทธินี้ เรียกว่าสิทธิเชิงบวก หรือสิทธิสวัสดิการ ซึ่งหมายรวมถึงสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้น ปัจเจกจะบรรลุถึงสิทธิทั้งหลายได้ก็ต้องมีทั้งเสรีภาพและการสนองความต้องการพื้นฐาน สิทธิทั้งสองประเภท จึงมิอาจแบ่งแยกได้

หากในแนวคิดเสรีนิยม มีเพียงปัจเจกที่มีฐานะเป็นผู้ทรงสิทธิ นักคิดค่ายชุมชนนิยมมองว่าชุมชน/กลุ่มเป็นผู้ทรงสิทธิได้เช่นกันและสิทธินั้นมีหลายประการ ชุมชน/สังคม อาจเป็น "บุคคล" ได้โดยตัวมันเอง สามารถมีความสัมพันธ์และกระทำการได้ การยืนยันสิทธิของปัจเจกเป็นเรื่องที่ทำได้แต่ต้องไม่แปลกแยกจากสิทธิของชุมชน

กล่าวสำหรับสิทธิในสุขภาพ ซึ่งเป็นสิทธิที่ได้รับการรับรองทั้งโดยกฎหมายและศีลธรรม ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน และโดยทั่วไปเป็นสิทธิของปัจเจก เป็นสิทธิในอธิปไตยเหนือชีวิตร่างกาย และสิทธิที่จะบรรลุความเป็นอยู่ที่ดี สิทธิในสุขภาพจึงเกี่ยวโยงกับสิทธิในแนวคิดเสรีนิยมทั้งสองประเภทเป็นอย่างสูง อย่างไรก็ตาม การสร้างเงื่อนไขอันจำเป็นเพื่อให้ปัจเจกบรรลุถึงสิทธิในสุขภาพอย่างสมบูรณ์ได้ สิทธิของชุมชน ต้องได้รับการเคารพปกป้อง ในประเทศไทย การแพทย์สมัยใหม่เปิดโอกาสให้รัฐเข้ามาควบคุมชีวิตทั้งของปัจเจกและชุมชน ซึ่งนั่นหมายถึงสิทธิในสุขภาพถูกกำกับโดยรัฐ ความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งโดยทั่วไปอิงอยู่กับสิทธิในแนวคิดเสรีนิยม และบูรณาการเข้ากับสิทธิของชุมชน จำต้องจัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจก สังคม/ชุมชน และรัฐใหม่ รัฐต้องส่งเสริมสิทธิทั้งสองประเภทของทั้งปัจเจกและชุมชน โดยเฉพาะ สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในส่วนที่จะมีผลกระทบต่อสิทธิในสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข *(2548)* ศึกษาเรื่อง"โครงการศึกษาเครือข่ายสังคมภาคตะวันออกกับการเสริมสร้างพลังผู้บริโภค" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการ รูปแบบ

กลวิธี บทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมทั้งในรูปของกลุ่ม/ชมรมที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคในภาคตะวันออกรวมทั้งเพื่อดูถึงผลการดำเนินงานของเครือข่ายฯ ดังกล่าว อันจะนำไปสู่การสังเคราะห์หารูปแบบ กลไก และแนวทางการทำงานที่เอื้อให้เกิดการเสริมสร้างพลังผู้บริโภค โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากพื้นที่โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเครือข่ายหรือกลุ่มที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษานี้เป็นการเลือกมาเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มที่ดำเนินงานที่แสดงถึงพลังของกลุ่ม/เครือข่ายในการพิทักษ์สิทธิ

ผลการศึกษาในด้านความเป็นมาและโครงสร้างการบริหารจัดการของกลุ่ม พบว่า กลุ่มหรือชุมชน มีจุดร่วมเหมือนกันคือ การรักษาสิทธิ พิทักษ์สิทธิของสมาชิก และการกระตุ้นให้ผู้บริโภครู้จักคุ้มครองสิทธิของตน ซึ่งลักษณะสำคัญของกลุ่มมีดังนี้ (1) กลุ่มที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหา ที่สมาชิกกลุ่มเผชิญอยู่ (2) กลุ่มเกิดจากกระแสความรุนแรงของปัญหาที่มากขึ้น (3) กลุ่มที่เกิดจากการพิทักษ์ผลประโยชน์ของกลุ่มเอง (4) กลุ่มที่เกิดจากนโยบายของรัฐ (5) กลุ่มเกิดจากกระแสความต้องการของสังคม (6) กลุ่มที่สร้างทางเลือกใหม่ให้แก่ผู้บริโภค

ซึ่งผลของการดำเนินงานที่กระตุ้นและเสริมสร้างพลัง ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยรวม ดังนี้ (1) เรียนรู้ถึงประโยชน์ในการรวมกลุ่มและพลังกลุ่มในการพิทักษ์สิทธิ (2) เกิดกระบวนการเรียนรู้ การเชื่อมประสานกันระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในลักษณะข้ามเครือข่าย ข้ามพื้นที่ (3) สมาชิกเกิดวินัยและความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ โดยการทำให้สมาชิกและผู้บริโภคเห็นถึงเป้าหมายและประโยชน์ที่จะเกิดร่วมกัน (4) การทำให้เกิดการยอมรับจากสาธารณชนมากขึ้น โดยเฉพาะในเครือข่ายผู้ติดเชื้อและและผู้ป่วยเอดส์ (5) การบริหารจัดการและการขับเคลื่อนกลุ่ม เครือข่ายจากการต่อสู้ด้วยความรุนแรง สันติวิธี (6) การขยายตัวของกลุ่ม เครือข่าย การมีจำนวนผู้เข้าร่วมและสมาชิกเพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษามีการขยายตัวมากขึ้น และ (7) เกิดการพึ่งพาตนเอง ตระหนักในศักยภาพของตนเองมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะจากการถอดบทเรียนต่อแนวทางในการเสริมสร้างพลังผู้บริโภค สามารถแบ่งได้ 2 ประเด็น คือ แนวทางการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคในภาคตะวันออกบริบททางสังคม ลักษณะภูมิประเทศ วิถีชีวิตของสังคม และผู้บริโภคในภาคตะวันออกส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แนวทางการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคในสังคมไทย ต้องทำใน 2 มิติ คือ การให้โอกาสผู้บริโภคสามารถเข้าถึงความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ โดยรัฐจะต้องเปิดเผยข้อมูลให้ให้ประชาชนทราบและเรียนรู้ที่จะปกป้องตนเอง ก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น ขณะเดียวกันกระบวนการกล่อมเกลาทางสังคม (Socialization) ต้องมีการสร้างและสอนเด็กและเยาวชนตั้งแต่เยาว์วัยให้รู้จัก และเข้าใจในการเลือก ตัดสินใจ ในการบริโภคที่ปลอดภัย รวมทั้งการสร้างหลักสูตรที่เสริมสร้างให้เด็กเรียนรู้ที่จะรักษาและพิทักษ์สิทธิของตนเอง และส่วนรวมโดยไม่ละเมิดต่อสิทธิและเสรีภาพของผู้อื่น

วิไลลักษณ์ อยู่สำราญ (2548) ศึกษาเรื่อง "การศึกษาองค์ความรู้ด้านการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคในต่างประเทศ" การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ รวมทั้งแนวคิด หลักการ ปรัชญา ตลอดจนแนวทางการทำงาน เครื่องมือ เทคนิค และเงื่อนไขที่ส่งเสริมข้อจำกัดของการดำเนินงานด้านการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคในต่างประเทศ โดยใช้แนวคิดเรื่องกระบวนการผู้บริโภค อันประกอบด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค และการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคเป็นกรอบในการวิเคราะห์ พื้นที่ในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 8 ประเทศ สำหรับวิธีการที่นำมาใช้ในการศึกษา คือ เทคนิคการวิจัยจากเอกสาร

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการผู้บริโภคในทุกประเทศให้ความสำคัญใน 2 ส่วน คือ การคุ้มครองผู้บริโภค และ การเสริมสร้างพลังผู้บริโภค ในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น ผู้ที่มีบทบาทหลัก ได้แก่ ภาครัฐ โดยใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการปกป้องคุ้มครองผู้บริโภค ขณะที่การเสริมสร้างพลังผู้บริโภค ในหลายประเทศองค์กรภาคประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) เช่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ เป็นต้น รัฐจะมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังขึ้นในผู้บริโภค

สำหรับแนวทางในการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคจะเน้นไปที่การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของผู้บริโภค ในกรณีของบางประเทศ เช่น อินเดีย ฟิลิปปินส์ เป็นต้น มีมิติของการเคลื่อนไหวเพื่อรักษาสิทธิ์และเรียกร้องให้เกิดการพิทักษ์ปกป้องสิทธิ์ของผู้บริโภคอย่างชัดเจน

เมื่อวิเคราะห์เทคนิค เครื่องมือที่องค์กร/หน่วยงานต่างๆใช้ในการดำเนินการเพื่อการเสริมสร้างพลังผู้บริโภค พบว่าในทุกประเทศให้ความสำคัญกับการให้การศึกษาเป็นลำดับต้นๆ นอกจากนี้แล้วยังมีการใช้เทคนิค เครื่องมืออื่นๆด้วย เช่น การประชุม สัมมนา การอบรม การศึกษาดูงาน การทำโครงการชุมชน การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ การวิจัย เป็นต้น

ในส่วนของปัจจัยที่สนับสนุน และข้อจำกัดในการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างพลังผู้บริโภคนั้นมีมากมายหลากหลาย แปรเปลี่ยนไปตามบริบทและเงื่อนไขแวดล้อมของแต่ละประเทศ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านการเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคทั้งสิ้น

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุรีรัตน์ งามเกียรติไพศาล และสรรธวัช อัศวเรืองชัย (2549) ศึกษาเรื่อง "วิจัยและพัฒนาแผนแม่บทและเครื่องชี้วัดคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 3 ส่วนที่ 1" ผลการศึกษา พบว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมา โดยภาพรวม สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการต่างๆ ได้ดีพอสมควร ทั้งนี้ด้วยเจตนารมณ์ของการใช้เครื่องชี้วัดชุดนี้เพื่อการคัดกรองและเฝ้าระวังด้านคุณภาพ ไม่ใช่เพื่อตัดสินคุณภาพ อย่างไรก็ตามควรมีการทบทวนและตั้งข้อสังเกตที่มีต่อสถิติที่ได้เป็นระยะๆ เพื่อนำข้อสังเกตดังกล่าวมาทบทวนแนวทางที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะในการกำหนดปัจจัยที่จำเป็นต่อการปรับมาตรฐาน (Standardization) ทางสถิติ และควรมีการปรับปรุงคุณภาพของเวชระเบียนในภาพทั้งระบบ ส่วนการนำเครื่องชี้วัดคุณภาพมาใช้ ควรมีการทำความเข้าใจที่ถูกต้องด้านแนวคิด

หลักการและเหตุผลของการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพเพื่อการติดตามและเฝ้าระวังแก่ผู้ที่จะนำสารสนเทศไปใช้เพื่อการตัดสินใจ ทั้งในเชิงนโยบาย และเชิงบริหารก่อน ไม่ควรให้มีการนำข้อมูลไปใช้หรือเผยแพร่โดยขาดการปฐมนิเทศอย่างเพียงพอและเหมาะสม สำหรับการเผยแพร่ข้อมูลเครื่องชี้วัดต่อสาธารณะ ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาความเป็นไปได้ และรูปแบบที่รอบคอบของการเผยแพร่ให้เหมาะสมเป็นเรื่องๆ ไป

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุรีรัตน์ งามเกียรติไพศาล และภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ *(2549)* ศึกษาเรื่อง "วิจัยและพัฒนาแผนแม่บทและเครื่องชี้วัดคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนที่ 2 ชุดเครื่องชี้วัดสำหรับการกำกับติดตามประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุข" (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) พบว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าชุดนี้ ครอบคลุมการดำเนินงานใน 6 มิติ ตามมุมมองของคุณภาพที่เสนอไว้ในร่างยุทธศาสตร์และแผนแม่บทในการติดตามกำกับและประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่การเข้าถึง/การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ความปลอดภัยในการรับบริการ มาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ การยอมรับจากผู้ใช้บริการ สิทธิการได้รับทางเลือกและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และความต่อเนื่องของการได้รับการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยเครื่องชี้วัดจำนวนทั้งสิ้น 89 ตัว สรุปได้ดังนี้

หมวดที่ 1 เครื่องชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิผลของการเข้าถึง/การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น จำนวน 39 ตัว ครอบคลุมบริการระดับปฐมภูมิ บริการผู้ป่วยใน และบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

หมวดที่ 2 เครื่องชี้วัดที่สะท้อนความปลอดภัยในการรับบริการ (Safety) จำนวน 12 ตัว

หมวดที่ 3 เครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ จำนวน 18 ตัว ครอบคลุมด้านทรัพยากร ศักยภาพ มาตรฐานการบริหารหน่วยบริการและสารสนเทศ

หมวดที่ 4 เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการยอมรับจากผู้ใช้บริการ ซึ่งประเมินประสบการณ์ของการใช้บริการของผู้ป่วยแยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมจำนวน 15 ตัว

หมวดที่ 5 เครื่องชี้วัดที่สะท้อน สิทธิ การได้รับทางเลือกและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย จำนวน 3 ตัว

หมวดที่ 6 เครื่องชี้วัดที่สะท้อนความต่อเนื่องของการได้รับการดูแลสุขภาพจำนวน 2 ตัว

สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ *(2549)* ศึกษาเรื่อง "การศึกษาสถานการณ์การให้บริการทางด้านอาชีวอนามัยในภาคอุตสาหกรรม" วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ คือ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับภาคอุตสาหกรรมในหน่วยบริการรูปแบบต่าง ๆ โดยศึกษาในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับลักษณะและกิจกรรมของการจัดบริการ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดบริการ

วิธีการศึกษา ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการของทั้งประเทศไทย และต่างประเทศ การสัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนผู้ให้บริการอาชีวอนามัยจากหน่วยบริการ

รูปแบบต่าง ๆ ที่คัดเลือกขึ้นมา คือ โรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขของภาครัฐ 11 แห่ง โรงพยาบาลหรือบริษัทเอกชน 12 แห่ง และหน่วยบริการสุขภาพในสถานประกอบการขนาดกลางหรือใหญ่ จำนวน 11 โรงงาน โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและกิจกรรมของการให้บริการ อุปสรรคและปัญหารวมทั้งข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นมีการจัดประชุมระดมสมอง เพื่อถอดบทเรียนและจัดการความรู้ รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานของตัวแทนหน่วยบริการฯ ที่ถูกสัมภาษณ์

ผลการศึกษาพบว่า ในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐที่มีบทบาทในการจัดบริการอาชีวอนามัย คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ต่างก็มีการดำเนินการทางด้านอาชีวอนามัย แต่ลักษณะและกิจกรรมจะมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับของหน่วยบริการโครงสร้างของทีมงานที่รับผิดชอบ และนโยบายของผู้บริหาร ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จะมีกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมมารับผิดชอบงานนี้โดยตรง ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ยังไม่มีกลุ่มงานที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน รูปแบบของกิจกรรมประกอบด้วย การให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ โดยเชิงรุกจะเป็นการดำเนินการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งจะมีกิจกรรมหลัก คือ การสำรวจสถานประกอบการ การตรวจคัดกรองทางสุขภาพ และการให้ความรู้สุขศึกษา ส่วนกิจกรรมเชิงรับจะเป็นการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันก็ยังพบผู้ป่วยในจำนวนไม่มากนัก อีกกิจกรรมที่มีการดำเนินการแล้ว โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป คือ การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลเอง

สำหรับหน่วยบริการภาคเอกชน ขณะนี้ได้มีการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยบ้างแล้ว โดยกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการตรวจสุขภาพในสถานประกอบการและที่โรงพยาบาลเอง บุคลากรและทีมงานในส่วนภาคเอกชนยังมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ อย่างไรก็ตาม จุดเด่นของภาคเอกชน คือ มีการตลาดที่ดี มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ และสามารถให้บริการในปริมาณมาก ๆ ได้ เพราะมีบทบาทหน้าที่เด่นชัดตามภารกิจของโรงพยาบาล นอกจากจะเป็นการจัดบริการโดยโรงพยาบาลเอกชนแล้ว ขณะนี้ยังมีบริษัทเอกชนที่จัดตั้งขึ้นมาให้บริการทางด้านนี้เป็นการเฉพาะ

ส่วนสถานการณ์การจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการเองนั้น จากการศึกษาในครั้งนี้ที่เลือกศึกษาในสถานประกอบการขนาดใหญ่ พบว่า มีการจัดบริการฯ ภายในสถานประกอบการเองทั้งหมด โดยมีการจัดทีมงานขึ้นมารับผิดชอบเป็นการเฉพาะ สำหรับบุคลากรที่มาให้บริการนั้น อาจจะมีทั้งการจ้างมาเป็นบุคลากรของโรงงานเป็นการประจำ หรือจ้างมาทำงานเป็นแบบ Part time โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่จะรับจ้างมาทำงานเป็นครั้งคราว กิจกรรมส่วนใหญ่ในการให้บริการยังคงเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ขณะนี้ก็เริ่มมีแนวคิดที่จะดำเนินการเชิงรุกบ้างแล้ว กิจกรรมการให้บริการจะอิงอยู่กับกฎหมายเป็นหลัก

และมักจะเน้นเรื่องความปลอดภัย ประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การที่ยังไม่สามารถนำเอาข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการบริการไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และการประสานทีมงานในภาพรวม

แม้ว่าจะมีการจัดบริการอาชีวอนามัย โดยหน่วยบริการรูปแบบต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว แต่การให้บริการก็ยังมีอุปสรรคและปัญหาที่สำคัญ คือ บุคลากรทางด้านอาชีวอนามัยที่มีไม่เพียงพอ ขาดนโยบายสนับสนุนจากผู้บริหาร ขาดองค์ความรู้และวิชาการ และปัญหาเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตระหนักในปัญหาดังกล่าวจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งประเด็นดังกล่าวสมควรที่หน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องหามาตรการในการสนับสนุนและแก้ไขปัญหาต่อไปและผู้รับบริการซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มิอาจมองข้ามได้ในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทำการวิจัยเพื่อหาองค์ความรู้เพิ่มเติมในด้านกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการชดใช้ค่าชดเชยและค่าเสียหายที่ครอบคลุมถึงผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย และคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภคสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำการศึกษา *(2550)* ศึกษาเรื่อง "กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความทุกข์ของประชาชนที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์จากการใช้บริการในภาครัฐและภาคเอกชน วิเคราะห์กลไกการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ และความเป็นไปได้ของแหล่งที่มาของเงินในการชดเชยเพื่อเสนอแนะร่างนโยบายกฎหมายชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่า โดยพื้นฐานของกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศต้นแบบถูกกำหนดขึ้นบนปรัชญาของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย ที่ต้องการให้มีการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขร่วมกันระหว่างคนในสังคมนั้นๆ โดยการปรับปรุงและขยายสิทธิผู้ป่วย การยกระดับบริการสาธารณะให้มีคุณภาพ และหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการฟ้องร้องบนพื้นฐานของกฎหมายละเมิด เนื่องจากการเรียกร้องค่าเสียหายผ่านกลไกศาลซึ่งเป็นกลไกทั่วไปมีข้อจำกัดในการอำนวยความยุติธรรมกับผู้เสียหายในคดีทางการแพทย์ กลไกการชดเชยจึงพัฒนามาสู่แนวคิด "ไม่พิสูจน์ถูกผิด" (No-Fault Liability) โดยใช้กลไกอื่นที่มิใช่ศาลมาทำหน้าที่คู่ขนานกับศาล หรือทำหน้าที่เพียงในขอบเขตที่เป็นปัญหาเฉพาะเรื่อง หรือพัฒนากลไกการชดเชยที่ไม่ใช่ศาลให้มีอำนาจหน้าที่อย่างกว้างขวางโดยการระงับสิทธิผู้เสียหายในการใช้สิทธิทางศาล สำหรับประเทศไทย แนวคิดการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดถูกนำเผยแพร่ในกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพตั้งแต่ปี 2545 แต่จากการประเมินเห็นว่ายังขาดคุณภาพ การเข้าถึงได้ และความเป็นธรรมในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย ผู้วิจัยจึงเสนอว่าในระยะห้าปีแรกควรเริ่มต้นหลักเกณฑ์และประสบการณ์ในลักษณะเดียวกับกลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่มีอยู่โดยการขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนทุกคน ขณะเดียวกันควรเร่งปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาของกลไก และในระยะห้าปี

ที่สอง อาจขยายหลักเกณฑ์และขอบเขตการครอบคลุมเพิ่มเติม (ถ้าจำเป็นและมีความเป็นไปได้ทางการเงิน) โดยกำหนดเพดานประเภทความเสียหายตามความเหมาะสมของสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป พร้อมกับการเร่งสร้างและปรับปรุงนโยบายที่กระจัดกระจายอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ให้มีบูรณาการอย่างป็นเอกภาพ

สรุปผลการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

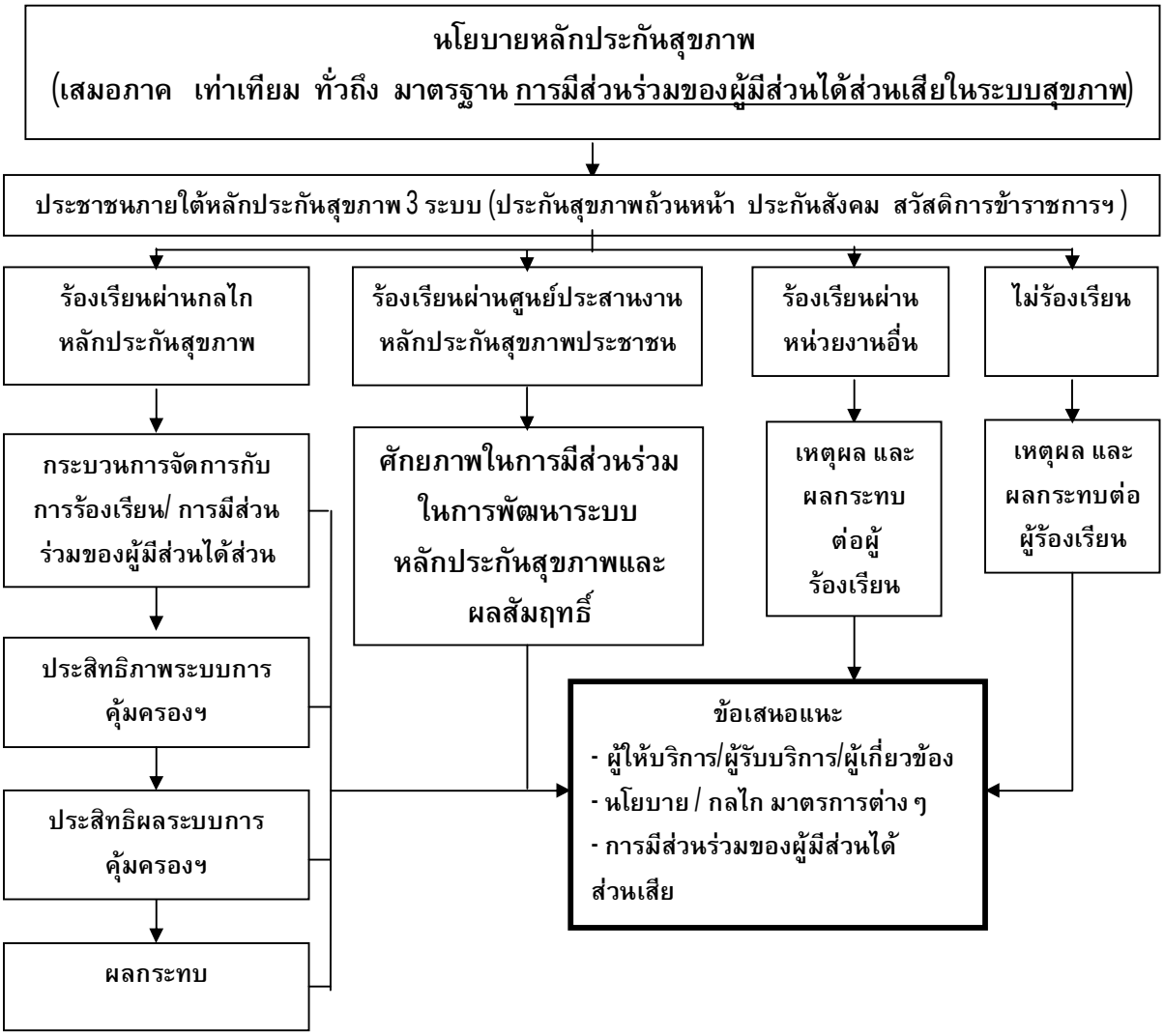
จากการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม อาจสรุปได้ว่า ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสังคม พบปัญหาของผู้ประกันตนที่ได้รับการรักษาไม่เป็นไปตามคุณภาพการรักษาและบริการของโรงพยาบาล ไม่มีโอกาสรับรู้ข้อมูลที่ใช้ตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ ไม่มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้แทนฝ่ายลูกจ้างที่อยู่ในคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการอุทธรณ์ และอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัด ไม่เป็นที่รู้จักในกลุ่มลูกจ้าง องค์กรแรงงานส่วนใหญ่ยังไม่มีสิทธิคัดเลือกผู้แทนของตนเองอย่างแท้จริงให้เข้าร่วมในคณะกรรมการและอนุกรรมการดังกล่าว สำหรับผลงานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ พบว่ามีปัญหาการร้องเรียนบ้างเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับอีก 2 ระบบ เพราะนี้ใช้การเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบ fee for service แต่กลไกดังกล่าวก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีปัญหาคุณภาพของการให้บริการ ส่วนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบปัญหา ที่เกิดจากผู้ให้บริการหลายประการ เช่น เจ้าหน้าที่ไม่กระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย ไม่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยยุ่งยาก และปัญหาความวิตกกังวลของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับคุณภาพของยาที่ได้รับ ความไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรค ฯลฯ จึงเกิดการร้องเรียนขึ้น ทำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์เครียด และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการแย่ลง การมีกลไกในการช่วยเหลือเบื้องต้นจากบริการสุขภาพตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพปี 2545 ตามแนวคิด “ไม่พิสูจน์ถูกผิด” ก็ยังไม่ได้ช่วยให้ปัญหาคลี่คลายลงเนื่องจากการประเมินของผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นยังขาดคุณภาพ และขาดประสิทธิภาพ ข้อค้นพบจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสรุปดังกล่าว คือข้อมูลเบื้องต้นส่วนหนึ่งที่ผู้วิจัยนำไปใช้ในการพิจารณากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยโดยคำนึงถึงนโยบายหลักประกันสุขภาพซึ่งประชาชนไทยทุกคนควรได้รับการคุ้มครองอย่างเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง และมีมาตรฐาน ไม่ว่าจะอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือระบบการประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว โดยมองอย่างองค์รวมทั้งระบบ ดังแผนภูมิที่ 2.5

แผนภูมิที่ 2.6

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการวิจัยภาคสนาม (Field Research) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. **การวิจัยเอกสาร** ประกอบด้วย (1) การทบทวนสถานการณ์กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ (2) ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย แนวคิดการพิทักษ์สิทธิ์และการเสริมพลัง แนวคิดธรรมมาภิบาล แนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดการจัดการความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์และ (3) ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. **การวิจัยภาคสนาม** ประกอบด้วย (1) การวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ การสำรวจข้อมูล (2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การจัดเวทีสาธารณะและกรณีศึกษา (Case Study) ซึ่งใช้กรณีศึกษาจากระบบหลักประกันสุขภาพจำนวน 5 ราย

3.2 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

ประชากรที่ศึกษาของการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มาใช้บริการของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในพื้นที่การศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) กับผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สมัครใจและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์กับทีมเก็บข้อมูล

ประชากรที่ศึกษาของการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 8 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 6 คน 2) ผู้บริหารหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ จำนวน 13 คน 3) ผู้ให้บริการโดยตรง จำนวน 13 คน 4) เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จำนวน 15 คน 5) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(กรณีศึกษา) 5 คน 6) นักวิชาการ จำนวน 5 คน 7) ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ จำนวน 1 คน 8) ตัวแทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 59 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) **การวิจัยเชิงปริมาณ** เป็นการสำรวจข้อมูลโดย ใช้สัดส่วนจากจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้แก่ สิทธิของประกันสุขภาพ จำนวน 47.5 ล้านคน สิทธิประกันสังคม จำนวน 9.2 ล้านคน สิทธิข้าราชการ จำนวน 4.0 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนของ

ประชากรที่ศึกษาเท่ากับ 12:2:1 จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจของ 3 ระบบ ดังนี้ 1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2,416 ราย 2. ระบบประกันสังคม การสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 404 ราย 3. ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ การสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 200 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 3,020 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริง จำนวน 3,015 ราย ตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1

กลุ่มตัวอย่างของการสำรวจความคิดเห็นผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบจำแนกตามภาคและจังหวัด

ภาค	*จังหวัด*	*ระบบประกันสุขภาพ*	*ระบบประกันสังคม*	*ระบบสวัสดิการข้าราชการฯ*	*รวม*
กรุงเทพและปริมณฑล	*กทม.*	*220*	*37*	*19*	*276*
	นนทบุรี	*220*	*37*	*18*	*275*
	ปทุมธานี	*220*	*37*	*18*	*275*
ภาคกลาง	*สมุทรปราการ*	*220*	*37*	*19*	*276*
	ชลบุรี	*219*	*37*	*18*	*274*
ภาคเหนือ	*เชียงใหม่*	*220*	*37*	*18*	*275*
	เพชรบูรณ์	*219*	*36*	*18*	*273*
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	*ขอนแก่น*	*220*	*37*	*18*	*275*
	นครราชสีมา	*219*	*36*	*18*	*273*
ภาคใต้	*นครศรีธรรมราช*	*220*	*37*	*18*	*275*
	สงขลา	*219*	*36*	*18*	*273*
รวม		*2,416*	*404*	*200*	*3,020*
สัดส่วน		*12*	*2*	*1*	*15*

(คัดเลือกจากจังหวัดที่มีการร้องเรียนตามมาตรา 57,59 และการร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพ และจำนวนข้อร้องเรียนการบริการทางการแพทย์ ในระบบประกันสังคมที่กระจายตามภาคต่าง ๆ)

พื้นที่ในการศึกษา คัดเลือกจากรายงานสำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2549 และรายงานของกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม ข้อมูลปี 2548 จึงได้จังหวัดที่มีการร้องเรียนตามมาตรา 57,59 และการร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพ และจำนวนข้อร้องเรียนการบริการทางการแพทย์ ในระบบประกันสังคมที่กระจายตามภาคต่าง ๆ ประกอบกับการเป็นเขตพื้นที่ของ สปสช. และสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เลือกสุ่มจากกรุงเทพฯและปริมณฑลและ 4 ภาค 11 จังหวัด ได้แก่

1) กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี

2) ภาคกลาง ได้แก่ สมุทรปราการ ชลบุรี

3) ภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ เพชรบูรณ์

4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ขอนแก่น นครราชสีมา

5) ภาคใต้ ได้แก่ นครศรีธรรมราช สงขลา

2) **การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึก การจัดเวทีสาธารณะและกรณีศึกษา**

2.1) **การสัมภาษณ์เจาะลึก** (In-depth Interview) ทั้งข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นส่วนบุคคลจากผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 59 คน ดังต่อไปนี้

1) ผู้กำหนดนโยบาย ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จำนวน 6 คน

2) ผู้บริหารหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ได้แก่ ประกันสังคมจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ ผู้บริหารศูนย์ประกันสุขภาพ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 13 คน

3) ผู้ให้บริการโดยตรง ได้แก่ สำนักบริการประชาชน ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล หัวหน้ารับเรื่องราวร้องทุกข์ ผู้รับเรื่อง นักกฎหมาย ภาคละ 1 จังหวัดๆ ละ 7คน (เชียงใหม่,ขอนแก่น,นนทบุรี,สงขลา) รวมจำนวน 13 คน

4) เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลาและสมุทรปราการ จำนวน 15 คน

5) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ใช้บริการหรือครอบครัวของกรณีศึกษาภาคละ 1 จังหวัดๆ ละ 1-2 คน รวมจำนวน 5 คน

6) นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน

7) ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ ได้แก่ นายกแพทยสภา จำนวน 1 คน

8) ตัวแทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค จำนวน 1 คน

2.2) **การจัดเวทีสาธารณะ** เพื่อรับความคิดเห็นจากนักวิชาการ ประชาคม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อผลการศึกษาเบื้องต้น จำนวน 100 คน วันที่ 7 กันยายน 2550 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

2.3) **กรณีศึกษา** (Case Study) ใช้กรณีศึกษาจากระบบหลักประกันสุขภาพเกี่ยวกับกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน กระบวนการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่เกิดจากการ

เจตนาและไม่เจตนา ทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ตลอดจนผลกระทบจากการใช้บริการสาธารณสุขต่อผู้ให้และผู้ใช้บริการกรณีศึกษา จำนวน 5 กรณี ตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2

วิธีการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการศึกษา	*ระบบประกันสุขภาพ*	*ระบบประกันสังคม*	*ระบบสวัสดิการฯ*	*รวม*
1.การสำรวจข้อมูล	*2,340*	*429*	*246*	*3,015*
2.การสัมภาษณ์เจาะลึก				*59*
2.1 ผู้กำหนดนโยบาย	*4*	*1*	*1*	*6*
2.2 ผู้บริหารหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ	*10*	*2*	*1*	*13*
2.3 ผู้ให้บริการโดยตรง	*9*	*3*	*1*	*13*
2.4เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน	-	-	-	*15*
2.5 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (กรณีศึกษา)	*2*	*2*	*1*	*5*
2.6 นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง	*3*	*1*	*1*	*5*
2.7 ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ	-	-	-	*1*
2.8 ตัวแทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค	-	-	-	*1*
*3. กรณีศึกษา**	*2*	*2*	*1*	*5*

*(สัดส่วนของหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ เท่ากับ 12:2:1*ใช้เฉพาะโครงการย่อยที่ 1 และ 2)*

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. **การวิจัยเชิงปริมาณ** เป็นการศึกษาโดยการสำรวจข้อมูลการศึกษากลไกและขบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและขบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณคือ แบบสำรวจกลไกและขบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและขบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

2.1 ความผิดพลาดและการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ

2.2 ความสำคัญและประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน

2.3 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรื่องที่ร้องเรียน

2.4 ผลกระทบจากการร้องเรียน

2.5 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ

คำถามในส่วนที่ 2 กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ใช้มาตรวัดแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การให้ความสำคัญ /ความพึงพอใจ/ผลกระทบ/การเห็นด้วย

-การให้ความสำคัญ /ความพึงพอใจ/ผลกระทบ/การเห็นด้วยมาก หมายถึง 3

-การให้ความสำคัญ /ความพึงพอใจ/ผลกระทบ/การเห็นด้วยปานกลาง หมายถึง 2

-การให้ความสำคัญ /ความพึงพอใจ/ผลกระทบ/การเห็นด้วยน้อย หมายถึง 1

2. **การวิจัยเชิงคุณภาพ** ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึก กรณีศึกษาและการจัดเวทีสาธารณะ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

1. **แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการโดยตรง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับ**กลไกและกระบวนการจัดการร้องเรียนและ**การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนี้

1.1 ท่านคิดว่ากลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีหน่วยงานหรือมีคณะกรรมการรับผิดชอบจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างชัดเจนหรือไม่ ถ้ามี กระบวนจัดการเรื่องร้องเรียนของหน่วยงานหรือคณะกรรมการเป็นอย่างไร มีการนำหลักธรรมาภิบาล (หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า) มาใช้หรือไม่ อย่างไร และมีจุดแข็ง/จุดอ่อน อย่างไรบ้าง

1.2 กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนี้

(1) กระบวนการการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพสะดวก รวดเร็วเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด และเหมาะสมหรือไม่ ระบบผู้ให้บริการและระบบผู้ใช้บริการพอใจหรือไม่เพราะเหตุใด

(2) กระบวนการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ สะดวก รวดเร็วและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดและเหมาะสมหรือไม่ ระบบผู้ให้บริการและระบบผู้ใช้บริการพอใจหรือไม่เพราะเหตุใด

1.3 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีข้อผิดพลาดอะไรบ้างและส่งผลกระทบต่อระบบผู้ให้บริการ ระบบผู้ใช้บริการและสังคมโดยส่วนรวมอย่างไร

1.4 ท่านคิดว่าศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสามารถดำเนินงานได้อย่างอิสระหรือไม่ เพราะเหตุใด มีการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือไม่อย่างไร มีการดำเนินงานเรื่องการร้องเรียนอย่างเข้มแข็ง จริงจัง ต่อเนื่องและบรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือไม่ อย่างไร

1.5 ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกลไกและกระบวนการการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อมิให้เกิดการร้องเรียนซ้ำ และเพื่อให้ระบบผู้ให้บริการ และระบบผู้ใช้บริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

2. **แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหาร หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ ตัวแทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค** และนักวิชาการประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับ**กลไกและกระบวนการจัดการร้องเรียนและการ**ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนี้

2.1 กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกัน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่

2.2 ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพได้มาตรฐานและครอบคลุมเพียงพอหรือไม่

1) เข้าถึงและรับบริการที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ

2) สิทธิร้องเรียนและได้รับการเยียวยา เมื่อรับความเสียหาจากการใช้บริการสาธารณสุข

3) สิทธิมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ

2.3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพ ได้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในระดับนโยบาย ระดับพื้นที่/ท้องถิ่นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

2.4 แนวทางการพัฒนา**กลไกและกระบวนการจัดการร้องเรียนและการ**ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ควรเป็นอย่างไร

3. **กรณีศึกษา** เป็นการเลือกกรณีศึกษาผู้ใช้บริการของระบบหลักประกันสุขภาพโดยเลือกจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 2 ราย ได้แก่ กรณีที่รุนแรง (ผิดพลาดโดยเจตนา) กรณีที่ไม่รุนแรง (ผิดพลาดโดยไม่เจตนา) กรณีศึกษาผู้ประกันตนของระบบประกันสังคม จำนวน 2 ราย (กรณีร้องเรียนผ่านหน่วยงานที่รับผิดชอบภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพและกรณีร้องเรียนผ่านหน่วยงานอื่น) และกรณีศึกษาของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ จำนวน 1 ราย รวมทั้งสิ้น 5 ราย โดยมีประเด็นที่ใช้ในกรณีศึกษาประกอบด้วย

3.1 ที่มาของกรณี

3.2 ข้อมูลพื้นฐานของกรณีศึกษา

3.3 เกิดอะไรขึ้นกับสุขภาพของท่าน

3.4 ความทุกข์ของกรณีศึกษา

3.5 การจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างไร

3.6 ใครเข้ามาเกี่ยวข้อง

3.7 บทเรียนที่ได้จากกรณีศึกษาคืออะไร

4. **การจัดเวทีสาธารณะ** เพื่อรับความคิดเห็นจากนักวิชาการ ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อผลการศึกษาเบื้องต้น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่

4.1 จะทำอย่างให้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบมีมาตรฐานเดียวกัน

4.2 จะทำอย่างไรให้สังคมมองว่า **ความผิดพลาดการรักษา** (medical errors) ที่เป็นสาเหตุการร้องเรียน เป็นปัญหาของสังคม และระบบที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันแก้ไขและป้องกันปัญหานี้รวมทั้งผู้ป่วย

4.3 ทำอย่างไรจะทำให้ประชาชนผู้มีส่วนได้เสีย (ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง) ได้รับรู้ เข้าใจ ตระหนักในสิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย เพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.4 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสำรวจกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงกาวิจัยเรื่อง “การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม” แบบสำรวจของการวิจัยนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งของแบบสำรวจในชุดโครงการใหญ่ ดังนั้นเมื่อสร้างแบบสำรวจเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสำรวจไปให้หัวหน้าชุดโครงการและผู้ร่วมวิจัยในชุดโครงการเดียวกันช่วยกันตรวจสอบความเหมาะสมและถูกต้องแล้วนำมาปรับปรุงครั้งที่ 1 หลังจากนั้นได้ให้นักวิจัยภาคสนามซึ่งผ่านการชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามและวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้อย่างชัดเจนนำแบบสำรวจที่ได้ปรับปรุงครั้งที่ 1 จำนวน 45 ชุดไปทำการทดสอบในภาคสนามกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลประจำจังหวัดสมุทรสาครที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแต่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากรกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่าแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7 และพบว่าแบบสำรวจดังกล่าวมีคำถามจำนวนมากและเป็นคำถามที่ยากต่อการทำความเข้าใจของผู้ตอบแบบสำรวจจำเป็นที่จะต้องปรับคำถามให้มีความเหมาะสมผู้วิจัยได้นำผลจากการทดสอบมาปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลจริง

2. **แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการโดยตรง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและนักวิชาการ** ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในชุดโครงการใหญ่เพื่อให้ประเด็นการสัมภาษณ์มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแบบสัมภาษณ์ในชุดโครงการ

เดียวกัน หลังจากนั้นจึงได้นำเสนอต่อหัวหน้าชุดโครงการให้พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ แล้วจึงนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

อย่างไรก็ดีเมื่อนำแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารและนักวิชาการที่ได้สร้างขึ้นในครั้งแรกไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว พบว่าแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวมีประเด็นคำถามมากเกินไปและไม่เหมาะสมสำหรับผู้บริหารและนักวิชาการ จึงได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีประเด็นคำถามในเชิงนโยบายและการบริหารที่สั้นและกระชับมากขึ้น

