

รายงานการติดตามและประเมินผล ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1

**โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และองค์การอนามัยโลก (WHO)**

กุมภาพันธ์ 2547

โครงการติดตามและประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1

ชื่อทีมวิจัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- | | |
|----------------------------------|-----------------|
| 1. รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ | หัวหน้าทีมวิจัย |
| 2. ผศ.พญ.รัตนา พันธุ์พานิช | นักวิจัยร่วม |
| 3. อ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ | นักวิจัยร่วม |
| 4. อ.เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ | นักวิจัยร่วม |

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. ผศ.วงศา เลหาศิริวงศ์ | หัวหน้าทีมวิจัย |
| 2. ผศ.ภัทธะ แสนไชยสุริยา | นักวิจัยร่วม |
| 3. ผศ.พญ.กาญจนา จันทร์สูง | นักวิจัยร่วม |
| 4. รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนียม | นักวิจัยร่วม |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- | | |
|-----------------------------------|-----------------|
| 1. รศ. ดร. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ | หัวหน้าทีมวิจัย |
| 2. รศ.ดร.วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ | นักวิจัยร่วม |
| 3. ผศ.รตอ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์ | นักวิจัยร่วม |

โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา

- | | |
|---------------------------|--------------|
| 1. นพ.พีรวัส ประดิษฐ์วณิช | นักวิจัยร่วม |
|---------------------------|--------------|

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| 1. ผศ.นพ.กอบประเสริฐ ตย์คานนท์ | หัวหน้าทีมวิจัย |
| 2. อ.วิภาดา พฤตภิตติ | นักวิจัยร่วม |

ร่วมด้วย

ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 8 จังหวัดที่ศึกษา ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ นครราชสีมา หนองบัวลำภู สระบุรี ปทุมธานี ยะลาและนราธิวาส นักวิจัยร่วม

คณะที่ปรึกษาโครงการ ฯ

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ | กลุ่มงานประกันสุขภาพ |
| 2. ผศ.ดร.พิมลพรรณ อิศรภักดี | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล |
| 3. รศ.นพ.ปรีดา ทัศนประดิษฐ์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

สนับสนุนงบประมาณโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
องค์การอนามัยโลก (WHO)

คำนำ

แนวคิดการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2518 และขยายความครอบคลุมพัฒนาเป็นนโยบายของรัฐที่ชัดเจนในปี 2544 และกำหนดเป็น พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 ความสำเร็จดังกล่าวมิได้หมายความว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เสร็จสมบูรณ์แล้ว หากแต่สังคมไทยอยู่ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งต้องการเวลาเพื่อปรับสร้างกลไกสำหรับการจัดการไปสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืนของโครงการ กลไกการติดตามประเมินผลจึงนับเป็นกลไกสำคัญที่จะสะท้อนความรู้สำหรับการปรับแก้นโยบายและการจัดสรรทรัพยากร ตลอดจนการปรับปรุงการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปฏิบัติการ ให้เกิดประโยชน์ตอบสนองต่อความต้องการของคนไทยทุกหมู่เหล่า รายงานการวิจัยเล่มนี้จึงเป็นผลการศึกษาของเครือข่ายนักวิจัยและผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลต่างๆ 4 ภาค เพื่อประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1 ในประเด็นสำคัญ 7 ด้าน ตลอดจนพัฒนาเครื่องมือที่ใช้สำหรับติดตามประเมินผล ข้อมูลความรู้และระเบียบวิธีการประเมินที่ได้จากการทำงานของเครือข่ายในครั้งนี้ ได้นำเสนอเป็นข้อมูลในหลายรูปแบบ ได้แก่ การจัดประชุมวิชาการในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเสนอต่อคณะกรรมการการอุดมศึกษา และผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารงาน รวมทั้งเป็นฐานสำคัญสำหรับการจัดปรับกลไกการศึกษาติดตามประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะที่ 2 ต่อไป

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
ส่วนที่ 1 การสำรวจครัวเรือน 8 จังหวัด	1
ส่วนที่ 2 การศึกษาจากผู้รับบริการในเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ : กรณีศึกษาความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการในระหว่างผู้มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน	5
ส่วนที่ 3 การศึกษาเชิงคุณภาพ	8
โครงการติดตามและประเมินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1	15
การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาล : การสำรวจครัวเรือน 8 จังหวัด	25
คุณภาพบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาการใช้จ่ายปฏิชีวนะ ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	74
คุณภาพบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาการรักษาโรคเบาหวาน	87
การเข้าถึงบริการและความเสมอภาคของผู้รับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ระยะเวลารอผ่าตัดโรค ฯ	111
การเข้าถึงบริการและความเสมอภาคของผู้รับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : การใช้บริการและส่งต่อผู้ป่วย	124
การวิเคราะห์โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ระบบการเงินแบบเหมาจ่าย ในระยะเปลี่ยนผ่าน	140
การศึกษาเชิงคุณภาพ : การติดตามและประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	170

EXECUTIVE SUMMARY

A study of monitoring and evaluation of universal health coverage (UC) program phase I aimed at investigating various issues related to area-based the 'UC program:30 baht to cure all diseases' operation as follows: (1) policy implementation and program management at provincial and district level, (2) access to health care service by health insurance schemes, (3) equity to obtain basic benefit package of health care, (4) quality of health care, (5) burden of patients' health care expenditure, (6) financial trends of health facilities at all levels and (7) perception and view points of people, health authorities and health care providers to the 'UC program: 30 baht to care all diseases'. Two pilot provinces of phase I or phase II in each region were purposive selected. There were all together 8 provinces; Chiang Mai, Prae, Nakornraschasma, Nongbualumpoo, Pratumthani, Saraburi, Yala and Narathivas. Muang districts were included with other sampling districts based on short, medium and long distance to provincial center. There were all together 38 districts. Three main surveys were conducted, household survey, patient survey at public and private hospitals, and qualitative investigation by conducting in-depth interviews and focus group discussions of provincial health authorities, hospital directors, district chief health officers, health practitioners at hospitals and health centers and village leaders. Twelve tools were developed for collecting data. Preparatory phase was started in July 2001 and field work for collection were carried out from November 2001 to January 2002. Data, then, were analyzed and consolidated. Formulated recommendation based on main findings were proposed to political sector, Ministry of Public Health, Health Authorities related to UC program of all levels as following;

1. Household Survey

Finding :- (1) Coverage of health insurances

- Of a total population of 50174 individuals of 10472 households, 90.9% was covered by one health insurance scheme, 2.7% was duplicated or more health insurance scheme and 6.4% were uninsured.
- Insured persons were classified to 30-baht Gold Card Scheme (45.7%), Free Gold-Card/Medical Welfare Scheme (28.1%), Voluntary Health Card Scheme (3.2%), Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) (9.1%), Social Security Scheme (SSS) (5.3%) and others (2%).
- Among gold cardholders, 20% were children under 12 and elderly (aged 60 years old or over) who should be free gold cardholder according to the regulation.
- Of those who had two or more health insurances, 30% (or 1% of total population) were improper duplicated scheme, for instance, CSMBS or SSS with gold-card.
- Of uninsured persons, 46% were children under 12 and elderly whom free gold-card should be given.
- Of total population, 84% were presence and named in household registration meanwhile 9.2% were named but absence for over six months a year. In addition, 6.8% were presence but no named in household registration. Highest percentage of absentees (16.2%) was reported in Northeast as compared to other regions. Whereas, percentage of people living without named in household registration was highest in Central (11%). Among uninsured people (6.4%), 22.6% did not report migrate-in which was corresponding to highest percentage of uninsured (10.6%) in the Central region.
- By interviewing uninsured persons, 61.9% did not pay attention or had no information regarding the '30-baht' program. In addition, no-name listed in household registration accounted for 18.1% and 2.4% have no identity card.

Recommendation:-

1. Accelerate updating mechanism of demographic and health insurance data as well as validated by local health authority. In addition, connect the '30-baht' program database to database of civil servant, state-enterprise workers and social security workers which were dynamic in order to issue gold-card correctly to uninsured persons.

2. Coordinate with household registration department to update and strict on reporting migration (both migrate-in and migrate-out) according to the Act. In this transitional period, facilitating these groups (inconvenience to use pre-defined health facilities or uninsured persons) to be able to access to health care should be proposed.
3. Criteria, probably social and economic indicators, to target the free gold-card holder and to differentiate from 30-baht gold-card holder should be developed or revised. This survey indicated that error of issuing 30-baht gold-card to children under 12 and elderly was approximately 20%. Notably, age of card-holder was increased when time was passing by, updating data should consider this matter as well. Recent research also found that issuance of low-income card cover only 17% of target groups. Furthermore corrected targeting was only 35% of total low-income card holders (Bureau of Policy and Planning, MoPH, 1998-2000). Clear policy direction and the mean test for targeting the poor should be given to local health authority.

Finding:- (2) Morbidity, health seeking behavior, utilization of health care according to insurance and burden of individual health expenditure as compared to monthly household income or average monthly individual income

- Of the total population, 70% reported at least one episode of illness during the past two weeks, 3.1% were hospital admission at least one time during the past 6 months, and 9.3% was reportedly suffering from chronic diseases which needed regular treatment or care. Based on the analysis, it was found that child under 12 and elderly suffered from acute diseases or condition during the past 2 weeks higher than others. Highest percentage was reported in children under 12 and elderly (10.1), particular, female elderly. Hospital admission rate of 6.0 percent were reported in elderly and chronic diseases were reported 31.7%. In addition, the rates were not different between people living in municipality (urban) and non-municipality (rural).
- Morbidity rates of acute diseases (cases per 1000 population) of gold-cardholders (84.3) and voluntary health cardholders (81.4) were higher than social security cardholders (41.6). Similarly, morbidity rates of chronic diseases of gold-cardholder (106.8 cases per 1000 population) and voluntary health cardholders (120.2 cases per 1000 population) were relatively high as compared to other cardholders. Interestingly, the highest rate of chronic diseases was reported in CSMBS (129 cases per 1000 population) as compared to social security cardholders (38.2 cases per 1000 population). The 30-baht gold-cardholders' morbidity rates of acute and chronic diseases were in the middle between free gold-cardholders and social security cardholders. Differences of morbidity rates likely caused by different portion of age groups which percentage of children under 12 and elderly was relatively high in free-cardholders and CSMBS which included parents and retired persons. Hospital admission rates (cases per 1000 population) were also found higher in CSMBS (39.3), voluntary health cardholders (36.9) and free-gold-cardholders (33.1) as compared to 30-baht gold-cardholders and social security cardholders. These would be also resulted by different portion of age groups.
- Regarding to utilization of health care when got illness, non-utilized health insurance rate was 51.6% in acute diseases, and decline to 34.2% and 33.9% in hospital admission and chronic diseases, respectively. As compared between regions, non-utilized health insurance in the Central and the Northeast were over 60% in acute disease. Furthermore, high non-utilization (over 43%) was also found in hospital admission and chronic diseases in the Central. In contrast, non-utilization rates were lowest in the South (35.5% in acute diseases, 21.5% in hospital admission, and 17.0% in chronic diseases). According to age group, non-utilized health insurance rates were low in the elderly (45.7% in acute diseases, 29.1% in hospital admission and 27.9% in chronic diseases) as compared to children under 12 and labor-age (13-59 years old) groups. Considering residential place, non-utilization rates were lower in non-municipal residents (47.5% in acute diseases, 30.3% in hospital admission and 32.1% in chronic diseases).
- According health insurance holding, non-utilized health insurance rate of free gold-cardholder (41.2%) was lower than 30-baht gold-cardholders (57.3%). Majority of non-utilized health insurance free card-holders performed self-medical prescription

(38.4%) followed by using services at private clinic (32.6%) and public health facilities (23.5%). Similarly, 30-baht gold-cardholders mainly chose self-medical prescription (48.1%), followed by private clinic (24.5%) and public health facilities (21.5%).

- Among those who were hospitalized during the past 6 months, non-utilized health insurance rate of free gold-cardholder (24.1%) was lower than 30-baht gold-cardholder (51.0%). Most free gold-cardholders were admitted at community (district) hospital (35.2%), followed by private hospital (34.3%) and provincial hospital (29.6%). Of 30-baht gold-cardholders, community hospital was main source of health cares (35.2%) followed by private hospital (30.4%) and provincial hospital (33.0%).
- The results of decision on utilizing health insurance and seeking for health cares among chronic cases showed that non-utilized health insurance rate of free gold-cardholders (20.1%) was lower than 30-baht gold-cardholders (47.8%). Majority of non-utilized free gold-cardholders chose private clinic (47.8%) followed by public health facilities (39.4%) and self medical prescription (9.4%). Of the 30-baht gold-cardholders, 47.2% attended at public health facilities (47.2%), 38.4% at private clinics and 7.9% for self medical prescription.
- Over 90% of clients were satisfied services provided at all health care facilities.
- Median monthly individual income and monthly household incomes of 30-baht gold-card, free gold-card scheme and voluntary health card scheme was lowest as compared to social security, CSMBS, state-enterprise scheme, employer-support and private health insurance. Estimated health expenditure of acute diseases proportionate to monthly individual income and monthly household incomes showed that noninsured persons paid 5% of average monthly individual income and 1% of monthly household income. However, for hospital admission, proportion was increased sharply to 110% of monthly individual income and 20.9% of monthly household income.

Recommendation:-

1. Differences in morbidity rates among age groups should be taken into account for estimating expenditure and allocating budget to each level in order to provide proper cares.
2. Low utilization rate of health insurance was found in acute diseases and utilization rates were increased in hospital admission and chronic diseases. These increased rate might be related to high cost in relative to average individual income and household income for admission and chronic diseases, especial among the elderly. The higher rate of non-utilized health insurance in 30-baht gold-cardholders as compared to free gold-cardholders would be a good indicator to monitor and evaluate quality of cares, patient's satisfaction, and health care network performance. It should be noted public health facilities were still main sources of care for non-utilized health insurance patients. Allowing choosing health care facilities should result in increasing utilization rate of health insurance. However, these should not ignore 'care at health facility closest to home' and health promotion of family and community as well as improving health care quality.
3. Non-utilized health insurance rate of 30-baht gold-cardholder was 15% higher than free gold-cardholders and they were likely to be self-medical prescription which was 10% higher compared to free gold-cardholders. This might be resulted of 30 baht fee. This fee barriers need to be studied in order to revise, if it's necessary, the amount of health care service charge. Fee for service may be good to prevent overuse of health care service, but it should not be a barrier to access to care of the poor. Generally, health care facilities were likely to issue 30-baht gold-card rather than free gold-card as approximately 20% of 30-baht gold-cardholders were children under 12 and elderly.

Finding:- (3) perception and view point of people to the '30-baht to cure all diseases' program

- Of 10,000 respondents, majority disagreed with pre-defined health facility (73.2%), over-use of free health care services (59.8%) and additional payment for expensive drugs (48.2%). In contrast, majority agreed with participation of private health facilities in '30-baht' program (92.2%), followed by presence of Thai identified documents to issue gold-card (89.6%) and issuing 30-baht gold-card to all Thai citizen

(82.8%). Lastly, one fourth of the respondents disagreed to the claim of success of the '30-baht' program.

Recommendation:-

1. The results indicated that majority of people agreed and accepted the universal health coverage policy for all Thais. They wanted to have health insurance. However, being able to choose health care facilities was also requested. About half agreed to additional payment when high cost drug were prescribed as well as single room accommodation. One-third believed that free health care services would result in over-use and unconfident on quality of care under '30-baht' program. All these implied that the government should have a policy to self-select health care facility when the system is settled-down. In the mean time, improvement of quality of care of health facility network should be run in order to gain confidence of people. Co-payment at a certain condition was accepted, particular among those who could afford.

4. A study in patients attending at health care facility network

Finding :- (1) equity and accessibility to care by health insurance scheme.

Case study 1: Frequently found acute diseases – prescribing antibiotics for upper respiratory tract infection compared among different health insurance scheme

- Rates of prescribing antibiotics were differences according to diagnosis and level of health facilities. Obviously high percentage of giving antibiotics was found when diagnosis was Pharyngitis (85.1%) or Laryngitis (69.4%) A bit low percentages were found among those who were diagnosed as common cold (10%), Rhinitis (35.2%) and Flu (36.0%). However, there was high percentage of prescribing antibiotics for unspecific diagnosis (upper respiratory tract infection: URI) (52.7%).
- All health facilities were likely to prescribe antibiotics in patients who were likely to be bacterial infection no matter of health insurance schemes.
- Decreasing on antibiotic prescription was found among no specific indications of bacterial infection and likely to be virus infection at all health facilities, in particular, at primary care unit (PCU). This might be that nurse provided services at the PCU when physician was not available. There were no different prescribing antibiotic rates between children and adult in all health facilities, with exception of low prescribing antibiotics at University hospital. Additionally, prescribing antibiotic rates were statistically significant lower in free gold-card and voluntary health card as compared to other health insurance, namely, 30-baht gold-card, social security scheme, CSMBS.

Recommendation:-

1. Improper prescription of antibiotics is a main problem both among health providers such as physician, nurse, pharmacist and patients who believe on high efficacy drug would lead to short recovery period in addition to they are not able to foresee any harmful consequent effect. Low prescribing antibiotics in free gold cardholders notified health authorities in two ways. One, health practitioners might perform proper prescription according to standard clinical practice guideline, subsequently, reducing unnecessary use of antibiotics. Another, no use of antibiotics was based on burden of hospital expenses rather than standard of care.
2. Upper respiratory tract diseases as frequently found acute diseases could be an indicator of periodic randomly monitoring and evaluation of equity and quality of care provided to different health insurance scheme. But disseminating standard care to related institutes/organizations/persons should be convened to gain good cooperation. This would be benefit to improve quality of care and reduce unnecessary expenditure of health cares.

Case Study 2 Frequently found chronic diseases: Diabetes Mellitus without complication and prescription and appointment in various health insurance

- Drug prescribed for DM could be classified into 3 categories; low price (<1.50 baht/tablet), fair price (3-5 baht/tablet) and high price (original drug for abroad). It's

found that district (community) hospitals and provincial (general and regional) hospitals treated DM patient with low price drug for 90%, fair price for 8% and high price for 2%. Meanwhile, proportion of fair and high price was increased at the regional hospitals and the university hospitals, even though, kidney-complicated DM patients were not included.

- Rates of prescribing fair and high price drugs were statistical significantly higher in CSMBs, state-enterprise workers and own-payment patients than gold-cardholders in all hospitals.
- There were no differences in changing drug prescription compared among different health insurance schemes before and after June 01 when the '30-baht' program was first launched. Over 90% of physicians still prescribed old regimens.
- Comparing controlled blood sugar level among low, fair and high price drugs, it seemed that fair and high price have no different effect on controlling blood sugar compared to low price. In addition, controlled blood sugar level was not related to change regimens from high to low price or vice versa.
- More frequent appointments were observed at PCU located at the hospital as well as at the community. 15% of DM patients were appointed more frequently. However, this was not related to health insurance schemes.

Recommendation:-

1. There are wide range of drug prescribed for DM; low price, old regimens to high price original drug which is imported. The new regimen is believed to less unfavorable side effects.

No evidence indicated that service selection according to health insurance scheme was performed.

Case Study 3 Elective Surgeries: Inguinal hernia, myoma uteri and kidney calculi by comparing waiting time among different health care scheme.

- Medians of waiting times (from day of diagnosis to day of operation) were rather short. Median of Inguinal hernia waiting time was 1 day (ranged from 0-90 days), myoma uteri was 2 days (ranged from 0-89 days) and kidney calculi was 5.5 day (ranged 0-87 days)
- There was no difference of waiting time among health insurance schemes. But it was likely to be longer period at the university hospitals and private hospitals. CSMBs and own-payment would wait for longer period than gold-card obviously. This might be caused by selecting surgeon or specialist.
- Over 50% of patients operated at university hospital were own-payment which was higher as compared to gold-cardholders and voluntary health cardholders (12%). Only 10% of own-payment was reported at general or regional hospitals whereas 60 to 86% were gold-cardholders.

Recommendation:-

1. Elective surgery could be an alternative indicator to assess equity and accessibility of cares between health insurance schemes. In this study, there was no difference of waiting time among health insurance schemes. Exceptionally, at the university hospital, CSMB patients were trend to wait for longer time than other health insurance schemes. This might be attributed to limitation of single room availability for post-operation care.
2. Half of the cases at university were own-payment whereas only 10% at provincial/center hospital indicated that patient was willing to pay for choosing physician or hospital that they trust. Further investigation on health insurance holding and reason of non-utilized health insurance should be done.

Finding:- (2) expenditure of admitted patients by health insurance scheme

Health expenditure by age group and sex

- **expenditure items**

Total expenditure of admission were statistical significantly difference as compared among regions. This would be related to patient selection bias in this study. In northeast region, it's likely to select chronic and severe cases than other regions. Subsequently, average of health expenditure was varied from region to region.

Average expenditure of all regions were 6,638 baht (median 2,974 baht). Average length of stay was 6.75 days. Average expense per day was 983 baht. High expenditure was borne to operating theater and anesthesia.

- **sex and age**

Male spent money for health care statistical significantly higher than female. In addition, patient aged 15-59 years old paid more money (6770.70 baht) as compared to elderly (6503.6 baht) and children under 15 (4536.36 baht).

Analysis according to reason to attend the hospital

Number of patient went to the hospital by themselves was 3.39 times higher than referred cases. In addition, average expense for cares of referred cases (7933.61 baht) was higher than self-seeking care (6226.42 baht). More than 40% attended the hospitals because it was located close to their residences. Exceptionally, regional hospitals were chose because of satisfactions.

Analysis according to utilization of health insurance

Average expense of non-insured patients and own-payment was 6686.09 baht meanwhile of other insured patient was 6178.68 baht. Highest average expense was reported in CSMBS and state-enterprise workers (8299.98 baht), followed by gold-card (6744.32 baht), voluntary health card (6075.41 baht), private health insurance (4114.33 baht) and social security scheme (2900.49 baht).

Analysis according to satisfaction

Highest satisfaction rate was found in private health insurance, followed by CSMBS and state-enterprise workers, social security, voluntary health card and gold-card, respectively. However, there was no different on health expenditure comparing among health insurances.

Analysis according to diseases

Expense for chronic or severe diseases was higher than acute or mild degree diseases. Based on the medians of the expenses, five top rank diseases (excluded cancer) were Aids, influenza and pneumonia, infection of skin and subcutaneous, diabetes mellitus and chronic lower respiratory diseases, respectively. Aids was the highest expenditure at all health facilities, except in the Central and the South.

The amount of expense corresponding to level of health facilities was found in Aids, diabetes mellitus and hypertension, arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever.

Analysis according to cost containment system

In general, total income of the hospital in 8 study provinces were increased in the fiscal year 01-02, in particular, 200-bed or lower hospitals. Average total annual income was 24.2 ± 58.1 million baht. Unit cost of out-patient department (OPD), in-patient department (IPD) and hospital stay in fiscal year 2002 were increased to 307.8 ± 167.3 baht, $4,195.9 \pm 2,483.0$ baht and $1,293.4 \pm 598.7$ baht, respectively, particular in large hospitals. There was no difference of unit cost of OPD among regions. On the other hand, unit cost of IPD was significant difference as compared by regions and size of hospital.

Comparing unit cost to income per unit of OPD, IPD, and length of stay, it was found that income per unit was similar to unit cost. The different between income per unit and unit cost of OPD, IPD, and length of stay were $-61.1 \pm 24.3\%$ $-75.1 \pm 15.1\%$ and $-75.6 \pm 16.0\%$, respectively.

Considering financial status of the hospitals, it was found that current ratio and quick ratio of fiscal year 2002 was relatively good. Small hospital seem to be better status/situation than large hospital, however, there was no statistical significant difference. In conclusion, financial status was relatively good as there were certain amount of saving fund.

Recommendation

1. As the survey was conducted during transitional period, obvious conclusion may not be obtained. But there was certainly changing in financial structure and management of the health facilities, particular at a large hospitals or teaching hospitals where expenditure was relatively high for severe cases or teaching/training activities. Allocating additional budget should be considered as well as reallocation of the population of the catchment area.
2. Apart from capitation, diseases pattern, age – sex distribution in each area should be taken into account for allocating budget accordingly or payment according to ambulatory patient groups (APGs) and diagnostic related groups (DRGs)
3. In the long run, effective database system is necessary, in particular, unit cost. Close monitoring should be done to assess the effectiveness and resource allocated. Experiences gained from private insurance or social security scheme should be synthesized and learnt to accelerate the development.

Finding:- (3) Trend of services burden before and after implementing '30-baht' program

Comparing number of OPD patients and IPD patient in 4 months from August to November in 2000 and in 2001, number of OPD patients was increased 15.6%, IPD was 8.6%. The highest increase was reported at community hospital (20.6%), followed by provincial/center hospitals (15.6%) and university hospital (3.8%). Increase percentage of IPD patients was 33.9% at community hospital, 7.3% at provincial/center hospital. In contrast, decrease percentage (18.4%) was reported at university hospital.

Recommendation:-

1. Increase utilization of OPD and IPD patients was clearly shown after implementing '30-baht' program, particularly at community hospital. Meanwhile, little increase of OPD and decrease of IPD patients were observed at the university hospital. Close monitoring should be carried out in order to detect changing of utilization rate of health insurance accordingly.

5. Qualitative study

Finding :- (1) Program management at area-based implementation

At provincial level

- Rapid implementing the '30-baht' program and accelerating expansion from pilot phase I to phase II and eventually entire the country resulted in unclear guideline of organizing structure of the '30-baht' provincial working committee from the central level. Some pilot provinces were notified from the newspaper and had only 1 month for preparation to implement the program.
- Most of the 2nd phase provinces established the committee by learning from the 1st phase provinces where the '30-baht' program was first started implementing in April 2001. Representatives of various health related institutes/organizations, for instance, public health facilities, private health facilities, other public organization, and local organization were members of the committee. There were 4 sub-committees classified by tasks, namely, public relationship, legal and compliant, database and information, quality of care and financing. Rapid implementation with unclear guideline from the central level generated problems and obstacles which needed to be solved up-to the present. However, this was first introducing a new administrative approach that provides flexible administration which was corresponding to the main concept suggested by the central level. This case study was rarely occurred in Thai bureaucratic system.
- Provincial health office was assigned to manage allocated fund under advices of area health committee. It was found that level of participation/involvement of the

committee was varied from province to province. The committee's function could be varied from passive to pro-active. This is because of no clear roles and functions of the committee provided.

- The '30-baht' executive committee was established later (in August 2002) chaired by the Provincial Governor. The committee composed of representatives of health and health related organizations, provincial members of the Parliament. Low profile was observed in supporting or providing direction to execute program. Only one or two meetings were held.
- Potential of the '30-baht' working committee ranged from good to excellent. They were able to establish management, coordinate with the central level, sharing profit among health facilities, dealing with conflicts among health facilities, establishing telephone line to receive complaint. However, communicating and disseminating the '30-baht' program to health worker in particular at peripheral level was insufficient as well as involvement of practitioners at peripheral level to develop operating plan.
- Many obstacles or problems were resulted from both implementing unnecessary and not implementing necessary measures from the central level in which there were no clear guidelines. Uncertain decision caused confusion to the implementer. Provincial Chief Medical Officers (PCMO) felt that their authorities were decreased and limited, on the other hand, tasks and responsibility were increased. Solving problems was delayed as they had to wait for decision from the central level.

At district level

- Mostly the existing district health coordinating committees (DHCC) were working group to execute the program. Sub-committees were established in some area. However, there was no representative(s) of local organization(s).
- Program executing performance would be good or bad very much depended on potential of the existing district health coordinating committee before starting the program. In place where district health coordinating committee was active and well-function, the program would be operated very well. On the other hand, if the committee was not, there would be obstacles and conflicts between hospital and district health office, especially overlapping roles and functions of the health facilities' network as well as budget allocated. It was very often that assistance from the provincial level would ease the conflicts.

Recommendation:

1. Clear organizational structure of program management would enhance the development of program management skills in the long term. Brain storm of provincial executive persons should be convened in order to develop proper structure fitting to the province.
2. Unclear policy of the government and Ministry of Public health on role and function of area health committee, decentralization and reforming health management at provincial and district levels would result in negative impact to health care service development under the '30-baht' program.

Finding:- (2) database and information management

Database for accessing to health insurance

- Incomplete demographic database and health insurance holding information together with an accelerated implementation resulted in error of issuing both 30-baht gold-card and free gold-card either duplication and missing target group which might be caused by not reporting to the household registration department where they migrated in.

Database for operation, monitoring and evaluation program

- Reporting forms were developed by the central level for monitoring and evaluating the situation of health care services under the '30-baht' program. Computerized software was distributed to Provincial Medical Office (PMO) to fill-in and to send back to the central level periodically. In addition, some PMOs had developed software used for their specific purpose. Lack or inadequate of skilled personnel was the main encountered problem, in particular at the peripheral level. Health worker spent most of

the time for data entry and less time available for providing routine health care services as well performing home visit.

Recommendation:

1. Not only rapid update demographic and health insurance holding database but also regular validation by area-based organization as well as the central office should be established. These databases should link to CSMBS, state-enterprise and social security scheme database in order to issue the gold-card to the target population correctly.
2. Cooperate with the household registration department to motivate migrants reporting to the local department for being named in household registration. In the transitional period, temporary measure(s) such as certified the presence by household head should be established to provide the migrants accessibility to care.
3. Develop database/ health information system to determine health care services load in all aspects; treatment, promotion and prevention. Family folder in the catchment area was the key element that the health care authority and practitioner would use for planning, monitoring and evaluation the program performance. The central level should place 'database/information system' in the policy and allocate adequate resources to develop health information system in the '30-baht' program. Training or allocating skilled personnel in information system at least at provincial level should be carried out.

Finding:- (3) quality of care and standard care service

- Guideline to improve and evaluate quality of care and standard health care was at starting phase. Clear guideline from the central level was not available as well as no practical guideline at provincial level. The responsibility unit/section at provincial level was lack/insufficient of skills or capacity to evaluate quality of care and standard health care. Improvement of quality of care mostly followed Hospital Accreditation (HA). However, there was limitation of applying HA. At present HA mostly perform at large hospital such as the university hospital, the regional hospital and the general hospital. Furthermore, emphasis was placed on treatment. Therefore, guideline for community hospital, primary care unit, and health center where tasks covering all treatment, promotion and prevention, was not available.

Recommendation:

1. Develop/Revise criteria for improvement and evaluation of health care quality at all level to cover treatment, promotion and prevention aspect.
2. Establish institutes or unit both at central level and local level to evaluation quality of care and certify the health facilities.

Finding - (4) System to receive and handle the compliant of the '30-baht' program

- The central level requested all provinces had to establish a system to receive and handle compliant related to the '30-baht to cure all diseases' program. The province had to report the result of solving the problems to the central level. This was a new concept and unfamiliar to Ministry of Public Health staff. Apart from that, the center for receiving complaints at district level, at participated hospital and at Ministry level were established either via call or post. A television program of the '30-baht' program was broadcasting to disseminate information and to answer questions related to the program by Public Health Minister and Deputy Minister of Ministry of Public Health.
- Mostly the complaints called on related health workers or sent a letter regarding to unsatisfy with health service facilities.

Finding:- (5) Comments and Suggestion to the '30-baht' program from executive health authority, practitioners and village leaders

1. Payment mechanisms were variety from place to place depending on the area health committee at each level. Definite guideline or frame should be given to the area which will ease the monitoring and evaluation.
2. Up-to-date evaluation system should be developed based on the principle of the program. Essential indicator on efficiency and quality of resource utilization, medical cares, outcome of treatment should be identified and constructed such as medical audit in order to modify payment mechanism corresponding to workload (performance related payment)
3. Public relation should emphasize on disseminating the understanding on how and when access to care is necessary. Self-care and prevention should be promoted in order to reduce morbidity as well.
4. Re-organized structure and personnel management were important mechanism. Independent institute to monitor and evaluate the program should be established and provide clear explanation to health personnel as well as increasing skill and capacity of practitioners.
5. Serious push and place community participation/involvement in the program should be done. This would contribute to the success and sustainability of the program and response to the need of health and public health care.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับพื้นที่ ได้แก่ (1) การดำเนินตามนโยบายและการบริหารจัดการโครงการฯ ในระดับจังหวัดและอำเภอ (2) การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ (3) ความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ในด้านต่าง ๆ (4) คุณภาพของบริการที่ได้รับ (5) ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน (6) แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการระดับต่าง ๆ และ (7) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชน ผู้บริหารและผู้ให้บริการ ที่มีต่อ”โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค” โดยคัดเลือกจังหวัดตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการฯ นำร่องในระยะที่ 1 และ 2 กระจายใน 4 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด รวมเป็น 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ นครราชสีมาหนองบัวลำภู ปทุมธานี สระบุรี ยะลา และนราธิวาส โดยเลือกศึกษาในอำเภอเมือง และสุ่มเลือกอำเภอรอบนอกกระจายตามระยะใกล้ ระยะกลาง และระยะไกลจากอำเภอเมือง รวมทั้งสิ้น 38 อำเภอ โดยแบ่งวิธีการศึกษาออกเป็น 3 ส่วนหลัก ส่วนที่หนึ่ง เป็นการศึกษาโดยการสำรวจครัวเรือน ส่วนที่สอง เป็นการศึกษาจากผู้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน และศูนย์สุขภาพชุมชน (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในอำเภอที่เป็นตัวอย่างในการสำรวจ และส่วนที่สาม เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกและการจัดสนทนากลุ่ม ร่วมกับผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย และผู้นำชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการติดตามและประเมินโครงการประเมิน ฯ จำนวน 12 ชนิด ที่มิวิจัยได้เริ่มเตรียมงานตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2544 และลงทำการเก็บข้อมูลภาคสนามระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2544 จนถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2545 จากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากแบบเก็บข้อมูลประเภทต่าง ๆ มาวิเคราะห์และประมวลผล ซึ่งมีข้อค้นพบที่สำคัญจากการศึกษาและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะต่อภาคการเมือง กระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนใจ โดยสรุป ดังนี้ :-

ส่วนที่ 1 การสำรวจครัวเรือน

ข้อค้นพบที่สำคัญ :-

(1) ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน

ผลจากการสำรวจครัวเรือน พบว่า ประชากรกว่า 93% มีหลักประกันสุขภาพประเภทใดประเภทหนึ่ง ในจำนวนนี้ เป็นผู้ที่มีสิทธิฯ มากกว่า 1 ชนิดหรือสิทธิฯ ซ้ำซ้อนประมาณ 2.7% โดย

1/3 เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ไม่ถูกต้อง และยังพบว่ามีการประมาณ 6.4% ที่ตกลงจากการสำรวจที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพชนิดใด ๆ กลุ่มที่เข้าไม่ถึงโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักพบในประชากรกลุ่มที่มีชื่อและที่อยู่ในทะเบียนบ้านไม่ตรงกัน ซึ่งพบเป็นปัญหามากที่สุดในภาคกลาง โดยภาพรวมประชากรที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพในโครงการ 30 บาท มีประมาณ 74% โดยเป็นผู้ถือบัตรทองชนิดเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท มากกว่าผู้ถือบัตรทองชนิดไม่เสียค่าธรรมเนียมประมาณเกือบ 1 เท่า ประเด็นที่น่าสนใจคือ ผู้ที่ถือบัตรทองชนิดเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ประมาณ 12% เป็นผู้สูงอายุและเด็กต่ำกว่า 12 ปี ซึ่งโดยหลักการ ควรจะได้รับบัตรทองชนิดไม่เสียค่าธรรมเนียม

(2) ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ การเลือกใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพที่ถือครองของประชาชน และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเทียบกับรายได้บุคคลและรายได้ครัวเรือน

จากการสำรวจเพื่อหาอัตราของการเจ็บป่วยในลักษณะต่าง ๆ พบว่า ประชากรประมาณ 7.0% รายงานว่ามีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3.1% รายงานว่าเคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 ครั้ง และ 9.3% รายงานว่ามีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาตนเองเป็นประจำ เมื่อวิเคราะห์ลักษณะของการเจ็บป่วยประเภทต่างๆ ตามช่วงอายุและเพศ พบว่า กลุ่มช่วงอายุที่เป็นเด็กและผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยทุกประเภทสูงกว่ากลุ่มวัยอายุช่วงกลาง (13-59 ปี) อย่างชัดเจน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งจะพบสูงมากในผู้สูงอายุและในเพศหญิง และพบว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองและในเขตชนบทโดยภาพรวมไม่พบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆ ที่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์อัตราของการเจ็บป่วยแต่ละประเภทกับชนิดของหลักประกันสุขภาพที่ถือครองอยู่ พบว่า กลุ่มผู้ถือครองหลักประกันชนิดบัตรทองฟรีและบัตรสุขภาพ (500 บาท) และกลุ่มที่อยู่ภายใต้สวัสดิการข้าราชการ เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มประกันสังคม และกลุ่มผู้ถือบัตรทองชนิดร่วมจ่าย 30 บาท อย่างชัดเจน ทั้งนี้จะมีสาเหตุมาจากกลุ่มช่วงอายุของผู้ที่อยู่ภายใต้หลักประกันแต่ละประเภทค่อนข้างจะแตกต่างกัน กล่าวคือ ในกลุ่มที่ถือบัตรทองฟรี บัตรสุขภาพ และสวัสดิการข้าราชการ จะครอบคลุมกลุ่มของประชากรที่เป็นวัยเด็กและวัยสูงอายุค่อนข้างจะมากกว่าหลักประกันสุขภาพประเภทอื่น

(3) พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ การเลือกใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพที่ถือครองของประชาชน และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเทียบกับรายได้บุคคลและรายได้ครัวเรือน

การไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่ถือครองประเภทต่าง ๆ เพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยประเภทต่าง ๆ ในประชากรที่สำรวจ พบว่า อัตราการไม่ใช้สิทธิ จะสูงมากในกรณี

เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จะมีอัตราของการไม่ใช้สิทธิ ฯ น้อยกว่าอย่างชัดเจน เมื่อวิเคราะห์การไม่ใช้สิทธิฯ กับประเภทหลักประกันสุขภาพชนิดต่าง ๆ พบว่า กลุ่มที่ถือบัตรทองชนิดร่วมจ่าย 30 บาท จะมีอัตราของการไม่ใช้สิทธิฯ เพื่อการรักษาพยาบาลในทุกประเภทของการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ถือบัตรทองฟรีและผู้มีหลักประกันสุขภาพประเภทอื่น ๆ ประมาณ 1 เท่า เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการเลือกประเภทของสถานบริการที่ใช้เมื่อเจ็บป่วย พบว่า ผู้ที่ไม่ใช้สิทธิฯ มีแนวโน้มจะไปรักษาด้วยการซื้อยา (เฉพาะในกรณีของโรคเฉียบพลัน) และการไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ประเด็นที่น่าสนใจก็คือผู้มีสิทธิฯ จำนวนไม่น้อยที่ถือบัตรทองทั้งสองประเภท เลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐหรือสถานีนามัย โดยไม่ใช้สิทธิหลักประกันฯ ที่มีอยู่เพื่อการรักษา

(4) ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเทียบกับรายได้บุคคลและรายได้ครัวเรือน

เมื่อพิจารณาถึงมัธยฐานของรายได้บุคคลและรายได้ครัวเรือนต่อเดือนในกลุ่มผู้ที่มีหลักประกันประเภทบัตรทอง 30 บาท บัตรทองฟรี และบัตรสุขภาพ ใกล้เคียงกันและจัดอยู่ในกลุ่มระดับล่างสุด ถัดขึ้นมาเป็นกลุ่มสวัสดิการประกันสังคม กลุ่มข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการนายจ้าง และกลุ่มที่ซื้อประกันเอกชน จากการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคเฉียบพลันเทียบกับรายได้บุคคลและรายได้ครัวเรือน พบว่า ในผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพจะเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาร้อยละ 5 ของรายได้บุคคล หรือคิดเป็นร้อยละ 1 ของรายได้ครัวเรือนต่อเดือน แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลพบว่าในผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพจะเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาสูงกว่าอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 110 ของรายได้บุคคล และคิดเป็นร้อยละ 20.9 ของรายได้ครัวเรือนต่อเดือน ในขณะที่ผู้ที่อยู่ภายใต้หลักประกันประเภทใดประเภทหนึ่งจะเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลเทียบกับรายได้ของบุคคล/ครัวเรือนน้อยกว่ากลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันอย่างมาก

(5) ความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”

ความคิดเห็นจากการสอบถามประชาชนต่อโครงการฯ พบว่า **ข้อความที่ไม่เห็นด้วยมากที่สุดต่อโครงการฯ คือ การกำหนดสถานพยาบาลโดยระบุไว้ในบัตรทอง** รองลงไปคือการให้สิทธิรักษาฟรีจะทำให้คนมาใช้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น ส่วนข้อความที่เห็นด้วยมากที่สุดคือการให้คลินิกและรพ.เอกชนเข้าร่วมในโครงการ ฯ รองลงไปคือต้องใช้หลักฐานแสดงความเป็นคนไทยในการออกบัตร และเกินกว่าครึ่งหนึ่ง เห็นด้วยที่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาในการณที่ที่ต้องใช้ยาแพงหรือขอยุ่ห้องพิเศษ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย :-

1. เร่งพัฒนาฐานข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎรให้มีความทันสมัย รวมถึงการโยกย้ายถิ่นฐานของประชากรชนิดชั่วคราวหรือถาวร
2. เร่งการสำรวจและประชาสัมพันธ์ให้ประชากรกลุ่มที่ยังไม่ได้รับบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้สามารถได้รับบัตรฯ ได้ตามสถานที่ที่กำหนด หรือ การส่งเจ้าหน้าที่ออกไปแจกจ่ายให้ถึงบ้าน
3. ความคลาดเคลื่อนในการออกบัตรทองประเภทต้องร่วมจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท ให้แก่กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มคนยากจน เป็นเรื่องที่ต้องได้รับการพิจารณาและปรับปรุงให้ถูกต้องตามเกณฑ์ อย่างไรก็ดี ควรมีการพิจารณาทบทวนถึงผลดีและผลเสียของนโยบายที่กำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมของผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อาจมีผลกระทบต่อการเข้าถึงการขอรับบริการสุขภาพจากสถานบริการ
4. อัตราของการเจ็บป่วยในแต่ละประเภทมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในแต่ละช่วงอายุ จึงควรพิจารณาเป็นปัจจัยร่วมเพื่อการจัดสรรงบประมาณให้แต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสมต่อไป
5. การตัดสินใจไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่มีโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ถือบัตรทอง 30 บาท ซึ่งมีค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับหลักประกันฯ ประเภทอื่น ควรจะให้มีการศึกษาลงในรายละเอียดของเหตุผลที่ผู้ถือบัตรปฏิบัติที่จะใช้สิทธิที่ตนมีอยู่ เพื่อจะหาแนวทางปรับปรุงให้มีอัตราการใช้สิทธิฯ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยสูงขึ้นใกล้เคียงกับหลักประกันประเภทอื่น หรือ อาจจะพิจารณาปรับรูปแบบของการสร้างหลักประกันที่เน้นไปที่การประกันสุขภาพเฉพาะในกรณีของการเป็นผู้ป่วยในหรือเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาที่สูงกว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่สามารถรักษาได้ในแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป
6. การให้โอกาสแก่ประชาชนในการเลือกสถานพยาบาลของผู้ที่ถือบัตรทอง ภายใต้ข้อกำหนดที่ยังคงเอื้อต่อการดูแลสุขภาพเป็นครอบครัวและชุมชน น่าจะเป็นนโยบายที่มีการพิจารณาความเหมาะสมเพื่อนำมาทดลองใช้ในบางพื้นที่ และศึกษาถึงผลกระทบของรูปแบบที่ใช้ ที่มีต่อพฤติกรรมในการเลือกการรักษาพยาบาล ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ส่วนที่ 2 การศึกษาจากผู้รับบริการในเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ :-
กรณีศึกษา **ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการในระหว่างผู้ที่มีสิทธิ**
หลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

กรณีศึกษาที่ 1 โดยไข้โรคเฉียบพลันที่พบบ่อย ได้แก่ โรคทางเดินหายใจอักเสบส่วนบน
กับการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพฯ ที่แตกต่างกัน

ข้อค้นพบที่สำคัญ :-

1. อัตราการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอักเสบส่วนบนมีความแตกต่างกันตามการวินิจฉัยโรค ลักษณะของหน่วยงานสาธารณสุขที่ให้บริการ และประเภทสิทธิหลักประกันฯ ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และมีอัตราการจ่ายยา ค่อนข้างจะต่ำมากในกลุ่มที่ถือบัตรทองฟรีที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจอักเสบส่วนบนที่คาดว่าจะเกิดจากเชื้อไวรัส

กรณีศึกษาที่ 2 โดยไข้โรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดไม่มีโรคแทรกซ้อนกับการสั่งจ่ายยารักษาและการนัดหมายในผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้สิทธิฯ ที่แตกต่างกัน

ข้อค้นพบที่สำคัญ :-

1. ระดับราคาของยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน(ที่ไม่มีโรคไตแทรกซ้อน) มีความแตกต่างกันตามประเภทของหลักประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยถือครองและตามประเภทของสถานบริการ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้หลักประกันสุขภาพชนิดปลายเปิด คือ สวัสดิการข้าราชการและหลักประกันสุขภาพของเอกชน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลศูนย์ จะมีอัตราการจ่ายยาในกลุ่มราคาแพงค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเทียบกับยาที่ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพชนิดเหมาจ่าย คือ บัตรทองทั้งสองประเภท และประกันสังคม และผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเล็กกว่า
2. ไม่พบว่ามี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ทั้งในเรื่อง ชนิดของยา ฯ ที่ใช้ ระยะเวลาการนัดผู้ป่วย รวมไปถึงการควบคุมระดับการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้หลักประกันที่แตกต่างกัน

กรณีศึกษาที่ 3 โดยใช้โรคที่ต้องรับการผ่าตัดแบบกำหนดเวลาได้ (Elective Case) ได้แก่ โรคไส้เลื่อน โรคเนื้องอกมดลูกชนิดธรรมดา และโรคนิ่วในไต กับระยะเวลาที่ต้องรอก่อนได้รับการผ่าตัดจริง และการเลื่อนนัดผ่าตัด ในผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้สิทธิ ที่แตกต่างกัน

ข้อค้นพบที่สำคัญ :-

1. ระยะเวลารอการผ่าตัดของผู้ป่วยสำหรับโรคไส้เลื่อน โรคเนื้องอกมดลูกชนิดธรรมดา และโรคนิ่วในไต อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างจะสั้นเมื่อพิจารณาจากค่ามัธยฐานที่ได้ และ ไม่มีความแตกต่างของระยะเวลารอการผ่าตัดในระหว่างผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้หลักประกันประเภทต่าง ๆ ที่น่าสนใจกลับพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในหลักประกันสวัสดิการข้าราชการ มีแนวโน้มที่จะต้องรอการผ่าตัดนานกว่าผู้ป่วยที่ถือบัตรทองทั้งสองชนิด อาจจะเนื่องจากการต้องรอคิวห้องพิเศษของโรงพยาบาลและการระบุเลือกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการผ่าตัด
2. การเลื่อนนัดการผ่าตัด ไม่พบเป็นปัญหาในผู้ป่วยทุกประเภทหลักประกัน
3. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50 จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง และเป็นผู้ป่วยที่มีบัตรทอง/บัตรสุขภาพน้อยกว่าร้อยละ 12 ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จะเป็นผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองน้อยกว่าร้อยละ 10 แต่จะเป็นผู้ป่วยที่มีบัตรทอง/บัตรสุขภาพระหว่างร้อยละ 60 ถึง 86

กรณีศึกษาที่ 4 เป็นการศึกษาภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน (ไม่ใช่ต้นทุนต่อหน่วย) ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

ข้อค้นพบที่สำคัญ :-

1. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาตามประเภทของโรงพยาบาล กลุ่มอายุ และเพศ พบว่า โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าโรงพยาบาลเล็กอย่างชัดเจน ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะสูงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และในกลุ่มวัยกลางคน
2. การวิเคราะห์ตามเหตุผลในการมารับบริการรักษาที่โรงพยาบาล พบว่า จำนวนผู้ป่วยใน ที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองจะมีมากกว่าผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นกว่า 3 เท่า และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นจะสูงกว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองอย่างชัดเจน
3. การวิเคราะห์ตามกลุ่มโรค พบว่า ค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในผู้ป่วยในที่เป็นโรคเรื้อรัง โรคที่มีความรุนแรงมากกว่า และผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด จากค่ามัธยฐานพบว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มโรคต่างๆที่สูงสุด 5 กลุ่ม

โรคแรก(ยกเว้นกลุ่มโรคมะเร็ง) คือ โรคเอดส์ รองลงมาคือกลุ่มโรค influenza and pneumonia ตามด้วยกลุ่มโรค infection of skin and subcutaneous tissues โรคเบาหวาน และกลุ่มโรค chronic lower respiratory disease ตามลำดับ จะพบว่า โรคเอดส์ เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายมัธยฐานที่สูงสุดในทุกระดับโรงพยาบาล

4. การวิเคราะห์ระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) จากการศึกษาข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน และข้อมูลด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาล พบว่ารายรับรวมของปี 2544-2545 ของภาพรวมทั้ง 8 จังหวัดมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาด 200 เตียงลงมา โดยที่รายได้รวมทั้งหมดปี 2544 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.2 ± 58.1 ล้านบาท ตารางต้นทุนต่อหน่วยต่อ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ จำนวนวันนอน ปี 2544 พบว่าค่าทั้งสามจะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน ส่วนใหญ่จะเพิ่มสูงขึ้นในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ โดยที่มีค่าเฉลี่ยคือ 307.8 ± 167.3 บาท, $4,195.9 \pm 2,483.0$ บาท และ $1,293.4 \pm 598.7$ บาท ตามลำดับ ในส่วนของต้นทุนต่อหน่วยสำหรับผู้ป่วยนอก จะไม่พบความแตกต่างของระหว่างภูมิภาค แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญตามขนาดของโรงพยาบาล สำหรับต้นทุนต่อหน่วยสำหรับผู้ป่วยใน จะมีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคและขนาดของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล พบว่า สภาพคล่องทางการเงินของปี 2544 (current ratio และ quick ratio) โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โรงพยาบาลขนาดเล็กมีแนวโน้มของสภาพคล่องดีกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับเงินบำรุงคงเหลือ หนี้ค้าง และวัสดุคงคลังไม่แตกต่างกันตามภาค แต่ต่างกันไปตามประเภทของโรงพยาบาล โดยที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีตัวเลขเหล่านี้สูงตามไปด้วย

กรณีศึกษาที่ 5 เป็นการศึกษาแนวโน้มของภาระการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานบริการก่อนและหลังโครงการ ฯ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ

ข้อค้นพบที่สำคัญ :-

1. มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างชัดเจนในสถานบริการแต่ละประเภท โดยพบว่า โรงพยาบาลชุมชนจะมีการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในระยะเวลาเดียวกันในช่วงก่อนเริ่มโครงการ ฯ
2. มีการเพิ่มขึ้นในสัดส่วนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจนในทุกประเภทสถานบริการโดยเฉพาะในระดับ

โรงพยาบาลชุมชน และมีการลดลงอย่างมากของกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองโดยเฉพาะ
ในโรงพยาบาลใหญ่

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย :-

1. การเลือกใช้โรคบางอย่างเป็นตัวแทน ทั้งโรคเฉียบพลัน โรคเรื้อรัง โรคร้ายแรง และโรคที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพของการให้การรักษา และการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน เป็นสิ่งที่หน่วยงานระดับจังหวัดและส่วนกลางควรนำมาใช้เป็นประโยชน์เพื่อการติดตามและการประเมินคุณภาพของการรักษาและการเข้าถึงบริการของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้ว่าผลจากการศึกษาในครั้งนี้ จะไม่มีข้อมูลที่บ่งบอกอย่างชัดเจนถึงปัญหาของคุณภาพการรักษาและการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่ถือบัตรทองเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ใต้หลักประกันสุขภาพในระบบอื่นอย่างชัดเจน แต่การพัฒนาเครื่องมือและวิธีการเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่หน่วยงานในส่วนกลางและพื้นที่ต้องให้ความสำคัญ
2. การใช้หลักฐานทางการแพทย์ (Evidence Based Medicine) เพื่อพิสูจน์ถึงประโยชน์ในวิธีการที่จะนำมาใช้ในการรักษา การป้องกัน และการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ต้องเร่งพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านนี้อย่างจริงจัง เพื่อสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพภายใต้ภาวะงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดในปัจจุบัน และถือเป็นส่วนสำคัญในการรับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในอนาคต
3. การพัฒนาระบบบัญชีของสถานบริการที่สามารถสะท้อนถึงต้นทุนในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ เป็นจุดเน้นที่สำคัญเพื่อนำมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลในทุกระดับได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการสนับสนุนให้มีบุคลากรทางการเงินและบัญชีที่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินได้ และการหาต้นทุนบริการได้อย่างถูกต้อง และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้บริการที่เชื่อมต่อกับระบบการเงินและบัญชีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 3 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ข้อค้นพบที่สำคัญ :-

1. การบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระดับพื้นที่

โครงสร้างของการบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละจังหวัด มีทั้งส่วนที่คล้ายกันและส่วนที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิด ศักยภาพของทีมงานสุขภาพ และประสบการณ์การบริหารโครงการบัตรสุขภาพและโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยของแต่ละจังหวัดก่อนหน้านี้ โดยภาพรวมกล่าวได้ว่า มีความพยายามใช้ความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความเหมาะสมและยืดหยุ่นคล่องตัว และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานบริการต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ ในบางจังหวัดได้ตั้งเอาองค์ท้องถิ่น ในรูปของ กสพ.ให้เข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบาย และทิศทางการบริหารโครงการ และช่วยสะท้อนปัญหาการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ค่อนข้างดี แต่ในบางจังหวัดบทบาทของ กสพ. ต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารโครงการ ฯ ค่อนข้างจะไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาของคณะกรรมการบริหารโครงการ ฯ ของจังหวัด

ส่วนโครงสร้างการบริหารโครงการฯ ในระดับอำเภอ ส่วนใหญ่ยังคงใช้โครงสร้างของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชนและตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหลัก ในหลายพื้นที่ คปสอ. ทำงานร่วมกันได้ค่อนข้างดี แต่ในบางพื้นที่อาจมีปัญหาของการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ทำให้เกิดผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในรูปของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ได้ง่าย

การประสานงานระหว่างการปฏิบัติงานในพื้นที่กับส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) มีทั้งส่วนที่เอื้อต่อการทำงานและบางส่วนที่สร้างความสับสนในการปฏิบัติงานให้แก่พื้นที่ หลายประเด็นที่ได้รับการสะท้อนจากพื้นที่ว่า ต้องการความชัดเจนในการตัดสินใจจากส่วนกลาง ในขณะที่บางประเด็น พื้นที่ต้องการความหลากหลายของรูปแบบที่พื้นที่สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติได้เอง ความไม่ชัดเจนในนโยบายบางอย่างหรือการเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาของนโยบายบางอย่าง มักจะสร้างความยากลำบากในการปฏิบัติงานของพื้นที่ (รายละเอียดอ่านจากรายงานการศึกษาเชิงคุณภาพ)