3.**กรณีศึกษา** ผู้วิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในชุดโครงการใหญ่กำหนดประเด็นคำถามและส่งให้หัวหน้าชุดโครงการวิจัยตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสม ก่อนนำไปใช้เป็นเครื่องมือแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการสังเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 5 กรณี

3.5 การเก็บรวมรวมข้อมูล

1. **การสำรวจกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม**

1.1 คัดเลือกนักวิจัยภาคสนามในพื้นที่ศึกษาและประชุมชี้แจ้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัย และแบบสำรวจที่ใช้ในการวิจัย

1.2 ส่งแบบสำรวจให้นักวิจัยภาคสนามนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ และส่งคืนแบบสำรวจที่เก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วและสมบูรณ์ จำนวน 3,020 ชุด แต่สามารถเก็บได้จริง 3,015 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.8 ของแบบสำรวจที่ต้องการ

2. **แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการโดยตรง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**

2.1 นัดหมายผู้ให้สัมภาษณ์ ติดต่อประสานงานนัดหมายผู้ให้สัมภาษณ์เจาะลึกจำนวน 58 คน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในชุดโครงการใหญ่ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการโดยตรงและผู้มีส่วนได้เสียจำนวน 59 คนด้วยตนเองตามวันเวลาที่ได้นัดหมายโดยใช้แบบสอบถามและการบันทึกเทปเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากการถอดเทปและบันทึกเป็นรายงาน

3. **กรณีศึกษา**

3.1 คัดเลือกนักวิจัยภาคสนามที่มีความเหมาะสมที่มีความรู้ความสามารถ ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยและแนวทางการจัดทำกรณีศึกษา

3.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดของกรณีศึกษาสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

3.3 นักวิจัยภาคสนามเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาและสถานที่ที่ได้นัดหมาย

3.4 สังเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานกรณีศึกษาส่งให้นักวิจัยพิจารณา

3.5 ตรวจสอบคุณภาพรายงานกรณีศึกษาและปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรับแบบสอบถามกลับคืนมา คณะผู้ศึกษาจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยด้านสังคมศาสตร์ (Statistic Package for Social Science : SPSS) โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ (Percentage)

2. การหาค่าเฉลี่ยของน้ำหนักทัศนะของประชากรของคำตอบแต่ละข้อในคำถามโดยการหาค่ามัชฌิมเลขคณิต (Mean)

3. การหาค่ากระจายของข้อคำตอบโดยการหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4. เกณฑ์ในการประเมินคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับความผิดพลาดและการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ แบ่งระดับการเห็นด้วยออกเป็น 4 ระดับคือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อยและไม่เห็นด้วย โดยใช้เกณฑ์การคำนวณจาก

$$\text{ช่วงชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4 - 1}{4}$$

$$= 0.75$$

เกณฑ์วัดระดับการเห็นด้วย/ระดับปัญหา แบ่งเป็น 4 ระดับ

ค่าคะแนน ระดับการเห็นด้วย

1.00 – 1.75	หมายถึงไม่เห็นด้วย
1.76 – 2.50	หมายถึง น้อย
2.51 – 3.25	หมายถึง ปานกลาง
3.26 – 4.00	หมายถึง มาก

5. เกณฑ์ในการประเมินคะแนนคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียนบ่งระดับการให้ความสำคัญออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยใช้เกณฑ์การคำนวณจาก

$$\text{ช่วงชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.66$$

เกณฑ์วัดระดับดังกล่าว แบ่งเป็น 3 ระดับ

ค่าคะแนน ระดับการเห็นด้วย

1.00 – 1.66 หมายถึง น้อย

1.67 – 2.33 หมายถึง ปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง มาก

3.7 **การนำเสนอข้อมูล**

การนำเสนอผลการศึกษาใช้การพรรณาประกอบตารางผลการศึกษา

บทที่ 4
ผลการศึกษา

ผลการศึกษา “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” ผู้ศึกษาขอนำเสนอผลการศึกษาเชิงปริมาณประกอบเชิงคุณภาพ โดยนำเสนอเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 กระบวนการจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยส่วนรวม

ส่วนที่ 5 การดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ส่วนที่ 6 แนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

ส่วนที่ 7 การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 กลไกการจัดการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

เพื่อให้เกิดความเข้าใจกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้ศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นักวิชาการประกันสังคมและนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านหลักประกันสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า

4.1.1 กลไกการจัดการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในปัจจุบันมีความแตกต่างกัน

จากการศึกษากลไกการจัดการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในปัจจุบัน พบว่ามีความแตกต่างกัน กล่าวคือ

(1) **ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า** กลไกที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือสำนักงานสาขา ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธาณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด คณะกรรมการสอบสวนพิจารณา หน่วยรับเรื่องร้องเรียน อันหมายถึงสำนักงานหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานประกาศกำหนด

กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามที่กล่าวมาข้างต้น ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันได้มีการพัฒนากลไกกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับพื้นที่ และระดับหน่วยบริการและสถานพยาบาลให้สามารถทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ยุติลงได้ กล่าวคือ กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) มีกลไกรับเรื่องร้องเรียนเพื่อเปิดช่องทางให้ประชาชนสามารถร้องเรียนได้โดยสะดวกและมีกลไกการจัดการยุติเรื่องร้องเรียนซึ่งสามารถ แบ่งได้เป็น 3ระดับ คือ **กลไกระดับส่วนกลาง** ได้แก่ (1) การพัฒนาสายด่วน (Call Center) 1330 ให้สามารถให้บริการทางโทรศัพท์ไดเตลอด 24 ชั่วโมงอย่างมีประสิทธิภาพ (2) ช่องทางอื่นๆ เช่น จดหมาย จดหมายอีเล็กทรอนิกส์ (e-mail)1330@nhso.go.th บุคคลหน่วยงานต่างๆ สื่อมวลชน (3) มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร และมีทีมเจ้าหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความช่วยแก้ปัญหา ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่อง **กลไกระดับพื้นที่** มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ 13 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหน้าที่เป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดหรือ “สำนักงานสาขาจังหวัด” นอกเหนือจากการเป็นผู้บริหารของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด ทั้งนี้สำนักงานสาขาจังหวัดจะมีหน้าที่ในการสนับสนุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ในภารกิจต่างๆ ซึ่งรวมถึงการจัดตั้งหน่วยรับเรื่องร้องทุกข์ระดับจังหวัด นอกจากนี้ยังได้ประสานกับองค์กรท้องถิ่นและองค์กรชุมชน เพื่อให้ช่วยรับเรื่องร้องเรียนและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้แก่ประชาชน ใช้กลไกกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน ผ่านศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน **กลไกระดับหน่วยบริการ** มีการจัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในสถานพยาบาล เสนอและสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีช่องทางจัดการปัญหาของตนเองเพื่อคลี่คลายปัญหาก่อนที่ปัญหาจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น โดยอยู่ในรูปของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพซึ่งจะทำหน้าที่เสมือนเป็น Customer services รับเรื่องของทุกสิทธิ ซึ่งปัจจุบันสถานพยาบาลได้ให้การตอบรับเป็นอย่างดีและมีการนำไปบูรณาการเข้าใน

ระบบประกันคุณภาพของสถานพยาบาล (HA)ด้วย รวมทั้งประชาสัมพันธ์ช่องทางเหล่านี้ให้ประชาชนรับทราบด้วยและเพื่อให้การรับเรื่องร้องเรียนเป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รวมทั้งสามารถสร้างความเข้าใจและสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จึงได้กำหนดให้กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนดำเนินการภายใต้แนวคิดที่ว่า

(1) กลไกการคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นกลไกที่ช่วยเหลือให้ประชาชนได้รับบริการตามสิทธิตามที่กฎหมายกำหนด ในขณะเดียวกันก็จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ช่วยคลี่คลายปัญหาสร้างความเข้าใจต่อกัน

(2) การรับเรื่องร้องเรียน ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการซึ่งข้อมูลเหล่านี้ เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

(3) การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัญหาเรื่องร้องเรียน อีกทั้งเป็นการสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่การมีความสัมพันธ์ที่ดี และช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้น

(4) การป้องกันปัญหาการละเมิดสิทธิ เป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการคุ้มครองสิทธิของประชาชน ทั้งยังเป็นการดำเนินการเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนอีกด้วย*(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2550 : 181-182)*

นอกจากนั้นเพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในการรับบริการที่หน่วยรับเรื่องร้องเรียนทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้พัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีมาตรฐานเดียวกัน 4 ด้าน คือ

(1) มาตรฐานด้านกายภาพของหน่วยงาน หมายถึงมีสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่พร้อมให้บริการ รวมทั้งมีเอกสารระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องใช้ประกอบการทำงาน

(2) มาตรฐานด้านบุคลากร หมายถึงการหมายเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ทักษะในการให้บริการและผ่านการอบรมความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพและงานบริการ รับผิดชอบงานชัดเจน

(3) มาตรฐานด้านการดำเนินงาน หมายถึง การดำเนินงานรับเรื่องและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนประกอบด้วย การรับและบันทึกเรื่องตามแบบฟอร์ม การตอบกลับแจ้งการได้รับเรื่อง การตรวจสอบข้อมูล การพิจารณาแก้ปัญหา ประสานงานไกล่เกลี่ย การแจ้งผลการพิจารณากลับให้ผู้ร้องรับทราบและมีการจัดตั้งคณะทำงานหรืออนุกรรมการร่วมพิจารณา รวมทั้งมีการประเมินความพึงพอใจ

(4) มาตรฐานด้านระบบข้อมูลหมายถึง การบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม การจัดเก็บ การวิเคราะห์ จัดทำรายงานเสนอเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ รวมทั้งเผยแพร่แก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง*(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2550:182-183)*

(2) **ระบบประกันสังคม** กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบประกันสังคม ประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สายด่วนประกันสังคม กองประสานการแพทย์ คณะกรรมการการแพทย์ คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการแพทย์แต่งตั้งเพื่อพิจารณา หรือปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ได้รับมอบหมาย การจัดการเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม มีคณะกรรมการการแพทย์ประกอบด้วย ประธานกรรมการ และกรรมการซึ่งเป็นแพทย์เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ มีจำนวนรวมกันไม่เกิน 16 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งและผู้แทนสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจที่ดำเนินการสอบและตัดสินรวมทั้งเสนอบทลงโทษแก่ฝ่ายที่เป็นผู้กระทำผิด นอกจากนั้นยังพบว่าสื่อมวลชนต่างๆก็เป็นกลไกสำคัญที่ผู้ประกันตนไปร้องเรียนเพราะได้ผลเร็ว

เรืองรอง ดีผดุง นักวิชาการประกันสังคม กล่าวว่า "*ผู้ประกันตนจะไปร้องเรียนกับสื่อมวลชนต่างๆ เพราะมักจะได้ผลเร็วกว่า การพิจารณามาตรฐานการรักษาจะเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ส่วนกลาง สำนักงานประกันสังคมจะไม่เข้าไปพิจารณา*" *(**เรืองรอง ดีผดุง**, **สัมภาษณ์**, 9 **ตุลาคม** 2550)*

เรืองรอง ดีผดุง ยังได้กล่าวอีกว่า สำนักงานประกันสังคมมีระบบการร้องเรียนและชดเชยความเสียหายที่ชัดเจน โรงพยาบาลรับตรงจุดนี้ได้ ส่วนช่องทางการร้องเรียน ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกันจะไปที่จังหวัด ซึ่งแต่ละจังหวัดจะมีฝ่ายรับเรื่องร้องเรียน ให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์แนะนำช่องทางการร้องเรียน แต่การให้ข้อมูลของจังหวัดก็เป็นข้อมูลทั่วๆ ไป ยังไม่ลึก และการชดเชยความเสียหาย *(**เรืองรอง ดีผดุง**, **สัมภาษณ์**, 9 **ตุลาคม** 2550)*

ความเห็นของ พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ สอดคล้องกับความเห็นของสาลี อ๋องสมหวัง *(**สัมภาษณ์**, 3 **ตุลาคม** 2550)* วิจารณ์ว่า "*ประกันสังคม ไม่ได้สำนึกว่า ลูกจ้างเป็นนายจ้างเขาเลย ประกันสังคมคิดว่าผู้ประกันตนจะเข้ามาใช้เงินของกองทุนอย่างไม่มีเหตุผล เช่น กรณีไตวาย จะรอให้ใกล้ตายก่อนหรืออย่างไรจึงจะได้ใช้ประกันสังคม เขาบอกมาทำนองว่า "กลัวผู้ประกันตนมาหลอกใช้ในกรณีผู้ป่วยไตวาย" ตัวแทนลูกจ้างตอบกลับไปว่า "ประกันสังคมต้องคิดใหม่ว่า แท้จริงแล้วนั้นลูกจ้างเป็นนายจ้างของข้าราชการและพนักงานประกันสังคม ซึ่งต้องจ่ายเงินให้เขาทุกเดือน และเงินเดือนของลูกจ้างเองก็ไม่กี่พันบาท คำตอบของประกันสังคมที่ให้นั้นสะท้อนถึงลูกจ้างว่าลูกจ้างนั้นแย่ เป้าหมายของประกันสังคม ซึ่งเป็นหลักพื้นฐานที่ทุกคนพึงจะได้รับน่าจะเป็นธรรม*"

(3) **ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ** หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบต่อการจัดการของระบบนี้คือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ซึ่งเป็นกลไกระดับส่วนกลาง คลังจังหวัด เป็นกลไกระดับจังหวัด นอกจากนี้ในระดับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจะมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนของผู้ได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบนี้ด้วย การจัดการเมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้นระหว่างผู้ใช้สิทธิกับสถานพยาบาลในการไปใช้บริการเมื่อการรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรได้รับ กฎหมายได้ให้

อำนาจกระทรวงการคลังมีอำนาจดำเนินการโดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ กรณีสถานพยาบาลเอกชนกระทรวงการคลังมีอำนาจแจ้งชื่อสถานพยาบาลนั้นๆ แก่ส่วนราชการต่างๆ ทราบ เพื่อไม่ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลนั้นต่อไป ยกเว้นในกรณีจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นเพราะเหตุฉุกเฉิน สำหรับกรณีสถานพยาบาลของรัฐ กรมบัญชีกลางไม่มีอำนาจดำเนินการใด ๆ นอกจากส่งเรื่องร้องเรียนต่อให้กับหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลนั้นๆ ดำเนินการต่อไป

เนื่องจากหน่วยงานที่มีอำนาจดำเนินการ คือกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังไม่สามารถดำเนินการได้เอง ทำให้ต้องส่งต่อเรื่องร้องเรียนไปยังต้นสังกัดของโรงพยาบาลนั้น ทำให้การจัดการเรื่องร้องเรียนของข้าราชการต้องไปอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และในที่สุดก็ต้องกลับมายังผู้บริหารของโรงพยาบาลที่ถูกร้องเรียนเป็นผู้พิจารณา

4.1.2 กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับหน่วยบริการหรือการจัดให้มีศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพและหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาล พบว่ากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับหน่วยบริการหรือการจัดให้มีศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพและหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาล มีประวัติความเป็นมาดังนี้ ก่อนที่จะนำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2544 สถานพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งมีหน่วยงานในสถานพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลเรื่องหลักประกันสุขภาพเช่น ประกันสังคม สปร. บัตรสุขภาพ 500 บาท รวมทั้งดูแลปัญหาเรื่องร้องเรียน แต่ยังไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและชัดเจน หลังจากที่นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ทำให้ปัญหาการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้นแต่ยังไม่มีระบบการจัดการที่ดีทำให้เกิดความสับสนในช่วงแรก เมื่อเปรียบเทียบกับระบบประกันสังคมซึ่งมีพัฒนาการมาก่อนและมีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนที่ดี ดังนั้นเมื่อสำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เข้ามารับผิดชอบดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภายใต้ชื่อว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในระยะเริ่มแรก) จึงจัดให้มีการพัฒนาศูนย์หลักประกันสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ และให้งบประมาณสนับสนุนจำนวนห้าหมื่นบาทสำหรับสถานพยาบาลของรัฐแต่ละแห่ง โดยแบ่งจ่ายเป็นรายปีเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงภูมิทัศน์ในสถานพยาบาลเพื่อรองรับการบริการในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ และสามารถทำงานเชิงบูรณาการทั้งงานในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคมได้ จึงทำให้เกิด “ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ” ขึ้น ศูนย์ดังกล่าวจะมีชื่อเรียกแตกต่างกันไป ถ้าเป็นศูนย์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพสนับสนับสนุนจะมีรูปแบบตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด และจะต้องได้รับการประเมินมาตรฐาน โดยเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นผู้ประเมิน ถ้าผลการประเมินพบว่าสถานพยาบาลใดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ สปสช.กำหนด จะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขให้ได้มาตรฐาน การที่คนไข้มาร้องเรียนนั้นสถานพยาบาลแต่ละแห่งจะมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาการร้องเรียนเป็นระดับ 0, 1, 2 และ ระดับ 3, 4 ทั้งนี้เกณฑ์ที่สถานพยาบาลใช้แบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาการรร้องเรียนมากน้อยเพียงใดมาจากการพิจารณาเกณฑ์

ในสองส่วนคือ ทั้งส่วนที่ สปสช. กำหนด และส่วนที่กำหนดตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบางเรื่องจะมีความสอดคล้องกัน สำหรับศูนย์ฯของกระทรวงสาธารณสุข(ไม่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.) จะใช้ชื่อว่า "ศูนย์ไกล่เกลี่ยเรื่องร้องทุกข์" แต่ทั้งนี้เป้าหมายสูงสุดของศูนย์ฯ ทั้งสองแบบ อันได้แก่ศูนย์ฯที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. และศูนย์ฯของกระทรวงสาธารณสุข คือต้องการให้ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้มากที่สุด

โครงสร้างการดำเนินงานของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพดังกล่าว จะแบ่งงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ ระบบหลักประกันสุขภาพออกเป็น 3 ส่วนแยกจากกัน คือ ส่วนงานเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนงานเกี่ยวกับระบบประกันสังคม และส่วนงานเกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ โดยมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานแต่ละส่วนแยกจากกัน แต่ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องในงานทั้ง 3ส่วน นอกจากจะต้องรู้และเข้าใจงานของตนเองแล้วยังต้องรู้และเข้าใจงานในอีกสองส่วนที่ตนเองไม่ได้รับผิดชอบด้วย *(**การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า**)*

4.1.3 เปรียบเทียบกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนทั้ง 3 ระบบ

เมื่อเปรียบเทียบกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนทั้ง 3 ระบบ ได้แบ่งกลไกเป็น 4 ระดับ คือ กลไกระดับส่วนกลาง กลไกระดับภาคหรือระดับเขตพื้นที่ กลไกระดับจังหวัด กลไกระดับหน่วยบริการ พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีกลไกการจัดการที่มีความสมบูรณ์และครอบคลุมทุกระดับ กล่าวคือ กลไกระดับส่วนกลางมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลไกระดับภาคหรือเขตพื้นที่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ 13 เขตพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ กลไกระดับจังหวัดมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 76 จังหวัด และมีกลไกระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาล มีคณะกรรมการชุดต่าง ๆตามที่กฎหมายกำหนด มีการพัฒนาช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่หลากหลายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เช่น สายด่วนบัตรทอง 1330 จดหมายอีเล็กทรอนิกส์ (e-mail) 1330@nhso.go.th รวมทั้งมีช่องทางการร้องเรียนผ่านหน่วยงานต่าง ๆ ขณะที่ระบบประกันสังคม มีกลไกระดับส่วนกลาง คือสำนักงานประกันสังคม กลไกระดับเขต คือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ 10 เขตในกรุงเทพมหานคร กลไกระดับจังหวัด คือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด กลไกระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาล มีคณะกรรมการชุดต่าง ๆตามที่กฎหมายกำหนด มีการพัฒนาช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงได้ เช่นสายด่วนประกันสังคม 1506 และสำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ซึ่งเป็นกลไกระดับส่วนกลางเป็นผู้ดูแล นอกจากนี้มีกลไกระดับจังหวัด คือ คลังจังหวัด และกลไกระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาล ไม่มีกลไกระดับภาคหรือระดับเขตพื้นที่ (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1

เปรียบเทียบกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ

ระบบหลักประกันสุขภาพ	*กลไกส่วนกลาง*	*กลไกระดับภาคหรือระดับเขตพื้นที่*	*กลไกระดับจังหวัด*	*กลไกระดับหน่วยบริการ*
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	*-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)* *-สายด่วนบัตรทอง 1330* *-จดหมายอีเล็กทรอนิกส์ (e-mail)1330@nhso.go.th* *-คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข* *-คณะอนุกรรมการที่ได้รับแต่งตั้ง*	*-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่* (13 แห่ง) *-ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาพประชาชน*	*-สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด* *-คณะกรรมการบริการหลักประกันสุขภาพ* *-คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับจังหวัด*	*-หน่วยรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาล* *-คณะกรรมการหรือคณะทำงานภายใต้โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาล*
ระบบประกันสังคม	*-สำนักงานประกันสังคมจากองค์ประกอบด้านการแพทย์* *-สายด่วนประกันสังคม 1506* *-คณะกรรมการการแพทย์* *-คณะอนุกรรมการที่ได้รับแต่งตั้ง*	*สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ 10 เขตในกรุงเทพมหานคร*	*สำนักงานประกันสังคมจังหวัด*	
ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ฯ	*-กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง* *- สายด่วน 1689*	-	*- คลังจังหวัด*	

ความคิดเห็นเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนและระบบประกันสังคมว่า “สายด่วน 1330 เขาก็ให้ข้อมูลดี ๆ กว่าของระบบประกันสังคม” *(**สาลี อ๋องสมหวัง สัมภาษณ์**, 3 ตุลาคม 2550)*

4.1.4 กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ นอกจากกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนของทั้ง 3 ระบบดังกล่าวแล้ว ยังมีกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบอีก ได้แก่ สำนักงานแพทย์สภา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และสภาคุ้มครองผู้บริโภค กลไกเหล่านี้มีบทบาทในการรับเรื่อง

ร้องเรียนจากประชาชนทั่วไปที่มีปัญหากับทั้ง 3 ระบบ โดยบางรายเมื่อร้องเรียนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงแล้วยังไม่พึงพอใจกับผลการร้องเรียนกับกลไกที่ตนมีสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยตรง จึงร้องเรียนกับกลไกเหล่านี้และมีบางรายที่ร้องเรียนมากกว่า 1 หน่วยงาน ดังตัวอย่างกรณีศึกษาของ "โชคดี" กับระเบียบการเบิกจ่ายเงินของสำนักงานประกันสังคม และกรณีศึกษา "บุญน้อย" กับสิทธิในกองทุนเงินทดแทน

ข้อสังเกตต่อกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมา อาจสรุปได้ว่า กลไกการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยมีโรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการและประชาชนเป็นผู้รับบริการ ซึ่งนับว่า หลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในปัจจุบันมีความสมดุลกันในระดับหนึ่ง สำหรับแนวคิดที่ต้องการให้ทั้ง 3 ระบบมีมาตรฐานเดียวกัน ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลสมุทรปราการที่ไม่เห็นด้วยกับการรวม 3 ระบบเข้าด้วยกัน ***(น.พ. ชลิต ทองประยูร)*** ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ***เรืองรอง ดีผดุง*** ซึ่งกล่าวว่าการเท่ากันทั้ง 3 ระบบในความเป็นจริงทำไม่ได้ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรุงเทพฯ กับชนบทไม่เท่ากันอยู่แล้ว แต่จะทำอย่างไรให้เหมาะสม ส่วนมาตรฐานขั้นต่ำควรได้เท่ากัน ทางที่ดีคือความเหมาะสมแต่ต้องแยกบริบทต่างกัน ยาตัวเดียวกันคงเป็นไปได้ยากเพราะเรายังเป็นประเทศที่ยากจนอยู่ จึงทำให้เกิดเงื่อนไขที่ต่างกันไป และสอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิชาการสำนักงานประกันสังคมที่เห็นว่าไม่ควรที่จะเท่าเทียมกันใน 3 ระบบ เพราะที่มาของงบประมาณต่างกัน และการรวมทั้ง 3 ระบบเข้าด้วยกัน จะเป็นการนำเอาอำนาจผูกขาดไปไว้ที่คนคนเดียว ถ้าเอาระบบทั้ง 3 ระบบไปรวมกันจะทำให้อำนาจต่อรองหมดไป ข้อดีของการที่มี 3 ระบบจะทำให้เกิดการแข่งขันกัน มีการเปรียบเทียบระหว่างกันทั้ง 3 ระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาของแต่ละระบบ ***(เพ็ญศรี ไตรรัตน์, สัมภาษณ์, 27 กันยายน 2550)***

ความคิดเห็นดังกล่าว แตกต่างจากนักต่อสู้เพื่อสิทธิผู้บริโภค ซึ่งแย้งว่า *"คนไทยกันเองเขายังไม่เชื่อว่า คนไทยจะสามารถเท่าเทียมกันได้" กรณีการรักษา สิทธิของคนน่าจะเท่าเทียมกัน ...ที่บอกว่าการไม่รวมทั้ง 3 ระบบเข้าด้วยกัน จะทำให้เกิดการแข่งขันกันนั้นก็เป็นจริงได้ แต่การแข่งขันกันนั้นต้องแข่งในสนามเดียวกัน ความรู้สึกเดียวกัน ที่จะมุ่งถึงสิทธิที่เท่าเทียมกัน แต่ในความเป็นจริงไม่เป็นเช่นนั้น จะมี 3 ระบบก็ได้ แต่หมอให้เวลาตรวจผู้ป่วยเท่ากัน รักษาตามอาการ ให้ยาตัวเดียวกัน คุณจะใช้ระบบอะไรคุณก็ต้องได้รับการตรวจ การจ่ายเงินจะต้องไม่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับบริการ" (**สารี อ๋องสมหวัง, สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2550**)*

นักวิชาการด้านสิทธิผู้บริโภคอีกท่านหนึ่งที่เห็นด้วยในเรื่องความเท่าเทียม โดยกล่าวว่า *"ถ้าทำให้ได้เท่าเทียมกันทุกระบบแล้ว ทุกระบบ ทุกคน ก็จะได้เท่ากัน ซึ่งคงจะยากที่ทั้ง 3 ระบบจะเท่ากัน แต่ไม่ใช่ว่าจะเท่ากันไม่ได้" (**ดร.ยุพดี สิริสินสุข, สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2550**)*

ความคิดเห็นที่แตกต่างกันในเรื่องความเท่าเทียมหรือการมีมาตรฐานเดียวกันนี้ เคยมีงานวิจัยของ ***วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ*** *(2543)* ศึกษาเรื่อง "ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ" พบว่า ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข ในภาพรวมการซ้ำซ้อนของสิทธิและการขาดความต่อเนื่องของการมีสิทธิในหลักประกันทำให้การเก็บข้อมูลที่ถูกต้องเป็นเรื่องยากและเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ งบประมาณที่ไม่เพียงพอมีผลกระทบต่อมาตรฐานของสถานพยาบาล กลไกในการจ่ายเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของฝ่ายผู้ให้บริการ ขณะที่การใช้บริการโดยไม่ต้องจ่ายเงินเองทำให้ผู้รับบริการมีแนวโน้มใช้บริการเกินความจำเป็น วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ เห็นว่าข้อเสนอที่จะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวสำหรับประชาชนทุกคนอาจเป็นไปได้ยาก เมื่อพิจารณาตามสภาพการณ์ของประเทศไทย เนื่องจากความสามารถในการเสียภาษีและเก็บภาษีของเราไม่ทัดเทียมกับประเทศอื่นที่ประสบความสำเร็จจากการใช้ระบบนี้ สิ่งที่ควรเร่งรีบดำเนินการคือการปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังโดยให้ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองสำหรับบริการที่ไม่จำเป็น สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายให้มีช่องทางการเข้าถึงบริการชุมชนซึ่งรัฐอาจให้การสนับสนุนในระยะเริ่มแรก

จากข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจากหลายแหล่ง ผู้วิจัยมีความคิดเห็นคล้ายกับ วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ ว่าการมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวสำหรับประชาชนทุกคนเป็นไปได้ยาก แต่ก็ไม่ควรปล่อยให้เกิดสองมาตรฐาน (Duble Standard) ให้ดำรงอยู่ ซึ่งจะขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 50 วรรคหนึ่งที่บัญญัติว่า **"บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย"** รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรพยายามปรับมาตรฐานของทั้ง 3 ระบบที่มีความแตกต่างกันมากให้มีความใกล้เคียงกันให้มากขึ้น และเป็นมาตรฐานเดียวกันในที่สุด

ผู้วิจัยมีข้อสังเกตเกี่ยวกับกลไกการดำเนินงานของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ ในสถานพยาบาล 6 ประการ คือ

1. สถานที่ตั้งของศูนย์ในแต่ละสถานพยาบาลส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็น "ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ" ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนับสนุน หรือ "ศูนย์ไกล่เกลี่ยเรื่องร้องทุกข์" ของกระทรวงสาธารณสุข จะกำหนดไว้ในส่วนของงานบริหารสถานพยาบาลซึ่งเป็นจุดที่ผู้ไปใช้บริการหรือผู้ป่วยเข้าถึงได้ยาก

2. ช่องทางการร้องเรียน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยสามารถร้องเรียนผ่านหลากหลายช่องทางทั้งภายในและภายนอกสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามในหลายสถานพยาบาลกำหนดให้มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนกระจายอยู่ในส่วนงานต่างๆ ของสถานพยาบาลที่ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้สะดวก

3. เวลาทำการในการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาในแต่ละสถานพยาบาลจะแตกต่างกัน บางสถานพยาบาลกำหนดให้มีเวรทำการที่สามารถให้บริการได้ 24 ชั่วโมง แต่บางสถานพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรกับภาระงานที่มากจะให้บริการเฉพาะเวลาทำการปกติเท่านั้น

4. ระยะเวลาในการดำเนินการแก้ปัญหาจนยุติข้อร้องเรียน ทุกสถานพยาบาลจะกำหนดกรอบเวลาการดำเนินการในการยุติข้อร้องเรียนไว้อย่างชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานและประสิทธิภาพของงาน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาข้อร้องเรียนที่มีความยากง่ายในการจัดการที่แตกต่างกันจึงทำให้เวลาที่ใช้ในการดำเนินการแตกต่างกันไปด้วย

5. การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินปัญหาความพึงพอใจของผู้รับบริการ และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อป้องกันการร้องเรียนซ้ำ สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างชัดเจน แต่สถานพยาบาลบางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการในเรื่องนี้ได้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะภาระงานประจำมีมากขณะที่บุคลากรมีไม่เพียงพอ

6. ศูนย์ไกล่เกลี่ยเรื่องร้องทุกข์ในสถานพยาบาลไม่มีอิสระในการดำเนินงานและไม่เป็นกลาง การดำเนินงานเพื่อรักษาผลประโยชน์ให้กับสถานพยาบาลเนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของศูนย์เป็นเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลนั้นๆ

ข้อสังเกตเกี่ยวกับช่องทางการร้องเรียนของระบบประกันสังคม พบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่จะไปร้องเรียนที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ซึ่งสำนักงานประกันสังคมแต่ละจังหวัดจะมีฝ่ายรับเรื่องร้องเรียน ให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ แนะนำช่องทางการร้องเรียน แต่การให้ข้อมูลของสำนักงานประกันสังคมจังหวัดก็เป็นข้อมูลทั่วๆไป ยังไม่ลึก ผู้ประกันตนส่วนหนึ่งจะไปร้องเรียนกับสื่อมวลชนต่างๆ เพราะส่วนใหญ่มักจะได้ผลเร็ว

4.2 กระบวนการจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

4.2.1 กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพของทั้ง 3 ระบบก็มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ

1. **กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** พบว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูก-ผิด ตามที่บัญญัติในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระบบหลักประสุขภาพถ้วนหน้า มีขั้นตอนการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน ขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และขั้นตอนดำเนินการพิจารณาคำอุทธรณ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยระบุไว้ในคู่มือหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550 สำหรับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในระบบหลักประกันสุขภาพได้ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน มีรายละเอียดดังนี้

(1.1) การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ต่างๆ มีบทบาทในการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นที่มีการร้องเรียน/ร้องทุกข์ มีทั้งกรณีที่เป็นเรื่องของการสอบถามปัญหา ข้อสงสัยเล็กๆ น้อยๆ ซึ่งสามารถชี้แจงได้ทันทีปัญหาการสื่อสารซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ในระยะสั้นบางเรื่องเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนต้องใช้เวลาในการประสานงาน ตรวจสอบการปฏิบัติงาน ตรวจสอบข้อมูล และพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบ ขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยสรุปมีดังนี้

1) **การรับเรื่องร้องเรียนที่เข้ามาตามช่องทางต่าง ๆ** ทั้งทางโทรศัพท์ จดหมาย จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) บุคคล จากหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งสื่อมวลชน ให้พิจารณาว่าเป็นการสอบถามปัญหาหรือร้องเรียนเพื่อให้เกิดการแก้ไข โดยให้มีการแยกลงทะเบียนเรื่องร้องเรียนโดยเฉพาะเพื่อให้สะดวกต่อการติดตามค้นหา

2) **การตอบรับเบื้องต้น เพื่อเป็นการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบว่า** เรื่องที่ร้องเรียนเข้ามานั้นอยู่ระหว่างการดำเนินการ โดยหากเป็นการร้องเรียนผ่านทางโทรศัพท์ ก็จะมีการพูดคุยกับผู้ร้องเรียนเป็นเบื้องต้นอยู่แล้ว แต่หากเป็นเรื่องร้องเรียนที่เข้ามาทางช่องทางอื่นๆ ก็ต้องมีการตอบรับผ่านทางช่องทางนั้นๆ โดยจัดทำแบบฟอร์มตอบรับไว้เพื่อความสะดวกในการทำงาน

3) **การตรวจสอบข้อเท็จจริง** เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับเข้ามาในเบื้องต้นจะเป็นข้อมูลจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง อาจไม่สามารถบอกข้อเท็จจริงและภาพรวมของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จึงจำเป็นต้องมีการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งจะต้องทำมากน้อยแค่ไหนหรือใช้วิธีการใด ขึ้นกับเนื้อหาของคำถามหรือปัญหาที่เกิดขึ้น

- การตรวจสอบข้อมูลทางโทรศัพท์ เป็นวิธีที่มีความสะดวกมากที่สุด ช่วยแก้ปัญหาได้ดีในการณีที่มีความเร่งด่วน การใช้โทรศัพท์เป็นวิธีที่ทำให้เกิดการสื่อสาร 2 ทาง สามารถซักถาม ประสานงานได้สะดวก ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะมีความน่าเชื่อถือ ต้องมีการบันทึกวันที่ ผู้พูด เวลา และผู้ที่ให้ข้อมูลทุกครั้ง
- การขอข้อมูลทางเอกสาร/หนังสือราชการ ใช้สำหรับการตรวจสอบข้อเท็จจริงที่จำเป็นต้องมีการขอข้อมูล หรือ ต้องมีการตรวจสอบข้อเท็จจริงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นทางการ เช่น เรื่องของการให้บริการ คุณภาพการรักษา การเรียกเก็บค่าบริการที่อาจไม่ถูกต้อง หรือ เป็นการแจ้งให้หน่วยงานผู้บังคับบัญชาทราบถึงปัญหาและช่วยดำเนินการแก้ไข เช่น การทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุข

จังหวัดให้ช่วยตรวจสอบข้อเท็จจริงและพิจารณาช่วยเหลือ ในกรณีที่เกิดเรื่องร้องเรียนในโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ข้อดีของการประสานงานทางหนังสือราชการคือ สามารถใช้เป็นหลักฐานได้ทั้งฝ่ายที่สอบถามและฝ่ายที่ชี้แจง หากมีตรวจสอบเกิดขึ้น

- การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน หน่วยงานภายใน สปสช. ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการในกรณีของการเบิกจ่าย และสำนักกฎหมาย เป็นต้น
- การลงพื้นที่หาข้อเท็จจริง จะใช้เมื่อมีความจำเป็นกรณีที่ปัญหานั้นมีความซับซ้อนมากๆ เกี่ยวข้องกับบุคคลหรือหน่วยงานหลายหน่วยงาน เช่น กรณีการส่งต่อผู้ป่วยไปมาหลายครั้ง หรือกรณีร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพของหน่วยงานบริการ เป็นต้น

4) **การวินิจฉัยข้อมูลและประสานงานแก้ไขปัญหา** ขั้นตอนนี้จะทำไปพร้อมๆ กับขั้นตอนของการหาข้อมูลหรือทำภายหลังแล้วแต่กรณี โดยหลักการที่ใช้การแก้ไขปัญหา อาจแบ่งตามระดับความยากง่ายของปัญหาได้ คือ

- ปัญหาที่ง่ายตรงไปตรงมา ไม่ซับซ้อนเจ้าหน้าที่รับเรื่องสามารถวินิจฉัยเองได้ทันทีโดยอ้างอิงกฎหมาย หลักเกณฑ์ที่มีอยู่ และตอบกลับทันที เช่นเรื่องของการขอใช้สิทธิในการฟอกเลือด (Hemodialysis) ด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- ปัญหาที่ยาก มีความซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องมีการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีการไม่ยอมส่งตัวผู้ป่วย หรือ การขอเรียกเก็บค่าบริการ เจ้าหน้าที่ต้องหาข้อมูลจากทั้งผู้รับบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาก่อนตอบ
- ปัญหาที่ยากมาก ไม่มีปรากฏในหลักเกณฑ์ที่มีอยู่ ต้องนำเข้าหารือผู้บริหาร หรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา

5) **การสรุปผลการพิจารณาและแจ้งกลับ** ในการแก้ปัญหาทุกรายต้องมีการแจ้งกลับทั้งฝ่ายผู้ร้องเรียน หน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยยึดหลักการว่ารับเรื่องมาจากที่ใดต้องแจ้งกลับที่นั้น รวมทั้งการรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อรับทราบตามลำดับขั้น จึงจะถือว่าเรื่องยุติ กรณีที่ผู้ร้องเรียนไม่พึงพอใจและเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้นตามข้อมูลที่ได้รับแล้ว หากยังไม่สามารถยุติได้ ให้เสนอแนะผู้ร้องเรียนให้ทำเรื่องอุทธรณ์อีกครั้งหนึ่ง

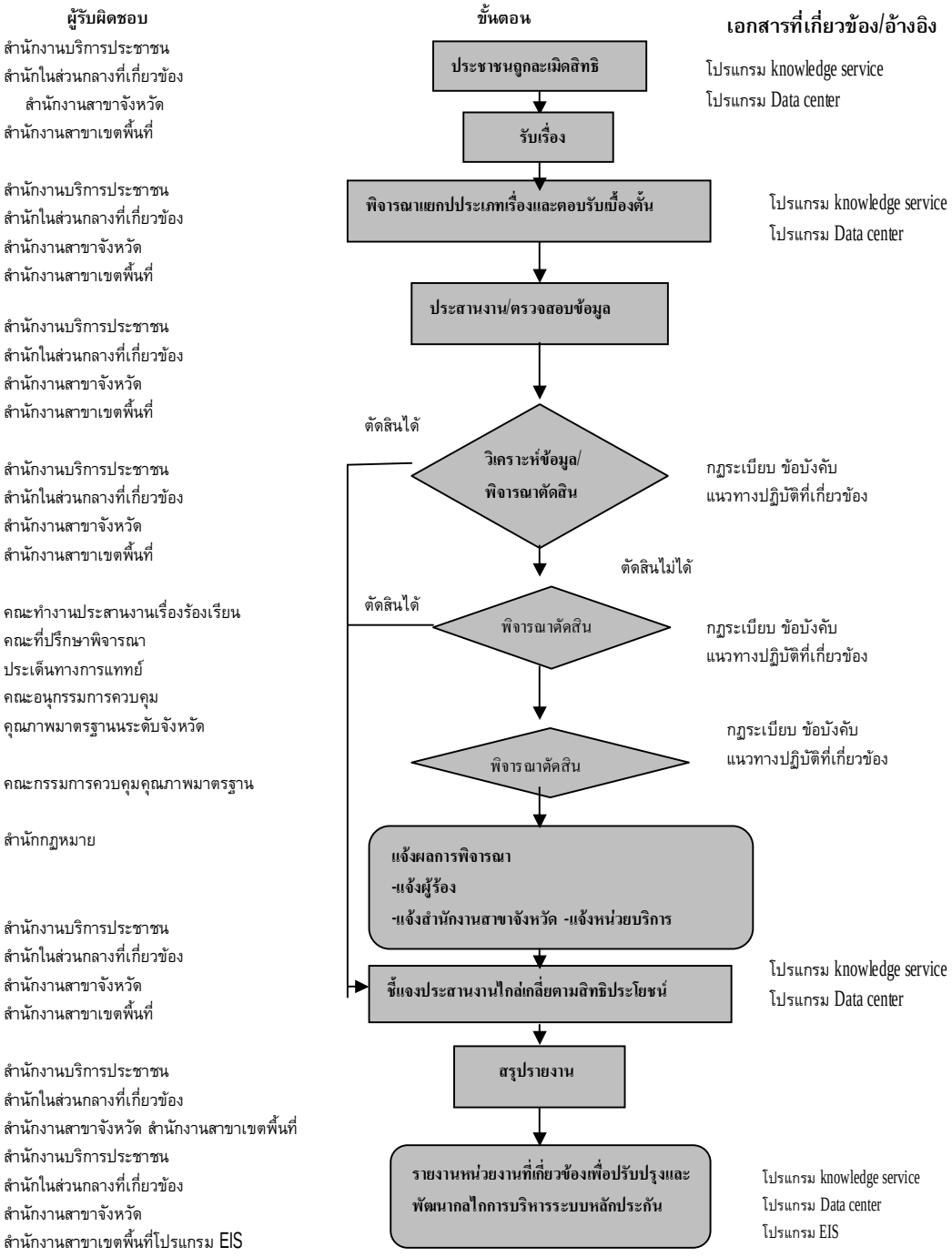
6) **การสรุปปัญหาและประมวลผล** ทั้งในเอกสารร้องเรียนรายบุคคลและบันทึกลงในระบบข้อมูล เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อไปได้

สิ่งสำคัญในการทำงานรับเรื่องร้องเรียน คือ ต้องมีการจดบันทึกลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยต้องมีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย การบริการ สถานที่ และเบอร์

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก รายละเอียดการติดตามแต่ละครั้ง ผู้รับเรื่อง และการนัดหมายเพื่อติดตามในครั้งต่อไป และต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ จนสิ้นสุด

ทั้งนี้ขั้นตอนการดำเนินงาน**รับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปรากฏตามแผนภูมิที่** 4.1

แผนภูมิที่ 4.1 แสดงขั้นตอนการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน



แหล่งที่มา : คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ *(2550:185)*

(1.2) **แนวทางการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่ง พ.ศ.2545 มาตรา 41**

สาระสำคัญของบทบัญญัติมาตรา 41 สรุปได้ดังนี้

(1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ในการกันเงิน จำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการ

(2) เงินที่กันไว้ตาม (1) มีวัตถุประสงค์เพื่อจ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

(3) ความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการนั้นอาจหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะ เวลาอันสมควร

(4) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 มีดังนี้

1. **ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง**

ข้อบังคับเดิมกำหนดให้ผู้รับบริการและทายาทเป็นผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ข้อบังคับใหม่เพิ่มเติมให้ผู้อุปการะและหน่วยบริการที่ให้บริการมีสิทธิในการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการได้ด้วย

2. **ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น**

ข้อบังคับเดิมกำหนดให้แต่เฉพาะผู้รับบริการหรือทายาท ข้อบังคับใหม่กำหนดให้ผู้อุปการะก็มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้

3. **อัตราการจ่ายเงิน**

ปรับปรุงอัตราการจ่ายเงินตามประเภทของความเสียหาย โดยกำหนดใหม่ ดังนี้

- เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายไม่เกิน 200,000 บาท
- สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายไม่เกิน 120,000 บาท
- บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายไม่เกิน 50,000 บาท

ทั้งนี้ ข้อบังคับใหม่ จะไม่มีการกำหนดให้มีการสั่งจ่ายเงินมากกว่าอัตราที่กำหนดข้างต้น

4. **เงื่อนไขการจ่ายเงิน**

ข้อบังคับเดิมกำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินไว้โดยต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลซึ่งมิใช่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคหรือเหตุผล

แทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ หรือรักษาโรคตามมาตฐาน ส่วนข้อบังคับใหม่นอกจากจะกำหนดเงื่อนไขไว้เหมือนเดิมแล้ว ยังกำหนดเหตุที่อาจจ่ายเงินช่วยเหลือได้ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล

5. **การเสนอแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ**

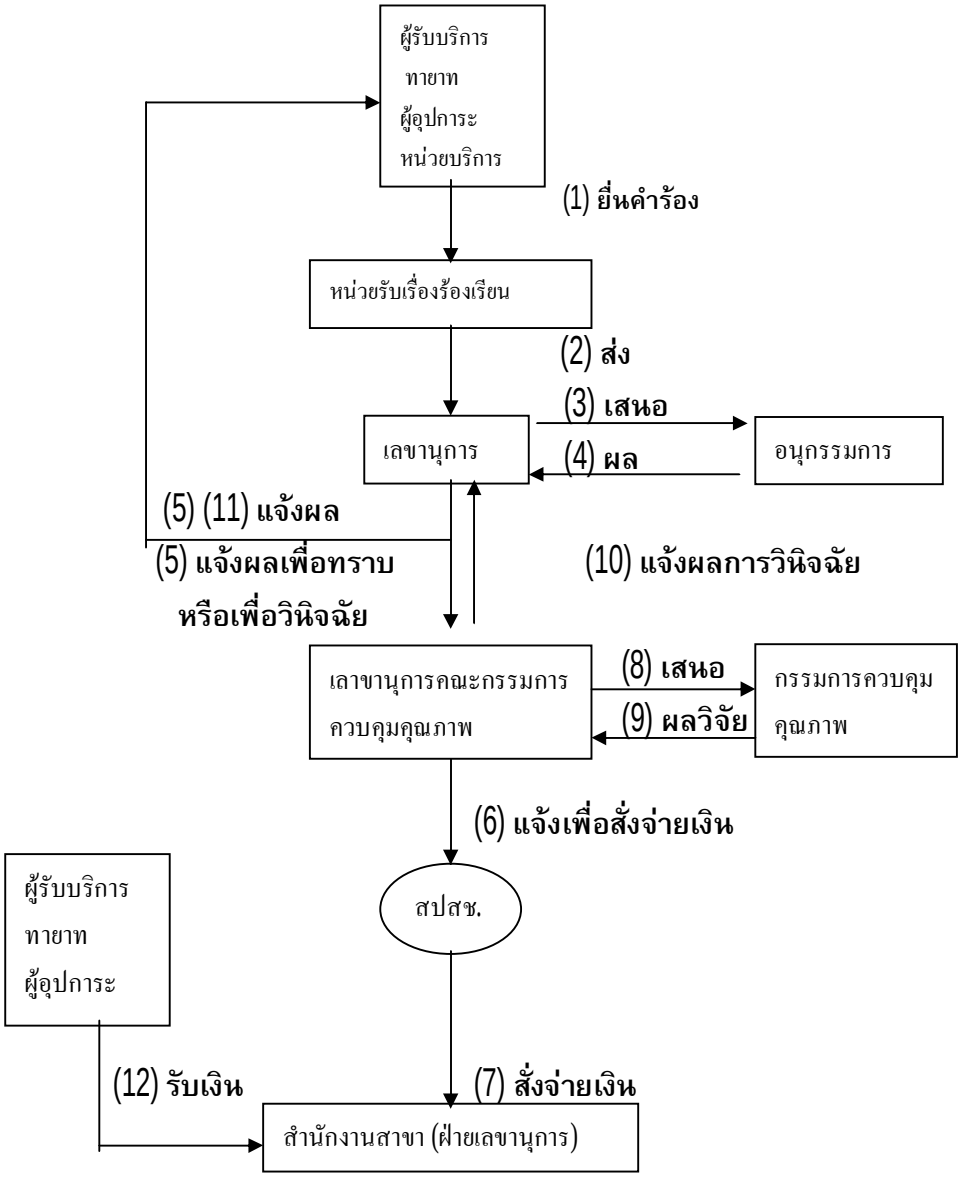
ข้อบังคับใหม่ กำหนดให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอชื่อเพื่อแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

6. **สิทธิอุทธรณ์**

ข้อบังคับเดิมไม่ได้กำหนดกรอบในการใช้สิทธิอุทธรณ์ ข้อบังคับใหม่กำหนดให้มีการอุทธรณ์ได้ในกรณีที่คณะอนุกรรมการจ่ายไม่เต็มตามอัตราที่กำหนด หรือไม่จ่ายหรือจ่ายผิดประเภทของความเสียหาย

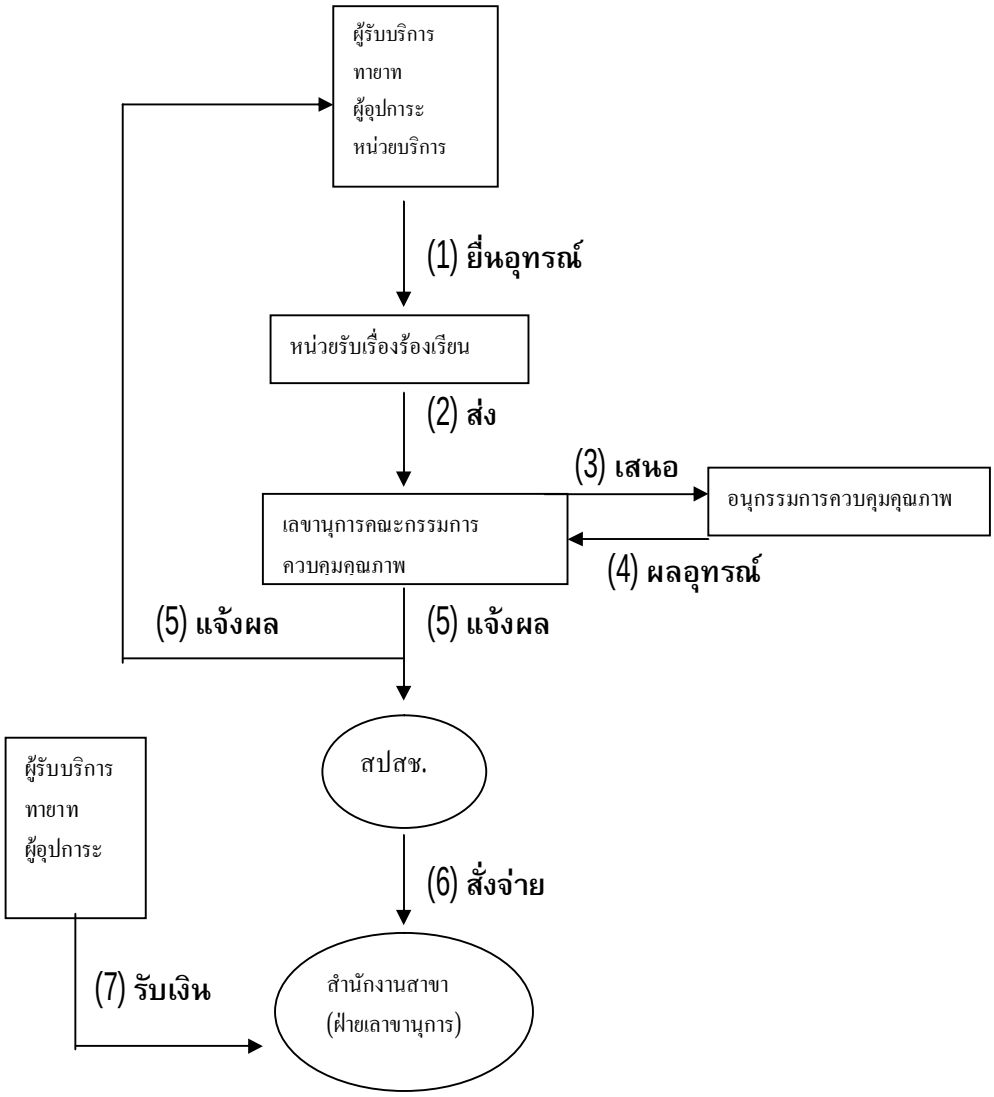
ทั้งนี้ ขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และขั้นตอนดำเนินการพิจารณาคำอุทธรณ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ปรากฏตามแผนภูมิที่ 4.2 และ 4.3

แผนภูมิที่ 4.2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (กรณียื่นคำร้องครั้งแรก)



แหล่งที่มา : คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550:197-198)

แผนภูมิที่ 4.3 แสดงขั้นตอนดำเนินการพิจารณาคำอุทธรณ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น



แหล่งที่มา : คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550:198)

ปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการพัฒนากลไกกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับภาคหรือระดับเขตพื้นที่ ระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการให้สามารถทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการเจรจาไกล่เกลี่ยให้เรื่องยุติลงได้ แต่หากผู้ร้องเรียนยังไม่ได้รับความพึงพอใจหรือรู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม ก็มีสิทธิอุทธรณ์ได้ ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการอุทธรณ์ และวิธีการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ พ.ศ. 2547

2. **กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบประกันสังคม** ผลการศึกษาพบว่า ระบบประกันสังคม มีการกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ เมื่อลูกจ้าง/ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลประสบปัญหาเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ สามารถร้องเรียนหรือปรึกษา หารือได้หลายช่องทาง อาทิ ฝ่ายสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือกองประสานการแพทย์ฯ สำนักงานประกันสังคม ฯลฯ โดยใช้วิธีการ (1) ร้องเรียนด้วยตนเอง (2) ร้องเรียนเป็นหนังสือผ่านไปรษณีย์ และ (3) ร้องเรียนทางโทรศัพท์/สายด่วน 1506

ประเภทของเรื่องร้องเรียนของระบบประกันสังคมแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน (2) ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ และ (3) ข้อร้องเรียนเชิงบริหาร ซึ่งสำนักงานประกันสังคมตระหนักและให้ความสำคัญมากที่สุดกับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษา ระบบประกันสังคมจะมีกลไก/กระบวนการร้องเรียนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กล่าวคือ ประการแรก ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมได้รับเรื่องร้องเรียนจะประสานไปยังสถานพยาบาลก่อนในเบื้องต้น ประการที่สองหากข้อเท็จจริงเกิดจากความเข้าใจผิดของสถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจะเจรจาไกล่เกลี่ย และให้สถานพยาบาลคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตน ส่วนในกรณีที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษา สำนักงานประกันสังคมจะมีคณะที่ปรึกษาประจำสำนักงานฯ ซึ่งประกอบด้วยทีมแพทย์และพยาบาลช่วยดูในรายละเอียดจากเวชระเบียนและให้คำแนะนำ ถ้าหากสถานพยาบาลผิดจริง หลีกเลี่ยง เจตนาบ่ายเบี่ยงหรือไม่ส่งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมจะเจรจาให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย หรือในกรณีที่ผู้ประกันตนออกค่าใช้จ่ายไปก่อน สถานพยาบาลก็จะต้องคืนเงินทั้งหมดให้แก่ผู้ประกันตน และประการที่สาม เมื่อสิ้นสุดกระบวนการแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะมีการทบทวนการดำเนินงานของสถานพยาบาลเอกชนดังกล่าวเพื่อกำหนดโควต้าของสถานพยาบาลนั้นในปีต่อไป ซึ่งจะพิจารณาจากเกณฑ์คะแนนในประเด็นต่างๆ เช่น การรักษา พฤติกรรมการบริการ การบริหารจัดการ ว่าได้กี่คะแนน สถานพยาบาลควรจะได้โควต้าเท่าเดิม หรือตัดโควต้าเท่าไร หากผลการตัดสินเรื่องที่ร้องเรียนให้สถานพยาบาลต้องชดเชยเงินให้แก่ผู้เสียหายแต่สถานพยาบาลนิ่งเฉย ไม่ปฏิบัติตามผลการตัดสิน สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักเงินของสถานพยาบาลดังกล่าว

3. **กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ** ผลการศึกษาพบว่า กรมบัญชีกลางไม่ได้จัดการเรื่องร้องเรียนเอง แต่ใช้วิธีการส่งข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการกับสถานพยาบาลที่ถูกร้องเรียน กรณีการร้องเรียนของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีจำนวนน้อยถึงแม้ว่าผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการฯ จะถูกมองว่ามีความคาดหวังสูงต่อการมาใช้บริการทั้งในด้านสิทธิประโยชน์ พฤติกรรมบริการ และมาตรฐานการรักษา แต่เนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับช่องทางการร้องเรียน

และการขาดกลไกการจัดเรื่องร้องเรียน ทำให้ผู้ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพนี้เมื่อประสบปัญหาจากการไปใช้บริการสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการทางศาล เป็นช่องทางการร้องเรียน

4.2.2 กระบวนการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนในกรณีผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการไปรับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ที่เป็นรูปธรรมในระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการ ในสถานพยาบาล

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่า มีกระบวนการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนในกรณีผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการไปรับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประสุขภาพทั้ง 3 ระบบที่เป็นรูปธรรมในระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาล โดยในระดับจังหวัดมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ประสานการรวบรวมข้อมูลการร้องเรียนของทั้งจังหวัด

ส่วนระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาล พบว่า รูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียน การจัดการกับปัญหาการร้องเรียน และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายในการมารับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพในสถานพยาบาล ประกอบด้วย (1) หน่วยงานที่รับผิดชอบ (2) บทบาทหน้าที่ (3) ลักษณะของหน่วยงานที่ให้บริการเกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งกำหนดให้มีสถานที่ตั้ง เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ บุคลากร (4) ช่องทางการร้องเรียน และ(5) ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาลมี 10 ขั้นตอน คือ (1) การรับเรื่องร้องเรียน (2) การตอบกลับผู้ร้องเรียน (3) การตรวจสอบข้อเท็จจริง การรวบรวมเอกสาร พยานหลักฐานและการพิจารณาเบื้องต้น (4) การประสานไกล่เกลี่ยและการให้ความช่วยเหลือ (5) ระยะเวลาในการดำเนินการแก้ไขปัญหาจนเสร็จสิ้น (6) การแจ้งผลการดำเนินการแก่ผู้ร้องเรียน (7) การบันทึกหรือการจัดเก็บเรื่องที่ร้องเรียน (8) การสรุปผลการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนแต่ละกรณี (9) การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินปัญหาความพึงพอใจของผู้รับบริการ และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อป้องกันการร้องเรียนซ้ำ และ (10) การเผยแพร่ผลการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยได้เปรียบเทียบให้เห็นรูปแบบการดำเนินงานการร้องเรียนที่เกิดกับผู้ป่วยในการมารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพของสถานพยาบาล 3 แห่งที่ได้ศึกษามาตามรายละเอียดปรากฏในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2

เปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานการร้องเรียนที่เกิดกับผู้ป่วยในการมารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพในสถานพยาบาล 3 แห่ง

องค์ประกอบ	*สถานพยาบาลที่ 1*	*สถานพยาบาลที่ 2*	*สถานพยาบาลที่ 3*
1.หน่วยงานที่รับผิดชอบ	*ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารและรับเรื่องร้องเรียน*	*ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน*	*ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ*
2. บทบาทหน้าที่	*1.รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ทุกช่องทาง* *2.บันทึกข้อมูลการร้องเรียนร้องทุกข์* *3.พิจารณาเรื่องร้องเรียนเบื้องต้นและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง* *4. ตรวจสอบข้อมูลข้อเท็จจริง* *5. ชี้แจง/เจรจาไกล่เกลี่ย* *6. ตอบกลับผู้ที่มาร้องเรียน* *7. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม รับเรื่องร้องเรียนของสปสช.* *8.ให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนที่มาใช้บริการ* *9. ให้คำแนะนำด้านสิทธิและขั้นตอนต่าง ๆ ในการบริการ* *10. รายงานผลการดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน*	*1.ลงทะเบียนรับเรื่องร้องเรียนจากผู้ประสบปัญหาการบริการของโรงพยาบาล* *2.ประสานความเข้าใจร่วมกับหน่วยภายนอกและภายใน* *3.ตอบรับเรื่องร้องเรียนเบื้องต้นภายใน 3 วัน* *4.ติดตามผลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง* *5.ตอบจดหมายหรือนัดมาชี้แจงทำความเข้าใจร่วมกัน* *6.รวบรวม สรุปผล*	*1. รับข้อร้องเรียนร้องทุกข์ทุกประเภทลงทะเบียนและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ* *2. พัฒนาช่องทางการรับข้อร้องเรียนและออกแบบระบบข้อร้องเรียน* *3.ดำเนินการแก้ไขและหาแนวทางป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนหรือข่าวที่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล* *4.แจ้งผลการแก้ไขข้อร้องเรียนประชาสัมพันธ์ผลการแก้ไขแก่ผู้รับบริการ* *5.ติดตามประเมินผลและดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรค* *6.รายงานความก้าวหน้าแก่ผู้บริหารและคณะกรรมการการบริหาร*

องค์ประกอบ	สถานพยาบาลที่ 1	สถานพยาบาลที่ 2	สถานพยาบาลที่ 3
3. ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการเกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียน 3.1 สถานที่ตั้ง	3 จุด คือ (1) ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและรับเรื่องราวร้องทุกข์ (2) งานประชาสัมพันธ์ (3)สำนักงานหลักประกันสุขภาพ	ชั้น 3 ตึกอำนวยการ	ชั้น 1 ตึกอำนวยการ
3.2 เครื่องมือ-อุปกรณ์ที่ใช้	- คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ โทรสาร สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ นิตยสาร และเครื่องดื่ม	แฟ้มข้อมูล คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ ห้องให้คำปรึกษา	คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ โทรสาร ห้องให้คำปรึกษา ห้องประชุม ห้องหัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ
3.3 บุคลากร	-ผู้ทำหน้าที่ร้องเรียนและไกล่เกลี่ย ผ่านการอบรมด้านการไกล่เกลี่ย	1 คน : หัวหน้าสำนักงานโรงพยาบาลและหัวหน้าหลักประกันสุขภาพทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ร้องเรียน ผู้ถูกร้องเรียน และผู้บริหาร	13 คน กระจายทุกหน่วยในงานสังคมสงเคราะห์ โดยบุคลากร 3 คนต้องไกล่เกลี่ยได้ และต้องผ่านการอบรมหลักสูตรสันติวิธี
4. ช่องทางการร้องเรียน - วิธีการร้องเรียน	- โทรศัพท์ - ตู้รับฟังความคิดเห็น - จดหมาย -ผู้ป่วย/ญาติมาร้องเรียนด้วยตนเอง - ผ่านสื่อมวลชน	-สำนักงานโรงพยาบาล--จุดบริการที่ให้บริการและสัมผัสประชาชน -ประชาสัมพันธ์/call center - ตู้รับความคิดเห็น - สื่อต่าง ๆ -สายตรงผู้อำนวยการโรงพยาบาล -ญาติหรือผู้ประสบเหตุเห็นเหตุการณ์ร้องเรียนโดยตรง -ผู้ป่วยร้องเรียนเองทางโทรศัพท์ จดหมาย E-mail ของโรงพยาบาล	-โทรศัพท์ -ตู้รับฟังความคิดเห็นตามหน่วยบริการ (30 จุด) -สื่อต่างๆ สื่อพิมพ์ หน่วยราชการจดหมายถึงบริการ

องค์ประกอบ	สถานพยาบาลที่ 1	สถานพยาบาลที่ 2	สถานพยาบาลที่ 3
5. ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาซึ่งมี 11 ขั้นตอน 5.1 รับเรื่องร้องเรียน	-กรอกแบบฟอร์ม	-กรอกแบบฟอร์ม	-กรอกแบบฟอร์ม
5.2 การตอบกลับผู้ร้องเรียน	-โทรศัพท์/ทำหนังสือตอบกลับผู้ร้องเรียน	-ทำหนังสือตอบกลับผู้ร้องเรียน	-ทำหนังสือตอบกลับผู้ร้องเรียน
5.3การตรวจสอบข้อเท็จจริง การรวบรวมเอกสาร พยานหลักฐาน และการพิจารณาเบื้องต้น	1) เจ้าหน้าที่รวบรวมพยานหลักฐานหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆพิจารณาเรื่องร้องเรียน 2)ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ (ไม่ร้ายแรง) 3)ส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตรวจสอบ	1.เชิญทั้ง 2 ฝ่ายมาพูดคุย 2.หาเอกสารเกี่ยวข้องเพิ่มเติม	1)หัวหน้างานรับดำเนินการ(ไม่รุนแรง) 2) เชิญ 2 ฝ่ายมาพูดคุยหาข้อมูลเพิ่มเติม (รุนแรง)
	4) ส่งให้คณะกรรมการไกล่เกลี่ยดำเนินการ คณะกรรมการที่ปรึกษาต้องพิจารณาหาแนวทางแก้ไข 5) จัดทำรายงานเสนอหน่วยงานบังคับบัญชา		
5.4 การประสานไกล่เกลี่ยและการให้ความช่วยเหลือ	-หัวหน้าหน่วยไกล่เกลี่ย	-หัวหน้าการไกล่เกลี่ย/ผู้แทนคณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์ช่วยไกล่เกลี่ย	1) หัวหน้าไกล่เกลี่ยแล้วส่งเรื่องให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล 2) ส่งไกล่เกลี่ยไม่ได้ผลให้คณะกรรมการรับและแก้ไขข้อร้องเรียนช่วยไกล่เกลี่ย
5.5 ระยะเวลาในการดำเนินการแก้ไขปัญหาจนเสร็จสิ้น	-ไม่เกิน 1 สัปดาห์ -ถ้าเรื่องสำคัญ มีปัญหาต่อคุณภาพบริการและผลการแก้ไขไม่เกิน 24 ชั่วโมง	-แต่ละเรื่องไม่เกิน 30 วัน (ตั้งแต่เปิดตู้จนถึงแจ้งกลับผู้ร้องเรียนไม่เกิน 1 สัปดาห์	-ทันทีจนถึง 60 วัน แล้วแต่กรณี ส่วนใหญ่ไม่เกิน 30 วัน

องค์ประกอบ	สถานพยาบาลที่ 1	สถานพยาบาลที่ 2	สถานพยาบาลที่ 3
5.6 การแจ้งผลการดำเนินการแก่ผู้ร้องเรียน	-โทรศัพท์/จดหมาย พูดคุยโดยตรง	-หนังสือ/โทรศัพท์/พูดคุยโดยตรง	-หนังสือทางราชการ
5.7 การบันทึกและจัดเก็บเรื่องที่ร้องเรียน	-บันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์มและลงโปรแกรม สปสช.	-บันทึกรายละเอียดพร้อมเรียบเรียงเป็นระบบและจัดเก็บใส่แฟ้ม	-บันทึกแยกประเภทตามประเมินการร้องเรียน (พฤติกรรมบริการ,ระบบบริการ;การรักษา)
5.8 สรุปผลและแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนแต่ละกรณี	-รวบรวมเข้าแฟ้มและลงทะเบียนรับเรื่องร้องเรียน	-สรุปทุกกรณี	-จัดทำรายงานสรุปผลและการแก้ปัญหาแต่ละกรณี
5.9 การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินปัญหาความพึงพอใจของผู้รับบริการ และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อป้องกันการร้องเรียนซ้ำ	-ยังไม่มีการดำเนินการ	-วิเคราะห์ภาพรวมของประเด็นที่ร้องเรียน เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพบริการ	-วิเคราะห์ภาพรวมประเด็นที่ร้องเรียนเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพบริการ
5.10 การเผยแพร่ผลการดำเนินงาน	-นำเสนอในการประชุม/จัดทำรายงานประจำปี/ทำเอกสารแจ้งผู้สื่อข่าวให้ช่วยเผยแพร่/สิ่งที่ต้องปรับปรุง จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์	-แจ้งในการประชุมทุกเดือน/พิจารณาประเด็นการปรับปรุง	-นำเสนอในการประชุมหัวหน้าแผนกทุกวันพุธ/พิจารณาประเด็นการปรับปรุง

กระบวนการจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพในสถานพยาบาลแต่ละแห่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีการดำเนินการในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

กรณีตัวอย่างโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่าโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีกระบวนการรับเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียน มีตู้รับแสดงความคิดเห็น นอกจากนั้นยังเปิดโอกาสให้ผู้มารับบริการสามารถร้องเรียนผ่านทางจังหวัดก็ได้ หรือผ่านกระทรวงสาธารณสุขไปจนถึงสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลแห่งนี้ เรื่องร้องเรียนส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเล็กๆน้อยๆ ประมาณ 70-80 เรื่องต่อเดือน ในเบื้องต้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะให้ความยุติธรรมทั้ง 2 ฝ่าย เนื่องจากเห็นว่าไม่มีฝ่ายไหนเจตนาให้เกิดปัญหาขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะต้องมีระบบป้องกันความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีก

ความเสียหายจากการร้องเรียนมี 4 ระดับ คือ การเสียชีวิต ถือว่าเป็นระดับที่สูงที่สุด ข้อมูลการร้องเรียนระดับ 3 และ 4 เช่น กรณีการรักษาทำให้เกิดความพิการ ผ่าตัดแล้วไหล่ไม่เท่ากัน เป็นต้น จะส่งถึงผู้บริหารทันที ผู้บริหารจะรีบเข้าไปตรวจสอบ ในกรณีเกิดความเสียหายมากกว่านั้น เช่น ให้ยาผิด ตรวจสอบโรคคลาดเคลื่อน ก็จะรีบชี้แจงเพื่อจะทำให้ญาติเกิดความถ่องแท้ในข้อเท็จจริง และช่วยให้ผู้ร้องทราบถึงสิทธิของตนด้วย หากผู้ร้องได้รับผลกระทบจริงๆ เช่น รักษาล่าช้า เสียชีวิต ก็จะช่วยบรรเทาความเดือดร้อนโดยยึดถือในหลักมนุษยธรรม สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ส่วนการไกล่เกลี่ยใช้กับกรณีการร้องเรียนหลายระดับ ได้แก่ ระดับ 0 1 2 คือ การโดนแซงคิว ได้ยาช้า ใบสั่งยาตกหาย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีความเห็นต่อ มาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่า *"การพิสูจน์ถูกผิด ทำให้แพทย์ทำงานยากขึ้น เช่น แผลอาจมีการติดเชื้อ ประชาชนตั้งเป้าไว้สูงมาก หากไม่ได้ตามคาดหวัง สำหรับผู้บริหารเห็นด้วยกับมาตรานี้ในบางส่วน คือเห็นใจทั้ง 2 ฝ่าย ด้านที่ไม่เห็นด้วยคือ ในการผดุงสิทธิมีด้วยกันหลายวิธี หลายช่องทาง เมื่อร้องแล้วได้ ผู้ร้องก็มีความมั่นใจว่าต้องได้ เขาอาจจะร้องถึงคดีอาญา ในอนาคตแพทย์จะหนีหมด ไม่มีใครอยากจะทำงานที่ยาก และจะเกิดช่องว่าระหว่างความสัมพันธ์ของหมอกับผู้ป่วยมากขึ้น ในอดีตยังพอคุยกันได้บ้าง แต่พอมีกฎหมายนี้ขึ้นมาทำให้ยากแก่การตกลงกัน" (**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า**, **สัมภาษณ์**, 10 **ตุลาคม** 2550)*

พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ *(**สัมภาษณ์**, 22 **ตุลาคม** 2550)* กล่าวถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า จากสโลแกน "30 บาท รักษาทุกโรค" ทำให้ประชาชนเกิดความคาดหวังว่าเมื่อเป็นโรคแล้วไปโรงพยาบาลจะหายทุกโรค เมื่อไม่เป็นไปตามสโลแกน จึงทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการจึงขอเสนอแนะว่า สปสช. ควรประชาสัมพันธ์อย่างชัดเจนให้รู้ทั้ง 2 ฝ่าย สถานการณ์การร้องเรียนของ 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 2544 ในช่วงปี 2547-48 มีการร้องเรียนมาก ปัจจุบันนับว่าดีขึ้นเพราะมีศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ซึ่งการรับเรื่องจะมีการกลั่นกรองคำร้องเรียนก่อน ทำให้ข้อร้องเรียนได้เคลียร์ไปบ้างในระดับหนึ่งแล้ว ในปัจจุบันการร้องเรียนของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าก็ยังมีอยู่บ้าง ซึ่งเกิดจากประชาชนไม่รู้ถึงสิทธิของตนในเรื่องใหม่ๆ เช่น การล้างไต การรักษาผู้ป่วยเอดส์ ที่ยังมีเงื่อนไขบางอย่างอยู่บ้าง

พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ กล่าวถึงความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือการชดเชยโดยที่ไม่ต้องมีการไต่สวนทำให้คู่กรณีรู้สึกแย่ โดยเฉพาะผู้ที่ตกเป็นจำเลย การชดเชยโดยที่ไม่ต้องมีการไต่สวนควรจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้มากๆ ส่วนในทางปฏิบัติควรแยกแยะให้ชัดเจน หมอ พยาบาล กลัวถูกร้องเรียนมากเพราะจะต้องเขียนรายงาน ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถร้องเรียนได้ง่ายแต่ผู้ที่ถูกร้องจะรู้สึกแย่มากๆ

อีกกรณีตัวอย่างหนึ่งคือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลสมุทรปราการมีการจัดระบบและกลไกจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งเรียกว่า "ห้องสบายใจ" ดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการมารับบริการทั้ง 3 ระบบ โดยจะมีการทำงานเชิงรุก กล่าวคือ ในระหว่างที่ผู้ป่วยมารอรับการรักษา หากพบว่ามีท่าทางไม่พอใจ เจ้าหน้าที่จะเข้าไปสอบถามว่ามีปัญหาอะไรหรือไม่ และให้คำแนะนำ ห้องสบายใจไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำ แต่จะมีการผลัดเปลี่ยนกัน มีทั้งเจ้าหน้าที่และแพทย์เวียนมาดูแล ผู้ที่เข้ามาทำงานจะมีทั้งผู้ที่ได้รับการอบรมมาโดยตรงและผู้ที่ไม่ได้รับการอบรมโดยตรงแต่จะมีการอบรมกันเองภายในก่อน เจ้าหน้าที่ที่รับเรื่องต้องทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มและจัดลำดับความเสี่ยง ผู้ที่มีหน้าที่แก้ไขก็ต้องดูจากเอกสารว่าสุดท้ายแล้วต้องแก้อะไร ศูนย์เริ่มก่อตั้งเมื่อปี 2546 เนื่องจากที่นี่เป็นโรงพยาบาลซึ่งถูกร้องเรียนจัดอยู่ในอันดับ 1 ใน 4 ของประเทศ จึงเกิดศูนย์ฯ นี้ขึ้นมา บางโรงพยาบาลยังไม่มีระบบและกลไกแบบนี้ ซึ่งระบบและกลไกแบบนี้จะช่วยแก้ไขความขัดแย้งได้เกือบทั้งหมด *(**นายแพทย์ ชลิต ทองประยูร, สัมภาษณ์** , 30 **สิงหาคม** 2550)*

ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในห้องสบายใจพบว่า คนไข้ที่ร้องเรียน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากมีความคาดหวังมากเกินไป จึงทำให้เกิดปัญหา คนไข้มีความต้องการมากแต่โรงพยาบาลไม่มีระบบที่รองรับได้ แต่ส่วนใหญ่สามารถไกล่เกลี่ยสำเร็จ โดยมีการจ่ายเงินค่าทดแทนบ้าง ปัจจุบันระบบและกลไกแบบนี้เริ่มนำไปใช้ในโรงพยาบาลเอกชนในการไกล่เกลี่ยเจรจา เช่น โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งถูกเรียกร้องการชดใช้เงินจำนวน 150,000 บาท แต่ทางเราช่วยเจราจาตกลงได้เหลือแค่เพียง 70,000 บาท *(**เจ้าหน้าที่ของห้องสบายใจ,สนทนากลุ่ม**, 30 **สิงหาคม** 2550)*

สำหรับการมีกลไกรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาลนั้น มีนักต่อสู้เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคท่านหนึ่งเห็นว่า ไม่ควรมีศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอยู่ที่โรงพยาบาล ควรมีองค์กรรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจริงๆ เช่น กรณีผู้หญิงคนหนึ่งเป็นมะเร็งเต้านมได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเขามีสิทธิอยู่ในระบบประกันสังคม หมอไม่ยอมผ่าตัดให้ และบอกว่าจะรักษาด้วยวิธีการบำบัดผู้ป่วยก็เชื่อ จนกระทั่งผู้ป่วยทนทรมานกับอาการปวดไม่ไหว จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง โรงพยาบาลของรัฐดังกล่าวแนะนำให้ผู้ป่วยรีบผ่าตัดด่วน จึงขอใบส่งตัวจากโรงยาบาลเอกชนที่ทำไว้ แต่ไม่ได้รับความสะดวกจากโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าว แต่ก็ได้รับใบส่งตัว ซึ่งจะเห็นว่าเหตุการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า เป็นเรื่องของผลประโยชน์ที่เข้ามาแอบแฝงคือ ถ้าโรงพยาบาลเอกชนรีบส่งตัวผู้ป่วยไปให้โรงพยาบาลอื่นก็จะทำให้สูญเสียรายได้ไป ต่อมาผู้ป่วยคนดังกล่าวก็ร้องเรียนไปยังประกันสังคม แต่โรงพยาบาลดังกล่าวก็ไม่ได้ถูกดำเนินการใดๆทั้งๆที่หน่วยงานประกันสังคมสามารถดำเนินการได้ เช่น อาจจะตัดโควต้าก็สามารถทำได้ แต่ก็ไม่ทำ

*"การที่มีระบบรับเรื่องการร้องเรียนตั้งอยู่ในโรงพยาบาลนั้นไม่เห็นด้วย เพราะดูเหมือนว่าเป็นศูนย์ของโรงพยาบาลเองที่ทำการประนีประนอมไกล่เกลี่ยให้ผู้มาใช้บริการยินยอมไปกับโรงพยาบาล หากเกิดกรณีขัดแย้งกันขึ้น และจะเป็นศูนย์ที่ปกป้องผลประโยชน์ให้กับโรงพยาบาลไป" (**สาลี อ๋องสมหวัง ,สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2550**)*

ข้อสังเกตต่อกระบวนการจัดการกับการร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ผู้วิจัยมีข้อสังเกตต่อกระบวนการจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ดังนี้

1. ในกรณีผู้ป่วยที่มีสิทธิทับซ้อนระหว่างสองสิทธิคือ สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจพ่วง จะต้องใช้สิทธิประกันสังคมก่อน ไม่สามารถใช้สิทธิระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจได้ ยกเว้นสิทธิประกันสังคมไม่สามารถครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่สามารถเบิกจากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจได้จึงจะสามารถขอเบิกจากสิทธิระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชกาและพนักงานรัฐวิสาหกิจได้ในส่วนที่เกินนั้น นอกจากนี้ในอนาคตมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาเรื่องบัญชียาของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จากสองกรณีที่กล่าวมาอาจทำให้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาการร้องเรียนขึ้นได้

2. เป้าหมายของศูนย์หลักประกันสุขภาพในการจัดการเรื่องร้องเรียนคือการยุติปัญหาข้อร้องเรียนให้เร็วที่สุดในทุกกรณี การร้องเรียนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลถือว่าไม่ใช่ปัญหาและสามารถยุติได้ทุกเรื่อง

3. เรื่องความยุติธรรมในการพิจารณาให้ความเป็นธรรมแก่ผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคมนั้น ยังมีความเห็นที่แตกต่างกัน กล่าวคือ นักวิชาการของสำนักงานประกันสังคมเห็นว่า ระบบประกันสังคม เป็นระบบที่มีกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนที่ชัดเจนและการให้ความช่วยเหลือกับผู้เสียหาย สำนักงานประกันสังคมจะใช้หลักความยุติธรรมในการพิจารณาให้ความเป็นธรรมแก่ผู้ประกันตนและสถานพยาบาล ทั้งนี้จะต้องพิจารณาว่าใครได้รับความเดือดร้อนมากกว่ากันระหว่างผู้ประกันตนกับสถานพยาบาล ขณะที่นักวิชาการที่ไม่ได้อยู่ในสังกัดสำนักงานประกันสังคมและนักต่อสู้เพื่อสิทธิผู้บริโภคเห็นว่า สำนักงานประกันสังคมไม่ได้ยึดหลักความยุติธรรมและหลักมนุษยธรรมในการพิจารณาให้ความเป็นธรรมแก่ผู้ประกันตนเท่าที่ควร

4.3 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษากระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ เพราะเหตุใด ได้แบ่งการศึกษาเป็น 5ประเด็น คือ (1) การดำเนินการตามขั้นตอน วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการเรื่องร้องเรียนและ**การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ** (2) การมีและการใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำของกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพ (3) การมีการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ (4) ผลการดำเนินงานในด้านการจัดการการร้องเรียน และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (5) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ และ (6) **การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ**

4.3.1 การดำเนินการตามขั้นตอน วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพเป็นอย่างไร

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการเรื่องการร้องเรียนทั้งในโรงพยาบาล และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สมุทรปราการ และนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม ได้มีการกำหนดกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการไปรับการรักษาพยาบาลไว้อย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งกำหนด วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาดำเนินการเรื่องร้องเรียนไว้อย่างชัดเจน นอกจากนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่าในโรงพยาบาลมีการ แบ่งระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียน ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาชี้ให้เห็นการจำแนกระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียน 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 แบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ พร้อมทั้งกำหนดช่วงเวลาการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบ

ระดับ 1 รุนแรง/ฉุกเฉิน ต้องดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงโดยมีคณะกรรมการประสานความเข้าใจ ทีมผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์ผู้อาวุโส เป็นผู้รับผิดชอบ

ระดับ 2 รุนแรง/ ไม่ฉุกเฉิน ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน (≤ 60 วัน) โดยมีทีมบริหารจัดร้องเรียนร่วมกับภาควิชาองค์กรแพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบ

ระดับ 3 ไม่รุนแรง ต้องดำเนินการทันทีให้เสร็จสิ้นภายใน 4 วัน (≤4วัน)

ลักษณะที่ 2 แบ่งระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียนเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับพิจารณาผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่

ระดับ 0 เป็นระดับที่ยังไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่เกือบจะทำพลาดแต่แก้ไขได้ทันทีในระดับนี้เจ้าหน้าที่ผู้ไปปฏิบัติงานดำเนินการแก้ไขได้ก่อนมีการร้องเรียน

ระดับ 1 เป็นระดับที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บเล็กน้อยไม่เพิ่มการนอนพักในโรงพยาบาล ญาติมีการประเมิน แต่ไม่ต้องรักษา เจ้าหน้าที่ให้การพยาบาลเบื้องต้น ไม่สูญเสียเวลาหรือจำกัดหน้าที่จากการบาดเจ็บ ในระดับนี้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแก้ไขได้ทันที

ระดับ 2 เป็นระดับที่ผู้ป่วยเพิ่มการนอนพักในโรงพยาบาลเป็นเวลา 1-2 วัน ญาติไม่ได้นอนพักในโรงพยาบาลแต่มีการประเมินและรักษา จำนวน 1-2 คน เจ้าหน้าที่ต้องสูญเสียเวลาหรือจำกัดหน้าที่ จากการบาดเจ็บจำนวน 1-2 คน รวมถึง การเกิดไฟก่อตัว ในระดับนี้หัวหน้างานหรือหัวหน้ากลุ่มงานต้องเข้าช่วยแก้ไข