2. การจัดระบบข้อมูลสารสนเทศ

ด้วยความเร่งรีบในการดำเนินโครงการ ฯ ในระดับพื้นที่ ทำให้มีปัญหาในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลของประชากรที่จำเป็นเพื่อใช้ในการออกบัตรประกันสุขภาพ และการเตรียมสร้างระบบข้อมูลเพื่อรองรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในสถานบริการ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนและความผิดพลาดในการออกบัตรฯ และมีปัญหาในการจัดทำรายงานของผู้มารับบริการ ซึ่งมีแบบฟอร์มต่าง ๆ มากมายที่จะต้องลงข้อมูลเพื่อส่งต่อให้จังหวัดและส่วนกลาง นอกจากนี้ยังขาดการสนับสนุนทั้งทางด้านกำลังคน การฝึกอบรม และโปรแกรมที่จะนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำรายงานดังกล่าวในช่วงแรกของการดำเนินการโครงการ ฯ

3. การจัดระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพชุมชน

การขาดความเข้าใจในแนวคิดที่สำคัญของการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพและการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit PCU) ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อใหม่ เป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” เป็นจุดที่ก่อให้เกิดปัญหาและข้อสงสัยในทางปฏิบัติในหลายพื้นที่ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ รูปแบบของการดำเนินการศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งส่วนกลางเป็นผู้กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ถูกวิจารณ์จากพื้นที่ว่าเป็นเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูงมากและการปฏิบัติให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดอาจต้องอาศัยเวลาในการเปลี่ยนผ่านนานพอสมควรและอาจจะปฏิบัติไม่ได้ในบางพื้นที่ เนื่องจากการขาดแคลนกำลังของบุคลากรสาธารณสุข ข้อจำกัดในทางภูมิศาสตร์ และความหนาแน่นของประชากรที่แตกต่างกันในแต่ละอำเภอ

รูปแบบการบริหารงานในศูนย์สุขภาพชุมชนขาดความชัดเจน มีลักษณะเป็นการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยเพื่อการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ในหลายพื้นที่ทำได้ค่อนข้างดีหากการประสานงานของบุคลากรทั้งสองฝ่ายเป็นไปด้วยดี แต่ในหลายพื้นที่ซึ่งมีปัญหาในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน อาจเป็นเหตุให้มีการยุบเลิก/เปลี่ยนสถานที่ในการจัดศูนย์สุขภาพชุมชน

การจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนในหลายพื้นที่ มีลักษณะคล้ายกับการจัด Extended OPD มากกว่าที่จะเป็นการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้มุ่งไปเน้นที่การรักษาพยาบาลค่อนข้างเป็นหลักในระยะแรก และส่งผลกระทบต่อภารกิจรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

รูปแบบของการจัดศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเขตเมืองซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีปัญหาในการปฏิบัติจริงพอสมควรในหลายจังหวัด เนื่องจากเป็นบทบาทใหม่ที่ยังไม่คุ้นเคยของบุคลากรในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาลมากกว่างานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้รูปแบบการจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ทางโรงพยาบาลมักจะเน้นไปที่การรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการหรือผู้ป่วยนัด และยกงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง

4. การจัดระบบดูแลคุณภาพและมาตรฐานของบริการ

แนวทางที่จะใช้เพื่อการพัฒนาและการประเมินคุณภาพและมาตรฐานของบริการอยู่ในระยะของการเริ่มต้นในทุกจังหวัด ส่วนใหญ่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจนที่กำหนดมาจากส่วนกลางหรือยังขาดแนวทางปฏิบัติจริงในระดับจังหวัด บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับจังหวัดที่รับผิดชอบงานด้านนี้ก็ยังไม่มีทักษะในการประเมินคุณภาพและมาตรฐานของงานบริการสุขภาพภายใต้โครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางส่วนใหญ่ที่นำมาใช้จึงมุ่งไปในการเรื่องของการพัฒนาเพื่อ การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลโดยยึดหลักการของ Hospital Accreditation (HA) แต่ปัญหา ของการทำ HA ที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดอยู่มาก ขณะนี้มีโรงพยาบาลประมาณจำนวนน้อยมากที่ ผ่านการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (พรพ) และประสบการณ์ ในการทำ HA ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะใช้กับการพัฒนาโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย และค่อนข้างจะเน้นในงาน ด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ยังไม่มีความชัดเจนของกิจกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค และงานชุมชน การเร่งพัฒนาเกณฑ์ในด้านดังกล่าว จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

5. การบริหารการเงินการคลัง

การจัดสรรเงินในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่จังหวัดตามรายหัวของ ประชากรที่รับผิดชอบในพื้นที่ โดยได้รวมเงินเดือนของบุคลากรไว้ด้วย ทำให้เกิดปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และแต่ละขนาดของโรงพยาบาล มีแนวโน้มว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ มี จำนวนบุคลากรค่อนข้างมาก และมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบน้อย ค่อนข้างจะเกิดภาวะความ ตึงเครียดในผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาล ในทางกลับกัน โรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า มี บุคลากรไม่มาก แต่มีประชากรรับผิดชอบค่อนข้างที่จะมาก อาจขาดแคลนบุคลากรเพื่อมารองรับ การจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนที่รับผิดชอบ ด้วยเหตุนี้การเกลี้ยกล่อมบุคลากรด้านสุขภาพ ระหว่างโรงพยาบาล ระหว่างพื้นที่ให้มีความเหมาะสม จึงเป็นปัญหาใหญ่ของพื้นที่ที่เรียกร้องให้ ส่วนกลางเข้าไปมีบทบาทในการจัดการกับปัญหานี้โดยเร่งด่วน

การจัดวางระบบการจัดทำบัญชีเพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามและประเมินภาวะทาง การเงินของสถานบริการเป็นจุดที่ค่อนข้างจะเป็นปัญหาอย่างมากในอดีต เพราะบัญชีที่ โรงพยาบาลทำอยู่ ไม่สามารถใช้เป็นตัวสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงในการจัดบริการด้านสุขภาพ ประเภทต่าง ๆ ได้

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญอันหนึ่งในการศึกษาเรื่องกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการคือการมีรูปแบบหรือวิธีการที่หลากหลายในการจ่ายเงินเพื่อบริหาร โครงการฯในแต่ละจังหวัด ซึ่งรูปแบบที่เลือกจะใช้จะขึ้นกับการตัดสินใจของคณะกรรมการปส. จังหวัดที่ดูแลกองทุนเงินประกันสุขภาพในจังหวัดนั้น ระบบหลัก ๆ ที่ใช้ในทุกจังหวัดมีอยู่ 2 แบบ คือ แบบ Inclusive และ Exclusive ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเกณฑ์ที่จังหวัดตัดสินใจเลือกรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเพื่อใช้ในการบริหารโครงการฯขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสภาพทางเงินของโรงพยาบาล แต่ละแห่ง ความสมดุลของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในจังหวัด ความสามัคคีของผู้บริหาร โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ และความสามารถในเชิงบริหารของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่จะ เจรจา จัดการข้อขัดแย้ง และประนีประนอมในที่ประชุมเพื่อเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับจังหวัดได้

6. ระบบการรับเรื่องราวร้องทุกข์ภายใต้โครงการ ฯ

การจัดตั้งหน่วยงานรับเรื่องราวร้องทุกข์ขึ้นในทุกโรงพยาบาลและในสำนักงานสาธารณสุข เป็นการเปิดช่องทางเพื่อติดต่อสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสามารถแก้ไขปัญหาเสียแต่เนิ่น ๆ ก่อนที่ปัญหาจะบานปลายและก่อผลกระทบต่อโครงการฯ โดยรวม การร้องเรียนส่วนใหญ่ของประชาชนและผู้ใช้บริการมักจะมาโดยตรงที่หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดมากกว่าการร้องเรียนไปที่ระดับอำเภอหรือที่โรงพยาบาลที่ให้บริการ ปัญหาส่วนใหญ่ที่ถูกสอบถามหรือร้องเรียนมักจะเป็นเรื่องของการใช้สิทธิฯไม่ได้ การถูกเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลมากกว่า 30 บาท การไม่พอใจในคุณภาพของบริการที่ได้รับ การขอเข้าไปใช้สิทธิที่โรงพยาบาลศูนย์ ไม่ต้องการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน และการขอเปลี่ยนโรงพยาบาลที่กำหนดให้ไปใช้สิทธิ ฯ ในบัตรทอง เป็นต้น

นอกจากนี้ส่วนกลางยังเปิดให้มีโทรศัพท์สายด่วนฉุกเฉินเพื่อรับเรื่องราวร้องทุกข์โดยตรงและเปิดเว็บไซต์ให้ประชาชนเข้าไปร้องเรียนและสอบถามปัญหาการให้บริการได้อีกด้วย ผลจากการที่ส่วนกลางเอาใจจริงเอาใจกับการรับฟังข้อร้องเรียนและลงไปตามแก้ปัญหาอย่างใกล้ชิด โดยทุกปัญหาที่ได้รับการร้องเรียนจะถูกส่งไปให้จังหวัดชี้แจงกลับโดยเร็ว หากปัญหานั้นเป็นความบกพร่องของจังหวัดมากกว่าที่จะเป็นความเข้าใจผิดในสิทธิประโยชน์ในโครงการฯของประชาชนแล้ว ผู้บริหารจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ถูกร้องเรียนมักจะถูกเพ่งเล็งและอาจมีผลกระทบต่อการหน้าที่การงานในอนาคตได้ง่าย ๆ เนื่องจากการไม่ตอบสนองนโยบายของรัฐบาลระบบนี้จึงเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญให้ผู้มีส่วนรับผิดชอบทุกระดับในพื้นที่ต้องใส่ใจในการแก้ไขปัญหาโครงการฯโดยเร็วและบางครั้งอาจจะมีการขอให้พยายามอะลุ่มอล่วยแก่ผู้ใช้บริการแม้จะเกินสิทธิที่มีเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้มีการร้องเรียนไปถึงส่วนกลาง

อย่างไรก็ตาม จังหวัดได้สะท้อนปัญหาว่า มีข้อร้องเรียนจำนวนไม่น้อยที่เป็นผลมาจากการขาดความชัดเจนในเชิงนโยบายจากส่วนกลาง หลายเรื่องจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระดับพื้นที่ ต้องโทรศัพท์ปรึกษากับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสุขภาพที่กระทรวงฯ และบ่อยครั้งเช่นกันที่ส่วนกลางก็ไม่มีคำตอบที่ชัดเจนให้หากเป็นปัญหาในเชิงนโยบายมากกว่าการบริหารจัดการ ต้องรอเอาเข้าปรึกษาหารือในที่ประชุม War room เพื่อการตัดสินใจ จึงถือเป็นการไล่แก้ปัญหาไปตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นมาใหม่อยู่ตลอดเวลาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ถึงว่าแม้จำนวนข้อร้องเรียนจะลดลงไปพอสมควรเมื่อโครงการฯ ผ่านไปได้ระยะหนึ่งก็ตาม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย :-

1. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น และการให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิ่งที่พื้นที่กำลังรอการตัดสินใจจากรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข
2. เร่งปรับปรุงฐานข้อมูลของประชากรและการถือครองสิทธิในด้านหลักประกันสุขภาพให้มีความทันสมัยและสามารถตรวจสอบได้โดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานส่วนกลางเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างเร่งด่วน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะต้องเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของกลุ่มประชากรที่อยู่ภายใต้สวัสดิการข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเช่นเดียวกัน
3. การพัฒนาศักยภาพของระบบฐานข้อมูลที่บอกถึงภาระของงานบริการสุขภาพในทุกด้าน คือ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และการจัดทำฐานข้อมูลของบุคคล/ครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารและผู้บริหารงานสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน การกำหนดกิจกรรม การติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นที่ส่วนกลางจะต้องกำหนดนโยบายและทิศทางอย่างชัดเจนในการพัฒนาระบบสารสนเทศภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเร็วโดยการจัดสรรงบประมาณลงไปพัฒนาในด้านนี้อย่างพอเพียง รวมถึงการจัดสรรบุคลากรที่เชี่ยวชาญในระบบสารสนเทศอย่างน้อยในระดับจังหวัด การฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้องในทุกกระดับ และเพิ่มศักยภาพของผู้บริหาร/ผู้บริหารงานในพื้นที่ให้สามารถนำข้อมูลที่ได้จากระบบสารสนเทศไปใช้ในการพัฒนาโครงการต่อไป
4. แนวคิดการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมีแนวทางในการพัฒนาระยะยาวที่ชัดเจนและเร่งสื่อสารให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่กับส่วนกลาง ควรปรับเกณฑ์มาตรฐานให้มีความเหมาะสมและยืดหยุ่นตามกำลังคนและสภาพภูมิศาสตร์ของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการกำหนดรูปแบบโครงสร้างการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ชัดเจนในอนาคต ไม่ใช่เป็นการประสานงานระหว่างสองหน่วยงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
5. รูปแบบการจัดบริการระดับต้นในเขตเมืองควรจะไปให้เกิดความยั่งยืนได้อย่างไร เพราะการตั้งให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางต้องเข้ามาจัดบริการระดับต้นโดยที่ไม่มีความเชี่ยวชาญเป็นนโยบายที่ถูกต้องหรือไม่ การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่หลากหลายในการจัดบริการระดับต้นในเขตเมือง เป็นโจทย์ที่ส่วนกลางและพื้นที่ต้องช่วยกันตอบ เพื่อหาทางเลือกอื่นที่เหมาะสมกว่าแนวคิดการสร้างให้มีโรงพยาบาลชุมชนเขตเมือง แยกออกจากโรงพยาบาลใหญ่ โดย

ปรับเปลี่ยนบุคลากรใหม่ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน อาจเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีหลาย
จังหวัดสนใจที่จะทดลองทำ แต่คงต้องได้รับการสนับสนุนในทางนโยบายและอำนาจ
ในการจัดการจากส่วนกลาง

6. จำเป็นต้องมีการปรับเกณฑ์การพัฒนาและการประเมินคุณภาพของสถานบริการใน
ทุกระดับ และสามารถครอบคลุมงานทุกด้านที่จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยและชุมชน โดย
เฉพาะงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรให้มีการจัดตั้งหน่วยงานทั้งใน
ส่วนกลางและระดับจังหวัดที่จะเป็นหน่วยงานหลักทำหน้าที่ในการประเมินและ
รับรองคุณภาพของสถานบริการตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น หากไม่ผ่านเกณฑ์ จะต้องมี
มาตรการที่เหมาะสมในการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข หรือ อาจยุบเลิกสถานบริการก็ได้
ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐหากมีเหตุจำเป็น และอาจให้หน่วยงานนั้นปรับเปลี่ยน
บทบาทไปทำหน้าที่อื่นที่มีความเหมาะสมกว่า
7. กระแสข่าวที่ออกมาว่าส่วนกลางกำลังจะตัดสินใจกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินทุก
จังหวัดให้เป็นแบบ Exclusive เหมือนกันหมดเพื่อป้องกันปัญหาการหวงคนไข้ ไม่
ยอมส่งต่อ ในเร็ว ๆ นี้ (ประมาณเดือนตุลาคม 2545) เป็นสิ่งที่ควรหาข้อมูล
ประกอบการตัดสินใจให้ชัดเจน เพราะด้านเสียของการจ่ายเงินแบบนี้ ก็คือการขาด
แรงจูงใจหรือแรงกระตุ้นให้สถานบริการขนาดเล็กพัฒนาประสิทธิภาพของ
โรงพยาบาล
8. การมีหน่วยรับเรื่องราวร้องทุกข์จากการใช้บริการในโครงการฯ ถือเป็นสิ่งที่ดีเพราะจะเป็น
ตัวสะท้อนความต้องการของประชาชนและเร่งการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการ
ให้ดีขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ควรมีการสื่อสารและ
ประสานงานระหว่างส่วนกลางและระดับจังหวัดเมื่อพบปัญหาและร่วมกันแก้ไข
ผู้บริหารในส่วนกลางควรมองเห็นการที่ชาวบ้านร้องเรียนหรือร้องทุกข์เป็นโอกาสใน
การประเมินสถานบริการโดยรวมและเร่งพัฒนารูปแบบของการจัดบริการสุขภาพให้
เป็นที่ยอมรับของประชาชนเข้ามาใช้บริการสุขภาพด้วยความมั่นใจในคุณภาพของ
โรงพยาบาล มากกว่านำข้อร้องเรียนมาใช้เพื่อตรวจสอบและกดดันการปฏิบัติงาน
ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้เสียขวัญกำลังใจในการทำงาน

.....

โครงการติดตามและประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระยะที่ 1

การมีสุขภาพดีของประชาชน ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี ไม่เกิดการเจ็บป่วย หากเจ็บป่วยเล็กน้อยก็สามารถดูแลหรือรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเองได้ แต่ถ้ามการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นและจำเป็นต้องพึ่งพาสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ทุกคนก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมโดยฐานะทางเศรษฐกิจไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ(ที่จำเป็นตามหลักวิชาการแพทย์) ซึ่งถือเป็นปรัชญาของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ในหมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ระบุว่า **“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและจ่ายค่าใช้จ่ายมิสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...”** นับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยที่ได้ประกาศรับรองสิทธิของประชาชนและให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนทั้งหมด

การดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางในนานาประเทศโดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้สำเร็จและมีความยั่งยืนล้วนต้องใช้เวลาเปลี่ยนผ่านที่ยาวนานพอควร ประเทศเยอรมันนี้ต้องใช้เวลาในการพัฒนาหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่องกว่าร้อยปีจึงขยายครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ สำหรับประเทศออสเตรเลียถึงแม้จะมีกฎหมายที่กำหนดสิทธิให้แก่ประชากรในเรื่องหลักประกันสุขภาพ แต่ก็ได้เป็นหลักประกันว่าจะสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เนื่องจากเกิดความขัดแย้งทางการเมือง การต่อต้านจากกลุ่มผลประโยชน์ที่มีอิทธิพล หรือการไม่ยอมรับของประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งต้องใช้นานกว่าเจ็ดสิบปีจึงได้สร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนสำเร็จดังระบบที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา กลับถือเป็นตัวอย่างของประเทศที่ค่อนข้างจะล้มเหลวในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาระบบฯ มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1930 เป็นต้นมา ปัจจุบันคาดว่า มีประชาชนชาวสหรัฐกว่า 30% ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นทั้ง ๆ ที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประเทศสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

บทเรียนที่ผ่านมาในหลายประเทศสอนให้รู้ว่า ความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิได้สิ้นสุดลงเพียงแค่การผ่านกฎหมายออกมาประกาศใช้เท่านั้น จำต้องอาศัย

ความมุ่งมั่นทางการเมือง การสร้างความเข้าใจของบุคคลต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นนักการเมือง ผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวและร่วมใจกันผลักดันนโยบายที่ดีไปสู่การปฏิบัติที่เป็นจริง เพื่อก่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีความเท่าเทียมในสังคมอย่างแท้จริงในที่สุด

ความตื่นตัวเรื่องความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ในประเทศไทย เริ่มขึ้นและขยายความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมานานกว่ายี่สิบปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2518 ในสมัยรัฐบาลภายใต้การนำของ มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) โดยกำหนดให้ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้มีหลักประกันด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ.2537 รัฐบาลได้ขยายความคุ้มครองเพิ่มเติมครอบคลุมถึง ผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา และเปลี่ยนชื่อโครงการใหม่เป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล” (สปร.) โดยรัฐจัดสรรงบประมาณสนับสนุนผ่านเครือข่ายสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข จากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2544 พบว่ารัฐได้ออกบัตรแสดงสิทธิให้แก่กลุ่มเป้าหมายนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.0 ของประชากร นับเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมสัดส่วนของประชากรมากที่สุด

หลักประกันสุขภาพกลุ่มที่สองที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข คือ **โครงการบัตรสุขภาพ** ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่ผู้ซื้อบัตรจะต้องเสียเงินค่าซื้อบัตรประกันสุขภาพล่วงหน้าในราคาที่กำหนดโดยหลักประกันจะครอบคลุมได้ทั้งครอบครัว ซึ่งเริ่มโครงการนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 โดยมีผู้ซื้อประกันสุขภาพประมาณร้อยละ 1.4 และได้ขยายเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 23.4 ในปี พ.ศ.2544 เนื่องจากบัตรผู้มีราคาถูกเมื่อเทียบกับประกันเอกชน และรัฐจ่ายเงินสมทบให้แก่สถานบริการสุขภาพเพิ่มเติมอีกด้วย จึงทำให้บัตรสุขภาพเป็นที่นิยมในหมู่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับบัตรสปร. และผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือเจ็บป่วยบ่อย ๆ ที่ต้องพึ่งพิงสถานบริการเพราะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้อย่างมากในยุควิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ

กลุ่มต่อไป คือ หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้มีงานทำเป็นทางการ ได้แก่ **สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ** ซึ่งจะครอบคลุมข้าราชการและครอบครัว อีกประมาณร้อยละ 7.5 และ**สวัสดิการประกันสังคม** ที่ครอบคลุมผู้ที่ทำงานในสถานประกอบที่มีคนงาน 10 คนขึ้นไปใน

ระยะแรก และได้ขยายลงมาถึงสถานประกอบการที่มีคนงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปในปัจจุบัน มีอยู่อีก ร้อยละ 7.6 ของประชากร

หลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ในประเทศไทยที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังให้สิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ประกันสังคม และประกันเอกชน ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน และการมีสิทธิอยู่ห้องพิเศษ สวัสดิการของข้าราชการยังให้สิทธิเลือกใช้บริการของรัฐได้อย่างอิสระ ส่วนสวัสดิการสปร.และบัตรสุขภาพให้สิทธิประโยชน์ทางเลือกของการใช้บริการที่มีข้อจำกัดมากกว่า ผู้ถือบัตรฯ ต้องรับการรักษาจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามที่ระบุไว้ในหลักประกันสุขภาพ แต่ก็นับว่าครอบคลุมการรักษายาบาลที่จำเป็นไว้มากพอควร ความแตกต่างกันในสิทธิที่ได้รับของประชาชนที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ จึงมักจะก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมกันของประชาชน และมีโอกาสที่จะถูกเลือกปฏิบัติจากสถานพยาบาล เนื่องจากประชาชน กลุ่มผู้ยากจนหรือกลุ่มด้อยโอกาสเหล่านี้มักจะถูกมองว่าเป็นผู้สร้างภาระค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาล และรัฐบาลก็ไม่สามารถให้การสนับสนุนงบประมาณทดแทนให้ อย่างเพียงพอเมื่อเทียบกับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นในความรู้สึกของผู้บริหารโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเนื่องจากในระบบเดิมยังมีประชาชนจำนวนหนึ่งที่จ่ายค่ารักษายาบาลเองเมื่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเพราะไม่ได้อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพประเภทใด ๆ หรือไม่ประสงค์จะไปใช้สิทธิตามสถานพยาบาลที่ถูกกำหนดในหลักประกันรวมถึงกลุ่มข้าราชการที่ทางโรงพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษายาบาลคืนได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยจากงบประมาณของรัฐ จึงทำให้โรงพยาบาลของรัฐโดยส่วนใหญ่พอมีช่องทางที่จะหารายได้มาทดแทนส่วนที่ต้องใช้ไปเพื่อดูแลผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้สวัสดิการ สปร. และยังต้องให้การรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่กลุ่มผู้ยากไร้ที่ตกหล่นไม่ได้อยู่ภายใต้สวัสดิการสปร. เนื่องจากความบกพร่องของระบบการออกบัตรให้แก่ผู้ด้อยโอกาสหรือไม่มีเงินมากพอที่จะซื้อบัตรสุขภาพโดยสมัครใจได้ ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในเดือนเมษายน พ.ศ.2544 พบว่ายังมีประชาชนอีกประมาณร้อยละ 29.0 หรือประมาณ 18 ล้านคนที่ขาดหลักประกันสุขภาพ และจำนวนไม่น้อยต้องเป็นหนี้เป็นสินเพื่อกู้ยืมเงินมาใช้ในการรักษายาบาลยามเมื่อเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคภัยแรงที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูง จึงถือเป็นกลุ่มประชาชนกลุ่มใหญ่ที่รัฐบาลต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพให้ทั่วถึงคนในกลุ่มนี้ในอันดับต่อไป

ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ได้เกิดกระแสตื่นตัวในหมู่นักวิชาการ องค์กรเอกชน และกลุ่มผู้นำองค์กรชุมชนออกมาร่วมกันเคลื่อนไหวให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดมาจากความบกพร่องของระบบสุขภาพของประเทศที่ไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับการกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การตื่นตัวต่อการรับรู้สิทธิของประชาชนตามกฎหมายและการแพทย์ที่ก้าว

หน้าไปอย่างรวดเร็ว รัฐบาลสมัย ฯพณฯ ชวน หลีกภัย ที่ผ่านมาก็ได้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นเพื่อเป็นแกนกลางในการศึกษา รวบรวม สังเคราะห์ ความคิดเห็นและองค์ความรู้ทางวิชาการจากนักวิชาการและประชาชนทุกหมู่เหล่าเพื่อจัดทำเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ตามรัฐธรรมนูญโดยกำหนดให้ร่างพรบ.ฉบับนี้ต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา เพื่อประกาศใช้เป็นกฎหมายที่ถือเป็นแม่บทของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยให้ได้ภายในปี พ.ศ.2546 ในการนี้ การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยรวม จึงได้มีการจัดตั้งคณะทำงานขึ้นในเดือนกันยายน 2543 เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา นักวิชาการเกียรติคุณ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เป็นประธานคณะทำงานชุดนี้

ในขณะที่คณะทำงานกำลังทุ่มเททำงานในเรื่องนี้ ได้เป็นช่วงที่มีการเลือกตั้งทั่วไปเพื่อให้ได้มาซึ่งคณะรัฐบาลชุดใหม่มาบริหารประเทศ พรรคการเมืองพรรคหนึ่ง เจ้าของสโลแกน “คิดใหม่ ทำใหม่” ได้ชูแนวนโยบายของพรรคที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม อยู่หลายประเด็น หนึ่งในหลายประเด็นที่มีความสำคัญมากต่อการสุขภาพและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการจัดบริการสุขภาพอย่างขนานใหญ่ทั้งด้านบวกและด้านลบ ก็คือ นโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พรรคการเมืองพรรคนี้ได้รับความนิยมอย่างสูงและชนะการเลือกตั้งอย่างถล่มทลาย มีจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่ได้รับเลือกตั้งมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนที่นั่งในสภาผู้แทนราษฎรจนสามารถจัดตั้งรัฐบาลได้ด้วยพรรคเพียงพรรคเดียวซึ่งไม่เคยมีมาก่อนในประวัติศาสตร์การเมืองไทย

เมื่อมีการจัดตั้งรัฐบาลในเดือนมกราคม พ.ศ.2544 และได้มีการแถลงนโยบายของรัฐบาลต่อสภาผู้แทนราษฎรแล้ว การทวงสัญญาประชาคมจากประชาชนต่อนโยบายหลัก ๆ ที่พรรคไทยรักไทยใช้ในการหาเสียง จึงถูกตั้งความคาดหวังไว้อย่างสูงโดยเฉพาะโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” คณะทำงานคาดหวังว่าการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะค่อยเป็นค่อยไป และน่าจะต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 2-3 ปีเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อยายาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรส่วนที่ยังเข้าไม่ถึงอีกประมาณ 18 ล้านคน แต่ดูเหมือนช่วงเวลาอันยาวนานกว่า 2 ปีที่จำเป็นต้องใช้ ไม่อาจจะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับรัฐบาล เนื่องจากกระแสการถูกกดดันและถูกการเร่งรัดให้เริ่มดำเนินโครงการให้เสร็จในระยะเวลาอันสั้นเพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางการเมืองที่พรรคฝ่ายค้านและภาคประชาชนกำลังจับจ้องอย่างใกล้ชิด รัฐบาลจึงประกาศเริ่มโครงการนำร่องระยะที่ 1 ใน 6 จังหวัด ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา ในเดือนเมษายน พ.ศ.2544 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีโครงการศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอยู่ก่อนแล้ว โครงการนำร่องระยะที่ 2 ได้ถูกเร่ง

รื้อให้ดำเนินการเพิ่มเติมตามมาอีกในพื้นที่ 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน 2544 ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ สุโขทัยแพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส โดยมีสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมในโครงการ จากนั้นในเดือนตุลาคมปีเดียวกัน รัฐบาลก็ได้ขยายโครงการออกไปจนครอบคลุมทุกจังหวัดที่เหลือรวมถึงเขตกรุงเทพมหานคร ยกเว้นเฉพาะพื้นที่ที่เป็นเขตเมืองชั้นในที่เพิ่งจะขยายจนครบในเดือนเมษายน 2545 ที่ผ่านมา

“โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นชื่อที่ใช้เรียกเต็ม ๆ อย่างเป็นทางการตามนโยบายของรัฐบาล จึงมีกลุ่มเป้าหมายมุ่งไปที่ประชาชนที่อยู่นอกระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยรัฐบาลได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำในฝ่ายปฏิบัติการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นสำนักงานประสานงาน รับผิดชอบการบริหารและการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งนี้ คณะกรรมการ ฯ ได้กำหนดหลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีสิทธิในการเลือก ขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ ใกล้บ้าน/ที่ทำงาน
3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้บริการต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation)
4. ระบบประกันสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรกให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น
5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network)
6. ระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น กล

ไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็น การจ่ายเงินแบบมุ่งเน้น ผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

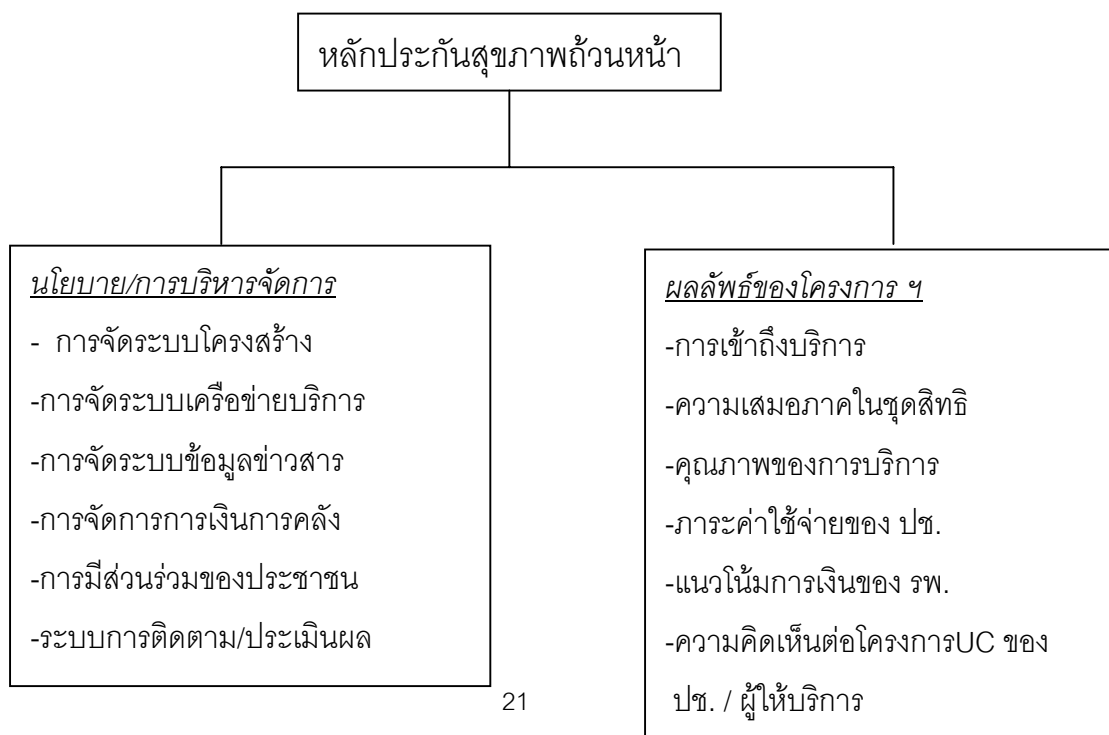
7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้ บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ถึงแม้ว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของคนไทยทุกคน แต่ การที่ฝ่ายการเมืองและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องเร่งขยายโครงการ ออกไปอย่างรวดเร็วจนสามารถครอบคลุมประชากรทั้งประเทศในระยะอันสั้นเพียงแค่ 1 ปี ทั้งที่ยัง ขาดความพร้อมในเรื่องระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นเพื่อติดตามผลการให้บริการสุขภาพของแต่ละสถานบริการ การสร้าง ความเข้าใจในแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางการบริหารจัดการโครงการฯ ร่วมกับผู้บริหารและปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับ การเตรียมความพร้อมและ สร้างความเข้าใจในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพภายในพื้นที่ การวางระบบการเงิน การคลังและระบบบัญชีมาตรฐานเพื่อจะสะท้อนถึงต้นทุนในการดำเนินโครงการจริงและภาระค่า ใช้จ่ายที่รัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณลงไปอย่างเพียงพอที่จะช่วยให้การขยายหลักประกันสุข ภาพถ้วนหน้า เป็นไปได้ภายใต้การควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน และมีความเป็นธรรม เป็นต้น ด้วย เหตุนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการสร้างองค์ความรู้โดย ใช้หลักวิชาการ และมีหน้าที่ที่จะต้องให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การติดตาม ตรวจสอบ และ ประเมินนโยบายและโครงการด้านสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาระบบสุขภาพของ ประเทศ จึงได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นหน่วยงานที่ทำ หน้าที่ในการติดตามและประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะการเปลี่ยนผ่านใน ครั้งนี้ ซึ่งถือเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการพัฒนาระบบการติดตามและประเมิน ผลที่ดี การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในการติดตามและประเมินผลโครงการฯ อย่าง ใกล้ชิดเพื่อให้ทราบถึงผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อระบบสุขภาพ จะใช้เป็นข้อมูลป้อน กลับไปสู่รัฐบาล นักการเมือง ผู้บริหารในแต่ละระดับ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน และประชาชนผู้เป็น เจ้าของภาษี เพื่อพัฒนาและก้าวเดินไปในทิศทางของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ บรรลุตามหลักการสำคัญ 7 ข้อที่ได้กล่าวไปแล้ว เพื่อให้ได้ระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพของ ประเทศที่มีความยั่งยืน มีคุณภาพ มาตรฐาน และเป็นธรรมสำหรับคนไทยทุกคนอย่างภาคภูมิใจ ร่วมกัน

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อศึกษา :-

1. นโยบายและการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดน่าน และ เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการโครงการ ฯ ของแต่ละจังหวัดในด้าน :-
 - การจัดระบบโครงสร้างการบริหารงานเพื่อรองรับโครงการ ฯ ในระดับจังหวัดและอำเภอ
 - การจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและชนบท
 - การจัดระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อรองรับโครงการ ฯ
 - การบริหารจัดการการเงินการคลัง ภายใต้โครงการ ฯ
 - การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการโครงการ ฯ
 - การติดตามและประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยจังหวัด
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล
4. คุณภาพของบริการสุขภาพที่ผู้รับบริการได้รับจากสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายบริการ
5. การเปลี่ยนแปลงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
6. แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการทุกระดับก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ฯ
7. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนและผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอบความคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

1. เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดย
 - 1.1 การสำรวจชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์
 - 1.2 การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในสถานบริการเครือข่าย ทุกระดับ
 - 1.3 การสัมภาษณ์รายบุคคล และการสนทนากลุ่ม ผู้บริหาร โครงการ ฯ ในระดับจังหวัดและอำเภอ
 - 1.4 การศึกษาจากเอกสาร/รายงานการประชุม ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ฯ ของจังหวัด/อำเภอ
 - 1.5 การศึกษาจากรายงานทางสถิติของผู้มารับบริการในสถานบริการเครือข่าย
2. ประชากรที่ศึกษา
 - 2.1 สมาชิกครัวเรือนในชุมชนที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง
 - 2.2 ผู้บริการ ณ. สถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐ/เอกชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 2.3 ผู้บริหารโครงการ ฯ ระดับจังหวัด และอำเภอ
 - 2.4 ผู้ให้บริการในสถานบริการเครือข่าย
3. พื้นที่ที่ทำการศึกษา คัดเลือกจากจังหวัดเฉพาะที่เข้าร่วมโครงการนำร่องระยะที่ 1 และ 2
 - 3.1 ภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่
 - 3.2 ภาคกลาง ได้แก่ สระบุรี ปทุมธานี
 - 3.3 ภาคตะวันออก/เฉียงเหนือ ได้แก่ นครราชสีมา หนองบัวลำภู
 - 3.4 ภาคใต้ ได้แก่ ยะลา นราธิวาส

ระยะเวลาศึกษา ครั้งที่ 1

- ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2544 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ.2545

งบประมาณในการวิจัย

งบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และองค์การอนามัยโลก (WHO)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์/แบบบันทึกข้อมูล 12 ชนิด

1. แบบสัมภาษณ์ครัวเรือน/ประชาชน : ลักษณะประชากรและสังคม ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ และการใช้สิทธิหลักประกัน ข้อมูลความเจ็บป่วยและการใช้บริการ ความพึงพอใจในการใช้บริการ และภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล ฯลฯ

2. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อบริการของสถานพยาบาล ผู้ป่วยนอก
3. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อบริการของสถานพยาบาล ผู้ป่วยใน
4. แบบบันทึกข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเฉียบพลัน (โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เฉียบพลัน)
5. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน): คุณภาพการรักษา (การเปลี่ยนแปลงชนิด ขนาด ความถี่และปริมาณยา ก่อน เทียบกับ หลังใช้โครงการฯ)
6. แบบบันทึกการเข้าถึงการรับผ่าตัด Elective (ระยะเวลารอการผ่าตัด) สำหรับโรค 3 ตัวอย่างที่ พบบ่อยเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ Myoma Uteri Kidney Calculi Inguinal Hernia
7. แบบศึกษารายการข้อมูล/เอกสารของหน่วยประกันสุขภาพจังหวัด : รายงานการประชุม คำสั่ง แต่งตั้งกก. คู่มือการดำเนินงานโครงการฯ ระบบการลงทะเบียนบัตรทอง ระบบเวชระเบียน ระบบบริการ การจัดการบุคลากร ชุมลิตพิพื้นฐาน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) บัญชียา และแบบฟอร์มรายงานที่เกี่ยวข้องทุกชนิด ฯลฯ
8. แบบบันทึกข้อมูลการเงินการคลัง ของสถานพยาบาลในพื้นที่ศึกษา (11 รง 5)
9. แบบบันทึกสถิติผู้ป่วยของสถานบริการในพื้นที่ศึกษาจำแนกตามสถิติ (ในเดือน มิ.ย. - ส.ค. เปรียบเทียบระหว่างปี 43 และ 44)
10. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการ (ระดับจังหวัดและอำเภอ)
11. แนวสันทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้ให้บริการตามโครงการฯ
12. แบบสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กรชุมชน/ผู้ทรงคุณวุฒิ/ประชาคมที่เป็นกรรมการโครงการ

คณะนักวิจัยผู้รับผิดชอบโครงการ

เครือข่าย สวรส. ในพื้นที่ 4 ภาค

ภาคเหนือ

- | | |
|--|---------------------|
| 1. รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | หัวหน้าทีมวิจัย |
| | และผู้ประสานงานกลาง |
| 2. ผศ.พญ.รัตนา พันธุ์พานิช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | นักวิจัยร่วม |
| 3. ผศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | นักวิจัยร่วม |
| 4. อาจารย์เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | นักวิจัยร่วม |
| 5. ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด เชียงใหม่และแพร่ | นักวิจัยร่วม |

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- | | | |
|---|--------------------|-----------------|
| 1. ผศ.วงศา เลาหศิริวงศ์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | หัวหน้าทีมวิจัย |
| 2. ผศ.ภัทระ แสงไชยสุริยา | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | นักวิจัยร่วม |
| 3. ผศ.พญ.กาญจนา จันทร์สูง | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | นักวิจัยร่วม |
| 4. รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนียม | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | นักวิจัยร่วม |
| 5. ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดนครราชสีมาและหนองบัวลำภู | | นักวิจัยร่วม |

ภาคกลาง

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------|
| 1. รศ. ดร. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | หัวหน้าทีมวิจัย |
| 2. รศ.ดร.วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | นักวิจัยร่วม |
| 3. ผศ.รตอ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | นักวิจัยร่วม |
| 4. นพ.พิรวัส ประดิษฐ์วณิช | โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา | นักวิจัยร่วม |
| 5. ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสระบุรีและปทุมธานี | | นักวิจัยร่วม |

ภาคใต้

- | | | |
|--|--------------------------|-----------------|
| 1. ผศ.นพ.กมลพรชุณย์ ตย์คานนท์ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | หัวหน้าทีมวิจัย |
| 2. ผศ.วิภาดา พุทธิกิตติ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | นักวิจัยร่วม |
| 3. ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดยะลาและนราธิวาส | | นักวิจัยร่วม |

คณะที่ปรึกษาโครงการ ฯ

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ | กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. ผศ.ดร.พิมลพรรณ อิศรภักดี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.นพ.ปรีดา ทัศนประดิษฐ์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
-

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการสำรวจพฤติกรรมแสวงหา การรักษาพยาบาล : การสำรวจครัวเรือน 8 จังหวัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประมาณการมีหลักประกันด้านสุขภาพของคนไทยหลังจากเริ่มดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพ: 30 บาทรักษาทุกโรค ประมาณ 6 เดือน
2. เพื่อบรรยายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อสถานบริการสาธารณสุข
4. เพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน
5. เพื่อประเมินข้อคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

วิธีการศึกษา

พื้นที่ศึกษา

จังหวัดในโครงการนำร่องโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดสระบุรี เขตภาคกลาง จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดแพร่ เขตภาคเหนือ จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดหนองบัวลำภู เขตภาคอีสาน และ จังหวัดยะลาและจังหวัดนราธิวาส เขตภาคใต้ โดยจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดยะลา เป็นจังหวัดที่ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพฯ นำร่องกลุ่มที่ 1 (เริ่มดำเนินการเดือน เมษายน 2544) ส่วนจังหวัดที่เหลือเป็นจังหวัดโครงการฯ นำร่องกลุ่มที่ 2 (เริ่มดำเนินการเดือน มิถุนายน 2544)

ประชากรศึกษา

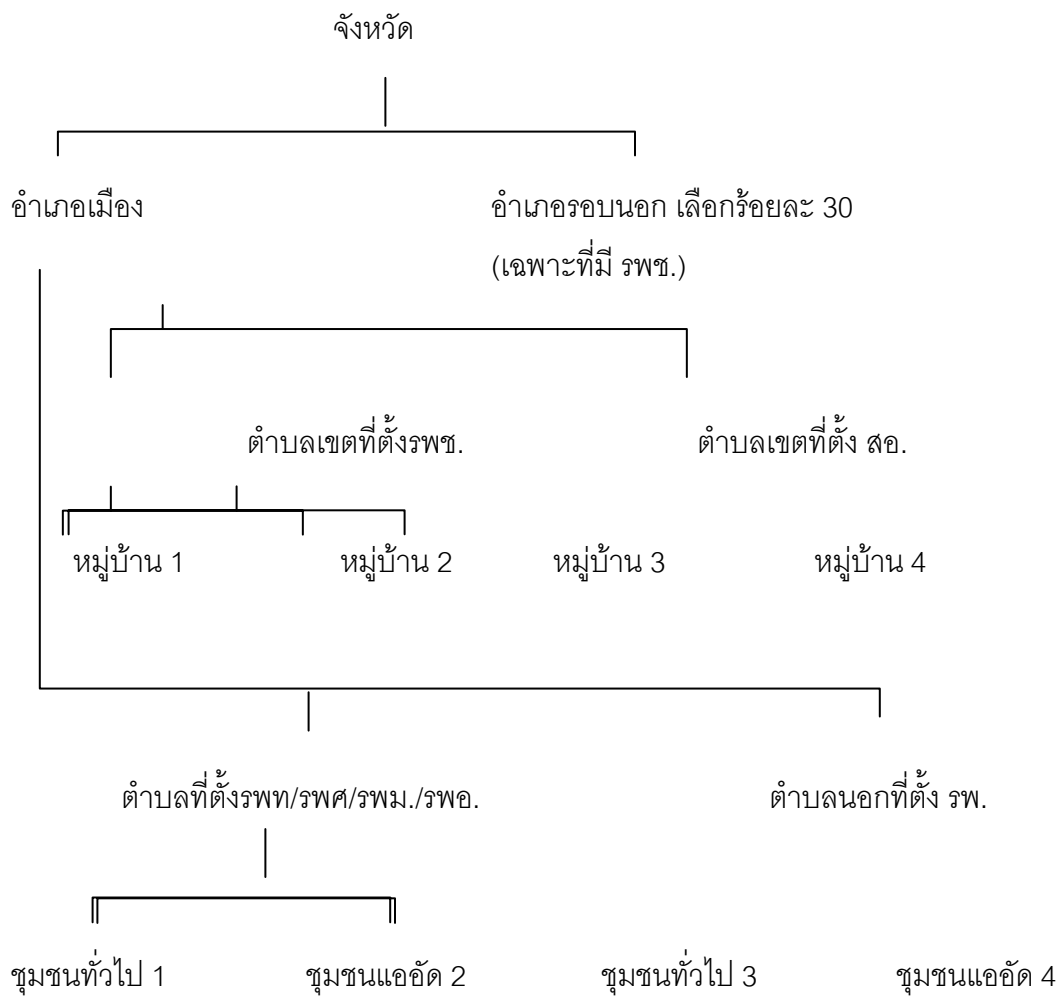
สมาชิกทุกคนในครัวเรือนตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

ครัวเรือนตัวอย่างถูกสุ่มแบบหลายชั้นภูมิ (multi-stage stratified sampling) (รูปที่ 1) โดยในแต่ละจังหวัดเลือกอำเภอเมือง และสุ่มเลือกอำเภอรอบนอกที่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ อีกร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัดแต่น้อยกว่า 3 อำเภอ ในแต่ละอำเภอเลือกตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล และสุ่มตำบลรอบนอกที่เหลืออีก 1 ตำบล ในแต่ละตำบลเลือกหมู่บ้านที่เป็นเขตที่ตั้งโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย 1 หมู่บ้าน และสุ่มหมู่บ้านที่เหลืออีก 1 หมู่บ้าน และในแต่ละหมู่บ้านสุ่มเลือกครัวเรือน

ตัวอย่างมาร้อยละ 30 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด แต่ไม่น้อยกว่า 30 ครัวเรือน การสุ่มครัวเรือนตัวอย่างใช้การสุ่มแบบ systematic random sampling กล่าวคือ สุ่มลำดับครัวเรือนที่จะเก็บข้อมูลก่อน (สุ่มเลือกจากเลข 1-3) หลังจากเก็บข้อมูลครัวเรือนแรกที่สุ่มเลือกได้แล้ว ลำดับต่อไปจะเก็บข้อมูลครัวเรือนที่ตั้งอยู่ถัดไปโดยเว้นสองหลังคาเรือน สุ่มครัวเรือนตัวอย่างจนกระทั่งครบร้อยละ 30 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด แต่ไม่น้อยกว่า 30 ครัวเรือน สำหรับครัวเรือนที่ไม่อยู่บ้านหากไม่สามารถตามมาเก็บในภายหลังได้ ก็เลือกครัวเรือนที่อยู่ติดกันแทน

สำหรับครัวเรือนตัวอย่างในเขตพื้นที่อำเภอเมือง ดำเนินการสุ่มโดยสุ่มเลือกชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นโรงพยาบาลตัวอย่างศึกษา มา 4 ชุมชน ต่อ โรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มเป็นชุมชนในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล 2 ชุมชน และ ชุมชนนอกเขตที่ตั้งโรงพยาบาล 2 ชุมชน ในแต่ละกลุ่มให้สุ่มเลือกเป็นชุมชนทั่วไป และชุมชนจัดตั้ง (ชุมชนแออัด) ส่วนการสุ่มตัวอย่างครัวเรือนศึกษาก็ทำเช่นเดียวกันกับอำเภอรอบนอก



ในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชน สุ่มเลือกครัวเรือนมาร้อยละ 30 แต่ไม่น้อยกว่า 30 ครัวเรือน

สอ. สถานีอนามัย

รพช. โรงพยาบาลชุมชน

รพท. โรงพยาบาลทั่วไป

รพศ. โรงพยาบาลศูนย์

รพม. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

รพอ. โรงพยาบาลเอกชน

รูปที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มเลือกครัวเรือนตัวอย่าง

วิธีการเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือ สมาชิกครัวเรือนที่ตกเป็น ครัวเรือนตัวอย่าง พนักงานสัมภาษณ์เป็นบุคคลภายนอกที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่นได้ (นักศึกษา หรือ เจ้าหน้าที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในท้องถิ่นนั้น) ทั้งนี้ก่อนเริ่มการ เก็บข้อมูล พนักงานสัมภาษณ์ได้รับการอบรมชี้แจงแบบสัมภาษณ์ระดับครัวเรือน (UC01) ในระหว่าง การเก็บข้อมูล เมื่อเก็บข้อมูลแล้วเสร็จในแต่ละวันหัวหน้ากลุ่มจะทำการตรวจสอบความครบถ้วนและ ถูกต้องของข้อมูล

การบันทึกข้อมูล

ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดจะถูกให้รหัส และบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info version 6.04D และทำการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยใช้โปรแกรมย่อย validate ในชุด โปรแกรม Epi Info เพิ่มข้อมูลที่บันทึกข้อมูลในแต่ละภูมิภาค จะถูกส่งโดยทาง e-mail มายังส่วน ประมวลผลข้อมูลกลาง ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น และทำการประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Epi Info เช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ (interval scale) จะประมวลผลและแสดงผลการวิเคราะห์เป็น ค่าเฉลี่ย ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ามัธยฐาน และ พิสัย (Q1-Q3) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ (nominal หรือ ordinal scale) จะถูกประมวลและแสดงผลเป็นร้อยละ หรือ สัดส่วน ตามความเหมาะสม

ผลการศึกษา

ลักษณะครัวเรือนและประชากรศึกษา

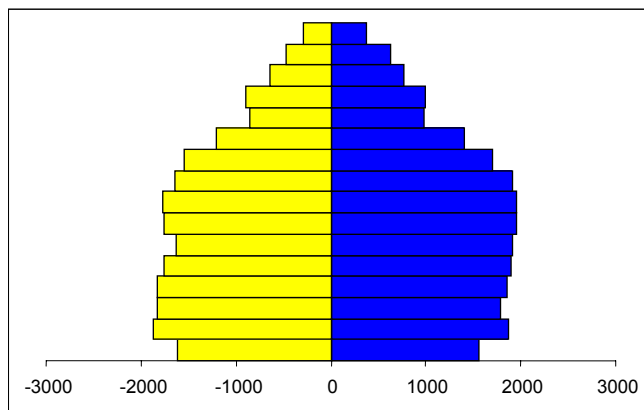
จากครัวเรือนที่เก็บข้อมูลทั้งหมด พบว่า กลุ่มประชากรศึกษามีสัดส่วนประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 52.2 และ ร้อยละ 47.8 ตามลำดับ โดยพบลักษณะเดียวกันนี้ในทุกภาค โดยภาคกลางมีสัดส่วนร้อยละของเพศหญิงสูงที่สุด คือ ร้อยละ 53.2 และต่ำที่สุดในภาคอีสาน คือ ร้อยละ 51.4 (ตารางที่ 1 และรูปที่ 2) และเมื่อพิจารณาการกระจายของประชากรจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15-60 ปี) (ร้อยละ 65.5) โดยภาคใต้เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงานน้อยที่สุด (ร้อยละ 59.9) และสูงที่สุดในภาคกลาง (ร้อยละ 67.9) และเมื่อดูในกลุ่มประชากรพึ่งพิงพบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ(60+ปี) สูงที่สุด (ร้อยละ 14.1) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 8.4) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนประชากรเด็ก (อายุ 0-14 ปี) พบว่า ภาคใต้มีสัดส่วนสูงที่สุด คือ ร้อยละ 31.7 ในขณะที่ภาคเหนือมีสัดส่วนประชากรเด็กอายุ 0-14 ปี ต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 18.6 และเมื่อนำมาคิดเป็นสัดส่วนประชากรพึ่งพิงพบว่า ภาคใต้มีสัดส่วนประชากรพึ่งพิงสูงที่สุด คือ ร้อยละ 40.1 ในขณะที่ภาคกลางมีสัดส่วนประชากรพึ่งพิงต่ำที่สุดในภาคกลาง คือ ร้อยละ 32.1

ลักษณะของประชากรศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ ร้อยละ 62.0 (ตารางที่ 2) กำลังเรียนหรือจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 54.7) มีเพียงร้อยละ 7.3 เท่านั้นที่กำลังเรียนหรือจบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ในขณะที่เดียวกันในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 5 ปี พบว่า ร้อยละ 6.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือ เรียนไม่จบระดับประถมศึกษา ในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน อายุระหว่าง 15-60 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 22.7) รองลงมาเป็น รับจ้างรายวัน (ร้อยละ 17.8) และค้าขาย/ธุรกิจ (ร้อยละ 16.4) นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มผู้ไม่มีงานทำหรือไม่มีงานประจำ มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 18.8

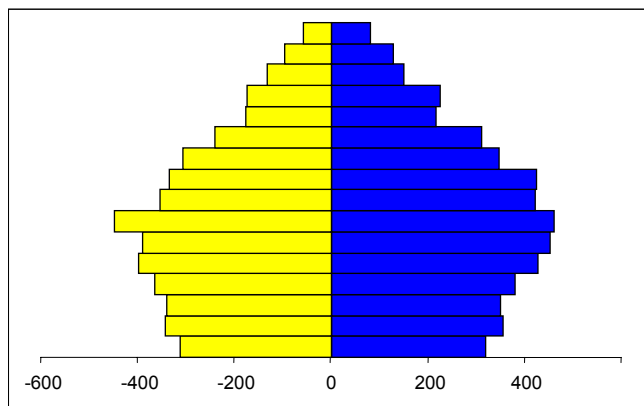
ตารางที่ 1 การกระจายกลุ่มอายุ และสัดส่วนการพึ่งพิง (dependency ratio) จำแนกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	เพศ		กลุ่มอายุ (ปี)			รวม	สัดส่วนการพึ่งพิง
	ชาย	หญิง	0-14	15-59	60+		
ภาคกลาง	4,455 (46.8)	5,069 (53.2)	2,020 (21.1)	6,461 (67.9)	1,043 (11.0)	9,524 (100)	47.41
ภาคเหนือ	6,886 (47.7)	7,543 (52.3)	2,679 (18.6)	9,715 (67.3)	2,035 (14.1)	14,429 (100)	48.52
ภาคอีสาน	6,122 (48.6)	6,473 (51.4)	3,096 (24.5)	8,227 (65.3)	1,272 (10.2)	12,595 (100)	53.09
ภาคใต้	4,177 (48.1)	4,515 (51.9)	2,748 (31.7)	5,213 (59.9)	731 (8.4)	8,692 (100)	66.74
รวม	21,640 (47.8)	23,600 (52.2)	10,543 (23.3)	29,616 (65.5)	5,081 (11.2)	45,240 (100)	52.76

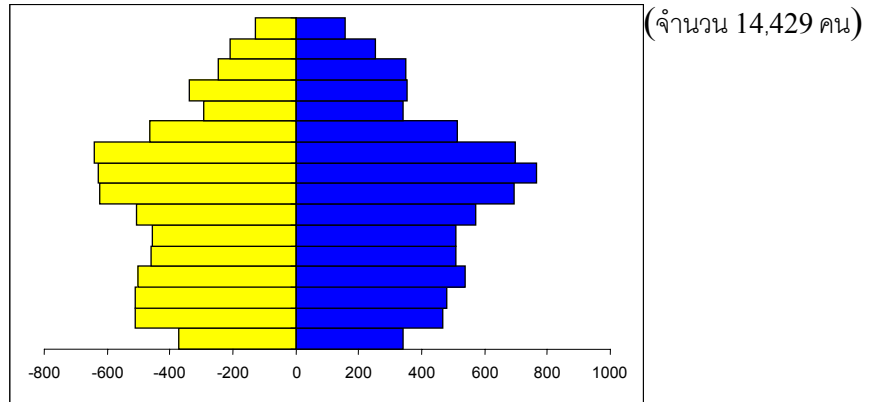
สัดส่วนการพึ่งพิง = [(กลุ่มอายุ 0-14 ปี + กลุ่มอายุ 60+ปี)/กลุ่มอายุ 15-59 ปี] x 100



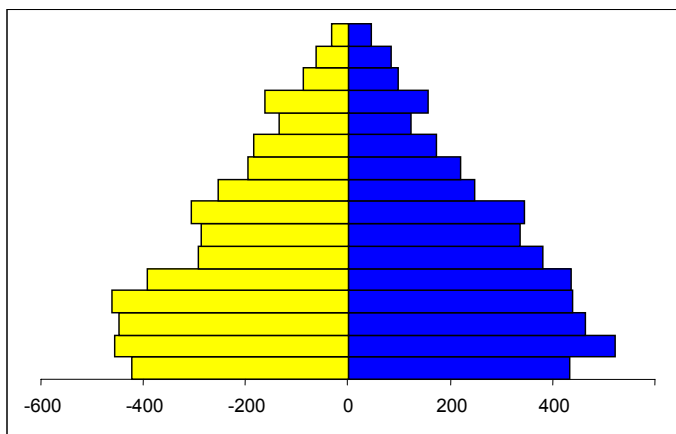
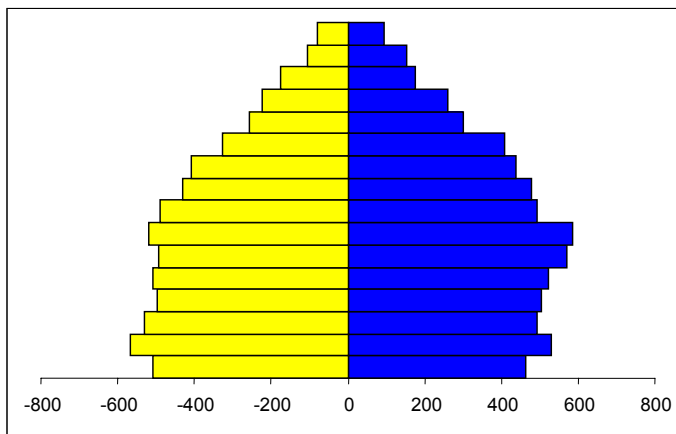
ก.ประชากรรวม (จำนวน 45,240 คน)



ข.ประชากรภาคกลาง (จำนวน 9,524 คน)



รูปที่ 2 พีรามิดประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและอายุ (■ เพศชาย ■ เพศหญิง)



รูปที่ 2 (ต่อ) พีรามิดประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและอายุ (■ เพศชาย ■ เพศหญิง)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะกลุ่มประชากรศึกษาจำแนกตามสถานภาพสมรส, สถานภาพการศึกษา และสถานภาพการทำงาน

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส (เฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่า 14 ปี)		
โสด	9,939	28.2
สมรส/คู่	21,887	62.0
หม้าย	2,595	7.4
หย่า	513	1.4
แยก	312	0.9
ไม่ทราบ	33	0.1
รวม	35,279	100
สถานภาพการศึกษา (เฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่า 5 ปี)		
ไม่ได้เรียน	2,568	6.1
จบ/เรียนชั้นประถมศึกษา	22,844	54.7
จบ/เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	5,910	14.1
จบ/เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอน	4,213	10.1
ปลาย		
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3,014	7.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3,042	7.3
ไม่ระบุ	206	0.5
รวม	41,797	100
สถานภาพการทำงาน (เฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่า 14 ปี และ น้อยกว่า 60 ปี)		
ไม่มีงาน	6,603	18.8
นักเรียน/นักศึกษา	3,273	9.3
เกษตรกรรม	7,945	22.7
รับจ้างรายวัน	6,258	17.8
ลูกจ้างภาคเอกชน	2,626	7.5
ค้าขาย/ธุรกิจ	5,736	16.4
ข้าราชการ	1,913	5.5
พณ.รัฐวิสาหกิจ	266	0.8
ข้าราชการการเมือง	167	0.5
ไม่ระบุ	283	0.8
รวม	35,070	100

สถานภาพการคงอยู่ในครัวเรือน

จากการสำรวจสถานภาพการคงอยู่ในครัวเรือนพบว่า มีประชากรที่ไม่ได้แจ้งย้ายเข้าหรือย้ายออกถึงร้อยละ 16 โดยเป็นกลุ่มที่มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่อยู่น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 9.2 และ กลุ่มที่ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านแต่อยู่จริงนานกว่า 6 เดือน ร้อยละ 6.8 และเมื่อจำแนกเป็นรายภาค พบว่า ภาคอีสานมีกลุ่มที่ไปทำงานหรืออาศัยอยู่ต่างถิ่นโดยไม่แจ้งย้ายสูงถึง ร้อยละ 16.2 ในขณะที่ ภาคกลางมีกลุ่มที่เข้ามาอาศัยอยู่โดยไม่แจ้งย้ายเข้าสูงที่สุด ถึง ร้อยละ 11.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สถานภาพการคงอยู่ในครัวเรือน (จำนวน 50,514 คน)

สถานภาพการคงอยู่ ในครัวเรือน	รวม (ร้อยละ)	ภาคกลาง (ร้อยละ)	ภาคเหนือ (ร้อย ละ)	ภาคอีสาน (ร้อยละ)	ภาคใต้ (ร้อยละ)
มีชื่อในทะเบียนและ อยู่จริง	42,434 (84.0)	8,531 (83.1)	13,827 (87.6)	11,899 (77.8)	8,177 (89.2)
มีชื่อในทะเบียน แต่ ไม่อยู่มากกว่า 6 เดือน	4,663 (9.2)	600 (5.8)	1,122 (7.1)	2,487 (16.2)	454 (5.0)
ไม่มีชื่อในทะเบียน แต่อยู่จริง	3,417 (6.8)	1,129 (11.0)	840 (5.3)	916 (6.0)	532 (5.8)
รวม	50,514 (100)	10,260 (100)	15,789 (100)	15,302 (100)	9,163 (100)

การมีหลักประกันสุขภาพ

จากการสำรวจพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.6) มีหลักประกันในการรักษาพยาบาล เมื่อจำเป็นต้องเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล โดยมีเพียงร้อยละ 2.7 เท่านั้นที่มีการชำระเงินของสิทธิ คือ ถือครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพมากกว่า 2 สิทธิ (ตารางที่ 4) ในขณะเดียวกันประชาชนร้อยละ 6.4 เป็นผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใด และเมื่อจำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภาคกลางมีสัดส่วนผู้ไม่มีหลักประกันสูงที่สุด คือ ร้อยละ 10.6 และภาคใต้ มีสัดส่วนผู้ไม่มีหลักประกันน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 4.0 นอกจากนี้ยังพบว่า ภาคใต้มีการชำระเงินของสิทธิน้อยที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 0.8) ในขณะที่การชำระเงินสิทธิพบสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 3.5) ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนักกับภาคกลาง (ร้อยละ 3.2)

เมื่อจำแนกการมีหลักประกันตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 0-12 ปี มีสัดส่วนของการไม่มีหลักประกันสุขภาพสูงสุด (ร้อยละ 9.1) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 13-19 ปี ในขณะที่กลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 60+ ปี (ร้อยละ 95.8) (ตารางที่ 5)

และเมื่อเปรียบเทียบการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มที่มีสถานภาพการคงอยู่ในครัวเรือนต่างๆ พบว่า ผู้ที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่อยู่อาศัยในครัวเรือนมากกว่า 6 เดือน เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพสูงสุด คือ ร้อยละ 22.6 และถึงแม้ในกลุ่มที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและอยู่ในครัวเรือนมากกว่า 6 เดือน ก็ยังพบว่า มีสัดส่วนของผู้ไม่มีหลักประกันถึงร้อยละ 4.7 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 สถานภาพการมีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามภูมิภาค

การมีหลักประกันสุขภาพ	รวม (ร้อยละ)	ภาคกลาง (ร้อยละ)	ภาคเหนือ (ร้อยละ)	ภาคอีสาน (ร้อยละ)	ภาคใต้ (ร้อยละ)
ไม่มีหลักประกัน	3,231 (6.4)	1,076 (10.6)	892 (5.6)	900 (6.0)	363 (4.0)
มี 1 สิทธิ	45,602 (90.9)	8,750 (86.2)	14,359 (90.9)	13,790 (91.3)	8,703 (95.2)
มี 2 สิทธิ หรือมากกว่า	1,341 (2.7)	327 (3.2)	538 (3.5)	407 (2.7)	69 (0.8)
รวม	50,174 (100)	10,153 (100)	15,789 (100)	15,097 (100)	9,135 (100)

ตารางที่ 5 การมีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

การมีหลักประกันสุขภาพ	รวม (ร้อยละ)	อายุ 0-12 ปี (ร้อยละ)	อายุ 13-19 ปี (ร้อยละ)	อายุ 20-59 ปี (ร้อยละ)	อายุ 60+ ปี (ร้อยละ)
ไม่มีหลักประกัน	3,200 (6.5)	1,230 (9.1)	337 (6.7)	1,393 (5.5)	240 (4.2)
มี 1 สิทธิ	45,000 (90.9)	12,101 (89.2)	4,597 (90.7)	23,014 (91.3)	5,288 (93.1)
มี 2 สิทธิ หรือมากกว่า	1,325 (2.6)	234 (1.7)	133 (2.6)	806 (3.2)	152 (2.7)
รวม	49,525 (100)	13,595 (100)	5,067 (100)	25,213 (100)	5,680 (100)

ตารางที่ 6 การมีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพการคงอยู่ในครัวเรือน

การมีหลักประกันสุขภาพ	รวม (ร้อยละ)	มีชื่อ/อยู่ (ร้อยละ)	มีชื่อ/ไม่อยู่ (ร้อยละ)	ไม่มีชื่อ/อยู่ (ร้อยละ)
ไม่มีหลักประกัน	3,229 (6.4)	2,006 (4.7)	457 (10.3)	766 (22.6)
มี 1 สิทธิ	45,592 (90.9)	39,157 (92.5)	3,871 (87.5)	2,564 (75.6)
มี 2 สิทธิหรือมากกว่า	1,341 (2.7)	1,181 (2.8)	97 (2.2)	63 (1.8)
รวม	50,162 (100)	42,344 (100)	4,425 (100)	3,393 (100)

กลุ่มผู้ไม่มีหลักประกัน ร้อยละ 44.0 ให้เหตุผลว่า เนื่องจากไม่สนใจ หรือ ไม่มีเวลา (ตารางที่ 7) และประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันให้เหตุผลว่า ไม่ทราบเรื่องหรือไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

การกระจายสิทธิที่ถือครองในหลักประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ถือครองสิทธิบัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 45.7) รองลงมาเป็น บัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์ (ร้อยละ 28.1) ส่วนการถือครองสิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม นั้นเป็นร้อยละ 9.1 และ ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ ส่วนการถือครองสิทธิประกันสุขภาพเอกชน หรือ สิทธิสวัสดิการจากนายจ้าง มีเพียงร้อยละ 1.3 (ตารางที่ 8) และเมื่อจำแนกรายภาคแล้วพบว่า สัดส่วนของประชาชนที่ถือบัตรทอง 30 บาท และประกันสังคมสูงที่สุดในภาคกลาง (ร้อยละ 49.2 และ ร้อยละ 10.4) ตามลำดับ ในขณะที่มีสัดส่วนการถือครองบัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์น้อยที่สุด ตรงกันข้ามภาคใต้มีสัดส่วนของการถือครองบัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์สูงที่สุด คือ ร้อยละ 39.1 แต่มีสัดส่วนของประกันสังคม และบัตรสุขภาพ น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 1.4 และ 1.8 ตามลำดับ ส่วนการถือครองสิทธิข้าราชการ นั้นพบสูงสุดในภาคเหนือ คือ ร้อยละ 11.7 ทั้งนี้ในภาคเหนือก็มีสัดส่วนการถือครองบัตรสุขภาพสูงที่สุดเช่นกัน คือ ร้อยละ 4.4

ตารางที่ 7 เหตุผลที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ (จำนวน 2,926 คน)

เหตุผลที่ไม่มีหลักประกัน	จำนวน(ร้อยละ)
ไม่สนใจ/ไม่มีเวลา	1,286 (44.0%)
ไม่มีชื่อในทะเบียน	531 (18.1%)
ไม่ทราบเรื่อง	524 (17.9%)
ข้าราชการการเมือง	467 (16.0%)
ไม่มีบัตรประชาชน	69 (2.4%)
อื่นๆ	49 (1.6%)

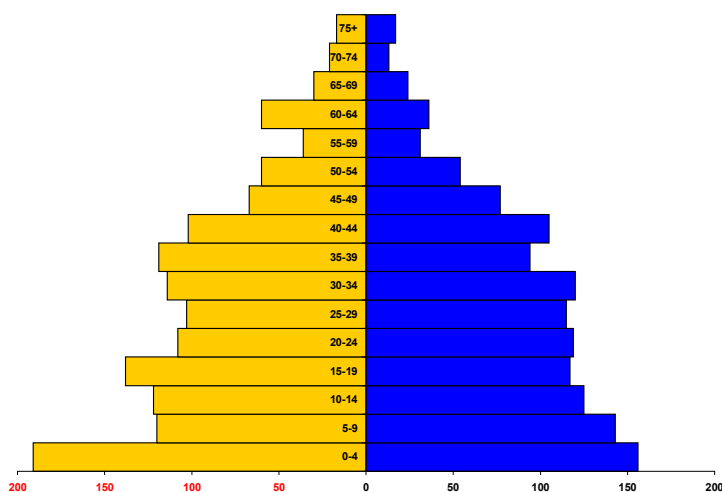
ตารางที่ 8 การกระจายสิทธิที่ถือครองในหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามภูมิภาค

การถือครองสิทธิ	รวม (ร้อยละ)	ภาคกลาง (ร้อยละ)	ภาคเหนือ (ร้อยละ)	ภาคอีสาน (ร้อยละ)	ภาคใต้ (ร้อยละ)
ไม่มีหลักประกัน	3,231 (6.4)	1,076 (10.6)	892 (5.6)	900 (5.9)	363 (4.0)
บัตรทอง 30 บาท	22,977 (45.7)	4,993 (49.2)	6,891 (43.6)	7,071 (46.7)	4,022 (44.0)
บัตรทองฟรี/บัตร สงเคราะห์	14,131 (28.1)	1,605 (15.8)	4,394 (27.8)	4,553 (30.0)	3,579 (39.1)
บัตรสุขภาพ	1,597 (3.2)	236 (2.3)	695 (4.4)	504 (3.3)	162 (1.8)

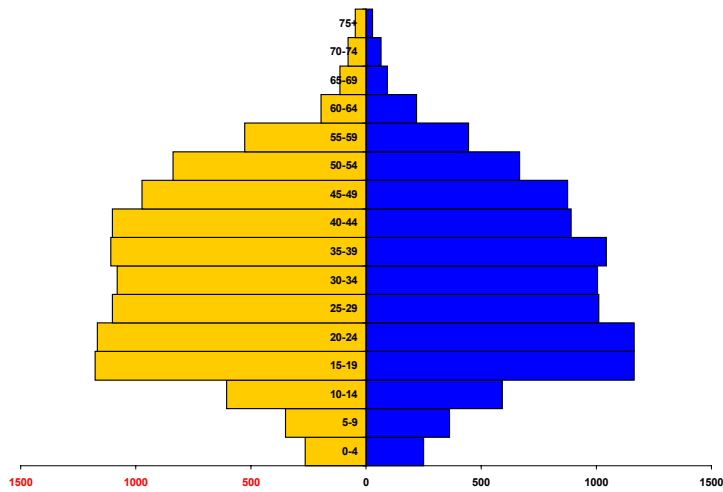
ประกันสังคม	2,671 (5.3)	1,058 (10.4)	702 (4.4)	782 (5.2)	129 (1.4)
ข้าราชการ	4,582 (9.1)	759 (7.5)	1,845 (11.7)	1,163 (7.7)	815 (8.9)
พณ.รัฐวิสาหกิจ	341 (0.7)	108 (1.1)	127 (0.8)	64 (0.4)	42 (0.5)
สวัสดิการนายจ้าง	280 (0.6)	156 (1.5)	92 (0.6)	22 (0.1)	10 (0.1)
ประกันเอกชน	364 (0.7)	162 (1.6)	151 (1.0)	38 (0.3)	13 (0.1)
ไม่ระบุ	74 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	58 (0.4)	16 (0.2)
รวม	50,248 (100)	10,153 (100)	15,789 (100)	15,155 (100)	9,151 (100)

เมื่อดูการกระจายของประชากรจำแนกตามเพศและอายุในกลุ่มผู้ถือครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพ พบว่า สัดส่วนของเด็ก (0-14 ปี) และผู้สูงอายุ (60+ ปี) สูงที่สุดในกลุ่มผู้มีบัตรทองฟรี (ร้อยละ 70) รองลงมาเป็นผู้ที่ไม่มีหลักประกัน (ร้อยละ 39.0) และผู้ถือครองสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 37.2) ตามลำดับ ในขณะที่พบน้อยที่สุดในกลุ่มผู้มีประกันสังคม (ร้อยละ 4.3) (รูปที่ 3 และ ตารางที่ 9) นอกจากนี้ ยังพบว่า ในกลุ่มผู้มีบัตรทอง 30 บาท ยังพบ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี และ ผู้ที่มีอายุ 60+ ปี จำนวนหนึ่ง ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ควรจะได้รับบัตรสงเคราะห์ (ร้อยละ 15.9: หมายถึง นับรวมเด็กอายุ 13-14 ปี)

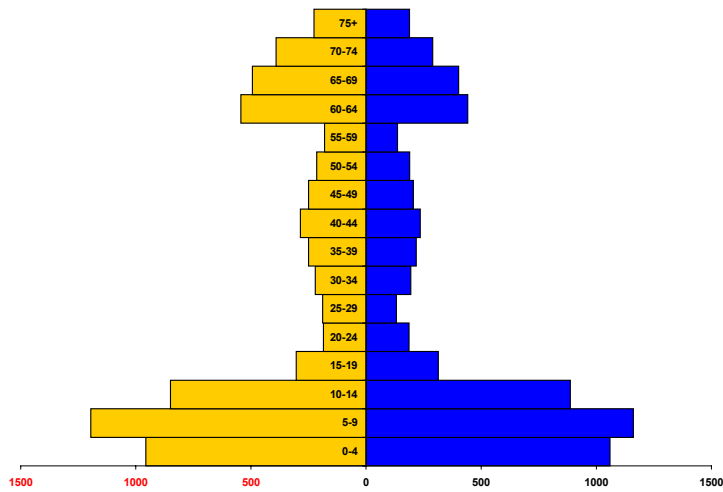
ในกลุ่มที่มีสิทธิซ้ำซ้อน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการซ้ำซ้อนระหว่างสิทธิบัตรทอง 30 บาท และ บัตรสุขภาพ (ร้อยละ 18.5) รองลงมาเป็น บัตรทอง 30 บาท และ บัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์ (ร้อยละ 17.8) และบัตรทอง 30 บาทและประกันสังคม (ร้อยละ 15.4) (ตารางที่ 10) นอกจากนี้ยังมีการซ้ำซ้อนกับสิทธิอื่นๆ เช่น บัตรสวัสดิการอื่นๆ และ สิทธิข้าราชการ เป็นต้น



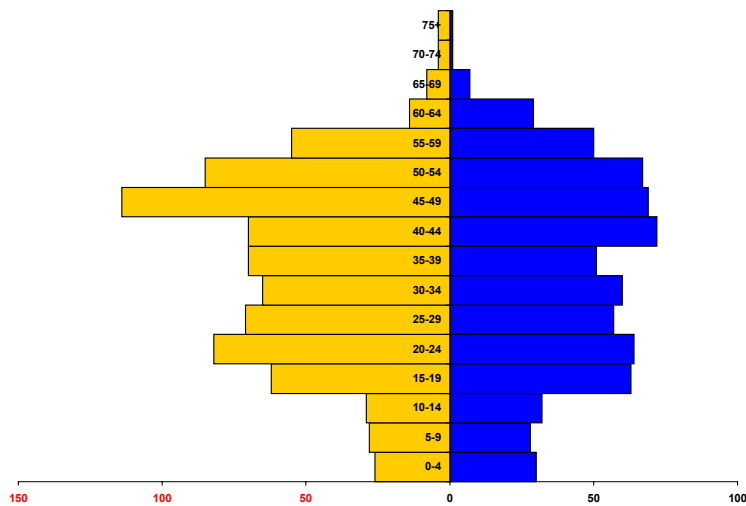
ก. กลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ



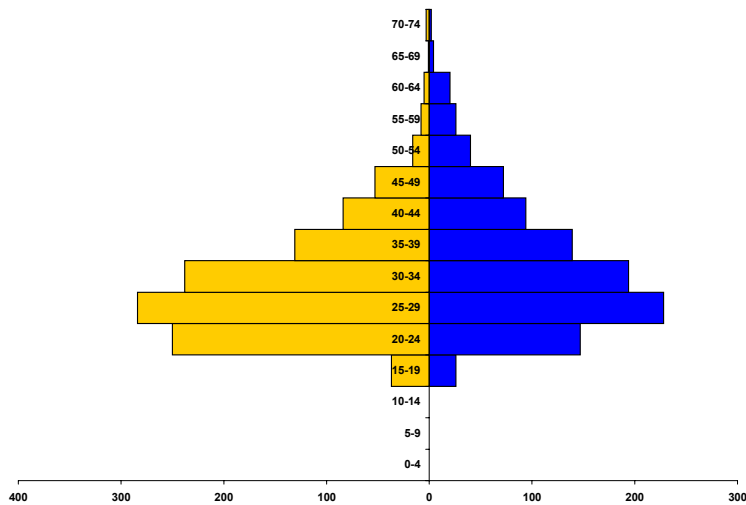
ข. กลุ่มผู้มีบัตรทอง 30 บาท



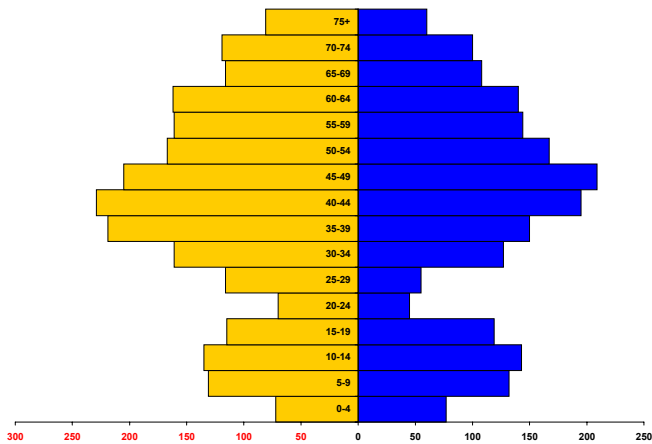
ค. กลุ่มผู้มีบัตรทองฟรี



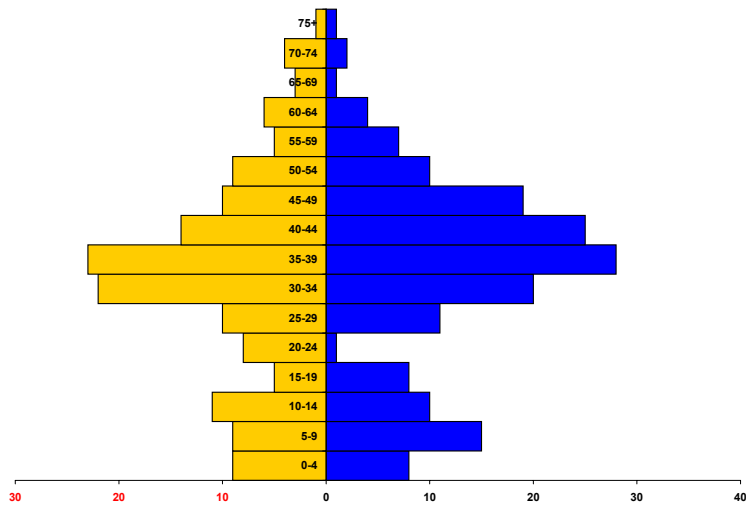
ง. กลุ่มผู้มีบัตรสุขภาพ



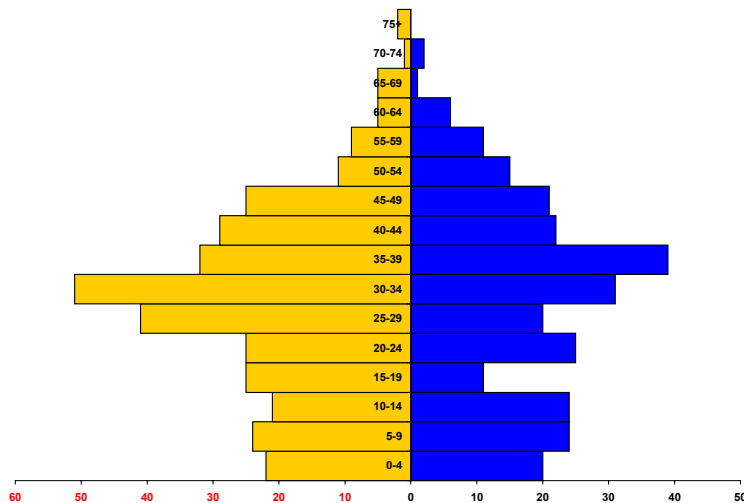
จ. กลุ่มผู้มีประกันสังคม



ฉ. กลุ่มผู้มีสิทธิเข้าราชการ



ช. กลุ่มผู้มีสิทธิพนักงานรัฐวิสาหกิจ



ข. กลุ่มผู้มีสวัสดิการนายจ้าง/
ประกันสุขภาพเอกชน

รูปที่ 3 ปริมาณแสดงการกระจายอายุจำแนกตามเพศในกลุ่มผู้ไม่มีและมีหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ

(■ เพศชาย ■ เพศหญิง)

ตารางที่ 9 การกระจายกลุ่มอายุจำแนกตามการมีหลักประกัน

หลักประกัน สุขภาพ	เพศ		กลุ่มอายุ (ปี)			รวม	สัดส่วนการ พึงพิง
	ชาย	หญิง	0-14	15-59	60+		
ผู้ไม่มีหลักประกัน	1,346 (48.9)	1,408 (51.1)	857 (31.1)	1,679 (61.0)	218 (7.9)	2,754 (100)	64.03
บัตรทอง30บาท	9,875 (47.9)	10,722 (52.1)	2,424 (11.8)	17,339 (84.2)	839 (4.1)	20,602 (100)	18.82
บัตรทองฟรี	6,237 (48.1)	6,733 (51.9)	6,107 (47.1)	3,887 (30.0)	2,976 (22.9)	12,970 (100)	233.68
บัตรสุขภาพ	681 (46.4)	787 (53.6)	173 (11.8)	1,227 (83.6)	68 (4.6)	1,468 (100)	19.64
ประกันสังคม	1,021 (47.2)	1,140 (52.8)	59 (2.7)	2,067 (95.7)	35 (1.6)	2,161 (100)	4.55
ข้าราชการ	1,971 (46.6)	2,259 (53.4)	690 (16.3)	2,654 (62.7)	886 (20.9)	4,230 (100)	59.38
พณ.รัฐวิสาหกิจ	170 (53.3)	149 (46.7)	62 (19.4)	235 (73.7)	22 (6.9)	319 (100)	35.74

ตารางที่ 10 การกระจายสิทธิในการรักษาด้านสุขภาพในกลุ่มที่ถือครองสิทธิสองสิทธิหรือมากกว่า
(จำนวน 1390 คน)

สิทธิที่ถือครอง	จำนวน (ร้อยละ)
บัตรทอง 30 และบัตรสุขภาพ	239 (18.5%)
บัตรทอง 30 และบัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์	230 (17.8%)
บัตรทอง 30 และ ประกันสังคม	199 (15.4%)
บัตรทอง 30 และ นายจ้าง/ประกันเอกชน	177 (13.7%)
บัตรทอง 30 และ ข้าราชการ	120 (9.3%)
บัตรฟรี และ ข้าราชการ	85 (5.9%)
บัตรฟรี และ บัตรสุขภาพ	76 (6.6%)

* บัตรฟรี : บัตรทองฟรี, บัตรสงเคราะห์ต่างๆ เช่น บัตรผู้สูงอายุ, บัตรนักเรียน เป็นต้น

สถานการณ์การเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 9.3) รองลงมาเป็นโรคเฉียบพลัน (ร้อยละ 7.0) และ ผู้ป่วยใน (ร้อยละ 3.1) ตามลำดับ (ตารางที่ 11) โดย เพศหญิงมีสัดส่วนการป่วยมากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มโรค โดยสูงที่สุดในกลุ่มโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 11.1) และเมื่อจำแนกเป็นรายภาค พบว่า ภาคกลางมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน และผู้ป่วยในสูงที่สุด คือ ร้อยละ 9.2 และ ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ ในขณะที่ภาคเหนือมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงที่สุด คือ ร้อยละ 11.7 อย่างไรก็ตาม พบว่า ภาคใต้มีสัดส่วนของผู้ป่วยน้อยที่สุดในทุกกลุ่มโรค และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยโรคเฉียบพลันสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 0-12 ปี เท่ากับกลุ่มอายุ 60 ปี คือ ร้อยละ 10.1 อย่างไรก็ตามพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 0-12 ปี ในขณะที่ สัดส่วนผู้ป่วยในและผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปี คือ ร้อยละ 6.0 และ 31.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุที่มีสัดส่วนการเจ็บป่วยน้อยในทุกกลุ่มโรค คือ กลุ่มอายุ 13-19 ปี และเมื่อจำแนกตามเขตการปกครอง พบว่า กลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอำเภออื่นๆที่ไม่ใช่อำเภอที่ตั้งของ จังหวัด มีสัดส่วนการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่น เล็กน้อย

ตารางที่ 11 การเจ็บป่วยประเภทต่างๆ จำแนกตามเพศ, ภูมิภาค, กลุ่มอายุ และเขตการปกครอง

ลักษณะ	โรคเฉียบพลัน (ร้อยละ)		ผู้ป่วยใน (ร้อยละ)		โรคเรื้อรัง (ร้อยละ)	
	ไม่ป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย	ป่วย
รวม	41,986 (93.0)	3,168 (7.0)	43,430 (96.9)	1,372 (3.1)	40,651 (90.7)	4,145 (9.3)
เพศ						
เพศชาย	20,262 (93.9)	1,311 (6.1)	20,768 (97.0)	638 (3.0)	19,844 (92.7)	1,553 (7.3)
เพศหญิง	21,724 (92.1)	1,857 (7.9)	22,662 (96.9)	734 (3.1)	20,807 (88.9)	2,592 (11.1)
ภูมิภาค						
ภาคกลาง	8,779 (90.8)	886 (9.2)	9,175 (96.1)	368 (3.9)	8,560 (89.6)	993 (10.4)
ภาคเหนือ	13,586 (92.6)	1,081 (7.4)	14,229 (97.0)	439 (3.0)	12,957 (88.3)	1,715 (11.7)
ภาคอีสาน	11,300 (93.2)	825 (6.8)	11,601 (96.8)	383 (3.2)	10,956 (91.6)	1,010 (8.4)
ภาคใต้	8,406 (95.7)	380 (4.3)	8,591 (97.9)	186 (2.1)	8,350 (95.1)	432 (4.9)
กลุ่มอายุ						
อายุ 0-12 ปี	8,207 (89.9)	919 (10.1)	8,838 (97.0)	274 (3.0)	8,971 (98.4)	147 (1.6)
อายุ 13-19 ปี	4,802 (96.2)	192 (3.8)	4,865 (97.9)	102 (2.1)	4,884 (98.3)	82 (1.7)
อายุ 20-59 ปี	23,434 (94.1)	1,463 (5.9)	24,060 (97.3)	659 (2.7)	22,601 (91.4)	2,119 (8.6)
อายุ 60+ ปี	5,021 (89.9)	564 (10.1)	5,202 (94.0)	332 (6.0)	3,780 (68.3)	1,752 (31.7)
เขตการปกครอง						
เทศบาลอำเภอเมือง	9,830 (93.4)	696 (6.6)	10,198 (97.2)	296 (2.8)	9,540 (91.0)	947 (9.0)
เทศบาลอำเภออื่นๆ	9,836 (92.5)	793 (7.5)	10,135 (96.8)	336 (3.2)	9,478 (90.5)	993 (9.5)

ชนบท	22,405 (93.0)	1,683 (7.0)	23,263 (96.9)	744 (3.1)	21,805 (90.8)	2,210 (9.2)
รวม	42,071 (93.0)	3,172 (7.0)	43,596 (96.9)	1,376 (3.1)	40,823 (90.8)	4,150 (9.2)

เมื่อพิจารณาการเจ็บป่วยจำแนกตามสิทธิในหลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า ผู้มีบัตรทองฟรี บัตรสุขภาพ และข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยในลำดับต้นๆ (ตารางที่ 12) โดยพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่มโรคเฉียบพลันสูงที่สุดใน ผู้มีสิทธิพนักงานรัฐวิสาหกิจ (90.9 ต่อ 1000 คน) รองลงมาเป็นบัตรทองฟรี (84.3 ต่อ 1000 คน) และบัตรสุขภาพ (81.4 ต่อ 1000 คน) ในกลุ่มผู้ป่วย สัดส่วนของการป่วยไม่แตกต่างกันมากนัก ยกเว้นกลุ่มผู้มีประกันสุขภาพเอกชนที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในสูง ที่สุด (65.9 ต่อ 1000 คน) ในทางกลับกัน กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนผู้ป่วย ในต่ำที่สุด (19.2 ต่อ 1000 คน) สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้มีสิทธิข้าราชการมีสัดส่วนผู้ป่วยโรค เรื้อรังสูงที่สุด (129 ต่อ 1000 คน) รองลงมาเป็นผู้มีบัตรสุขภาพ (120.2 ต่อ 1000 คน) และ ผู้มีบัตร ทองฟรี (106.8 ต่อ 1000 คน) ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่ำที่สุด (38.2 ต่อ 1000 คน)

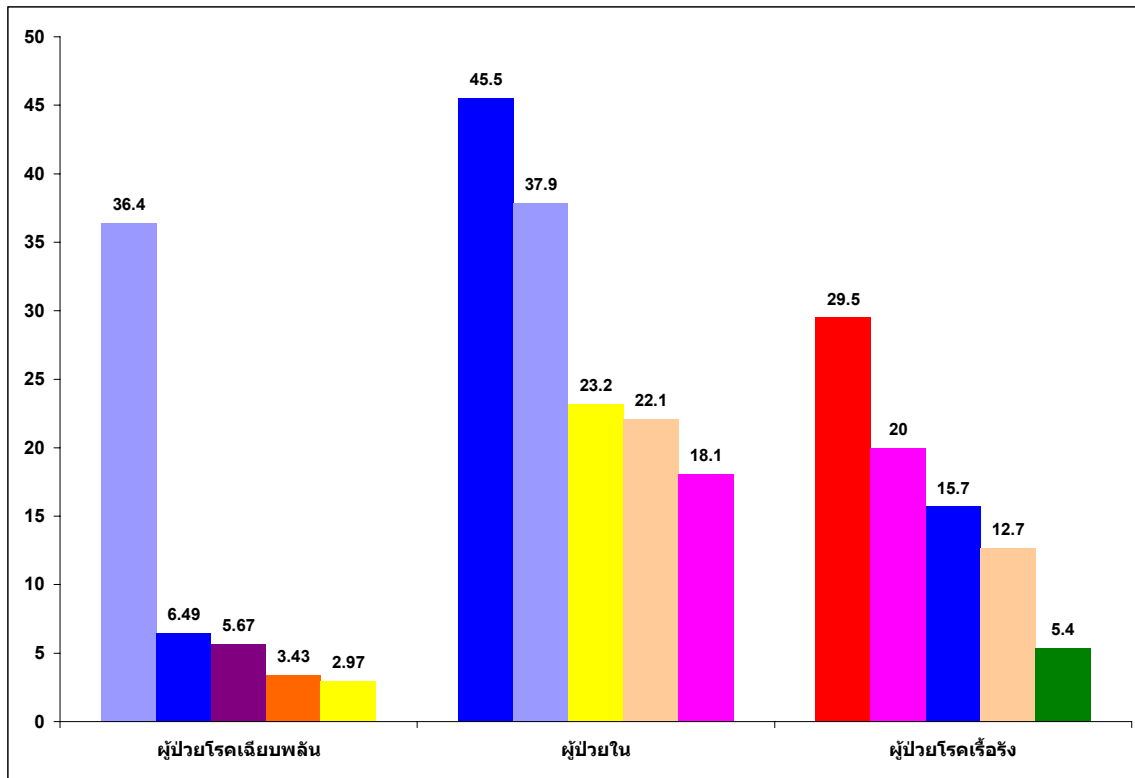
กลุ่มโรค

กลุ่มโรคเฉียบพลันที่พบสูงสุดในกลุ่มประชากรศึกษา คือ โรคระบบทางเดินหายใจ (36.4 คน ต่อ 1000 คน) รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร (6.49 ต่อ 1000 คน) ในขณะที่ประชาชนส่วน ใหญ่เข้านอนพักรับการรักษาในสถานพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร (455 ต่อ 100000 คน) รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ (379 ต่อ 100000 คน) อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคต่อมไทรอยด์ (29.5 ต่อ 1000 คน) รองลงมาเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (20.0 ต่อ 1000 คน) (รูปที่ 4)

ตารางที่ 12 อัตราป่วย (ต่อ 1000 คน) โรคเฉียบพลัน, โรคผู้ป่วยใน และโรคเรื้อรัง จำแนกตามสิทธิที่ถือครอง

หลักประกัน สุขภาพ	ประชากร รวม	โรคเฉียบพลัน		โรคผู้ป่วยใน		โรคเรื้อรัง	
		ผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วย	ผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วย	ผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วย
ไม่มีหลัก	3,230	191	59.1	62	19.2	141	43.7
บัตรทอง30บาท	22,975	1,185	51.6	488	21.2	1,249	54.4
บัตรทองฟรี	14,122	1,191	84.3	468	33.1	1,508	106.8
บัตรสุขภาพ	1,597	130	81.4	59	36.9	192	120.2
ประกันสังคม	2,671	111	41.6	61	22.8	102	38.2
ข้าราชการ	4,583	281	61.3	180	39.3	591	129
พณ.รัฐวิสาหกิจ	341	31	90.9	13	38.1	28	82.1
สวัสดิการนายจ้าง	280	17	60.7	11	39.3	20	71.4
ประกันเอกชน	364	25	68.7	24	65.9	24	65.9
รวม	50,163	3,162	63	1,366	27.2	3,855	76.8

รูปที่ 4 อัตราป่วยของกลุ่มโรค 5 อันดับแรกจำแนกตามชนิดการเจ็บป่วย: โรคเฉียบพลัน (คน ต่อ 1000 คน) โรคผู้ป่วยใน (คน ต่อ 10000 คน) และโรคเรื้อรัง (คน ต่อ 1000 คน)



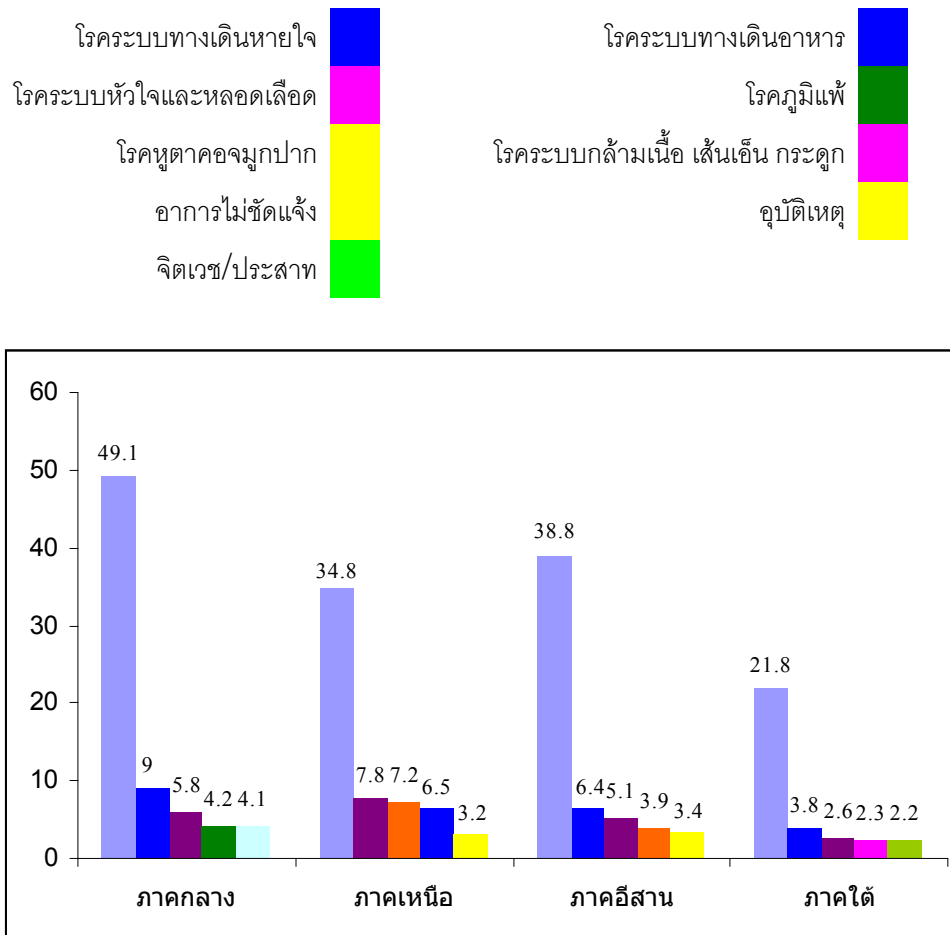
โรคระบบทางเดินหายใจ
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด
อาการไม่ชัดแจ้ง
โรคติดเชื้อ
โรคของต่อมไร้ท่อ

โรคระบบทางเดินอาหาร
โรคภูมิแพ้
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก
อุบัติเหตุ

โรคเฉียบพลัน (โรคที่เจ็บป่วยครั้งหลังสุดในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา)

เมื่อจำแนกรายภาคพบว่า โรคเฉียบพลันที่มีความถี่สูงสุดห้าอันดับแรกที่พบในทุกภาค คือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก (รูปที่ 5) ส่วนอีกสองโรคที่พบต่างกัน คือ อาการไม่ชัดแจ้ง และอุบัติเหตุ ซึ่งพบเฉพาะในภาคเหนือ และภาคอีสาน ส่วนโรคภูมิแพ้ และโรคระบบประสาท จิตเวช พบในภาคกลาง และโรคหูตาคอจมูก และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดพบในภาคใต้ โดยโรคเฉียบพลันที่พบมากที่สุดในทุกภาค คือ โรคระบบทางเดินหายใจ โดยพบอัตราสูงที่สุดในภาคกลาง (49.1 ต่อ 1000 คน) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (21.8 ต่อ 1000 คน) ในขณะที่โรคเฉียบพลันที่พบเป็นลำดับสองนั้นแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค คือ ภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ในขณะที่ภาคเหนือเป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูก

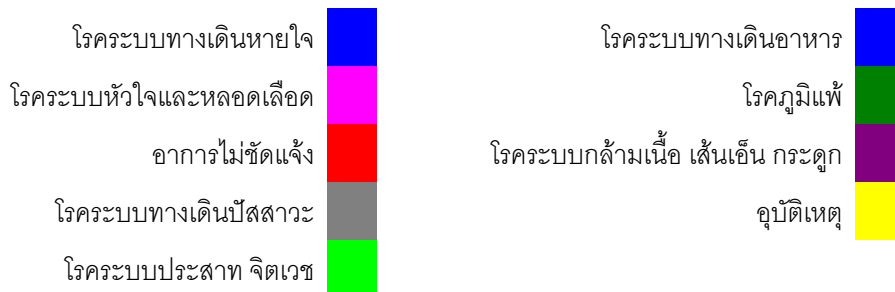
รูปที่ 5 อัตราป่วย (จำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งพันคน) 5 อันดับโรคที่พบบ่อยในการเจ็บป่วยรอบสองสัปดาห์ จำแนกตามภูมิภาค

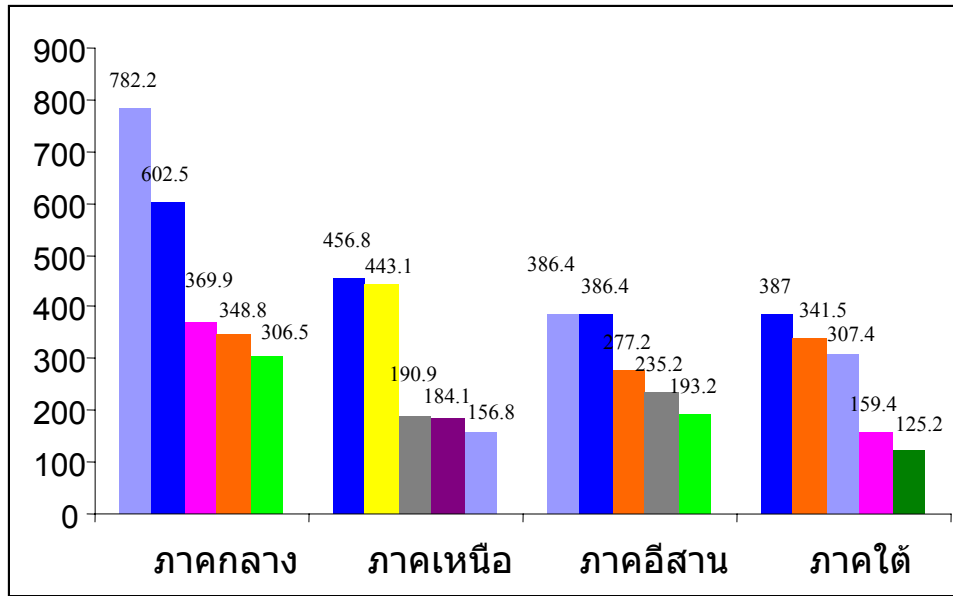


โรคที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในสถานพยาบาล

สำหรับโรคผู้ป่วยใน โรคที่พบห้าอันดับแรกในทุกภาค คือ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบทางเดินอาหาร (รูปที่ 6) โรคที่พบเฉพาะในภาคเหนือ คือ อุบัติเหตุ นอกจากนี้พบว่า โรคระบบประสาท จิตเวช พบเฉพาะในภาคกลาง และภาคอีสาน โรคระบบทางเดินปัสสาวะ พบเฉพาะในภาคเหนือ และภาคอีสาน โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก พบทั้งในภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ ยกเว้นภาคเหนือ โดยโรคที่พบสูงที่สุดในภาคกลางและภาคอีสาน คือ โรคระบบทางเดินหายใจ (782.2 ต่อ 100000 คน และ 386.4 ต่อ 100000 คน ตามลำดับ) ส่วนภาคเหนือและภาคใต้เป็นโรคระบบทางเดินอาหาร (456.8 ต่อ 100000 คน และ 387 ต่อ 100000 คน ตามลำดับ) ส่วนโรคที่พบมากเป็นลำดับที่สองในภาคกลาง และภาคอีสาน คือ โรคระบบทางเดินอาหาร (602.5 ต่อ 100000 คน และ 386.4 ต่อ 100000 คน ตามลำดับ) ส่วนภาคเหนือ คือ อุบัติเหตุ (443.1 ต่อ 100000 คน) และภาคใต้ คือ อาการไม่ชัดแจ้ง (341.5 ต่อ 100000 คน)

รูปที่ 6 อัตราป่วย (จำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคน) 5 อันดับโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล จำแนกตามภูมิภาค



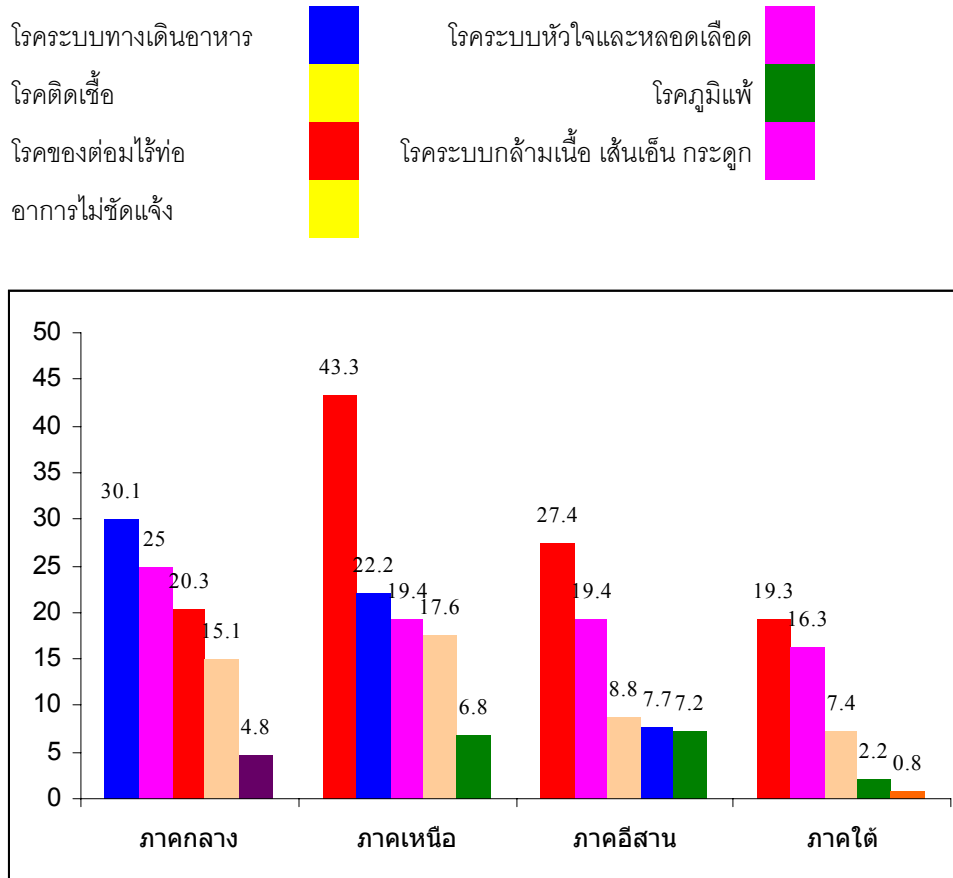


โรคเรื้อรัง

สำหรับโรคเรื้อรัง โรคที่พบในกลุ่มห้าอันดับแรกในทุกภาค คือ โรคของต่อมไทรอยด์ โรคติดเชื้อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (รูปที่ 7) ส่วนโรคที่พบเฉพาะในภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคอีสาน คือ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคที่พบเฉพาะในภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้ คือ โรคภูมิแพ้ โรคที่พบเฉพาะในภาคกลาง คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก ส่วนโรคที่พบเฉพาะในภาคใต้ คือ อาการไม่ชัดเจน

โรคเรื้อรังที่พบสูงสุด คือ โรคของต่อมไทรอยด์ โดยพบสูงสุดในภาคเหนือ (43.3 ต่อ 1000 คน) รองลงมาเป็นภาคอีสาน (27.4 ต่อ 1000 คน) และภาคใต้ (19.3 ต่อ 1000 คน) ตามลำดับ ส่วนภาคกลางโรคที่พบสูงสุด คือ โรคระบบทางเดินทางอาหาร (30.1 ต่อ 1000 คน) โรคที่พบเป็นลำดับรอง คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ยกเว้นภาคเหนือ เป็นโรคระบบทางเดินอาหาร

รูปที่ 7 อัตราป่วย (จำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งพันคน) 5 อันดับโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามภูมิภาค



การเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและการเลือกสิทธิในการรักษา

ผู้ที่ถือครองสิทธิหลักประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเฉียบพลันส่วนใหญ่ไม่ใช้สิทธิในการรักษา (ร้อยละ 51.6) ในขณะที่การใช้สิทธิเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยใน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ตารางที่ 13) โดยการใช้สิทธิในการรักษาไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างเพศชาย และเพศหญิง ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยในที่เพศหญิงมีการใช้สิทธิในการรักษาสูงกว่า เมื่อจำแนกการใช้สิทธิในการรักษาตามภูมิภาคพบว่า ภาคกลางมีการใช้สิทธิน้อยที่สุดในทุกกลุ่มโรค คือ ร้อยละ 37.5 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน ร้อยละ 56.4 ในกลุ่มผู้ป่วยใน และร้อยละ 56.1 ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยที่มีการใช้สิทธิสูงที่สุดคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ โดยผู้ป่วยโรคเฉียบพลันใช้สิทธิ ร้อยละ 64.5 ผู้ป่วยในใช้สิทธิร้อยละ 78.5 และผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้สิทธิร้อยละ 83.0

และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 60+ปี เป็นกลุ่มที่ใช้สิทธิในการรักษามากที่สุด คือ ร้อยละ 54.3 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 70.9 ในกลุ่มผู้ป่วยใน และร้อยละ 72.1 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนกลุ่มอายุ 0-12 ปี และกลุ่มอายุ 13-59 ปี มีการใช้สิทธิใกล้เคียงกัน โดยทั้งสามกลุ่มอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการใช้สิทธิมากที่สุดในขณะที่ผู้ป่วยโรคเฉียบพลันใช้สิทธิน้อยที่สุด และเมื่อจำแนกตามเขตการปกครอง พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลใช้สิทธิในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ในทุกกลุ่มโรค โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอำเภอเมืองใช้สิทธิน้อยกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอำเภออื่นๆเล็กน้อย

ตารางที่ 13 การใช้สิทธิในการรักษาในกลุ่มผู้ที่ถือครองสิทธิจำแนกตามเพศ, ภูมิภาค, กลุ่มอายุ และเขตการปกครอง

ลักษณะ	โรคเฉียบพลัน (ร้อยละ)		ผู้ป่วยใน (ร้อยละ)		โรคเรื้อรัง (ร้อยละ)	
	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิ	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิ	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิ
รวม	1,585 (52.1)	1,459 (47.9)	451 (34.2)	867 (65.8)	1,328 (33.6)	2,624 (66.4)
เพศ	n=3044	p=0.549	n=1318	p=0.022	n=3952	p=0.643
เพศชาย	659 (52.7)	591 (47.3)	228 (37.4)	381 (62.6)	491 (33.2)	990 (66.8)
เพศหญิง	926 (51.6)	868 (48.4)	223 (31.5)	486 (68.5)	837 (33.9)	1634 (66.1)
ภูมิภาค						
ภาคกลาง	523 (62.5)	314 (37.5)	149 (43.6)	193 (56.4)	407 (43.9)	521 (56.1)
ภาคเหนือ	449 (42.9)	597 (57.1)	137 (32.0)	291 (68.0)	497 (29.6)	1181 (70.4)
ภาคอีสาน	484 (61.0)	309 (39.0)	128 (34.5)	243 (65.5)	361 (37.7)	596 (62.3)
ภาคใต้	132 (35.5)	240 (64.5)	39 (21.5)	142 (78.5)	67 (17.0)	327 (83.0)
กลุ่มอายุ						
อายุ 0-12 ปี	469 (53.7)	405 (46.3)	97 (37.3)	163 (62.7)	61 (44.5)	76 (55.5)
อายุ 13-59 ปี	851 (53.4)	741	259 (35.4)	472	286 (46.4)	330

ลักษณะ	โรคเฉียบพลัน (ร้อยละ)		ผู้ป่วยใน (ร้อยละ)		โรคเรื้อรัง (ร้อยละ)	
	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิ	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิ	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิ
อายุ 60+ ปี	251 (45.7)	(46.6) 298 (54.3)	94 (29.1)	(64.6) 229 (70.9)	470 (27.9)	(53.6) 1215 (72.1)
เขตการปกครอง						
เทศบาลอำเภอเมือง	361 (54.8)	298 (45.2)	113 (39.5)	173 (60.5)	303 (34.0)	589 (66.0)
เทศบาลอำเภออื่นๆ	460 (59.5)	313 (40.5)	124 (38.3)	200 (61.7)	349 (37.0)	595 (63.0)
ชนบท	767 (47.5)	849 (52.5)	216 (30.3)	496 (69.7)	680 (32.1)	1441 (67.9)

พฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

ในกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกัน และผู้ที่มีหลักประกันแต่ไม่ใช้สิทธิ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่คลินิก หรือ ซื้อมากินเอง (ตารางที่ 14) โดยสัดส่วนพฤติกรรมการซื้อมากินเองสูงที่สุดในกลุ่มผู้มีประกันสังคม (ร้อยละ 54.1) รองลงมาเป็นผู้ที่มีบัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 40.1) ซึ่งใกล้เคียงกันกับกลุ่มผู้มีบัตรสุขภาพ (ร้อยละ 39.1) ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ บัตรทองฟรี และผู้ไม่มีหลักประกัน เลือกว่าจะเข้ารับบริการที่คลินิกเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.1, ร้อยละ 38.9, ร้อยละ 32.6 และร้อยละ 32.4 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามมีคนจำนวนหนึ่งแม้รู้สึกถึงการเจ็บป่วยแต่ก็ไม่รักษาด้วยวิธีการใด โดยมีสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกัน (ร้อยละ 10.2) รองลงมาเป็นผู้มีประกันสังคม (ร้อยละ 6.1) และ ผู้มีบัตรทองฟรี (ร้อยละ 6.1)

ส่วนในกลุ่มผู้ใช้สิทธิที่ถือครองในการเข้ารับการรักษพบว่า กลุ่มผู้มีบัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 43.8) บัตรทองฟรี (ร้อยละ 44.2) และบัตรสุขภาพ (ร้อยละ 51.7) จะเข้ารับการักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่ในกลุ่มผู้มีประกันสังคม (ร้อยละ 42.2) และผู้ที่มีสวัสดิการนายจ้างหรือประกันสุขภาพของเอกชน (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลเอกชน สำหรับกลุ่มที่ถือครองสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 45.1) และพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 46.2) ส่วนใหญ่เลือกที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ

ตารางที่ 14 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในรอบสองสัปดาห์ของกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกัน และกลุ่มผู้มีหลักประกันจำแนกเป็นกลุ่มผู้ใช้สิทธิและไม่ใช้สิทธิ

การถือครองสิทธิ	จำนวนคน (ร้อยละ)								รวม
	ไม่	แพทย์	ซื้อยา	สถานี	คลินิก	รพช.	รพท./	รพอ.	
	รักษา	แผน	กินเอง	อนามัย			รพศ		
	ไทย								
ผู้ไม่มีสิทธิ	11	1	25	9	35	12	4	11	108
(ร้อยละ)	10.2	0.9	23.1	8.3	32.4	11.1	3.7	10.2	100.0
ผู้ไม่ใช้สิทธิ									
บัตรทอง 30 บาท		12	257	37	157	52	49	38	641
(ร้อยละ)	39	6.1	1.9	40.1	5.8	24.5	8.1	7.6	100.0
บัตรทองฟรี	29	12	142	34	155	47	31	26	476
(ร้อยละ)	6.1	2.5	29.8	7.1	32.6	9.9	6.5	5.5	100.0
บัตรสุขภาพ	1	1	25	5	15	8	2	7	64
(ร้อยละ)	1.6	1.6	39.1	7.8	23.4	12.5	3.1	10.9	100.0
ประกันสังคม	4	1	33	2	7	5	4	5	61
(ร้อยละ)	6.6	1.6	54.1	3.3	11.5	8.2	6.6	8.2	100.0
ข้าราชการ	4	2	42	4	56	7	11	7	133
(ร้อยละ)	3.0	1.5	31.6	3.0	42.1	5.3	8.3	5.3	100.0
พณ.	1	0	5	3	7	1	1	0	18
รัฐวิสาหกิจ									
(ร้อยละ)	5.6	0.0	27.8	16.7	38.9	5.6	5.6	0.0	100.0
สวัสดิการ	3	0	3	1	1	0	0	2	10
นายจ้าง									
(ร้อยละ)	30.0	0.0	30.0	10.0	10.0	0.0	0.0	20.0	100.0
ประกันเอกชน	1	0	8	1	4	1	1	3	19
(ร้อยละ)	5.3	0.0	42.1	5.3	21.1	5.3	5.3	15.8	100.0
รวม	94	29	541	96	437	134	103	99	1533
(ร้อยละ)	6.1	1.9	35.3	6.3	28.5	8.7	6.7	6.5	100.0
ผู้ใช้สิทธิ									
บัตรทอง 30 บาท	-	1	-	123	7	209	65	73	477

การถือครอง สิทธิ	จำนวนคน (ร้อยละ)								
	ไม่ รักษา	แพทย์ แผน ไทย	ชื่อยา กินเอง	สถานี อนามัย	คลินิก	รพช.	รพท./ รพศ	รพอ.	รวม
บาท									
(ร้อยละ)	-	0.2	-	25.8	1.5	43.8	13.6	15.3	100.0
บัตรทองฟรี	-	1	-	252	3	300	93	31	679
(ร้อยละ)	-	0.1	-	37.1	0.4	44.2	13.7	4.6	100.0
บัตรสุขภาพ	-	0	-	19	0	31	10	0	60
(ร้อยละ)	-	0.0	-	31.7	0.0	51.7	16.7	0.0	100.0
ประกันสังคม	-	0	-	4	6	8	8	19	45
(ร้อยละ)	-	0.0	-	8.9	13.3	17.8	17.8	42.2	100.0
ข้าราชการ	-	0	-	22	-	51	65	5	144
(ร้อยละ)	-	0.0	-	15.3	-	35.4	45.1	3.5	100.0
พณ.	-	0	-	1	-	1	6	5	13
รัฐวิสาหกิจ									
(ร้อยละ)	-	0.0	-	7.7	-	7.7	46.2	38.5	100.0
สวัสดิการ	-	0	-	1	1	0	3	5	10
นายจ้าง/ ประกันเอกชน									
(ร้อยละ)	-	0.0	-	10.0	10.0	0.0	30.0	50.0	100.0
รวม	-	2	-	422	17	600	250	138	1428
(ร้อยละ)	-	0.1	-	29.6	1.2	42.0	17.5	9.7	100.0

ตารางที่ 14ก ร้อยละของประชากรตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิทางการรักษาพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ และสถานบริการที่เลือกใช้ จำแนกตามประเภทของสิทธิ

ประเภทสิทธิ	ร้อยละของการไม่ใช้ สิทธิ	สัดส่วนที่เลือกใช้ รพอ.	สัดส่วนที่เลือกใช้ คลินิกเอกชน	สัดส่วนที่ชื่อยา กินเอง
บัตรทอง 30 บาท	57.3	0.059	0.245	0.401
บัตรทองฟรี	41.2	0.055	0.326	0.298
บัตรสุขภาพ	51.6	0.109	0.234	0.391

ประกันสังคม	57.5	0.082	0.115	0.541
ข้าราชการ	48	0.053	0.421	0.316

หมายเหตุ ประชากรตัวอย่างที่ได้สิทธิพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการนายจ้าง และประกันเอกชนมีจำนวนน้อย

ผู้ป่วยในที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.4) เลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน (ตารางที่ 15) ส่วนผู้มีบัตรทอง 30 บาทแต่ไม่ใช้สิทธิในการรักษาเลือกที่จะใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 35.2) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 33.0) ส่วนผู้มีบัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์ แต่ไม่ใช้สิทธิในการรักษา เลือกที่จะใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 35.2 และร้อยละ 34.3 ตามลำดับ)

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษา ผู้ที่มีบัตรทอง 30 บาท บัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์ หรือบัตรสุขภาพส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีสัดส่วนสูงสุดในผู้ที่มีบัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์ (ร้อยละ 66.7) ส่วนผู้มีประกันสังคมจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.2) ในขณะที่ผู้มีสิทธิข้าราชการ จะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ คือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 58.6) และโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 34.9)

ตารางที่ 15 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลในการเข้าพักรับการรักษาในสถานพยาบาล ของกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกัน และกลุ่มผู้มีหลักประกันจำแนกเป็นกลุ่มผู้ใช้สิทธิและไม่ใช้สิทธิ

การถือครองสิทธิ	รพช.	รพท./รพศ	รพอ.	รวม
ผู้ไม่มีสิทธิฯ	12	6	14	32
(ร้อยละ)	36.4	18.2	42.4	100.0
ผู้ไม่ใช้สิทธิ				
บัตรทอง 30 บาท	81	76	70	227
(ร้อยละ)	35.7	33.5	30.8	100.0
บัตรทองฟรี	38	32	37	107
(ร้อยละ)	35.5	29.9	34.6	100.0
สิทธิอื่นๆ*	12	16	20	48
(ร้อยละ)	25.0	33.3	41.7	100.0
รวม	131	124	127	382

(ร้อยละ)	34.3	32.5	33.2	100.0
ผู้ใช้สิทธิ				
บัตรทอง 30 บาท	123	76	21	220
(ร้อยละ)	55.9	34.5	9.5	100.0
บัตรทองฟรี	237	89	10	336
(ร้อยละ)	70.5	26.5	3.0	100.0
บัตรสุขภาพ	25	19	0	44
(ร้อยละ)	56.8	43.2	0.0	100.0
ประกันสังคม	9	13	24	46
(ร้อยละ)	19.6	28.3	52.2	100
ข้าราชการ	53	89	8	150
(ร้อยละ)	35.3	59.3	5.3	100.0
สิทธิอื่น*	6	7	24	37
(ร้อยละ)	16.2	18.9	64.9	100.0
รวม	453	293	87	833
(ร้อยละ)	54.4	34.8	10.3	100

*จำนวนคนในแต่ละสิทธิเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 คน

ตารางที่ 15k ร้อยละของประชากรตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิทางการรักษาพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และสถานบริการที่เลือกใช้ จำแนกตามประเภทของสิทธิ

ประเภทสิทธิ	ร้อยละของการไม่ใช้สิทธิ	สัดส่วนที่เลือกใช้ รพอ.	สัดส่วนที่เลือกใช้ รพ ศ./รพท.	สัดส่วนที่เลือกใช้ รพช.
บัตรทอง 30 บาท	50.8	0.308	0.335	0.357
บัตรทองฟรี	24.1	0.346	0.299	0.355
สิทธิอื่น ๆ รวมกัน	14.8	0.417	0.333	0.25

หมายเหตุ สิทธิอื่น ๆ รวมกันเนื่องจากมีจำนวนน้อย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกือบทั้งหมดจะเลือกวิธีการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่ง มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพียงเล็กน้อยที่เลือกไม่รักษาด้วยวิธีใด (น้อยกว่าร้อยละ 4) (ตารางที่ 16)

ในกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกัน หรือ มีหลักประกันแต่ไม่ใช้สิทธิ ส่วนใหญ่เลือกที่จะเข้ารับการรักษาประจำที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน โดยกลุ่มผู้มีสิทธิข้าราชการแต่ไม่ใช้สิทธิมีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ

ละ 58.3) รองลงมาเป็นผู้ไม่มีหลักประกัน (ร้อยละ 50.7) บัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์ (ร้อยละ 47.8) และบัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 38.4) ส่วนผู้มีสิทธิประกันสังคมแต่ไม่ใช้สิทธิ (ร้อยละ 37.5) เลือที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เป็นส่วนใหญ่

ในกลุ่มผู้ใช้สิทธิในการรักษา ผู้มีบัตรทอง30บาท บัตรทองฟรี/บัตรสงเคราะห์ บัตรสุขภาพมากกว่าครึ่งหนึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนผู้ที่มีประกันสังคม (ร้อยละ 45.3) ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาในคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่ผู้ที่มีสิทธิข้าราชการจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 53.5) รองลงไปเป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 34.8)

ตารางที่ 16 สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาลประจำของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกัน และกลุ่มผู้มีหลักประกันจำแนกเป็นกลุ่มผู้ใช้สิทธิและไม่ใช้สิทธิ

การถือครองสิทธิ	ไม่รักษา	แพทย์ แผนไทย	สถานี อนามัย	รพช.	รพท./ รพศ	คลินิก/ รพอ.	ไม่ระบุ	รวม
ผู้ไม่มีสิทธิ	2	0	0	11	20	37	3	73
(ร้อยละ)	2.7	0.0	0.0	15.1	27.4	50.7	4.1	100.0
ผู้ไม่ใช้สิทธิ								
บัตรทอง 30 บาท	24	23	26	122	133	229	39	596
(ร้อยละ)	4.0	3.9	4.4	20.5	22.3	38.4	6.5	100.0
บัตรทองฟรี	9	19	10	49	59	143	10	299
(ร้อยละ)	3.0	6.4	3.3	16.4	19.7	47.8	3.3	100.0
บัตรสุขภาพ	0	3	4	7	2	14	2	32
(ร้อยละ)	0.0	9.4	12.5	21.9	6.3	43.8	6.3	100.0
ประกันสังคม	0	0	3	5	9	7	0	24
(ร้อยละ)	0.0	0.0	12.5	20.8	37.5	29.2	0.0	100.0
ข้าราชการ	1	2	6	10	13	49	3	84
(ร้อยละ)	1.2	2.4	7.1	11.9	15.5	58.3	3.6	100.0
สิทธิอื่น*	0	0	3	2	5	12	0	22
(ร้อยละ)	0.0	0.0	13.6	9.1	22.7	54.5	0.0	100.0
รวม	34	47	52	195	221	454	54	1057
(ร้อยละ)	3.2	4.4	4.9	18.4	20.9	43.0	5.1	100.0

การถือครองสิทธิ	ไม่รักษา	แพทย์ แผนไทย	สถานี อนามัย	รพช.	รพท./ รพศ	คลินิก/ รพอ.	ไม่ระบุ	รวม
ผู้ใช้สิทธิ								
บัตรทอง 30 บาท	-	4	85	348	157	54	3	651
(ร้อยละ)		0.6	13.1	53.5	24.1	8.3	0.5	100.0
บัตรทองฟรี	-	11	167	730	217	56	5	1186
(ร้อยละ)		0.9	14.1	61.6	18.3	4.7	0.4	100.0
บัตรสุขภาพ	-	2	16	97	37	3	2	157
(ร้อยละ)		1.3	10.2	61.8	23.6	1.9	1.3	100.0
ประกันสังคม	-	1	1	9	28	34	2	75
(ร้อยละ)		1.3	1.3	12.0	37.3	45.3	2.7	100.0
ข้าราชการ	-	1	28	173	266	28	1	497
(ร้อยละ)		0.2	5.6	34.8	53.5	5.6	0.2	100.0
สิทธิอื่น*	-	2	2	6	18	23	0	51
(ร้อยละ)		3.9	3.9	11.8	35.3	45.1	0.0	100.0
รวม	-	21	299	1363	723	198	13	2617
(ร้อยละ)		0.8	11.4	52.1	27.6	7.6	0.5	100.0

*จำนวนคนในแต่ละสิทธิเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 คน

ตารางที่ 16 ร้อยละของประชากรตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิทางการรักษาพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสถานบริการที่เลือกใช้ จำแนกตามประเภทของสิทธิ

ประเภทสิทธิ	ร้อยละของการไม่ใช้ สิทธิ	สัดส่วนที่เลือกใช้ รพอ./คลินิก	สัดส่วนที่เลือกใช้ รพท./รพศ	สัดส่วนที่เลือกใช้ รพช.
บัตรทอง 30 บาท	47.8	0.384	0.223	0.205
บัตรทองฟรี	20.1	0.478	0.197	0.164
บัตรสุขภาพ	16.9	0.438	0.063	0.219
ประกันสังคม	24.2	0.292	0.375	0.208
ข้าราชการ	14.5	0.583	0.155	0.119
สิทธิอื่นๆ*	30.1	0.545	0.227	0.091

หมายเหตุ รวมพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการนายจ้าง และประกันเอกชน

กล่าวโดยสรุป อัตราการไม่ใช้บัตรทองของผู้มีสิทธิ ไม่ต่ำกว่า อัตราการไม่ใช้สิทธิของผู้มีสิทธิ ประเภทอื่นๆ ตลอดจนพฤติกรรมการรักษาพยาบาลที่มีสัดส่วนการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน รวมหรือคลินิกเอกชนหรือซื้อยากินเองไม่แตกต่างกันมากนัก ทั้งสำหรับการเจ็บป่วยในรอบสอง สัปดาห์ (ตารางที่ 14ก) การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ตารางที่ 15ก) และการ เจ็บป่วยเรื้อรัง (ตารางที่ 16ก)

ความพึงพอใจต่อการบริการการรักษาที่ได้รับ

สัดส่วนความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ สูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยใน (ร้อยละ 91.9) ซึ่งแทบจะไม่ แตกต่างกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 91.5) (ตารางที่ 17) ส่วนผู้ป่วยโรคเฉียบพลันเป็นกลุ่มที่มีความพึง พพอใจต่อการบริการที่ได้รับน้อยที่สุด (ร้อยละ 88.6) และเมื่อจำแนกตามสิทธิ พบว่า สัดส่วนความพึงพอใจ น้อยที่สุดในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 81.3) รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรค เฉียบพลันที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพและใช้สิทธิในการรักษา (ร้อยละ 87.7) สำหรับผู้ป่วยในและ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ และที่มีหลักประกันสุขภาพแต่ไม่ใช้สิทธิ หรือใช้สิทธิก็ ตามมีสัดส่วนความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันนัก (ร้อยละ 90.7-92.5) ยกเว้นผู้ป่วยในที่ ไม่มีหลักประกันซึ่งมีสัดส่วนความพึงพอใจเพียงร้อยละ 88.9

ตารางที่ 17 ความพึงพอใจในผู้ป่วยประเภทต่างๆในการรับบริการครั้งล่าสุด

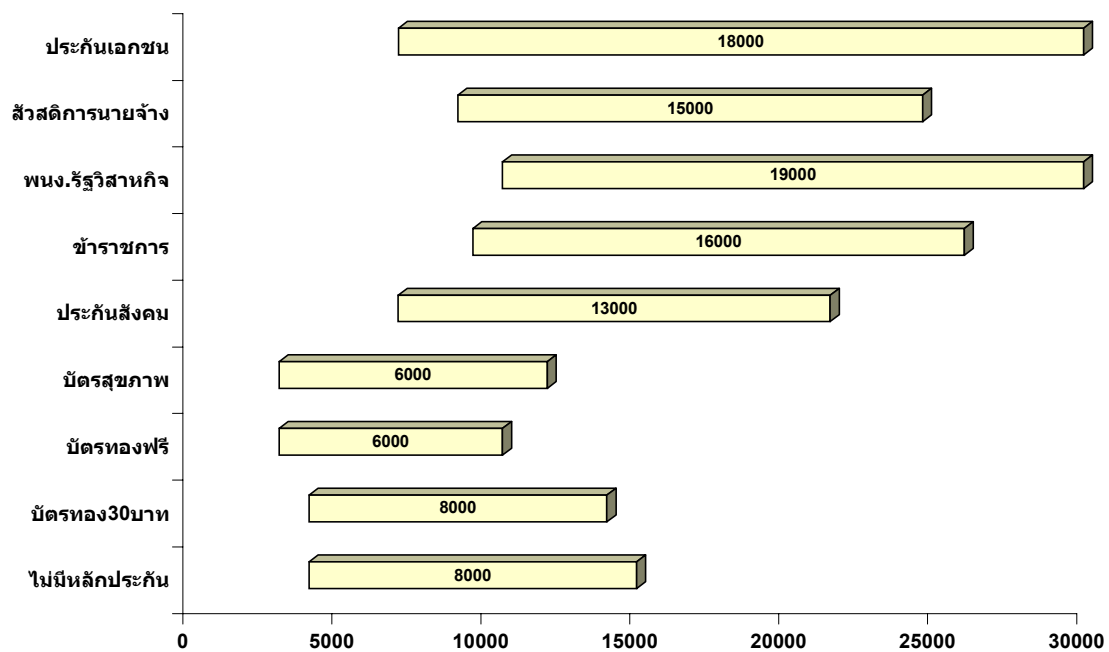
การใช้สิทธิ	ความพึงพอใจ			
	พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่ระบุ	รวม
โรคเฉียบพลัน				
ใช้สิทธิ	1,267	170	7	1,444
(ร้อยละ)	87.7	11.8	0.5	100.0
ไม่ใช้สิทธิ	1,257	91	47	1,395
(ร้อยละ)	90.1	6.5	3.4	100.0
ไม่มีสิทธิ	100	19	4	123
(ร้อยละ)	81.3	15.4	3.3	100.0
รวม	2,624	280	58	2,962
(ร้อยละ)	88.6	9.5	2.0	100.0
ผู้ป่วยใน				
ใช้สิทธิ	802	61	4	867
(ร้อยละ)	92.5	7.0	0.5	100.0

การใช้สิทธิ	ความพึงพอใจ			
	พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่ระบุ	รวม
ไม่ใช้สิทธิ	404	38	2	444
(ร้อยละ)	91.0	8.6	0.5	100.0
ไม่มีสิทธิ	48	6	0	54
(ร้อยละ)	88.9	11.1	0.0	100.0
รวม	1,254	105	6	1,365
(ร้อยละ)	91.9	7.7	0.4	100.0
โรคเรื้อรัง				
ใช้สิทธิ	2,408	208	6	2,622
(ร้อยละ)	91.8	7.9	0.2	100.0
ไม่ใช้สิทธิ	1,025	80	25	1,130
(ร้อยละ)	90.7	7.1	2.2	100.0
ไม่มีสิทธิ	172	11	6	189
(ร้อยละ)	91.0	5.8	3.2	100.0
รวม	3,605	299	37	3,941
(ร้อยละ)	91.5	7.6	0.9	100.0

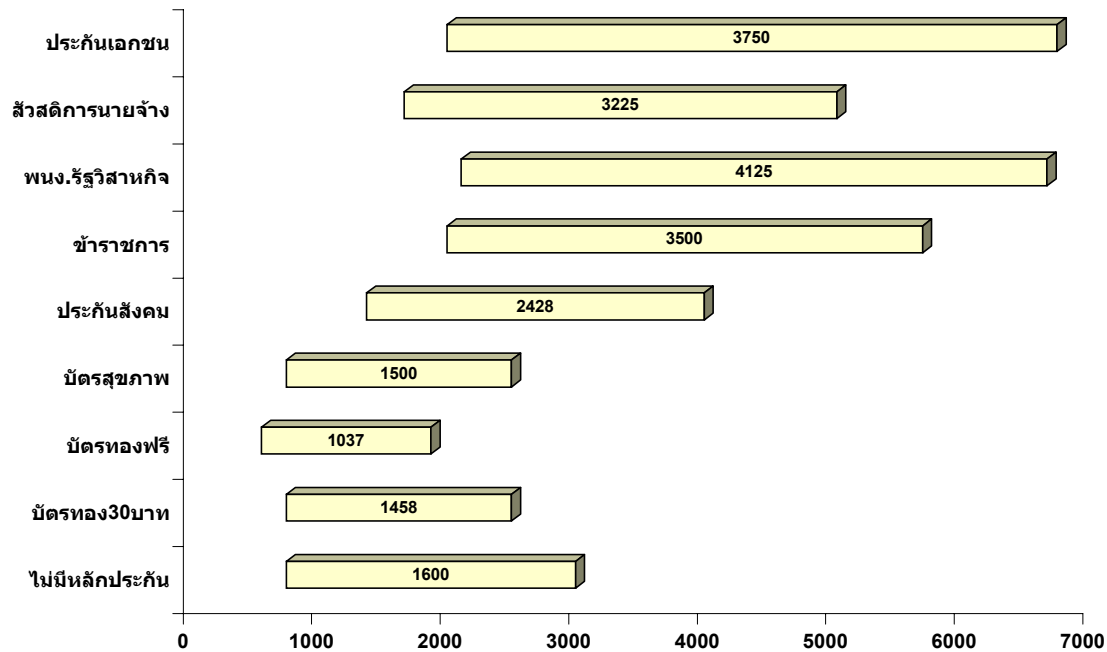
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้บุคคลและครัวเรือน

จากข้อมูลรายได้ครัวเรือน และรายได้เฉลี่ยต่อคน (บาทต่อเดือน) พบว่า มีการกระจายออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มที่มีรายได้สูง (มีฐานรายได้ครัวเรือนอยู่ระหว่าง 16,000-19,000 บาทต่อเดือน) ได้แก่ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ผู้มีประกันสุขภาพเอกชน ข้าราชการ และผู้มีสวัสดิการนายจ้าง กลุ่มที่รายได้ปานกลาง (มีฐานรายได้ครัวเรือนเท่ากับ 13,000 บาทต่อเดือน) ได้แก่ ผู้มีประกันสังคม และกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ (มีฐานรายได้ครัวเรือนอยู่ระหว่าง 6,000-8,000 บาทต่อเดือน) ได้แก่ ผู้ไม่มีหลักประกัน บัตรทอง 30 บาท บัตรสุขภาพ และบัตรทองฟรี โดยผู้ถือบัตรทองฟรีและผู้ถือบัตรสุขภาพ มีฐานรายได้ครัวเรือนต่ำที่สุด คือ 6,000 บาท (รูปที่ 8) และเมื่อเปรียบเทียบรายได้เฉลี่ยต่อคน พบว่า กลุ่มผู้ถือบัตรทองฟรีมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่ำที่สุด คือ 1,037 บาทต่อเดือน (รูปที่ 9) ในขณะที่กลุ่มผู้มีสิทธิพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงที่สุด (รายได้ครัวเรือน 19,000 บาทต่อเดือน และ รายได้เฉลี่ยต่อคน 4,125 บาทต่อเดือน) รองลงมาเป็นผู้มีประกันสุขภาพเอกชน ผู้มีสิทธิ ข้าราชการ และผู้มีสวัสดิการนายจ้าง ตามลำดับ

รูปที่ 8 มัธยฐาน (Q1-Q3) ของรายได้ครัวเรือน (บาทต่อเดือน) จำแนกตามสิทธิที่ถือครอง



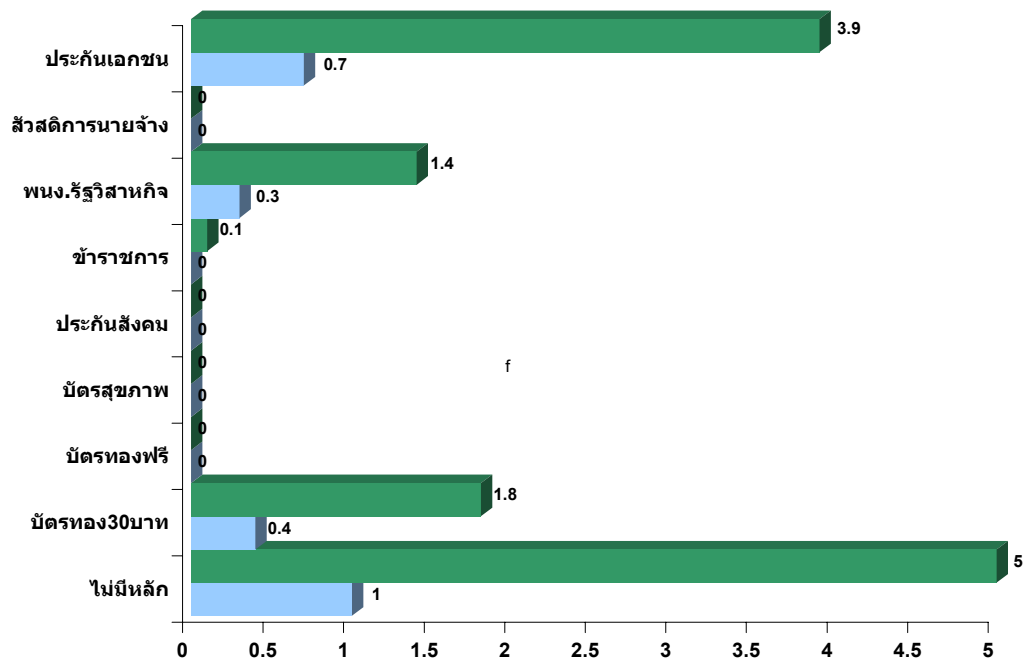
รูปที่ 9 มัธยฐาน (Q1-Q3) ของรายได้เฉลี่ยต่อคน (บาทต่อเดือน) จำแนกตามสิทธิที่ถือครอง



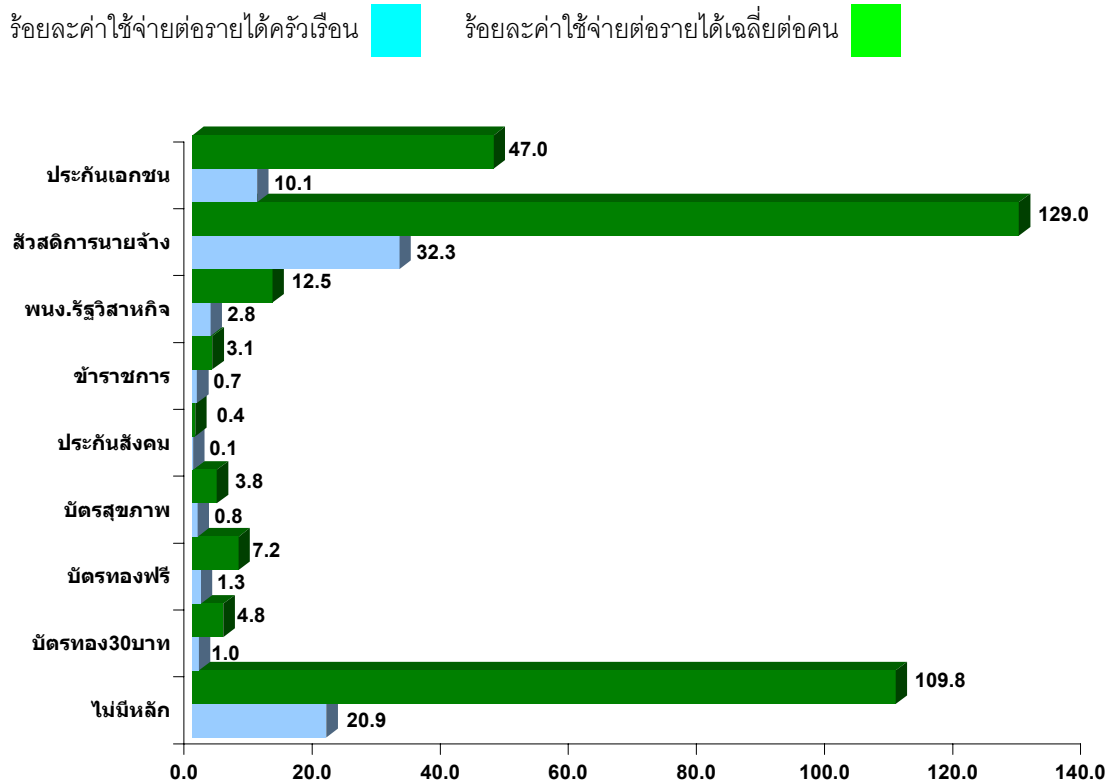
เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยโรคเฉียบพลันในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกัน มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้สูงที่สุด (ร้อยละ 1 ต่อรายได้ครัวเรือน และร้อยละ 5 ของรายได้เฉลี่ยต่อคน) (รูปที่ 10) รองลงมาเป็นผู้มีประกันสุขภาพเอกชน (ร้อยละ 0.7 ต่อรายได้ครัวเรือน และร้อยละ 3.9 ต่อรายได้เฉลี่ยต่อคน) ส่วนผู้ป่วยในพบว่า ผู้มีสวัสดิการนายจ้างมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้สูงที่สุด (ร้อยละ 32.3 ต่อรายได้ครัวเรือน และร้อยละ 129.0 ต่อรายได้เฉลี่ยต่อคน) รองลงมาเป็นผู้ที่ไม่มีหลักประกัน (ร้อยละ 20.9 ต่อ รายได้ครัวเรือน และร้อยละ 109.8 ต่อรายได้เฉลี่ยต่อคน) (รูปที่ 11)

รูปที่ 10 ร้อยละค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งสุดท้ายต่อรายได้ครัวเรือน และต่อรายได้เฉลี่ยต่อคน ของผู้ป่วยโรคเฉียบพลันจำแนกตามสิทธิที่ถือครอง

ร้อยละค่าใช้จ่ายต่อรายได้ครัวเรือน ■ ร้อยละค่าใช้จ่ายต่อรายได้เฉลี่ยต่อคน ■



รูปที่ 11 ร้อยละค่าใช้จ่ายในที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งสุดท้ายต่อรายได้ครัวเรือน และรายได้เฉลี่ยต่อคนของผู้ป่วยในจำแนกตามสิทธิที่ถือครอง



ความคิดเห็นต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 30 บาทรักษาทุกโรค

ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.2) ไม่เห็นด้วยกับการกำหนดสถานพยาบาลในการเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ในขณะที่อีกส่วนใหญ่มองเห็นด้วยที่จะให้สถานบริการเอกชนเข้าร่วมในโครงการฯ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 7.8) เท่านั้นที่ไม่เห็นด้วย (ตารางที่ 18)

ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าสิทธิบัตรทองเป็นสิทธิของคนไทยโดยเห็นด้วยว่า ต้องใช้หลักฐานการเป็นคนไทยในการออกบัตร นอกจากนี้ ประชาชนประมาณหนึ่งในสาม ไม่เห็นด้วยที่จะให้สิทธิเข้ารับการรักษาฟรีและสิทธิในการรักษาในโครงการ30บาทกับคนไทยทุกคน อย่างไรก็ตามมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 17.2) ที่ไม่เห็นด้วยในการออกบัตรให้กับทุกคน

สำหรับการให้สิทธิในการรักษาฟรี ประชาชนประมาณร้อยละ 59.8 เชื่อว่า ไม่ทำให้คนมาใช้บริการโดยไม่จำเป็น

สำหรับการเสียค่าใช้จ่ายร่วม ประชาชนเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.2) เห็นว่า เมื่อจำเป็นต้องใช้ยาแพงในการรักษา ผู้ป่วยไม่ควรที่จะต้องจ่ายเพิ่ม ในทางตรงข้าม ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.9) เห็นว่า หากต้องการอยู่ห้องพิเศษ ต้องเสียค่าบริการเพิ่มเติม

สำหรับคุณภาพการให้บริการมีประชาชนเกือบหนึ่งในสามไม่เชื่อว่า สถานพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคจะทำให้ยาดีมีคุณภาพ ตลอดจนบริการที่ดีแก่ผู้ป่วย และประชาชนประมาณหนึ่งในสี่ไม่เห็นด้วยว่า โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคประสบความสำเร็จหลังจากดำเนินการมาแล้วกว่าหกเดือน

ตารางที่ 18 ความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

หัวข้อ	ร้อยละ ของผู้ที่ไม่เห็นด้วย				
	รวม	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคอีสาน	ภาคใต้
	(N=10277)	(N=1310)	(N=4008)	(N=2855)	(N=2104)
สถานพยาบาล					
กำหนดสถานพยาบาลโดยระบุไว้ในบัตร	73.2	73.1	68.7	76.2	75.0
ควรให้คลินิก/รพ.เอกชนเข้าร่วมโครงการ 30 บาท	7.8	8.9	5.3	8.1	8.9
สิทธิในโครงการ 30 บาท					
ควรให้สิทธิรักษาฟรีแก่ทุกคนที่มีบัตรทอง (ฟรี/30 บาท)	31.5	40.4	32.1	34.4	19.2
คนไทยทุกคนน่าจะใช้สิทธิ 30 บาทได้ทุกคนแม้ไม่มีบัตร	29.0	22.0	25.9	32.4	35.5
ควรออกบัตร 30 บาทให้กับทุกคน	17.2	17.5	17.9	17.0	16.5
ต้องใช้หลักฐานเป็นคนไทยในการออกบัตร	10.4	12.8	4.3	8.3	16.2
พฤติกรรมแสวงหาการรักษา					
การให้สิทธิรักษาฟรีทำให้คนมาใช้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น	59.8	51.5	64.8	58.3	64.5
การมีส่วนร่วมในการจ่าย					
ถ้าใช้ยาแพง ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่ม	48.2	32.2	52.5	44.1	64.1
ถ้าต้องการอยู่ห้องพิเศษต้องจ่ายเพิ่ม	21.1	14.6	18.3	20.9	30.7
คุณภาพการให้บริการ					

โครงการ 30 บาท รพ.จะให้ยาดีมีคุณภาพแก่ผู้ป่วย	36.8	42.5	31.3	32.6	40.7
สถานพยาบาลในโครงการ 30 บาท ให้บริการดีมีคุณภาพ	33.0	38.5	28.6	30.7	34.0
โครงการ 30 บาท ได้ผลดีมากในปัจจุบัน	26.5	27.9	25.8	21.2	31.0

สรุปผลการศึกษา

จากโครงสร้างประชากรศึกษา พบว่า จำนวนประชากรหญิงมีมากกว่าประชากรเพศชาย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างรายวัน มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ สัดส่วนกลุ่มประชากรอายุ 0-14 ปี สูงที่สุดในภาคใต้ ในขณะที่สัดส่วนกลุ่มประชากรอายุ 60+ ปี สูงที่สุดในภาคเหนือ

จากข้อมูลสภาพการคงอยู่ในครัวเรือนของประชากรศึกษาชี้ให้เห็นว่า มีประชากรจำนวนไม่น้อย (ตารางที่ 3) ที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย โดยไม่แจ้งย้ายออกจากทะเบียนบ้าน โดยภาคอีสานมีประชากรย้ายถิ่นออกสูงที่สุด ในขณะที่ภาคกลางมีการย้ายถิ่นเข้าสูงที่สุดซึ่งการย้ายถิ่นดังกล่าวน่าจะสืบเนื่องจากการย้ายถิ่นแรงงาน ซึ่งภาคกลางเป็นภาคที่มีโอกาสการว่าจ้างแรงงานสูงกว่า ในขณะที่เดียวกันการไม่แจ้งย้ายออกจากทะเบียนชี้ให้เห็นว่า กลุ่มประชากรดังกล่าวนี้อาจจะมีความตั้งใจที่จะย้ายกลับมายังภูมิลำเนาเดิม

หลังจากที่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 30 บาทรักษาทุกโรค การดำเนินการดังกล่าวได้ส่งผลให้เกิดความตื่นตัว และมีการผลักดันของกลุ่มผู้ให้บริการที่จะให้หลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยสัดส่วนของผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 40.4 ในปี 2542 และร้อยละ 29.1 ในปี 2544 (กองสถิติสังคม, 2544) เหลือเพียง ร้อยละ 6.4 หลังจากที่มีการดำเนินการโครงการฯ นี้อย่างต่อเนื่อง 6 เดือนใน 8 จังหวัดที่ศึกษา ในขณะที่การมีสิทธิเข้าซ้อนมีเพียงร้อยละ 2.7 เท่านั้น ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้มงวดของการตรวจสอบจากส่วนกลางที่มีฐานข้อมูลรวมทั้งของประกันสังคม และข้าราชการ อย่างไรก็ตาม ความซ้ำซ้อนของสิทธิยังพบสูงระหว่างกลุ่มบัตรทอง 30 บาท กลุ่มบัตรสุขภาพ และกลุ่มบัตรทองฟรีซึ่งครอบคลุมถึงบัตรสวัสดิการต่างๆ ซึ่งขาดฐานข้อมูล หรือ ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันทำให้การตรวจสอบข้อมูลทำได้ไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์

ในกลุ่มผู้ที่ไม่มียาลูกประกัน พบว่า ภาคกลางมีสัดส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มียาลูกประกันสูงที่สุด และต่ำที่สุดในภาคใต้ โดยกลุ่มที่ไม่มียาลูกประกันที่บ้านแต่อยู่อาศัยมากกว่า 6 เดือน เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่มียาลูกประกันสูงที่สุด นอกจากนี้ การไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 0-14 ปี ทั้งที่กลุ่มอายุดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ควรจะมีบัตรทองฟรี สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการย้ายถิ่นแรงงานที่เป็นการย้ายถิ่นไปทั้งครอบครัว และย้ายไปในภาคส่วนของแรงงานนอกระบบ ที่ระบบการจ้างงานยังไม่เข้าประกันสังคมหรือระบบประกันสังคมเองยังเข้าไปไม่ถึง

เมื่อพิจารณากลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการป่วยสูง จะเห็นว่า กลุ่มประชากรสูงอายุ (60+ ปี) เป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยสูงที่สุด โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องการการบริการด้านสุขภาพ และการดูแลระยะยาว ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงที่สุดสืบเนื่องจากโครงสร้างของประชากรศึกษาที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่เดียวกันเมื่อจำแนกตามสิทธิ ก็พบว่า ผู้มีบัตรบัตรทองฟรี บัตรสุขภาพ และข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยในลำดับต้นๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนของกลุ่มอายุ 0-14 ปี และ อายุ 60+ ปี สูงเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งผู้มีสิทธิข้าราชการ ผู้มีบัตรสุขภาพ และผู้มีบัตรทองฟรี มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นๆมาก ในขณะที่ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่ำที่สุด นอกจากนี้กลุ่มผู้มีบัตรสุขภาพเป็นกลุ่มที่ตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพเนื่องจากเห็นว่า ตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง อนึ่ง ในกลุ่มผู้มีสิทธิข้าราชการ ส่วนหนึ่งเป็นข้าราชการที่เกษียณอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคโดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจหรือหลอดเลือดที่พบเป็นห้าอันดับแรกของโรคเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มโรคดังกล่าวเป็นกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ตลอดจนพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อโรค

กลุ่มโรคเฉียบพลันและโรคที่ต้องเข้าพักรักษาตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นโรคติดต่อเกี่ยวข้องกับการรักษาสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม ส่วนกลุ่มโรคที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคต่อมไร้ท่อ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ

การใช้สิทธิในการรักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษา ตรงข้ามกับผู้ป่วยโรคเฉียบพลันมักจะไม่ใช่สิทธิในการรักษา ในกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิเลือกที่จะรักษาด้วยการซื้อยากินเอง หรือไปรับบริการคลินิกเอกชน โดยในกลุ่มผู้มีบัตรทองหรือบัตรสุขภาพในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนกลุ่มผู้มีประกันสังคมจะเลือกที่จะซื้อยากินเอง ส่วนในกลุ่มข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจเลือกที่จะไปรับบริการที่คลินิก สำหรับผู้ใช้สิทธิในการรักษา นั้น สถานพยาบาลหลักที่ให้บริการ คือ

โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีบัตรทอง หรือ บัตรสุขภาพ ส่วนข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจเลือกที่จะเข้ารับบริการของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ส่วน กลุ่มผู้มีประกันสังคมส่วนใหญ่ยังคงเลือกโรงพยาบาลเอกชนเป็นสถานพยาบาลในการใช้สิทธิ รักษาพยาบาล

โดยทั่วไป ผู้ที่ได้สิทธิบัตรทองอาจไม่มีความจำเป็นทางการเงิน ต่อ การใช้บริการทาง สุขภาพมากกว่าผู้มีสิทธิอื่น (ตารางที่ 14ก, ตารางที่ 15ก และตารางที่ 16ก) และหมายความว่า “การเงิน” ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ได้สิทธิบัตรทอง แตกต่าง จากกลุ่มที่มีสิทธิอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวอาจเกิดจาก ผู้มีสิทธิบัตรทองยังไม่เชื่อถือระบบ บริการรักษาพยาบาลในโครงการ 30 รักษาทุกโรค จนยินยอมที่จะแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเอง นอกจากนี้ อาจเกิดจากอุปสรรคอื่นในการเข้าถึงบริการตามสิทธิบัตรทอง เช่น ระยะทางที่อยู่ไกล เป็นต้น

เมื่อพิจารณาจากรายได้แล้ว พบว่า กลุ่มที่ได้สิทธิประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า: 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น เป็นกลุ่มที่เหมาะสมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีบัตรทองฟรี หรือ บัตร สงเคราะห์ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำที่สุด อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายแล้ว จะเห็นว่า ผู้ไม่มี หลักประกันสุขภาพ และผู้มีสวัสดิการนายจ้างยังคงเป็นกลุ่มที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพสูงที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากต้องเข้าพักรับการรักษาในสถานบริการซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่าย มากกว่าเงินรายได้ต่อเดือน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6-91.9) มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งไม่แตกต่างจากการ สสำรวจของกองสถิติสังคมปี 2544 ที่รายงานความพึงพอใจของการใช้บริการที่สถานอนามัยเป็นร้อยละ 92.4 ที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 85.8 และ ร้อยละ 81.6 ที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลอื่นๆ ของรัฐ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ที่ไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยด้วยโรคเฉียบพลันซึ่งต้องเข้ารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ และผู้ที่มีหลักประกันที่ใช้สิทธิในการรักษา ซึ่งส่วน ใหญ่จะเป็นการเข้ารับการรักษาในสถานบริการของรัฐ

สิทธิบัตรทองเป็นสิทธิของคนไทยที่สามารถจะเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ สถานบริการที่เข้า ร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพได้โดยไม่จำกัดสถานบริการ แม้สิทธิดังกล่าวนี้ไม่ใช่บริการฟรีที่จะ

ให้กับทุกคน แต่ก็เห็นด้วยที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากความจำเป็นและเกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น จำเป็นต้องใช้ยาที่มีราคาแพง ในการรักษา เป็นต้น ในทางตรงข้ามจะไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรงแต่เป็นเพียงความสะดวกสบายที่เพิ่มขึ้นในการเข้ารับการรักษา นั้น นอกจากนี้แม้ประชาชนส่วนใหญ่ (ประมาณสามในสี่) จะเห็นว่า การดำเนินโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคประสบความสำเร็จ แต่หากพิจารณาจากอัตราการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับการรักษา กลับพบว่า มีเพียงหนึ่งในสามผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับบริการด้านสุขภาพเท่านั้น ดังนั้นความเห็นดังกล่าว อาจเป็นผลมาจากการประชาสัมพันธ์ที่รัฐทุ่มเททรัพยากรและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมากกว่าที่จะเป็นจากข้อมูลที่ปรากฏหรือประสบการณ์ตรง อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนส่วนหนึ่งที่ขาดความเชื่อมั่นในบริการด้านสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 30 บาท รักษาทุกโรค และยังไม่เห็นความชัดเจนของผลสำเร็จในการดำเนินโครงการ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. เร่งสำรวจและออกบัตรประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพในแต่ละจังหวัด ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 6.4 เฉพาะในพื้นที่ 8 จังหวัดขณะที่ทำการสำรวจ ข้อที่น่าสังเกตคือจังหวัดที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งเวลาได้ผ่านไปแล้วนานกว่า 6 เดือน จึงคาดว่าจังหวัดที่เหลือส่วนใหญ่ซึ่งเริ่มโครงการหลังเดือนตุลาคม 2545 น่าจะมีผู้ที่ตกสำรวจและเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพมากกว่านี้ เนื่องจากระบบฐานข้อมูลของประชากรกับสิทธิหลักประกันฯ ที่มี ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาให้ทันสมัยและครอบคลุมให้ทั่วถึง
2. ความแตกต่างระหว่างผู้ที่ถือบัตรทองชนิดเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทและบัตรทองประเภทไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะยาวจะใช้เกณฑ์อะไรทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นตัวกำหนดที่เหมาะสมนอกจากอายุของประชาชน ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการออกบัตรทองชนิดต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี และผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีกว่าร้อยละ 10 ซึ่งโดยแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงฯ กำหนด ต้องได้รับบัตรทองชนิดไม่เสียค่าธรรมเนียม และอนาคตเมื่ออายุของผู้มีหลักประกันเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีอายุเกิน 60 ปี รวมถึงเด็กที่มีอายุเกินกว่า 12 ปีขึ้นไป จะมีการออกบัตรทองประเภทไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมทดแทนสำหรับคนสูงอายุก่อนใหม่ และเปลี่ยนเป็นบัตรทองที่ต้องร่วมจ่าย 30 บาทให้แก่เด็กที่มีอายุมากกว่า 12 ปีกลุ่มใหม่อย่างไร นอกจากนี้เกณฑ์ความยากจนจะถูกนำมาใช้เป็นตัวกำหนดประเภทของบัตรทองชนิดไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมอย่างไรในอนาคต

เนื่องจากระบบที่ใช้ในปัจจุบัน ถือว่าคนที่ถือบัตร สปร.เดิม คนแก่และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการ ผู้นำชุมชน ฯลฯ จะได้รับบัตรทองชนิดไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมโดยอัตโนมัติ แต่ถ้าพิจารณาจากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการ สปร. เดิมก่อนหน้านี้ จะพบว่ามีอัตราประสิทธิผลของการออกบัตรถูกต้องตามเกณฑ์ของความยากจนเพียง 17% และอัตราการตรงกลุ่มเป้าหมาย คือ คนยากจนตามเกณฑ์ที่กำหนดควรได้รับบัตร สปร. มีเพียง 35% ของผู้ถือบัตร สปร. (สำรวจโดยสำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข รอบปี 6 ปี 2541-2543) ฉะนั้นผู้ที่ยากจนจริง ๆ จำนวนหนึ่งซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยในระบบเดิมที่เข้าไม่ถึงการมีสิทธิรับบัตรสปร.เนื่องจากความ

บกพร่องส่วนหนึ่งของระบบการออกบัตรสปร.เดิม จะกลายเป็นผู้ได้รับบัตรทองชนิดเสียค่าธรรมเนียม 30 บาททุกครั้งเมื่อไปใช้บริการ ในทางกลับกันผู้ที่ถือสิทธิบัตรสปร.เดิมทั้ง ๆ ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ของความยากจนที่รัฐกำหนด แต่ด้วยความบกพร่องของระบบการออกบัตรทำให้มีสิทธิได้รับบัตรสปร.เดิม คนกลุ่มนี้ก็จะได้รับบัตรทองชนิดไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในปัจจุบันและตลอดไปหรือไม่ ถือเป็นนโยบายหนึ่งที่ส่วนกลางต้องเร่งกำหนดให้ชัดเจนและแจ้งแนวทางปฏิบัติให้แก่พื้นที่ทราบแต่เสียเนิ่น ๆ ก่อนที่จะมีปัญหาร้องเรียนตามมาในภายหลัง มากกว่าการปล่อยให้เป็นการใช้วิจารณ์ญาณของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ว่าใครควรจะได้บัตรทองชนิดใด เพราะเงินค่าธรรมเนียมแม้เพียง 30 บาทอาจไปขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นในผู้ที่ยากไร้ที่สุดในสังคมได้หากไปจ่ายบัตรทองชนิด 30 บาทให้แก่คนกลุ่มยากจนเหล่านี้

3. การที่ภาวะของการเจ็บป่วยแต่ละประเภทมีอัตราการป่วยที่แตกต่างกันอย่างมากในแต่ละช่วงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและเด็กต่ำกว่า 12 ปี ควรเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้บริหารโครงการในทุกระดับนำไปใช้ประกอบในการคำนวณงบประมาณค่าใช้จ่ายและการจัดสรรเงินอย่างเหมาะสมเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนในแต่ละพื้นที่ (โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค)
4. การตัดสินใจไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่มีค่อนข้างจะสูงเมื่อป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน และการไม่ใช้สิทธิฯ จะลดลงเมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อรังและการเข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลซึ่งน่าจะมีเหตุมามากจากความแตกต่างของภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยแต่ละประเภท การที่ผู้ถือบัตรทอง 30 บาทมีอัตราการไม่ใช้สิทธิเพื่อรับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยทุกประเภทมากกว่าหลักประกันสุขภาพทุกชนิดโดยเฉพาะเมื่อเทียบกับผู้ถือบัตรทองฟรี น่าจะเป็นดัชนีชี้วัดสำคัญที่หน่วยงานในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ใช้เพื่อการติดตามและประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความเหมาะสมของเครือข่ายบริการสุขภาพที่จะนำไปให้ผู้ถือสิทธิต้องไปใช้ในกรณีของบัตรทองทั้งสองประเภท ที่น่าสนใจก็คือผู้ถือบัตรทองทั้งสองชนิดแม้จะไม่ใช้สิทธิที่ถือครองอยู่ แต่สัดส่วนของไปขอรับการรักษาจากสถานบริการ

ของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นสถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์อยู่ในเกณฑ์ที่สูงมากพอ ๆ กับการไปใช้บริการจากภาคเอกชนโดยเฉพาะการเข้าเป็นผู้ป่วยในและการรักษาโรคเรื้อรัง ฉะนั้นการยินยอมให้ผู้ถือบัตรทองมีสิทธิเลือกสถานบริการที่ต้องการจะไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในระยะต่อไป น่าจะมีส่วนช่วยเพิ่มอัตราของการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่มีเพื่อการรักษาพยาบาลมากขึ้น อย่างไรก็ตามต้องไม่ละเลยหลักการเรื่องโรงพยาบาลใกล้บ้าน ใกล้ใจ แนวคิดสร้างนำซ่อม การให้การดูแลครอบคลุมและชุมชนอย่างผสมผสาน เป็นองค์รวม และใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพไปพร้อมกัน

5. การตัดสินใจไม่ใช้สิทธิรักษาเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคเฉียบพลันของผู้ที่ถือบัตรทอง 30 บาทสูงกว่าผู้ที่ถือบัตรทองฟรีประมาณร้อยละ 15 และยังมีแนวโน้มที่จะดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองสูงกว่าด้วยประมาณร้อยละ 10 อาจเป็นผลส่วนหนึ่งจากการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทได้หรือไม่เป็นคำถามที่ต้องการการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลที่เกิดจากการเก็บค่าธรรมเนียมที่เหมาะสม เนื่องจากการเก็บค่าธรรมเนียมอาจส่งผลได้ทั้งสองทาง ทางบวกคือช่วยลดการใช้บริการที่สถานบริการโดยไม่จำเป็น ประชาชนควรรู้จักการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง แต่ก็อาจจะเป็นผลทางลบ หากผู้ที่เป็นกลุ่มยากจนหรือด้อยโอกาสที่สุดแต่ได้รับบัตรทองชนิดต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อใช้บริการ แม้เป็นเงินเพียงจำนวนเล็กน้อย ก็อาจเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของคนชายขอบกลุ่มนี้ได้ จะเห็นได้จากผลการสำรวจในครั้งนี้ ที่มีผู้ที่ได้รับบัตรทอง 30 บาทสูงกว่าบัตรทองฟรีประมาณหนึ่งเท่า ทำให้ดูเหมือนว่าสถานบริการสุขภาพอยากจะออกบัตรทอง 30 บาทมากกว่าบัตรทองฟรีให้แก่ประชาชน ด้วยความเชื่อว่าจะช่วยลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็นลงได้บ้าง ด้วยเหตุนี้ ประเด็นการเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการในปัจจุบันและอนาคต จึงเป็นคำถามเชิงนโยบายที่สำคัญว่า การเรียกเก็บเงิน 30 บาทเมื่อใช้บริการจะช่วยลดความฟุ่มเฟือยในการใช้บริการได้จริงหรือไม่ ในทางกลับกัน การเก็บเงิน 30 บาท อาจสร้างความไม่เป็นธรรม และไปขัดขวางการเข้าถึงบริการของคนยากจนที่สุดที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องการช่วยมากที่สุดหรือไม่

6. ผลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ ฯ พอจะสรุปได้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวนโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่คนไทยทุกคน โดยต้องการจะได้สิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในราคาถูก และอยากได้อิสระในการเลือกระบุสถานรักษาพยาบาลที่ต้องการด้วยตนเอง ประมาณครึ่งหนึ่งเห็นด้วยว่าควรจะต้องจ่ายเงินเพิ่มหากต้องใช้ยาที่มีราคาแพง ประมาณสองในสามไม่เชื่อว่าการให้สิทธิรักษาฟรีจะทำให้คนมาใช้บริการมากขึ้นโดยไม่จำเป็น และประชาชนหนึ่งในสามไม่มั่นใจว่าโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค จะให้บริการ

รักษาพยาบาลและใช้ยาดีมีคุณภาพโดยเสียเงินเพียงแค่ 30 บาทเท่านั้น ซึ่งข้อคิดเห็นเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่ารัฐบาลควรมีนโยบายในอนาคตที่จะให้ประชาชนเลือกสถานบริการได้(อย่างมีเงื่อนไข) เมื่อผ่านไประยะหนึ่งแล้ว และต้องเร่งพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานของสถานบริการและเครือข่าย เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกันระหว่างหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ แก่ประชาชน การพิจารณาแนวนโยบายที่จะให้ประชาชนบางส่วนที่พอจะมีรายได้ หรือมีฐานะได้มีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในบางกรณี เช่น การเลือกจ่ายราคาแพง การอยู่ห้องพิเศษ การใช้อุปกรณ์พิเศษ เป็นต้น น่าจะช่วยลดภาระงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดของประเทศและสอดคล้องกับแนวคิด การเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข รวยช่วยจน ได้ดีกว่าการการณในปัจจุบัน

7. สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพสมควรได้รับการพิจารณาใหม่ และอาจต้องใช้ระบบ mean test ร่วมไปด้วย ทั้งนี้ให้เปลี่ยนมุมมองจาก universal coverage (ถ้วนหน้า-สิทธิเท่ากัน-รับภาระไม่เท่ากัน) ไปสู่ total coverage (ถ้วนหน้า แต่สิทธิไม่เท่ากัน ร่วมรับภาระไม่เท่ากัน)
8. ศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ เช่น “ระยะทาง” “ภาวะทางร่างกาย: ความพิการ” “ความด้อยโอกาสทางสังคม” เป็นต้น ในการเข้ารับบริการตามสิทธิบัตรทอง และศึกษาระบบการบริการสุขภาพที่จะลดทอนปัจจัยที่สกัดกั้นการเข้ารับบริการตามสิทธิบัตรทองนั้น

เอกสารอ้างอิง

กองสถิติสังคม, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้น การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544

ภาคผนวก

คำนิยาม

โรคเฉียบพลัน หมายถึง อาการที่ผู้ตอบรับรู้ว่า ตนเองป่วยในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา นับจากวันที่ถูกสัมภาษณ์

โรคผู้ป่วยใน หมายถึง การเจ็บป่วยที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในสถานพยาบาลในรอบหกเดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ถูกสัมภาษณ์

โรคเรื้อรัง หมายถึง อาการ/การเจ็บป่วยที่ผู้ตอบรับรู้ว่า ตนเองมีอาการหรือป่วยเป็นโรคดังกล่าว ติดต่อกันเป็นเวลานาน

	วิงเวียน, พิษสุราเรื้อรัง
14 อาการไม่ชัดแจ้ง	เวียนหัว ไม่สบาย, ปวดหัว ตัวร้อน, เป็นไข้
	อ่อนเพลีย, ตรวจสุขภาพ, พิการ
15 อื่นๆ	งูกัด, ชรา, แผลกดทับ, ต่อม้ำเหลือง, hernia,
	ธาลัสซีเมีย
16 มะเร็ง	เนื้องอก
17 อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทุกชนิดรวมทั้งอุบัติเหตุจราจร

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเบิกได้ ซึ่งรวมถึงค่ายานพาหนะ และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางมาเข้ารับการรักษา

รายได้ครัวเรือน หมายถึง รายได้เงินสดในรอบหนึ่งเดือนของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนรวมกัน

รายได้เฉลี่ยต่อคน หมายถึง รายได้เงินสดในรอบหนึ่งเดือนของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทุกคนในครัวเรือน

คุณภาพบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน

1. ความเป็นมาของปัญหา

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส ผู้ป่วยจะมีการคัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ บางรายอาจมีอาการไข้ร่วมด้วย อาการต่างๆ เหล่านี้มักจะหายเองได้ภายในระยะเวลา 7-10 วัน การรักษาผู้ป่วยจึงเป็นไปเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น หลักฐานจากการศึกษาวิจัยในอดีตแสดงชัดเจนว่า การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนที่ไม่มีอาการจำเพาะไม่สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือบรรเทาอาการของโรคได้¹ ปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยดังกล่าวจึงไม่มีข้อบ่งชี้การใช้ยาปฏิชีวนะ เพียงแต่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามอาการเท่านั้น ยกเว้นในกรณีที่พบอาการแทรกซ้อนหรือมีอาการต่อเนื่องนานกว่า 10-14 วัน

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ การรับรู้และประสบการณ์ส่วนตัวของแพทย์ การที่ผู้ป่วยมีอาการน้ำมูกหรือเสมหะข้น และการตรวจพบว่ามีเม็ดเลือดขาวในเสมหะ และการมีเสียงหายใจผิดปกติ³ ในทางปฏิบัติทั่วไปพบว่า มีการใช้ยาปฏิชีวนะในอัตราที่สูงและเกินจำเป็นโดยไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในทางคลินิก ความฟุ่มเฟือยในการใช้ยาปฏิชีวนะพบมีรายงานในหลายๆ ประเทศโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว^{4,5} ซึ่งยืนยันว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดเชื้อดื้อยา นอกจากนี้ยังทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าที่ควรจะเป็น ส่งผลกระทบต่องบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ

ในการวิจัยประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁶ ผู้วิจัยนำประเด็นการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนมาเป็นกรณีศึกษาคุณภาพของการบริการภายใต้โครงการดังกล่าว โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลและหน่วยบริการต่างๆ ว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะมากน้อยเพียงใดในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนที่มีอาการไม่จำเพาะ และมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันหรือไม่ ในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพที่ต่างกัน

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ในโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับต่างๆ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในระบบประกันสุขภาพที่ต่างกัน

3. วิธีการศึกษา

3.1 กลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โดยครอบคลุมโรคต่อไปนี้ ได้แก่ URI, Common cold, Flu, Rhinitis, Pharyngitis และ Laryngitis (ในการศึกษาครั้งนี้ไม่นับรวม Tonsillitis และ Bronchitis)

3.2 ขนาดตัวอย่าง

จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสิ้น 7,054 ราย เป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน 3,220 ราย และผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน 3,830 ราย

3.3 สถานที่ศึกษา

แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ นครราชสีมาหนองบัวลำภู สระบุรี ปทุมธานี ยะลา และนราธิวาส โดยเก็บข้อมูลจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป ห้องตรวจเด็ก และหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล

3.4 วิธีการเก็บข้อมูล

1. ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2544 ย้อนหลังไปจนครบจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ เพื่อค้นหารายชื่อ และเลขประจำตัว ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคต่อไปนี้ ได้แก่ URI, Common cold, Flu, Rhinitis, Pharyngitis และ Laryngitis
2. นำรายชื่อและหมายเลขประจำตัวของผู้ป่วยมาสืบค้นแฟ้มประวัติผู้ป่วยแต่ละราย และนำมาศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ และประเภทของสิทธิที่ใช้ เก็บข้อมูลลงในแบบบันทึก
3. ตรวจสอบและบันทึกการยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่ใช้ในแต่ละโรงพยาบาล ชื่อสามัญ ชื่อทางการค้า รวมทั้งประเภทของการเบิกจ่าย

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

บันทึกข้อมูล และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Epi-Info 6.04 ข้อมูลทั่วไปที่แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ และใช้สถิติวิเคราะห์ ค่า Chi-square และใช้โปรแกรม STATA 6.0 ในการวิเคราะห์ Logistic Regression เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิในระบบประกันสุขภาพกับการใช้ยาปฏิชีวนะโดยควบคุมตัวแปร อายุ และโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ประเภทของโรงพยาบาล และชนิดของหน่วยบริการ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

4. ผลการศึกษา

4.1 ข้อมูลจำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนทั้งสิ้น จำนวน 7,014 คน แจกแจงรายจังหวัดและประเภทโรงพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 19 ผู้ป่วยห้องตรวจทั่วไป ห้องตรวจเด็ก หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU ใน) และหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาล (PCU นอก) มีจำนวนทั้งสิ้น 2,592, 1,783, 1,352 และ 1,327 ราย ตามลำดับ (ตารางที่ 20) อายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 29 มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และร้อยละ 6.4 เป็นผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป การวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ URI (Respiratory Tract Infection) พบร้อยละ 57.4 รองลงมาได้แก่ Pharyngitis, Common Cold, และ Rhinitis พบร้อยละ 25.6, 11.6, และ 4.5 ตามลำดับ การใช้สิทธิในระบบประกันสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50.9 เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดบัตรทองฟรี และร้อยละ 15.1 เป็นผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดบัตรทองเรียกเก็บ 30 บาท ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการ และประกันสังคม พบร้อยละ 8.4 และ 4.0 ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ไม่ใช้สิทธิและจ่ายเงินค่ารักษาเองร้อยละ 17.2 (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 19 จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยแจกแจงตามประเภทโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด

โรงพยาบาล จังหวัด	รพ ชุมชน	รพ ทั่วไป	รพ ศูนย์ มหาวิทยาลัย	รพ เอก ชน	รวม	
เหนือ						
เชียงใหม่	824	-	-	325	448	1,597
แพร่	365	319	-	-	149	833
ใต้						
นราธิวาส	352	354	-	-	-	706
ยะลา	421	-	362	-	-	783
อีสาน						
นครราชสีมา	750	-	314	-	273	1,337
หนองบัวลำภู	363	460	-	-	-	823
กลาง						
ปทุมธานี	394	220	-	-	-	614
สระบุรี	361	-	-	-	-	361
รวม	3,830	1,353	676	325	871	7,054

ตารางที่ 20 จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยจากหน่วยบริการต่างๆ แยกตามประเภทโรงพยาบาล

หน่วยบริการ ประเภทโรงพยาบาล	ห้องตรวจทั่วไป	ห้องตรวจเด็ก	PCU ใน รพ	PCU นอก รพ
รพ ชุมชน	1,783	858	464	725
รพ ทั่วไป	302	468	313	270
รพ ศูนย์	213	225	58	180
รพ มหาวิทยาลัย	105	100	60	60
รพ เอกชน	189	132	457	92
รวม	2,592	1,783	1,352	1,327

ตารางที่ 21 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 5 ปี	2,053	29.1
6 - 15 ปี	1,643	23.3
16 -35 ปี	1,586	22.5
36 - 60 ปี	1,317	18.7
มากกว่า 60 ปี	453	6.4
กลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัย		
1. URI	4,053	57.4
2. Pharyngitis	1,803	25.6
3. Common cold	819	11.6
4. Rhinitis	318	4.5
5. Laryngitis	36	0.5
6. Flu	25	0.4
ประเภทของสิทธิที่ผู้ป่วยมี		
1. จ่ายเงินเอง	1,215	17.2
2. บัตรทอง 30 บาท	1,063	15.1
3. บัตรทองฟรี	3,592	50.9
4. บัตรสุขภาพ	205	2.9
5. ประกันสังคม	280	4.0
6. ข้าราชการ	591	8.4
7. พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	0.0
8. สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง	15	0.2
9. ประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล	8	0.1
10. อื่นๆ	83	1.2

4.2 การใช้จ่ายสิทธิในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจทั้งหมดจำนวน 7,054 ราย พบการใช้จ่ายสิทธิขึ้นโดยรวม ร้อยละ 55.3 เมื่อแยกตามรายโรคพบว่า กลุ่มที่วินิจฉัยโรค URI มีการใช้จ่ายสิทธิขึ้นร้อยละ 52.7 โรค Rhinitis, Common cold, และ Flu มีการใช้จ่ายสิทธิขึ้นร้อยละ 35.2, 36.0, และ 10.0 ตามลำดับ ส่วนโรค Pharyngitis และ Laryngitis พบมีการใช้จ่ายสิทธิขึ้นร้อยละ 85.1 และ 69.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 22) อายุผู้ป่วยกับการใช้จ่ายสิทธิพบว่า กลุ่มอายุ 16-35 ปี มีการใช้จ่าย

ปฏิชีวนะมากที่สุด(ร้อยละ 64.8) ส่วนกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี พบมีการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 45.8 และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 47.5 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 23

ชนิดของยาปฏิชีวนะที่ใช้มากที่สุดคือยาในกลุ่ม Penicillin (ร้อยละ 91.5) ยาปฏิชีวนะอื่นๆ ได้แก่ Erythromycin, Cotrimoxazole, Tetracycline, Cephalosporin, และ Lincocin พบร้อยละ 5.4, 1.7, 0.6, 0.6 และ 0.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 24) ยาปฏิชีวนะที่ใช้ดังกล่าวเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.8) พบว่า เป็นกลุ่มยาที่โรงพยาบาลจัดไว้ในประเภทยาเบิกจ่ายได้โดยไม่มีเงื่อนไขในทุกสิทธิของระบบประกันสุขภาพ

เมื่อพิจารณาการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI, Rhinitis, Common cold, และ Flu ในหน่วยบริการต่างๆ ของโรงพยาบาล พบว่าในโรงพยาบาลชุมชนอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละหน่วยบริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการใช้ต่ำสุดในหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกโรงพยาบาล (PCU นอก) คือร้อยละ 23.6 และสูงสุดที่ ห้องตรวจทั่วไป คือร้อยละ 41.9 ส่วนห้องตรวจเด็ก และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU ใน) พบ ร้อยละ 37.0, และ 35.9 ตามลำดับ (P-value <0.05) (ตารางที่ 25) โรงพยาบาลทั่วไปพบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละหน่วยบริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการใช้ต่ำสุดในหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล (PCU นอก) คือร้อยละ 39.9 และสูงสุดที่ หน่วย PCU ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 63) ส่วนห้องตรวจทั่วไปและห้องตรวจเด็กพบ ร้อยละ 42.4, และ 52.5 ตามลำดับ (P-value <0.05)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI, Rhinitis, Common cold, และ Flu ในแต่ละหน่วยบริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการใช้ต่ำสุดที่ห้องตรวจเด็ก คือร้อยละ 17.6 และสูงสุดที่หน่วย PCU ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 71.9) ส่วนห้องตรวจทั่วไป และ PCU นอกโรงพยาบาลพบร้อยละ 46.8, และ 62.8 ตามลำดับ (P-value <0.05) ส่วนโรงพยาบาลเอกชนพบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละหน่วยบริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการใช้ต่ำสุดที่หน่วย PCU นอกโรงพยาบาล คือร้อยละ 54.7 และสูงสุดที่หน่วย PCU ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 70.6) ส่วนห้องตรวจทั่วไป และห้องตรวจเด็กพบร้อยละ 68.4, และ 60.5 ตามลำดับ (P-value <0.05)

โรงพยาบาลศูนย์พบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละหน่วยบริการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือการใช้ต่ำสุดที่หน่วย PCU นอกโรงพยาบาล คือร้อยละ 39.5 ส่วนหน่วยบริการห้องตรวจทั่วไป ห้องตรวจเด็ก และหน่วยPCU ในโรงพยาบาล พบร้อยละ 46.8, 40.8 และ 54.5 ตามลำดับ (P-value >0.05) ส่วนการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค Pharyngitis และ

Laryngitis ในหน่วยบริการต่างๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทุกประเภทโรงพยาบาล โดยอัตราการใช้ยาอยู่ระหว่างร้อยละ 66-100 (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 22 การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแยกตามโรคที่วินิจฉัย

โรคที่วินิจฉัย	จำนวน ตัวอย่าง	การใช้ยาปฏิชีวนะ	
		จำนวน	ร้อยละ
URI	4,053	2,137	52.7
Pharyngitis	1,803	1,534	85.1
Common cold	819	82	10.0
Rhinitis	318	112	35.2
Laryngitis	36	25	69.4
Flu	25	9	36.0
รวม	7,054	3,899	55.3

หมายเหตุ: ผู้ป่วยโรค Tonsillitis ไม่นำมารวมในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 23 การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแยกตามกลุ่มอายุ

อายุ	จำนวน ตัวอย่าง	การใช้ยาปฏิชีวนะ	
		จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5 ปี	2,053	940	45.8
6 - 15 ปี	1,643	938	57.1
16 - 35 ปี	1,586	1,028	64.8
36 - 60 ปี	1,317	777	59.0
มากกว่า 60 ปี	453	215	47.5

Chi square 153.94, P-value < 0.05

ตารางที่ 24 ชนิดของยาปฏิชีวนะที่ใช้ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน

กลุ่มยาปฏิชีวนะ	จำนวน	ร้อยละ
Penicillin	3,566	91.5
Erythromycin	210	5.4
Cotrimoxazole	67	1.7
Cephalosporin	23	0.6
Tetracycline	23	0.6

Lincocin	10	0.3
รวม	3,899	100.0

ตารางที่ 25 การใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI, Rhinitis, Common cold, และ Flu แยกตามหน่วยบริการและประเภทโรงพยาบาล

หน่วยบริการ โรงพยาบาล	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ¹			
	ทั่วไป	เด็ก	PCU ใน รพ.	PCU นอก รพ.
รพ. ชุมชน ²	420/1,002 (41.9)	251/678 (37.0)	116/323 (35.9)	129/547 (23.6)
รพ. ทั่วไป ²	73/172 (42.4)	178/339 (52.5)	165/262 (63.0)	85/213 (39.9)
รพ. ศูนย์	89/190 (46.8)	80/196 (40.8)	30/55 (54.5)	68/172 (39.5)
รพ. มหาวิทยาลัย ²	36/77 (46.8)	16/91 (17.6)	41/57 (71.9)	27/43 (62.8)
รพ. เอกชน ²	108/158 (68.4)	72/119 (60.5)	315/446 (70.6)	41/75 (54.7)

¹ ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ;

² แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างหน่วยบริการ (P-value < 0.05)

ตารางที่ 26 การใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค Pharyngitis และ Laryngitis แยกตามหน่วยบริการในแต่ละประเภทโรงพยาบาล

หน่วยบริการ โรงพยาบาล ²	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ¹			
	ทั่วไป	เด็ก	PCU ใน รพ.	PCU นอก รพ.
รพ. ชุมชน	665/781 (85.1)	167/180 (92.8)	134/141 (95.0)	144/178 (80.9)
รพ. ทั่วไป	98/130 (75.4)	101/129 (78.3)	41/51 (80.4)	52/57 (91.2)
รพ. ศูนย์	16/23 (69.6)	23/29 (79.3)	2/3 (66.7)	8/8 (100.0)
รพ. มหาวิทยาลัย	20/28 (71.4)	6/9 (66.7)	3/3 (100.0)	17/17 (100.0)

รพ. เอกชน	26/31 (83.9)	12/13 (92.3)	8/11 (72.7)	16/17 (94.1)
-----------	-----------------	-----------------	----------------	-----------------

¹ ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ; ² ไม่แตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการในทุกประเภทโรงพยาบาล (P-value > 0.05)

4.3 สิทธิในระบบประกันสุขภาพกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน

ในกลุ่มโรค URI, Rhinitis, Common cold และ Flu พบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีสิทธิต่างกันในระบบประกันสุขภาพ (P-value < 0.05) ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีการใช้ยาปฏิชีวนะต่ำสุด (ร้อยละ 37) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง พบร้อยละ 54.9 ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดเรียกเก็บ 30 บาท พบมีการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 54.4 กลุ่มที่ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม พบร้อยละ 50.0 และ 51.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 27 ส่วนโรค Pharyngitis และ Laryngitis พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิต่างกัน โดยกว่าร้อยละ 80 มีการใช้ยาปฏิชีวนะ (ตารางที่ 28)

ในการวิเคราะห์ Logistic Regression เมื่อควบคุมตัวแปรต่างๆ แสดงผลว่า อายุผู้ป่วย โรคที่วินิจฉัย ประเภทโรงพยาบาล ชนิดหน่วยบริการ และชนิดของสิทธิในระบบประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 29)

ตารางที่ 27 การใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI, Rhinitis, Common cold, และ Flu แยกตามประเภทสิทธิในระบบประกันสุขภาพ

ประเภทสิทธิ ¹	จำนวน ตัวอย่าง	การใช้ยาปฏิชีวนะ	
		จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้/ไม่มีหลักประกัน (จ่ายเงินเอง)	946	519	54.9
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ชนิดเรียกเก็บ 30 บาท/ครั้ง	833	453	54.4
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)/บัตรสุขภาพ	2,750	1,019	37.1
ประกันสังคม	188	96	51.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	414	207	50.0
ประกันสุขภาพส่วนบุคคล/สวัสดิการโดยนายจ้าง	19	11	57.9

¹ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสิทธิในระบบประกันสุขภาพ (P-value < 0.05)

ตารางที่ 28 การใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค Pharyngitis และ Laryngitis แยกตามประเภทสิทธิ
ในระบบประกันสุขภาพ

ประเภทสิทธิ ¹	จำนวน ตัวอย่าง	การใช้ยาปฏิชีวนะ	
		จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช่/ไม่มีหลักประกัน (จ่ายเงินเอง)	269	234	87.0
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดเรียกเก็บ 30 บาท/ครั้ง	230	194	84.3
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)/บัตรสุขภาพ	1,047	882	84.2
ประกันสังคม	92	84	91.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	179	145	81.1
ประกันสุขภาพส่วนบุคคล/สวัสดิการโดยนายจ้าง	4	4	100

¹ ไม่แตกต่างกันระหว่างสิทธิในระบบประกันสุขภาพ (P-value >0.05)

ตารางที่ 29 Coefficients ในการวิเคราะห์ Logistic Regression เพื่อแสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ

ปัจจัย	Coefficient	95%CI	P-value
ประเภทโรงพยาบาล	-0.042	-0.080, -0.005	0.024
ชนิดของหน่วยบริการ	-0.117	-0.161, -0.072	0.000
อายุผู้ป่วย	0.003	0.001, 0.006	0.005
โรคที่วินิจฉัย	-0.354	-0.389, -0.320	0.000
ชนิดของสิทธิในระบบประกันสุขภาพ	-0.043	-0.086, -0.001	0.043

5. สรุป และอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนมีความแตกต่างกันในแต่ละชนิดของหน่วยบริการ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะต่ำสุดในหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาล (PCU นอก) ของโรงพยาบาลชุมชน คือพบอัตราการใช้ยาในกลุ่มโรค URI, Rhinitis, Common cold, และ Flu ร้อยละ 23.6 เปรียบเทียบกับห้องตรวจทั่วไปในโรงพยาบาลซึ่งพบ ร้อยละ 41.9 อาจเป็นไปได้ว่า ชนิดของผู้ให้บริการมีส่วนเกี่ยวข้อง กล่าวคือ ผู้ให้บริการในหน่วย PCU นอก ของโรงพยาบาลชุมชนมักเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือพยาบาล ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่าง และมีความระมัดระวังในการสั่ง

จ่ายยามากกว่าผู้ให้บริการที่เป็นแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่แพทย์ในระดับปฐมภูมิ จะได้รับการอบรมให้มีวิธีปฏิบัติตามแนวทาง และเกณฑ์ที่กำหนด⁶

ในโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย) การใช้ยาปฏิชีวนะพบอัตราสูงสุดในหน่วย PCU นอก คือร้อยละ 62 เมื่อเทียบกับร้อยละ 46.8 และร้อยละ 17.6 ที่ห้องตรวจทั่วไป และห้องตรวจเด็ก ตามลำดับ อาจเป็นไปได้ว่า ความรู้ ประสบการณ์ และความมั่นใจในการวินิจฉัย/รักษา ของผู้ให้บริการอาจมีผลต่อการปฏิบัติที่แตกต่างในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ เป็นข้อน่าสังเกตว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในห้องตรวจเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ (ร้อยละ 17.6) ต่ำกว่าที่ได้มีการศึกษาไว้ในอดีตในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน ที่พบอัตราการใช้สูงถึง ร้อยละ 67⁷

ในการศึกษารั้งนี้พบว่าโรคที่ได้รับการวินิจฉัยบ่อยที่สุดคือ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบไม่จำเพาะ (URI; Nonspecific upper respiratory tract infections) คือพบร้อยละ 57.4 ในกลุ่มนี้พบว่ามีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 52.7 ซึ่งเป็นการยากที่จะการประเมินว่า การใช้ยาปฏิชีวนะนั้นมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด เนื่องจากการวินิจฉัยในลักษณะนี้ไม่ได้บ่งจำเพาะตำแหน่ง และลักษณะของการติดเชื้อ ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่การวินิจฉัยระบุการอักเสบบริเวณคอ (Pharyngitis) พบว่ามีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 85.1 อย่างไรก็ตาม แม้การวินิจฉัยจะบอกชัดเจนว่าเกิดจากการติดเชื้อไวรัส ก็ยังพบว่ามีคำสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ 36 ใน Flu และ ร้อยละ 10 ใน Common cold) ผลการศึกษานี้แสดงว่า การใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับชนิดของสิทธิของผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพ ในกลุ่มการวินิจฉัยโรค URI, Common cold, Rhinitis, และ Flu ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะต่ำสุด (ร้อยละ 37) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่จ่ายเงินเอง (ร้อยละ 54.9) ประกันสังคม (ร้อยละ 51.1) และข้าราชการ (ร้อยละ 50) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า การแสดงการใช้สิทธิบัตร มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ ทำให้มีความระมัดระวัง และมีเกณฑ์การการใช้ยาที่เคร่งครัดมากกว่าเนื่องจากรู้ว่ามียาประมาณจำกัด ซึ่งมองในด้านดีก็น่าจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ในกรณีที่โรคนี้ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ในขณะที่การใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นมีโอกาสเกิดได้สูงในกลุ่มที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่ไม่จำกัด แพทย์อาจมีแนวโน้มในการตัดสินใจสั่งยาได้สะดวกกว่า อีกทั้งความคาดหวังต้องการยาปฏิชีวนะของผู้ป่วย ก็อาจเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบการใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะในกลุ่มโรค Pharyngitis, Laryngitis พบว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ระหว่าง ร้อยละ 81-100 และไม่พบว่ามีแตกต่างในการปฏิบัติไม่ว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิใดในระบบประกันสุขภาพ อาจแสดงได้อย่างหนึ่งเพื่อให้ผู้ใช้สิทธิบัตรทองมั่นใจว่า ในกรณีจำเป็นที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา ผู้ป่วยก็จะโอกาสได้รับยาโดยเท่าเทียมกัน

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคทางเดินหายใจอักเสบส่วนบนพบในอัตราสูง การลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นจะทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย และลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล ส่งผลต่อการประหยัดงบประมาณของประเทศ การจัดบริการแก่ประชาชนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ควรได้มีการกำหนดมาตรการการต่างๆ เพื่อลดปัญหาดังกล่าว ได้แก่

1. กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติที่อิงหลักฐานทางวิชาการ เพื่อกำหนดข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ การอิงหลักฐานความรู้จากงานวิจัยที่เป็นปัจจุบัน จะสร้างความน่าเชื่อถือให้กับแนวทางปฏิบัติดังกล่าว และสร้างความมั่นใจให้ผู้ไข้
2. ควรมีการประเมินสถานการณ์ และติดตามแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นระยะ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่พบว่ามีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสูง ข้อมูลดังกล่าวควรมีการแจ้งกลับแก่ผู้ให้บริการในพื้นที่ และหากเป็นไปได้ควรมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา อภิปราย วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Arrol B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold. The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
2. Dowell S F, Schwartz B, Philips W R. Appropriate use of antibiotics for URIs in children: Part II. Cough, Pharyngitis and the Common Cold. Am Fam Physician 1998;58(6):1335-42.
3. Dosh S A, Hickner J M, Mainous A G, Ebell M H. Predictors of antibiotic prescribing for nonspecific respiratory infections, acute bronchitis and acute sinusitis. The Journal of Family Practice 2000;49(5):407-14.
4. Mainous A G, Hueston W J, Clark J R. Antibiotics and Upper Respiratory Infection: Do some folks think there is a cure for common cold? Journal of Family Practice 1996;44(2):357-61.
5. Gonzales R, Steiner J F, Sande M A. Antibiotic prescribing for adults with Colds, Upper Respiratory Tract Infections, and Bronchitis by ambulatory care physicians. JAMA 1997;278(11):901-4.

6. จักรพันธ์ สุศิวัะ, สุปรีดา หัพนานนท์, อรรวรรณ ตะเวทิพงศ์, หนึ่งหทัย คุณานนท์, สิริชัย นาม
ทรงศนีย์, เสรี อุ่่นอร่ามวัฒน์. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2540;18(4):261-68.
7. มยุรี กล้าณรงค์. การศึกษาการไ้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน
ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารอาหารและยา 2542;6(2):33-
41.

คุณภาพบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาการรักษาโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินการใช้จ่ายรักษาโรคเรื้อรังในสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้โรคเบาหวานเป็นตัวแทนของโรคเรื้อรังที่ศึกษา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการใช้จ่ายรักษาโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลต่างกัน
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการใช้จ่ายรักษาโรคเบาหวานในสถานพยาบาลระดับที่ต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการใช้จ่ายและการนัดติดตามการรักษาโรคเบาหวานในหน่วยบริการที่ต่างกัน
4. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานในสถานพยาบาลหลังดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นิยามศัพท์ในการศึกษา

กลุ่มยาเบาหวาน

1. **กลุ่มยาราคาถูก** หมายถึง chlorpropamide, glibenclamide, metformin ที่ผลิตในประเทศ (ยากลุ่มนี้เป็นยาพื้นฐานที่เข้กันอยู่ทั่วไป) ราคาอยู่ระหว่างเม็ดละ 0.5-1.50 บาท
2. **กลุ่มยาราคาปานกลาง** หมายถึง ยา glipizide, gliclazide ที่ผลิตในประเทศ ราคาอยู่ระหว่างเม็ดละ 3-5 บาท รวมทั้ง insulin ชนิดแบบธรรมดา (NPH, RI)
3. **กลุ่มยาราคาแพง** หมายถึงยาเบาหวานที่ผลิตจากต่างประเทศ (Original drugs) และ insulin ชนิดแบบ premixed หรือ penfills

การควบคุมน้ำตาล

1. **กลุ่มควบคุมได้ดี** หมายถึงกลุ่มที่ระดับ FBS < 140 mg%
2. **กลุ่มควบคุมได้ปานกลาง** หมายถึงกลุ่มที่ระดับ FBS อยู่ระหว่าง 140-180 mg%
3. **กลุ่มควบคุมไม่ได้** หมายถึงกลุ่มที่ระดับ FBS > 180 mg%

การนัด

1. **นัดคงเดิม** หมายถึงระยะห่างของการนัดผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนและหลังดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันไม่เกิน 1 สัปดาห์
2. **นัดถี่ขึ้น** หมายถึงระยะห่างของการนัดผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนและหลังดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเร็วขึ้นมากกว่า 1 สัปดาห์
3. **นัดห่างออก** หมายถึงระยะห่างของการนัดผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนและหลังดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช้าลงเกินกว่า 1 สัปดาห์

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนรายงานผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และรับการรักษาต่อเนื่องที่สถานพยาบาลที่ศึกษาก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะไตวายแทรกซ้อน (serum creatinine < 1.5%)

สถานที่ศึกษา

แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษาที่คัดเลือกจาก จังหวัด ในโครงการนำร่องโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี และ จังหวัดสระบุรี เขตภาคกลาง จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดแพร่ เขตภาคเหนือ จังหวัดนครราชสีมาและ จังหวัดหนองบัวลำภู เขตภาคอีสาน และ จังหวัดยะลาและจังหวัดนราธิวาส เขตภาคใต้ จำนวนทั้งสิ้น 42 แห่ง โดยเก็บข้อมูลทั้งจากห้องตรวจทั่วไป คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน และหน่วยบริการปฐมภูมิ

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มเก็บตัวอย่างในห้องตรวจแต่ละชนิดดังนี้

◆ โรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน

- จากห้องตรวจทั่วไป 50 ราย
- จากหน่วยปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล 25 ราย
- จากหน่วยปฐมภูมิกายนอกโรงพยาบาล 25 ราย

(ในกรณีที่ไม่มี หน่วย ปฐมภูมิกายนอกโรงพยาบาล ให้เก็บจากหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลเพิ่มเป็น 50 ราย ในกรณีที่ไม่มีหน่วยบริการในโรงพยาบาลนั้นให้เก็บจนครบจำนวน 100 ราย)

◆ โรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สุ่มเก็บตัวอย่างดังนี้

- จากห้องตรวจทั่วไป 100 ราย

- จากหน่วยปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล 50 ราย

- จากหน่วยปฐมภูมิภายนอกโรงพยาบาล 50 ราย

(ในกรณีที่ไม่มี หน่วย ปฐมภูมินอกโรงพยาบาล ให้เก็บจากหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลเพิ่มเป็น 100 ราย ในกรณีที่ไม่มี การแยกหน่วยบริการให้เก็บจนครบจำนวน 200 ราย)

วิธีการเก็บข้อมูล

- ◆ ค้นรายการยารักษาโรคเบาหวานที่มีใช้ในโรงพยาบาลนั้นทั้งหมด ทั้งชื่อการค้า ชื่อสามัญ และราคาต้นทุนของยาแต่ละรายการ บันทึกลงในแบบบันทึก
- ◆ ค้นจากทะเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ได้รายชื่อของผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ ตามจำนวนที่กำหนดไว้
- ◆ ค้นหาแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก (OPD card) จากรายชื่อและหมายเลขโรงพยาบาล (HN) ที่ค้นได้
- ◆ ค้นข้อมูลจากแฟ้มและบันทึกลงในแบบบันทึก

การบันทึกข้อมูล

ข้อมูลในแบบบันทึกทั้งหมดจะถูกส่งให้กับส่วนประมวลผลข้อมูลกลาง ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทำการให้รหัส และบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info version 6.04D และทำการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยใช้โปรแกรมย่อย validate ในชุดโปรแกรม Epi Info เช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Epi -Info Version 6.04 ข้อมูลทั่วไป ที่แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติวิเคราะห์ค่า Chi-square ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสถิติในระบบประกันสุขภาพกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลจำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาใน 4 ภูมิภาค ภาคละ 2 จังหวัด มีจำนวนสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาจำนวน 42 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งสิ้น 4,987 ราย กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลเอกชนเกือบทั้งหมดอยู่ในภาคเหนือ สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในการศึกษาเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก (10 เตียง) ที่เพิ่งเปิดให้บริการยังมีผู้ป่วยไม่มากนักจึงมีจำนวนผู้

ป่วยที่ศึกษาเพียง 40 รายจากจำนวนตัวอย่างที่รับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน 416 ราย สำหรับพื้นที่ภาคกลางและภาคใต้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนเลย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่อยู่ในพื้นที่ศึกษามีเพียงหนึ่งแห่งคือโรงพยาบาลสวนดอก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีจำนวนตัวอย่าง 217 รายดังรายละเอียดในตารางที่ 30-31

เมื่อแยกตามชนิดของหน่วยบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80.3 ไปรับบริการที่ห้องตรวจทั่วไปหรือคลินิกพิเศษในโรงพยาบาลซึ่งเป็นการให้บริการในระบบเดิม ผู้ป่วยร้อยละ 13.0 ได้รับการที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 6.7 ที่ได้รับการที่หน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ส่วนในภาคกลางและภาคใต้มีผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิน้อยมาก ทั้งนี้เนื่องจากการจัดระบบบริการในพื้นที่ศึกษาภาคใต้และภาคกลางไม่มีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกส่งตัวไปรับบริการในห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือที่คลินิกพิเศษภายในโรงพยาบาล รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 32

ตารางที่ 30 ชนิดของโรงพยาบาลแยกตามภาค

ภาค	รพ. ชุมชน	รพ.ทั่วไป	รพ.ศูนย์	รพ.มหาวิทยาลัย	รพ.เอกชน	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา
ภาคกลาง	6	1	1	-	-	989
ภาคเหนือ	9	1	-	1	3	1812
ภาคใต้	6	1	1	-	-	806
ภาคอีสาน	9	1	1	-	1	1,380
รวม	20	4	3	1	4	4,987

ตารางที่ 31 จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาแยกตามชนิดของโรงพยาบาลที่ศึกษาและภูมิภาค

ภาค	รพ.ชุมชน	รพ.ทั่วไป	รพ.ศูนย์	รพ.มหาวิทยาลัย	รพ.เอกชน	รวม
ภาคกลาง	606	180	203	0	0	989
ภาคเหนือ	1,016	203	0	217	376	1,812
ภาคใต้	394	210	202	0	0	806
ภาคอีสาน	932	208	200	0	40	1,380
รวม	2,948	801	605	217	416	4,987

ตารางที่ 32 จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาแรงแจตามชนิดของหน่วยบริการในแต่ละภูมิภาค

ภาค	ห้องตรวจทั่วไป/คลินิกพิเศษ	PCU ใน	PCU นอก	รวม
ภาคกลาง	909	50	30	989
ภาคเหนือ	1,303	417	92	1,812
ภาคใต้	796	10	0	806
ภาคอีสาน	995	170	215	1,380
รวม	4,003	647	337	4,987

2. สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้ในการรับการรักษาเบาหวาน

ก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บัตรผู้สูงอายุหรือบัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อยในการรักษาพยาบาลถึงร้อยละ 41.7 ทั้งนี้จะเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าอยู่แล้วหากรับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งแปลงมาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.7 ทั้งนี้จะเป็นการเคลื่อนย้ายมาจากกลุ่มที่เคยใช้บัตรสุขภาพ 500 บาทเดิม และกลุ่มผู้ไม่ใช้หลักประกันใดๆซึ่งมีอัตราลดลงจากร้อยละ 18.9 เหลือร้อยละ 9.1 และร้อยละ 11.4 เหลือร้อยละ 8.0 ตามลำดับ สำหรับผู้ใช้สิทธิประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

ก่อนมิถุนายน 2544 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.3 ใช้สิทธิบัตรทอง / บัตรผู้สูงอายุ / บัตรผู้ป่วยรายได้น้อย / หรือบัตรสุขภาพ ซึ่งรัฐให้งบประมาณในลักษณะเหมาจ่ายแก่สถานพยาบาลในการรักษาเบาหวาน หลังมิถุนายน 2544 สัดส่วนของกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 71.8

หลังการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองโดยไม่ใช้หลักประกันมีจำนวนลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 11.4 เหลือร้อยละ 8.0

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใช้สิทธิบัตรบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาก่อนมิถุนายน 2544 เนื่องจากพื้นที่ทำการเก็บข้อมูลเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่เมษายน 2544 สิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษาเบาหวานแสดงไว้ในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้ในการรักษาพยาบาลก่อนและหลังมิถุนายน 2544

ประเภทสิทธิ	ก่อนมิถุนายน 2544		หลังมิถุนายน 2544	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้ / ไม่มีหลักประกัน (จ่ายเงินเอง)	569	11.4	401	8.0
บัตรทอง 30 บาท *	137	2.7	797	16.0
บัตรทองฟรี**(บัตรผู้สูงอายุ/บัตรรายได้ต่ำ)***	2,078	41.7	2,328	46.7
บัตรสุขภาพ 500 บาท	943	18.9	454	9.1
ประกันสังคม	139	2.8	129	2.6
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	843	16.9	859	17.3
ไม่มีข้อมูลเรื่องสิทธิ	278	5.6	19	0.4
รวม	4,987	100.0	4,987	100.0

* บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดเรียกเก็บ 30 บาท / ครั้ง

**บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียม

*** ก่อนมิถุนายน 2544 เป็นบัตรผู้สูงอายุ / บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หลังมิถุนายน 2544 เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียม

3. การเลือกจ่ายในการรักษาเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่าในพื้นที่ศึกษาสถานบริการส่วนใหญ่เลือกจ่ายในกลุ่มที่เป็นยาพื้นฐานและผลิตในประเทศซึ่งมีราคาถูกลงถึงร้อยละ 80.3 ผู้ป่วยร้อยละ 15.6 ได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาปานกลาง มีเพียงประมาณร้อยละ 4 ที่ได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาแพง ภาคกลางและภาคเหนือมีแนวโน้มใช้ยาราคาสูงกว่าภาคอื่นคือร้อยละ 5.4 และร้อยละ 6.0 ของผู้ป่วยได้รับยากลุ่มที่ราคาแพง ร้อยละ 10.9 และร้อยละ 22.7 ได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาปานกลาง ภาคใต้มีอัตราการจ่ายยาราคาแพงต่ำที่สุดคือเพียงร้อยละ 0.4 แต่มีการจ่ายยาในกลุ่มที่มีราคาปานกลางร้อยละ 17.6 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการจ่ายยากลุ่มราคาสูงที่สุดคือร้อยละ 91.6 ของผู้ป่วย รายละเอียดของกลุ่มยาที่ใช้แยกตามภาคแสดงไว้ในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานแยกตามภาค

ภาค	กลุ่มยาราคาถูก (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาปานกลาง (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาแพง (ร้อยละ)
กลาง	83.7	10.9	5.4
เหนือ	71.3	22.7	6.0
ใต้	82.0	17.6	0.4
อีสาน	91.6	5.5	2.9
รวม	80.3	15.6	4.1

เมื่อแจกแจงตามกลุ่มยาตามขนาดของโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปมีลักษณะการเลือกให้ยาค่ายกันคือผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 ได้รับยาในกลุ่มราคาถูก ประมาณร้อยละ 8 ได้รับยาในกลุ่มราคาปานกลาง มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 2 ที่ได้รับยากลุ่มราคาแพง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มการให้ยาราคาสูงกว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยผู้ป่วยร้อยละ 21.0 ได้รับยาในกลุ่มราคาถูก ร้อยละ 68.8 ได้รับยาในกลุ่มราคาปานกลาง และร้อยละ 10.2 ได้รับยาในกลุ่มราคาแพง ส่วนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนผู้ป่วยร้อยละ 39.4 ได้รับยากลุ่มราคาถูก ร้อยละ 39.4 ได้รับยากลุ่มราคาแพง และร้อยละ 18.7 ได้รับยากลุ่มราคาแพง

ผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางปฏิบัติงานอยู่เช่นเดียวกับสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีอัตราการได้รับยาในกลุ่มราคาปานกลางและราคาแพงสูงกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป แต่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชน กล่าวคือ ร้อยละ 77.2 ได้รับยากลุ่มราคาถูก ร้อยละ 15.8 ได้รับยากลุ่มราคาปานกลางและร้อยละ 7.0 ได้รับยากลุ่มราคาแพง รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานแยกตามประเภทของโรงพยาบาล

ชนิดของโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยที่ ศึกษา	กลุ่มยาราคาถูก (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาปานกลาง (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาแพง (ร้อยละ)
โรงพยาบาลชุมชน	2,928	89.4	8.9	1.7
โรงพยาบาลทั่วไป	799	89.9	8.2	1.9
โรงพยาบาลศูนย์	602	77.2	15.8	7.0

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	215	21.0	68.8	10.2
โรงพยาบาลเอกชน	401	39.4	39.4	18.7

* เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเภทของโรงพยาบาลพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$

เมื่อวิเคราะห์โดยแจกแจงตามชนิดของหน่วยบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการพบแนวโน้มว่าหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลใช้ยากลุ่มที่มีราคาถูกมากกว่าที่คลินิกเฉพาะโรคหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล รายละเอียดของข้อมูลแสดงในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานแยกตามหน่วยบริการ

หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา	กลุ่มยาราคาถูก (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาปานกลาง (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาแพง (ร้อยละ)
ห้องตรวจทั่วไป/คลินิกพิเศษ	3,968	80.6	14.8	4.6
PCU ในโรงพยาบาล	644	80.0	18.0	2.0
PCU นอกโรงพยาบาล	333	90.4	7.2	2.4

*เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเภทของหน่วยบริการพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

4. สิทธิในระบบประกันสุขภาพกับการเลือกจ่ายรักษาเบาหวาน

แม้ว่าส่วนใหญ่แพทย์เลือกจ่ายยาพื้นฐานที่ผลิตในประเทศซึ่งมีราคาถูกในการรักษาผู้ป่วย แต่เมื่อเปรียบเทียบการจ่ายยาในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคม มีแนวโน้มที่จะได้รับยาราคาปานกลางหรือราคาแพงมากกว่าผู้ใช้สิทธิบัตรทอง/บัตรผู้สูงอายุ/บัตรผู้ป่วยรายได้ต่ำ และ บัตรสุขภาพ ซึ่งรัฐจ่ายเงินงบประมาณให้แก่สถานบริการในลักษณะเหมาจ่าย แนวโน้มนี้คล้ายคลึงกันทั้งก่อนและหลังมิถุนายน 2544

ผู้ที่จ่ายเงินเองมีอัตราการได้ยาราคาปานกลางและราคาแพงสูงที่สุดถึงร้อยละ 44.2 และร้อยละ 21.1 ของผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั้งหมดตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้รับรายได้จากงบประมาณในลักษณะเหมาจ่าย มีอัตราการได้รับยาราคาแพงน้อยกว่าร้อยละ 2 ตารางเปรียบเทียบการจ่ายยาแยกตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาแสดงไว้ในตารางที่ 37-38

ตารางที่ 37 กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานแยกตามสิทธิเปรียบเทียบก่อนและหลังมิถุนายน 2544

ประเภทสิทธิ	สิทธิที่ใช้ (จำนวน/ ร้อยละ)		ยาราคาถูก (ร้อยละ)		ยาราคาปานกลาง (ร้อยละ)		ยาราคาแพง (ร้อยละ)	
	ก่อนมิ.ย	หลังมิ.ย	ก่อนมิ. ย	หลังมิ. ย	ก่อนมิ. ย	หลังมิ. ย	ก่อนมิ. ย	หลังมิ. ย
ไม่ใช้ / ไม่มีหลักประกัน (จ่ายเงินเอง)	556 (12.0)	389 (7.9)	48.4	34.7	36.3	44.2	15.3	21.1
บัตรทอง 30 บาท *	131 (2.8)	791 (16.1)	89.3	81.9	8.4	16.5	2.3	1.5
บัตรทองฟรี**(บัตรผู้สูงอายุ/บัตรรายได้ น้อย)***	2,054(44.3)	2 , 3 1 6 (47.0)	89.6	86.3	8.8	11.9	1.6	1.8
บัตรสุขภาพ 500 บาท	935 (20.1)	453 (9.2)	86.4	90.1	11.5	8.1	2.0	1.8
ประกันสังคม	131 (2.8)	127 (2.6)	68.7	71.7	26.7	24.4	4.6	3.9
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	834(18.0)	850 (17.3)	77.1	76.5	17.4	17.2	5.5	6.4
รวม	3 , 1 2 0 (100.0)	4 , 9 2 6 (100.0)	87.5	79.7	10.8	16.3	1.7	4.1

* บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดเรียกเก็บ 30 บาท / ครั้ง

**บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียม

*** ก่อนมิถุนายน 2544 เป็นบัตรผู้สูงอายุ / บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หลังมิถุนายน 2544 เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียม

****วิเคราะห์โดยตัดผู้ป่วยที่ไม่ทราบสิทธิที่ใช้ออก

เมื่อแยกวิเคราะห์ใหม่โดยจัดกลุ่มของสิทธิเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่รัฐจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นงบประมาณในลักษณะเหมาจ่าย คือ บัตรทอง 30 บาท /บัตรทองฟรี/บัตรสุขภาพ 500 บาท (ยกเว้นสิทธิประกันสังคม) กลุ่มสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มที่ใช้สิทธิประกันสังคม และกลุ่มที่จ่ายเงินค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลเองโดยไม่ใช้สิทธิใดๆ พบว่าการเลือกจ่ายยาในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $P<0.0001$

ตารางที่ 38 กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานเปรียบเทียบตามสิทธิก่อนและหลังมิถุนายน 2544

ประเภทสิทธิ*	สิทธิที่ใช้ (จำนวน / ร้อยละ)		ยาราคาถูก (ร้อยละ)		ยาราคาปานกลาง (ร้อยละ)		ยาราคาแพง (ร้อยละ)	
	ก่อนมิ.ย	หลังมิ.ย	ก่อนมิ.ย	หลังมิ.ย	ก่อนมิ.ย	หลังมิ.ย	ก่อนมิ.ย	หลังมิ.ย
ไม่ใช้/ไม่มีหลักประกัน (จ่ายเงินเอง)	556 (12.0)	389 (7.9)	48.4	34.7	36.3	44.2	15.3	21.1
สิทธิบัตรประกันสุขภาพ** (แบบรัฐเหมาจ่ายงบประมาณ)	3,120 (67.7)	3,560 (78.8)	87.5	85.8	10.8	12.5	1.7	1.7
ประกันสังคม	131(2.8)	127 (2.6)	68.7	71.7	26.7	24.4	4.6	3.9
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	834 (18.0)	850 (17.3)	77.1	76.5	17.4	17.2	5.5	6.4

*เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสิทธิพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.0001$

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเดือนมิถุนายน 2544 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $P\text{-value} > 0.05$

** บัตรทอง 30 บาท / บัตรทองฟรี / บัตรสุขภาพ 500 บาท / บัตรผู้สูงอายุ / บัตรผู้มีรายได้น้อย

เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มที่จ่ายเงินเองได้รับยาที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นมากจึงแยกเฉพาะกลุ่มนี้มาทำการวิเคราะห์ต่างหาก พบว่าเมื่อแจกแจงตามประเภทของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับบริการ ผู้ป่วยที่ได้รับยาราคาแพงรับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 39

ตารางที่ 39 การใช้ยารักษาเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเองแจกแจงตามชนิดของโรงพยาบาล

ชนิดของโรงพยาบาล*	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา (จำนวน / ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาถูก (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาปานกลาง (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาแพง (ร้อยละ)
โรงพยาบาลชุมชน	195 (35.1)	88.7	11.3	0
โรงพยาบาลทั่วไป	41 (7.4)	90.0	10.0	0
โรงพยาบาลศูนย์	26 (4.7)	73.1	15.4	11.5
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	156 (28.1)	22.4	67.3	10.3
โรงพยาบาลเอกชน	138 (24.8)	4.3	47.8	47.8
รวม	556 (100.0)	48.4	36.3	15.3

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$

เมื่อแยกวิเคราะห์ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาเบาหวานในลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเอง (ตารางที่ 39-40) โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปมีลักษณะการใช้ยาค่อนข้างคล้ายกัน โรงพยาบาลศูนย์แม้จะมีการใช้ยาราคาแพงเพิ่มขึ้นบ้างเล็กน้อยแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาถูก ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนเลือกให้ยาในกลุ่มที่มีราคาปานกลางและราคาแพงเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 40 การใช้ยารักษาเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจแจกแจงตามชนิดของโรงพยาบาล

ชนิดของโรงพยาบาล*	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา (จำนวน / ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาถูก (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาปานกลาง (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาแพง (ร้อยละ)
โรงพยาบาลชุมชน	405 (48.6)	83.5	12.8	3.7
โรงพยาบาลทั่วไป	180 (21.6)	80.0	17.2	2.8
โรงพยาบาลศูนย์	211 (25.3)	73.9	16.6	9.5
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	34 (4.1)	14.7	70.6	14.7
โรงพยาบาลเอกชน	4 (0.5)	0	75.0	25.0
รวม	834 (100.0)	77.1	17.4	5.5