ระดับ 3 เป็นระดับที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายบางส่วนอย่างถาวร เสียโฉม ความผิดพลาดต้องแก้ไขโดยการผ่าตัด เพิ่มการนอนพักในโรงพยาบาลภายใน 3 วัน (≥ 3 วัน) ส่วนญาติให้นอนพักในโรงพยาบาลและสำหรับเจ้าหน้าที่ให้นอนพักในโรงพยาบาล 1-2 คน หรือสูญเสียเวลาทำงานหรือถูกจำกัดหน้าที่จากการบาดเจ็บ ≥ 3 คนในระดับนี้ผู้บริหารโรงพยาบาล (ผอก., รอง ผอก.) ต้องเข้าช่วยดำเนินการแก้ไข

ระดับ 4 เป็นระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียนมากที่สุดผู้ป่วยเสียชีวิต ทุพพลภาพอย่างถาวร ฆ่าตัวตายถูกข่มขืน ปฏิกิริยา Hemocysis จากการถ่ายเลือด ส่วนญาติ ต้องเสียชีวิตนอนพักในโรงพยาบาล ≥ 3 คน และสำหรับเจ้าหน้าที่ต้องเสียชีวิตหรือนอนพักในโรงพยาบาล ≥ 3 คน มีไฟไหม้ลุกลามในระดับนี้ ทำให้เสียชื่อเสียงโรงพยาบาล

การแบ่งระดับความรุนแรงของเรื่องที่มาร้องเรียนทั้ง 2 ลักษณะดังกล่าว ทำให้เกิดการจำแนกผู้รับผิดชอบ และกำหนดกรอบเวลาในการดูแลรักษาที่ชัดเจนในแต่ละกรณี รวมทั้งพิจารณาผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ ทำให้โรงพยาบาลมีการวางแผนด้านบุคลากรและทรัพยากรที่ต้องทำหน้าที่ดูแล ซึ่งเป็นผลดีต่อคนไข้ ทำให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จึงอาจกล่าวได้ว่าในขั้นของการปฏิบัติ ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบสามารถปฏิบัติได้ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวได้จริง กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนของสถานพยาบาลมีประสิทธิภาพตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดได้

4.3.2 การมีและการใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำของกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า จุดเด่นของระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนซึ่งพัฒนามาจากข้อกำหนดในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้มีศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในสถานพยาบาลทำหน้าที่เป็นกลไกรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งในโครงสร้างของกระบวนการรับเรื่องร้องเรียนกำหนดให้มีการสรุปผลการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนแต่ละกรณี และนำข้อมูลที่ได้จากการสรุปผลการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนดังกล่าวมาวิเคราะห์และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อป้องกันการร้องเรียนซ้ำและการเผยแพร่ผลการดำเนินงานผลการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าในสถานพยาบาลได้กำหนดให้มีมาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำกับผู้ป่วยในการมารับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ หรืออาจกล่าวได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีมาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำ แม้ว่าในทางปฏิบัติจะพบว่ามีการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว แต่สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินการที่เห็นเป็นรูปธรรมยังไม่สามารถประเมินได้ แม้ว่าในทางปฏิบัติจะพบว่ามีการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว แต่สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินการที่เห็นเป็นรูปธรรมยังไม่สามารถประเมินได้

ระบบประกันสังคมมีมาตรการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ กล่าวคือ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะมีการทบทวนการดำเนินงานของสถานพยาบาลเอกชนดังกล่าวเพื่อกำหนดโควต้าของสถานพยาบาลนั้นในปีต่อไป ซึ่งจะพิจารณาจากเกณฑ์คะแนนในประเด็นต่างๆ เช่น การรักษา พฤติกรรมการบริการ การบริหารจัดการ ว่าได้กี่คะแนน สถานพยาบาลควรจะได้โควต้าเท่าเดิม หรือตัดโควต้าเท่าไร หากผลการตัดสินเรื่องที่ร้องเรียนให้สถานพยาบาลต้องชดเชยเงินให้แก่ผู้เสียหายแต่สถานพยาบาลนิ่งเฉย ไม่ปฏิบัติตามผลการตัดสิน สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักเงินของสถานพยาบาลดังกล่าว

เรืองรอง ดีผดุง นักวิชาการประกันสังคมได้กล่าวถึงกลไกการประเมินผลโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับโควตารักษาผู้ประกันตนในพื้นที่ว่า *"เมื่อสิ้นสุดกระบวนการแล้วจะมีการทบทวนโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าวเพื่อที่จะกำหนดโควต้าต่อไป ซึ่งจะพิจารณาจากคะแนนต่างๆ เช่น การรักษา พฤติกรรมการบริการ การบริหารจัดการ ว่าได้กี่คะแนน เขาควรจะได้โควต้าเท่าเดิม หรือตัดโควต้าเท่าไหร่ หากมีการตัดสินให้โรงพยาบาลชดเชยเงินให้แก่ผู้ร้องเรียนแต่โรงพยาบาลนิ่งเฉย สำนักงานประกันสังคมก็มีสิทธิหักเงินของโรงพยาบาล" (**เรืองรอง ดีผดุง**, **สัมภาษณ์**, 9 ตุลาคม 2550)*

อย่างไรก็ดีมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ***พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ*** *(**สัมภาษณ์**, 22 **ตุลาคม** 2550)* ชี้ให้เห็นถึงการไม่ตระหนักเห็นความสำคัญของการนำข้อมูลหรือข้อคิดเห็นไปพิจารณาปรับปรุงระบบการทำงานของผู้บริหารระบบประกันสังคม โดยกล่าวว่า ***"สำนักงานประกันสังคมยังไม่ค่อยรับข้อมูล เพื่อไปปรับปรุงการทำงาน"***

4.3.3 การมีการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ

ปัจจุบันสถานพยาบาลมีการดำเนินการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนในรูปคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ดังกรณีตัวอย่าง ระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลนครพิงค์ มีการดำเนินการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนในรูปคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544

โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วย คณะกรรมการจำนวน 3 ชุด คือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยง และคณะกรรมการรับและแก้ไขข้อร้องเรียน กระบวนการหลักของบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมี 4 ขั้นตอน คือการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

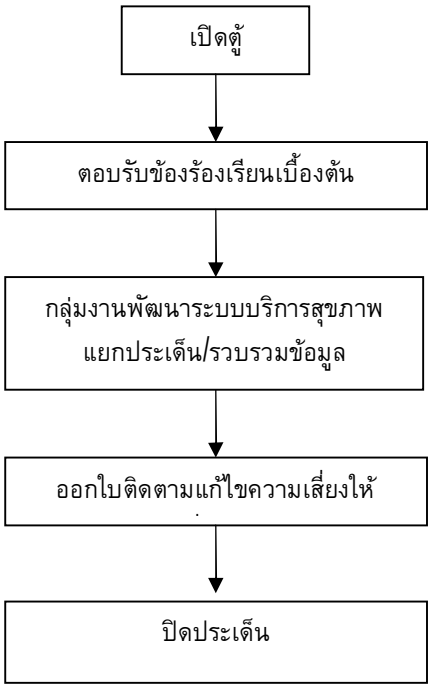
การจัดการความเสี่ยง มี 3 ระดับ คือ ระดับหน่วยงาน ระดับทีมงาน และระดับโรงพยาบาล โรงพยาบาลได้กำหนดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง (ระดับของ Medical Error) แบ่งเป็น 5 ระดับตามประมาณการณ์ความเสียหายที่จะเกิดขึ้นแต่ละระดับ และกำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการปัญหาความเสี่ยงแต่ละระดับ

คณะกรรมการรับและแก้ไขเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลกำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับและแก้ไขข้อร้องเรียน จำนวน 12 คน ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยมีหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นประธานคณะทำงาน และหัวหน้างานสังคมสงเคราะห์เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการชุดนี้มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. รับข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ทุกประเภท ลงทะเบียนและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ
2. พัฒนาช่องทางการรับข้อร้องเรียน และออกแบบระบบรับข้อร้องเรียน
3. ดำเนินการแก้ไข และหาแนวทางป้องกันการเกิดข้อร้องเรียน หรือข่าวที่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล
4. แจ้งผลการแก้ไขข้อร้องเรียน ประชาสัมพันธ์ผลการแก้ไขแก่ผู้รับบริการ
5. ติดตามประเมินผล และดำเนินแก้ไขปัญหาอุปสรรค
6. รายงานความก้าวหน้าแก่ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหาร

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) เปิดตู้ (2) ตอบรับข้องร้องเรียนเบื้องต้น (3) กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แยกประเด็น/รวบรวมข้อมูล (4) ออกใบติดตามแก้ไขความเสี่ยงให้ และ(5) ปิดประเด็น (แผนภูมิที่ 4.4)

แผนภูมิที่ 4.4
กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน



แหล่งที่มา : โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (ม.ป.ป.) (เอกสารอัดสำเนา)

เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ถ้าเป็นกรณีที่มีความรุนแรง/เร่งด่วน (ความรุนแรง ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ) ต้องดำเนินการ คือ (1) หน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงแก้ไขปัญหาและควบคุมผลเสียที่จะเกิดขึ้นทันที (2) รายงานหัวหน้า/ผู้บริหารโรงพยาบาล (3) หัวหน้า/ผู้บริหารโรงพยาบาล แก้ไขปัญหาและจัดการเรื่องความเสียหายทันที (4) กรณีที่ผู้รับบริการมีแนวโน้มจะฟ้องร้อง/ร้องเรียน ทีมรับ/และแก้ไขข้อร้องเรียน ดำเนินการไกล่เกลี่ยเพื่อระงับ/ลดความรุนแรง และ(5) ทีมบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลได้รับข้อมูลภายใน1 วันทำการและพิจารณาให้หน่วยงานรับผิดชอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา กรณีที่มีรุนแรง/ไม่เร่งด่วน (ความรุนแรง ระดับ 1-3) ต้องดำเนินการ คือ (1) หน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และควบคุมผลเสียที่จะเกิดขึ้น (2) รายงานหัวหน้า/ผู้บริหารโรงพยาบาลตามลำดับขั้น และ (3) วิเคราะห์ประเมินความเสี่ยงและดำเนินการแก้ไขปัญหา

ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ รายงานว่า “งานรับเรื่องร้องเรียน เป็นส่วนหนึ่งของงานระบบพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

มีการทำงานผสมผสานกัน โดยงานรับเรื่องร้องเรียนและแก้ไขปัญหา เมื่อรับเรื่องร้องเรียนแล้ว จะส่งเรื่องร้องเรียนและผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ทราบด้วย ศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะมีแบบติดตามการแก้ไขความเสี่ยง/พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนครพิงค์ให้หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรืองานต่างๆรายงานผลการดำเนินงานแก้ไขความเสี่ยงมายังศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล"

4.3.4 ผลการดำเนินงานในด้านการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่าการดำเนินงานของ **สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า หากมุมมองด้านประชาชนพึงได้รับประโยชน์จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจกล่าวได้ว่าระบบนี้เป็นระบบที่ดี สามารถให้การคุ้มครอง ให้ข้อมูล ให้สิทธิการร้องเรียนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและบริการการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม (เมื่อมีการใช้บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลประชาชนผู้ยากไร้ สปร. หรือบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาล 500 บาท สำหรับ 1 ครอบครัว) ผู้ให้ข้อมูลบางท่านให้ความเห็นว่า ปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบที่ให้การคุ้มครองประชาชนดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพอีก 2 ระบบ คือประกันสังคม และ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จนบางครั้งถูกมองว่า "เป็นระบบที่เอาใจประชาชน แต่ไม่ใช่ระบบที่ให้ความเอาใจใส่ต่อปัญหาของผู้ให้บริการเท่าที่ควร" ข้อบกพร่องของระบบนี้ในทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาลและผู้ให้บริการหลายท่านเห็นว่า ระบบนี้ไม่ได้ทำให้ผู้รับบริการตระหนักและทำหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับที่ถูกต้องในการไปใช้สิทธิและบริการ จึงเป็นอุปสรรคปัญหาต่อการดำเนินงานของระบบนี้ กล่าวคือ ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น สถานพยาบาลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นซึ่งไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับ ขนาดของสถานพยาบาลและปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์ที่มี แพทย์ต้องทำงานมากขึ้น แพทย์ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการรักษาเพราะกลัวการร้องเรียนทำให้มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษา

ระบบประกันสังคม โดยภาพรวมมองว่ากลไกการรับเรื่องร้องเรียนทำได้ดี ***พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ*** *(สัมภาษณ์, 22 ตุลาคม 2550)* มีความเห็นสอดคล้องกับเรืองรอง ดีผดุง ในประเด็น กลไกการรับเรื่องเรียนของระบบประกันสังคมทำได้ดี ผู้ประกันตนเข้าถึงการร้องเรียน **นอกจากนั้นยังพบว่า การร้องเรียนผ่านสื่อมวลชนได้ผลและรวดเร็ว ดังเช่น *เรืองรอง ดีผดุง*** นักวิชาการประกันสังคม ได้กล่าวถึงการประเมินผลโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับโควตารักษาผู้ประกันตนในพื้นที่ว่า "*ผู้ประกันตนจะไปร้องเรียนกับสื่อมวลชนต่างๆ เพราะส่วนใหญ่มักจะได้ผลเร็วกว่า*" *(**เรืองรอง ดีผดุง**, **สัมภาษณ์**, 9 **ตุลาคม** 2550)*

แต่การดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหาย ยังมีความยุ่งยาก ไม่คล่องตัว ตามที่ ***พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ*** *(**สัมภาษณ์**, 22 **ตุลาคม** 2550)* กล่าวว่า *"สำนักงานประกันสังคมมีการปรับตัวในการพัฒนาองค์กรมีน้อยมาก ซึ่งผู้ประกันตนไม่ได้รับการบริการที่ดีกว่าระบบบัตรทอง นโยบายของประกันสังคมไม่ค่อยยืดหยุ่น ผู้ประกันตนมีการปรับตัวน้อย จึงทำให้เกิดการเข้าถึงยาก การรักษาในกรณีที่ต้องเบิกอุปกรณ์ ก็ต้องดำเนินการหลายขั้นตอน ยุ่งยาก ทำให้ผู้ประกันตนได้รับน้อย เช่น คนไข้กระดูกหัก สำนักงานประกันสังคมยังต้องเอาฟิล์มเอ็กซเรย์ไปดูก่อนว่ากระดูกหักกี่ซี่ แล้วจึงให้เบิกตามจำนวนนั้น ซึ่งเห็นได้ว่าการทำงานของสำนักงานประกันสังคมเป็นในแบบที่ว่า มองเห็นได้ นับเป็นจำนวนได้"* นอกจากนี้ พ.ญ. กฤติยา ศรีประเสริฐ ยังเห็นว่า การชดเชยความเสียหายในแต่ละส่วนไม่พบว่า มีประสิทธิผล เช่น กองทุนเงินทดแทนฯ มีการชดเชยเงินที่ล่าช้า และหากจำนวนเงินมากกว่า 50,000 บาท ผู้ประกันตนจะต้องสำรองจ่ายไปก่อน *"ในระบบโครงสร้างดีแต่ในทางปฏิบัติจะมีประสิทธิผลหรือไม่นั้นไม่ทราบ"*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลจากกรณีศึกษา 2 กรณี คือ กรณีศึกษา "โชคดี"กับระเบียบการเบิกจ่ายของสำนักงานประกันสังคม กับกรณีศึกษา "บุญน้อย"กับสิทธิในกองทุนเงินทดแทน(ดูรายละเอียดในรายงานกรณีศึกษา) ที่แสดงให้เห็นว่า การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นยังไม่มีประสิทธิภาพ

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เริ่มมีปัญหาและข้อจำกัดเกี่ยวกับการรักษา การจำกัดยาในบัญชียา นโยบายไม่มีความชัดเจน ข้าราชการไม่ได้รับการคุ้มครองเท่าระบบบัตรทอง การให้ข้อมูลขาดประสิทธิภาพ ซึ่ง ***ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า*** *(**สัมภาษณ์**, 10 **ตุลาคม** 2550)*กล่าวเกี่ยวกับปัญหาของ**ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ**ว่า *"ปัจจุบันจะวุ่นวายมาก แต่ก่อนเท่าไหร่เท่ากัน รักษาที่ไหนก็ได้ ปัญหา คือ จำกัดยาในบัญชียา ผู้ป่วยจะจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ จะจ่ายตามโรคที่เป็น เบิกตามโรคตามน้ำหนักที่เหมาะสม หากโรงพยาบาลถูกจำกัดข้าราชการจะไม่เข้าใจ"* รวมทั้ง ***พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ (**สัมภาษณ์**, 22 **ตุลาคม** 2550)*** ให้ความเห็นว่า *"กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบสวัสดิการข้าราชการในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนนโยบายและการปรับนั้นก็ไม่มีความชัดเจน หากมองลึกๆ จะพบว่า ข้าราชการไม่ได้รับการคุ้มครองเทียบเท่ากับระบบบัตรทอง ซึ่งเห็นจากว่าข้าราชการยังต้องแบกรับภาระบางอย่างอยู่บ้าง และ การให้ข้อมูลของกรมบัญชีกลางในเรื่องสิทธิของข้าราชการในการรักษาพยาบาลนับว่าแย่ที่สุด การให้ข้อมูลจะเป็นหนังสือเวียนข้อมูลไปไม่ถึงญาติ รู้แต่ตนเองเท่านั้น การให้ข้อมูลจะให้โรงพยาบาลรัฐเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ให้ และศูนย์รับเรื่องร้องเรียนของกรมบัญชีกลางก็ติดต่อยาก"*

การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่ามีเพียงระบบเดียว คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีการกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในขณะที่ระบบ

ประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มีการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น จึงถือเป็นจุดแข็งของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ทั้งนี้ประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังไม่รู้ถึงสิทธิในเรื่องนี้ *(**นายแพทย์บุญเติม ตันสุรัตน์** ,**สัมภาษณ์**, 9 **สิงหาคม** 2550)*

การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องผ่านกระบวนการพิจารณาวินิจฉัยคำร้อง โดยมีคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องเป็นผู้พิจารณาตัดสินว่า ผู้ร้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่สมควรได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ อย่างไร และสมควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงินเท่าไร

ข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพจากกรณีศึกษาพบว่า การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดตามมาตรา 41 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นสิ่งที่ช่วยผู้ป่วยได้ ซึ่งถือเป็นการเยียวยาในเบื้องต้น) ทั้งนี้เพราะการพิสูจน์ถูกผิดต้องมีการร้องเรียนเป็นปัญหาได้ไม่คุ้มเสีย เป็นระบบที่ทำลายความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และโอกาสที่จะทำให้ผู้ร้องเรียนได้รับเงินชดเชยจากการร้องเรียนก็มีน้อยมากหากจะได้รับการชดเชยอาจต้องผ่านช่วงเวลาความเครียด ต้องทุกข์ทรมานจากกระบวนการทางกฎหมาย ต้องเสียเวลา ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซ้ำไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้เสียหายจำนวนมากปรารถนา นอกจากนั้นการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้มีส่วนในการช่วยเหลือผู้ให้บริการได้ ดังคำกล่าวของสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการว่า *"ขณะนี้กลไกนี้ยังรองรับถึงการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ให้บริการก็คือ แพทย์ พยาบาล ซึ่งจะชดเชยในส่วนที่ได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติงาน อย่างเช่นพยาบาลโดนคนป่วยชกในขณะที่ทำงาน หรือติดวัณโรคจากการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยฯลฯ ซึ่งใน 2กรณีนี้จะมีการชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้ให้บริการ" (**นายแพทย์บุญเติม ตันสุรัตน์**, **สัมภาษณ์**, 9 **สิงหาคม** 2550)*

4.3.5 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ

จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,547 คน หรือร้อยละ 94.1 ไม่เคยร้องเรียนมีเพียง 161 คน หรือร้อยละ 5.9 เท่านั้นที่เคยร้องเรียน ส่วนความพึงพอใจของผู้รับบริการในด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการ กระบวนการจัดการกรณีร้องเรียน การดำเนินการของสถานพยาบาล ช่องทางการร้องเรียน และความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

(1) **ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลางโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้

ลำดับที่ 1 ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 2.15)

ลำดับที่ 2 การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ (ค่าเฉลี่ย 2.08)

ลำดับที่ 3 การพูดจา การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ร้องเรียน (ค่าเฉลี่ย 2.05)

ลำดับที่ 4 การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการ(ค่าเฉลี่ย 2.04)

ลำดับที่ 5 การมีทีมงานในการแก้ไขปัญหาเรื่องที่ร้องเรียน (ค่าเฉลี่ย 1.99) (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ

พฤติกรรมผู้ให้บริการ	*ระดับความพึงพอใจ*			$\overline{X}$	*S.D.*	*การแปลผล*
	มาก	*ปานกลาง*	*น้อย*			
1. ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน	*22.7 (58)*	*69.9 (179)*	*7.4 (19)*	*2.15*	*0.53*	*ปานกลาง*
2. การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่	*23.3 (60)*	*61.1 (157)*	*15.6 (40)*	*2.08*	*0.62*	*ปานกลาง*
3. การพูดจา การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ร้องเรียน	*18.4 (47)*	*68.6 (175)*	*12.9 (33)*	*2.05*	*0.56*	*ปานกลาง*
4. การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ	*17.5 (45)*	*68.5 (176)*	*14.0 (36)*	*2.04*	*0.56*	*ปานกลาง*
5. การมีทีมงานในการแก้ไขปัญหาเรื่องที่ร้องเรียน	*18.4 (47)*	*62.1 (159)*	*19.5 (50)*	*1.99*	*0.62*	*ปานกลาง*

(2) **ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการบริหารจัดการของหลักประกันสุขภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลางโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ลำดับที่ 1 การให้บริการตามสิทธิที่พึงได้ (ค่าเฉลี่ย 2.08)

ลำดับที่ 2 การจัดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนของสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.06)

ลำดับที่ 3 การให้คำแนะนำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ (ค่าเฉลี่ย 2.04)

ลำดับที่ 4 การอำนวยความสะดวกในระหว่างที่ร้องเรียน (ค่าเฉลี่ย 1.96)

ลำดับที่ 5 การประชาสัมพันธ์ วิธีการ ขั้นตอนการร้องเรียน (ค่าเฉลี่ย 1.88) (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4
ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อกระบวนการ
จัดการกรณีร้องเรียนการบริหารจัดการของหลักประกันสุขภาพ

การบริหารจัดการของหลักประกันสุขภาพ	*ระดับความพึงพอใจ*			$\overline{X}$	*S.D.*	*การแปลผล*
	มาก	*ปานกลาง*	*น้อย*			
1. การให้บริการตามสิทธิที่พึงได้	*24.0 (61)*	*59.8 (152)*	*16.1 (41)*	*2.08*	*0.63*	*ปานกลาง*
2. การจัดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนของสถานพยาบาล	*20.4 (52)*	*65.5 (167)*	*14.1 (36)*	*2.06*	*0.58*	*ปานกลาง*
3. การให้คำแนะนำชี้แจงของเจ้าหน้าที่	*22.0 (56)*	*60.4 (154)*	*17.6 (45)*	*2.04*	*0.63*	*ปานกลาง*
4. การอำนวยความสะดวกในระหว่างที่ร้องเรียน	*17.7 (45)*	*60.2 (153)*	*22.0 (56)*	*1.96*	*0.63*	*ปานกลาง*
5. การประชาสัมพันธ์ วิธีการ ขั้นตอนการร้องเรียน	*16.9 (43)*	*54.3 (138)*	*28.7 (73)*	*1.88*	*0.67*	*ปานกลาง*

(3) **ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลางโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ลำดับที่ 1 กระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.01)

ลำดับที่ 2 การเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อหาข้อยุติของปัญหา(ค่าเฉลี่ย 2.00)

ลำดับที่ 3 ความใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 1.99)

ลำดับที่ 4-5 การตรวจสอบข้อเท็จจริงจากผู้ร้องเรียนและการพิจารณารับเรื่องร้องเรียน(ค่าเฉลี่ย 1.98)

ลำดับที่ 6 การสรุปผลการพิจารณาและแจ้งกลับ (ค่าเฉลี่ย 1.97)

ลำดับที่ 7-8 การสรุปเรื่องร้องเรียน และการยุติเรื่องร้องเรียน (ค่าเฉลี่ย 1.95)

ลำดับที่ 9 การจัดการเรื่องที่ร้องเรียนอย่างทันท่วงที (ค่าเฉลี่ย 1.94)

ลำดับที่ 10-11 การให้ความช่วยเหลือ (ค่าชดเชยค่าเสียหายให้กับผู้ร้องเรียน)และการส่งต่อเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณา (ค่าเฉลี่ย 1.88)

ลำดับที่ 12 การพิจารณาให้การช่วยเหลือกรณีการยื่นอุทธรณ์ (ค่าเฉลี่ย 1.84) (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อกระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล

การดำเนินการของสถานพยาบาล	ระดับความพึงพอใจ			$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
กระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล	19.8 (50)	61.5 (155)	18.7 (47)	2.01	0.62	ปานกลาง
การเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อหาข้อยุติของปัญหา	18.9 (48)	62.2 (158)	18.9 (48)	2.00	0.62	ปานกลาง
ความใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล	20.5 (52)	58.3 (148)	21.3 (54)	1.99	0.65	ปานกลาง
การตรวจสอบข้อเท็จจริงจากผู้ร้องเรียน	21.3 (54)	55.9 (142)	22.8 (58)	1.98	0.67	ปานกลาง
การพิจารณารับเรื่องร้องเรียน	19.8 (50)	58.5 (148)	21.7 (55)	1.98	0.64	ปานกลาง
การสรุปผลการพิจารณาและแจ้งกลับ	18.6 (47)	59.7 (151)	21.7 (55)	1.97	0.63	ปานกลาง
การสรุปเรื่องร้องเรียน	14.9 (37)	65.1 (162)	20.1 (50)	1.95	0.59	ปานกลาง
การยุติเรื่องร้องเรียน	17.6 (43)	60.2 (147)	22.1 (54)	1.95	0.63	ปานกลาง
การจัดการเรื่องที่ร้องเรียนอย่างทันท่วงที	17.8 (45)	58.5 (148)	23.7 (60)	1.94	0.64	ปานกลาง
การให้ความช่วยเหลือ (ค่าชดเชยค่าเสียหายให้กับผู้ร้องเรียน)	16.3 (41)	55.0 (138)	28.7 (72)	1.88	0.66	ปานกลาง
การส่งต่อเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณา	12.8 (32)	62.0 (155)	25.2 (63)	1.88	0.61	ปานกลาง
การพิจารณาให้การช่วยเหลือกรณีการยื่นอุทธรณ์	14.5 (36)	55.2 (137)	30.2 (75)	1.84	0.65	ปานกลาง

(4) **ความพึงพอใจต่อช่องทางการร้องเรียน**

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลางต่อช่องทางการร้องเรียนโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ลำดับที่ 1 ช่องทางการร้องเรียนด้วยตนเอง (ค่าเฉลี่ย 2.24)

ลำดับที่ 2 ช่องทางการร้องเรียนการร้องเรียนทางโทรศัพท์ (ค่าเฉลี่ย 2.14)

ลำดับที่ 3 ช่องทางการร้องเรียนทางสายด่วน (ค่าเฉลี่ย 1.96)

ลำดับที่ 4 ช่องทางการร้องเรียนทางจดหมาย (ค่าเฉลี่ย 1.95) (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6

ความพึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่างต่อช่องทางการร้องเรียน

ช่องทางการร้องเรียน	*ระดับความพึงพอใจ*			$\overline{X}$	*S.D.*	*การแปลผล*
	มาก	*ปานกลาง*	*น้อย*			
1. ด้วยตนเอง	*38.2 (94)*	*47.6 (117)*	*14.2 (35)*	*2.24*	*0.68*	*ปานกลาง*
2. ทางโทรศัพท์	*32.8 (80)*	*48.4 (118)*	*18.9 (46)*	*2.14*	*0.71*	*ปานกลาง*
3. ทางสายด่วน	*25.3 (60)*	*45.1 (107)*	*29.5 (70)*	*1.96*	*0.74*	*ปานกลาง*
4. ทางจดหมาย	*24.5 (59)*	*46.1 (111)*	*29.5 (71)*	*1.95*	*0.73*	*ปานกลาง*

(5) **ความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน** กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนในระดับปานกลางโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้

ลำดับที่ 1 การเจรจาไกล่เกลี่ยที่คำนึงถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องทุกคน (ค่าเฉลี่ย 2.01)

ลำดับที่ 2 การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น (ค่าเฉลี่ย 1.97)

ลำดับที่ 3 การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 1.96)

ลำดับที่ 4 ผลที่ได้รับจากการร้องเรียน (ค่าเฉลี่ย 1.92)

ลำดับที่ 5 การชดเชยค่าเสียหายที่ได้รับ (ค่าเฉลี่ย 1.83) (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7

ความพึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่างต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน

ความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน	ระดับความพึงพอใจ			$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. การเจรจาไกล่เกลี่ยที่คำนึงถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องทุกคน	20.2 (50)	60.9 (151)	19.0 (47)	2.01	0.63	ปานกลาง
2. การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น	17.1 (42)	63.0 (155)	19.9 (49)	1.97	0.61	ปานกลาง
3. การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	15.3 (38)	65.9 (164)	18.9 (47)	1.96	0.58	ปานกลาง
4. ผลที่ได้รับจากการร้องเรียน	15.3 (38)	61.7 (153)	23.0 (57)	1.92	0.62	ปานกลาง
5. การชดเชยค่าเสียหายที่ได้รับ	12.2 (30)	58.8 (144)	29.0 (71)	1.83	0.62	ปานกลาง

สำหรับผลการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบโดยเฉพาะด้านความพึงพอใจต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการและด้านความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากกรณีตัวอย่างของเด็กรายหนึ่งที่รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพโดยมารดาจะต้องพามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องเสียเวลาทำมาหากิน ครอบครัวมีรายได้น้อยและมีค่าใช้จ่ายในการพาลูกมารับการรักษาพยาบาล เมื่อผ่านกระบวนการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว จึงได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวนเงินที่ได้รับความช่วยเหลือครั้งแรก 80,000 บาท เพราะเป็นรายที่ได้รับความช่วยเหลือจากผลการบังคับใช้กฎหมายในระยะต้น แต่ต่อมาได้รับเพิ่มเป็น 120,000 บาท โดยความรู้สึกของมารดาของเด็กมองว่า เงินจำนวนดังกล่าวไม่สามารถทดแทนความพิการของบุตร ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ การต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายการพาบุตรมารักษาอย่างต่อเนื่องตามการนัดหมายของแพทย์ แต่ความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลช่วยเหลือตนและบุตรตลอดมากับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้รับ ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกที่ดีและมีกำลังใจที่จะต่อสู้เพื่อบุตรที่พิการต่อไป *(**กลุ่มผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, สัมภาษณ์, 17 กรกฎาคม 2550)***

4.3.6 การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า มีความพยายามในการนำหลักการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นหนึ่งในหลักธรรมมาภิบาล (หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า) มาใช้ในการบริหารงานในกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนโดยเห็นได้ชัดเจนใน**ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญอีกกลไกหนึ่งของการรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในปี 2549 มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน รวมทั้งสิ้น 72 ศูนย์ ฯ ใน 43 จังหวัด *(**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**, 2550 : 2)* ซึ่งนับเป็นจุดแข็งของระบบนี้

ระบบประกันสังคม ซึ่งเกิดขึ้นก่อนระบบหลักประกันสุขภาพ มีการนำหลักนิติธรรม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า มาใช้ในการพิจารณาจ่ายเงินให้กับผู้ประกันตนค่อนข้างมากเช่นกัน รวมทั้งระบบการบริหารเป็นระบบราชการที่ต้องยึดระเบียบและขั้นตอนซึ่งทำให้ขาดประสิทธิภาพ

เรืองรอง ดีผดุง กล่าวว่า สำนักงานประกันสังคมจะใช้หลักความยุติธรรมในการพิจารณาระหว่างผู้ประกันตนกับโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้จะต้องดูระบบส่วนใหญ่ประกอบด้วยและจะพิจารณาดูว่าใครได้รับความเดือดร้อนมากกว่ากันระหว่างผู้ประกันตนกับโรงพยาบาล *(**เรืองรอง ดีผดุง**, **สัมภาษณ์**, 9 ตุลาคม 2550)*

สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ประกันตนนั้น ในกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนบัญญัติเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ประกันตนไว้ในพระราชบัญญัติประกันสังคม ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 มาตรา 8 ให้ผู้แทนฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละ 5 คนเป็น “คณะกรรมการประกันสังคม” ในทางปฏิบัติ แม้ว่าจะมีผู้แทนฝ่ายลูกจ้างอยู่ในคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการอุทธรณ์ และอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัด แต่ลูกจ้างส่วนใหญ่ไม่รู้จักผู้แทนเหล่านั้น องค์กรแรงงานส่วนใหญ่ยังไม่มีสิทธิคัดเลือกผู้แทนของตนเองอย่างแท้จริงให้เข้าร่วมการบริหารงานประกันสังคม บทบาทขององค์แรงงานในระดับต่าง ๆ ต่อการมีส่วนร่วมตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสังคมยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบจริงจัง เพราะมีภารกิจเฉพาะหน้าในการต่อรองเพื่อแก้ไขปัญหาค่าครองชีพ รายได้ต่ำเป็นประจำ ตลอดจนขาดการรวมตัว ร่วมมืออย่างกว้างขวางเพื่อวางแผนจัดสร้างกลไก กระบวนการติดตาม ตรวจสอบ และนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคุณภาพบริการอย่างมีประสิทธิภาพ *(**บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ**, 2540 : 48)* แม้ว่าผลการวิจัยของบัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิจะเป็นงานวิจัยเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาก็ตาม แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึก **บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ** *(**สัมภาษณ์**, 30 **พฤศจิกายน** 2550)* อีกครั้งในการวิจัยครั้งนี้ บัณฑิตยังยืนยันว่า เรื่องการมีส่วนร่วมจากผู้ประกันตนยังคงเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบันเช่นเดียวกับผลการวิจัยเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา

สำหรับ**ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ** มีการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีระเบียบ และมีการตรวจสอบที่ใช้หลักนิติธรรม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า มาใช้ในการพิจารณาค่อนข้างมาก ในแต่ละปีมีการสุ่มตรวจสอบการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจปีละ 40 โรง พบว่ายังมีการเบิกจ่ายไม่ถูกต้องสามารถเรียกเงินคืนมาหลายสิบล้านบาท กรมบัญชีกลางจึงถูกมองว่า มุ่งแต่เรื่องการตัดสิทธิ์ แต่จริงๆ แล้ว ต้องการตรวจสอบความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ซึ่งระบบนี้ต้องดูแลคน 5.4 ล้านคน ใช้งบประมาณปีละ 4 หมื่นล้านบาท *(**กุลเศขร์ ลิมปิยากร, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2550)***

แต่ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นระบบเดียวที่ไม่ได้นำหลักการมีส่วนร่วมของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมาใช้ในการบริหารงาน นักวิชาการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า

*"การเข้าไปมีส่วนร่วมของราชการไม่มีเลย แต่การจะเข้าไปใช่แค่เข้าไปเพื่อปกป้องสิทธิของข้าราชการเท่านั้น เพราะที่เป็นอยู่ข้าราชการก็ได้เกินสิทธิขั้นพื้นฐานแล้ว" (**ดร.ยุพดี สิริสินสุข, สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2550)***

จากข้อมูลของเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้ให้บริการในสถานพยาบาล ผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และนักวิชาการคลังของกรมบัญชีกลาง อาจสรุปได้ว่า กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในระดับหน่วยบริการ คือ สถานพยาบาล มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลพอสมควร กล่าวคือ มีการดำเนินการตามขั้นตอน วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ มีและใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นซ้ำของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการของรัฐ มีการดำเนินการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนในรูปคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบยังมีข้อบกพร่องที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อ**พฤติกรรมของผู้ให้บริการ ต่อกระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนการบริหารจัดการของหลักประกันสุขภาพ ต่อกระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล ต่อช่องทางการร้องเรียน และต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน**ในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบอยู่ในระดับปานกลาง **รวมทั้งมีการนำหลักธรรมมาภิบาล (หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า) มาใช้ในการบริหารงานในกระบวนการ**

จัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยเฉพาะในประเด็นการมีส่วนร่วมของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีข้อสังเกตว่าระบบประกันสังคมยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ประกันตนอย่างแท้จริง ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นระบบเดียวที่ไม่ได้นำหลักการมีส่วนร่วมของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมาใช้ในการบริหารงานและการดำเนินงาน ดังนั้นทั้งระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจยังมีจุดอ่อนเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ที่อยู่ภายใต้ 2 ระบบนี้ ที่ควรปรับปรุงแก้ไขต่อไป

4.4 ข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยส่วนรวม

ในการศึกษาความผิดพลาดการดำเนินงานที่ผ่านมาในระบบหลักประกันสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Servey Research) โดยทำการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,015 ราย ผลการวิจัยจะนำเสนอตามลำดับของคำถามในแบบสอบถาม ได้แก่ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อความผิดพลาดจากการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพที่ผ่านมา ได้แก่ ประเด็นการผิดพลาดและการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ ประสบการณ์การร้องเรียนจากการไปใช้บริการหลักประกันสุขภาพ ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียนทั้งด้านพฤติกรรมการให้บริการ ด้านมาตรฐานการรักษาของแพทย์ และด้านการไม่ได้สิทธิ ผลกระทบของการร้องเรียนต่อระบบผู้ใช้บริการ ต่อระบบผู้ให้บริการ และต่อสังคมโดยส่วนรวม โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.4.1 ประสบการณ์การร้องเรียนจากการไปใช้บริการหลักประกันสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,547 คน หรือร้อยละ 94.1 ไม่เคยร้องเรียน มีเพียง 161 คน หรือร้อยละ 5.9 เท่านั้นที่เคยร้องเรียน (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8

ประสบการณ์การของกลุ่มตัวอย่างในการร้องเรียนจากการไปใช้บริการหลักประกันสุขภาพ

ประสบการณ์การร้องเรียน	*จำนวน*	*ร้อยละ*
ไม่เคยร้องเรียน	*2,547*	*94.1*
เคยร้องเรียน	*161*	*5.9*

4.4.2 **ความคิดเห็นต่อความผิดพลาด**และการร้องเรียน**ในระบบหลักประกันสุขภาพ**

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดไปถึงต่ำสุดตามลำดับดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 การร้องเรียนจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของบริการหลักประกันสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย3.31)

ลำดับที่ 2 ความผิดพลาดของการรักษาพยาบาลเกิดจากผู้ให้บริการไม่อธิบายการรักษาให้เข้าใจ(ค่าเฉลี่ย 3.15)

ลำดับที่ 3 การร้องเรียนไม่ใช่เรื่องเสียหาย (ค่าเฉลี่ย 3.11)

ลำดับที่ 4 ความผิดพลาดในการให้บริการเกิดขึ้นได้เสมออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ค่าเฉลี่ย 3.09)

ลำดับที่ 5 การร้องเรียนเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.08)

ลำดับที่ 6 การร้องเรียนเกิดจากความผิดพลาดในขั้นตอนการให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 3.07)

ลำดับที่ 7 ความผิดพลาดของการรักษาเกิดจากผู้รับบริการไม่ได้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง (ค่าเฉลี่ย 3.01)

ลำดับที่ 8-9 ความผิดพลาดของการรักษาเกิดจากจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นมากทำให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และเกิดจากความไม่พร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ของสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 3.00)

ลำดับที่ 10 การร้องเรียนเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.89)

ลำดับที่ 11 ความผิดพลาดของการรักษาไม่จำเป็นต้องร้องเรียนเสมอไป(ค่าเฉลี่ย 2.82) (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อความผิดพลาดและการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ

ประเด็นการผิดพลาด	ระดับการเห็นด้วย				$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย			
1.การร้องเรียนจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของบริการหลักประกันสุขภาพ	45.7 (1,290)	41.7 (1,178)	10.2 (287)	2.4 (69)	3.31	0.75	มาก
2. ความผิดพลาดของการรักษาเกิดจากผู้ให้บริการไม่อธิบายการรักษาให้เข้าใจ	34.4 (991)	49.3 (1,419)	13.4 (386)	2.9 (84)	3.15	0.76	ปานกลาง
3. การร้องเรียนไม่ใช่เรื่องเสียหาย	37.2 (1,074)	43.6 (1,259)	12.4 (357)	6.9 (199)	3.11	0.87	ปานกลาง
4. ความผิดพลาดในการให้บริการเกิดขึ้นได้เสมอ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ไม่มีใครต้องการให้เกิดขึ้น	(33.5) 940	(47.3)1,327	(13.9) 389	(5.4) 152	3.09	0.83	ปานกลาง
5. การร้องเรียนเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ	29.4 (849)	52.9 (1,529)	14.2 (410)	3.6 (104)	3.08	0.76	ปานกลาง
6. การร้องเรียนเกิดจากความผิดพลาดในขั้นตอนการให้บริการ	28.0 (811)	53.5 (1,548)	15.7 (455)	2.8 (80)	3.07	0.73	ปานกลาง
7. ความผิดพลาดของการรักษาเกิดจากผู้รับบริการไม่ได้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง	27.3 (792)	51.1 (1,480)	16.4 (474)	5.2 (150)	3.01	0.80	ปานกลาง
8. ความผิดพลาดของการรักษาเกิดจากจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นมากทำให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการทางการแพทย์	30.5 (887)	46.9 (1,363)	14.6 (425)	7.9 (229)	3.00	0.87	ปานกลาง
9. ความผิดพลาดของการรักษาเกิดจากความไม่พร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ของสถานพยาบาล	28.8 (837)	48.0 (1,393)	17.7 (515)	5.5 (159)	3.00	0.82	ปานกลาง