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$

ตารางที่ 41 การใช้ยารักษาเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (แบบรัฐเหมาจ่ายงบประมาณ)

ชนิดของโรงพยาบาล*	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา (จำนวน / ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาถูก (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาปานกลาง (ร้อยละ)	กลุ่มยาราคาแพง (ร้อยละ)
โรงพยาบาลชุมชน	2250 (72.1)	90.1	8.6	1.3
โรงพยาบาลทั่วไป	506 (16.2)	82.8	15.6	1.6
โรงพยาบาลศูนย์	346 (11.1)	80.3	14.8	4.9
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	14 (0.4)	14.3	85.7	0
โรงพยาบาลเอกชน	4 (0.1)	50	50	0
รวม	3120 (100.0)	87.5	10.8	1.7

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$

เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบรัฐเหมาจ่ายงบประมาณพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95.5 รับประทานที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงร้อยละ

0.5 ที่รับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและเอกชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาถูก ประมาณร้อยละ 10.8 ได้รับยาในกลุ่มราคาปานกลาง โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแนวโน้มใช้ยาราคาปานกลางและสูงมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 41

5. การเปลี่ยนแปลงการรักษาเบาหวานหลังเดือนมิถุนายน 2544

เมื่อวิเคราะห์การใช้ยารักษาเบาหวานในผู้ป่วยแต่ละรายว่าหลังเดือนมิถุนายน 2544 มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มยาที่ใช้หรือไม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับยาเดิม ไม่พบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวิเคราะห์แยกรายภาคก็ไม่พบความแตกต่างเช่นเดียวกัน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 42

ตารางที่ 42 การเปลี่ยนแปลงการรักษาเบาหวานหลังเดือนมิถุนายน 2544แยกตามภาค

ภาค*	จำนวนผู้ป่วย ที่ศึกษา (ราย)	การเปลี่ยนแปลงยา (ร้อยละ)		
		เปลี่ยนเป็นยาถูก	เปลี่ยนเป็นยาแพง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
กลาง	922	3.7	2.6	93.7
เหนือ	1611	2.6	2.5	94.8
ใต้	803	3.1	4.2	92.7
อีสาน	1323	1.4	2.0	96.7
รวม	4659	2.5	2.7	94.8

*เปรียบเทียบรายภาคไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $P\text{-value} > 0.05$

เมื่อแจกแจงตามประเภทของโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนมีการเปลี่ยนกลุ่มของยาที่ใช้บ้างแต่มีอัตราเพียงเล็กน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 10) และเป็นการเปลี่ยนไปทั้ง 2 ทิศทางเท่าๆกันกล่าวคือเปลี่ยนเป็นทั้งกลุ่มที่ถูกลงและแพงขึ้นเท่าๆกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 43

ตารางที่ 43 การเปลี่ยนแปลงการรักษาเบาหวานหลังเดือนมิถุนายน 2544แยกตามชนิดโรงพยาบาล

ชนิดโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย ที่ศึกษา (ราย)	การเปลี่ยนแปลงยา (ร้อยละ)		
		เปลี่ยนเป็นยาถูก	เปลี่ยนเป็นยาแพง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
โรงพยาบาลชุมชน	2897	1.7	1.8	96.5
โรงพยาบาลทั่วไป	746	2.4	3.1	94.5
โรงพยาบาลศูนย์	600	3.5	3.8	92.7
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	214	7.0	7.0	86.0
โรงพยาบาลเอกชน	202	8.4	5.9	85.7

รวม	4659	2.5	2.7	94.8
-----	------	-----	-----	------

*เปรียบเทียบตามประเภทของโรงพยาบาลพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $P\text{-value} < 0.05$

เมื่อแจกแจงตามหน่วยบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการก็ไม่พบความเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 44

ตารางที่ 44 การเปลี่ยนแปลงยารักษาเบาหวานหลังเดือนมิถุนายน 2544แยกตามชนิดหน่วยบริการ

ชนิดหน่วยบริการ*	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	การเปลี่ยนแปลงยา (ร้อยละ)		
		เปลี่ยนเป็นยาถูก	เปลี่ยนเป็นยาแพง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
ห้องตรวจทั่วไป/คลินิกพิเศษ	3900	2.6	2.9	94.5
PCU ในโรงพยาบาล	458	2.4	2.2	95.4
PCU นอกโรงพยาบาล	301	2.6	2.7	97.0
รวม	4659	2.5	2.7	94.8

*เปรียบเทียบตามชนิดของหน่วยบริการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $P\text{-value} > 0.05$

เมื่อแจกแจงจำแนกตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 94.8 ได้รับยาในกลุ่มเดิม ไม่มีการเปลี่ยนกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาเบาหวานก่อนและหลังการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยในกลุ่มที่จ่ายเงินเองและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเปลี่ยนเป็นกลุ่มยาที่ถูกลงมากที่สุดแต่ก็เป็นเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 5.5 ในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาเองโดยไม่ใช้สิทธิ และร้อยละ 7.5 ในกลุ่มที่ใช้สิทธิประกันสังคม อย่างไรก็ตามจำนวนตัวอย่างของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มยังน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นมาก รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 45

ตารางที่ 45 การเปลี่ยนแปลงยารักษาเบาหวานหลังเดือนมิถุนายน 2544จำแนกตามสิทธิที่ใช้

ประเภทสิทธิ***	จำนวนผู้ป่วย ที่ศึกษา (ราย)	การเปลี่ยนแปลงยา (ร้อยละ)		
		เปลี่ยนเป็นยาถูก	เปลี่ยนเป็นยาแพง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
ไม่ใช้ / ไม่มีหลักประกัน (จ่ายเงินเอง)	362	5.5	5.5	89.0
บัตรทอง 30 บาท *	683	2.9	3.2	93.9
บัตรทองฟรี**	2191	2.1	2.2	95.7
บัตรสุขภาพ 500 บาท	447	2.7	1.3	96.0
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	839	1.3	3.0	95.7
ประกันสังคม	120	7.5	2.5	90.0

* บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดเรียกเก็บ 30 บาท / ครั้ง

**บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียม

***เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$

เมื่อทำการวิเคราะห์โดยแจกแจงตามประเภทของโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการพบว่า

- ◆ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไปใช้ยาที่ถูกลงจำนวนทั้งสิ้น 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด
- ◆ ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลขนาดเล็กมีอัตราการเปลี่ยนแปลงยาที่ใช้ในการรักษาน้อยมากและ
ไม่มีความแตกต่างระหว่างสถิติในการรักษาที่แตกต่างกัน
- ◆ ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการรัฐวิสาหกิจในโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษามีเพียง 5 ราย ดังนั้นอัตราส่วนที่ได้ อาจยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของทั้งหมด

รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 46

ตารางที่ 46 กลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีราคาถูกลงจำแนกตามสิทธิที่ใช้ก่อนดำเนินโครงการและชนิดของสถานพยาบาลที่รับบริการ

ประเภทสิทธิ***	อัตราการเปลี่ยนยาถูกลง (ร้อยละ)					
	ค่าเฉลี่ยรวม	รพช.	รพท.	รพศ.	รพม.	รพอ.
ไม่ใช้ / ไม่มีหลักประกัน (จ่ายเงินเอง)	5.5	1.5	0	11.5	8.3	4.8
บัตรทอง 30 บาท *	2.9	2.3	2.4	11.1	0	0
บัตรทองฟรี**	2.1	1.7	2.1	5.0	11.1	0
บัตรสุขภาพ 500 บาท	2.7	1.7	4.2	3.2	0	0
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.3	1.2	1.1	1.0	2.9	20.0
ประกันสังคม	7.5	0	5.9	5.3	0	11.7

* บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดเรียกเก็บ 30 บาท / ครั้ง

**บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียม

***เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$

6. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มยาที่ใช้ และการเปลี่ยนกลุ่มยาแสดงไว้ในตารางที่ 47 และ ตารางที่ 48 กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 50 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ประมาณร้อยละ 20 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยกลุ่มที่ได้ยาในกลุ่มราคาถูกลงเป็นกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีที่สุด

กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีแนวโน้มได้รับการเปลี่ยนไปใช้ยากลุ่มราคาแพงมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมได้ดี แต่ก็มีอัตราการเปลี่ยนแปลงน้อยมากเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้น ผู้ป่วยเกือบร้อยละ 95 ได้รับยาก่อนเดิมไม่เปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ก็ตาม

ตารางที่ 47 การควบคุมน้ำตาลแยกตามกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาก่อนมิถุนายน 2544

กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษา*	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา	การควบคุมน้ำตาล (ร้อยละ)		
		คุมได้ดี	คุมได้ปานกลาง	คุมไม่ได้
		FBS<140 mg%	FBS 140-180 mg%	FBS > 180 mg%
กลุ่มยาราคาถูก	3,733	54.9	25.9	19.2
กลุ่มยาราคาปานกลาง	702	43.9	26.3	29.8
กลุ่มยาราคาแพง	180	44.4	26.7	28.9
รวม	4,615	52.8	26.0	21.2

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $P\text{-value} < 0.0001$

ตารางที่ 48 การเปลี่ยนแปลงการรักษาเบาหวานหลังเดือนมิถุนายน 2544แยกตามการควบคุมน้ำตาล

การควบคุมน้ำตาล*	จำนวนผู้ป่วย (ราย/ร้อยละ)	การเปลี่ยนแปลงยา (ร้อยละ)		
		เปลี่ยนเป็นยาถูก	เปลี่ยนเป็นยาแพง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
คุมได้ดี (FBS<140 mg%)	2,383 (51.9)	2.5	1.5	96.0
คุมได้ปานกลาง (FBS 140-180 mg%)	1,158 (25.2)	1.6	2.6	95.8
คุมไม่ได้ (FBS > 180 mg%)	1,050 (22.9)	3.2	5.5	91.2
รวม	4,591(100.0)	2.4	2.7	94.9

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $P\text{-value} < 0.0001$

6. ระยะห่างของการนัดผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการนัดติดตามอาการทุก 4-8 สัปดาห์ (มัธยฐาน 4 สัปดาห์ พิสัย 1-16 สัปดาห์) หน่วยปฐมภูมิส่วนใหญ่กำหนดนัดติดตามอาการผู้ป่วยทุก 4 สัปดาห์ ส่วนคลินิกพิเศษบางแห่งนัดทุก 4 สัปดาห์ บางแห่งนัดทุก 8 สัปดาห์ ในรายที่นัดถี่กว่า 4 สัปดาห์พบน้อยมากและมักมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีปัญหาอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการนัดห่างกว่า 8 พบน้อยกว่าร้อยละ 5

หลังจากดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลจะได้รับเงินค่าธรรมเนียมเพิ่มเติมจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเมื่อผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทมารับการตรวจ 30 บาท / ครั้ง คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าหลังจากดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แพทย์นัดผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทถี่ขึ้นหรือไม่ ผลการศึกษาไม่พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาได้รับการนัดถี่ขึ้นแตกต่างจากผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นๆในการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 49

ตารางที่ 49 ระยะห่างการนัดผู้ป่วยเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่น

สิทธิที่ใช้	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ระยะห่างการนัดเปรียบเทียบก่อนและหลัง ม.ย. 44		
		ถี่ขึ้น (ร้อยละ)	เท่าเดิม (ร้อยละ)	ห่างออก (ร้อยละ)
บัตรทอง 30 บาท	797	8.5	85.0	6.5
สิทธิอื่นๆ	4,190	9.9	81.6	8.5
ค่าเฉลี่ยรวมทุกสิทธิ	4,987	9.7	82.1	8.2

เมื่อศึกษาระยะห่างการนัดในกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่างกันพบว่าส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 แพทย์จะนัดตรวจในระยะห่างที่เท่าๆเดิมไม่ว่าในการตรวจครั้งนั้นกลุ่มตัวอย่างจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีหรือไม่ การนัดให้ถี่ขึ้นหรือนัดให้ห่างออกพบใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 9-10 และพบอัตราใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คุมได้ปานกลาง หรือคุมไม่ได้เลย รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 50

ตารางที่ 50 ระยะห่างการนัดแยกตามการควบคุมน้ำตาล

การควบคุมน้ำตาล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ระยะห่างการนัดเปรียบเทียบก่อนและหลัง ม.ย. 44		
		ถี่ขึ้น (ร้อยละ)	เท่าเดิม (ร้อยละ)	ห่างออก (ร้อยละ)
คุมได้ดี (FBS < 140 mg%)	2,449	248 (10.1)	2,010 (82.1)	191 (7.8)
คุมได้ปานกลาง (FBS 140-180 mg%)	1,197	141 (11.8)	958 (80.0)	98 (8.2)
คุมไม่ได้ (FBS > 180 mg%)	968	84 (8.7)	771 (79.6)	113 (11.7)
รวม	4,614	473 (10.3)	3,739 (81.0)	402 (8.7)

เมื่อวิเคราะห์แยกตามหน่วยบริการพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มที่จะได้รับการนัดตรวจถี่ขึ้นกว่าเดิมมากกว่าผู้ป่วยที่ห้องตรวจทั่วไปหรือคลินิกพิเศษ คือประมาณร้อยละ 15 เทียบกับประมาณร้อยละ 9 เนื่องจากในหลายพื้นที่กำหนดระยะเวลานัดติดตามการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่หน่วยปฐมภูมิเป็นทุก 4 สัปดาห์ทุกราย เมื่อย้ายจากห้องตรวจทั่วไป

มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิผู้ป่วยที่เคยนัดตรวจห่างกว่า 4 สัปดาห์กำหนดนัดจึงถี่ขึ้น อย่างไรก็ตามก็ตีจำนวนตัวอย่างที่ได้รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิยังมีจำนวนน้อยอยู่มาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับบริการที่ห้องตรวจทั่วไปหรือห้องตรวจพิเศษ

ตารางที่ 51 ระยะห่างการนัดผู้ป่วยแยกตามชนิดของหน่วยบริการ

ชนิดหน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วย(ราย)	ระยะห่างการนัดเปรียบเทียบก่อนและหลัง มิ.ย. 44		
		ถี่ขึ้น(ร้อยละ)	เท่าเดิม(ร้อยละ)	ห่างออก(ร้อยละ)
ห้องตรวจทั่วไป/คลินิกพิเศษ	3,319	366 (9.35)	3,187 (81.3)	366 (9.35)
PCU ในโรงพยาบาล	459	69 (15.0)	360 (78.4)	30 (6.5)
PCU นอกโรงพยาบาล	306	48 (15.7)	246 (80.4)	12 (3.9)
รวม	4,684	483 (10.3)	3,793 (81.0)	408 (8.7)

สรุปผลการศึกษา

- เมื่อแยกประเภทการรักษาเบาหวานเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มที่มีราคาถูกราคาปานกลาง และกลุ่มที่เป็นยาต้นแบบราคาแพง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยาที่มีราคาถูกราคาปานกลางมีการใช้ยาในกลุ่มที่ราคาปานกลางประมาณร้อยละ 16 มีเพียงประมาณร้อยละ 4 ได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาแพง การเลือกใช้ยาแตกต่างกันไปตามสิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้ ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือเป็นสวัสดิการที่รัฐให้กับประชาชนทั่วไปและมีการจ่ายเงินให้กับสถานบริการในลักษณะงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวมีแนวโน้มได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาถูกราคาปานกลางมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือจ่ายค่ารักษาเองโดยไม่ใช้สิทธิ (ร้อยละ 85.8 : ร้อยละ 76.5 : ร้อยละ 34.7) และมีแนวโน้มได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาแพงน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 1.7 : ร้อยละ 6.4 : ร้อยละ 21.1 $P\text{-value} < 0.001$) ความแตกต่างนี้จะพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก พบในโรงพยาบาลศูนย์เล็กน้อยแต่ไม่พบเลยในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป
- ความแตกต่างในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน เป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่เดิมตั้งแต่ก่อนการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลังดำเนินโครงการนี้แล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงได้รับการรักษาเหมือนเดิม ผู้ป่วยร้อยละ 94.8 ได้รับยาในกลุ่มเดิมที่เคยได้รับก่อนการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 2.5 ได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาถูกลง ร้อยละ 2.7 ได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาแพงขึ้น การเปลี่ยนกลุ่มยาพบในกลุ่มผู้

ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเองหรือใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือใช้สิทธิประกันสังคมมากกว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพบในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะปฏิบัติงานอยู่มากกว่าในโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่ก็มีอัตราน้อยกว่าร้อยละ 10 ไม่พบหลักฐานใดๆที่แสดงว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานหลังการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มยารักษาเบาหวานที่เลือกใช้กับอัตราการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Fasting Blood Sugar < 140 mg%) ร้อยละ 52.8 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ปานกลาง (Fasting Blood Sugar 140-180 mg%) ร้อยละ 26.0 และควบคุมไม่ได้ (Fasting Blood Sugar > 180 mg%) ร้อยละ 21.2 นอกจากนั้นอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่สัมพันธ์กับระยะห่างการนัดติดตามการรักษาด้วย ผลการศึกษาแสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกนัดในระยะห่างเท่าๆเดิมไม่ว่าจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีหรือไม่ก็ตาม
- การนัดติดตามผลการรักษาทั้งก่อนและหลังการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีความแตกต่างกันยกเว้นในผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีผู้ป่วยที่มีระยะห่างการนัดสั้นลงเป็นทุกหนึ่งเดือน ประมาณร้อยละ 15 ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง สะดวกกับการเดินทางมารับการตรวจมากขึ้นแพทย์จึงนัดตรวจถี่ขึ้นมากกว่า จากการศึกษาไม่พบหลักฐานใดๆที่แสดงว่าแพทย์มีการนัดผู้ป่วยถี่ขึ้นหลังการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อหวังค่าธรรมเนียมการตรวจ (30 บาท) เพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งนี้เลือกโรคเบาหวานเป็นตัวแทนของโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษาเพื่อประเมินความเท่าเทียมของบริการที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อใช้สิทธิในการรับการรักษาที่แตกต่างกันเนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อย การรักษาในรายที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถทำได้ในสถานบริการทุกระดับและความหลากหลายของการรักษาไม่มากจนเกินไป นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังมุ่งหวังว่าเมื่อดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิแล้วผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับการดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสะดวก ได้รับการดูแลสม่ำเสมอ และลดความแออัดในโรงพยาบาลในระยะยาว

ประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของยารักษาเบาหวานกลุ่มต่างๆมักไม่ค่อยแตกต่างกันนัก อย่างไรก็ตามการควบคุมเบาหวานในกลุ่มที่มีราคาแพงอาจลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนในระยะยาว เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ทางจอตา ทางระบบประสาท และหลอดเลือด ได้มากกว่ายาพื้นฐานที่มีราคาถูกลง แต่เนื่องจากยาเหล่านี้มักเป็นยาใหม่ที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาไม่นานนัก ข้อมูลที่ได้จึงมักเป็นการอนุมานเอาจากการศึกษาในหลอดทดลอง และกลไกการออกฤทธิ์ของยา รวมทั้งการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่ดูผลทางคลินิกระยะสั้น มากกว่าจะเป็นข้อมูลจากการวิจัยทางคลินิกที่มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องยาวนานเพียงพอ ดังนั้นจนถึงปัจจุบันการรักษาเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงยังคงใช้ยาพื้นฐานในกลุ่ม first and second generation sulfonyl urea และ metformin เป็นยามาตรฐานอยู่ ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีหรือมีภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่มถัดไป

ในทางทฤษฎีการประเมินว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีหรือไม่ที่ดีที่สุดควรใช้ระดับ Hemoglobin A1C เป็นดัชนีชี้วัดเพราะสามารถบอกระดับการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยในรอบ 2-3 เดือนที่ผ่านมาได้ดีกว่าการใช้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นตัววัด แต่เนื่องจากการตรวจ Hemoglobin A1C ทำได้เฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดเล็กโดยทั่วไปมักไม่ได้ทำการตรวจนี้ในผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ และในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลขนาดเล็กทั่วไปแพทย์มักใช้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า 6 ชั่วโมง (FBS) เป็นข้อมูลในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนยาของผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษานี้จึงเลือกใช้ระดับ FBS เป็นดัชนีชี้วัดว่าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากน้อยเพียงใดแทนการใช้ระดับ Hemoglobin A1C และเนื่องจากในเวชปฏิบัติทั่วไปแพทย์มักไม่เปลี่ยนแปลงการรักษาเบาหวานในกรณีที่ FBS < 140 mg% และในกรณีที่ FBS > 180 mg% ติดต่อกันหลายครั้ง แพทย์มักถือว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และอาจเปลี่ยนแปลงการรักษาจึงใช้เกณฑ์ดังกล่าวในการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษานี้ออกเป็น 3 กลุ่มคือ ควบคุมน้ำตาลได้ดี ควบคุมได้ปานกลาง และควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นการจัดแบ่งอย่างคร่าวๆ อนึ่งการศึกษานี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการรักษาโรคเบาหวานของสถานพยาบาลที่ศึกษาจึงมิได้มีการเก็บข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคและการปฏิบัติตน อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น

จากผลการศึกษารุ่นนี้ซึ่งเริ่มเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2544 หลังจากทีพื้นที่ศึกษาเริ่มดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วประมาณ 6 เดือน โดยวางแผนเก็บตัวอย่างจากห้องตรวจทั่วไปหรือคลินิกพิเศษ : หน่วยบริการปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล : หน่วยปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลในอัตราส่วน 2:1:1 พบว่าไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ครบถ้วนในอัตราส่วนที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 80 รับบริการที่ห้องตรวจทั่วไปหรือคลินิกพิเศษ ร้อยละ 13.0 รับบริการที่หน่วยบริการ

ปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 6.7 ที่รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาล (เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกรายที่มีบันทึก) ทั้งนี้เนื่องจากบางพื้นที่ยังจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เสร็จ บางพื้นที่มีนโยบายให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกพิเศษเฉพาะโรคโดยหน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่เพียงวินิจฉัยโรคเบื้องต้นเท่านั้น บางพื้นที่มีนโยบายจัดตั้งเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล โดยไม่มีการจัดตั้งหน่วยปฐมภูมินอกโรงพยาบาล นอกจากนั้นผู้ป่วยจำนวนมากยังคุ้นชินกับการรับบริการในห้องตรวจพิเศษทั่วไปหรือคลินิกพิเศษเฉพาะโรค ถึงแม้ว่าตัวเลขที่ได้จะไม่ถูกต้องนักเนื่องจากการวางแผนเก็บข้อมูลไม่ได้มุ่งหวังหาอัตราส่วนของผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยบริการต่างๆ แต่ก็สามารถฉายภาพระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่ลงตัวและยังไม่เป็นไปตามแนวคิดหลักของ “ บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ “ พอสมควร พื้นที่ศึกษาในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเริ่มมีการให้บริการรักษาโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว ในขณะที่พื้นที่ศึกษาในภาคกลางและภาคใต้มีการให้บริการรักษาโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิน้อยมากดังให้เห็นดังข้อมูลที่แสดงไว้ในตารางที่ 32 อย่างไรก็ตามเนื่องจากช่วงเวลาที่ทำการศึกษาประเมินเพิ่งเริ่มมีการขึ้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่นานนักความพร้อมในการปรับเปลี่ยนระบบบริการของแต่ละพื้นที่แตกต่างกันไปรวมทั้งเงื่อนไขเฉพาะตัวของแต่ละพื้นที่ก็แตกต่างกัน ดังนั้นการสรุปว่าพื้นที่ศึกษาภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือจัดระบบให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามนโยบายมากกว่าพื้นที่ศึกษาในภาคกลางและภาคใต้จึงเป็นการด่วนสรุปเกินไป

เกี่ยวกับการเลือกใช้จ่ายในการรักษาเบาหวานผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 ได้รับยาในกลุ่มที่เป็นยาพื้นฐานผลิตในประเทศและมีราคาถูก ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 16 ได้รับยาในกลุ่มที่มีราคาปานกลาง มีเพียงประมาณร้อยละ 4 ที่ได้รับยากกลุ่มใหม่ที่มีราคาแพง การเลือกใช้จ่ายพื้นฐานในการรักษาโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตน่าจะเหมาะสมดีสำหรับสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศ และสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคเบาหวานในแนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อทำการจำแนกดูพบว่าการใช้ยาในกลุ่มที่มีราคาปานกลางและราคาสูงในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีอัตราการใช้ยาในกลุ่มราคาปานกลางสูงที่สุด ส่วนโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราการใช้ยาในกลุ่มราคาแพงสูงที่สุด (ตารางที่ 35) การที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีอัตราการใช้ยาในกลุ่มที่มีราคาปานกลางและราคาแพงสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปอาจเป็นเพราะเป็นสถานบริการในระดับตติยภูมิ มีผู้ชำนาญเฉพาะทางปฏิบัติงานอยู่และผู้ป่วยที่มาใช้บริการบางส่วนอาจมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปเนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษา

ทั้งผู้ป่วยที่โรคมีอาการรุนแรงหรือต้องการการดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเนื่องจากการรักษาด้วยวิธีการที่ใช้โดยทั่วไปไม่ได้ผล สำหรับการที่โรงพยาบาลเอกชนมีอัตราการใช้ยากลุ่มราคาแพงในกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเองสูงน่าจะอธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนโดยการจ่ายค่ารักษาเองมักเป็นผู้ที่มีเศรษฐกิจดีและต้องการการดูแลรักษาเป็นพิเศษ

มีแนวโน้มว่าหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลใช้ยากลุ่มที่มีราคาปานกลางหรือราคาแพงบ่อยกว่าที่คลินิกเฉพาะโรคหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (ตารางที่ 36) น่าจะเป็นเพราะในหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลผู้ให้บริการมักเป็นแพทย์ทั่วไปไม่ใช่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านอายุรกรรมหรือโรคต่อมไร้ท่อและในบางโรงพยาบาลใช้บุคลากรอื่นที่ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้ให้บริการ จึงมีแนวโน้มที่จะใช้ยากลุ่มพื้นฐานมากกว่า ซึ่งลักษณะที่พบนี้ก็น่าจะสอดคล้องเป็นอันดับกับภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ที่จ่ายเงินเองรวมทั้งผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีแนวโน้มได้รับยากลุ่มที่มีราคาปานกลางหรือราคาแพงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นที่รัฐจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว ยกเว้นสิทธิประกันสังคม (ตารางที่ 37-38) แม้ว่าการศึกษานี้ไม่ได้มีการตรวจคัดเพื่อแยกหรือจัดระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากไม่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของผู้ป่วย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับไขมันในเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของจอตา และปลายประสาท แต่อาจอนุมานได้ว่าระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาต่างกันไม่น่าจะต่างกัน สิ่งที่การศึกษานี้แสดงให้เห็นคือมีแนวโน้มว่ามีการเลือกใช้กลุ่มยารักษาเบาหวานต่างกันในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาต่างกัน ความแตกต่างนี้มีมาตั้งแต่ก่อนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแม้เมื่อรัฐเปลี่ยนแปลงนโยบายไปใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ยังคงมีอยู่เช่นเดิม อย่างไรก็ตามความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของสถานบริการที่ผู้ป่วยไปใช้บริการค่อนข้างมาก (ตารางที่ 39-40)

แพทย์มีอัตราการใช้ยาเปลี่ยนแปลงกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยน้อยมากเพียงประมาณร้อยละ 5 (ตารางที่ 41-46) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ปกติในการรักษาโรคเรื้อรังเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยยอมรับการเปลี่ยนชนิดของยาที่ใช้รักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากยาเดิมใช้ได้ผลดี และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา ข้อมูลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแม้มีการเปลี่ยนแปลงมาใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแพทย์ก็ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์) มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มยารักษาเบาหวานน้อยมาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

และโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราการเปลี่ยนแปลงมากกว่าเล็กน้อย (ตารางที่ 43) เมื่อจำแนกตามสิทธิที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยที่จ่ายเงินค่ารักษาเองและผู้ป่วยประกันสังคมเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่ก็เป็น การเปลี่ยนทั้งใช้ยา กลุ่มที่แพงขึ้นและกลุ่มที่ถูกกลงในอัตราใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ทำให้คุณภาพการรักษาโรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ประเมินเฉพาะแง่ของการใช้ยา)

ในการรักษาเบาหวานนอกเหนือจากการให้ยารักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้วการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะๆตามความเหมาะสม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง การรักษาโรคอื่นที่พบร่วมด้วยหรือรักษาอาการแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ถูกต้องล้วนมีความสำคัญที่จะบ่งบอกคุณภาพของการรักษาโรคเบาหวานได้ทั้งสิ้น การประเมินเฉพาะยาที่ใช้ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียวไม่อาจชี้วัดคุณภาพของการรักษาโรคนี้ได้สมบูรณ์ การประเมินผลการรักษาเช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน น่าจะเป็นดัชนีที่ใช้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับได้ดีกว่าแต่ทั้งนี้ต้องอาศัยการติดตามผู้ป่วยระยะยาว ระบบการบันทึกรายงานผู้ป่วยที่ดี ครบถ้วนและต่อเนื่อง รวมทั้งรายงานสาเหตุการตายที่ถูกต้องด้วย ข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการศึกษารวมทั้งการขาดระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้องและครบถ้วนทำให้ไม่สามารถทำได้ในการศึกษาครั้งนี้

เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการภายหลังจากมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาเพียง 6 เดือนเศษดังนั้นจึงอาจยังไม่สามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานอันเป็นตัวแทนกลุ่มโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน แต่ก็ได้แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานนั้นมีความแตกต่างของโอกาสในการใช้ยาราคาสูงในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาต่างกันแตกต่างกันอยู่แต่เดิมและความแตกต่างนั้นยังคงอยู่แม้เมื่อดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปแล้วระยะหนึ่ง การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาในการรักษาโรคกลุ่มนี้ของแพทย์ ต่อหลังจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพไปอีกระยะหนึ่งจนระบบเริ่มอยู่ตัวโดยเลือกศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภายหลังการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจสะท้อนภาพที่เป็นจริงได้ชัดเจนขึ้นว่ามีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลต่างกันจริงหรือไม่ ทั้งนี้ น่าจะมีการประเมินคุณภาพบริการด้านอื่นๆที่สำคัญนอกเหนือจากการใช้ยาให้ครบวงจรด้วยรวมทั้งประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว (Long term clinical outcomes) ของผู้ป่วยด้วยก็น่าจะเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการและความเป็นธรรมในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตัวหนึ่งได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามีการเลือกปฏิบัติในแง่ของการเลือกใช้อายารักษาโรคเบาหวาน อยู่ในระบบสุขภาพเดิม โดยผู้ที่สถานพยาบาลได้รับค่าบริการเป็นแบบปลายเปิด ได้แก่ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจรวมทั้งผู้ที่จ่ายค่ารักษาเอง มีโอกาสได้รับยาที่มีราคาแพงมากกว่ากลุ่มที่สถานบริการได้รับค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวซึ่งกว่าร้อยละ 85 จะได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มราคาถูกเป็นหลัก อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิหลักประกันสุขภาพไปเป็นบัตรทองหลังเดือนมิถุนายน 2544 แพทย์ผู้ให้การรักษาก็ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงการใช้อายารักษาเบาหวานไปใช้อายาในกลุ่มที่มีราคาถูกลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้หลักประกันประเภทอื่น แต่เนื่องจากการประเมินที่ได้ศึกษาไว้นี้ทำขึ้นในช่วงที่เพิ่งมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียง 6 เดือน จึงยังอาจไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงชัดเจน ควรมีการติดตามประเมินต่อไปให้มีระยะเปลี่ยนผ่านที่นานกว่านี้ เพื่อดูว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลือกใช้อายาในการรักษาโรคเบาหวานของแพทย์หรือไม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเลือกศึกษาในผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในช่วงหลังจากใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไประยะหนึ่งแล้วเป็นหลัก นอกจากนั้นยังควรประเมินคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับในแง่มุมมองอื่นๆด้วยเพื่อให้สามารถสะท้อนภาพได้สมบูรณ์ขึ้นทั้งนี้โดยอ้างอิงแนวทางการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน “ Clinical Practice Guideline” ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยร่วมกันกำหนดขึ้นและได้แจกจ่ายไปตามสถานพยาบาลต่างๆไประยะหนึ่งแล้ว
2. คุณภาพการรักษาโรคเรื้อรัง ซึ่งในที่นี้ ใช้โรคเบาหวานเป็นตัวแทน (อาจจะใช้โรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ ซึ่งมีวิธีการรักษาด้วยการใช้อายาได้หลายชนิด หลายวิธี ร่วมกับการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และมีแนวทางการรักษามาตรฐานที่กำหนดขึ้นโดยสมาคมวิชาชีพหรือราชวิทยาลัย) สามารถใช้เป็นดัชนีสำหรับติดตามและประเมินคุณภาพการรักษาของสถานพยาบาลและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันได้ แต่จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างรอบด้านในทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งควรมีการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาวของผู้ป่วยด้วย ข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์ในพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับให้ได้มาตรฐานในอนาคต
3. แนวปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Clinical Practice Guideline) ที่ชัดเจนเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับให้การบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความเป็นธรรมและผู้ป่วยได้รับ

การรักษาที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่หนักไม่มีภาวะแทรกซ้อนการใช้ยาเลียนแบบราคาถูกที่ผลิตได้ในประเทศแต่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับยาต้นแบบกับผู้ป่วยทุกรายโดยไม่เลือกว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษโดยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบใดจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมหรือไม่จำเป็นลงได้อย่างมาก แต่ถ้าหากมีข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายราคาแพง เช่น กรณีโรคเบาหวานถ้ามีข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่ในกลุ่มราคาแพง ก็ต้องเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถจะเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นนั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน

4. หากต้องการประเมินความเท่าเทียมในการได้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกน่าจะมีการศึกษาความเท่าเทียมกันของการรักษาโรคในกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือโรคที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากโรคในกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เท่าเทียมระหว่างสิทธิมากกว่าโรคในกลุ่มอื่นๆ

การเข้าถึงบริการและความเสมอภาคของผู้รับบริการในโครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

: ระยะเวลารอผ่าตัดโรค Inguinal hernia , Myoma uteri , kidney calculi

1. วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

- 1.1 ระยะเวลาการรอผ่าตัดโรค Inguinal hernia, Myoma uteri และ Kidney calculi
- 1.2 เปรียบเทียบระยะเวลาการรอผ่าตัดของผู้รับบริการที่มีหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ
- 1.3 เปรียบเทียบระยะเวลาการรอผ่าตัดของผู้รับบริการในสถานบริการประเภทต่าง ๆ

นิยามศัพท์ ระยะเวลาการรอผ่าตัด คือ ระยะเวลา นับตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัดถึงวันผ่าตัดจริง

2. วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

2.1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยโรค Inguinal hernia, Myoma uteri และ Kidney calculi ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ฉุกเฉิน ในช่วงเดือน มิ.ย. 44 – พ.ย. 44 ยกเว้นจังหวัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 ในช่วงเดือน เม.ย. 44 – พ.ย. 44

การกำหนด 3 โรคข้างต้นพิจารณาจากการเป็นโรคไม่ฉุกเฉิน การผ่าตัดไม่ยุ่งยาก และครอบคลุมผู้ป่วยทั้ง 2 เพศ โดย Inguinal hernia สำหรับเพศชาย Myoma uteri สำหรับเพศหญิง และ Kidney calculi สำหรับทั้ง 2 เพศ

2.2 สถานที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 และ 2 จาก 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยคัดเลือกภาคละ 2 จังหวัด ได้โรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายทั้งสิ้น 13 แห่ง แยกประเภทเป็นดังนี้

- โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง
- โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง
- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง
- โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง

2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ค้นรายชื่อ หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN.) หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน (AN.) โรคที่ได้รับการผ่าตัดและวันที่ผ่าตัดจริงของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 3 โรคข้างต้น ในช่วงเดือน เม.ย. 44 – พ.ย. 44 สำหรับจังหวัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 และช่วงเดือน มิ.ย. 44 – พ.ย. 44

สำหรับจังหวัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 2 จากสมุดบันทึกการผ่าตัดของโรงพยาบาลเป้าหมาย

- นำรายชื่อ HN และ AN ของผู้ป่วย มาค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก (OPD card) ข้อมูลเพิ่มเติมมีดังนี้

- อายุ
- เพศ
- สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้
- วันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย
- วันที่ได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัด
- ลักษณะการมารับการรักษา : ส่งต่อ
- การเลื่อนนัดพร้อมสาเหตุ

- บันทึกข้อมูลลงในแบบเก็บข้อมูล แยกเป็นรายเดือนตามชนิดของโรคที่ต้องผ่าตัดและโรงพยาบาล

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรม Epi - info version 6 ในการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

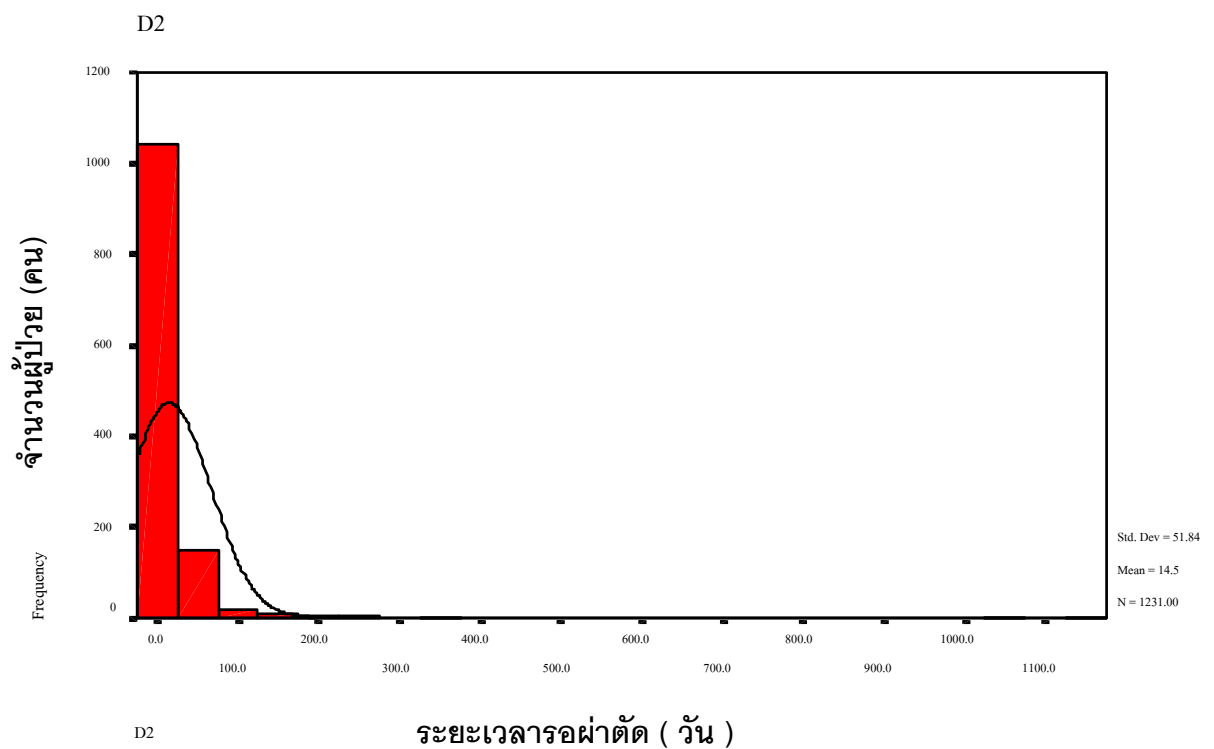
จำนวนตัวอย่างมีทั้งสิ้น 1,275 ราย แยกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดโรค Inguinal hernia 528 ราย , Myoma uteri 463 ราย และ Kidney calculi 284 ราย (ตารางที่ 52) กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด Inguinal hernia , Myoma uteri และ Kidney calculi จะมีระยะเวลารอผ่าตัดตั้งแต่ 0 - 271 , 0 - 1,127 และ 0 - 214 วัน ตามลำดับ ซึ่งเป็นช่วงค่อนข้างกว้าง และกระจาย ทำให้ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานแตกต่างกันมาก (ตารางที่ 53) และจากการทำ Histogram พบข้อมูลมีการกระจายเบ้ไปทางซ้าย (รูปที่ 1) หลังจาก Scatter ข้อมูลระหว่างระยะเวลาและโรคที่ได้รับการผ่าตัด (รูปที่ 2) ทำให้ตัดสินใจเลือกข้อมูลในส่วนที่ระยะเวลารอผ่าตัดไม่เกิน 90 วัน และนำเสนอข้อมูลระยะเวลารอผ่าตัดด้วยค่ามัธยฐาน (Median)

ตารางที่ 52 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามโรคที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด

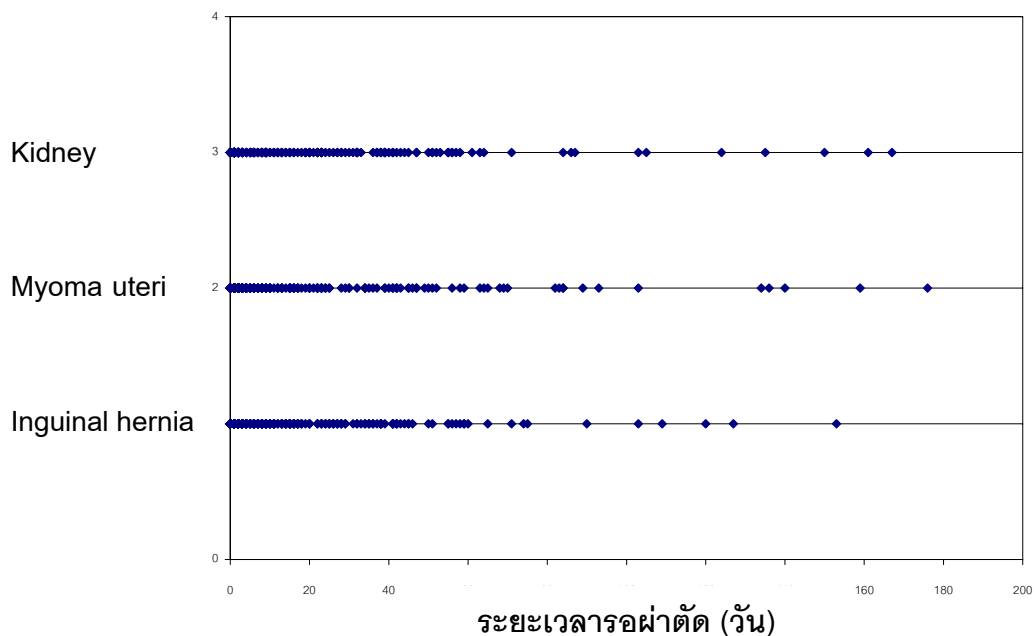
โรคที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
Inguinal hernia	528	41.4
Myoma uteri	463	36.3
Kidney calculi	284	22.3
รวม	1,275	100

ตารางที่ 53 ระยะเวลารอผ่าตัดจำแนกตามโรคที่ได้รับการผ่าตัด

โรคที่เข้ารับการผ่าตัด	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (วัน)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน (วัน)	ระยะเวลารอผ่าตัด (วัน)	
					ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
Inguinal hernia	520	9.9	23.3	1	0	271
Myoma uteri	442	7.3	78.8	2	0	1,127
Kidney calculi	269	18.7	31.6	6	0	214



รูปที่ 1 ระยะเวลารอผ่าตัดของโรค Inguinal hernia , Myoma uteri
และ Kidney calculi



รูปที่ 2 การกระจายระยะเวลารอผ่าตัด(วัน)ของโรค Inguinal hernia ,
Myoma uteri และ Kidney calculi

1.1 แยกตามประเภทโรงพยาบาล

ผู้ที่มีระยะเวลารอผ่าตัดไม่เกิน 90 วัน มีทั้งสิ้น 1,247 ราย แยกเป็นกลุ่มผ่าตัด Inguinal hernia, Myoma uteri และ Kidney calculi เท่ากับ 521,451 และ 275 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่ของประชากรที่ศึกษาได้รับบริการผ่าตัดจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สำหรับโรงพยาบาลเอกชน ถึงแม้ว่าจะเป็นเป้าหมายในการเก็บข้อมูลจำนวน 5 แห่ง แต่ปรากฏว่ามีข้อมูลเพียงร้อยละ 6.8 ของประชากรที่ศึกษาทั้งหมด ส่วนกลุ่มที่รับบริการผ่าตัดจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบได้ร้อยละ 16.3 ของประชากรที่ศึกษา (ตารางที่ 54)

ตารางที่ 54 จำนวนและร้อยละของการผ่าตัด Inguinal hernia , Myoma uteri
และ Kidney calculi จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ	โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ	โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1
โรงพยาบาล	521	42.1	โรงพยาบาล	451	36.4	โรงพยาบาล	275	22.1

1.2 แยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง

กลุ่มที่ 2 บัตรทอง สปร.และบัตรสุขภาพ 500 บาท

กลุ่มที่ 3 ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล

กลุ่มที่ 4 ประกันสังคมและสวัสดิการโดยนายจ้าง

กลุ่มที่ 5 อื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ มูลนิธิสงฆ์อาพาธ และต่างชาติ

เนื่องจากอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านจึงยังคงมีสิทธิรักษาพยาบาลประเภทบัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาทตกค้างอยู่

สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้ในการผ่าตัด 3 โรค ข้างต้น จะอยู่ในกลุ่มใช้สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท ในสัดส่วนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 56 ของประชากรที่ศึกษาทั้งหมด รองลงมาได้แก่กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล ร้อยละ 20 และ 18 ตามลำดับ เมื่อแยกประชากรที่ศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มย่อยตามชนิดของการผ่าตัดจะได้ว่า กลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500บาท พบได้ในสัดส่วนสูงสุดในแต่ละชนิดของการผ่าตัดเช่นกัน (ตารางที่ 55)

ตารางที่ 55 จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่ผ่าตัดโรค Inguinal hernia , Myoma uteri และ Kidney calculi

สิทธิ	Inguinal hernia		Myoma uteri		Kidney calculi		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้สิทธิ/จ่ายเงินเอง	98	19.1	71	16.5	76	29.2	245	20.4
บัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ	287	56	227	52.8	156	60	670	55.7
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	94	18.3	99	23	19	7.3	212	17.6
ประกันสังคม/สวัสดิการโดยนายจ้าง	23	4.5	28	6.5	8	3.1	59	4.9
อื่น ๆ	11	2.1	5	1.2	1	0.4	17	1.4
รวม	513	100	430	100	260	100	1203	100

1.3 แยกตามประเภทโรงพยาบาลและสิทธิการรักษาพยาบาล

การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มผ่าตัด Inguinal hernia เมื่อแยกตามประเภทโรงพยาบาล จะได้ว่า ผู้รับบริการของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง สปร. และบัตรสุขภาพ 500 บาท แต่สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนจะเป็น กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองสูงสุด ซึ่งในกลุ่มที่ผ่าตัด Myoma uteri และ Kidney calculi ก็ ให้ผลในลักษณะเดียวกัน (ตารางที่ 56)

ตารางที่ 56 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่าตัดโรค Inguinal hernia , Myoma uteri และ Kidney calculi จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและสิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิ	รพท		รพศ		รพม		รพอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Inguinal hernia								
ไม่ใช้สิทธิ/จ่ายเงินเอง	18	8.7	13	6.7	51	56	16	72.7
บัตรทอง/สปร/บัตรสุขภาพ	146	70.5	130	67.4	9	9.9	2	9.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	30	14.5	43	22.3	18	19.8	3	13.6
ประกันสังคม/สวัสดิการโดยนายจ้าง	6	2.9	6	3.1	10	11	1	4.6
อื่นๆ	7	3.4	1	0.5	3	3.3	—	—
รวม	207	100	193	100	91	100	22	100
Myoma uteri								
ไม่ใช้สิทธิ/จ่ายเงินเอง	9	6.4	13	6.5	28	49.1	21	72.4
บัตรทอง/สปร/บัตรสุขภาพ	100	70.9	120	59.4	5	8.8	2	6.9
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	28	19.9	55	27.2	15	26.3	1	3.5
ประกันสังคม/สวัสดิการโดยนายจ้าง	2	1.4	12	5.9	9	15.8	5	17.2
อื่นๆ	2	1.4	2	1	0	0	0	0
รวม	141	100	202	100	57	100	29	100
Kidney calculi								
ไม่ใช้สิทธิ/จ่ายเงินเอง	8	7.6	1	1.5	37	68.5	30	88.2
บัตรทอง/สปร/บัตรสุขภาพ	88	83.8	58	86.6	9	16.7	1	3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	7	6.7	7	10.4	5	9.3	0	0
ประกันสังคม/สวัสดิการโดยนายจ้าง	2	1.9	1	1.5	2	3.7	3	8.8
อื่นๆ	0	0	0	0	1	1.8	0	0
รวม	105	100	67	100	54	100	34	100

2. ระยะเวลารอผ่าตัด

2.1 แยกตามชนิดโรค

ระยะเวลาผ่าตัด Inguinal hernia , Myoma uteri และ kidney calculi ส่วนใหญ่จะใช้เวลาไม่เกิน 10 วัน ซึ่งแยกตามชนิดการผ่าตัดจะได้ดังนี้ (ตารางที่ 57)

-การผ่าตัด Inguinal hernia หลังจากได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัด ร้อยละ 17.5 ได้รับการผ่าตัดทันที อีกร้อยละ 61 ได้รับการผ่าตัดในช่วง 1-10 วัน

-การผ่าตัด Myoma uteri หลังจากได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัด ร้อยละ 4.6 ได้รับการผ่าตัดทันที และอีกร้อยละ 75.8 ได้รับการผ่าตัดในช่วง 1-10 วัน

-การผ่าตัด Kidney calculi หลังจากได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัด ร้อยละ 10.4 ได้รับการผ่าตัดทันที และอีกร้อยละ 52.7 ได้รับการผ่าตัดในช่วง 1-10 วัน

ตารางที่ 57 ระยะเวลารอผ่าตัด จำแนกตามชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ

ระยะเวลารอผ่าตัด (วัน)	Inguinal hernia		Myoma uteri		Kidney calculi	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0	90	17.5	20	4.6	27	10.4
1-10	313	61.0	326	75.8	137	52.7
11-20	45	8.8	28	6.5	27	10.4
21-30	21	4.1	17	4.0	20	7.7
31-40	17	3.3	10	2.3	21	8.1
41-50	13	2.5	13	3.0	10	3.8
51-60	9	1.8	5	1.2	11	4.2
>60	5	1.0	11	2.6	7	2.7
รวม	513	100	430	100	260	100

2.2 แยกตามรายภาค

ประชากรที่รับบริการผ่าตัด 3 โรคข้างต้นจากโรงพยาบาลในภาคเหนือจะใช้เวลารอนานกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ที่ซึ่งใช้เวลารอผ่าตัดใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่ผ่าตัดโรคข้างต้นจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งอยู่ในภาคเหนือจะใช้เวลารอผ่าตัดนานที่สุด ดังนั้นหากพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลศูนย์, ทัวไป และเอกชน ของแต่ละภาค จะได้ว่า ระยะเวลารอผ่าตัดโรค Inguinal hernia และ Myoma uteri ในทุกภาคมีค่ามัธยฐานไม่แตกต่างกันมากนัก การผ่าตัดโรค Kidney calculi จะใช้เวลารอผ่าตัดนานกว่ากลุ่ม

Inguinal hernia และ Myoma และระยะเวลารอผ่าตัดทั้ง 3 โรคของภาคเหนือใช้เวลานานที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ส่วนภาคกลางรอผ่าตัดน้อยที่สุด (ตารางที่ 58)

ตารางที่ 58 ระยะเวลารอผ่าตัด Inguinal hernia, Myoma uteri และ Kidney calculi

จำแนก ตามรายภาค

ภาค	Inguinal hernia			Myoma uteri			Kidney calculi		
	จำนวน	มัธยฐาน	ช่วงเวลา	จำนวน	มัธยฐาน	ช่วงเวลา	จำนวน	มัธยฐาน	ช่วงเวลา
เหนือ	147	8	0-90	138	7.5	0-89	136	8	0-84
-ไม่รวม รพม.	56	1	0-74	81	2	0-65	82	6	0-84
- รพม.	91	15	0-90	57	34	1-89	54	16	0-63
อีสาน	148	1	0-75	163	2	0-49	84	3	0-87
กลาง	78	1	0-17	65	3	0-82	18	1	0-9
ใต้	140	2	0-71	64	2	0-32	22	4.5	1-58
รวม	513	1	0-90	430	2	0-89	260	5.5	0-87

2.3 แยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ในกลุ่มที่ผ่าตัดโรค Inguinal hernia , Myoma uteri และ Kidney calculi ปรากฏว่าผลดังนี้ (ตารางที่ 59)

- กลุ่มที่ผ่าตัดโรค Inguinal hernia ร้อยละ 50 ของกลุ่มสิทธิรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันจะใช้เวลารอผ่าตัดไม่แตกต่างกันมากนัก เนื่องจากระยะเวลาที่รอผ่าตัดนานที่สุดของกลุ่มนี้มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 วัน และระยะเวลารอผ่าตัดน้อยที่สุดเท่ากับ 1 วัน
- กลุ่มที่ผ่าตัดโรค Myoma uteri ในกลุ่มนี้มีระยะเวลารอผ่าตัดค่อนข้างแตกต่างกัน โดยร้อยละ 50 ของกลุ่มจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองและกลุ่มประกันสังคมรวมกันกลุ่มที่จัดสวัสดิการโดยนายจ้างจะรอผ่าตัดนาน 9 และ 10 วัน ตามลำดับ ในขณะที่ร้อยละ 50 ของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทจะรอผ่าตัดเพียง 2 วันเท่ากับกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ /ประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล
- กลุ่มที่ผ่าตัดโรค Kidney calculi ในการผ่าตัดโรคนี้จะใช้เวลารอผ่าตัดนานกว่า 2 โรคข้างต้น กลุ่มใช้สิทธิประกันสังคมและกลุ่มที่จัดสวัสดิการโดยนายจ้างจะใช้เวลารอผ่าตัดน้อยที่สุดคือ 2 วัน รองลงมาได้แก่กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และค่ามัธยฐานของระยะเวลารอผ่าตัดนานที่สุดก็คือ 9 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลารอผ่าตัดของกลุ่มที่ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล ส่วนร้อยละ 50 ของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ ใช้เวลารอผ่าตัด 6 วัน

ตารางที่ 59 ระยะเวลารอผ่าตัด Inguinal hernia, Myoma uteri และ Kidney calculi จำแนกตามสิทธิการรักษายาบาล

สิทธิ	Inguinal hernia			Myoma uteri			Kidney calculi		
	จำนวน	มัธยฐาน	ช่วงเวลา	จำนวน	มัธยฐาน	ช่วงเวลา	จำนวน	มัธยฐาน	ช่วงเวลา
ไม่ใช้สิทธิ/จ่ายเงินเอง	98	3	0-90	71	9	0-84	76	4	0-71
บัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ	287	1	0-74	227	2	0-50	156	6	0-87
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	94	2	0-75	99	2	0-89	19	9	0-51
ประกันสังคม/สวัสดิการโดยนายจ้าง	23	2	0-35	28	10	0-82	8	2	1-6.
อื่นๆ	11	1	0-28	5	0.5	0-4	1	7	7
รวม	513	1	0-90	430	2	0-89	260	5.5	0-87

2.3 แยกตามประเภทโรงพยาบาล

2.3.1 กลุ่มผ่าตัด Inguinal hernia

ร้อยละ 50 ของกลุ่มผ่าตัด Inguinal hernia ที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน จะใช้เวลารอผ่าตัดไม่เกิน 1 วัน แต่ถ้าผ่าตัดจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะใช้เวลารอผ่าตัดนานที่สุดคือ 15 วัน การใช้สิทธิรักษายาบาลในการผ่าตัดของโรงพยาบาลประเภทเดียวกันไม่ได้ทำให้ระยะเวลารอผ่าตัดในแต่ละสิทธิแตกต่างกันมากนัก (ตารางที่ 60)

2.3.2 กลุ่มผ่าตัด Myoma uteri

ร้อยละ 50 ของผู้รับบริการผ่าตัดจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จะใช้เวลารอผ่าตัด 1 และ 2 วันตามลำดับ แต่สำหรับผู้รับบริการจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะใช้เวลารอผ่าตัดนานที่สุด รองลงมาได้แก่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งต้องรอนาน 34 และ 17 วันตามลำดับ โรงพยาบาลประเภทเดียวกันแต่ผู้รับบริการใช้สิทธิการรักษายาบาลแตกต่างกันก็จะมีระยะเวลารอผ่าตัดใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 61)

2.3.3 กลุ่มผ่าตัด Kidney calculi

ร้อยละ 50 ของผู้ที่ผ่าตัด Kidney calculi จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเอกชน จะใช้เวลารอเวลาผ่าตัด 1 วัน แต่ถ้าผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะต้องใช้เวลารอนานที่สุดคือ 16 วัน รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งจะต้องใช้เวลารอ 13 วัน การใช้สิทธิการรักษายาบาล ปรากฏว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษายาบาลเองที่รับบริการผ่าตัดจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะใช้เวลารอผ่าตัดนานกว่ากลุ่มสิทธิรักษายาบาลอื่น ๆ แต่ถ้าผ่าตัดจากโรงพยาบาลเอกชน จะใช้เวลารอผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทและกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคลจะใช้เวลารอผ่าตัดใกล้เคียงกันถ้าหากเป็นโรงพยาบาลประเภทเดียวกัน (ตารางที่ 61)

ตารางที่ 60 ระยะเวลารอผ่าตัด Inguinal hernia , Myoma uteri และ Kidney calculi ของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามสิทธิการ

รักษาพยาบาล	รพท.		รพศ.		รพม.		รพอ.	
	มัชยฐาน (วัน)	ช่วงเวลา รอผ่าตัด (วัน)	มัชยฐาน (วัน)	ช่วงเวลา รอผ่าตัด (วัน)	มัชยฐาน (วัน)	ช่วงเวลา รอผ่าตัด (วัน)	มัชยฐาน (วัน)	ช่วงเวลา รอผ่าตัด (วัน)
Inguinal hernia								
ไม่ใช้สิทธิ/จ่ายเงินเอง	1	0-59	0	0-4	15	0-90	0	0-41
บัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ	1	0-74	1	0-71	25	0-37	3.5	1-6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	2	0-75	1	0-25	13	0-55	3	0-14
ประกันสังคม/สวัสดิการโดยนายจ้าง	2	1-14	1	1-1	24.5	1-35	0	0
อื่นๆ	1	1-8	4	4	8	0-28	—	—
รวม	1	0-75	1	0-71	15	0-90	0	0-41
Myoma uteri								
ไม่ใช้สิทธิ/จ่ายเงินเอง	1	1-2	2	0-22	36.5	1-84	12	0-65
บัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ	1	0-49	2	0-50	40	13-45	12	7-17
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	1	0-59	2	0-15	29	1-89	19	19
ประกันสังคม/สวัสดิการโดยนายจ้าง	9.5	3-16	2	0-10	35	2-63	37	23-82
อื่นๆ	2	0-4	0.5	0-1	—	—	—	—
รวม	1	0-59	2	0-50	34	0-89	17	0-82
Kidney calculi								
ไม่ใช้สิทธิ/จ่ายเงินเอง	23.5	0-71	22	22	19	1-63	1	0-6
บัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ	13.5	0-87	1	0-58	9	0-36	2	2-2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	10	2-15	1	0-27	9	2-51	—	—
ประกันสังคม/สวัสดิการโดยนายจ้าง	3.5	1-6	1	1	2	2	5	1-5
อื่นๆ	—	—	—	—	7	7	—	—
รวม	13	0-87	1	0-58	16	0-63	1	0-6

3. การเลือนนัดผ่าตัด

ในจำนวนผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 1203 ราย พบว่ามีการเลือนนัดผ่าตัด 26 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.2 เกือบทั้งหมดเป็นการเลือนนัดเพียง 1 ครั้ง (ตารางที่ 62) เหตุผลการเลือนนัด ร้อยละ 69.2 เป็นปัญหาทางด้านผู้รับบริการ ซึ่งเกิดจากความไม่พร้อมทั้งทางด้านสุขภาพอนามัย การเงิน และการงานเป็นส่วนใหญ่ สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริการของโรงพยาบาล พบเพียงร้อยละ 3.8 ที่เหลืออีกร้อยละ 26.9 ไม่ได้ระบุเหตุผล (ตารางที่ 63)

ตารางที่ 62 ระยะเวลารอผ่าตัดของกลุ่มเลือนนัด (N=1203)

การเลือนนัด (ครั้ง)	จำนวน	ร้อยละ	ค่ามัธยฐาน (วัน)	ช่วงรอผ่าตัด (วัน)
1	25	96.2	19	1-65
3	1	3.8	36	36
รวม	26	100	19	1-65

ตารางที่ 63 จำนวนและร้อยละของเหตุผลการเลือนนัด

เหตุผลการเลือนนัด	จำนวน	ร้อยละ
ทางด้านผู้รับบริการ	18	69.2
■ ปัญหาสุขภาพ	5	19.2
■ ไม่พร้อมด้านเวลา เงิน และงาน	8	30.8
■ ไม่มาตามนัด	4	15.4
■ หนีกลับบ้าน	1	3.8
ทางด้านโรงพยาบาล	1	3.8
ไม่ระบุเหตุผล	7	26.9
รวม	26	99.9

สรุป

การผ่าตัด Inguinal hernia , Myoma uteri และ Kidney calculi ผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้เวลารอผ่าตัดไม่เกิน 10 วัน โดยร้อยละ 50 ของกลุ่ม Inguinal hernia และ Myoma uteri จะรอเวลาผ่าตัด 1 และ 2 วันตามลำดับ ส่วนกลุ่ม Kidney calculi จะใช้เวลารอนานกว่า คือ 5.5 วัน การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะบัตรทองและบัตรสุขภาพ 500 บาทไม่ได้ทำให้ต้องรอนานกว่ากลุ่มอื่นๆ ประเภทของโรงพยาบาลมีผลต่อระยะเวลาผ่าตัด โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะต้องใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานที่สุด ส่วนโรงพยาบาลเอกชน ถ้าหากเป็นการผ่าตัด Inguinal hernia และ Kidney calculi จะใช้ระยะเวลาผ่าตัดน้อยที่สุด โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่จะมีระยะรอนานขึ้นข้างขึ้นและใกล้เคียงกับโรงพยาบาลศูนย์ แต่ในการผ่าตัด Kidney calculi กลับต้องใช้ระยะเวลารอนานรองจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้ที่รับการผ่าตัดในครั้งนี้มีการเลื่อนผ่าตัดเพียงร้อยละ 2.8 และเหตุผลในการเลื่อนนัดส่วนใหญ่มาจากปัญหาทางด้านผู้รับบริการ

การอภิปรายผล

การใช้ข้อมูลระยะเวลาในการรอผ่าตัด Inguinal hernia , Myoma uteri และ Kidney calculi เพื่อบ่งบอกการเข้าถึงบริการและความเสมอภาคในสิทธิรักษาพยาบาลนั้น เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ฉุกเฉินสามารถรอการรักษาได้ และเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังซึ่งได้จากการได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ทำให้กลุ่มที่ควรผ่าตัดแต่ไม่ได้รับการผ่าตัดจึงไม่ปรากฏในการศึกษานี้ ดังนั้นในการเข้าถึงบริการในที่นี้จึงพิจารณาจากความเหมาะสมของระยะเวลาผ่าตัด ซึ่งก็พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่นาน และมีจำนวนหนึ่งที่ได้รับการผ่าตัดทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัด

กลุ่มที่มารับบริการผ่าตัดโรคเหล่านี้ ประมาณร้อยละ 56 เป็นกลุ่มที่มีสิทธิบัตรทอง สปร.และบัตรสุขภาพ 500 บาท ทั้งนี้เนื่องจากสิทธิบัตรทอง สปร.และบัตรสุขภาพ 500 บาทเป็นสิทธิที่ประชาชนถือครองมากที่สุด แม้ว่ารัฐบาลพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคน แต่ก็ยังปรากฏข้อมูลการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองถึงร้อยละ 20 ทั้งนี้อาจเกิดจากความไม่ครอบคลุมของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนบางส่วนไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใด ๆ หรืออาจเกิดจากผู้มีสิทธิแต่ไม่ใช้สิทธิ จากข้อมูลในตารางที่ 5 ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของกรณีมีสิทธิแต่ไม่ใช้ เนื่องจากส่วนใหญ่ของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งไม่อยู่ในระบบส่งต่อสำหรับโรคเหล่านี้ของบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท ทั้งๆที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สามารถให้บริการผ่าตัดโรคเหล่านี้ได้ทุกแห่ง สำหรับระยะเวลาผ่าตัดของสิทธิที่แตกต่างกันปรากฏว่ากลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองซึ่งตามความคิดโดยทั่วไปแล้วน่าจะได้รับการรวดเร็วกลุ่มอื่นๆ กลับกลายเป็นใช้เวลารอนานกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า การยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองก็เพื่อต้องการในส่วนที่สิทธิบัตรทองไม่ครอบคลุม เช่น ห้องพิเศษ หรือ ระบุแพทย์ผ่าตัดเป็นต้น จึงทำให้ต้องใช้เวลาในการรอนาน ส่วน

สิทธิบัตรทองซึ่งเป็นบัตรที่ประชาชนไม่มั่นใจในความเท่าเทียมกันกับสิทธิอื่น ๆ ปรากฏว่า เมื่อเทียบกับสิทธิข้าราชการซึ่งเป็นสิทธิที่ไม่จำกัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็ให้ผลการใช้เวลารอผ่าตัดแทบไม่แตกต่างกันถ้าหากใช้ในโรงพยาบาลประเภทเดียวกัน แต่ถ้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลประเภทต่างกัน ถึงแม้สิทธิเดียวกันก็จะแตกต่างกันได้ ดังจะเห็นได้จากระยะเวลารอดำตัด ในตารางที่ 9 ดังนั้นระยะเวลารอดำตัดไม่ได้ขึ้นกับสิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้ แต่จะขึ้นกับประเภทโรงพยาบาลเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งต่อไปในประเด็นการเข้าถึงบริการและความเสมอภาคในแต่ละสิทธิควรเลือกการบริการที่ต้องใช้ระยะเวลารอคอยนานและไม่ฉุกเฉินเช่น การบริการทางทันตกรรม เพราะอาจให้ผลที่ชัดเจนขึ้น
2. ความไม่ชัดเจนในกรณีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทำให้เกิดคำถามที่ต้องการคำตอบมากมายเช่น ความครอบคลุมของหลักประกัน ความพึงพอใจ และคุณภาพในการบริการ ดังนั้นจึงควรใช้ข้อมูลการมีสิทธิรักษาพยาบาลของผู้รับบริการวิเคราะห์ร่วมกับสิทธิที่ใช้ จะช่วยให้ได้คำตอบที่มีรายละเอียดมากขึ้น

การเข้าถึงบริการและความเสมอภาคของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : การใช้บริการและการส่งต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและในช่วงเดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544 ในเรื่องต่อไปนี้

1. จำนวนผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. การใช้สิทธิรักษาพยาบาลของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
3. การส่งต่อ/รับส่งต่อของโรงพยาบาล
4. การใช้สิทธิรักษาพยาบาลของผู้ป่วยส่งต่อ/รับส่งต่อแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

นิยามศัพท์ การรับ/ส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การรับส่งต่อผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย การส่งต่อผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรเป้าหมาย

1. ผู้ให้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในช่วงเดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 และ 2544 ของโรงพยาบาลเป้าหมาย
2. ผู้ป่วยส่งต่อ / ถูกรับส่งต่อ ของโรงพยาบาลเป้าหมาย ในช่วงเดือน สิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 และ 2544

สถานที่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่1และ2 จาก 4 ภาคๆละ 2 จังหวัด ได้โรงพยาบาลทั้งสิ้น 43 แห่ง แยกเป็นประเภทดังนี้

- โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง
- โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง
- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน 30 แห่ง
- โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง

เครื่องมือ แบบบันทึกเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

- ชื่อโรงพยาบาล
- จำนวนผู้ป่วยนอก/ใน และ จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ/รับส่งต่อแผนกผู้ป่วยนอก/ใน แยกออกเป็นรายเดือน ตั้งแต่เดือน สิงหาคม – พฤศจิกายน ของปี พ.ศ.2543 และ2544
- สิทธิรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

วิธีการรวบรวมข้อมูล

- กรณีโรงพยาบาลมีเครื่องคอมพิวเตอร์เก็บข้อมูลผู้ป่วย

-เจ้าหน้าที่เวชระเบียนหรือผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูลจากเครื่องคอมพิวเตอร์และกรอกข้อมูลตามแบบบันทึก

- กรณีโรงพยาบาลไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์เก็บข้อมูลผู้ป่วย
 - คัดข้อมูลจากรายงานประจำเดือน
 - แยกสถิติจากใบสั่งยา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม หากเดือนใดไม่มีความครบถ้วนในเรื่องจำนวนและสถิติรักษาพยาบาล ก่อนนำมาวิเคราะห์จะตัดข้อมูลในเดือนนั้นออกทั้งปี 2543 และ 2544 ทั้งนี้เพื่อให้ฐานข้อมูลของปี พ.ศ. 2543 และ 2544 ในกลุ่มเดียวกันสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Epi info version 6 สถิติที่ใช้ ร้อยละ

ผลการศึกษา

ในการศึกษาค้างนี้มีข้อมูลแยกออกได้เป็น 4 กลุ่มคือ

1. จำนวนผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก
2. จำนวนผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน
3. จำนวนผู้ป่วยรับ/ส่งต่อแผนกผู้ป่วยนอก
4. จำนวนผู้ป่วยรับ/ส่งต่อแผนกผู้ป่วยใน

ข้อมูลจำนวนการรับ/ส่งต่อเป็นข้อมูลที่โรงพยาบาลมีการบันทึกและเก็บรวบรวมตามแบบบันทึกของโครงการฯน้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่จะไม่มีการบันทึกสถิติรักษาพยาบาลและแผนก(นอก/ใน)ของผู้ป่วยที่ส่งต่อ ซึ่งเมื่อแยกประเภทโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งข้อมูล ได้ดังนี้ (ตารางที่ 63)

- โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีข้อมูลครบถ้วนทั้ง 4 กลุ่ม
- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 1 แห่ง และมีข้อมูลครบถ้วนทั้ง 4 กลุ่ม
- โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล และหลายแห่งมีข้อมูลครบถ้วนเพียงบางกลุ่มเท่านั้น จึงทำให้จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มข้อมูลมีจำนวนไม่เท่ากัน ดังนี้ โรงพยาบาลที่มีข้อมูลจำนวนผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกมี 20 แห่ง จำนวนผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน มี 17 แห่ง จำนวนผู้ป่วยรับ/ส่งต่อแผนกผู้ป่วยนอกมี 13 แห่ง และจำนวนผู้ป่วยรับ/ส่งต่อแผนกผู้ป่วยในมี 9 แห่ง
- โรงพยาบาลเอกชนได้จาก โรงพยาบาล 1 แห่งและไม่มีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรับ/ส่งต่อ แต่ข้อมูลจาก 1 แห่ง อาจทำให้การแปลผลผิดพลาดได้ ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้จึงไม่นำข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชนมาวิเคราะห์ผล

ตารางที่ 63 จำนวนโรงพยาบาลที่มีข้อมูลการใช้บริการและการรับ/ส่งต่อผู้ป่วย

ประเภทโรงพยาบาล	การใช้บริการ		การส่งต่อ		เป้าหมาย
	แผนกผู้ป่วยนอก	แผนกผู้ป่วยใน	แผนกผู้ป่วยนอก	แผนกผู้ป่วยใน	
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	5	5	5	5	7
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1	1	1	1	1
โรงพยาบาลชุมชน	20	17	13	9	30
โรงพยาบาลเอกชน	1	1	-	-	5
รวม	27	24	19	15	43

ก. จำนวนผู้ให้บริการ

1. แผนกผู้ป่วยนอก

1.1 แยกตามสิทธิรักษาพยาบาล

ผู้ให้บริการปี พ.ศ. 2544 เทียบกับปี พ.ศ. 2543 ในช่วงเวลาเดียวกันจะมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ทุกสิทธิรักษาพยาบาลมีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นยกเว้นกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่มีอัตราการใช้บริการลดลงในอัตราร้อยละ 9 กลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทเป็นกลุ่มที่มีอัตราเพิ่มการใช้บริการสูงสุดคือร้อยละ 45.4 และปี พ.ศ.2544 เป็นปีที่โรงพยาบาลเป้าหมายเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ทำให้มีกลุ่มบัตรทองเกิดขึ้น เมื่อรวมกลุ่มบัตรทองกับกลุ่มสปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทที่ยังไม่หมดอายุ ทำให้กลุ่มนี้มีสัดส่วนการใช้บริการสูงสุดเป็นร้อยละ 42.2 กลุ่มประกันสังคมมีสัดส่วนการใช้บริการไม่แตกต่างจากปี พ.ศ.2543 ส่วนกลุ่มที่เหลือมีสัดส่วนลดลงจากปี พ.ศ.2543 ทุกกลุ่มแต่อย่างไรก็ตามกลุ่มที่มีสัดส่วนลดลงก็ยังมีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นยกเว้นกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่มีจำนวนลดลงด้วย (ตารางที่ 64)

ตารางที่ 64 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการ ณ.โรงพยาบาล พ.ศ. 2543 และ 2544
(เดือน สิงหาคม-พฤศจิกายน) จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล	ปี 2543		ปี 2544		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	150,856	13.4	164,897	12.6	9.3
ประกันสังคม	62,362	5.5	73,454	5.6	17.8
บัตรทอง 30 บาท	-	-	75,871	5.8	45.4
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	378,642	33.6	474,507	36.4	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	396,214	35.1	360,666	27.6	-9
อื่น ๆ	139,745	12.4	154,605	11.8	10.6
รวม	1,127,819	100	1,304,000	100	15.6

*รวมบัตรทอง 30 บาท บางส่วน

กลุ่มสิทธิอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มที่ใช้สิทธิกองทุนทดแทน นักศึกษามหาวิทยาลัย ลูกจ้างชั่วคราว กองอาสารักษาดินแดน ครูเอกชน ผู้ป่วยในพระบรมฯ ต่างด้าว ไม่มีสิทธิและไม่มีจ่าย ออกหน่วยแพทย์ ค้างจ่ายและ พรบ.

1.2 แยกตามประเภทโรงพยาบาลและสิทธิรักษาพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ให้บริการของปี พ.ศ.2544 เทียบกับปี พ.ศ.2543 ในช่วงเดือนเดียวกัน ปรากฏว่า โรงพยาบาลที่มีผู้ไปใช้บริการเพิ่มขึ้นสูงสุด คือ โรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ 20.6 รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 15.6 ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีจำนวนผู้ให้บริการ แขนกผู้ป่วยนอกใกล้เคียงกับปีพ.ศ.2543 สัดส่วนผู้ให้บริการของโรงพยาบาลแต่ละประเภทมีลักษณะ คล้ายคลึงกันทั้งปีพ.ศ.2543 และ 2544 ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เป็นกลุ่ม สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทมากที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและจ่ายค่า รักษาพยาบาลเองตามลำดับ ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนพบสูงสุดในกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตร สุขภาพ 500 บาทเช่นกัน และจะพบในกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองและกลุ่มอื่นๆรองลงมาตามลำดับ สำหรับผู้ให้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ส่วนกลุ่มที่ใช้ สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทในปี พ.ศ. 2544 มีประมาณร้อยละ 3 เท่านั้น และหากแยกตาม สิทธิรักษาพยาบาลจะได้ดังนี้ (ตารางที่ 65)

ตารางที่ 65 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2543 และ 2544 (เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน)
ของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชนจำแนกตามสิทธิ
รักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล	ปี 2543		ปี 2544		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	108,101	25.7	109,160	22.4	1.0
ประกันสังคม	24,981	5.9	32,325	6.6	29.4
บัตรทอง 30 บาท	-	-	37,948	7.8	41.3
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	152,857	36.3	178,048*	36.6	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	97,956	23.3	84,999	17.5	-13.2
อื่น ๆ	36,938	8.8	44,080	9.1	19.3
รวม	420,833	100	486,560	100	15.6
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	49	0	42	0	0
ประกันสังคม	9,506	9.8	21,726	10.5	11.4
บัตรทอง 30 บาท	-	-	4,637	2.2	363.4
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	1,466	0.8	2,157	1.1	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	170,305	85.4	170,175	82.2	-0.1
อื่น ๆ	8,009	4.0	8,240	4.0	2.8
รวม	199,335	100	206,977	100	3.8
โรงพยาบาลชุมชน ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	42,706	8.4	55,695	9.1	30.4
ประกันสังคม	17,875	3.5	19,403	3.2	8.5
บัตรทอง 30 บาท	-	-	33,286	5.4	16.8
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	224,319	44.2	295,989*	48.4	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	127,953	25.2	105,492	17.2	-17.6
อื่น ๆ	94,798	18.7	102,285	16.7	7.9
รวม	507,651	100	612,150	100	20.6

*รวมบัตรทอง 30 บาท บางส่วน

- **กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ** สัดส่วนการให้บริการแผนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์พบได้สูงกว่าสัดส่วนการให้บริการแผนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน แต่ในปี พ.ศ. 2544 กลุ่ม **ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ** มีการไปใช้บริการที่แผนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากที่สุด คือร้อยละ 30.4 ส่วนโรงพยาบาลประเภทอื่น ๆ มีจำนวนและสัดส่วนการให้บริการของกลุ่มนี้ใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2543
- **กลุ่มประกันสังคม** ในปี พ.ศ. 2544 เทียบกับปีพ.ศ. 2543 กลุ่มประกันสังคมจะมีสัดส่วนการให้บริการในโรงพยาบาลประเภทเดียวกันไม่แตกต่างกัน ซึ่งจะพบสัดส่วนการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ประมาณร้อยละ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประมาณร้อยละ 10 และโรงพยาบาลชุมชนพบกลุ่มนี้ไปใช้บริการน้อยที่สุดประมาณร้อยละ 3 แต่เมื่อพิจารณาถึงอัตราการเปลี่ยนแปลงการให้บริการ ก็จะได้ว่ากลุ่มประกันสังคมเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์เพิ่มมากที่สุดคือร้อยละ 29.4
- **กลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ500บาท** เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการให้บริการสูงสุดสำหรับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน อัตราการให้บริการเพิ่มมากที่สุดในโรงพยาบาลทุกประเภท โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีอัตราการเพิ่มในกลุ่มนี้สูงสุดถึงร้อยละ 363.4
- **กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง** มีอัตราการให้บริการลดลงในทุกประเภทโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนจะพบกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองไปใช้บริการลดลงในอัตราสูงสุด รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ด้วยอัตราร้อยละ 17.6 และ 13.2 ตามลำดับ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมาใช้บริการในสัดส่วนสูงสุดและค่อนข้างคงที่
- **กลุ่มอื่น ๆ** สิทธิอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า ทุกประเภทโรงพยาบาลมีผู้ใช้บริการจำนวนเพิ่มขึ้นดังจะเห็นได้จากอัตราการให้บริการของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือร้อยละ 19.3 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 7.9 ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะมีอัตราเพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อย

โดยรวมแล้วทุกสิทธิรักษาพยาบาลจะมีผู้ไปใช้บริการเพิ่มขึ้น พบได้สูงสุดในสิทธิบัตรทอง / สปร./บัตรสุขภาพ500 บาท ส่วนสิทธิที่มีจำนวนผู้ใช้บริการลดลงมีเพียงกลุ่มเดียวคือกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง(ตารางที่ 65)

2. แผนกผู้ป่วยใน

2.1 แยกตามสิทธิรักษาพยาบาล

ผู้ให้บริการแผนผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนและอัตราเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 ในช่วงเวลาเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 7.3 จากผลการเพิ่มขึ้นของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท ทั้งๆที่มีการลดลงของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองและกลุ่มสิทธิอื่นๆในอัตราร้อยละ 33.6และ 38.5 ตามลำดับ การรวมกลุ่มบัตรทอง 30 บาทและกลุ่มบัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทเข้าด้วยกันทำให้มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 50.6

ของผู้มาใช้บริการในปี พ.ศ.2544 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าปี พ.ศ. 2543 ถึงร้อยละ 15.2 กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและกลุ่มประกันสังคมมีสัดส่วนการให้บริการไม่ค่อยมีความแตกต่างจากปีพ.ศ.2543 มากนัก กล่าวคือมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 และ 3 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองและกลุ่มสิทธิอื่นๆ นอกเหนือจากนี้มีการใช้บริการลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ31เป็นร้อยละ19.2 ในกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และร้อยละ 9.9 เป็นร้อยละ 5.7 ในกลุ่มสิทธิอื่น ๆ ส่วนกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทมีจำนวนการให้บริการในปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นมากกว่าจำนวนที่ลดลงของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง จึงมีผลทำให้กลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทเมื่อรวมกับกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองแล้วยังมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.8 (ตารางที่66)

ตารางที่ 66 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในที่มาใช้บริการ ณ.โรงพยาบาล พ.ศ. 2543 และ 2544
จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล (n =23)

สิทธิรักษาพยาบาล	พ.ศ. 2543		พ.ศ. 2544		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18,501	20.6	20,577	21.4	3.4
ประกันสังคม	2,730	3.0	2,961	3.1	8.5
บัตรทอง 30 บาท	-	-	11,814	12.2	53.5 } 12.8
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	31,805	35.4	37,019	38.4	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	27,888	31.0	18,514	19.2	
อื่นๆ	8,913	9.9	5,478	5.7	
รวม	89,837	100	96,363	100	7.3

*รวมบัตรทอง 30 บาท บางส่วน

2.2 แยกตามสิทธิรักษาพยาบาลและประเภทโรงพยาบาล

การให้บริการแผนกผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2544 เทียบกับปี พ.ศ. 2543ในช่วงเดือนเดียวกัน (ตารางที่ 67) จะได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นในอัตราสูงสุดคือ ร้อยละ 33.9 ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีผู้ไปใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ7.3 ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีผู้ให้บริการลดลงร้อยละ 24.1 และเมื่อพิจารณาถึงสิทธิรักษาพยาบาลของผู้ใช้บริการ ปรากฏว่าโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ500บาทไปใช้บริการสูงสุด ส่วนกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองและกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจพบรองลงมาตามลำดับในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ในโรงพยาบาลชุมชนก็พบผู้ใช้สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทสูงสุดเช่นเดียวกัน แต่ลำดับรองลงมากลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจจะ

มีสัดส่วนการใช้บริการสูงกว่ากลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง สำหรับสัดส่วนผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยังคงเป็นกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองสูงสุดเช่นเดียวกับผู้ใช้บริการแผนผู้ป่วยนอก รองลงมาได้แก่กลุ่มข้าราชการและกลุ่มบัตรทองตามลำดับ

ผู้ใช้บริการแผนผู้ป่วยในของปี พ.ศ. 2544 เทียบกับปี พ.ศ.2543 ในช่วงเวลาเดียวกัน หากแยกผู้ใช้บริการตามสิทธิรักษาพยาบาล จะได้ว่า

- **กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ** ใช้บริการที่โรงพยาบาลทุกประเภทเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นสูงสุดที่โรงพยาบาลชุมชน คือร้อยละ 21.5
- **กลุ่มประกันสังคม** มีการใช้บริการเพิ่มขึ้นทั้งที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้นสูงสุด คือร้อยละ 26.5 สำหรับโรงพยาบาลชุมชนจะมีกลุ่มประกันสังคมไปใช้บริการลดลง**กลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ** มีอัตราการไปใช้บริการเพิ่มขึ้นมากกว่าสิทธิประเภทอื่นๆและทุกประเภทโรงพยาบาล โดยพบสูงสุดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยร้อยละ 287.2 รองลงมาได้แก่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 74.1 และ 32.3 ตามลำดับ
- **กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง** จะมีอัตราการใช้บริการลดลงในโรงพยาบาลทุกประเภทโดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองไปใช้บริการลดลงมากที่สุด คือ ลดลง ร้อยละ 59.5 รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนลดลงร้อยละ 24.3 ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมาใช้บริการลดลงเล็กน้อยเท่านั้น
- **กลุ่มอื่น ๆ** กลุ่มนี้มีอัตราการใช้บริการจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ลดลงจากปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 49.7 และร้อยละ 24.3 ตามลำดับ แต่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกลับมีอัตราผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 34.7

เมื่อพิจารณาการเพิ่มขึ้นของกลุ่มบัตรทองร่วมกับการลดลงของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง จะได้ว่าโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนจะมีกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทใช้บริการจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าจำนวนลดลงของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทำให้อัตราการใช้บริการของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทและกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.8 และ 45.1 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลอื่นๆอีกด้วย ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกลับให้ผลตรงข้ามคือ กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีจำนวนลดลงมากกว่าจำนวนการเพิ่มขึ้นของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท ผลที่ได้คือ ทำให้มีอัตราการใช้บริการลดลงร้อยละ 40.3 (ตารางที่ 67)

ตารางที่ 67 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในปี 2543 และ 2544 (เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน) ของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาลที่ใช้

สิทธิรักษาพยาบาล	ปี 2543		ปี 2544		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8,052	17.8	8,401	17.3	4.3
ประกันสังคม	1,127	2.5	1,210	2.5	7.4
บัตรทอง 30 บาท	-	-	5,811	12	32.3 } 21.8
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	19,693	43.6	20,237*	41.7	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	9,374	20.8	9,361	19.3	
อื่นๆ	6,926	15.3	3,487	7.2	-49.7
รวม	45,172	100	48,507	100	7.3
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4,539	22	4,994	31.9	10
ประกันสังคม	739	3.6	935	6.0	26.5
บัตรทอง 30 บาท	-	-	1,187	7.6	287.2 } -40.3
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	812	3.9	1,957	12.5	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	13,805	66.9	5,589	35.7	
อื่นๆ	740	3.6	997	6.3	34.7
รวม	20,635	100	15,659	100	-24.1
โรงพยาบาลชุมชน					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5,910	24.6	7,182	22.3	21.5
ประกันสังคม	864	3.6	816	2.5	-5.6
บัตรทอง 30 บาท	-	-	4,816	15	74.1 } 45.1
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	11,300	47	14,856*	46.7	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	4,709	19.6	3,564	11.1	
อื่นๆ	1,247	5.2	944	2.9	-24.3
รวม	24,030	100	32,181	100	33.9

*รวมบัตรทอง 30 บาท บางส่วน

ข. การรับ/ส่งต่อผู้ป่วย

1. การรับ/ส่งต่อผู้ป่วยนอก

1.1 แยกตามสิทธิรักษาพยาบาล

ในปี พ.ศ.2543 ผู้ป่วยนอกที่ถูกรับ / ส่งต่อจะเป็นกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองประมาณร้อยละ 50 รองลงมาได้แก่กลุ่ม สปร และบัตรสุขภาพ 500 บาท ร้อยละ 37.8 แต่ในปี พ.ศ.2544 ในช่วงเดือนเดียวกัน ปรากฏว่า กลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงสุดของผู้ป่วยนอกที่ถูกรับ/ส่งต่อ คือ ร้อยละ 75.8 และเมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของการรับ/ส่งต่อผู้ป่วยในช่วงเดือนเดียวกันในปี พ.ศ. 2544 เทียบกับปี พ.ศ.2543 ปรากฏว่า อัตรารับ / ส่งต่อลดลงประมาณร้อยละ 9.1 กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองจะมีอัตรารับ / ส่งต่อลดลงสูงสุดคือร้อยละ 69.8 รองลงมาได้แก่ กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และกลุ่มสิทธิอื่น ๆ ร้อยละ 61.3 และ 25.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 68)

ตารางที่ 68 จำนวนและร้อยละการรับส่งต่อ/ส่งต่อผู้ป่วยนอก ในช่วงเดือน สิงหาคม – พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2543 และ 2544 จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล	ปี 2543		ปี 2544		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2,631	8.0	1,017	3.4	-61.3
ประกันสังคม	346	1.1	465	1.6	34.4
บัตรทอง 30 บาท	0	0	3,964	13.3	82.5
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	12,344	37.8	18,564*	62.5	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	16,191	49.6	4,890	16.5	-69.8
อื่น ๆ	1,151	3.5	811	2.7	-25.5
รวม	32,669	100	29,711	100	-9.1

*รวมบัตรทอง 30 บาท บางส่วน

1.2 แยกตามโรงพยาบาลและสิทธิรักษาพยาบาล

1.2.1 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

การรับส่งต่อผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในปี พ.ศ. 2544 ลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2543 ในช่วงเดือนเดียวกัน ถึงร้อยละ 23.8 โดยกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการรับส่งต่อสัดส่วนสูงสุดในปี พ.ศ.2543 มีอัตราการรับส่งต่อลดลงมากที่สุดถึงร้อยละ 97.5 รองลงมาคือกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และกลุ่มอื่น ๆ ร้อยละ 66.3 และ 38.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มบัตรทอง สปร และบัตรสุขภาพ 500

บาท มีอัตรารับส่งต่อเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2543 ร้อยละ 70 และกลุ่มประกันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเพิ่มขึ้นแต่ก็เพียงเล็กน้อยเท่านั้น(ตารางที่ 69)

1.2.2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ในปี พ.ศ.2543 ผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรับส่งต่อเป็นกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองร้อยละ 77.5 อีกร้อยละ 20.1 เป็นกลุ่ม สปร และบัตรสุขภาพ 500 บาท ส่วนในปี 2544 สัดส่วนกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองลดลงเป็นร้อยละ 24.4 และกลุ่ม สปร บัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งรวมกับบัตรทองด้วยจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 75.1 ของการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ถูกโรงพยาบาลรับส่งต่อไว้ในปี พ.ศ.2544 เพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.2543 ในช่วงเดือนเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 195.6 (ตารางที่ 69)

1.2.3 โรงพยาบาลชุมชน

ปี พ.ศ.2543 ซึ่งเป็นช่วงก่อนเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลชุมชนจะมีการส่งต่อผู้ป่วยนอกกลุ่ม สปร และบัตรสุขภาพ 500 บาทไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าสูงสุดคือ ร้อยละ 68 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอื่น ๆ และกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในสัดส่วนร้อยละ 12.6 และ 12.3 ตามลำดับ แต่ในปี 2544 กลุ่มจ่ายเองและกลุ่มอื่น ๆ มีสัดส่วนการส่งต่อลดลง และกลุ่มที่มีสัดส่วนการส่งต่อเพิ่มขึ้นก็คือ กลุ่มบัตรทอง /สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท เช่นเดียวกับโรงพยาบาลประเภทอื่น ๆ สำหรับกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีอัตราการส่งต่อเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 6.1 (ตารางที่ 69)

ตารางที่ 69 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยนอกรับ/ส่งต่อของ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชน ปี พ.ศ. 2543 และ 2544 จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล	ปี 2543		ปี 2544		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2451	9	826	4	-66.3
ประกันสังคม	196	0.7	209	1	6.6
บัตรทอง 30 บาท	0	0	1033	5	69.9
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	9175	33.7	14551*	70.2	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	14787	54.3	3748	18	-97.5
อื่น ๆ	605	2.2	371	1.8	-38.7
รวม	27214	99.9	20738	100	-23.8
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.1	0	0	-100
ประกันสังคม	26	2.3	14	0.4	-46.2
บัตรทอง 30 บาท	0	0	2,228	66.9	1,106.6

บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	226	20.1	273	8.2	
จ่ายเอง	873	77.5	811	24.4	-7.1
อื่น ๆ	0	0	2	0.1	200
รวม	1,126	100	3,328	100	195.6
โรงพยาบาลชุมชน					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	180	4.2	191	3.4	6.1
ประกันสังคม	124	2.9	242	4.3	95.2
บัตรทอง 30 บาท	0	0	703	12.4	51
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	2943	68	3,740*	66.2	
จ่ายเอง	531	12.3	331	5.9	-37.7
อื่น ๆ	546	12.6	440	7.8	-19.4
รวม	4330	100	5,647	100	30.4

* รวมบัตรทอง 30 บาท บางส่วน

กลุ่มสิทธิอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มที่ใช้สิทธิกองทุนทดแทน นักศึกษามหาวิทยาลัย ลูกจ้างชั่วคราว กองอาสารักษาดินแดน ครูเอกชน ผู้ป่วยในพระบรมฯ ต่างด้าว ไม่มีสิทธิและไม่มีจ่าย ค้างจ่ายและ พรบ.

เมื่อพิจารณาการรับ/ส่งต่อผู้ป่วยนอกตามสิทธิการรักษาพยาบาลในปีพ.ศ. 2544 เทียบกับปีพ.ศ. 2543 จะได้ดังนี้

- **กลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ** กลุ่มนี้จะถูกรับส่งต่อเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ ลดลง ซึ่งเห็นได้ชัดจากการรับส่งต่อของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ที่มีอัตราลดลงร้อยละ 66.3 สำหรับโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการส่งต่อเพิ่มขึ้นแต่ก็เพียงเล็กน้อยเท่านั้น
- **กลุ่มสิทธิประกันสังคม** โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการรับส่งต่อกลุ่มนี้น้อย และในปี พ.ศ. 2544 มีอัตราลดลง เฉพาะโรงพยาบาลชุมชนจะมีการส่งต่อผู้ป่วยนอกไปรับการรักษาพยาบาลในระดับสูงกว่าเพิ่มขึ้นสูงสุด ด้วย อัตราร้อยละ 95.2
- **กลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ** ในปี พ.ศ. 2544 กลุ่มสิทธินี้จะมีการถูกรับส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มสิทธิประเภทอื่นอย่างเห็นได้ชัด และมีอัตราการรับ/ส่งต่อเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลทุกประเภท ซึ่งพบ ร้อยละ 1106.6 , 69.9 และ 51 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนตามลำดับ

- **กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง** ในปี พ.ศ. 2543 กลุ่มนี้มีสัดส่วนการถูกรับส่งต่อสูงสุดในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่สำหรับปี พ.ศ. 2544 การถูกรับ/ส่งต่อมีจำนวนและอัตราลดลงในทุกประเภทโรงพยาบาล ซึ่งพบการรับส่งต่อลดลงสูงสุดในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 97.5 รองลงมาได้แก่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 37.7 ส่วนการรับส่งต่อของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยลดลงเล็กน้อยเท่านั้น
- **กลุ่มอื่นๆ** กลุ่มนี้จะมีการส่งต่อลดลงทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีกลุ่มนี้น้อยมาก จนความแตกต่างที่เกิดขึ้นไม่สามารถนำมาอธิบายได้

2. การรับและส่งต่อผู้ป่วยใน

2.1 แยกตามสิทธิรักษาพยาบาล

การเพิ่มจำนวนรับ / ส่งต่อผู้ป่วยในของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท ในปี พ.ศ. 2544 ทำให้กลุ่มมีอัตรารับ/ ส่งต่อ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 175.6 เมื่อรวมกับอัตรารับ / ส่งต่อของกลุ่มประกันสังคมเพิ่มอีกเล็กน้อยก็ทำให้อัตรารับ / ส่งต่อของผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 13.8 ทั้ง ๆ ที่ในขณะเดียวกันกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และกลุ่มสิทธิอื่น ๆ มีอัตราการรับ/ส่งต่อลดลงร้อยละ 20.1, 66.7 และ 66.5 ตามลำดับ แต่การเพิ่มจำนวนรับ / ส่งต่อผู้ป่วยในถึงร้อยละ 175.6 ของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ของการศึกษารั้งนี้ ย่อมมีผลต่อการเพิ่มอัตรารับ/ส่งต่อในภาพรวมของปี พ.ศ. 2544 ด้วย

จากผลการเข้าสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ที่ไม่มีหลักประกันใดๆที่เคยอยู่ในกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเปลี่ยนสถานะเป็นกลุ่มบัตรทองนั้นปรากฏว่าจำนวนที่ลดลงของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีน้อยกว่าจำนวนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มบัตรทอง ส่งผลให้อัตราการเพิ่มขึ้นของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทเมื่อรวมกับกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองแล้วยังมีอัตราเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 36.1 (ตารางที่ 70)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยใน ในช่วงเดือน สิงหาคม – พฤศจิกายน

ปี พ.ศ.2543 และ 2544 จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล	ปี 2543		ปี 2544		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	402	5.4	321	3.8	-20.1
ประกันสังคม	140	1.9	179	2.1	27.9
บัตรทอง 30 บาท	0	0	2,373	28.0	175.6 } 36.1
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	3,981	53.6	4,616	54.6	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	1,527	20.5	508	6.0	
อื่น ๆ	1,386	18.6	464	5.5	-66.5

รวม	7,436	100	8,461	100	13.8
-----	-------	-----	-------	-----	------

* รวมบัตรทอง 30 บาท บางส่วน

2.2 แยกตามประเภทโรงพยาบาลและสิทธิการรักษาพยาบาล

2.2.1 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

การรับ/ส่งต่อผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในปี พ.ศ. 2544 มีอัตราลดลงจากปี พ.ศ.2543 เกือบทุกกลุ่มสิทธิยกเว้นกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทที่มีอัตราการรับ/ส่งต่อเพิ่มขึ้นแต่ก็เพียงร้อยละ 29.4 ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเพิ่มการรับส่งต่อสิทธิบัตรทอง 30 บาท นั้นเอง(ตารางที่ 71)

2.2.2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ปี พ.ศ.2544 การรับส่งต่อผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีอัตราเพิ่มอย่างมากในทุกสิทธิ ยกเว้นกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2543 (ตารางที่ 71)

2.2.3 โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.8 ทั้งนี้เป็นผลมาจากการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทซึ่งเป็นกลุ่มส่วนใหญ่และกลุ่มประกันสังคม ส่วนกลุ่มอื่นๆ มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยลดลง และการส่งต่อผู้ป่วยในกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทที่เพิ่มขึ้นมีจำนวนมากกว่าการลดลงของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทำให้อัตราการส่งต่อผู้ป่วยในของสองกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.8 (ตารางที่ 71)

ตารางที่ 71 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในรับ/ส่งต่อของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชน ปีพ.ศ. 2543 และ 2544 (เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน)

จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล	ปี 2543		ปี 2544		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	265	4.8	81	1.9	-69.4
ประกันสังคม	84	1.5	67	1.6	-120.2
บัตรทอง 30 บาท	0	0	927	21.7	29.4 -2.6
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	2,917	52.8	2,849	66.6	
จ่ายเอง	1,230	22.3	262	6.1	
อื่น ๆ	1,028	18.6	92	2.1	-91.1
รวม	5,524	100	4,278	100	-22.6
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27	12.9	136	6.6	403.7

ประกันสังคม	7	3.3	45	2.2	542.9
บัตรทอง 30 บาท	0	0	1,038	50.4	4,033.3 } 973.4
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	42	20.0	656	31.9	
จ่ายเอง	131	62.4	163	7.9	
อื่น ๆ	3	1.4	21	1.0	600
รวม	210	100	2,059	100	880.5
โรงพยาบาลชุมชน					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	110	6.5	104	4.9	-5.5
ประกันสังคม	49	2.9	67	3.2	36.7
บัตรทอง 30 บาท	0	0	408	19.2	48.6 } 34.8
บัตรทองฟรี/สปร./บัตรสุขภาพ	1,022	60	1,111*	52.3	
จ่ายเอง	166	9.7	83	3.9	
อื่น ๆ	355	20.9	351	16.5	-1.1
รวม	1,702	100	2,124	100	24.8

* รวมบัตรทอง 30 บาท บางส่วน

*กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มที่ใช้สิทธิกองทุนทดแทน นักศึกษามหาวิทยาลัย ลูกจ้างชั่วคราว กองอาสารักษาดินแดน ครูเอกชน

หากพิจารณาตามสิทธิรักษาพยาบาลจะได้ดังนี้

- **กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ** โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 403.7 ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนมีการรับส่งต่อ/ส่งต่อลดลงร้อยละ 69.4 และ 5.5 ตามลำดับ
- **กลุ่มประกันสังคม** กลุ่มนี้จะถูกรับส่งต่อ/ส่งต่อเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 542.9 และ 36.7 ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีการรับส่งต่อลดลง
- **กลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ** การรับส่งต่อ/ส่งต่อเป็นผู้ป่วยในของกลุ่มสิทธินี้เพิ่มขึ้นมากที่สุดในทุกประเภทโรงพยาบาล และมากกว่าสิทธิประเภทอื่นๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีการเพิ่มการรับส่งต่อผู้ป่วยในในกลุ่มสิทธิมากถึง ร้อยละ 4033.3 นอกจากนี้กลุ่มนี้ยังมีสัดส่วนสูงสุดของผู้ป่วยในรับส่งต่อ
- **กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง** โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนจะรับส่งต่อ/ส่งต่อผู้ป่วยในสิทธิจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองลดลงอย่างเห็นได้ชัด แต่สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองจะมีการรับส่งต่อเพิ่มขึ้นแต่น้อยกว่าการเพิ่มของสิทธิประเภทอื่นๆ

- **กลุ่มอื่นๆ** ในปี พ.ศ. 2543 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนจะมีสัดส่วนการรับส่งต่อ/ส่งต่อผู้ป่วยในในสิทธิอื่นๆร้อยละ 18.9และ20.9 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2544 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในลดลงร้อยละ 91.1 ส่วนโรงพยาบาลชุมชนจะส่งต่อผู้ป่วยในสิทธิกลุ่มอื่นๆลดลงเล็กน้อยเท่านั้น สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีการรับส่งต่อผู้ป่วยในประเภทสิทธินี้ค่อนข้างน้อย แต่ในปี พ.ศ. 2544 กลับรับส่งต่อเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ600 อย่างไรก็ตามสัดส่วนของการรับส่งต่อผู้ป่วยในของกลุ่มสิทธินี้ก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นจากเดิม

สรุป

ก. การใช้บริการ

แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 ของช่วงเวลาเดียวกัน สิทธิรักษาพยาบาลที่มีการใช้ในจำนวนและสัดส่วนเพิ่มมากที่สุด ในโรงพยาบาลทุกประเภทคือ สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีจำนวนและอัตราการให้บริการลดลงในทุกประเภทของโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ สัดส่วนการใช้สิทธิแต่ละชนิดในปีพ.ศ. 2543 และปีพ.ศ. 2544 มีลักษณะไปในทิศทางเดียวกันกล่าวคือ ผู้ที่ไปใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในสัดส่วนสูงสุดยังคงเป็นกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

แผนกผู้ป่วยใน

ผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยในของปี พ.ศ.2544 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2543 ในช่วงเดือนเดียวกัน สิทธิรักษาพยาบาลที่มีการใช้เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลทุกประเภทได้แก่กลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท กลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และกลุ่มสิทธิประกันสังคม ส่วนกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองและกลุ่มสิทธิอื่นๆมีจำนวนและอัตราการใช้ลดลงค่อนข้างชัดเจน สิทธิรักษาพยาบาลที่มีผู้ใช้ในสัดส่วนสูงสุดและมีอัตราเพิ่มมากที่สุดด้วยคือ สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท สำหรับสัดส่วนการใช้สิทธิรักษาพยาบาลสูงสุดตามประเภทโรงพยาบาลก็เป็นเช่นแผนกผู้ป่วยนอก

ข. การรับ/ส่งต่อ

แผนกผู้ป่วยนอก

การรับ/ส่งต่อผู้ป่วยนอกในช่วงเดือนเดียวกันของปีพ.ศ. 2544 เทียบกับปีพ.ศ.2543 ปรากฏว่ามีอัตราลดลงประมาณร้อยละ 9 โดยโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีอัตรารับส่งต่อผู้ป่วยลดลง ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนมีอัตรารับ/ส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์จะมีอัตรารับส่งต่อผู้ป่วยลดลง แต่สำหรับกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทก็ยังมีการรับส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และพบเพิ่มขึ้นในทุกประเภทโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองกลับให้ผลตรงกันข้ามคือมีอัตราลดลงในทุกประเภทโรงพยาบาล

แผนกผู้ป่วยใน

การรับ/ส่งต่อผู้ป่วยในของปี พ.ศ.2544 เทียบกับปี พ.ศ. 2543 ในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13.8 จากผลการรับ/ส่งต่อผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรประกันสุขภาพ 500 บาทและประกันสังคม ส่วนกลุ่มสิทธิอื่นนอกเหนือจากนี้มีอัตราการรับ/ส่งต่อผู้ป่วยลดลง และโรงพยาบาลทุกประเภทมีอัตรารับ/ส่งต่อผู้ป่วยสิทธิบัตรทองเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

การศึกษาค้างครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการและการส่งต่อของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลต่าง ๆ กันระหว่างช่วงก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในขณะที่ศึกษากำลังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของระยะที่ 3 (เดือน ต.ค. 44) ซึ่งโครงการนำร่องระยะที่ 2 ได้ดำเนินมาระยะหนึ่งแล้ว ดังนั้นโรงพยาบาลเป้าหมายจึงถูกกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวยังมีความสับสนในระบบ โรงพยาบาลยังขาดการเตรียมความพร้อมในหลายเรื่อง ที่สำคัญและมีผลต่อการศึกษาในครั้งนี้คือ ระบบข้อมูล ทำให้บางแห่งไม่สามารถเก็บข้อมูล และบางแห่งมีข้อมูลที่ต้องการแต่ไม่ครบถ้วน (ความครบถ้วนของข้อมูลจะเริ่มปรากฏในช่วงเดือนตุลาคม 2544 เป็นต้นไป). ซึ่งปัญหาเหล่านี้พบได้มากในโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยนอก

การศึกษาค้างปี พ.ศ.2544 ของโรงพยาบาลช่วงหลังเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเทียบกับช่วงก่อนเข้าโครงการคือในปี 2543 จะได้ว่า การให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ซึ่งสูงกว่าอัตราการให้บริการของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2540-2542*¹ ค่อนข้างมาก อีกทั้งกลุ่มที่ใช้บริการเพิ่มมากในอัตราสัดส่วนสูงสุดคือ กลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท ส่วนกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีจำนวนและอัตราลดลง ก็น่าจะสะท้อนให้เห็นว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่เนื่องจากในช่วงระยะที่ทำการศึกษาค้างเป็นช่วงเริ่มแรกและมีการประชาสัมพันธ์โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างมากและต่อเนื่อง มีส่วนทำให้ประชาชนเกิดการตื่นตัวและไปใช้สิทธิมากขึ้น แต่ถ้าการไปใช้สิทธิก่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นลบ ย่อมมีผลต่อการไปใช้สิทธิและการเข้าถึงบริการในระยะต่อไป และอีกประการหนึ่งก็คือในช่วงระยะนี้ประชาชนสามารถผ่านเข้าไปใช้สิทธิยังหน่วยปฐมภูมิหลักได้สะดวก โดยมีต้องผ่านสถานีนามัยหรือหรือหน่วยปฐมภูมิรอง ก็มีผลทำให้จำนวนผู้ไปใช้บริการของโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน

หลังจากเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปได้ระยะหนึ่งแล้วก็ยังพบว่ามีกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกอีกร้อยละ 27.6 แต่เนื่องจากขาดข้อมูลสิทธิที่ผู้ใช้บริการถือครอง ทำให้ไม่สามารถแจกแจงได้ว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมาจากกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิหรือ/และไม่มีสิทธิในสัดส่วนเท่าไร และที่ชัดเจนก็คือในกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองนั้นจะมีกลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจที่

ทางโรงพยาบาลไม่สามารถแยกได้รวมอยู่ด้วย ส่วนสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจที่ทางโรงพยาบาลแยกออกมาได้ปรากฏว่ามีการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกในสัดส่วนที่สูงกว่าสัดส่วนของสิทธิที่มีซึ่งมีเพียงร้อยละ 7.6*² เท่านั้น แสดงว่ากลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกสูงกว่าสิทธิรักษาพยาบาลประเภทอื่น และลักษณะนี้พบได้ในช่วงก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นกัน

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยใน

การให้บริการผู้ป่วยในจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มการใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนจะสูงกว่าอัตราเพิ่มที่กองสาธารณสุขภูมิภาค¹ รวบรวมตั้งแต่ปี พ.ศ.2535-2542 อย่างชัดเจน และกลุ่มสิทธิที่เพิ่มมากที่สุดในทุกประเภทโรงพยาบาลคือกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ และการเพิ่มการใช้บริการของกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ยังเพิ่มมากกว่าการให้บริการที่ลดลงของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทั้งๆที่ส่วนหนึ่งของกลุ่มสิทธิบัตรทอง 30 บาทมาจากส่วนที่ลดลงของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองนั่นเอง และการเพิ่มขึ้นนี้ไม่น่ามาจากการยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองของกลุ่มสิทธิประกันสังคม สิทธิอื่นๆ หรือแม้แต่กลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทั้งนี้เพราะกลุ่มสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่พอใจในสิทธิที่มี กลุ่มสิทธิอื่นๆก็ไม่น่าจะอยู่ในฐานะยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และกลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มสิทธิที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้โดยไม่จำกัด ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงเน้นให้เห็นว่า กลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มบัตรทอง 30 บาทมีโอกาสถูกรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นและมากกว่าสิทธิประเภทอื่น ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยก็ให้ผลลักษณะเดียวกัน แต่เนื่องจากการลดลงการให้บริการอย่างมากของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองจึงทำให้ผลรวมการใช้บริการของกลุ่มบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพและกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองลดลงจากปี พ.ศ. 2543

จากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัดครั้งที่3*² เมื่อรวมกลุ่มที่ไม่มีหลักประกัน สปร.และบัตรสุขภาพ เข้าด้วยกัน จะได้จำนวนประชากรของคนกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ 84.6 ส่วนกลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและประกันสังคม เป็นร้อยละ 7.6 และ 3.9 ตามลำดับ แต่จากการศึกษาปรากฏว่ากลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนของการใช้บริการแผนกผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 20 ของสิทธิทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีโอกาสเข้าถูกรับเป็นผู้ป่วยในมากกว่าสิทธิอื่นๆ*³ ซึ่งปรากฏการณ์เช่นนี้พบได้ทั้งปี 2543 และ 2544 ส่วนกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในช่วงหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีจำนวนลดลงอย่างมากและมีผลทำให้การใช้สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นและชัดเจนกว่าการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองจะใช้สิทธิบัตรทองหากถูกรับเป็นผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยนอก ลักษณะเช่นนี้พบได้ในโรงพยาบาลของรัฐทุกประเภท โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีอัตราเพิ่มการใช้สิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทถึงร้อยละ 287.2 แต่ผลกระทบต่องานรักษาพยาบาลอื่นๆมีไม่มากนัก เนื่องจากการเพิ่มทำให้สัดส่วนของประชากรกลุ่มนี้เป็นร้อยละ 20 ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยในทั้งหมดเท่านั้น

การรับ/ส่งต่อผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าในปี 2544 แผนกผู้ป่วยนอกจะมีการรับ/ส่งต่อลดลง ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการลดรับ/ส่งต่อในกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองและกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มนี้สามารถเลือกใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐแห่งใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ใบส่งตัวในการยืนยันสิทธิเช่นผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาท แต่สำหรับกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทกลับมีการรับ/ส่งต่อเพิ่มมากขึ้น และพบได้ทุกประเภทโรงพยาบาล การเพิ่มของกลุ่มสิทธิบัตรทอง 30 บาททำให้กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองลดลง ดังนั้นการเมื่อรวมกลุ่มสิทธิบัตรทอง/สปร./บัตรสุขภาพ 500 บาทที่ยังไม่หมดอายุและกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในกลุ่มรับ/ส่งต่อผู้ป่วยในซึ่งมีการแยกสิทธิที่ใช้อย่างชัดเจนของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์จะเห็นว่าการรับส่งต่อผู้ป่วยในจะมีอัตราลดลงร้อยละ 2.6 ซึ่งน้อยกว่าสิทธิประเภทอื่นๆ แม้แต่กลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจค่อนข้างมาก การลดอัตรารับส่งต่อของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์อาจเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีการส่งต่อที่สมเหตุผลมากขึ้น เพราะที่ผ่านมาพบว่าโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ควรส่งประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด อย่างไรก็ตามผลที่ได้จากการศึกษาการรับ/ส่งต่อในครั้งนี้นี้ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เนื่องจากความไม่สอดคล้องของการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราเพิ่มและการรับส่งต่อของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ที่มีอัตราลดลง การศึกษามีข้อจำกัดในเรื่องสัดส่วนจำนวนของโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์น้อยไป การไม่ทราบสิทธิที่มีของกลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และการมีแหล่งที่มาของข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนในผู้ใช้บริการและข้อมูลการส่งต่อที่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาฐานข้อมูลของผู้รับบริการให้มีความทันสมัย ครบถ้วนและถูกต้อง เป็นหัวใจที่สำคัญในการติดตามและประเมินผลโครงการในระยะยาว
2. ในการศึกษาระยะต่อไป ควรมีการศึกษากาใช้บริการในระดับหน่วยปฐมภูมิและสถานอนามัยด้วย เนื่องจากเป็นสถานบริการระดับต้นที่คาดหวังให้ประชาชนส่วนใหญ่ไปใช้บริการ
3. การส่งต่อ น่าจะมีการศึกษาระบบการส่งต่อแบบครบวงจรเพื่อให้ภาพที่ได้ชัดเจนขึ้น และสามารถนำผลที่ได้มาพัฒนาและปรับปรุงระบบส่งต่อให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
4. ควรมีการเก็บข้อมูลสิทธิที่มีและสิทธิที่ใช้/ไม่ใช้ จะทำให้สามารถแยกแยะกลุ่มที่มาใช้บริการได้

เอกสารอ้างอิง

- 1 ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. ภาพลักษณ์และกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้า ในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ)จำกัด, มปป.
- 2 ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 3 ปี 2544.
- 3 จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย (ชุดสุขภาพคนไทยปี 2543). กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- 4 Somsak Chunharas. Referral system improvement in Thailand : technical report. Bangkok : Management Sciences for Health, 1998 ; 9-10.