ประเด็นการผิดพลาด	ระดับการเห็นด้วย				$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย			
10. การร้องเรียนเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้รับบริการ	22.0 (637)	51.8 (1,496)	19.6 (566)	6.6 (190)	2.89	0.82	ปานกลาง
11. ความผิดพลาดของการรักษาไม่จำเป็นต้องร้องเรียนเสมอไป	22.7 (656)	48.5 (1,404)	16.5 (478)	12.3 (356)	2.82	0.92	ปานกลาง

4.4.3 **ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน**

ผลการศึกษา พบว่า ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน แบ่งเป็น 3ลักษณะ คือ การร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ การร้องเรียนด้านสิทธิ และการร้องเรียนด้านมาตรฐานการรักษา

(1) **ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน : ด้านพฤติกรรมการให้บริการ**

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อพฤติกรรมการให้บริการที่นำไปสู่การร้องเรียนตามลำดับค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยดังนี้

ลำดับที่ 1 การดูแลเอาใจใส่ (ค่าเฉลี่ย 2.53)

ลำดับที่ 2 การพูดจา (ค่าเฉลี่ย 2.51)

ลำดับที่ 3 การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการ (ค่าเฉลี่ย 2.48) (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน ที่เกิดจากพฤติกรรมการให้บริการ

พฤติกรรมการให้บริการ	ระดับการเห็นด้วย			$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. การดูแลเอาใจใส่	57.2 (1,544)	38.5 (1,040)	4.3 (116)	2.53	0.57	มาก
2. การพูดจา	56.3 (1,517)	38.7 (1,043)	5.0 (134)	2.51	0.59	มาก
3. การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ	53.3 (1,434)	41.8 (1,125)	4.8 (130)	2.48	0.58	มาก

(2) ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน : ด้านมาตรฐานการรักษาของแพทย์

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากต่อการรักษาของแพทย์ที่นำไปสู่การร้องเรียน ตามลำดับค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย ดังนี้

ลำดับที่ 1 การให้บริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เช่น ตายที่ไม่ควรตาย พิการทั้งที่ไม่น่าพิการ (ค่าเฉลี่ย 2.53)

ลำดับที่ 2 ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.52)

ลำดับที่ 3 การไม่ได้รับคำแนะนำ ชี้แจงที่ชัดเจนด้านการรักษาพยาบาลจากผู้ให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 2.42) (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียนที่เกิดจากการรักษาของแพทย์

การรักษาของแพทย์	*ระดับการเห็นด้วย*			$\overline{X}$	*S.D.*	*การแปลผล*
	มาก	*ปานกลาง*	*น้อย*			
1. การให้บริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เช่น ตายที่ไม่ควรตาย พิการทั้งที่ไม่น่าพิการ	*62.4 (1,683)*	*27.9 (752)*	*9.7 (261)*	*2.53*	*0.66*	*มาก*
2. ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล	*60.9 (1,640)*	*30.2 (815)*	*8.9 (240)*	*2.52*	*0.52*	*มาก*
3. การไม่ได้รับคำแนะนำ ชี้แจงที่ชัดเจนด้านการรักษาพยาบาลจากผู้ให้บริการ	*50.9 (1,366)*	*40.4 (1,085)*	*8.7 (234)*	*2.42*	*0.65*	*มาก*

(3) ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน : ด้านการไม่ได้สิทธิ

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อการไม่ได้รับสิทธิที่นำไปสู่การร้องเรียน ตามลำดับค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย ดังนี้

ลำดับที่ 1 การไม่ได้รับบริการตามสิทธิมีความสำคัญที่นำไปสู่การร้องเรียน (ค่าเฉลี่ย 2.44)

ลำดับที่ 2 ความไม่ใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.41)

ลำดับที่ 3 การถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ (ค่าเฉลี่ย 2.40)

ลำดับที่ 4 การถูกเรียกเก็บเงินทั้งที่สิทธิประโยชน์ครอบคลุมอยู่แล้ว(ค่าเฉลี่ย 2.39)

ลำดับที่ 5 การถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย 2.38) (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียนที่เกิดจากการไม่ได้สิทธิ

การไม่ได้สิทธิ	*ระดับการให้ความสำคัญ*			$\overline{X}$	S.D.	*การแปลผล*
	มาก	*ปานกลาง*	*น้อย*			
1. การไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่พึงได้	*52.5 (1,406)*	*39.0 (1,044)*	*8.6 (230)*	*2.44*	*0.65*	*มาก*
2. ความไม่ใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล	*51.2 (1,376)*	*38.9 (1,045)*	*9.9 (265)*	*2.41*	*0.66*	*มาก*
3. การถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ	*52.6 (1,418)*	*34.8 (939)*	*12.6 (340)*	*2.40*	*0.70*	*มาก*
4. การถูกเรียกเก็บเงินทั้งที่สิทธิประโยชน์ครอบคลุมอยู่แล้ว	*52.2 (1,406)*	*34.2 (922)*	*13.6 (365)*	*2.39*	*0.71*	*มาก*
5. การถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด	*51.9 (1,401)*	*34.3 (924)*	*13.8 (372)*	*2.38*	*0.72*	*มาก*

ข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน และความสำคัญของข้อร้องเรียนด้านมาตรฐานการรักษา ***ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า****(สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2550)* กล่าวถึงประสบการณ์ของตนว่า *"การร้องเรียนของผู้ประกันตนจะมีหลักๆ คือ พฤติกรรมการบริการ และมาตรฐานการรักษา โดยพฤติกรรมการบริการ เช่น "หน้างอ รอนานพาลทะเลาะ" ส่วนมาตรฐานการรักษา เช่น "จะให้รอหามศพไปป่าช้าก่อนหรือ จึงจะรักษาให้ หรือ จ่ายยาให้ไม่ดี ให้มากี่ครั้งๆ ก็ให้แต่ยาพาราฯ กินเท่าไหร่ก็ไม่หาย" นอกจากนั้นยังให้ความคิดเห็นว่า ปัญหาของมาตรฐานการรักษาเป็นสิ่งที่สำนักงานประกันสังคมตระหนักมากที่สุด*

4.4.4 หน่วยงานที่รู้จักและการใช้บริการจากหน่วยงานต่าง ๆ

ในการสำรวจหน่วยงานที่รู้จักและการใช้บริการจากหน่วยงานต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จักหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักในระบบหลักประกันสุขภาพน้อยกว่ารู้จัก กล่าวคือ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักน้อยในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 47.3 รู้จัก ร้อยละ 52.7 ไม่รู้จัก) และไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 90.7

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มตัวอย่างรู้จักน้อยกว่าไม่รู้จักในสัดส่วนที่ห่างกันมาก (ร้อยละ 27.8 รู้จัก ร้อยละ 72.2 ไม่รู้จัก) และไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 81.3

สำนักงานประกันสังคม กลุ่มตัวอย่างรู้จักน้อยกว่าไม่รู้จักในสัดส่วนที่ห่างกันมากเช่นกัน (ร้อยละ 36.8 รู้จัก ร้อยละ 63.2 ไม่รู้จัก) และไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 82.3

สำนักงานประกันสังคมจังหวัด กลุ่มตัวอย่างรู้จักน้อยกว่าไม่รู้จักในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ41.8 รู้จัก ร้อยละ 58.2 ไม่รู้จัก) และไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 84.8

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลุ่มตัวอย่างรู้จักน้อยกว่าไม่รู้จักในสัดส่วนที่ห่างกันมาก(ร้อยละ 25.3 รู้จัก ร้อยละ 74.7 ไม่รู้จัก) และไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 63.7 ซึ่งเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในชุมชนชนบท

สายด่วนบัตรทอง 1330 กลุ่มตัวอย่างรู้จักน้อยกว่าไม่รู้จักในสัดส่วนที่ห่างกันมาก (ร้อยละ 42.2 รู้จัก ร้อยละ 57.8 ไม่รู้จัก) และไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 86.8

หน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักมากกว่าไม่รู้จัก ประกอบด้วย ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน (ร้อยละ 74.3 รู้จัก ร้อยละ 25.7 ไม่รู้จัก) แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 95.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (ร้อยละ 65.8 รู้จัก ร้อยละ 34.2 ไม่รู้จัก) แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 91.3 สำนักงานแพทยสภา (ร้อยละ 65.2 รู้จัก ร้อยละ 34.8 ไม่รู้จัก) แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 97.7

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (ร้อยละ 54.2 รู้จัก ร้อยละ 45.8 ไม่รู้จัก) แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 96.9 กองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข(ร้อยละ 69.9 รู้จัก ร้อยละ 30.1 ไม่รู้จัก)แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 96.5 กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง(ร้อยละ 66.7 รู้จัก ร้อยละ 33.3 ไม่รู้จัก)แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 95.4 ภาคี/เครือข่ายผู้บริโภคภาคเอกชน/ประชาชน(ร้อยละ 77.5 รู้จัก ร้อยละ 22.5 ไม่รู้จัก)แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 95.0 และสายด่วนประกันสังคม (ร้อยละ 52.9 รู้จัก ร้อยละ 47.1 ไม่รู้จัก)แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 89.5

เป็นที่น่าสังเกตว่า หน่วยงานที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพโดยตรง กลุ่มตัวอย่างรู้จักมากกว่าไม่รู้จัก ได้แก่ สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา(ร้อยละ 63.3 รู้จัก ร้อยละ 36.7 ไม่รู้จัก)แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 98.2 และสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ(ร้อยละ 65.5 รู้จัก ร้อยละ 34.5 ไม่รู้จัก)แต่ไม่เคยไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 98.0 (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13
หน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักและการใช้บริการ

หน่วยงาน	*รู้จัก*	*ไม่รู้จัก*	*การใช้บริการ*	
			ไม่เคย	*เคย*
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	*47.3 (1,243)*	*52.7 (1,386)*	*90.7 (2,134)*	*9.3 (220)*
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	*27.8 (730)*	*72.2 (1,899)*	*81.3 (19,54)*	*18.7 (448)*
ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน	*74.3 (1,938)*	*25.7 (671)*	*95.2 (2,140)*	*4.8 (107)*
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่	*65.8 (1,721)*	*34.2 (895)*	*91.3 (2,060)*	*8.7 (196)*
หน่วยรับเรื่องร้องเรียนในโรงพยาบาล	*52.4 (1,366)*	*47.6 (1,243)*	*94.3 (2,203)*	*5.7 (132)*
สำนักงานประกันสังคม	*36.8 (967)*	*63.2 (1,659)*	*82.3 (1,951)*	*17.7 (420)*
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด	*41.8 (1,098)*	*58.2 (1,529)*	*84.4 (1,980)*	*15.6 (367)*
สำนักงานแพทยสภา	*65.2 (1,700)*	*34.8 (908)*	*97.7 (2,222)*	*2.3 (53)*
สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค	*54.2 (1,416)*	*45.8 (1,195)*	*96.9 (2,231)*	*3.1 (72)*
กองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข	*69.9 (1,828)*	*30.1 (787)*	*96.5 (2,176)*	*3.5 (79)*
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	*45.0 (1,178)*	*55.0 (1,441)*	*96.1 (2,265)*	*3.9 (93)*
กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	*66.7 (1,718)*	*33.3 (856)*	*95.4 (2,130)*	*4.6 (102)*
สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา	*63.3 (1,625)*	*36.7 (941)*	*98.2 (2,201)*	*1.8 (41)*
สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	*65.5 (1,681)*	*34.5 (885)*	*98.0 (2,191)*	*2.0 (44)*
สภาคุ้มครองผู้บริโภค	*63.0 (1,613)*	*37.0 (947)*	*97.3 (2,166)*	*2.7 (60)*
ภาคี/ เครือข่ายผู้บริโภคภาคเอกชน/ประชาชน	*77.5 (1,983)*	*22.5 (575)*	*95.0 (2,089)*	*5.0 (111)*
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	*25.3*	*74.7*	*63.7*	*36.3*

หน่วยงาน	*รู้จัก*	*ไม่รู้จัก*	*การใช้บริการ*	
			ไม่เคย	*เคย*
	(49)	*(1,916)*	*(1,505)*	*(858)*
สายด่วนบัตรทอง 1330	*42.2* *(1,081)*	*57.8* *(1,479)*	*86.8* *(1,979)*	*13.2* *(300)*
สายด่วนประกันสังคม	*52.9* *(1,357)*	*47.1* *(1,210)*	*89.5* *(2,006)*	*10.5* *(236)*

4.4.5 ผลกระทบที่เกิดจากการร้องเรียน

(1) ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

ในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในภาพรวม ได้เปิดโอกาสให้ประชาชน "มีสิทธิ" และมีช่องทางการไปใช้สิทธิในการร้องเรียนเพิ่มขึ้น แม้ในทางปฏิบัติจะพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้และเข้าใจในสิทธิและการไปใช้สิทธิการร้องเรียนเมื่อได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการ ประกอบกับประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการร้องเรียนว่าเป็นเรื่องยุ่งยากเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย และจะทำให้เสียสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการซึ่งตนเองยังคงหวังพึ่งพิงอยู่

ผลการศึกษาพบว่า การร้องเรียนได้ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ใช้บริการในระดับปานกลางตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้

ลำดับที่ 1 เสียค่าใช้จ่ายของตนเอง (ค่าเฉลี่ย 2.3)

ลำดับที่ 2 เสียเวลาในการประกอบอาชีพ (ค่าเฉลี่ย 2.32)

ลำดับที่ 3 สูญเสียความมั่นใจในการไปใช้บริการจากสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.31)

ลำดับที่ 4 เสียค่าใช้จ่ายของครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 2.29)

ลำดับที่ 5 เสียความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพผู้ให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 2.26)

ลำดับที่ 6 เสียชื่อเสียง เกียรติยศ ของตนเอง (ค่าเฉลี่ย 2.05)

ลำดับที่ 7 เสียชื่อเสียง เกียรติยศของครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 2.04)

ลำดับที่ 8 เสียความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน (ค่าเฉลี่ย 1.91) (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14
ผลกระทบต่อผู้ใช้บริการที่เกิดจากการร้องเรียน

ผลกระทบต่อผู้ใช้บริการจากการร้องเรียน	ระดับของผลกระทบ			$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. การเสียค่าใช้จ่ายของตนเอง	47.3 (106)	38.8 (87)	13.8 (31)	2.33	0.71	ปานกลาง
2. การเสียเวลาในการประกอบอาชีพ	44.7 (98)	42.5 (93)	12.8 (28)	2.32	0.69	ปานกลาง
3. การสูญเสียความมั่นใจในการไปใช้บริการจากสถานพยาบาล	43.8 (98)	43.3 (97)	12.9 (29)	2.31	0.69	ปานกลาง
4. การเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัว	43.3 (97)	42.4 (95)	14.3 (32)	2.29	0.70	ปานกลาง
5. การเสียความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพผู้ให้บริการ	39.3 (88)	47.8 (107)	12.9 (29)	2.26	0.67	ปานกลาง
6. การเสียชื่อเสียง เกียรติยศของตนเอง	31.7 (71)	41.5 (93)	26.8 (60)	2.05	0.67	ปานกลาง
7. การเสียชื่อเสียง เกียรติยศ ของครอบครัว	30.5 (68)	43.0 (96)	26.5 (59)	2.04	0.76	ปานกลาง
8. การเสียความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน	22.5 (50)	45.5 (101)	32.0 (71)	1.91	0.73	ปานกลาง

ข้อมูลเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่ม***ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*** *(17 กรกฎาคม 2550)* รวมทั้งการสนทนากลุ่ม***คณะกรรมการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนขอนแก่น*** *(2 สิงหาคม 2550)****และคณะกรรมการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนโซนศรีนครินทร์ เขตลาดกระบัง เขตประเวศ*** *(5 ตุลาคม 2550)* ยืนยันว่า ประชาชนไม่ต้องการร้องเรียนถ้าไม่เดือดร้อนจริงๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจเชิงปริมาณพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 94.1 ไม่เคยร้องเรียนและไม่ต้องการร้องเรียน (ตารางที่ 4.9) และเห็นว่าการร้องเรียนเป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลาการทำงานเสียค่าใช้จ่าย เสียสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ (ตารางที่ 4.13) ซึ่งจำเป็นต้องรักษาสัมพันธภาพที่ดีไว้สำหรับการรับบริการในอนาคต นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ของสถานพยาบาลท่านหนึ่งได้ถ่ายทอดความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาร้องเรียนต่อผู้วิจัยว่า

"...ผู้ป่วยเขาไม่อยากร้องเรียนหมอ กว่าจะตัดสินใจยื่นเรื่องร้องเรียน ต้องใช้เวลาคิดมากเพราะกลัวเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย และกลัวเสียความสัมพันธ์กับหมอ เพราะเขาคิดว่ายังคงต้องมาใช้บริการที่นี่อีก แต่ที่ต้องร้องเรียนเพราะเดือดร้อนจริงๆ จากการมารับบริการทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตไป..."

(2) **ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ**

ในประเด็นการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เกิดกับผู้ป่วยในการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากต่อผู้ให้บริการ ซึ่งครอบคลุมการให้บริการแก่ผู้รับบริการในสถานพยาบาลทุกแห่ง

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่าการร้องเรียนทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้บริการในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้

ลำดับที่ 1 ความเครียด ความวิตกกังวล (ค่าเฉลี่ย 2.24)

ลำดับที่ 2 ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 2.18)

ลำดับที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 2.14)

ลำดับที่ 4 ความมั่นใจของทีมสุขภาพในการให้บริการ(ค่าเฉลี่ย 2.11)

ลำดับที่ 5 ขวัญและกำลังใจในการทำงาน(ค่าเฉลี่ย 2.09) (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15
ผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่เกิดจากการร้องเรียน

ผลกระทบต่อผู้ให้บริการจากการร้องเรียน	*ระดับของผลกระทบ*			$\overline{X}$	*S.D.*	*การแปลผล*
	มาก	*ปานกลาง*	*น้อย*			
1. ความเครียด ความวิตกกังวล	*37.3 (84)*	*48.9 (110)*	*13.8 (31)*	*2.24*	*0.68*	*ปานกลาง*
2. ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ	*29.0 (65)*	*59.8 (134)*	*11.2 (25)*	*2.18*	*0.61*	*ปานกลาง*
3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว	*28.4 (63)*	*57.7 (128)*	*14.0 (31)*	*2.14*	*0.64*	*ปานกลาง*
4. ความมั่นใจของทีมสุขภาพในการให้บริการ	*24.3 (54)*	*62.2 (138)*	*13.5 (30)*	*2.11*	*0.61*	*ปานกลาง*
5. ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน	*26.3 (59)*	*56.3 (126)*	*17.4 (39)*	*2.09*	*0.66*	*ปานกลาง*

ในการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ภายหลังจากที่นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ทำให้สถานพยาบาลรับภาระด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีเรื่องการร้องเรียนของผู้ป่วยจากความเสียหายที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนั้นยังพบว่าสถานพยาบาลหลายแห่งต้องรับภาระการรักษาพยาบาลประชากร ที่เกินจากโควตาที่ได้รับเนื่องจากมีประชากรแฝงอาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก เป็นผลให้ปริมาณงานกับจำนวนบุคลากรไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสม

สำหรับการร้องเรียนที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทำให้สถานพยาบาลต่างๆ มีการปรับโครงสร้างการทำงานเพื่อรองรับสถานการณ์การร้องเรียนเพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้ ซึ่งผู้ให้บริการมองว่า เป็นการเพิ่มภาระงานที่มากขึ้น ขณะที่อัตรากำลังไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง การที่ต้องปฏิบัติงานอย่างระมัดระวังความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น และการเพิ่มความพยายามดูแลให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดในการทำงาน แพทย์และผู้ปฏิบัตงานในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวลมากขึ้น ปริมาณการร้องเรียนที่เพิ่มขึ้น ทั้งที่เป็นการร้องเรียนจากความเสียหายทั้งในระดับที่รุนแรงและไม่รุนแรง หากไม่มีการบริหารจัดการการร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพอาจส่งผลต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์ของสถานบริการ ตลอดจนความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติงานของทีมงานในสถานพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างระบบผู้ให้บริการและระบบผู้รับบริการได้ ทั้งนี้พบว่า สถานพยาบาลบางแห่งจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลซึ่งมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย คณะกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยง และคณะกรรมการรับและแก้ไขข้อร้องเรียน โดยนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลประการหนึ่งคือ การสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยในการมารับบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลถือเป็นการป้องกันการเกิดเรื่องร้องเรียน

ดังเช่น ***พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ*** *(**สัมภาษณ์**, 22 ตุลาคม 2550)* กล่าวว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปเน้นที่สิทธิของผู้รับบริการมากกว่าผู้ให้บริการ โดยที่รัฐไปกำกับผู้ให้บริการมากไป จนทำให้ภาระไปตกอยู่ที่ผู้ให้บริการเพียงฝ่ายเดียว จึงส่งผลให้ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเกิดความไม่สมดุลกันเกิดขึ้น

ถึงแม้ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจจากผู้บริหารโรงพยาบาล แต่ก็ยังรู้สึกขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานจึงเรียกร้องให้ผู้บริหารจากส่วนกลาง (สปสช.)หันมาให้ความสนใจบุคลากรในส่วนนี้ให้มากขึ้น มิควรมุ่งเน้นแต่ผลงานเพียงอย่างเดียว *(**สัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติงานศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า**)* นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพมีความต้องการในการพัฒนาความรู้ทักษะเกี่ยวกับการจัดการเรื่องร้องเรียน การเจรจาไกล่เกลี่ย และการใช้แนวทางสันติวิธีในการปฏิบัติงาน ซึ่งในการฝึกอบรมในเรื่องนี้ที่ดำเนินการโดยศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข ยังไม่ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด *(**ผู้ปฏิบัติงานศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารและรับเรื่องร้องเรียน จ. ขอนแก่น**, **สัมภาษณ์**, 3 สิงหาคม 2550)*

(3) **ผลกระทบต่อสังคม** การร้องเรียนได้ส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมเช่นกัน โดยมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ

ผลกระทบด้านบวก ก่อให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในด้านคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนไปใช้สิทธิเพิ่มขึ้น ประชาชนมีโอกาสมีส่วนร่วมในการตรวจตราและควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการเพิ่มขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีบทบาทและส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครองคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานชุดต่าง ๆ ในระดับจังหวัด ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนมากขึ้น

ส่วนผลกระทบด้านลบ คือ การร้องเรียนที่มีการเผยแพร่ในสื่อสารมวลชนทำให้คนในสังคมเริ่มขาดความเชื่อมั่นต่อคุณธรรม จริยธรรมของแพทย์ ขาดความเชื่อมั่นต่อระบบกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะระบบประกันสังคม ซึ่งมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และนักวิชาการ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้บริหารศูนย์หลักประกันสุขภาพของสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง และกรณีศึกษาของการวิจัยครั้งนี้ได้กล่าวถึงการตีความอย่างเคร่งครัด ตายตัวกับระเบียบของการจ่ายเงินให้กับผู้ประกันตนจนมองข้ามหลักมนุษยธรรม ทั้งๆ ที่เป็นสิทธิอันพึงมีพึงได้ ของผู้ประกันตน และสำนักงานประกันสังคมก็มีเงินอยู่ในกองทุนประกันสังคมที่ส่วนหนึ่งมาจากการจ่ายสมทบของผู้ประกันตนอยู่เป็นจำนวนมาก

อนึ่ง ข้อมูลจากศูนย์สารนิเทศ สำนักงานประกันสังคม ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549 ระบุว่า มีเงินอยู่ในกองทุนประกันสังคมรวม 403,281 ล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นเงินกองทุนกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ(ซึ่งเป็นเงินออมของผู้ประกันตนจำนวนกว่า 8.5 ล้านคนทั่วประเทศที่สำนักงานประกันสังคมสะสมไว้เตรียมจ่ายสิทธิประโยชน์บำนาญชราภาพในปี พ.ศ. 2557) จำนวน 326,089 ล้านบาท เละเป็นเงินกองทุนกรณีว่างงานจำนวน 19,707 ล้านบาท

ภาพลักษณ์ที่สำนักงานประกันสังคมมีเงินในกองทุนประกันสังคมจำนวนมากทำให้เกิดการเรียกร้องจากโรงพยาบาลเอกชนให้มีการปรับเพิ่มอัตราค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว มิฉะนันจะไม่ร่วมบริการผู้ประกันตนในกองทุนเงินทดแทนในปี 2551 จนทำให้สำนักงานประกันสังคมต้องปรับเพิ่มอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาลตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2551 โดยได้ปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2551จากเดิม 1,284 บาทต่อคนต่อปี เป็น 1,306 บาทต่อคนต่อปี และเพิ่มอัตราค่าภาระเสี่ยงซึ่งจ่ายให้โรงพยาบาลตามการให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคเรื้อรังจากเดิม 211 บาทต่อคนต่อปี เป็น 233 บาทต่อคนต่อปี *(สุรินทร์ จิรวิศิษฏ์ ,สัมภาษณ์ในหนังสือพิมพ์เดลินิวส์ ฉบับวันที่ 19 ธันวาคม 2550)*

ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในสังคมในอนาคตที่จะเกี่ยวข้องกับระบบประกันสังคม โดยตรงคือ กระแสของการเรียกร้องจากผู้ใช้แรงงาน และนักวิชาการแรงงานที่ต้องการให้มีการปฏิรูปการบริหารจัดการในสำนักงานประกันสังคม การปรับเพิ่มสวัสดิการให้กับผู้ประกันตน การจัดสรรเงินในกองทุนประกันสังคมส่วนหนึ่งมาจัดตั้งธนาคารลูกจ้างหรือธนาคารประชาชน ซึ่งหากเป็นไปตามนี้จะทำให้สำนักงานประกันสังคมต้องมีการปรับตัวอย่างขนานใหญ่

ข้อสังเกตต่อผลการศึกษาข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานและผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและสังคม

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยมากว่า ความผิดพลาดในการให้บริการเกิดขึ้นได้เสมออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ไม่มีใครต้องการให้เกิดขึ้น โดยความผิดพลาดของการรักษาพยาบาลเกิดจาก (1) ผู้รับบริการไม่ได้เห็นข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง (2) ความไม่พร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ของสถานพยาบาล และ (3) จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นมากทำให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ของผู้ให้บริการทางการแพทย์

สำหรับข้อผิดพลาดของการดำเนินงานที่ผ่านมามี 3 ประเด็นหลักที่นำไปสู่การร้องเรียน คือ พฤติกรรมการให้บริการ การรักษาของแพทย์ และการไม่ได้สิทธิ

(1) พฤติกรรมการให้บริการ ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพูดจา การดูแลเอาใจใส่ การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการ

(2) การรักษาของแพทย์ ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการให้บริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เช่น ตายที่ไม่ควรตาย พิการทั้งที่ไม่น่าพิการ ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล การไม่ได้รับคำแนะนำชี้แจงที่ชัดเจนด้านการรักษาพยาบาลจากผู้ให้บริการ

(3) การไม่ได้สิทธิ ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่พึงได้ การถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ การถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด การถูกเรียกเก็บเงินทั้งที่สิทธิให้ครอบคลุมอยู่แล้ว และความไม่ใส่ใจในการจัดการกับปัญหาของสถานพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าว ชี้ให้เห็นประเด็นที่เป็นแนวทางในการป้องกันข้อผิดพลาด รวมทั้งการป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อผู้รับบริการ ผู้รับบริการ และสังคม โดยแต่ละฝ่ายต้องปรับตัวเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวดังนี้

(1) ผู้ให้บริการจะต้องให้ผู้รับบริการได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตนอย่างชัดเจน และข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อมูลที่เข้าใจได้ง่าย ขณะเดียวกัน ผู้รับบริการต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วนแก่ผู้ให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล

(2) จากผลการศึกษาที่พบว่าสถานพยาบาลขาดความพร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในระดับมากอันเป็นสาเหตุหนึ่งของความผิดพลาดในการรักษาที่นำไปสู่การร้องเรียน ดังนั้น สถานพยาบาลจึงควรปรับปรุงความพร้อมในด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้มากขึ้น

(3) ต้องมีการบริหารจัดการให้มีการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ให้สมดุลกับปริมาณของผู้รับบริการแต่ละพื้นที่ เพราะผลการศึกษาพบว่าในพื้นที่ที่มีประชากรแฝงมากจะมีจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้นมากทำให้เกิดผลกระทบต่อความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ของผู้ให้บริการทางการแพทย์

(4) ต้องมีการปรับพฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความนุ่มนวลมากขึ้นเพราะผลการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพูดจา การดูแลเอาใจใส่ การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยให้แก่ผู้ใช้บริการ

(5) จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่พึงได้ การถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ การถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด การถูกเรียกเก็บเงินทั้งที่สิทธิให้ครอบคลุมอยู่แล้ว และความไม่ใส่ใจในการจัดการกับปัญหาของสถานพยาบาล ดังนั้นสถานพยาบาลจึงควรปรับปรุงระบบการบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองสิทธิที่ตนพึงได้รับ และได้รับความเป็นธรรมด้านค่าบริการ

4.5 การดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นรูปธรรม โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกิดจากความร่วมมือของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน ดำเนินงานโดยเครือข่ายองค์กรประชาชนที่หลากหลาย และมีการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตนเองมาอย่างต่อเนื่องตลอดจนเคยมีบทบาทในการเคลื่อนไหวผลักดัน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยดำเนินงานในฐานะของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนควบคู่ไปกับงานเดิมของแต่ละองค์กร จึงเป็นการพัฒนาและยกระดับการทำงานของประชาชนซึ่งได้แก่ เครือข่ายองค์กรผู้บริโภค ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ แรงงานนอกระบบ เกษตรกร กลุ่มออมทรัพย์ สหกรณ์ องค์กรชุมชน และกลุ่มประชาสังคม

ปี 2549 มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนจำนวน 72 ศูนย์ 43 จังหวัด ประกอบด้วย (สปสช., 2550 : 2)

1) ภาคเหนือ	17 ศูนย์	11 จังหวัด
2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13 ศูนย์	12 จังหวัด
3) ภาคตะวันออก	4 ศูนย์	3 จังหวัด
4) ภาคตะวันตก	4 ศูนย์	4 จังหวัด
5) ภาคกลาง	4 ศูนย์	4 จังหวัด
6) ภาคใต้	9 ศูนย์	7 จังหวัด
7) กรุงเทพฯ และปริทณฑล	21 ศูนย์	2 จังหวัด

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนดำเนินงานเป็นอิสระโดยภาคประชาชน โดยโครงสร้างของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จะมีคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยตัวแทนองค์กรแกนนำเครือข่าย และแกนนำชุมชน อาจจะเป็น อาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และมีผู้ประสานงานเป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก มีสถานที่ตั้งชัดเจน แต่ไม่ได้ตั้งอยู่ในหน่วยบริการหรือหน่วยงานของภาครัฐ การดำเนินงานจะใช้ระบบอาสาสมัครทำงานในพื้นที่ โดยเน้นทำงานเชิงรุก มีการเชื่อมต่อข้อมูลผ่านผู้ประสานงาน และวางแผนการทำงานผ่านการประชุมคณะกรรมการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และเพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเป็นไปอย่างมีทิศทางและมีประสิทธิภาพ สปสช. ได้สนับสนุนให้มี “กลไกสนับสนุนระดับภาค” 7 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ติดตามหนุนเสริมการทำงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในแต่ละภาค เชื่อมร้อยเครือข่ายภาคประชาชนในระดับภาค รวมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลและประสานความร่วมมือกับองค์กร ภาคีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ สปสช. ส่วนกลาง สปสช.สาขาเขตพื้นที่ สาขาจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนนอกจากมีกลไกสนับสนุนระดับภาคแล้ว ยังมีกลไกสนับสนุนในส่วนกลาง คือ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพและหนุนเสริมการทำงานของกลไกระดับภาค รวมทั้งช่วยจัดกระบวนการทำงานเชื่อมโยงข้อมูลของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน และเป็นที่ปรึกษาในการทำงานให้กับศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนต่างๆ

สปสช. ยังได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาศักยภาพศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนตามคำสั่ง สปสช. ที่ 56/2549 เป็นคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ทำหน้าที่ในการหนุนเสริม พัฒนา กำหนดทิศทางและวางแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในภาพรวม โดยเสนอให้มีการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ครบทุกจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ศูนย์ ทั้งนี้ตามความพร้อมและศักยภาพของแต่ละพื้นที่

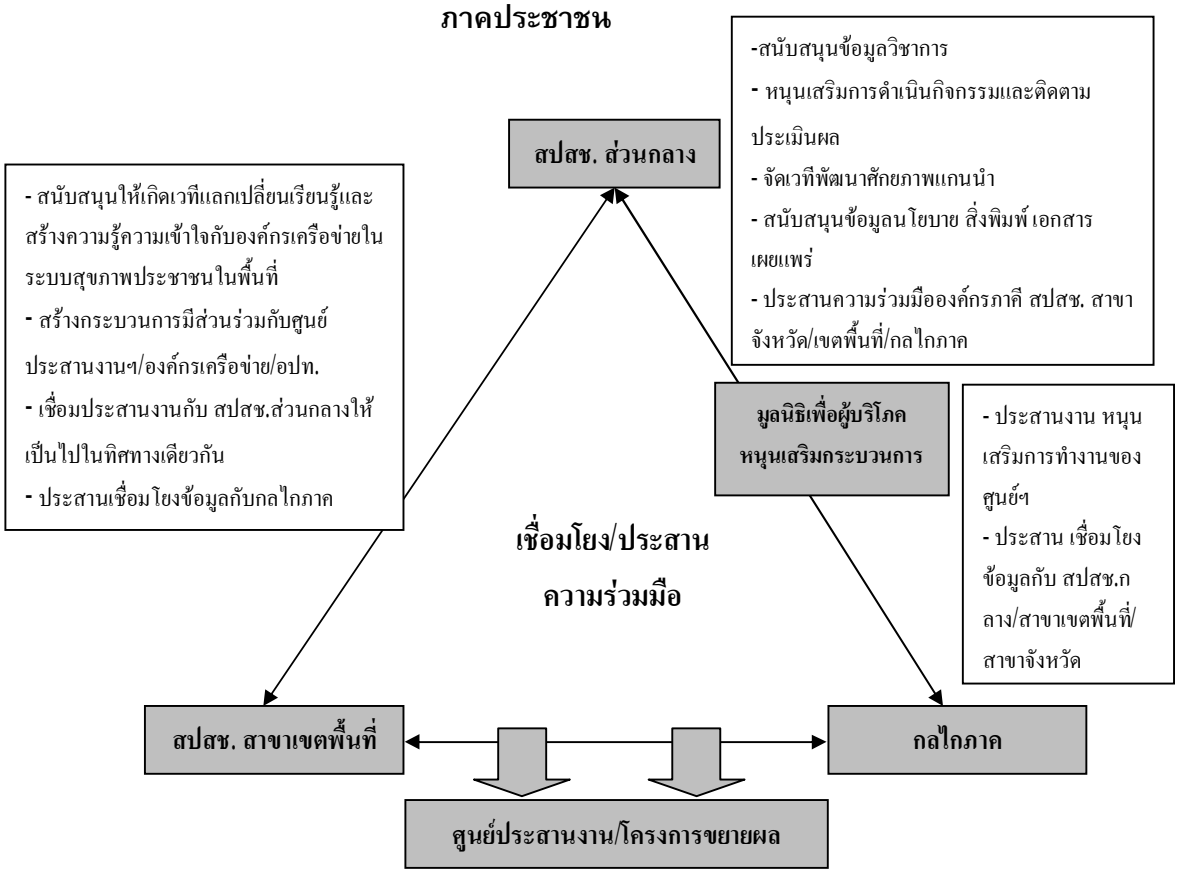
บทบาท ภารกิจของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน มี 5 ประการคือ *(สปสช., 2550 : 5)*

1. เผยแพร่ข้อมูล ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ
2. รับเรื่องร้องทุกข์ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานแก้ไข
3. ติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่
4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมองค์กรชุมชน/องค์กรประชาชนในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
5. จัดทำข้อเสนอและความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

(แผนภูมิที่ 4.5)

แผนภูมิที่ 4.5

แสดงการเชื่อมโยงสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), แนวทางการดำเนินงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน หน้า 6

การศึกษาผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ในการวิจัยนี้ใช้ทั้งการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และการสนทนากลุ่มคณะกรรมการ และผู้ประสานงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในจังหวัดสงขลา ขอนแก่น นนทบุรี เชียงใหม่ และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกกรรมการและผู้จัดการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

4.1 การดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น

ข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการ และผู้ประสานงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนที่จังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น กรุงเทพฯ และสงขลา พบว่า การดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นขบวนการขับเคลื่อนทางสังคมในด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานมีสถานะเป็นอาสาสมัคร ไม่คาดหวังค่าตอบแทนการทำงาน ส่วนใหญ่มีรายได้จากอาชีพหลัก เหตุผลของการมาทำงาน คือ ความตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

คณะกรรมการและผู้ประสานงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนทั้ง 4 จังหวัด ประเมินว่าการดำเนินงานประสบผลสัมฤทธิ์ระดับหนึ่ง เพราะศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ยังต้องพึ่งพิงงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ การดำเนินงานตามภารกิจไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ การรับเรื่องร้องทุกข์ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานแก้ไข การติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมองค์กรชุมชน/องค์กรประชาชนในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และการจัดทำข้อเสนอและความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเดินทางติดต่อประสานงานในการรับเรื่องร้องทุกข์และให้คำปรึกษา ค่าใช้จ่ายสำหรับจัดเวทีในชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ ซึ่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีจำกัด และยังไม่มีความมั่นใจในความต่อเนื่องของงบประมาณที่จะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในอนาคต ในบางจังหวัดต้องใช้วิธีการแทรกกิจกรรมการสร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพในชุมชนในกิจกรรมอื่นๆ ที่มีงบประมาณสนับสนุนอยู่แล้ว จึงทำให้การดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพทำได้ไม่เต็มที่

ปัญหาด้านงบประมาณของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนที่มีจำกัด นักวิชาการสำนักงานประกันสังคมมีข้อคิดเห็นว่า

“ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะหวังพึ่งงบประมาณจากรัฐอย่างเดียวไม่ได้ แต่จะไปรอดได้ต้องได้รับงบจาก อบต./อบจ. ในพื้นที่ก็จะได้รับบริการที่ดีขึ้น เช่น มีการตรวจสุขภาพ

*เพิ่มขึ้นมา หรือใช้งบประมาณจากอบต. ส่งลูก หลาน ไปเรียนแพทย์ พยาบาล แล้วกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลที่จังหวัดของตนก็ทำได้... หากไม่มีงบประมาณจะเอาการบริการ วิธีการรักษา และยา มาจากไหน ทางแก้ก็คือ งบประมาณจากอบต./ อบจ.สามารถช่วยตรงนี้ได้" (**เพ็ญศรี ไตรรัตน์**, **สัมภาษณ์**, 27 **กันยายน** 2550)*

นักต่อสู้เพื่อสิทธิผู้บริโภคอีกท่านหนึ่งก็มีความคิดเห็นในประเด็นการใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างหลักประกันสุขภาพในชุมชน โดยกล่าวว่า

*"อบต. สามารถจัดบริการในท้องถิ่นได้ ไปร่วมกับ อบต.ได้ในมาตรา 47 เช่น เราอยากให้หมอเป็นผู้ดูแลคนในหมู่บ้าน กฎหมายได้เปิดช่องให้เกิดการมีส่วนร่วม ระบบประกันสุขภาพเมื่อเงินไม่เพียงพอ ก็ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม" (**สาลี อ๋องสมหวัง**, **สัมภาษณ์**, 3 **ตุลาคม** 2550)*

สำหรับการทำให้ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเข้มแข็ง บรรลุสัมฤทธิ์ผลในการดำเนินงานมากขึ้นนั้น นักวิชาการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า

*"แนวคิดในการคุ้มครองผู้บริโภคยังไม่มีความเข้มแข็ง เรามีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ซึ่งจะทำอย่างไรให้ศูนย์ดังกล่าวเข้มแข็งและเป็นอิสระจริงๆ ในต่างประเทศศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคของเขาเป็นกลางจริงๆ เขาจะให้ความเป็นธรรมทั้ง 2 ฝ่าย เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างผู้ให้กับผู้รับ ที่ผ่านมา ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนถูกตั้งข้อสังเกตว่าไม่มีความเป็นกลาง จะทำอย่างไรจะทำให้เกิดความเป็นอิสระ เกิดความโปร่งใส ให้เขาดูแลผู้บริโภคในทุกเรื่อง ซึ่งในอนาคตคาดหวังไว้ว่าอยากให้มีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่มีความเป็นอิสระอย่างแท้จริง และเป็นองค์กรที่สังคมให้การยอมรับ อย่างไรก็ตามมันคงไม่ก้าวกระโดด ก็ต้องค่อยเป็นค่อยไป" (**ดร.ยุพดี สิริสินสุข**, **สัมภาษณ์**, 29 **ตุลาคม** 2550)*

4.2 ความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ในการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในระดับปานกลาง ตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ลำดับที่ 1 การนำพาประชาชนที่ไม่มีบัตรทองไปทำบัตรทอง (ค่าเฉลี่ย 2.14)

ลำดับที่ 2 การประสานความร่วมมือกับองค์การบริการส่วนตำบลในพื้นที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล (ค่าเฉลี่ย 2.10)

ลำดับที่ 3 การผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ (ค่าเฉลี่ย 2.09)

ลำดับที่ 4-5 การประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรม เช่น นิทรรศการ การเคาะประตูบ้าน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเข้าถึงสิทธิ และการรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพจากประชาชนในพื้นที่ (ค่าเฉลี่ย 2.08)

ลำดับที่ 6 การให้ข้อมูลคำปรึกษาเพื่อให้ผู้ร้องเรียนดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยตนเอง (ค่าเฉลี่ย 2.02)

ลำดับที่ 7-8 การประสานความร่วมมือกับองค์กรพันธมิตร และการประสานความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเพื่อลดความขัดแย้ง(ค่าเฉลี่ย 1.99)

ลำดับที่ 9 การประสานความร่วมมือกับอนุกรรมการภาคประชาชนระดับจังหวัด (ค่าเฉลี่ย 1.95)

ลำดับที่ 10 การประสานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการยื่นคำร้องเพื่อขออุทธรณ์ (ค่าเฉลี่ย 1.88) (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.16

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน	*ระดับของผลกระทบ*			$\overline{X}$	*S.D.*	*การแปลผล*
	มาก	*ปานกลาง*	*น้อย*			
การนำพาประชาชนที่ไม่มีบัตรทองไปทำบัตรทอง	*29.1 (75)*	*56.2 (145)*	*14.7 (38)*	*2.14*	*0.65*	*ปานกลาง*
การประสานความร่วมมือกับองค์การบริการส่วนตำบลในพื้นที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล	*27.1 (70)*	*56.2 (145)*	*16.7 (43)*	*2.10*	*0.65*	*ปานกลาง*
การผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่	*26.6 (69)*	*56.0 (145)*	*17.4 (45)*	*2.09*	*0.66*	*ปานกลาง*
การประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรม เช่น นิทรรศการ การเคาะประตูบ้านเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเข้าถึงสิทธิ์	*25.2 (66)*	*57.6 (151)*	*17.2 (45)*	*2.08*	*0.65*	*ปานกลาง*
การรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพจากประชาชนในพื้นที่	*23.5 (60)*	*61.2 (156)*	*15.3 (39)*	*2.08*	*0.62*	*ปานกลาง*
การประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาหรือส่งต่อกรณีปัญหา	*21.1 (54)*	*61.3 (157)*	*17.6 (45)*	*2.04*	*0.62*	*ปานกลาง*
การให้ข้อมูลคำปรึกษาเพื่อให้ผู้ร้องเรียนดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยตนเอง	*20.7 (52)*	*60.2 (151)*	*19.1 (48)*	*2.02*	*0.63*	*ปานกลาง*
การประสานความร่วมมือกับองค์กรพันธมิตร	*20.7 (53)*	*57.8 (148)*	*21.5 (55)*	*1.99*	*0.65*	*ปานกลาง*
การประสานความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเพื่อลดความขัดแย้ง	*19.7 (50)*	*59.8 (152)*	*20.5 (52)*	*1.99*	*0.63*	*ปานกลาง*
การประสานความร่วมมือกับอนุกรรมการภาคประชาชนระดับจังหวัด	*16.1 (41)*	*62.6 (159)*	*21.3 (54)*	*1.95*	*0.61*	*ปานกลาง*
การประสานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการยื่นคำร้องเพื่อขออุทธรณ์	*14.2 (36)*	*59.8 (152)*	*26.0 (66)*	*1.88*	*0.62*	*ปานกลาง*

4.6 แนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

ในการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากกับแนวทางแบบกว้างๆ 4 ประการคือ การสนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้ รวมทั้งการให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมป้องกันแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการได้ (ค่าเฉลี่ย 2.54) การปรับปรุงวิธีการบริการของสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.52) และการแจ้งผลการพิจารณาการร้องเรียน (ค่าเฉลี่ย 2.42) (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ

แนวทางที่ควรดำเนินการ	*ระดับการเห็นด้วย*			$\overline{X}$	*S.D.*	*การแปลผล*
	มาก	*ปานกลาง*	*น้อย*			
การสนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้	*60.4 (1,650)*	*33.7 (921)*	*5.9 (162)*	*2.54*	*0.61*	*มาก*
ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมป้องกันแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการได้	*59.5 (1,621)*	*34.9 (952)*	*5.5 (151)*	*2.54*	*0.60*	*มาก*
การปรับปรุงวิธีการบริการของสถานพยาบาล	*57.0 (1,557)*	*37.6 (1,027)*	*5.5 (149)*	*2.52*	*0.60*	*มาก*
การแจ้งผลการพิจารณาการร้องเรียน	*51.2 (1,395)*	*39.4 (1,073)*	*9.4 (257)*	*2.42*	*0.66*	*มาก*

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ผู้บริหารสถานพยาบาล แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ให้ความเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ว่า ปัจจุบันงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลมีไม่เพียงพอ ทำให้ประชาชนมีปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ทั้งการเข้าถึงวิธีการรักษา การบริการ และยา และยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีมากและเพิ่มขึ้น ประกอบกับรัฐยังไม่ได้นำระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System หรือGIS) มากำหนดอัตรากำลังแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่จึงทำให้อัตราแพทย์/ ขพยาบาล กับผู้ป่วยไม่สมดุลกัน ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาล

ของรัฐต้องทำงานหนักแต่ได้รับค่าตอบแทนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ และค่าตอบแทนของแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนที่จูงใจมากกว่า ทำให้แพทย์ขาดขวัญกำลังใจ และลาออกจากระบบเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ก็ไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาการร้องเรียน จึงมีข้อเสนอดังนี้

1. **ทบทวนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใหม่** โดยเน้นช่วยเหลือประชาชนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สำหรับคนที่มีฐานะเศรษฐกิจดีไม่จำเป็นต้องช่วยฟรีทั้งหมด แต่ควรให้เข้ามามีส่วนร่วมในค่าใช้จ่าย *(**นิรมล กีรติสิทธิกุล**, **สัมภาษณ์**, 30 **สิงหาคม** 2550)*

2. **ปรับปรุงระบบและโครงสร้างการบริการสุขภาพ** กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงการคลัง พิจารณาปรับปรุง ขยายระบบและโครงสร้างการบริการสุขภาพให้มีความเหมาะสม ครอบคลุมและเพียงพอกับปริมาณการมารับบริการในแต่ละพื้นที่ มีการขยายสถานพยาบาลใกล้บ้าน/ในระดับชุมชนให้เพียงพอ *(**ดร.ยุพดี สิริสินสุข** , **สัมภาษณ์**, 29 **ตุลาคม** 2550)* และให้มีอัตราส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอกับจำนวนผู้มารับบริการ มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ ทันสมัย*(**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า**, **สัมภาษณ์**, 10 **ตุลาคม** 2550, **แพทย์หญิงกฤติยาศรีประเสริฐ** , **สัมภาษณ์**, 22 **ตุลาคม** 2550)* การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ อาจใช้งบประมาณจากการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)เพื่อคัดเลือกและส่งบุตร หลานของประชาชนในพื้นที่ไปรับการศึกษาอบรมหลักสูตรทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆและกลับมาทำงานในสถานพยาบาลในท้องถิ่นของตน *(**เพ็ญศรี ไตรรัตน์** , **สัมภาษณ์**, 27 **กันยายน** 2550)*

3. **ระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบควรปรับปรุงการให้ข้อมูล ให้ความรู้กับประชาชนอย่างถูกต้องในการไปใช้สิทธิ** โดยควรผลักดันให้มีการนำนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชาชน มีความรู้ความเข้าใจตระหนักและปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างถูกต้องในการไปใช้สิทธิ และต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง เพื่อประชาชนจะได้มีสุขภาพดี มีการเจ็บป่วยและไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลน้อยลง ลดภาระของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาการร้องเรียนก็จะน้อยลงด้วย *(**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า** , **สัมภาษณ์**, 10 **ตุลาคม** 2550)*

4. **ระบบประกันสังคมควรปรับปรุงกระบวนการสืบสวนหรือสอบข้อเท็จจริงในการขอรับเงินทดแทน**ในลักษณะต่างๆ โดยให้คำนึงถึงสิทธิของผู้ประกันตนที่ควรจะได้รับตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ เช่น การมีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอในพื้นที่บริการหรือพื้นที่รับผิดชอบให้สามารถเข้าไปตรวจสอบที่เกิดเหตุได้ทันท่วงที หรือ ใช้ข้อมูลอื่นๆ มาประกอบการพิจารณาและพิจารณาเหตุผลอย่างโปร่งใส มีคณะกรรมการจากส่วนอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบ เช่น ตัวแทนของผู้ประกันตน ตัวแทนสหภาพแรงงาน เป็นต้น สำนักงานกองทุนเงินทดแทน ควรปรับปรุงการสืบค้นข้อมูล หรือหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติม และควรตีความ หรือพิจารณา

ข้อมูลในลักษณะที่กว้าง และพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง อันอาจจะเป็นเหตุให้ผู้ประกันตนต้องเสียชีวิต มิใช่ต้องเสียชีวิตขณะปฏิบัติหน้าที่จึงจะได้รับเงินทดแทน *(จากกรณีศึกษาโชคดี)*

5. **ควรปรับปรุงเป้าหมาย ของ** การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดตามมาตรา41 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 โดยกำหนดเป้าหมาย 3 ประการ คือ 1) คนที่จะได้รับการชดเชยนั้น จะต้องได้มาโดยไม่มีการฟ้องร้อง 2) ลดความขัดแย้งระหว่างผู้มารับบริการกับแพทย์ และ3) ยกระดับมาตรฐานการได้รับบริการของผู้มารับบริการ *(สาลี อ๋องสมหวัง, สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2550)*

6. **ระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบควรปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียน** โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการพิจารณาเพื่อคุ้มครองให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย มองข้อเท็จจริงมากที่สุดโดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากเวชระเบียน และผู้เกี่ยวข้องต้องเข้าใจว่าความผิดพลาดทางการแพทย์ ย่อมเกิดขึ้นได้ เพราะแพทย์มีความชำนาญในแต่ละเรื่องไม่เท่ากัน

7. **ควรส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ** เช่น องค์การปกครองส่วนท้องท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อเพิ่มศักยภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพชุมชน จัดทำโครงการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ*(สาลี อ๋องสมหวัง, สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2550 , เพ็ญศรี ไตรรัตน์ , สัมภาษณ์, 27 กันยายน 2550)*

8. **ควรพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ไปสู่มาตรฐานเดียวกัน** มาตรฐานที่แตกต่างกันของ 3 ระบบทำให้เกิดการเปรียบเทียบ ปัญหาต่างๆ จะลดลงถ้าทำให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขณะเดียวกัน ต้องพัฒนาให้ทุกระบบให้การคุ้มครองประชาชนทุกคนอย่างดี มีความเสมอภาค เป็นธรรม แม้จะเป็นเรื่องที่ทำได้ยากที่ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบจะถูกปรับให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าจะทำให้เท่ากันไม่ได้เลย *(สาลี อ๋องสมหวัง, สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2550 และดร.ยุพดี สิริสินสุข, สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2550)*

9. **ควรสร้างองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคจากการไปรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบที่มีความเป็นอิสระ** ในอนาคตต้องการให้มีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค**จากการไปรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบ**ที่มีความเป็นอิสระอย่างแท้จริง และเป็นองค์กรที่สังคมให้การยอมรับ อย่างไรก็ตามต้องค่อยๆมีการพัฒนาไป ไม่ต้องรีบร้อนดำเนินการจนอาจเกิดความเสียหายหรือผลกระทบทางลบได้ *(ดร.ยุพดี สิริสินสุข , สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2550)*

10. **ควรใช้แนวทางจัดการความขัดแย้งแบบสมานฉันท์** หลักการที่ใช้ในการจัดการเรื่องร้องเรียนของผู้เสียหายจากการไปรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบต้องมองในแง่ของมนุษยธรรม ไม่มองแบบผู้ชนะ-ผู้แพ้ จะมองแบบถูก-ผิดไม่ได้ ต้องจัดการ

เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายได้รับประโยชน์ได้รับความเป็นธรรมแบบ win- win มิฉะนั้น หากวันใดระบบประกันสุขภาพล้มเหลวขึ้นมา ผู้ให้บริการเกิดความไม่มั่นใจที่จะรักษา ไม่ต้องการที่จะเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน ก็จะให้การรักษาวิธีอื่นที่คิดว่าผู้ป่วยพอใจแม้จะไม่ใช่วิธีการที่แพทย์เห็นว่าเหมาะสม ผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ควรจะเป็น ***(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, สัมภาษณ์, 22 ตุลาคม 2550)***

11. ใช้จริยธรรมทางวิชาชีพเป็นแนวปฏิบัติในการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบ เมื่อมีกรณีผิดพลาดจากการไปรับบริการทางการแพทย์ การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ ควรคำนึงถึงเรื่อง การปกป้องวิชาชีพ แต่ละวิชาชีพจะมีจริยธรรมทางวิชาชีพเป็นแนวปฏิบัติ เป็นสิ่งที่นักวิชาชีพต้องยึดถือ และมีองค์กรวิชาชีพเป็นกลไกในการควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติให้เป็นไปตามจรรยาบรรณนั้น มิฉะนั้นจะมีโทษ เช่นวิชาชีพแพทย์ วิชาชีพพยาบาล ***(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, สัมภาษณ์, 22 ตุลาคม 2550)***

ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารสถานพยาบาล แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการต่อแนวทางการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบดังกล่าว จะถูกนำไปสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และมาตรการในการส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุง กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

4.7 การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาโดยสรุปดังกล่าว มีประเด็นที่ควรตั้งเป็นโจทย์ในการอภิปรายผล 3 ประเด็นคือ ประเด็นแรก ระบบสุขภาพ (Health System) ที่ดีควรเป็นอย่างไร ประเด็นที่สอง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) ควรทำอย่างไร ประเด็นที่สาม ควรมีกลไกและกระบวนการอย่างไรที่จะทำให้การชดเชยความเสียหายเบื้องต้นมีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

ประเด็นแรก ระบบสุขภาพ (Health System) ที่ดีควรเป็นอย่างไร เป็นประเด็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางรวมทั้งผลการศึกษาครั้งนี้ก็ชี้ให้เห็นว่าระบบสุขภาพของเรายังคงมีปัญหาที่ต้องแก้ไขปรับปรุง ผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ในการปาฐกถาพิเศษเรื่อง “สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์” ในงานเฉลิมอายุครบ 80 ปี ของ ศาสตราจารย์แพทย์หญิง คุณสุภา ณ นคร อดีตหัวหน้าสาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาลเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 เนื้อหาของปาฐกถาดังกล่าว มีบทวิเคราะห์เรื่องระบบสสุขภาพอย่างลึกซึ้งและเป็นระบบ มีข้อเสนอในการปฏิรูประบบสุขภาพที่กว้างขวาง ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการปฏิรูป “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” ซึ่งเป็นหัวข้อของการวิจัยครั้งนี้ได้

ในปาฐกถาของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงสุขภาพว่า หมายถึงชีวิตทั้งหมด ไม่คับแคบแบบปัจจุบันที่ลดทอนเรื่องสุขภาพลงเหลือแค่เทคนิคและเน้นที่**โรคภาพ** มากกว่า**สุขภาพ** ยิ่งพิจารณาอย่างละเอียดถึงคำนิยามของคำว่า สุขภาพ จะยิ่งเห็นว่าสุขภาพไม่ใช่เรื่องของโรงพยาบาล แพทย์ ยา เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของความถูกต้องทั้งหมด ดังจะเห็นได้จากคำนิยามคำว่า สุขภาพ ขององค์การอนามัยโลกที่ว่า "Health is complete physical, mental, social and spiritual well-being,..." **หรือ "สุขภาพ = สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางวิญญาณ"**

สุขภาวะทางกายหมายถึงร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา ไม่มีความเห็นแก่ตัว สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึงมีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภารดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึงสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น นี่จึงเป็นคำนิยามที่มีความครอบคลุมและลึกซึ้ง

สุขภาวะเกิดจากความถูกต้องทั้งหมด ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีองค์ประกอบขยายไปอีกอย่างกว้างขวาง ทั้งเรื่อง เศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา และทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียว และมีความถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพ เกิดความสมดุล ดุลยภาพทำให้เกิดความเป็นปกติ และความยั่งยืน การขาดความพอดีหรือการเสียดุลยภาพทำให้เกิดความผิดปรกติหรือทุกขภาพ และความไม่ยั่งยืน เมื่อสุขภาพเกิดจากความถูกต้องของทั้งหมด และเป็นสิ่งที่มนุษย์ปรารถนา สุขภาพจึงอยู่ในฐานะเป็นอุดมคติหรืออุดมการณ์ของมนุษย์ได้

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงระบบสุขภาพที่ดีว่า ควรเป็นระบบสุขภาพเชิงรุก หมายถึงการมีระบบป้องกันและควบคุมโรคที่มีศักยภาพสูง และมีระบบบริการสุขภาพที่ดี สังคมไทยจะต้องมีจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพ ที่ทุกคนและทุกองค์กรในสังคมมีส่วนร่วมสร้าง ต้องส่งเสริมให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพ และมีทักษะในการสร้างสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารสุขภาพ การละเว้นการสูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเกินไป การสร้างความผ่อนคลายเพื่อป้องกันความเครียด ฯลฯ ต้องสนับสนุนเศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพมีความซับซ้อนและยากแก่การแก้ไข เพราะวิถีการดำรงชีวิตแบบบริโภคนิยม และระบบเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยโลภจริต ทำให้ทำลายสิ่งแวดล้อมอย่างหยุดยั้งไม่ได้ วิถีเศรษฐกิจพอเพียงกับประชาสังคมจะดูแลสิ่งแวดล้อมได้ส่วนหนึ่ง นอกจากนี้ เรื่องการเรียนรู้และการสื่อสารเป็นปัจจัยส่งเสริมการมีสุขภาพดีที่สำคัญ ระบบ

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ และระบบสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบการศึกษา อยู่ในกันและกัน และเชื่อมโยงไปสู่ผลดีด้วยกัน ฉะนั้นกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพต้องให้ความสนใจและเชื่อมโยงกับการปฏิรูปการศึกษา อีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญคือการปฏิรูประบบป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งกลไกทางราชการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคอ่อนแอมาก จำเป็นต้องมีองค์กรที่มีศักยภาพสูง ประกอบด้วยผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถอุทิศตัว สร้างสมรรถนะทางวิชาการให้เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของคนไทยได้ มีความโปร่งใส เกิดความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ และเรื่องที่สำคัญคือ ต้องมีกระบวนการทางสังคมที่เข้มแข็ง การปฏิรูประบบสุขภาพจะเผชิญกับอุปสรรคที่ยากมากทั้งในทางทิฐิและความยึดมั่นในวิชาชีพนิยม (professionalism) สถาบันนิยม (institutionalism) และผลประโยชน์นิยม ถ้าปราศจากกระบวนการและขบวนการทางสังคมที่เข้มแข็งย่อมทำการปฏิรูปไม่สำเร็จ สังคมต้องเข้ามามีบทบาทในการรวมตัวร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตามในทุกเรื่อง ควรมีองค์กรผู้บริโภคที่เข้มแข็ง ควรมียุทธศาสตร์และองค์กรที่รับผิดชอบในการส่งเสริมให้กระบวนการทางสังคมเพื่อสุขภาพมีความเข้มแข็งเพราะกระบวนการทางสังคมที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยชี้ขาดที่จะทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นไปได้ *(**ประเวศ วะสี**, 2543 : 3-19)*

แนวคิดของ***ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี*** ที่มองภาพรวมของระบบสุขภาพที่ดีควรนำไปใช้เป็นกรอบในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่ยังอ่อนแอให้เข้มแข็งมากขึ้น

ประเด็นที่สอง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) ควรทำอย่างไร ก่อนที่จะอภิปรายในประเด็นนี้ควรทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้นก่อนว่า ระบบสุขภาพต่างกับระบบบริการสุขภาพอย่างไร

ดังที่กล่าวถึงในประเด็นแรกว่า ระบบสุขภาพ หมายถึง “สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางวิญญาณ” จะเห็นได้ว่า ระบบสุขภาพมีความหมายกว้างใหญ่ไพศาลออกไปนอกระบบสาธารณสุข แต่ระบบบริการสุขภาพมีความหมายที่แคบกว่า คือหมายถึงระบบดูแลสุขภาพ ระบบบริการที่ดีมีความสำคัญยิ่งต่อการปรับสภาพสุขภาพให้ไปสู่ความเป็นปกติหรือการมีสุขภาพดี ระบบบริการสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องร่วมกันกำหนด ตามหลักทางวิชาการระบบบริการที่ดีมีลักษณะ 3 ประการคือ

1. มีความเป็นธรรม
2. มีคุณภาพ
3. มีประสิทธิภาพ

มีความเป็นธรรม หมายถึง ระบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงฐานะ และต้องไม่เข้าถึงบริการที่เลวเสมอกัน แต่ต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพ ทั้งคุณภาพความมีน้ำใจ คุณภาพความสุจริตใจ และคุณภาพความถูกต้องทางวิชาการ เป็นที่วางใจและเชื่อใจของประชาชน อันทำให้เกิดความไว้วางใจและความสบายใจ ไม่ใช่ความ

หวาดวิตกว่า คุณภาพจะไม่ดี หรือกลัวจะถูกหลอก ส่วนประสิทธิภาพนั้นหมายถึงระบบบริการที่ให้ผลคุ้มค่า

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เสนอว่า ระบบบริการสุขภาพที่ดี ควรมีองค์ประกอบที่ครบถ้วน ถ้าองค์ประกอบไม่ครบก็ไม่สามารถก่อให้เกิดบริการที่ดี เป็นที่พอใจของทุกฝ่าย การปฏิรูประบบบริการสุขภาพคือการจัดองค์ประกอบให้ครบ สัมพันธ์กันในเชิงเกื้อกูล และควบคุมกันเป็นระบบที่ดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อยและได้ผลดี ตัวอย่างของการจัดองค์ประกอบของระบบบริการให้สัมพันธ์กันและตรวจสอบกันไปมาให้มีบริการที่ดีประกอบด้วย *(ประเวศ วะสี, 2543 : 22-31)*

1. **ประเภทและลักษณะของบริการสุขภาพ**

1.1 **ระบบบริการฉุกเฉิน**(Emergency Care) ต้องเป็นบริการที่เข้าถึงได้ทัน ฉับไว มีความแม่นยำสูง มีบุคลากรที่ชำนาญการ มีระบบการเงินที่ประกันได้ว่าทุกคนที่มีปัญหาต้องได้รับการรักษาทันที

1.2 **ระบบการดูแลรักษาตนเอง**(Self Care) มีความสำคัญมาก ถ้าทำได้ทั่วถึงและถูกต้องจะทำให้ประหยัดเวลา ประหยัดค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระที่ไม่จำเป็นแก่สถานพยาบาล เพื่อให้สามารถไปทุ่มเทกับผู้ป่วยที่มีปัญหายากๆ ได้มากขึ้น

1.3 **ระบบการดูแลที่บ้าน** (Home Care) **และการดูแลโดยชุมชน** (Community Care) ควรเป็นระบบที่ใช้ดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ หรือคนป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้รับบริการที่ไม่ดีจากโรงพยาบาล และหมดเปลืองค่าใช้จ่ายมาก คนไข้เหล่านี้ควรจะอยู่ที่บ้านและมีพยาบาลเยี่ยมบ้านไปเยี่ยม คุณภาพการรักษาพยาบาลจะดีกว่าและประหยัดกว่า ส่วนการดูแลโดยชุมชนก็มีความสำคัญมาก ชุมชนที่เข้มแข็งสามารถจัดบริการในชุมชนได้ เช่น ประชาชนในละแวกบ้านประมาณ 3,000 คน รวมตัวกันเก็บเงินคนละ 20 บาทต่อเดือน ได้เงิน 60,000 บาทต่อเดือน จ้างพยาบาลคนหนึ่ง เงินเดือน ๆ ละ 30,000 บาท ให้มาประจำในชุมชน สามารถให้วัคซีนป้องกันโรค แลเรื่องปวดหัวตัวร้อน ท้องเดิน บาดแผลเล็กน้อยในชุมชนนั้นเอง ซึ่งก็จะดูแลปัญหาในชุมชนไปได้เกือบทั้งหมด ไม่ต้องไปเข้าคิวที่โรงพยาบาลประดุจไปขอทานบริการ ต่อเมื่อมีปัญหาที่เหนือบ่ากว่าแรงของพยาบาลในชุมชนจึงค่อยส่งไปสถานพยาบาล

1.4 **ระบบบริการการแพทย์เบื้องต้น** หมายถึงการมีสถานพยาบาลที่มีแพทย์ และบุคลากรอื่นที่สามารถให้บริการการแพทย์ทั่วไปที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง

1.5 **ระบบบริการการแพทย์พิเศษ** หมายถึงการมีสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการเฉพาะทาง หรือกับกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มเป็นพิเศษ

1.6 **ระบบการแพทย์แผนไทย** การแพทย์แผนไทยไม่ควรมีระบบเดียว เพราะไม่มีระบบใดระบบเดียวที่ดีสำหรับทุกคนและสำหรับทุกเรื่อง นอกเหนือจาก

การแพทย์แผนตะวันตกควรจะมีแผนอื่นๆ หลายๆ ลักษณะ เรียกว่า "การแพทย์พหุลักษณ์" ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ควรมีการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน ทั้งในเรื่องนโยบาย การวิจัย การพัฒนาคน และการบริการ

2. **ระบบผลิตบุคลากร** เป็นระบบใหญ่และสำคัญมากในระบบบริการสุขภาพ เมื่อปฏิรูประบบบริการก็ต้องปฏิรูประบบการผลิตบุคลากรให้สอดคล้องกันทั้งประเทศ จำนวน และคุณภาพ

3. **ระบบเทคโนโลยีรวมถึงยา** การแพทย์แผนปัจจุบันใช้เทคโนโลยีเป็นอันมาก ราคาแพง และส่วนใหญ่ต้องนำเข้ามาจากต่างประเทศ การใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ ยังขาดความถูกต้องตามหลักวิชาการ เช่น ขาดหลักฐานว่ามีประสิทธิผลจริง ไม่ได้ผลคุ้มค่า บางครั้งอันตราย และเป็นเรื่องที่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องด้วยมาก

4. **ระบบการวิจัยสร้างความรู้** ในระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน ต้องมีความสามารถในการวิจัยเพื่อสร้างความรู้จริงขึ้นมาใช้เพื่อความถูกต้อง เอาความรู้ที่มีอยู่เป็นส่วน ๆ ในต่างสาขามาเชื่อมต่อกัน ให้อยู่ในรูปที่พร้อม ที่พร้อมจะให้บริการประชาชน และมีการวิจัยทดสอบว่ารูปแบบนั้นๆ ได้ผลจริง และได้ผลคุ้มค่า

5. **ระบบการเงิน** (Health Care Finance) ในระบบบริการสุขภาพมีการใช้เงิน การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพต้องให้คนไทยมีหลักประกัน และสามารถใช้การจัดระบบการเงินไปจัดโครงสร้างของระบบบริการและพฤติกรรมของบุคลากรให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากขึ้น

6. **ระบบประกันคุณภาพสถานพยาบาล** (Hospital Accreditation) เรื่องคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ละเอียดอ่อน ที่ต้องการทั้งศีลธรรมและน้ำใจของบุคลากร ความสามารถทางวิชาการ การจัดการที่ดี และองค์กรอิสระภายนอกที่เข้ามาทำหน้าที่ประเมินเพื่อให้สาธารณะทราบ ถ้าปราศจากองค์กรภายนอกและกระบวนการทางสาธารณะเข้ามามีส่วนจะเป็นการยากมากที่โรงพยาบาลจะพัฒนาคุณภาพตามลำพังตัวเอง

7. **ระบบความโปร่งใส** การสร้างความโปร่งใสต้องการพัฒนาทั้งวิธีคิดและจิตใจของผู้ให้บริการ และระบบที่ให้ข้อมูลซึ่งสาธารณะเข้าใจได้ง่าย ความโปร่งใสจึงเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างหนึ่งของระบบบริการที่ดี

8. **ระบบการตรวจสอบที่เป็นอิสระ** ในระบบใดๆ ถ้าปราศจากการตรวจสอบที่เป็นอิสระ ระบบนั้นไม่สามารถปรับตัวไปสู่ความถูกต้องได้ และจะเข้าไปสู่ความเสื่อม ฉะนั้นนอกเหนือไปจากระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนอื่นๆ ในระบบบริการสุขภาพก็จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบที่เป็นอิสระ และรายงานให้สาธารณะทราบ

องค์ประกอบทั้ง 8 ของระบบบริการสุขภาพจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กันไปมา และควบคุมซึ่งกันและกัน ทำให้ระบบทั้งหมดทำงานเป็นหนึ่งเดียวกันและดำเนินไปได้ด้วยดี

ประเด็นที่สาม ควรมีกลไกและกระบวนการอย่างไรที่จะทำให้การชดเชยความเสียหายเบื้องต้นมีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ การตอบคำถามในประเด็นนี้เป็นไปตามโจทย์การวิจัยและข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าการร้องเรียนที่เกิดขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพเกิดจากความรู้สึกของผู้ใช้บริการว่า ไม่ได้รับความเป็นธรรม และความเสียหายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และสังคมโดยส่วนรวม

จากการวิเคราะห์ของ***ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี*** ถึงระบบสุขภาพของไทยว่าเป็นระบบตั้งรับ กล่าวคือ *"รอให้เป็นโรคแล้วค่อยมารักษา ทำให้คนป่วยท่วมประเทศ รักษากันไม่หวาดไม่ไหว คนไข้ท่วมท้นโรงพยาบาล ต้องรอตรวจ รอเตียง แพทย์ตรวจไม่ละเอียด คุณภาพไม่ดี รักษาไม่ทัน ผู้ป่วยต้องพิการหรือตาย ลำบากลำบนทั้งประชาชนและผู้ให้บริการ ประชาชนต้องสูญเสียมากเกิน ทั้งเสียสุขภาพ เสียเวลา เสียใจ เสียเงิน และเสียชีวิต แพทย์ผู้ให้บริการต้องเหน็ดเหนื่อย มากเกินไป และบ่อยครั้งก็เสียกำลังใจ เช่นเมื่อโรงพยาบาลถูกกล่าวหาว่าเป็นโรงฆ่าสัตว์"* (ประเวศ วะสี, 2543: 8) ดูเหมือนว่าการหาคำตอบว่าควรมีกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างไรนั้น ยังเป็นการคิดแบบตั้งรับเช่นเดียวกับระบบสุขภาพของไทยที่เป็นจุดอ่อนดังที่ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวคือเมื่อเกิดปัญหาขึ้นจนถึงขั้นที่มีการร้องเรียนแล้วจะมีการช่วยเหลือเบื้องต้นกันอย่างไร

อันที่จริง การคิดแบบตั้งรับก็เป็นเรื่องที่มีความจำเป็น เพราะเป็นการคิดในเชิงบริหารจัดการกับปัญหาขึ้น หากเกิดปัญหาแล้วไม่มีการบริหารจัดการ ไม่มีกลไกและกระบวนการรองรับไว้เลยก็คงจะเกิดความยุ่งยาก และการคิดแบบตั้งรับสามารถเปลี่ยนเป็นความคิดเชิงรุกได้หากมีการคิดที่จะบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ให้เป็นไปตามหลักการที่ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เสนอคือ **"ให้มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ"** ต่อเนื่องด้วยการจัดกลไกและกระบวนการจัดการเชิงรุกในการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นเมื่อเกิดความเสียหายกับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเกิดจากความผิดพลาดของบุคคลหรือระบบก็ตาม สิ่งเหล่านี้ ต้องมีการกำหนดนโยบาย และมาตรการต่างๆในเชิงรุก ได้แก่ นโยบายและมาตรการที่จะทำให้ประชาชนดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี นโยบายและมาตรการที่จะทำให้การกระจายตัวของแพทย์ต่อจำนวนประชากรในสัดส่วนที่เหมาะสมอันจะเป็นการแก้ปัญหาคนคนไข้ล้นโรงพยาบาล รวมทั้งนโยบายและมาตรการที่จะทำให้ทำให้แพทย์ตรวจดูแลคนไข้อย่างมีคุณภาพ นโยบายและมาตรการที่จะทำให้จัดระบบบริการฉุกเฉินในกรณีที่เป็นความเป็นความตายของชีวิตซึ่งจะแก้ปัญหาการร้องเรียนเรื่องผู้ป่วยต้องพิการทั้งที่ไม่ควรพิการหรือตายทั้งที่ไม่ควรตาย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การจัดให้มีกลไกและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ เป็นเพียงการเยียวยาเบื้องต้นหรือเป็นเพียงขั้นตอนแรกเท่านั้น วิธีคิดในการจัดให้มีกลไกและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นควรมีความซับซ้อนที่จะทำให้ผู้ร้องเรียนได้รับความเป็นธรรม ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

กล่าวคือ เมื่อผู้ร้องเรียนยังคงรู้สึกว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับตนมีความร้ายแรงมาก ไม่ว่าความเสียหายนั้นจะเกิดจากศักยภาพของบุคคลหรือความประมาทเลิ่นเล่อของผู้ให้บริการ หรือเกิดจากความผิดพลาดของระบบหรือองค์กรก็ตาม หากผู้เสียหายยังรู้สึกว่าความช่วยเหลือเบื้องต้นที่ดีรับจากสถานพยาบาลยังไม่เพียงพอ ก็ควรให้เป็นเอกสิทธิของผู้ร้องเรียนที่จะดำเนินการฟ้องร้องรียกค่าเสียหายจากสถานพยาบาลโดยเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมได้อีก ซึ่งแนวทางเช่นนี้ เป็นคนละมุมกับข้อเสนอแนะในงานวิจัยของ นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย และคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภค สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำการศึกษาไว้ โดยเสนอให้มีการเร่งปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาของกลไกการชดเชย ขยายหลักเกณฑ์และขอบเขตการครอบคลุมเพิ่มเติมโดยกำหนดเพดานประเภทความเสียหายตามความเหมาะสมของสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ***(สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550 : 547)*** แต่มีความแตกต่างจากร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... มาตรา 42 ที่บัญญัติว่า

"ในระหว่างการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย หากความปรากฏแก่คณะกรรมการหรือสำนักงานว่าผู้เสียหายหรือทายาทนำเหตุแห่งความเสียหายฟ้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ ให้คณะกรรมการหรือสำนักงานยกเลิกการพิจารณาคำร้องหรือการจ่ายเงินชดเชย"

และมาตรา 43 ที่บัญญัติว่า *"ในกรณีผู้เสียหายหรือทายาททตกลงยินยอมรับเงินชดเชยตามพระราชบัญญัตินี้แล้ว ให้ผู้เสียหายทำหนังสือแสดงเจตนาสละสิทธิ์ในการฟ้องร้องดำเนินคดีทางแพ่ง แต่ถ้าผู้เสียหายเลือกฟ้องคดี ย่อมหมดสิทธิ์รับเงินชดเชยตามพระราชบัญญัตินี้*

ผู้วิจัยเห็นว่าร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มีความโน้มเอียงปกป้องสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการมากเกินไปจนกระทั่งล่วงล้ำถึงสิทธิของผู้เสียหายในการเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม และเป็นการใช้ค่าชดเชยปิดปากผู้เสียหาย นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับระบบการบริการสุขภาพที่ดีอีกด้วย

บทที่ 5
บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” มีวัตถุประสงค์ 5 ประการคือ

1. เพื่อศึกษากลไก กระบวนการร้องเรียน และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพประสิทธิผลของกลไกและกระบวนการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

3. เพื่อศึกษาผลกระทบจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล และผลกระทบต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ

4. เพื่อศึกษาการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่นในระยะยาว รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

5. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดกระบวนการร้องเรียนและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

วิธีการศึกษาประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการวิจัยภาคสนาม (Field Research) โดยการวิจัยเอกสาร ประกอบด้วย (1) การทบทวนสถานการณ์กระบวนการจัดกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นในระบบหลักประกันสุขภาพ (2) ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย แนวคิดการพิทักษ์สิทธิ์และการเสริมพลัง แนวคิดธรรมมาภิบาล แนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดการจัดการความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์และ (3) ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนการวิจัยภาคสนาม ประกอบด้วย (1) การสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้แก่ สิทธิของประกันสุขภาพ สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ รวมทั้งสิ้น 3,015 ราย และการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ให้บริการโดยตรง เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ผู้มีส่วนได้เสีย นักวิชาการ ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ และตัวแทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 59 คน และกรณีศึกษา (Case Study) จำนวน 5 กรณี ซึ่งใช้กรณีศึกษาจากระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ เกี่ยวกับกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับความเสียหายทั้งที่เกิดจากการเจตนา

และไม่เจตนา ทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ตลอดจนผลกระทบจากการใช้บริการสาธารณสุขต่อผู้ให้และผู้ใช้บริการ

5.1 สรุปผลการศึกษา ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 กลไก กระบวนการร้องเรียนและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

1.1 กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในปัจจุบัน

ผลการศึกษากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในปัจจุบันพบว่า มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ

(1) **ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า** กลไกการจัดการของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ 13 แห่งครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาล สายด่วนบัตรทอง 1330 จดหมายอีเล็กทรอนิกส์ (e-mail)1330@nhso.go.th คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธาณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด คณะกรรมการสอบสวนพิจารณา หน่วยรับเรื่องร้องเรียน อันหมายถึงสำนักงานหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ประกาศกำหนด ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือ กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการมาใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามที่กล่าวมาได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันได้มีการพัฒนากลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับภาคหรือเขตพื้นที่ ระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาลให้สามารถทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ยุติลงได้

สำหรับกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับหน่วยงานในสถานพยาบาล พบว่าหลังจากที่นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ ในปี พ.ศ. 2544 ปัญหาการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้นแต่ยังไม่มีระบบการจัดการที่ดีทำให้เกิดความสับสนในช่วงแรก สำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเข้ามารับผิดชอบดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภายใต้ชื่อว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในระยะเริ่มแรก) จึงจัดให้มีการพัฒนาศูนย์หลักประกันสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐเพื่อรองรับการบริการในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ และสามารถทำงานเชิงบูรณาการทั้งงานในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคมได้ จึงทำให้เกิด “ศูนย์บริการ

หลักประกันสุขภาพ" ขึ้น การดำเนินงานของศูนย์ดังกล่าวจะแบ่งงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพออกเป็น 3 ส่วนแยกจากกัน คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจโดยมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานแต่ละส่วนแยกจากกันแต่จะต้องรู้และเข้าใจงานในอีกสองส่วนที่ตนเองไม่ได้รับผิดชอบด้วย

เมื่อเปรียบเทียบกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนพบว่า 2 ระบบคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมได้แบ่งกลไกเป็น 4 ระดับ คือ 1) กลไกระดับส่วนกลาง 2) กลไกระดับภาคหรือระดับเขตพื้นที่ 3) กลไกระดับจังหวัด และ 4) กลไกระดับหน่วยบริการ พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีกลไกการจัดการที่มีความสมบูรณ์และครอบคลุมทุกระดับ กล่าวคือ **กลไกส่วนกลาง**ได้แก่ (1) การพัฒนาสายด่วนบัตรทอง (Call Center) 1330 ให้สามารถให้บริการทางโทรศัพท์ไดเตลอด 24 ชั่วโมงอย่างมีประสิทธิภาพ (2) ช่องทางอื่นๆเช่น จดหมาย จดหมายอีเล็กทรอนิกส์ (e-mail) 1330@nhso.go.th บุคคล หน่วยงานต่างๆ สื่อมวลชน (3) มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร และมีทีมเจ้าหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความช่วยแก้ปัญหา ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่อง **กลไกระดับพื้นที่** มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ 13แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 76 จังหวัดจะทำหน้าที่เป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดหรือ "สำนักงานสาขาจังหวัด" ทั้งนี้สำนักงานสาขาจังหวัดจะมีหน้าที่ในการสนับสนุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ในภารกิจต่างๆ ซึ่งรวมถึงการจัดตั้งหน่วยรับเรื่องร้องทุกข์ระดับจังหวัด นอกจากนี้ยังได้ประสานกับองค์กรท้องถิ่นและองค์กรชุมชน เพื่อให้ช่วยรับเรื่องร้องเรียนและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้แก่ประชาชน ใช้กลไกกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน ผ่านศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน และมีกลไกระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาล มีคณะกรรมการชุดต่างๆตามที่กฎหมายกำหนด มีการพัฒนาช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่หลากหลายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เช่นสายด่วนบัตรทอง 1330 จดหมายอีเลคทรอนิกส์ 1330@nhso.go.th ขณะที่**ระบบประกันสังคม**มีกลไกส่วนกลาง คือ สำนักงานประกันสังคม กลไกระดับเขต คือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร กลไกระดับจังหวัด คือ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด กลไกระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาล มีคณะกรรมการการแพทย์ตามที่กฎหมายกำหนด มีการพัฒนาช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงได้ เช่นสายด่วนประกันสังคม 1506 ส่วน**ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ**มีกลไก 2 ระดับ ได้แก่ 1)ระดับส่วนกลางผู้ดูแลคือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง 2) มีกลไกระดับจังหวัด คือ สำนักงานคลังจังหวัด แต่กลไกระดับอื่นๆ ไม่มีความชัดเจน

นอกจากนี้ยังมีกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบอีก ได้แก่ สำนักงานแพทย์สภา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และสภาคุ้มครองผู้บริโภค กลไกเหล่านี้มีบทบาทในการรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนทั่วไปที่มีปัญหากับทั้ง 3 ระบบ โดยบางรายเมื่อร้องเรียนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงแล้วยังไม่พึงพอใจกับผลการร้องเรียนกับกลไกที่ตนมีสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยตรง จึงร้องเรียนกับกลไกเหล่านี้ และมีบางรายที่ร้องเรียนมากกว่า 1 หน่วยงาน (ดูกรณีศึกษาของ “โชคดี” และกรณีศึกษา “บุญน้อย”)

(2) **ระบบประกันสังคม** กลไกการจัดการประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสายด่วนประกันสังคม กองประสานการแพทย์ฯ คณะกรรมการการแพทย์ คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการแพทย์แต่งตั้งเพื่อพิจารณา หรือปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ได้รับมอบหมาย ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม มีคณะกรรมการแพทย์ประกอบด้วย ประธานกรรมการ และกรรมการซึ่งเป็นแพทย์เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ มีจำนวนรวมกันไม่เกิน 16 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งและผู้แทนสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจที่ดำเนินการสอบและตัดสิน รวมทั้งเสนอบทลงโทษแก่ฝ่ายที่เป็นผู้กระทำผิด

สำนักงานประกันสังคมมีระบบการร้องเรียนและชดเชยความเสียหายที่ชัดเจน โรงพยาบาลรับตรงจุดนี้ได้ ส่วนช่องทางการร้องเรียน ส่วนใหญ่ผู้ประกันตนจะไปที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ซึ่งสำนักงานประกันสังคมของแต่ละจังหวัดจะมีฝ่ายรับเรื่องร้องเรียนให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ แนะนำช่องทางการร้องเรียน แต่การให้ข้อมูลของจังหวัดก็เป็นข้อมูลทั่วๆ ไป ยังไม่ลึก และการชดเชยความเสียหาย สำนักงานประกันสังคมจะใช้หลักความยุติธรรมในการพิจารณาระหว่างผู้ประกันตนกับโรงพยาบาล นอกจากนี้ก็ต้องดูระบบส่วนใหญ่ประกอบด้วย

(3) **ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ** กลไกในการจัดการของระบบนี้คือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานคลังจังหวัด และหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาล กระบวนการจัดการเมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้นระหว่างผู้ใช้สิทธิกับสถานพยาบาลในการไปใช้บริการเมื่อการรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรได้รับ กฎหมายได้ให้อำนาจกระทรวงการคลังมีอำนาจดำเนินการโดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ กรณีสถานพยาบาลเอกชนกระทรวงการคลังมีอำนาจแจ้งชื่อสถานพยาบาลนั้นๆ แก่ส่วนราชการต่างๆ ทราบ เพื่อไม่ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลนั้นต่อไป ยกเว้นในกรณีจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นเพราะเหตุฉุกเฉิน สำหรับกรณีสถานพยาบาลของรัฐ กรมบัญชีกลางไม่มีอำนาจดำเนินการใด ๆ นอกจากส่งเรื่องร้องเรียนต่อให้กับหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลนั้นๆ ดำเนินการต่อไป

1.2 **กระบวนการจัดการการร้องเรียน และการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน** กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ**ก็มีความแตกต่างกัน** กล่าวคือ

(1) **กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** พบว่ามีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามที่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน ขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และขั้นตอนดำเนินการพิจารณาคำอุทธรณ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างชัดเจน โดยระบุไว้ในคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550 สำหรับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน และปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการพัฒนากลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้น 13 แห่งที่ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ระดับจังหวัดประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระดับหน่วยบริการในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งให้สามารถทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ยุติลงได้

(2) **กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบประกันสังคม** พบว่า ระบบประกันสังคม มีการกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ เมื่อลูกจ้าง/ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลประสบปัญหาเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ สามารถร้องเรียนหรือปรึกษา หารือได้หลายช่องทาง อาทิ ฝ่ายสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือกองประสานการแพทย์ฯ สำนักงานประกันสังคม ฯลฯ โดยใช้วิธีการ (1) ร้องเรียนด้วยตนเอง (2) ร้องเรียนเป็นหนังสือโดยผ่านไปรษณีย์ ผ่านศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ ผ่านสื่อมวลชน หรือ (3) ร้องเรียนทางโทรศัพท์/สายด่วน 1506

ประเภทของเรื่องร้องเรียนของระบบประกันสังคมแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) เรื่องข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน (2) ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ และ (3) ข้อร้องเรียนเชิงบริหาร ทั้งนี้สำนักงานประกันสังคมตระหนักและให้ความสำคัญมากที่สุดกับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษา ระบบประกันสังคมจะมีกลไก/กระบวนการร้องเรียนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กล่าวคือ กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน เมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้น ประการแรกถือเป็นเรื่องของจังหวัดแต่ละจังหวัด โดยสำนักงานประกันสังคมจะมีการประสานงานไปที่สถานพยาบาลคู่กรณีก่อนในเบื้องต้น และหากข้อเท็จจริงเกิดจากความเข้าใจผิดของสถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจะเจรจาไกล่เกลี่ยกัน ประการที่สอง ในกรณีเป็นเรื่องเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาจะมีการเรียกดูเวชระเบียนทันที สำนักงานประกันสังคมจะมีคณะที่ปรึกษาประจำสำนักงานฯ ซึ่งประกอบด้วยทีมแพทย์และพยาบาลช่วยดูในรายละเอียดจาก

เวชระเบียนและให้คำแนะนำ ถ้าหากสถานพยาบาลผิดจริง หลีกเลี่ยง เจตนาบ่ายเบี่ยงหรือไม่ส่งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมจะเจรจาให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย หรือในกรณีที่ผู้ประกันตนออกค่าใช้จ่ายไปก่อน สถานพยาบาลก็จะต้องคืนเงินทั้งหมดให้แก่ผู้ประกันตน ประการที่สาม เมื่อสิ้นสุดกระบวนการแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะมีการทบทวนการดำเนินงานของสถานพยาบาลเอกชนดังกล่าวเพื่อกำหนดโควต้าของสถานพยาบาลนั้นในปีต่อไป ซึ่งจะพิจารณาจากเกณฑ์คะแนนในประเด็นต่างๆ เช่น การรักษา พฤติกรรมการบริการ การบริหารจัดการว่าได้กี่คะแนน สถานพยาบาลควรจะได้โควต้าเท่าเดิม หรือตัดโควต้าเท่าไร หากผลการตัดสินเรื่องที่ร้องเรียนให้สถานพยาบาลต้องชดเชยเงินให้แก่ผู้เสียหายแต่สถานพยาบาลนิ่งเฉย ไม่ปฏิบัติตามผลการตัดสิน สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักเงินของสถานพยาบาลดังกล่าว

(3) **กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ** ผลการศึกษาพบว่า กรณีการร้องเรียนของระบบนี้มีจำนวนน้อย ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการฯ จะถูกมองว่ามีความคาดหวังสูงต่อการมาใช้บริการทั้งในด้านสิทธิประโยชน์ พฤติกรรมบริการ และมาตรฐานการรักษา แต่เนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับช่องทางการร้องเรียน และการขาดกลไกการจัดเรื่องร้องเรียน ทำให้ผู้ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพนี้เมื่อประสบปัญหาจากการไปใช้บริการสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการทางศาล เป็นช่องทางการร้องเรียน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่า มีการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปรับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ที่เป็นรูปธรรมในระดับจังหวัดและในระดับสถานพยาบาล โดยในระดับจังหวัดมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ประสานการรวบรวมข้อมูลการร้องเรียนของทั้งจังหวัด และสำหรับรูปแบบการรับเรื่องร้องเรียน การจัดการกับปัญหาการร้องเรียน และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายในการมารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับสถานพยาบาล จะประกอบด้วย (1) หน่วยงานที่รับผิดชอบ (2) บทบาทหน้าที่ (3) ลักษณะของหน่วยงานที่ให้บริการเกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียน (4) ช่องทางการร้องเรียน (5) ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาซึ่งมี 10 ขั้นตอน คือ (1) การรับเรื่องร้องเรียน (2) การตอบกลับผู้ร้องเรียน (3) การตรวจสอบข้อเท็จจริง การรวบรวมเอกสาร พยานหลักฐาน และการพิจารณาเบื้องต้น (4) การประสานไกล่เกลี่ยและการให้ความช่วยเหลือ (5) ระยะเวลาในการดำเนินการแก้ไขปัญหาจนเสร็จสิ้น (6) การแจ้งผลการดำเนินการแก่ผู้ร้องเรียน (7) การบันทึกหรือการจัดเก็บเรื่องที่ร้องเรียน (8) การสรุปผลการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนแต่ละกรณี (9) การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินปัญหาความพึงพอใจของผู้รับบริการ และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อป้องกันการร้องเรียนซ้ำ และ (10) การเผยแพร่ผลการดำเนินงาน

1.3 กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในสถานพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งมีศูนย์คอยรับเรื่องร้องเรียน มีตู้รับแสดงความคิดเห็น ซึ่งผู้มารับบริการสามารถร้องเรียนผ่านทางจังหวัดก็ได้ หรือผ่านกระทรวงสาธารณสุข ไปจนถึงสำนักนายกรัฐมนตรี ในเบื้องต้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะให้ความยุติธรรมทั้ง 2 ฝ่าย เนื่องจากเห็นว่าไม่มีฝ่ายไหนเจตนาให้เกิดปัญหาขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะต้องมีระบบป้องกันความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีก

ความเสียหายจากการร้องเรียนมี 4 ระดับ คือ การเสียชีวิต ถือว่าเป็นระดับที่สูงที่สุด ข้อมูลการร้องเรียนระดับ 3 และ 4 เช่น กรณีการรักษาทำให้เกิดความพิการ ผ่าตัดแล้วไหล่ไม่เท่ากัน เป็นต้น จะส่งถึงผู้บริหารทันที ผู้บริหารจะรีบเข้าไปตรวจสอบ ในกรณีเกิดความเสียหายมากกว่านั้น เช่น ให้ยาผิด ตรวจสอบโรคคลาดเคลื่อน ก็จะรีบชี้แจงเพื่อจะทำให้ญาติเกิดความถ่องแท้ในข้อเท็จจริง และช่วยให้ผู้ร้องทราบถึงสิทธิของตนด้วย หากผู้ร้องได้รับผลกระทบจริงๆ เช่น รักษาล่าช้า เสียชีวิต ก็จะช่วยบรรเทาความเดือดร้อนโดยยึดถือในหลักมนุษยธรรม สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ส่วนการไกล่เกลี่ยใช้กับกรณีการร้องเรียนหลายระดับ ได้แก่ ระดับ 0 1 2 คือ การโดนแซงคิว ได้ยาช้า ใบสั่งยาตกหาย

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า จากสโลแกน “30 บาท รักษาทุกโรค” ทำให้ประชาชนเกิดความคาดหวังว่าเมื่อเป็นโรคแล้วไปโรงพยาบาลจะหายทุกโรค เมื่อไม่เป็นไปตามสโลแกน จึงทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ

สำหรับความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายโดยที่ไม่ต้องมีการไต่สวนทำให้คู่กรณีรู้สึกแย่ โดยเฉพาะผู้ที่ตกเป็นจำเลย การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยที่ไม่ต้องมีการไต่สวนควรจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้มากๆ ส่วนในทางปฏิบัติควรแยกแยะให้ชัดเจน หมอ พยาบาล กลัวถูกร้องเรียนมากเพราะจะต้องเขียนรายงาน ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถร้องเรียนได้ง่ายแต่ผู้ที่ถูกร้องจะรู้สึกแย่มากๆ

เพื่อแก้ไขปัญหาการนำเอาเรื่องร้องเรียนไปเผยแพร่ในสื่อสารมวลชน โรงพยาบาลบางแห่งมีการจัดระบบและกลไกจัดการกับการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการจัดตั้งศูนย์ซึ่งตั้งชื่อต่างๆ กันไปให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการมารับบริการทั้ง 3 ระบบ โดยจะมีการทำงานเชิงรุก กล่าวคือ ในระหว่างที่ผู้ป่วยมารอรับการรักษา หากพบว่ามีท่าทางไม่พอใจ เจ้าหน้าที่จะเข้าไปสอบถามว่ามีปัญหาอะไรหรือไม่ และให้คำแนะนำ ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในศูนย์ดังกล่าว พบว่า การจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาลมีประโยชน์ สามารถไกล่เกลี่ยเรื่องที่ผู้ใช้บริการร้องเรียนได้สำเร็จ โดยมีการจ่ายเงินค่าทดแทนบ้าง ปัจจุบันเริ่มมีการนำระบบและกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนไปใช้ในโรงพยาบาลเอกชน

สำหรับการจัดตั้งกลไกรับเรื่องร้องเรียนในสถานพยาบาลนั้น นักต่อสู้เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคเห็นว่า ไม่ควรมีศูนย์การร้องเรียนอยู่ที่โรงพยาบาล แต่ควรมีองค์กรที่รับเรื่องที่

เป็นอิสระจริงๆ การที่มีระบบรับเรื่องการร้องเรียนตั้งอยู่ในโรงพยาบาลดูเหมือนว่าเป็นศูนย์ของโรงพยาบาลเองที่ทำการประนีประนอมไกล่เกลี่ยให้ผู้มาใช้บริการยินยอมไปกับโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นศูนย์ที่ปกป้องผลประโยชน์ให้กับโรงพยาบาลไป

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

2.1 การดำเนินการตามขั้นตอน วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการเรื่องร้องเรียนและ**การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพเป็นอย่างไร**

ผลการศึกษา พบว่า ทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม มีการกำหนดกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการไปรับการรักษาพยาบาลไว้อย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งกำหนด วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาดำเนินการเรื่องร้องเรียนไว้อย่างชัดเจน นอกจากนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาล พบว่าในโรงพยาบาลมีการแบ่งระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียน ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาชี้ให้เห็นการจำแนกระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียน 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 แบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ พร้อมทั้งกำหนดช่วงเวลาการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบ

ระดับ 1 รุนแรง/ฉุกเฉิน ต้องดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงโดยมีคณะกรรมการประสานความเข้าใจ ทีมผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์ผู้อาวุโส เป็นผู้รับผิดชอบ

ระดับ 2 รุนแรง/ ไม่ฉุกเฉิน ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน (≤ 60 วัน) โดยมีทีมบริหารจัดร้องเรียนร่วมกับภาควิชาองค์กรแพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบ

ระดับ 3 ไม่รุนแรง ต้องดำเนินการทันทีให้เสร็จสิ้นภายใน 4 วัน (≤ 4วัน)

ลักษณะที่ 2 แบ่งระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียนเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับพิจารณาผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่

ระดับ 0 เป็นระดับที่ยังไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่เกือบจะทำพลาดแต่แก้ไขได้ทันทีในระดับนี้เจ้าหน้าที่ผู้ไปปฏิบัติงานดำเนินการแก้ไขได้ก่อนมีการร้องเรียน

ระดับ 1 เป็นระดับที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บเล็กน้อยไม่เพิ่มการนอนพักในโรงพยาบาล ญาติมีการประเมิน แต่ไม่ต้องรักษา เจ้าหน้าที่ให้การพยาบาลเบื้องต้น ไม่สูญเสียเวลาหรือจำกัดหน้าที่จากการบาดเจ็บ ในระดับนี้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแก้ไขได้ทันที

ระดับ 2 เป็นระดับที่ผู้ป่วยเพิ่มการนอนพักในโรงพยาบาลเป็นเวลา 1-2 วัน ญาติไม่ได้นอนพักในโรงพยาบาลแต่มีการประเมินและรักษา จำนวน 1-2 คน เจ้าหน้าที่ต้องสูญเสียเวลาหรือจำกัดหน้าที่ จากการบาดเจ็บจำนวน 1-2 คน รวมถึง การเกิดไฟก่อตัว ในระดับนี้หัวหน้างานหรือหัวหน้ากลุ่มงานต้องเข้าช่วยแก้ไข

ระดับ 3 เป็นระดับที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายบางส่วนอย่างถาวร เสียโฉม ความผิดพลาดต้องแก้ไขโดยการผ่าตัด เพิ่มการนอนพักในโรงพยาบาลภายใน 3 วัน (≥ 3 วัน) ส่วนญาติให้นอนพักในโรงพยาบาลและสำหรับเจ้าหน้าที่ให้นอนพักในโรงพยาบาล 1-2 คน หรือสูญเสียเวลาทำงานหรือถูกจำกัดหน้าที่จากการบาดเจ็บ ≥ 3 คนในระดับนี้ผู้บริหารโรงพยาบาล (ผอก.,รอง ผอก.) ต้องเข้าช่วยดำเนินการแก้ไข

ระดับ 4 เป็นระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียนมากที่สุดผู้ป่วยเสียชีวิต ทุพพลภาพอย่างถาวร ฆ่าตัวตายถูกข่มขืน ปฏิกิริยา Hemocysis จากการถ่ายเลือด ส่วนญาติ ต้องเสียชีวิตนอนพักในโรงพยาบาล ≥ 3 คน และสำหรับเจ้าหน้าที่ต้องเสียชีวิตหรือนอนพักในโรงพยาบาล ≥ 3 คน มีไฟไหม้ลุกลามในระดับนี้ ทำให้เสียชื่อเสียงโรงพยาบาล

การจำแนกระดับความรุนแรงของเรื่องที่มาร้องเรียนทั้ง 2 ลักษณะดังกล่าว ทำให้เกิดการจำแนกผู้รับผิดชอบ และกำหนดกรอบเวลาในการดูแลรักษาที่ชัดเจนในแต่ละกรณี รวมทั้งพิจารณาผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ ทำให้โรงพยาบาลมีการวางแผนด้านบุคลากรและทรัพยากรที่ต้องทำหน้าที่ดูแล ซึ่งเป็นผลดีต่อคนไข้ ทำให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จึงอาจกล่าวได้ว่าในขั้นของการปฏิบัติ ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบสามารถปฏิบัติได้ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวได้จริง กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนของสถานพยาบาล**มีประสิทธิภาพตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดได้**

2.2 มีการใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำของกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า จุดเด่นของระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนซึ่งพัฒนามาจากข้อกำหนดในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้มีศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในสถานพยาบาลทำหน้าที่เป็นกลไกรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งในโครงสร้างของกระบวนการรับเรื่องร้องเรียนกำหนดให้มีการสรุปผลการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนแต่ละกรณี และนำข้อมูลที่ได้จากการสรุปผลการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนดังกล่าวมาวิเคราะห์และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อป้องกันการร้องเรียนซ้ำและการเผยแพร่ผลการดำเนินงานผลการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าในสถานพยาบาลได้กำหนดให้มีมาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำกับผู้ป่วยในการมารับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ หรืออาจกล่าวได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีมาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำ แม้ว่าในทางปฏิบัติจะพบว่ามีการ

ดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว แต่สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินการที่เห็นเป็นรูปธรรมยังไม่สามารถประเมินได้

นอกจากนั้นยังพบว่า ระบบประกันสังคมมีมาตรการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ กล่าวคือ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะมีการทบทวนการดำเนินงานของสถานพยาบาลเอกชนดังกล่าวเพื่อกำหนดโควต้าของสถานพยาบาลนั้นในปีต่อไป ซึ่งจะพิจารณาจากเกณฑ์คะแนนในประเด็นต่างๆ เช่น การรักษา พฤติกรรมการบริการ การบริหารจัดการว่าได้กี่คะแนน สถานพยาบาลควรจะได้โควต้าเท่าเดิม หรือตัดโควต้าเท่าไร หากผลการตัดสินเรื่องที่ร้องเรียนให้สถานพยาบาลต้องชดเชยเงินให้แก่ผู้เสียหายแต่สถานพยาบาลนิ่งเฉย ไม่ปฏิบัติตามผลการตัดสิน สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักเงินของสถานพยาบาลดังกล่าว

2.3 การมีการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่าปัจจุบันสถานพยาบาลมีการดำเนินการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนในรูปคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ดังกรณีตัวอย่างระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์

โรงพยาบาลนครพิงค์ มีการดำเนินการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนในรูปคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 โดยมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง กระบวนการหลักของบริหารความเสี่ยง ระดับของการจัดการความเสี่ยงและผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการปัญหาความเสี่ยงแต่ละระดับ คณะกรรมการรับและแก้ไขเรื่องร้องเรียน ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล

เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ถ้าเป็นกรณีที่มีความรุนแรง/เร่งด่วน (ความรุนแรง ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ) ต้องดำเนินการ คือ (1) หน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงแก้ไขปัญหาและควบคุมผลเสียที่จะเกิดขึ้นทันที (2) รายงานหัวหน้า/ผู้บริหารโรงพยาบาล (3) หัวหน้า/ผู้บริหารโรงพยาบาล แก้ไขปัญหาและจัดการเรื่องความเสียหายทันที (4) กรณีที่ผู้รับบริการมีแนวโน้มจะฟ้องร้อง/ร้องเรียน ทีมรับ/และแก้ไขข้อร้องเรียน ดำเนินการไกล่เกลี่ยเพื่อระงับ/ลดความรุนแรง และ (5) ทีมบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลได้รับข้อมูลภายใน1 วันทำการและพิจารณาให้หน่วยงานรับผิดชอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา กรณีที่มีรุนแรง/ไม่เร่งด่วน (ความรุนแรง ระดับ 1-3)ต้องดำเนินการ คือ (1)หน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และควบคุมผลเสียที่จะเกิดขึ้น (2) รายงานหัวหน้า/ผู้บริหารโรงพยาบาลตามลำดับขั้น และ (3) วิเคราะห์ประเมินความเสี่ยงและดำเนินการแก้ไขปัญหา

การรับเรื่องร้องเรียน เป็นส่วนหนึ่งของงานระบบพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีการทำงานผสมผสานกัน โดยงานรับเรื่องร้องเรียนและแก้ไขปัญหา เมื่อรับเรื่องร้องเรียนแล้วจะส่งเรื่องร้องเรียนและผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทราบ

ด้วย ศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะมีแบบติดตามการแก้ไขความเสี่ยง/พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนครพิงค์ให้หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรืองานต่างๆรายงานผลการดำเนินงานแก้ไขความเสี่ยงมายังศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

2.4 ผลการดำเนินงานในด้านการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า

(1) **ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** เป็นระบบที่ดี สามารถให้การคุ้มครอง ให้ข้อมูล ให้สิทธิการร้องเรียนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและบริการการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม (เมื่อมีการใช้บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลประชาชนผู้ยากไร้ สปร. หรือบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาล 500 บาท สำหรับ 1ครอบครัว) ปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบที่ให้การคุ้มครองประชาชนดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพอีก 2 ระบบ คือประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จนบางครั้งถูกมองว่า “เป็นระบบที่เอาใจประชาชน แต่ไม่ใช่ระบบที่ให้ความเอาใจใส่ต่อปัญหาของผู้ให้บริการเท่าที่ควร” ข้อบกพร่องของระบบนี้ คือไม่ได้ทำให้ผู้รับบริการตระหนักและทำหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับที่ถูกต้องในการไปใช้สิทธิและบริการ จึงเป็นอุปสรรคปัญหาต่อการดำเนินงานของระบบนี้ กล่าวคือ ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น สถานพยาบาลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นซึ่งไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับ ขนาดของสถานพยาบาลและปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์ที่มี แพทย์ต้องทำงานมากขึ้น แพทย์ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการรักษาเพราะกลัวการร้องเรียน ทำให้มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษา

การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพมีเพียงระบบเดียว คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีการกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในขณะที่ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มีการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น จึงถือเป็นจุดแข็งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ทั้งนี้ประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังไม่รู้ถึงสิทธิในเรื่องนี้

การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องผ่านกระบวนการพิจารณาวินิจฉัยคำร้อง โดยมีคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องเป็นผู้พิจารณาตัดสินว่า ผู้ร้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่สมควรได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ อย่างไร และสมควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงินเท่าไร

การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดตามมาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นสิ่งที่ช่วยผู้ป่วยได้ ซึ่งถือเป็นการเยียวยาในเบื้องต้น เพราะการพิสูจน์ถูกผิดต้องมีการร้องเรียน เป็นปัญหาได้ไม่คุ้มเสีย เป็นระบบที่ทำลายความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และโอกาสที่จะทำให้ผู้ร้องเรียนได้รับเงินชดเชยจากการร้องเรียนก็มีน้อยมากหากจะได้รับการชดเชยอาจต้องผ่านช่วงเวลาความเครียด ต้องทุกข์ทรมานจากกระบวนการทางกฎหมาย ต้องเสียเวลา ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซ้ำไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้เสียหายจำนวนมากปรารถนา นอกจากนั้นการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา41 แห่งพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังมีส่วนในการช่วยเหลือผู้ให้บริการได้

ระบบประกันสังคม โดยภาพรวมมองว่ากลไกการรับเรื่องร้องเรียนทำได้ดี แต่การดำเนินการจ่ายประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตน ยังมีความยุ่งยาก ไม่คล่องตัว ผู้ประกันตนไม่ได้รับบริการที่ดี นโยบายขาดความยืดหยุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าการชดเชยความเสียหายแก่ลูกจ้างและครอบครัวของลูกจ้างที่เสียชีวิตจากการทำงานจากกองทุนเงินทดแทน ยังมีความล่าช้า ยุ่งยาก ไม่มีประสิทธิภาพ

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เริ่มมีปัญหาและข้อจำกัดเกี่ยวกับการรักษา การจำกัดยาในบัญชียา นโยบายไม่มีความชัดเจน ข้าราชการไม่ได้รับการคุ้มครองเท่าระบบบัตรทอง การให้ข้อมูลขาดประสิทธิภาพ

2.5 **ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ** ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงสูง มีรายละเอียด ดังนี้

(1) **ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ การพูดจา การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ร้องเรียน

(2) **ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการบริหารจัดการของหลักประกันสุขภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คือ การให้บริการตามสิทธิที่พึงได้ การจัดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนของสถานพยาบาล การให้คำแนะนำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ความรู้

(3) **ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คือ กระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล การเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อหาข้อยุติของปัญหา ความใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล การพิจารณารับเรื่องร้องเรียน **และ**การตรวจสอบข้อเท็จจริงจากผู้ร้องเรียน

(4) **ความพึงพอใจต่อช่องทางการร้องเรียน** กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลางต่อช่องทางการร้องเรียนคือ ช่องทางการร้องเรียนด้วยตนเอง ช่องทางการร้องเรียน การร้องเรียนทางโทรศัพท์ ช่องทางการร้องเรียนทางสายด่วน และช่องทางการร้องเรียนทางจดหมาย

(5) **ความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน** กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนในระดับปานกลาง คือ การเจรจาไกล่เกลี่ยที่คำนึงถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องทุกคน การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผลที่ได้รับจากการร้องเรียน

สำหรับผลการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบโดยเฉพาะด้านความพึงพอใจต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการและด้านความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากกรณีตัวอย่างชี้ให้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นจากผลการบังคับใช้กฎหมายไม่สามารถทดแทนความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ การต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย แต่ความใส่ใจอย่างจริงจังและต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่กับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกดีและมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป

2.6 การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า**ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** มีความพยายามในการนำหลักการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นหนึ่งในหลักธรรมมาภิบาล (หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า) มาใช้ในการบริหารงานในกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนโดยเห็นได้ชัดเจนใน**ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งนับเป็นจุดแข็งของระบบนี้

ระบบประกันสังคม มีการนำหลักนิติธรรม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า มาใช้ในการพิจารณาจ่ายเงินให้กับผู้ประกันตนอย่างเคร่งครัด รวมทั้งระบบการบริหารเป็นระบบราชการที่ต้องยึดระเบียบและขั้นตอน ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามหลักธรรมาภิบาล แต่การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้อย่างมีความรับผิดชอบจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ ความเป็นจริงและปัญหาที่ผู้ให้บริการ ผู้ประกันตนและผู้เสียหายประสบอยู่ เพื่อไม่ให้ผู้ประกันตนและผู้เสียหายได้รับความเดือดร้อน ผู้ปฏิบัติงานได้รับความยากลำบาก และรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและท้อแท้ จนทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้เรื่องการมีส่วนร่วมจากผู้ประกันตนอย่างแท้จริงยังคงเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

สำหรับ**ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ** มีการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีระเบียบ และมีการตรวจสอบที่ใช้หลักนิติธรรม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า มาใช้ในการพิจารณาค่อนข้างมาก เช่นแต่ละปีมีการสุ่มตรวจสอบการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจปีละ 40 โรง พบว่ายังมีการเบิกจ่ายไม่ถูกต้องสามารถเรียกเงินคืนมาหลายสิบล้านบาท กรมบัญชีกลางจึงถูกมองว่า มุ่งแต่เรื่องการตัดสิทธิ์ แต่จริงๆ แล้ว ต้องการตรวจสอบความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ซึ่งระบบนี้ต้องดูแลคน 5.4 ล้านคน ใช้งบประมาณปีละ 4 หมื่นล้านบาท แต่ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นระบบเดียวที่ไม่ได้นำหลักการมีส่วนร่วมของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมาใช้ในการบริหารงาน)

จากข้อมูลของเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้ให้บริการในสถานพยาบาล ผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และนักวิชาการคลังของกรมบัญชีกลาง อาจสรุปได้ว่า กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในระดับหน่วยบริการ คือ สถานพยาบาล มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลพอสมควร กล่าวคือ มีการดำเนินการตามขั้นตอน วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ มีและใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นซ้ำของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการของรัฐ มีการดำเนินการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนในรูปคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบยังมีข้อบกพร่องที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อ**พฤติกรรมของผู้ให้บริการ ต่อกระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนการบริหารจัดการของหลักประกันสุขภาพ ต่อกระบวนการจัดการ กรณีร้องเรียนการดำเนินการของสถานพยาบาล ต่อช่องทางการร้องเรียน และต่อความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน**ในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบอยู่ในระดับปานกลาง **รวมทั้งมีการนำหลักธรรมมาภิบาล (หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า) มาใช้ในการบริหารงานในกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนใน**ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะในประเด็นการมีส่วนร่วมของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีข้อสังเกตว่าระบบประกันสังคมยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ประกันตนอย่างแท้จริง ส่วนระบบ

สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นระบบเดียวที่ไม่ได้นำหลักการมีส่วนร่วมของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมาใช้ในการบริหารงานและการดำเนินงาน ดังนั้นทั้งระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจยังมีจุดอ่อนเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ที่อยู่ภายใต้ 2 ระบบนี้ ที่ควรปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ส่วนที่ 3 ข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยส่วนรวม

3.1 ความผิดพลาดในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยร้องเรียน กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อความผิดพลาดในระบบหลักประกันสุขภาพ 4 อันดับคือ การร้องเรียนจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของบริการหลักประกันสุขภาพ ความผิดพลาดของการรักษาพยาบาลเกิดจากผู้ให้บริการไม่อธิบายการรักษาให้เข้าใจ การร้องเรียนไม่ใช่เรื่องเสียหาย ความผิดพลาดในการให้บริการเกิดขึ้นได้เสมออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

3.2 ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการให้บริการ ด้านการรักษาของแพทย์ ด้านการไม่ได้สิทธิ

(1) **ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน : ด้านพฤติกรรมการให้บริการ**

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อพฤติกรรมการให้บริการที่นำไปสู่การร้องเรียน คือ การดูแลเอาใจใส่ การพูดจา

(2) **ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน : ด้านการรักษาของแพทย์**

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อการรักษาของแพทย์ที่นำไปสู่การร้องเรียน 3 อันดับคือ การให้บริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เช่น ตายที่ไม่ควรตาย พิการทั้งที่ไม่น่าพิการ ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล และการไม่ได้รับคำแนะนำชี้แจงที่ชัดเจนด้านการรักษาพยาบาลจากผู้ให้บริการ

(3) **ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน : ด้านการไม่ได้สิทธิ**

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อการไม่ได้รับสิทธิที่นำไปสู่การร้องเรียน 3 อันดับ คือ การไม่ได้สิทธิมีความสำคัญที่นำไปสู่การร้องเรียน ความไม่ใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล การถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ

3.3 หน่วยงานที่รู้จักและการใช้บริการจากหน่วยงานต่าง ๆ

หน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างรู้จัก ประกอบด้วย ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน รองลงมาคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ สำนักงานแพทยสภา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคแต่ไม่เคยไปใช้บริการสูง แต่ไม่เคยไปใช้บริการ

3.4 **ผลกระทบที่เกิดจากการร้องเรียน**

(1) **ผลกระทบต่อผู้รับบริการ** ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการเปิดโอกาสให้ประชาชน "มีสิทธิ" และมีช่องทางการไปใช้สิทธิในการร้องเรียนเพิ่มขึ้น แม้ในทางปฏิบัติจะพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้และเข้าใจในสิทธิและการไปใช้สิทธิการร้องเรียนเมื่อได้รับความเสียหายจากการไปใช้บริการประกอบกับประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการร้องเรียนว่าเป็นเรื่องยุ่งยากเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย และจะทำให้เสียสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการซึ่งตนเองยังคงหวังพึ่งพิงอยู่

ผลการศึกษาพบว่า การร้องเรียนได้ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการในระดับปานกลางตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ เสียเวลาในการประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่ายของตนเอง เสียค่าใช้จ่ายของครอบครัว เสียชื่อเสียง เกียรติยศของตนเอง

ข้อมูลเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2550) รวมทั้งการสนทนากลุ่มคณะกรรมการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนขอนแก่น (เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2550)และคณะกรรมการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนโซนศรีนครินทร์ เขตลาดกระบัง เขตประเวศ (เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2550) ยืนยันว่า ประชาชนไม่ต้องการร้องเรียนถ้าไม่เดือดร้อนจริงๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจเชิงปริมาณพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 94.1 ไม่เคยร้องเรียนและไม่ต้องการร้องเรียน โดยเห็นว่าการร้องเรียนเป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลาการทำงานเสียค่าใช้จ่าย เสียสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องรักษาสัมพันธภาพที่ดีไว้สำหรับการรับบริการในอนาคต

(2) **ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ** การเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเด็นการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เกิดกับผู้ป่วยในการไปใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากต่อผู้ให้บริการซึ่งครอบคลุมการให้บริการแก่ผู้รับบริการทั้ง 3 ระบบ สถานพยาบาลทุกแห่ง

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่าการร้องเรียนทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้บริการในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ความเครียด ความวิตกกังวล ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว ความมั่นใจของทีมสุขภาพในการให้บริการ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ภายหลังจากที่นำระบบหลักประกันสุขภาพมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ทำให้สถานพยาบาลรับภาระด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีเรื่องการร้องเรียนของผู้ป่วยจากความเสียหายที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนั้นยังพบว่าสถานพยาบาลหลายแห่งต้องรับภาระการรักษาพยาบาลประชากร ที่เกินจากโควตาที่ได้รับเนื่องจากมีประชากรแฝงในอาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก เป็นผลให้ปริมาณงานกับจำนวนบุคลากรไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสม

สำหรับการร้องเรียนที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทำให้สถานพยาบาลต่างๆ มีการปรับโครงสร้างการทำงานเพื่อรองรับสถานการณ์การร้องเรียนเพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้ ซึ่ง

ผู้ให้บริการมองว่า เป็นการเพิ่มภาระงานที่มากขึ้น ขณะที่อัตรากำลังไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง การที่ต้องปฏิบัติงานอย่างระมัดระวังความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น และการเพิ่มความพยายามดูแลให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดในการทำงาน แพทย์และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวลมากขึ้น ปริมาณการร้องเรียนที่เพิ่มขึ้น ทั้งที่เป็นการร้องเรียนจากความเสียหายทั้งในระดับที่รุนแรงและไม่รุนแรงหากไม่มีการบริการจัดการการร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพอาจส่งผลต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์ของสถานบริการ ตลอดจนความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติงานของทีมงานในสถานพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างระบบผู้ให้บริการและระบบผู้รับบริการได้ ทั้งนี้พบว่า สถานพยาบาลบางแห่งจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลซึ่งมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย คณะกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยง และคณะกรรมการรับและแก้ไขข้อร้องเรียน โดยนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลประการหนึ่งคือ การสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยในการมารับบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลถือเป็นการป้องกันการเกิดเรื่องร้องเรียน

ถึงแม้ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจจากผู้บริหารโรงพยาบาล แต่ก็ยังรู้สึกขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานจึงเรียกร้องให้ผู้บริหารจากส่วนกลาง (สปสช.) หันมาให้ความสนใจบุคลากรในส่วนนี้ให้มากขึ้น มิควรมุ่งเน้นแต่ผลงานเพียงอย่างเดียว (สัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติงานศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า) นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพมีความต้องการในการพัฒนาความรู้ทักษะเกี่ยวกับการจัดการเรื่องร้องเรียน การเจรจาไกล่เกลี่ย และการใช้แนวทางสันติวิธีในการปฏิบัติงาน ซึ่งในการฝึกอบรมในเรื่องนี้ที่ดำเนินการโดยศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข ยังไม่ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ***(ผู้ปฏิบัติงานศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารและรับเรื่องร้องเรียน จ. ขอนแก่น, สัมภาษณ์, 3 สิงหาคม 2550)***

(3) **ผลกระทบต่อสังคม** การร้องเรียนได้ส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมเช่นกัน โดยมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ

ผลกระทบด้านบวก ก่อให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในด้านคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนไปใช้สิทธิเพิ่มขึ้น ประชาชนมีโอกาสมีส่วนร่วมในการตรวจตราและควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการเพิ่มขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีบทบาทและส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครองคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานชุดต่าง ๆ ในระดับจังหวัด ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนมากขึ้น

ส่วนผลกระทบด้านลบ คือ การร้องเรียนที่มีการเผยแพร่ในสื่อสารมวลชนทำให้คนในสังคมเริ่มขาดความเชื่อมั่นต่อคุณธรรม จริยธรรมของแพทย์ ขาดความเชื่อมั่นต่อระบบ กลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะระบบประกันสังคม ซึ่งมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางใน

กลุ่มผู้ใช้แรงงาน และนักวิชาการ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้บริหารศูนย์หลักประกันสุขภาพของสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง และกรณีศึกษาของการวิจัยครั้งนี้ได้กล่าวถึงการตีความอย่างเคร่งครัดตายตัวกับระเบียบของการจ่ายเงินให้กับผู้ประกันตนจนมองข้ามหลักมนุษยธรรม ทั้งๆ ที่เป็นสิทธิอันพึงมีพึงได้ ของผู้ประกันตน และสำนักงานประกันสังคมก็มีเงินอยู่ในกองทุนประกันสังคมที่ส่วนหนึ่งมาจากการจ่ายสมทบของผู้ประกันตนอยู่เป็นจำนวนมาก

ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในสังคมในอนาคตที่จะเกี่ยวข้องกับระบบประกันสังคมโดยตรงคือกระแสของการเรียกร้องจากผู้ใช้แรงงาน และนักวิชาการแรงงานที่ต้องการให้มีการปฏิรูปการบริหารจัดการในสำนักงานประกันสังคม การปรับเพิ่มสวัสดิการให้กับผู้ประกันตน การจัดสรรเงินในกองทุนประกันสังคมส่วนหนึ่งมาจัดตั้งธนาคารลูกจ้างหรือธนาคารประชาชน ซึ่งหากเป็นไปตามนี้จะทำให้สำนักงานประกันสังคมต้องมีการปรับตัวอย่างขนานใหญ่

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

4.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

พบว่า ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นรูปธรรม โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกิดจากความร่วมมือของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน ดำเนินงานโดยเครือข่ายองค์กรประชาชนที่หลากหลาย และมีการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตนเองมาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเคยมีบทบาทในการเคลื่อนไหวผลักดัน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยดำเนินงานในฐานะของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนควบคู่ไปกับงานเดิมของแต่ละองค์กร ปี 2549 มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนจำนวน 72 ศูนย์ 43 จังหวัด

บทบาท ภารกิจของ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน มี 5 ประการคือ

1. เผยแพร่ข้อมูล ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ
2. รับเรื่องร้องทุกข์ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานแก้ไข
3. ติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่
4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมองค์กรชุมชน/องค์กรประชาชนในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
5. จัดทำข้อเสนอและความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

4.2 การเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นขบวนการขับเคลื่อนทางสังคมในด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานมีสถานะเป็นอาสาสมัคร ไม่คาดหวังค่าตอบแทนการทำงาน ส่วนใหญ่มีรายได้จากอาชีพหลัก เหตุผลของการมาทำงาน คือ ความตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของคนในชุมชน การดำเนินงานประสบผลสัมฤทธิ์ระดับหนึ่ง เพราะศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ยังต้องพึ่งพิงงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ การดำเนินงานตามภารกิจไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ การรับเรื่องร้องทุกข์ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานแก้ไข การติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมองค์กรชุมชน/องค์กรประชาชนในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องและการจัดทำข้อเสนอและความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเดินทางติดต่อประสานงานในการรับเรื่องร้องทุกข์และให้คำปรึกษา ค่าใช้จ่ายสำหรับจัดเวทีในชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ ซึ่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีจำกัด และยังไม่มีความมั่นใจในความต่อเนื่องของงบประมาณที่จะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในอนาคต ในบางจังหวัดต้องใช้วิธีการแทรกกิจกรรมการสร้างความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพในชุมชนในกิจกรรมอื่นๆ ที่มีงบประมาณสนับสนุนอยู่แล้ว จึงทำให้การดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพทำได้ไม่เต็มที่

ทางออกสำหรับปัญหางบประมาณของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน คือการขอรับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างหลักประกันสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตราที่ 47

4.3 ความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ผลการศึกษาความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในระดับปานกลาง คือ การนำพาประชาชนที่ไม่มีบัตรทองไปทำบัตรทอง]การประสานความร่วมมือกับองค์การบริการส่วนตำบลในพื้นที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล และการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

ส่วนที่ 5 แนวทางการปรับปรุงกลไกและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษาแนวทางการปรับปรุงกลไก และกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปรับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากกับแนวทางแบบกว้างๆ 4 ประการ คือ การสนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้ การให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมป้องกันแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการได้ การปรับปรุงวิธีการบริการของสถานพยาบาล และการแจ้งผลการพิจารณาการร้องเรียน

5.2 ข้อเสนอแนะ

การพัฒนากลไกและกระบวนการการจัดการเรื่องร้องเรียน กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการไปรับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ

5.2.1 **ควรพัฒนาประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

(1) **ควรพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้มารับบริการ ผู้ให้บริการและสังคม**

(2) **รัฐควรส่งเสริมแนวทางการปรับปรุงกลไกและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข** 4 ประการคือ (1) สนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้ (2) ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมป้องกันแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการได้ (3) ปรับปรุงวิธีการบริการของสถานพยาบาลให้มีคุณภาพ และ (4) แจ้งผลการพิจารณาการร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.2 **ควรพัฒนาประสิทธิภาพของระบบประกันสังคม** ในประเด็นต่อไปนี้

(1) ควรปรับปรุงกระบวนการสรรหาผู้เข้ามาร่วมเป็นกรรมการชุดต่างๆในระบบประกันสังคมให้มีตัวแทนที่มาจากการคัดเลือกและเป็นที่ยอมรับของผู้ประกันตนอย่างแท้จริง

(2) ปรับปรุงระเบียบเกี่ยวกับวงเงินการชดเชยความเสียหายในกรณีผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจนไม่สามารถทำงานได้ต่อไป ได้แก่ วงเงินค่ารักษาพยาบาล วงเงินทดแทนการว่างงาน วงเงินค่าครองชีพ โดยปรับเพิ่มให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้เสียหายสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

(3) ปรับปรุงระเบียบเกี่ยวกับการจ่ายประโยชน์ทดแทนและจ่ายเงินชดเชยให้ลูกจ้างที่ได้รับความเสียหายเพื่อให้การดำเนินงานให้ความช่วยเหลือผู้ประกันตนและลูกจ้างที่ได้รับความเสียหายได้คล่องตัวและรวดเร็ว

(4) ปรับปรุงกระบวนการสืบสวนหรือสอบข้อเท็จจริงในการขอรับเงินทดแทนในลักษณะต่างๆ โดยให้คำนึงถึงสิทธิของผู้ประกันตนที่ควรจะได้รับตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ เช่น การมีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอในพื้นที่บริการหรือพื้นที่รับผิดชอบ ให้สามารถเข้าไปตรวจสอบที่เกิดเหตุได้ทันท่วงที หรือใช้ข้อมูลอื่นๆ มาประกอบการพิจารณา และพิจารณาด้วยเหตุผลที่โปร่งใส มีคณะกรรมการจากส่วนอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบ เช่น ตัวแทนของผู้ประกันตน ตัวแทนสหภาพแรงงาน เป็นต้น

(5) สำนักงานกองทุนประกันสังคมในฐานะหน่วยงานหลักรับผิดชอบการบริหารระบบประกันสังคม ควรปรับปรุงวิธีการดำเนินงานในด้านการสืบค้นข้อมูล หรือหาข้อเท็จจริงและการตีความในการพิจารณาข้อร้องเรียนและการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ประกันตนและลูกจ้างที่ประสบอันตรายจากการทำงานให้เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ประกันตนและลูกจ้างที่ประสบอันตรายจากการทำงานได้รับการคุ้มครองอย่างเป็นธรรม กล่าวคือควรปรับปรุงการดำเนินงานในด้านการสืบค้นข้อมูล หรือหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติมให้เพียงพอแก่การพิจารณา ตีความ และควรตีความ หรือพิจารณาข้อมูลในลักษณะที่กว้าง บทพื้นฐานความเป็นจริง พิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอันอาจจะเป็นเหตุให้ผู้ประกันตนต้องเสียชีวิต มิใช่การเสียชีวิตต้องเกิดขึ้นขณะปฏิบัติหน้าที่เท่านั้นจึงจะได้รับเงินทดแทน ดังกรณีศึกษาของบุญน้อยกับสิทธิในกองทุนเงินทดแทน

5.2.3 **ควรพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ**

(1) ปรับปรุงประสิทธิภาพช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีอยู่แล้ว (สายด่วน 1689) และเพิ่มช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่หลากหลายเพื่อเป็นทางเลือก

(2) ส่งเสริมให้ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานเกี่ยวกับสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

5.2.4 **ควรพัฒนาศักยภาพของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และการเป็นองค์กรอิสระของภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดการสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่นในระยะยาว**

5.2.5 **รัฐควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการทำงานของ**ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เพื่อให้ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งจะเป็นช่องทางการร้องเรียนที่ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย

5.2.6 **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรออกกฎระเบียบที่ชัดเจนเพื่อรองรับการมีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในทุกพื้นที่** เพื่อให้เกิดการยอมรับบทบาทหน้าที่ของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

5.2.7 **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน** ทั้งนี้พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากที่ยังไม่ทราบและยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

5.2.8 **ควรมีการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อการจัดการเรื่องร้องเรียนและกระบวนการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ**

(1) ควรมีการศึกษารูปแบบ องค์ประกอบของคณะกรรมการ บทบาท หน้าที่ กระบวนการดำเนินงาน และที่มาของงบประมาณขององค์กรอิสระคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบที่เหมาะสม

(2) ควรมีการศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. (2545). **การประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพระดับจังหวัด**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.(2548). **ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์และคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

ขัตติยา กรรณสูต.(2549). **ธรรมาภิบาลในสังคมไทย**. เอกสารประกอบการสอนวิชา SA 6233 ทุนทางสังคม ธรรมาภิบาล และประชาสังคมใ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.(อัดสำเนา)

ขนิษฐา นันทบุตร กล้าเผชิญ โชคบำรุง และ ปิยะธิดา นาคะเกษียร.(2548). **อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย**. (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

คณะพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **ข้อเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน**. (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย.www.thaiplus.net.

จิตปราณี วาศวิท และคณะ. (2547). **อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 1 เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย**. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://library.hsri.or.th

จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ. (2547). **โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค : การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง**. (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2548). **การทบทวนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามกรอบข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2544**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุกัลยา คงสวัสดิ์ และ ภรณี เหล่าอิทธิ. (2548). **ผลกระทบของการออกนอกระบบราชการไปอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐต่อการจัดบริการทางสุขภาพภายในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (โครงการที่ 3) ปีที่ 2-3**. (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุรีรัตน์ งามเกียรติไพศาล และ สรรธวัช อัศวเรืองชัย.(2549). **วิจัยและพัฒนาแผนแม่บทและเครื่องชี้วัดคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 3 ส่วนที่ 1.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุรีรัตน์ งามเกียรติไพศาล และ ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์. (2549). **วิจัยและพัฒนาแผนแม่บทและเครื่องชี้วัดคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนที่ 2 ชุดเครื่องชี้วัดสำหรับการกำกับติดตามประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุข.** (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2550.

จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์ สุพล ลิมวัฒนานนท์ และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย.(2545). **การไม่ได้รับยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล.** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก. http://library.hsri.or.th สืบค้น 3 พฤศจิกายน 2550.

จอนผะจง เพ็งจาดและคณะ. (2547). **การศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

ช.ชยินทร์ เพ็ชญไพศิษฎ์. (2544). **แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย.** (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

ชาญวิทย์ ทระเทพ และคณะ.(2548). **สถานการณ์การจัดบริการสาธารณสุข:โครงสร้างรูปแบบ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข.**(ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

ถวิลวดี บุรีกุล. (2550). **การมีส่วนร่วม : แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการ.** กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า.

ทักษพล ธรรมรังสี. (2548). **การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก. http://library.hsri.or.th

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2544). **การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศคานาดา** (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2540). **การมีส่วนร่วมของคนงานในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลประกันสังคม.** (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ.(2549). **สู่เส้นทางปฏิรูปกฎหมายประกันสังคม.** กรุงเทพฯ : มูลนิธิอารมณ์พงศ์พงัน.

บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย.(2546). **ผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช : ภาพรวมระดับประเทศและกรณีศึกษาสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในภาคเหนือของประเทศไทย**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

ประคิณ สุจฉายา และคณะ. (2545). **สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย : มุมมองของพยาบาล**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

พระไพศาล วิสาโล. (2541).**รัฐธรรมนูญกับการระงับความขัดแย้งในสังคมไทย**. การบรรยายในการประชุมปฏิบัติการ จัดโดยสภาความมั่นคงแห่งชาติและสถาบันสันติศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2541.

พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ.(2545). **ทุกข์และการเผชิญทุกข์คนไทยในระบบสุขภาพ**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

ยุพดี ศิริสินสุข. (2548). **ระบบคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพไทย**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th/abs/res/hs 1193t.doc

ยุพดี ศิริสินสุข และจิราพร ลิ้มปานานนท์. (2547). **รายงานโครงการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ข้อร้องเรียนและพัฒนาข้อเสนอแนะระบบการรับเรื่องร้องภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. (เอกสารอัดสำเนา)

ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พ.ศ.2545.

รายงานผลการศึกษา **รูปแบบการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ : กรณีศึกษาการพัฒนาศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพนำร่องในหน่วยบริการ ปี 2549 (รอบแรก)**. (เอกสารอัดสำเนา).

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปีพุทธศักราช 2550 pr@parliament.go.th

ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ(มมป.). **การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิด**. (เอกสารอัดสำเนา)

วิไลลักษณ์ อยู่สำราญ. (2548). **การศึกษาองค์ความรู้ด้านการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคในต่างประเทศ**. (ออนไลน์)http://library.hsri.or.th

วิโรจน์ ณ ระนอง. (2545). **การติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง** (2544-45). (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์.(2548). **ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศศิวุทฒิ์ วงศ์มณฑา.(2548). **ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาทฯ ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน**. (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นวลอนันต์ ตันติดกตุ และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์.(2542). **การสำรวจการเจ็บป่วยและการใช้บริการทางการแพทย์ของข้าราชการ, ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวในสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ.2538**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ. (2543). **"ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ต่าง ๆ**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ.(2546). **พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

วัฒนา สุกัณศีล.(2544). **กองทุนและการจัดสวัสดิการสุขภาพของชุมชน: บทบาทและทางเลือกในการพัฒนา**. (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

วีรพรรณ พลปัถพี อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์ และวิษณุ ธรรมลิขิตกุล.(2546). **การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประกันตนกับโรงพยาบาลศิริราช**. (ออนไลน์). http://library.hsri.or.th

สมยศ นาวีการ. (2545). **พฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บรรณกิจ.

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2540). **ความขัดแย้งการบริหารเพื่อความสร้างสรรค์**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทต้นอ้อ แกรมมี่ จำกัด.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์.(2544). **ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). **แนวทางการดำเนินงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน**. กรุงเทพฯ : บริบัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พลับบริชชิ่ง จำกัด

ศรีประภา เพชรมีศรี. (2548). **สิทธิในสุขภาพ : จากเสรีนิยม สู่ชุมชนนิยม?**. (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ. (2547). **การศึกษาข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมโดยตรง** (Direct stake holders) **ต่อรูปแบบต้นสังกัดของสถานีอนามัยในเขตอำเภอบ้านแพ้ว ภายหลังการออกนอกระบบราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว**. (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

ศิริรัตน์ ชำนาญณรงค์ศักดิ์. (2547). **ผลกระทบของพฤติกรรมผู้นำและวัฒนธรรมองค์การต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ.(2545). **ความเป็นธรรมทางสุขภาพการประเมินระดับครัวเรือน.** (ออนไลน์)http://library.hsri.or.th

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคนอื่นๆ.(2546). **การอุดหนุนและเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานบริการในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะนำร่อง.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และ สุกัลยา คงสวัสดิ์.(2547). **ความ เป็นธรรมทางสุขภาพระดับครัวเรือน: การสำรวจครัวเรือนรอบที่ 2 และการตรวจร่างกายครั้งที่ 1.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์และคณะ.(2549). **การศึกษาสถานการณ์การให้บริการทางด้านอาชีวอนามัยในภาคอุตสาหกรรม.** (ออนไลน์)http://library.hsri.or.th

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ. (2548). **ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวม.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2548). **โครงการศึกษาเครือข่ายสังคมภาคตะวันออกกับการเสริมสร้างพลังผู้บริโภค.** (ออนไลน์)http://library.hsri.or.th

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.(2547). **คู่มือทางสังคมและมานุษยวิทยาในงานบริการสุขภาพ."** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.(2546). **รายงานการทำงานเพื่อพัฒนากรอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ.(2547). **โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำร่องที่กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้โดยสมัครใจ.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

สุรสม กฤษณะจูฑะ และคณะ.(2546). **สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ: บทสำรวจเบื้องต้นเพื่อทบทวนและท้าทายองค์ความรู้.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

สุภาภรณ์ เตโชวาณิชย์และ.(2546) **แนวคิดของสังคมต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

ศุภสิทธิ์ พรรณนานุณทัย.(2550). **กลไกชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ.** สรุปรายงานการวิจัยในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการประจำปี 2550 สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ.(2546). **ปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุขโรงพยาบาลภูเขียว อำเภอภูเขียวจังหวัดชัยภูมิ.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ กิ่งแก้ว อุดมชัยกุล และจิราวรรณ กล่อมเมฆ. (2544). **ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

อัญชนา ณ ระนอง. (2548). **ความคาดหวังการใช้บริการด้านสุขภาพ และ ผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของประชาชน.** (ออนไลน์) http://library.hsri.or.th

อนุกรรมการด้านสุขภาพอนามัย และผู้สูงอายุ ผู้พิการ ในคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (2550). **รายงานสรุปผลการสัมมนาเรื่อง สิทธิ ปัญหา และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์**

ภาษาอังกฤษ

Alsop, Ruth(2004) . Power, Rights, and Poverty: Concepts and Connections. Washington DC: World Bank.

Cohen, J.M. and N. T Uphoff(1997) . Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation. New York: Cornell University, (Rural Development Monograph no. 2).

Douglass, North(1996). Institutions,quoted in International Change and Economic Performance, Cambridge, UK and New York ,Cambridge University Press.

Friedmann, J. (1992).Empowerment: The Politic of Alternative Development. Oxford: Blackwell,

Johnson, H. (1992). "Women's Empowerment and Public Action: Experiences from Latin America." 1992, guoted in Wuyts et al .

Narayan Deepa2(002). Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook. Washington. DC: World Bank.

Rowlands, Jo(1997). "Questioning Empowerment" Oxfam Print Unit.

Thomas, A(1992) "Non-Governmental Organizations and the Limits to Empowerment."Edited by Wuyts et al.

Touwen, Anne Gender and Development in Zambia: Empowerment of Women

การสัมภาษณ์

1. กฤติยา ศรีประเสริฐ, (พ.ญ.), สัมภาษณ์, 22 ตุลาคม 2550, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. กุลเศขร์ ลิมปยากร, สัมภาษณ์ , 19 ตุลาคม 2550, กรมบัญชีกลาง
3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์,สัมภาษณ์, 17 กรกฎาคม 2550
4. เจ้าหน้าที่ห้องสบายใจโรงพยาบาลสมุทรปราการ, สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2550
5. เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารและรับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลขอนแก่น, สัมภาษณ์, 3 สิงหาคม 2550
6. ชลิต ทองประยูร (นพ.), สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2550, โรงพยาบาลสมุทรปราการ
7. บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ, สัมภาษณ์, 30 พฤศจิกายน 2550, มูลนิธิอารมณ์พงศ์พงัน
8. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า,สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2550, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
9. นิรมล กีรติสิทธิกุล, สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2550,สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ
10. เพ็ญศรี ไตรรัตน์, สัมภาษณ์,27 กันยายน 2550,สำนักงานประกันสังคม
11. เรืองรอง ดีผดุง, สัมภาษณ์, 9 ตุลาคม 2550,สำนักงานประกันสังคม นนทบุรี
12. ยุพดี สิริสินสุข (ดร.), สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2550, คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
13. สารี อ๋องสมหวัง, สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2550

Record #.....……

ID……

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ในระบบหลักประกันสุขภาพ

คำชี้แจงแบบสอบถาม

- **ผู้ตอบแบบสอบถามคือผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ**
- **แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน**

  ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

  ส่วนที่ 2 กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- **กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ให้ครบทั้ง 2 ส่วน**
- **ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่านจะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยการแปลผลในภาพรวม**
- **ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับไม่นำไปเปิดเผยในที่ใดในสถานะส่วนบุคคล**

สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ติดต่อ: ห้อง 511 คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ กรุงเทพฯ 10200

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

จังหวัด.....	Prov
ภาค • เหนือ , ตะวันออกเฉียงเหนือ f กลาง „ ใต้	Region
ประเภทบัตร • บัตรประกันสุขภาพ , บัตรประกันสังคม f บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	Type

วันที่เก็บข้อมูล วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2550 เจ้าหน้าที่ผู้เก็บข้อมูล ….....	Date Intv

ส่วนที่ 1 **ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม**

1.1 **ข้อมูลส่วนบุคคล**

กรุณาใส่เครื่องหมาย O ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริง

คำถาม	คำตอบ	รหัส
1. เพศ	• ชาย , หญิง	Gen
2. อายุ	……..ปี	Age
3.ประเภทผู้ป่วย	• ผู้ป่วยนอก , ผู้ป่วยใน	Case
4. สถานภาพสมรส	• โสด , สมรส f หม้าย „ หย่า … แยกกันอยู่	Status
5. ระดับการศึกษาสูงสุด	• ไม่ได้เรียน , ประถมศึกษา f มัธยมศึกษา „ ปริญญาตรี … สูงกว่าปริญญาตรี	Edu
6. อาชีพ	• ไม่ได้ทำงาน , เกษตรกรรม/ประมง/เลี้ยงสัตว์ f ค้าขาย m ธุรกิจ/ธุรกิจส่วนตัว n รับจ้างทั่วไป o ผู้ใช้แรงงานในโรงงาน/ในสถานบริการ ‡ รับราชการ ˆ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ‰ อื่นๆ ระบุ.....	Occp
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน จำนวน	.....บาท/เดือน	Income
8. ท่านนับถือศาสนา	• พุทธ , คริสต์ f อิสลาม m อื่นๆ ระบุ.....	Religion
9. สถานที่พักอาศัยของท่านอยู่ที่ใด	• ในเขตเทศบาล , นอกเขตเทศบาล f กรุงเทพมหานคร	Area
10. สถานพยาบาลที่ท่านสามารถไปใช้สิทธิได้	• โรงพยาบาลจังหวัด , โรงพยาบาลอำเภอ f สถานีอนามัย m โรงพยาบาลเอกชน n คลินิก o อื่นๆ ระบุ.....	Hosp
11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	• ไม่มี , มี (โปรดระบุโรค).....	Disease

ส่วนที่ 2: **กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ**

กรุณาใส่เครื่องหมาย O ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริง

1. **ท่านเห็นด้วยอย่างไรกับความผิดพลาดและการร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ**

ประเด็นความผิดพลาดและการร้องเรียน	ระดับการเห็นด้วย				รหัส
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย	
ก. ความผิดพลาดในการให้บริการเกิดขึ้นได้เสมอ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ไม่มีใครต้องการให้เกิดขึ้น					Error1
ข. ความผิดพลาดของการรักษาพยาบาล มีหลายสาเหตุดังนี้ -ผู้ให้บริการไม่อธิบายการรักษาให้เข้าใจ					Error2
- ผู้รับบริการไม่ได้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง					Error3
- ความผิดพลาดของการรักษาไม่จำเป็นต้องร้องเรียนเสมอไป					Error4
- ความไม่พร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ของสถานพยาบาลทำให้เกิดความผิดพลาด					Error5
- จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นมากทำให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลของผู้ให้ บริการทางการแพทย์					Error6
ค. การร้องเรียนเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ					Error7
ง. การร้องเรียนเกิดจากความผิดพลาดในขั้นตอนการให้บริการ					Error8
จ. การร้องเรียนเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้รับบริการ					Error9
ฉ. การร้องเรียนไม่ใช่เรื่องเสียหาย					Error10
ช. การร้องเรียนจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของบริการหลักประกันสุขภาพ					Error11
2. **ท่านเคยร้องเรียนปัญหาจากการไปใช้บริการหลักประกันสุขภาพหรือไม่** • ไม่เคยร้องเรียน เพราะ .....(**ตอบข้อ** 3, 4) **,** เคยร้องเรียนเรื่อง .....(**ข้ามไปตอบข้อ** 5,6)					req

3. **ท่านให้ความสำคัญกับประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด**				
ประเด็นที่นำไปสู่การร้องเรียน	**ระดับการให้ความสำคัญ**			
ก. พฤติกรรมการให้บริการ	**มาก**	**ปานกลาง**	**น้อ**	
- การพูดจา				Conc1
- การดูแลเอาใจใส่				Conc2
- การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการ				Conc3
ข. การรักษาของแพทย์ - การให้บริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เช่น ตายที่ไม่ควรตาย พิการทั้งที่ไม่น่าพิการ				Conc4
- ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล				Conc5
- การไม่ได้รับคำแนะนำชี้แจงที่ชัดเจนด้านการรักษาพยาบาลจากผู้ให้บริการ				Conc6
ค. การไม่ได้สิทธิ - การไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่พึงได้				Conc7

- การถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ				Conc8
- การถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด				Conc9
- การถูกเรียกเก็บเงินทั้งที่สิทธิประโยชน์ครอบคลุมอยู่แล้ว				Conc10
- ความไม่ใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล				Conc11

4. **ท่านรู้จัก และเคยใช้บริการจากหน่วยงานดังต่อไป นี้หรือไม่** (**เสร็จแล้วข้ามไปตอบข้อ** 7)

หน่วยงาน	**ไม่รู้จัก**	**รู้จัก**	**การใช้บริการ**		**รหัส**
			ไม่เคย	**เคย**	
1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)					Unit1.....use1.....
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					Unit2.....use2.....
3. ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน					Unit3.....use3.....
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่					Unit4.....use4.....
5. หน่วยรับเรื่องร้องเรียนในโรงพยาบาล					Unit5.....use5.....
6. สำนักงานประกันสังคม					Unit6.....use6.....
7. สำนักงานประกันสังคมจังหวัด					Unit7.....use7.....
8. สำนักงานแพทยสภา					Unit8.....use8.....
9 .สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค					Unit9.....use9.....
10. กองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข					Unit10.....use10 .....
11. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา					Unit11.....use11 .....
12.กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง					Unit12.....use12 .....
13.สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา					Unit13.....use13 .....
14.สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ					Unit14.....use14 .....
15.สภาคุ้มครองผู้บริโภค					Unit15.....use15 .....
16.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาล อบจ. อบต.)					Unit16.....use16..
17. ภาคี/เครือข่ายผู้บริโภคภาคเอกชน/ประชาชน					Unit17.....use17 .....
18.อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)					Unit18.....use18 .....
19.สายด่วนบัตรทอง 1330					Unit19.....use19 .....
20.สายด่วนประกันสังคม					Unit20.....use20 .....

5.**กรณีที่เคยร้องเรียน** ท่านพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรื่องที่ร้องเรียนอย่างไร

ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรื่องที่ร้องเรียน	**ระดับความพึงพอใจ**			**รหัส**
	มาก	**ปานกลาง**	**น้อย**	
ก. พฤติกรรมผู้ให้บริการ - การพูดจา การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ท่านร้องเรียน				Req1
- การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่				Req2
- ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน				Req3

ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรื่องที่ร้องเรียน	ระดับความพึงพอใจ			รหัส
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
- การมีทีมงานในการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน				Req4
- การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการ				Req5
ข. การบริหารจัดการของหลักประกันสุขภาพ				
- การอำนวยความสะดวกในระหว่างที่ท่านร้องเรียน				Req6
- การให้คำแนะนำชี้แจงของเจ้าหน้าที่				Req7
- การให้บริการตามสิทธิที่ท่านพึงได้				Req8
- การจัดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนของสถานพยาบาล				Req9
- การประชาสัมพันธ์ วิธีการ ขั้นตอนการร้องเรียน				Req10
ค. การดำเนินการของสถานพยาบาล				
- การจัดการเรื่องที่ท่านร้องเรียนอย่างทันท่วงที				Req11
- ความใส่ใจในการจัดการปัญหาของสถานพยาบาล				Req12
- การพิจารณารับเรื่องร้องเรียน				Req13
- การตรวจสอบข้อเท็จจริงจากผู้ร้องเรียน				Req14
- การเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อหาข้อยุติของปัญหา				Req15
- การชี้แจงให้ความกระจ่างเกี่ยวกับผลการพิจารณาให้กับผู้ร้องเรียน				Req16
- การสรุปผลการพิจารณาและแจ้งกลับ				Req17
- การให้ความช่วยเหลือ(ค่าชดเชยค่าเสียหายให้กับผู้ร้องเรียน)				Req18
- การส่งต่อเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณา				Req19
- การพิจารณาให้การช่วยเหลือกรณีการยื่นอุทธรณ์				Req20
- การสรุปเรื่องร้องเรียน				Req21
- การยุติเรื่องร้องเรียน				Req22
ง. ช่องทางการร้องเรียน มีดังต่อไปนี้				
- ด้วยตนเอง				Req23
- ทางโทรศัพท์				Req24
- ทางจดหมาย				Req24
- ทางสายด่วน				Req26
จ. ความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน				Req27
- การเจรจาไกล่เกลี่ยที่คำนึงถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องทุกคน				Req28
- การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง				Req29
- ผลที่ได้รับจากการร้องเรียน				Req30
- การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น				Req31
- การชดเชยค่าเสียหายที่ได้รับ				Req32

6. **เมื่อมีกรณีร้องเรียน เกิดขึ้น** ท่านคิดว่าจะส่งผลกระทบต่อไปนี้อย่างไร (**ตอบเฉพาะผู้ที่เคยร้องเรียน**)

ผลกระทบจากการร้องเรียน	ระดับของผลกระทบ			รหัส
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
ก. สถานพยาบาล				
-สถานพยาบาลเสียชื่อเสียง				Effect1
-เพิ่มงานให้กับสถานพยาบาล				Effect2
ข. ผู้ให้บริการ				
-ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว				Effect3

ผลกระทบจากการร้องเรียน	ระดับของผลกระทบ			รหัส
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
- ความเครียด ความวิตกกังวล				Effect4
- ชื่อเสียงของทีมสุขภาพผู้ให้บริการ				Effect5
- ผู้ให้บริการขาดขวัญ กำลังใจในการทำงาน				Effect6
- ความมั่นใจของทีมสุขภาพในการให้บริการ				Effect7
ค. ผู้ใช้บริการ - การเสียเวลาในการประกอบอาชีพ				Effect8 Effect9
- เสียค่าใช้จ่ายของตนเอง				Effect10
- เสียค่าใช้จ่ายของครอบครัว				Effect11
- เสียชื่อเสียง เกียรติยศ ของตนเอง				Effect12
- เสียชื่อเสียง เกียรติยศ ของครอบครัว				Effect13
- สูญเสียความมั่นใจในการไปใช้บริการจากสถานพยาบาล				Effect14
- เสียความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพผู้ให้บริการ				Effect15
- เสียความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน				Effect16

7.ท่านเคยใช้บริการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือไม่	• ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 9) , เคย (**โปรดตอบข้อ** 8)	

8.**กรณีที่ท่านเคยใช้บริการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน** ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์ฯ ระดับใด	ระดับความพึงพอใจ			รหัส
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
ก. การประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรม เช่น นิทรรศการ การเคาะประตูบ้านเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเข้าถึงสิทธิ์				Will1
ข. การรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพจากประชาชนในพื้นที่				Will2
ค. การให้ข้อมูลคำปรึกษาเพื่อให้ผู้ร้องเรียนดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยตนเอง				Will3
ง. การประสานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ในการยื่นคำร้องเพื่อขออุทธรณ์				Will4
จ. การประสานความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเพื่อลดความขัดแย้ง				Will5
ฉ. การประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาหรือส่งต่อกรณีปัญหา				Will6
ช. การประสานความร่วมมือกับองค์กรพันธมิตร				Will7
ซ. การประสานความรวมมือกับอนุกรรมการภาคประชาชนระดับจังหวัด				Will8
ฌ. การนำพาประชาชนที่ไม่มีบัตรทองไปทำบัตรทอง				Will9
ญ. การผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่				Will10
ฎ. การประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล				Will11

คำถาม	คำตอบ	รหัส
9.ท่านเคยมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพหรือไม่ อย่างไร	• ไม่เคย (**ข้ามไปตอบข้อ** 12) , เคย (**โปรดระบุเรื่องที่ท่านเสนอ**)	Suggest1
10. กรณีที่ท่านเคยแสดงความคิดเห็น ความคิดเห็นของท่านได้รับการพิจารณาหรือไม่	• ได้รับการพิจารณา , ไม่ได้รับการพิจารณา(**โปรดตอบข้อ** 11)	Suggest2
11. กรณีที่ความคิดเห็นของท่านไม่ได้รับการพิจารณา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงเหตุผลต่อท่านหรือไม่ อย่างไร	• ไม่ได้ชี้แจง , ชี้แจง (**โปรดสรุปคำชี้แจงสั้นๆ**)	Suggest3
12. นอกจากความคิดเห็นแล้ว ท่านเคยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพหรือไม่ อย่างไร • ไม่เคย (**ตอบข้อ** 13 **ด้วย**) , เคย (**โปรดระบุเรื่องที่ท่านเคยทำ แล้วข้ามไปตอบข้อ** 14)		Suggest4

13. ในกรณีที่ไม่เคยมีส่วนร่วม ท่านอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพให้ดีขึ้นอย่างไร	Suggest5

14.ท่านเห็นว่าแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพควรเป็นอย่างไร

แนวทาง	ระดับการเห็นด้วย			รหัส
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
ก. การปรับปรุงวิธีการบริการของสถานพยาบาล				Direct8
ข. การแจ้งผลการพิจารณาการร้องเรียน				Direct9
ค. การสนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้				Direct13
ง. ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมป้องกันแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการได้				Direct14
จ. การเสนอความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ				Direct16
ฉ. การเสนอความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ การร้องเรียนและการชดเชย				Direct20

15. ข้อเสนอแนะอื่นๆเพิ่มเติม

.....
.....

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านสละเวลาอันมีค่าของท่านกรุณาตอบแบบสอบถามฉบับนี้

คณะผู้วิจัย

แบบสัมภาษณ์โครงการวิจัยกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 1

1.1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่ มากน้อย เพียงใด

ส่วนที่ 2 กลไกและกระบวนการจัดการร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

2.1 ท่านคิดว่ากลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีหน่วยงานหรือมีคณะกรรมการรับผิดชอบจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างชัดเจนหรือไม่ ถ้ามี กระบวนจัดการเรื่องร้องเรียนของหน่วยงานหรือคณะกรรมการเป็นอย่างไร มีการนำหลักธรรมาภิบาล (หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า) มาใช้หรือไม่ อย่างไร และมีจุดแข็ง/จุดอ่อน อย่างไรบ้าง

2.2 กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

(1)กระบวนการการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ สะดวก รวดเร็ว เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด และเหมาะสมหรือไม่ ระบบผู้ให้บริการและระบบผู้ใช้บริการพอใจหรือไม่เพราะเหตุใด

(2) กระบวนการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ สะดวก รวดเร็วและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดและเหมาะสมหรือไม่ ระบบผู้ให้บริการและระบบผู้ใช้บริการพอใจหรือไม่เพราะเหตุใด

2.3 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีข้อผิดพลาดอะไรบ้างและส่งผลกระทบต่อระบบผู้ให้บริการ ระบบผู้ใช้บริการและสังคมโดยส่วนรวมอย่างไร

2.4 ท่านคิดว่าศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสามารถดำเนินงานได้อย่างอิสระหรือไม่ เพราะเหตุใด มีการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือไม่อย่างไร มีการดำเนินงานเรื่องการร้องเรียนอย่างเข้มแข็ง จริงจัง ต่อเนื่องและบรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือไม่ อย่างไร

2.5 ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกลไกและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อมิให้เกิดการร้องเรียนซ้ำ และเพื่อให้ระบบผู้ให้บริการ และระบบผู้ใช้บริการได้รับความเป็นธรรมและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้บริหาร/นักวิชาการ
โครงการวิจัยกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

---

1. กลไกและกระบวนการจัดการ**เรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ** มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่
2. ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพได้มาตรฐานและครอบคลุมเพียงพอหรือไม่
    2.1 เข้าถึงและรับบริการที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ
    2.2 สิทธิร้องเรียนและได้รับการเยียวยา เมื่อรับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข
    2.3 สิทธิมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ
3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพ ได้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในระดับนโยบาย ระดับพื้นที่/ท้องถิ่นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
4. แนวทางการพัฒนา**กลไกและกระบวนการจัดการร้องเรียนและการ**ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ควรเป็นอย่างไร

ประเด็นสำหรับการทำกรณีศึกษา
โครงการวิจัยกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

1) **ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา**
    a. ชื่อ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว รายได้ส่วนบุคคล ที่ติดต่อและที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน
    b. ประวัติการเจ็บป่วย (เคยเจ็บป่วยหรือไม่ โรคอะไร)
    c. ประวัติการรักษาพยาบาล (เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ไหนหรือไม่ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ดีหรือไม่ อย่างไร)
2) **การใช้สิทธิในระบบประกันสังคม**
    a. ใช้สิทธิประกันสังคมที่โรงพยาบาลใด
    b. เคยใช้สิทธิประกันสังคมหรือไม่ ถ้าเคย ได้รับสิทธิประโยชน์ในเรื่องใดบ้าง
    c. มีปัญหาในการใช้สิทธิในระบบประกันสังคมหรือไม่ อย่างไร
3) **การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระบบประกันสังคม**
    a. ได้รับข้อมูลเกียวกับการประกันสังคมหรือไม่(สิทธิประโยชน์/ แหล่งบริการ/วิธีการร้องเรียน)
    b. ได้รับข้อมูลจากช่องทางหรือจากสื่อใด
    c. การรับรู้ข้อมูลมีความเพียงพอ /ชัดเจน/ถูกต้อง/ทันสมัย/ความต่อเนื่อง หรือไม่ เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น
    d. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ขั้นตอนการรักษาพยาบาล/ขั้นตอนการร้องเรียน/การแจ้งผลการพิจารณา/ขั้นตอนการช่วยเหลือ/แจ้งผลการพิจารณา หรือไม่
    e. มีปัญหาอะไรบ้างในเรื่องของการรับรู้ข้อมูลประกันสังคม
4) **การร้องเรียนและการชดเชยค่าเสียหาย**
    a. อะไรคือปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ท่านต้องร้องเรียน
    b. ข้อร้องเรียนของท่านคืออะไร
    c. ท่านร้องเรียนช่องทางใดบ้าง
    d. วิธีการร้องเรียนท่านทำอย่างไร
    e. ปัญหาอุปสรรคของการร้องเรียนมีอะไรบ้าง
    f. หน่วยงานที่ท่านร้องเรียนการจัดการเรื่องร้องเรียนของท่านอย่างไร
    g. ท่านมีส่วนร่วมในการพิจารณาข้อร้องเรียนหรือไม่ อย่างไร
    h. ผลที่ท่านได้รับจากการร้องเรียนเป็นไปตามข้อร้องเรียนของท่านหรือไม่
    i. ท่านได้รับผลกระทบในทางลบจากการที่ท่านร้องเรียนหรือไม่ อย่างไร

5) **ข้อเสนอแนะ**

a. ท่านมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายสำหรับสำนักงานประกันสังคมอย่างไรบ้าง
b. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงการให้ข้อมูลในระบบประกันสังคมอย่างไรบ้าง
c. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการชดเชยความเสียหายให้กับผู้ประกันตนอย่างไรบ้าง
d. ท่านคิดว่าสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะทำให้ผู้ประกันตนได้รับความพอใจเพื่อที่จะไม่ต้องมาร้องเรียน

รายชื่อผู้ที่ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก

ระดับ/พื้นที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
1)***ผู้กำหนดนโยบาย*** *(6)*	1.นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
	2.คุณสุพัชรี มีครุฑ	ผอ.กองประสานการแพทย์ฯ สำนักงานประกันสังคม
	3.คุณมนัส แจ่มเวหา	รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง
	4.นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	ผอ.การสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
	5.นพ.สมศักด์ ชุนหรัศมิ์	เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
	6.นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์	ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
	*คุณชื่นสุข กฤกษ์งาม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
	*คุณวิริยา พูนคำ	กลุ่มงานสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
2)**นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง** (5)	7.ดร.ยุพดี ศิริสินสุข	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	8.คุณเรืองรอง ดีผดุง	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม
	9.รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	10.นพ.จิรุฒน์ ศรีรัตนบัลล์	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันฯ คณะแพทย์ศาสตร์
	11.คุณบัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ	นักวิชาการประกันสังคม มูลนิธิอารมณ์พงศ์พงัน
3)**ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ** (1)	12.นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	นายกแพทยสภา
4)**ตัวแทนองค์กรผู้บริโภค** (2)	13.คุณสารี อ่องสมหวัง	มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
	14.นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ	ผอ.สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ระดับ/พื้นที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
5)**ผู้บริหารหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ** (12)	15.คุณเพ็ญศรี ไตรรัตน์	ผอ.การกองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม
	16.นายแพทย์พิเชฏฐ ลีละพันธ์เมธา	ผอ.สปสช.เขตพื้นที่(ขอนแก่น)
	17.นพ.อมร รอดคล้าย	ผอ. สปสช.เขตพื้นที่(สงขลา)
	18.นพ.ชัชวาลย์ ศิรินิรันดร์	ผอ.รพ.นครพิงค์
	19.นายแพทย์วิทยา จารุพูนผล	ผอ.รพ.ขอนแก่น
	20.นายแพทย์ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล	ผอ.รพ.พระนั่งเกล้า
	21.นายแพทย์บุญเติม ตันสุรัตน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
	22.คุณนิรมล กีรติสิทธิกุล	ประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ
	23.นพ.ชลิต ทองประยูร	รองผอ.รพ. สมุทรปราการ
	24.นพ.เริงศักดิ์ ลี่ธนาภรณ์	รองผอ.รพ.สงขลานครินทร์
	25.พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ	ศูนย์ประกันสุขภาพ รพ.พระนั่งเกล้า
	26.พญ.จรรยาภรณ์ รัตนโกศล	นายแพทย์ 8 ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภค รพ.ขอนแก่น
6) **ผู้ให้บริการโดยตรง** (28)	27.นายแพทย์ยลศิลป์ สุชนวนิช	ศูนย์บริการสารสนเทศการประกันสุขภาพ (สปสช.)
	28.คุณกุลเศขร์ ลิมปิยากร	กลุ่มงานสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
	29.คุณกรรณิการ์ เจียมจรัสรังษี	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.นครพิงค์
	30.คุณฉวีวรรณ มหิทธิพงศ์	ศูนย์ประกันสุขภาพ(ศปส.) รพ.นครพิงค์
	31.คุณธัญญาภาพ ไชยพูน	ศปส. รพ.นครพิงค์
	32.คุณรจนา ชุมชน	ศปส. รพ.นครพิงค์
	33.คุณปิยะเรศ โกมาศ	ศปส. รพ.นครพิงค์
	34.คุณยุวดี อุดมผล	ศปส. รพ.นครพิงค์
	35.คุณสมนึก กิ่งกาญจนาธร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
	36.คุณเทียนศิริ แสงแก้ว	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเชียงใหม่

ระดับ/พื้นที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
	37.คุณนวพร คมชัย	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเชียงใหม่
	38.คุณดวงเดือน คำไชย	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเชียงใหม่
	39.คุณเสาวลักษณ์ ชัยชนะ	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเชียงใหม่
	40.คุณเยาวเรศ คำมะนาด	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.ขอนแก่น
	41.คุณสุพิพัฒน์ พระยาลอ	ศูนย์ประกันสุขภาพ (ศปส.)รพ.ขอนแก่น
	42.คุณจรรยาภรณ์ รัตนโกศล	ศปส.รพ.ขอนแก่น
	43.คุณจาฎุปัจน์ พงษ์ธีรมิตร	ศปส.รพ.ขอนแก่น
	44.คุณณัฐนันท์ ศรีกฤษณะรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
	45.คุณฉวีวรรณ ลอศิริกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
	46.คุณนภาพร ธีระตันติกานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
	47.คุณปฏิวัติ เฉลิมชาติ	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนขอนแก่น
	48.คุณนพพร ภูมิสวัสดิ์	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนขอนแก่น
	49.คุณศศิธร พรมกะจิน	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.สมุทรปราการ
	50.คุณกิจสกล หุตะแพทย์	สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ
	51.คุณวสันต์ หรี่สมวงศ์	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสมุทรปราการ
	52.คุณไพจิตร เรืองศรีมั่น	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสมุทรปราการ
	53.คุณสุกุญญา ปฐมระวี	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.สงขลานครินทร์
	54.คุณจุฑา สังขชาติ	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสงขลา
	55.คุณทิพอุษา คำพันธ์ 56.คุณพิชยา ศรเลิศล่ำวาณิช	ศปส.รพ.ขอนแก่น ศปส.รพ.สงขลานครินทร์
	57.คุณโสภิดา มาวา	ศปส.รพ.สงขลานครินทร์

ระดับ/พื้นที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
	58.คุณนิธินาถ ศิริเวช	ศปส.รพ.สงขลานครินทร์
	59.คุณเสาวณิต พรหมจรรย์	ศปส.รพ.สงขลานครินทร์
	60.คุณประสิทธิ์ สวัสดี	ศปส.รพ.สงขลานครินทร์
	61.คุณประจวบ พิทอง	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสงขลา
	62.คุณสมจิต ฟุ้งทศธรรม	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสงขลา
	63.คุณชโลม เกตุจินดา	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสงขลา
	64.คุณอัญชิษฐา พรหมอินทร์	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสงขลา
	65.คุณพันทิพย์ สุวรรณวงศ์	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสงขลา
	66.คุณอารมณ์ มุณี	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนสงขลา
7.**ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกรณีศึกษา** (4)	67.ครอบครัวของนายสุข	จังหวัดเชียงใหม่
	68.ครอบครัวของนางทิพอุษา	จังหวัดขอนแก่น
	69.ครอบครัวของนายสมัคร	จังหวัดเพชรบูรณ์
	70.ครอบครัวของนายโชคดี	จังหวัดสมุทรปราการ

* เข้าร่วมสัมภาษณ์