การวิเคราะห์โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ระบบการเงินแบบเหมาจ่ายในระยะเปลี่ยนผ่าน

ความเป็นมาและเหตุผลของแนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน วิเคราะห์แนวทางด้านการเงินการคลังสุขภาพหรือสาธารณสุข

1. การคลังเพื่อสุขภาพหรือการคลังสาธารณสุข (Health Care Financing)

การคลังเพื่อสุขภาพหรือการคลังสาธารณสุข ในความหมายแบบกว้างๆ จะหมายถึงการระดมเงินทุนเพื่อการสาธารณสุข (Financing) การใช้จ่ายเงินที่ได้ระดมมาไปในกิจกรรมต่างๆ (Funding) และกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanism) โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ดำเนินการภายใต้ ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้นมีการปรับเปลี่ยนการคลังสาธารณสุขอย่างมากทั้งในการระดมเงินทุนและการใช้จ่ายเงินในกิจกรรมต่าง ๆ และกลไกการจ่ายจากระบบงบประมาณเดิมมาเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวแต่ก็มีรายละเอียดที่แตกต่างจากระบบประกันสังคม การปรับเปลี่ยนดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศทั้งในด้านการบริการสุขภาพ ความเสมอภาค และประสิทธิภาพทั้งประสิทธิภาพในด้านการจัดสรรทรัพยากร และประสิทธิภาพทางเทคนิค นอกจากนี้นโยบายด้านสุขภาพนั้นไม่สามารถดำเนินการได้โดยแยกเป็นอิสระจากนโยบายด้านการเงินการคลัง เนื่องจากการคลังสาธารณสุขจะเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ การระดมเงินทุน การจัดสรรเงินทุนไปในกิจกรรมต่างๆ และการจ่ายเงิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การดำเนินงานของระบบสุขภาพ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ และกลไกการจ่ายเงินของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลและโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก
3. เพื่อวิเคราะห์ผลการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสถานพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน

3. วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณเพื่อตอบปัญหาเกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์ คือ

- การศึกษาข้อมูลเอกสาร
- การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์
- การเก็บข้อมูลจากแหล่งบันทึก ข้อมูลค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลและแบบรายงานการเงินการคลังต่างๆ

4. กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่จังหวัดตัวอย่าง 8 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สระบุรี เชียงใหม่ แพร่ นราธิวาส ยะลา นครราชสีมา และหนองบัวลำภู ทั้งในและนอกสถานพยาบาล จำแนกตามวิธีการดังต่อไปนี้

- การสัมภาษณ์ สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยใน และแบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ
- แบบบันทึกรายงานสถานการณ์ทางการเงินและงบประมาณของสถานพยาบาล

หนึ่งข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมในระยะเวลาจำกัดในช่วงเปลี่ยนผ่านและ เป็นการเก็บแบบไปข้างหน้า (Prospective) โดยคนไข้ต้องออกจากโรงพยาบาลถือเป็น การสิ้นสุดกระบวนการรักษา เป็นการเก็บแบบสุ่มทั่วๆ ไปไม่ได้เจาะจงเรื่อง ประเภโรค และอื่นๆ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลา และวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยขาดข้อมูลที่เป็นเช่นด้านต้นทุนและการเงินจำแนกตามกิจกรรมก่อนการเปลี่ยนแปลงเพื่อ เปรียบเทียบ การศึกษานี้จึงเป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์ในระยะต่อไป ซึ่งควรทำการวิเคราะห์ เฉพาะด้าน เช่น วิเคราะห์แยกตามประเภโรค ประเภโรงพยาบาลและภาค ลงไปในรายละเอียด ลึกขุมทั้งต้นทุนการให้บริการที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการ เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ทางการเงินการคลังของสถานพยาบาลอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบ และผลกระทบเชิงนโยบายทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค

5. ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในและการเงินการคลังของสถานพยาบาล ในการวิเคราะห์จะทำการวิเคราะห์ ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโดยมี แนวทางการวิเคราะห์จำแนกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย
2. วิเคราะห์ตามเพศและกลุ่มอายุของผู้ป่วย

3. วิเคราะห์ตามเหตุผลในการรับบริการรักษาที่โรงพยาบาล
4. วิเคราะห์ตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาจริง
5. วิเคราะห์ตามระดับความพอใจ
6. วิเคราะห์ตามกลุ่มโรค
7. วิเคราะห์ระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system)
8. วิเคราะห์ด้านกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

5.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใน จำแนกตามภาค และจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล จากตารางที่ 72 พบว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมของโรงพยาบาลทุกภาคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6,638 บาท มีมัธยฐานอยู่ที่ 2,974 บาท มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 6.75 วัน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันนอนเท่ากับ 983 บาท เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่ายที่สำคัญได้แก่ ค่ายา ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง ค่าห้องผ่าตัด ดมยา และค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต และค่าใช้จ่ายในส่วนของคุณค่าห้องผ่าตัดและดมยาของโรงพยาบาลในทุกภาคจะมีค่าสูงสุด สำหรับค่าใช้จ่ายที่รองลงมานั้นมีดังนี้

- ภาคกลาง ค่าใช้จ่ายที่รองลงมาคือค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง ค่ายา ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต และค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์
- ภาคเหนือ ค่าใช้จ่ายที่รองลงมาคือค่ายา ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง และค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต
- ภาคใต้ ค่าใช้จ่ายที่รองลงมาคือค่ายา ค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต และค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ค่าใช้จ่ายที่รองลงมาคือค่ายา ค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต และค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

ตารางที่ 72 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในทุกประเภทโรงพยาบาลจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย

	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ค่าความแปรปรวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอน	6.75	5.00	6.79	
ค่ายา	2,157.05	802.00	5,186.29	20.45
ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	907.80	210.00	3,665.61	8.61
ค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง	1,409.08	400.00	3,297.08	13.36
ค่าห้องผ่าตัด / ดมยา	4,836.29	4,200.00	3,822.50	45.85
ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต	1,236.93	600.00	2,690.08	11.73
ค่าใช้จ่ายรวม	6,637.36	2,973.50	10,940.02	100.00
ค่าใช้จ่ายต่อวันนอน	982.69			

ตารางที่ 73 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลชุมชน

	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ค่าความแปรปรวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอน	6.74	5.00	7.18	
ค่ายา	1,815.46	726.00	4,210.20	19.53
ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	913.36	180.00	4,160.28	9.83
ค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง	1,118.93	400.00	1,534.56	12.04
ค่าห้องผ่าตัด / ดมยา	4,800.89	4,265.00	3,448.02	51.66
ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต	645.42	350.00	589.85	6.94
ค่าใช้จ่ายรวม	6,031.22	2,781.50	9,586.39	100.00
ค่าใช้จ่ายต่อวันนอน	894.62			

ตารางที่ 74 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย
ของโรงพยาบาลทั่วไป

	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ค่าความแปรปรวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอน	6.72	5.00	6.82	
ค่ายา	3,185.95	935.00	6,932.33	23.89
ค่าวัสดุอุปกรณ์ ทางการแพทย์	568.67	70.00	1,991.10	4.26
ค่าตรวจพิเศษ ที่มีราคาสูง	2,640.93	400.00	7,059.79	19.81
ค่าห้องผ่าตัด / ดมยา	5,938.44	5,800.00	4,730.15	44.54
ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต	1,000.00	800.00	616.44	7.50
ค่าใช้จ่ายรวม	7,993.96	2,920.00	13,095.74	100.00
ค่าใช้จ่ายต่อวันนอน	1,188.62			

ตารางที่ 75 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย
ของโรงพยาบาลศูนย์

	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ค่าความแปรปรวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอน	6.81	5.00	5.57	
ค่ายา	2,332.88	945.50	5,940.94	22.67
ค่าวัสดุอุปกรณ์ ทางการแพทย์	945.86	325.00	2,841.19	9.19
ค่าตรวจพิเศษ ที่มีราคาสูง	1,262.04	400.00	1,724.74	12.27
ค่าห้องผ่าตัด / ดมยา	3,694.86	3,516.00	3,720.07	35.91
ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต	2,053.35	800.00	4,248.98	19.96
ค่าใช้จ่ายรวม	7,290.69	3,636.00	1,2452.52	100.00
ค่าใช้จ่ายต่อวันนอน	1,070.63			

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลโดยแบ่งตามประเภทของโรงพยาบาล จากตารางที่ 1.2.1 ถึงตารางที่ 1.2.3 จะได้ว่า ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เมื่อดูค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยจะพบว่า ค่าใช้จ่ายในส่วนที่มากที่สุดคือ

ค่าใช้จ่ายในส่วน of ค่าห้องผ่าตัดและดมยา รองลงมาค่างา ค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤตและค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

และเมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างประเภทโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ย จะได้ว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายโดยรวมมากที่สุดเท่ากับ 7,994 บาท รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน คือเท่ากับ 7,290 และ 6,031 บาท ซึ่งเมื่อเทียบกับ โรงพยาบาลทั่วไปแล้วคิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 0.91 และ 0.75 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาแยกตามประเภทค่าใช้จ่าย จะได้ว่า

- ในส่วน of ค่ายา โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายมากที่สุด เท่ากับ 3,186 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 2,333 และ 1,816 บาท
- ในส่วน of ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด เท่ากับ 946 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป เท่ากับ 913 และ 569 บาท ตามลำดับ
- ในส่วน of ค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายมากที่สุด เท่ากับ 2,641 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 1,262 และ 1,119 บาท
- ในส่วน of ค่าห้องผ่าตัด ดมยา โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 5,938 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน 4801 บาท และโรงพยาบาลศูนย์ 3695 บาท
- ในส่วน of ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดเท่ากับ 2,053 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป 1000 บาท และโรงพยาบาลชุมชน 645 บาท

และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลในแต่ละภาคนั้น พบว่า โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยสูงสุด คือ 6.8 วัน ส่วนโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยพอๆกัน เท่ากับ 6.74 และ 6.72 วัน

ขณะที่เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยของโรงพยาบาลแต่ละระดับโดยดูจากค่ามัธยฐาน จะได้ว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมของโรงพยาบาลศูนย์จะมีค่ามากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีค่าใช้จ่ายโดยรวมน้อยที่สุดตามลำดับ และเมื่อพิจารณาแยกตามประเภทค่าใช้จ่ายมัธยฐาน จะได้ว่า

- ในส่วน of ค่ายา โรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด เท่ากับ 945 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน อยู่ที่ 935 และ 726 บาท ตามลำดับ

- ในส่วนของค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดเท่ากับ 325 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป อยู่ที่ 180 และ 70 บาท
- ในส่วนของค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เท่ากัน เท่ากับ 400 บาท
- ในส่วน of ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากันมากที่สุดเท่ากับ 800 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน 350 บาท

สำหรับจำนวนวันนอนของผู้ป่วย เมื่อดูจากค่ามัธยฐานจะพบว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละระดับเท่ากันเท่ากับ 5 วัน

5 วิเคราะห์ตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย จากตารางที่ 76 พบว่าในทุกๆภาค กลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน จะได้ว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 6,770.70 บาท รองลงมาคือค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเท่ากับ 6,503.06 บาท ตามด้วยค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี 4,536.36 บาท ตามลำดับ แต่ถ้าดูแยกตามภาคแล้วจะพบว่า ในภาคกลาง เมื่อดูจากค่าเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีเท่ากับ 6,541.62 บาท รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี 5,917.67 บาท และผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี เท่ากับ 5,291.95 บาทตามลำดับ ขณะที่ในภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อดูจากค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (6,522.29, 5,052.95, 9,781.08 บาท) รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (5,125.43, 5,501.60, 9,636.67 บาท) และตามด้วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี (2,956.23, 4,683.27, 2,548.21 บาท) ตามลำดับ

และเมื่อทำการพิจารณาแยกตามระดับของโรงพยาบาล ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 3.2 เมื่อดูจากค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานแล้ว จะได้ว่า ในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปีเท่ากับ 6,201.81 บาท รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี 5,935.31 บาท และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีเท่ากับ 3,017.16 บาทตามลำดับ สำหรับในโรงพยาบาลทั่วไป เมื่อดูจากค่าเฉลี่ยแล้ว กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วย

ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเท่ากับ 10,455.83 บาท รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี 7,554.21 บาท และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี เท่ากับ 7,300.47 บาท ตามลำดับ ขณะที่เมื่อพิจารณาจากค่ามัธยฐานจะได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ น้อยกว่า 15 ปี ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี จะมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด และในโรงพยาบาลศูนย์ เมื่อดูจากค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี เท่ากับ 7,591.59 บาท รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี 6,146.13 บาท และตามด้วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี เท่ากับ 5,743 บาท ตามลำดับ ขณะที่เมื่อดูค่ามัธยฐานจะได้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในกลุ่มอายุเดียวกัน พบว่าสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ เมื่อดูจากค่าเฉลี่ย โรงพยาบาลทั่วไปจะมีค่าใช้จ่ายสูงที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนตามลำดับ แต่เมื่อดูจากค่ามัธยฐาน โรงพยาบาลศูนย์จะมีค่าใช้จ่ายสูงสุด รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับ

ตารางที่ 76 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย

อายุ (นับปีเต็ม)	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
น้อยกว่า 15 ปี	71	3.40	4,536.35	2,845.00
ระหว่าง 15 – 59 ปี	1,582	75.50	6,770.70	2,983.00
มากกว่า 60 ปี	443	21.10	6,503.05	2,933.00
รวม	2,096	100.00	6,638.44	2,973.50

ตารางที่ 77 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย จำแนกตามภาค

ภาค	อายุ (นับปีเต็ม)	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
ภาคกลาง	น้อยกว่า 15 ปี	26	6.40	6,541.61	4,759.50
	15 – 59 ปี	292	72.10	5,291.25	2,190.00
	มากกว่า 60 ปี	87	21.50	5,917.66	2,736.67
	รวม	405	100.00	5,506.08	2,311.00
ภาคเหนือ	น้อยกว่า 15 ปี	13	1.70	2,956.23	2,367.00
	15 – 59 ปี	560	74.30	6,522.29	2,550.00

	มากกว่า 60 ปี	181	24.00	5,125.43	2,153.00
	รวม	754	100.00	6,125.49	2,438.12
ภาคใต้	น้อยกว่า 15 ปี	15	3.60	4,683.26	3,048.00
	15 – 59 ปี	344	82.10	5,052.95	3,310.50
	มากกว่า 60 ปี	60	14.30	5,501.60	3,405.00
	รวม	419	100.00	5,103.96	3,320.00
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	น้อยกว่า 15 ปี	17	3.30	2,548.20	2,205.00
	15 – 59 ปี	386	74.50	9,781.08	5,368.00
	มากกว่า 60 ปี	115	22.20	9,636.67	5,107.00
	รวม	518	100.00	9,511.65	5,064.00

ตารางที่ 78 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	อายุ (นับปีเต็ม)	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
โรงพยาบาลชุมชน	น้อยกว่า 15 ปี	40	3.10	3,017.16	1,906.50
	15 – 59 ปี	927	72.40	6,201.80	2,820.00
	มากกว่า 60 ปี	313	24.50	5,935.31	2,775.00
	รวม	1,280	100.00	6,037.11	2,781.50
โรงพยาบาลทั่วไป	น้อยกว่า 15 ปี	15	4.40	7,300.46	3,675.00
	15 – 59 ปี	276	80.50	7,554.21	2,759.50
	มากกว่า 60 ปี	52	15.20	1,0455.83	4,643.50
	รวม	343	100.00	7,983.01	2,920.00
ศูนย์	น้อยกว่า 15 ปี	16	3.40	5,743.00	6,019.50
	15 – 59 ปี	379	80.10	7,591.58	3,499.00
	มากกว่า 60 ปี	78	16.50	6,146.12	3,937.50
	รวม	473	100.00	7,290.69	3,636.00

5 . 3 วิเคราะห์ตามเหตุผลในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาตามเหตุผลการเข้ามารับการรักษาของผู้ป่วย จากตารางที่ 79 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองจะมีมากกว่าผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น คิดเป็นสัดส่วนแล้วเท่ากับ 3 . 3 9 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน จะได้ว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาล

อื่นจะสูงกว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองโดยจะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 7,933.61 บาท และ 6,226.41 บาท ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาแยกตามภาค ดังตารางที่ 80 จะพบว่าในทุกภาคจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองจะมีมากกว่าผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น โดยที่ในภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน จะได้ว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นจะสูงกว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเอง (10,785.79, 5,612.41, 10,829.19 บาท และ 4,228.28, 5,007.19, 9,140.27 บาท ตามลำดับ) ขณะที่ในภาคเหนือ ค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นจะน้อยกว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองอยู่เล็กน้อย (5,921.36, 6,205.02 บาท) และเมื่อทำการแยกพิจารณาตามประเภทของโรงพยาบาล จะได้ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองจะน้อยกว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น (6,354.25, 7,036.36 และ 9,708.85, 7,602.35, 0.235 ตามลำดับ) โดยที่

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น เมื่อดูจากค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทั่วไปมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 9,708.85 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ 7,602.35 บาท และโรงพยาบาลชุมชน 5,881.71 บาท ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเอง เมื่อดูจากค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์จะมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 7,036.36 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป 6,354.25 บาท และโรงพยาบาลชุมชน 6,044.24 บาท ตามลำดับ แต่เมื่อดูจากค่ามัธยฐาน ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์จะมีค่ามากที่สุดคือ 3,170.00 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน 2,872.50 บาท และโรงพยาบาลทั่วไป 2,711.50 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 79 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามเหตุผลในการมารับบริการที่โรงพยาบาล รวมทุกภาค

เหตุผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น	476	22.80	7,933.60	3,475.50
มาเอง	1,612	77.20	6,226.41	2,872.50
รวม	2,088	100.00	6,615.60	2,973.50

ตารางที่ 80 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามเหตุผลในการมารับบริการที่โรงพยาบาลจำแนกตามภาค

ภาค	เหตุผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
ภาคกลาง	ถูกส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลอื่น	70	17.30	10,785.79	6,060.50
	มาเอง	335	82.70	4,228.28	1,990.00
	รวม	405	100.00	5,361.68	2,311.00
ภาคเหนือ	ถูกส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลอื่น	209	27.80	5,921.36	2,325.00
	มาเอง	544	72.20	6,205.02	2,503.00
	รวม	753	100.00	6,126.29	2,430.00
ภาคใต้	ถูกส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลอื่น	67	16.00	5,612.41	3,385.00
	มาเอง	352	84.00	5,007.19	3,318.50
	รวม	419	100.00	5,103.96	3,320.00
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ถูกส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลอื่น	130	25.40	10,829.19	6,586.50
	มาเอง	381	74.60	9,140.27	4,843.00
	รวม	511	100.00	9,569.94	5,107.00

ตารางที่ 81 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามเหตุผลในการมารับบริการที่โรงพยาบาล
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	เหตุผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
โรงพยาบาล ชุมชน	ถูกส่งตัวมา	92	7.20	5,881.71	2,277.00
	มาเอง	1,184	92.80	6,044.24	2,872.50
	รวม	1,276	100.00	6,032.52	2,781.50
โรงพยาบาล ทั่วไป	ถูกส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลอื่น	150	43.90	9,708.85	4,592.00
	มาเอง	192	56.10	6,354.25	2,711.50
	รวม	342	100.00	7,825.56	2,917.50

โรงพยาบาล ศูนย์	ถูกส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลอื่น	234	49.80	7,602.36	3,963.50
	มาเอง	236	50.20	7,036.37	3,170.00
	รวม	470	100.00	7,318.16	3,676.00

5.4 วิเคราะห์ตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาจริง

พิจารณาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย จากตารางที่ 82 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีสิทธิในการประกันแบบบัตรทองจะมีจำนวนมากที่สุด เท่ากับ 1,553 คน รองลงมาคือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มของสิทธิการประกันของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 94 คน ตามด้วยผู้ป่วยบัตรสุขภาพ 82 คน ผู้ป่วยประกันสังคม 51 คน และผู้ป่วยประกันสุขภาพของภาคเอกชน 5 คน โดย เมื่อดูจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีค่ามากที่สุดคือ 8,299.98 บาท รองลงมาคือค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยบัตรทอง 6,744.32 บาท ตามด้วยผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ 6,075.41 บาท ผู้ป่วยประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล 4,114.3280 บาท และ ผู้ป่วยประกันสังคมจะมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดเท่ากับ 2,900.49 บาท ขณะที่เมื่อดูจากค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายจะได้ว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคลจะมีค่าใช้จ่ายสูงที่สุดคือ 3,073.00 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 3,055.00 บาท ตามด้วยผู้ป่วยบัตรทอง 2,994 บาท บัตรสุขภาพ 2,798.5 บาท และ ผู้ป่วยประกันสังคม 1,861 บาท ตามลำดับ

เมื่อทำการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยตามสิทธิการรักษาโดยแยกตามประเภทของโรงพยาบาล จะได้ว่า

ในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยที่ใช้บัตรทองจะมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพ ผู้ป่วยประกันสังคม ตามด้วยผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยที่ทำประกันสุขภาพภาคเอกชน ตามลำดับ สำหรับในส่วนของการใช้จ่าย เมื่อดูจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยพบว่าผู้ป่วยข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีค่าใช้จ่ายมากที่สุดเท่ากับ 6,749.94 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้บัตรทอง 6,267.25 บาท ตามด้วยผู้ป่วยบัตรสุขภาพ 6,065.21 บาท ผู้ป่วยประกันสังคม 2,065.85 บาท และผู้ป่วยที่ทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชน 1,498.88 บาท ตามลำดับ แต่เมื่อดูจากค่ามัธยฐานจะได้ว่าผู้ป่วยข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือ 3,048 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยบัตรสุขภาพ 2,991 บาท ตามด้วยผู้ป่วยบัตรทอง 2,805.5 บาท ผู้ป่วยประกันสังคม 1,328 บาท และผู้ป่วยที่ทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชน 880 บาท ตามลำดับ

ในโรงพยาบาลทั่วไป ผู้ป่วยที่ใช้บัตรทองจะมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพ ตามด้วยผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยประกันสังคม

ตามลำดับ สำหรับในส่วนของการใช้จ่าย เมื่อดูจากการใช้จ่ายเฉลี่ยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้บัตรทองจะมีค่าใช้จ่ายมากที่สุดเท่ากับ 8,426.89 รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพ 7,483.34 บาท ตามด้วยผู้ป่วยข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 3,797.50 บาท และผู้ป่วยประกันสังคม 3,005.71 บาท ตามลำดับ

ในโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยที่ใช้บัตรทองจะมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามด้วยผู้ป่วยประกันสังคม ผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพ และผู้ป่วยที่ทำประกันสุขภาพภาคเอกชน ตามลำดับ สำหรับในส่วนของการใช้จ่าย เมื่อดูจากการใช้จ่ายเฉลี่ยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจจะมีค่าใช้จ่ายมากที่สุด 9,437.61 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยที่ทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชน 8,037.50 บาท ตามด้วยผู้ป่วยที่ใช้บัตรทอง 6,911.83 บาท ผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพ 4,256.18 บาท และผู้ป่วยประกันสังคม 3,959.94 บาท ตามลำดับ แต่เมื่อดูจากค่ามัธยฐานจะเห็นว่าผู้ป่วยที่ทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชน มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือ 8,037.50 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้บัตรทอง 3,848.00 บาท ตามด้วยผู้ป่วยข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 3,794.00 บาท ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ 3,734.50 บาท ผู้ป่วยประกันสังคม 2,170.00 บาท ตามลำดับ

5.4.1 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลแต่ละระดับ จะได้ว่า

ผู้ป่วยที่ใช้บัตรทอง โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปตามลำดับ ในส่วนของการใช้จ่ายเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยจะได้ว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายมากที่สุดเท่ากับ 8,426.89 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ 6,911.83 บาท และโรงพยาบาลชุมชน 6,267.25 บาท ตามลำดับ แต่เมื่อดูจากค่ามัธยฐานโรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป ตามด้วยโรงพยาบาลชุมชน

ผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ในส่วนของการใช้จ่ายเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยจะได้ว่าโรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายมากที่สุดเท่ากับ 7,483.34 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน 6,065.21 บาท และโรงพยาบาลศูนย์ 4,256.18 บาท ตามลำดับ แต่เมื่อดูจากค่ามัธยฐานโรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน ตามด้วยโรงพยาบาลทั่วไป

ผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสังคม โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในส่วนของการใช้จ่ายเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน จะได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือ 3,959.94 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป 3,005.71 บาท และโรงพยาบาลชุมชน 2,065.85 บาท ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ในส่วนของค่าใช้จ่ายเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน จะได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดเท่ากับ 9,437.61 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน 6,749.94 บาท และโรงพยาบาลทั่วไป 3,797.50 บาท ตามลำดับ

ผู้ป่วยประกันสุขภาพกับภาคเอกชน โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ ในส่วนของค่าใช้จ่ายเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน จะได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือ 8,037.50 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน 1,498.88 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 82 จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิที่ใช้จริง รวมทุกภาค

สิทธิที่ใช้จริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
บัตรทอง	1,553	75.10	6,744.32	2,994.00
บัตรสุขภาพ	82	4.00	6,075.41	2,798.50
ประกันสังคม	51	2.50	2,900.49	1,861.00
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	94	4.50	8,299.98	3,073.00
ประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล	5	.20	4,114.32	3,055.00
อื่นๆ	283	13.70	6,283.50	3,108.00
รวม	2,068	100.00	6,624.30	2,983.00

ตารางที่ 83 จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิที่ใช้จริง ในโรงพยาบาลชุมชน

สิทธิที่ใช้จริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
บัตรทอง	1,010	80.00	6,267.25	2,805.50
บัตรสุขภาพ	45	3.60	6,065.21	2,991.00
ประกันสังคม	25	2.00	2,065.85	1,328.00
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	23	1.80	6,749.94	3,048.00
ประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล	3	.20	1,498.88	880.00
อื่นๆ	157	12.40	5,274.10	2,883.00
รวม	1,263	100.00	6,050.90	2,795.25

ตารางที่ 84 จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิที่ใช้จริง ในโรงพยาบาลทั่วไป

สิทธิที่ใช้จริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
บัตรทอง	258	75.40	8,426.89	2,917.50
บัตรสุขภาพ	21	6.10	7,483.34	2,362.50
ประกันสังคม	7	2.00	3,005.71	1,902.00
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	2.30	3,797.50	1,746.50
ประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล				
อื่นๆ	48	14.00	7,388.03	5,492.50
รวม	342	100.00	8,003.90	2,930.75

ตารางที่ 85 จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิที่ใช้จริง ในโรงพยาบาลศูนย์

สิทธิที่ใช้จริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
บัตรทอง	285	61.60	6,911.83	3,848.00
บัตรสุขภาพ	16	3.50	4,256.18	3,734.50
ประกันสังคม	19	4.10	3,959.94	2,170.00
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	63	13.60	9,437.62	3,794.00
ประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล	2	.40	8,037.50	8,037.50
อื่นๆ	78	16.80	7,635.53	3,188.50
รวม	463	100.00	7,169.39	3,787.00

5.5 วิเคราะห์ตามกลุ่มโรค

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มโรคที่พบบ่อย จากตารางที่ 86 พบว่า กลุ่มโรคที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุด 5 กลุ่มโรค คือกลุ่มโรค Chronic lower respiratory disease (18.1%) รองลงมาคือ กลุ่มโรค influenza and pneumonia (14.9%) ตามด้วยกลุ่มโรค intestinal infectious disease (14.8%) กลุ่มโรค disease of esophagus, stomach, and duodenum (10%) และกลุ่มโรค general symptom and sign (8.9%) ขณะที่เมื่อดูด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของกลุ่มโรคต่างๆที่สูงสุด 5 กลุ่มโรค พบว่ากลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือกลุ่มโรค human immunodeficiency virus (HIV) disease รองลงมาคือกลุ่มโรค influenza and pneumonia ตามด้วยกลุ่มโรค diabetes mellitus กลุ่มโรค chronic lower respiratory disease และกลุ่มโรค disease of esophagus, stomach, and duodenum ตามลำดับ แต่เมื่อดูจากค่ามัธยฐานจะพบว่ากลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือ

กลุ่มโรค human immunodeficiency virus (HIV) disease รองลงมาคือกลุ่มโรค influenza and pneumonia ตามด้วยกลุ่มโรค infection of skin and subcutaneous tissues กลุ่มโรค diabetes mellitus และกลุ่มโรค chronic lower respiratory disease ตามลำดับ

เมื่อพิจารณากลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 2 กลุ่มโรคตามประเภทโรงพยาบาลจะได้ว่า

ในกลุ่มโรค Human immunodeficiency virus (HIV) disease เมื่อพิจารณาจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยและมัธยฐานจะพบว่าโรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน

ในกลุ่มโรค Influenza and pneumonia เมื่อพิจารณาจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจะพบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน แต่ถ้าดูจากค่ามัธยฐานจะพบว่า โรงพยาบาลศูนย์มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป

จะพบว่ากลุ่มโรค Human immunodeficiency virus (HIV) disease เป็นกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายมัธยฐานที่สูงที่สุดในทุกระดับโรงพยาบาล และสูงที่สุดเกือบทุกภาค ยกเว้นภาคกลางและภาคใต้ ดังนั้นการรวมค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มโรคนี้จึงต้องพิจารณาให้รอบคอบถึงความสามารถในการจ่ายของระบบ นอกจากนั้นเมื่อจำแนกตามภาคและกลุ่มโรคจะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มโรค Human immunodeficiency virus (HIV) disease มากสุดถึง 19.9 % และเป็นกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่สูงกว่าภาคอื่น ๆ

ตารางที่ 86 จำนวนผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบ่งตามกลุ่มโรค รวมทุกภาค

กลุ่มโรค	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
intestinal infectious disease	113	14.8%	2,704.7339	1,430.0000
arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever	42	5.5%	2,265.8631	1,608.0000
human immunodeficiency virus (HIV) disease	56	7.3%	8,037.3705	5,525.0000
diabetes mellitus	52	6.8%	5,403.0337	2,996.5000
hypertensive disease	42	5.5%	2,946.0519	1,595.0000
Influenza and pneumonia	114	14.9%	5,640.3737	3,136.5000
chronic lower respiratory disease	138	18.1%	4,543.8791	2,778.5000

disease of esophagus, stomach, and duodenum	76	10.0%	4,431.8078	2,057.0000
infection of skin and subcutaneous tissues	62	8.1%	4,430.6494	3,030.0000
general symptom and sign	68	8.9%	2,949.1985	1,841.0000
Total	763	100.0%	4,374.4521	2,311.0000

ตารางที่ 87 จำนวนผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบ่งตามกลุ่มโรค ในภาคกลาง

กลุ่มโรค	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
intestinal infectious disease	25	16.1%	4,794.7972	1,430.0000
arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever	8	5.2%	2,438.2500	1,851.5000
human immunodeficiency virus (HIV) disease	12	7.7%	5,323.5833	2,385.0000
diabetes mellitus	10	6.5%	11,102.3500	5,092.5000
hypertensive disease	10	6.5%	1,609.3680	1,273.5000
influenza and pneumonia	26	16.8%	4,922.3500	3,136.5000
chronic lower respiratory disease	35	22.6%	3,126.8446	2,311.0000
disease of esophagus, stomach, and duodenum	9	5.8%	2,406.9044	1,446.6000
infection of skin and subcutaneous tissues	12	7.7%	2,204.3342	1,684.0000
general symptom and sign	8	5.2%	3,235.6250	1,021.7500
Total	155	100.0%	4,140.6188	1,920.0000

ตารางที่ 88 จำนวนผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบ่งตามกลุ่มโรค ในภาคเหนือ

กลุ่มโรค	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
intestinal infectious disease	41	13.6%	1,925.7439	1,312.0000
arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever	29	9.6%	2,259.6983	1,361.0000
human immunodeficiency virus (HIV) disease	5	1.7%	5,298.2000	4,086.0000

diabetes mellitus	18	6.0%	4,469.2917	2,738.0000
hypertensive disease	20	6.6%	3,874.7250	1,973.5000
Influenza and pneumonia	45	15.0%	6,140.9556	3,082.0000
chronic lower respiratory disease	61	20.3%	4,015.7254	2,833.5000
disease of esophagus, stomach, and duodenum	34	11.3%	2,880.1544	1,682.5000
infection of skin and subcutaneous tissues	19	6.3%	5,214.2763	3,080.0000
general symptom and sign	29	9.6%	2,296.4828	2,049.0000
Total	301	100.0%	3,700.3862	2,134.5000

ตารางที่ 89 จำนวนผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบ่งตามกลุ่มโรค ในภาคใต้

กลุ่มโรค	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
intestinal infectious disease	28	22.2%	1,689.0714	1,398.0000
arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever	4	3.2%	2,034.7500	2,220.5000
human immunodeficiency virus (HIV) disease	3	2.4%	4,676.3333	5,500.0000
diabetes mellitus	10	7.9%	3,648.3000	2,925.0000
hypertensive disease	5	4.0%	2,112.0000	1,730.0000
Influenza and pneumonia	20	15.9%	4,524.5500	3,372.5000
chronic lower respiratory disease	11	8.7%	6,729.4545	3,938.0000
disease of esophagus, stomach, and duodenum	12	9.5%	5,912.5833	4,314.5000
infection of skin and subcutaneous tissues	17	13.5%	4,866.6471	3,756.0000
general symptom and sign	16	12.7%	3,515.6875	2,342.5000
Total	126	100.0%	3,896.4683	2,717.5000

ตารางที่ 90 จำนวนผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามกลุ่มโรค ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มโรค	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย	ค่ามัธยฐาน
intestinal infectious disease	19	10.5%	3,132.3947	2,362.5000
arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever	1	.6%	1,990.0000	1,990.0000

human immunodeficiency virus (HIV) disease	36	19.9%	9,602.4931	5,840.0000
diabetes mellitus	14	7.7%	3,786.0000	2,844.0000
hypertensive disease	7	3.9%	2,798.0000	1,218.0000
Influenza and pneumonia	23	12.7%	6,442.9348	2,689.0000
chronic lower respiratory disease	31	17.1%	6,407.5000	3,207.0000
disease of esophagus, stomach, and duodenum	21	11.6%	6,965.6667	2,408.0000
infection of skin and subcutaneous tissues	14	7.7%	4,746.0000	3,786.0000
general symptom and sign	15	8.3%	3,454.1000	874.0000
Total	181	100.0%	6,028.3964	2,925.0000

ค่าใช้จ่ายรวมในการรักษา

จากตารางค่าใช้จ่ายรวมแยกตามภาค ค่าใช้จ่ายรวมในการรักษามีค่าเฉลี่ยสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ($9,511.65 \pm 1,2517.78$ บาท) รองลงมาคือภาคเหนือ ($6,125.49 \pm 1,2162.46$ บาท) และภาคกลาง ($5,511.56 \pm 10,059.42$ บาท) พบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายระหว่างภาคต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นมากกว่า 99.99% ($F\text{-test} = 18.911$, $df = 3$, $p\text{-value} = 0.00000000000041$) ลักษณะที่พบได้เช่นนี้ น่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค รวมถึงการเก็บข้อมูลของภาคต่างๆ ที่อาจมีจำนวนโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นสัดส่วนที่มากกว่าภาคอื่น ๆ เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น ซึ่งจะได้วิเคราะห์ในส่วนต่อไป ความแตกต่างดังกล่าวจะมีผลต่อค่ารักษาพยาบาลไปตามลักษณะของกลุ่มโรคที่เกิดขึ้น และจากข้อมูลเศรษฐกิจของประชากรในพื้นที่ที่พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายได้ของประชากรต่อหัวต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ ที่เหลือ จึงอาจมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากระหว่างเศรษฐกิจ (socioeconomic status) ของคนในภูมิดังกล่าวกับความเจ็บป่วยหรือโรคภัยไข้เจ็บ เช่น เป็นโรคประเภทเรื้อรังมาก ซึ่งจะนำไปสู่ภาระของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากกว่าภาคอื่นๆ ไปด้วย

จากตารางค่าใช้จ่ายรวมแยกตามประเภทโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายรวมในการรักษามีค่าเฉลี่ยสูงสุดในโรงพยาบาลเอกชน รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป ($7,993.97 \pm 13,095.74$ บาท) และโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ($7,290.69 \pm 12,452.52$ บาท) โรงพยาบาลชุมชน ($6,031.22 \pm 9,586.40$ บาท) พบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายรวมระหว่างโรงพยาบาลประเภทต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นมากกว่า 99.99% ($F\text{-test}$

= 7.779, df = 3, p-value = 0.000037) โดยทั่วไปแล้วค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชนจะสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐอยู่แล้วไม่ว่าเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในระดับใดก็ตาม

จากการศึกษาพบว่าอาจเกิดการปรับตัวของสถานพยาบาลของรัฐที่เข้าโครงการ 30 บาทที่จะลดการส่งต่อผู้ป่วยหนักให้เหลือเท่าที่จำเป็นจริงๆ แต่เนื่องจากประสิทธิภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอาจยังไม่ได้เท่ากับโรงพยาบาลในระดับใหญ่กว่าจึงมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ประกอบกับหากจำเป็นต้องส่งต่อจริงก็จะเลือกส่งต่อโดยประหยัดค่าใช้จ่ายที่สุดจึงเลือกที่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าจะส่งไปโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอกจากนั้นอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านการเก็บข้อมูล ในระบบเปลี่ยนผ่านมีเวลาจำกัด และต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยประกอบด้วย นอกจากนั้นการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจำเป็นต้องให้คนไข้ออกจากโรงพยาบาล (discharge) ก่อน ทำให้คนไข้หนัก ยังไม่ได้ discharge ซึ่งโรงพยาบาลใหญ่อาจมีสัดส่วนคนไข้ประเภทนี้มากกว่า ดังนั้นมีเฉพาะคนไข้ที่ไม่หนักมาก สามารถ check out ได้ภายในระยะเวลาต่ำกว่า 1 เดือน

ในส่วนค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาโรคตามการวินิจฉัย ยึดเอาการวินิจฉัยโรคที่ 1 เป็นหลักในการวิเคราะห์ เพราะมีผู้ป่วยบางรายอาจมาด้วยอาการที่มากกว่า 1 โรค ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการวินิจฉัยในโรคที่ 1 มักเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรพ จากตารางค่าใช้จ่ายรวมแยกตามกลุ่มโรคพบว่าโรคที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกคือ Human immunodeficiency virus (HIV) disease (8,037.3705 บาท) และ influenza and pneumonia (5,640.3737 บาท) ตามลำดับ โดยทั่วไปกลุ่มโรคติดเชื้อ (intestinal infectious disease, arthropod-borne viral fevers and viral hemorrhagic fever, infection of skin and subcutaneous tissues ยกเว้น human immunodeficiency virus or HIV disease) มักมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่ากลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ (malignant neoplasms, human immunodeficiency virus or HIV disease, diabetes mellitus, chronic lower respiratory disease, disease of esophagus, stomach, and duodenum ยกเว้น hypertensive disease) เนื่องจากตามธรรมชาติของโรค (natural history of disease) มักเป็นโรคที่เกิดอย่างเฉียบพลันและไม่ยืดเยื้อ ไม่หายก็ตายไปไม่ค่อยพบลักษณะที่เป็นซ้ำแล้วซ้ำอีกหรือเป็นๆหายๆ เพราะเมื่อมีการติดเชื้อแล้วส่วนใหญ่ก็จะมีภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันการเกิดโรค (protective immunity) ในครั้งต่อไปได้ระยะหนึ่งหรือเป็นเวลานานตลอดชีวิต ส่วนโรคเรื้อรังตามธรรมชาติของโรคก็จะเป็นๆหายๆ และหากรักษาไม่ดีหรือไม่ได้ผลหรือเป็นมากก็จะผ่านเข้าสู่ระยะต่างๆ ของโรคนั้นๆ จนในที่สุดก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยทั่วไปจึงมักพบว่ากลุ่มโรคเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ากลุ่มโรคติดเชื้อ พบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายรวมระหว่างกลุ่มโรคต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นมากกว่า

99.99% (F-test = 11.895, df = 10, p-value = 0.00000000000002) โดยตาราง multiple comparisons (Bonferroni) แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายรวมในกลุ่มโรคมะเร็งหรือ malignant neoplasms ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงสุดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ครั้งนี้จะตัดกลุ่มโรค malignant neoplasms ออกไป เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคลักษณะนี้จะมีค่าสูงมากและอาจทำให้ผลการวิเคราะห์ในส่วนอื่นๆ ผิดพลาดได้

เมื่อดูในรายละเอียดจากตารางการกระจายตัวของกลุ่มโรคตามภาคต่างๆ เพื่อหาความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลสูงสุด 3 อันดับแรกในระดับประเทศตามลำดับคือ

1. chronic lower respiratory disease
2. influenza and pneumonia
3. intestinal infectious disease

ทั้ง 2 กลุ่มโรคหลังจัดอยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อซึ่งสามารถพบได้บ่อยในประเทศไทยหรือประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ส่วนกลุ่มโรคแรกจัดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่อาจมีภาวะของโรคติดเชื้อร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ หรืออาจเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ก็ได้เช่นกัน และเมื่อแยกตามรายภาคต่อพบว่าภาคกลางมีแนวโน้มเหมือนในระดับประเทศ โดยมีกลุ่มโรคที่พบบ่อยเรียงตามลำดับดังนี้

1. chronic lower respiratory disease
2. influenza and pneumonia
3. intestinal infectious disease

สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะของกลุ่มโรคที่แตกต่างไป

1. human immunodeficiency virus (HIV) disease
2. chronic lower respiratory disease
3. influenza and pneumonia

โดยที่กลุ่มโรค HIV จะเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในการสำรวจครั้งนี้ รองลงมาเป็นกลุ่มโรค chronic lower respiratory disease และ influenza and pneumonia ก็ยังพบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นกัน สำหรับภาคเหนือพบมีแนวโน้มเหมือนในภาคกลางและระดับประเทศเรียงตามลำดับดังนี้

1. chronic lower respiratory disease
2. influenza and pneumonia
3. intestinal infectious disease

ส่วนภาคใต้พบลักษณะที่ต่างกันออกไปคือ

1. intestinal infectious disease
2. influenza and pneumonia
3. infection of skin and subcutaneous tissues

น่าสังเกตที่ภาคใต้ไม่พบว่า chronic lower respiratory disease เป็นกลุ่มโรคที่ติดลำดับต้นๆ เนื่องจากความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรเขตภาคใต้สูงที่สุด อาจเป็นเพราะอาการจะมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นจากการที่มีการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน แต่มีการโยกย้ายถิ่นฐานในภายหลังเพื่อเข้ามารับการรักษาในเขตที่มีการบริการที่ทันสมัยมากกว่าเช่นภาคกลางเป็นต้น และหากดูตามข้อมูลนี้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีค่าใช้จ่ายรวมในการรักษามากที่สุด เนื่องจากมีกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงติดอันดับอยู่โดยเฉพาะ human immunodeficiency virus (HIV) disease ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ไว้ตอนต้น

จากตารางค่าใช้จ่ายรวมจำแนกตามภาค โรงพยาบาลและสิทธิที่ใช้ครั้งนี้ พบว่าค่าใช้จ่ายรวมในกลุ่มโรคแต่ละกลุ่มไม่ค่อยมีความแตกต่างกันไปตามภาคและตามสิทธิที่ใช้มากนัก พบเพียง 2 ใน 11 กลุ่มโรค คือ intestinal infectious disease และ disease of esophagus, stomach, and duodenum ที่มีความแตกต่างกันในค่าใช้จ่ายรวมไปตามรายภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบเพียง 2 ใน 11 กลุ่มโรค คือ intestinal infectious disease และ hypertensive disease ที่มีความแตกต่างไปตามสิทธิที่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายรวมแตกต่างไปตามประเภทของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง พบ 3 ใน 11 กลุ่มโรค คือ ได้แก่ human immunodeficiency virus (HIV) disease, diabetes mellitus, และ hypertensive disease ที่เหลือจะเป็น arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง และจากตารางเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยระหว่างภาค โรงพยาบาล และระหว่างสิทธิ ผลที่ได้เป็นดังนี้

ในส่วนของผู้ป่วย Intestinal infectious disease เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค และระหว่างสิทธิของผู้ป่วย

ในส่วนของผู้ป่วย arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับโรงพยาบาล

ในส่วนของผู้ป่วย human immunodeficiency virus (HIV) disease เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์น้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับโรงพยาบาล

ในส่วนของผู้ป่วย diabetes mellitus เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์น้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับโรงพยาบาล

ในส่วนของผู้ป่วย hypertensive disease เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับโรงพยาบาล และสิทธิของผู้ป่วย

ในส่วนของผู้ป่วย disease of esophagus, stomach, and duodenum เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค

และเมื่อดูโดยรวมแล้ว เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค ระหว่างระดับโรงพยาบาล และระหว่างสิทธิของผู้ป่วย

เมื่อวิเคราะห์เป็นรายโรคแล้วจะพบว่ามียากลุ่มโรคที่พบค่าใช้จ่ายรวมในโรงพยาบาลศูนย์ต่ำกว่าในโรงพยาบาลทั่วไป และสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน เช่น human immunodeficiency virus (HIV) disease, diabetes mellitus ก็อาจเป็นไปได้ว่าเกิดการปรับตัวในโรงพยาบาลศูนย์ในการควบคุมค่าใช้จ่าย โรคเรื้อรังที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน จึงพบได้ในโรงพยาบาลทั่วไปเป็นส่วนใหญ่แต่เนื่องจาก อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ซึ่งคงจะหาข้อสรุปไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ยาก

จากข้อมูลดังกล่าวมานี้ทำให้พอสรุปได้ว่าปัจจัยเรื่องภูมิภาค, ระดับของโรงพยาบาลทำการรักษา, และเรื่องสิทธิที่ใช้ มีผลต่อค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาโรคในแต่ละกลุ่ม แม้ว่าโดยภาพรวมค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาจะมีความแตกต่างกันไปตามภาค, ระดับของโรงพยาบาลทำการรักษา, และสิทธิที่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาของกลุ่มโรคส่วนใหญ่น่าจะเป็นไปตามความเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยมาสู่โรงพยาบาลเป็นหลัก

สถานะการเงินรายภาค ธันวาคม 2544

ภาค	เงินบำรุงคงเหลือ(1)	หนี้ค้าง (2)	(1)/(2) เฉลี่ย
ค่าเฉลี่ย ภาคกลาง	13,844,255	5,522,510	21.2
มัธยมศึกษา	3,725,752	840,901	4.2
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	30,775,463	13,299,840	52.6
ค่าเฉลี่ยภาคเหนือ	8,507,669	5,305,906	3.3
มัธยมศึกษา	3,012,134	1,945,913	2.8
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	17,568,275	7,592,231	3.4
ค่าเฉลี่ยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,756,078	1,694,847	5.0
มัธยมศึกษา	2,972,749	852,282	4.3
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4,629,382	2,739,246	5.1
ค่าเฉลี่ยภาคใต้	14,947,782	4,245,537	6.4
มัธยมศึกษา	4,517,946	1,083,302	3.7
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	27,646,103	7,202,649	6.3

สถานการณ์เงินจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ธันวาคม 2544

ประเภทโรงพยาบาล	เงินบำรุงคงเหลือ(1)	หนี้ค้าง (2)	(1)/(2) เฉลี่ย
ค่าเฉลี่ย รพช	4,308,402	1,704,532	9
มัธยฐาน	3,250,155	976,600	4
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			27
ค่าเฉลี่ย รพท	41,574,997	17,128,604	2
มัธยฐาน	26,106,217	14,538,606	2
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			2
ค่าเฉลี่ย รพค	109,587,057	40,035,820	3
มัธยฐาน			3
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			1

5.6 วิเคราะห์ระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system)

จากข้อมูลผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน และข้อมูลด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาล พบว่ารายรับรวมของปี 2544-2545 ของภาพรวมทั้ง 8 จังหวัดมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาด 200 เตียงลงมา โดยที่รายได้รวมทั้งหมดปี 2544 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.2 ± 58.1 ล้านบาท ในส่วนของค่าใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ และ ค่าใช้จ่ายจากเงินนอกงบประมาณปี 2544 มีลักษณะคล้ายกันคือไม่พบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายส่วนนี้ ระหว่างภูมิภาค แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญตามขนาดของโรงพยาบาล

สำหรับรายรับรวมจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี2545 จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับจำนวนประชากรบัตรทองที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบ

จากตารางต้นทุนต่อหน่วยต่อ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ จำนวนวันนอน ปี2544 พบว่าค่าทั้งสามจะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน ส่วนใหญ่จะเพิ่มสูงขึ้นในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ โดยที่มีค่าเฉลี่ยคือ 307.8 ± 167.3 บาท, $4,195.9 \pm 2,483.0$ บาท และ $1,293.4 \pm 598.7$ บาท ตามลำดับ ในส่วนของต้นทุนต่อหน่วยสำหรับผู้ป่วยนอก จะไม่พบความแตกต่างของระหว่างภูมิภาค แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญตามขนาดของโรงพยาบาล สำหรับต้นทุนต่อหน่วยสำหรับผู้ป่วยใน จะมีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคและขนาดของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในส่วนของต้นทุนต่อหน่วยวันนอน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคและขนาดของโรงพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยกับรายรับต่อหน่วยต่อผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ จำนวนวันนอน พบว่ารายรับต่อหน่วยมีแนวโน้มคล้ายต้นทุนต่อหน่วย แต่ส่วนใหญ่ต่ำกว่า เมื่อไม่คำนึงถึงภาคและขนาดเตียง และโดยทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีรายรับต่อหน่วย ต่อผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และจำนวนวันนอนต่ำที่สุด โดยที่รายรับต่อหน่วยต่อผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และจำนวนวันนอน ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยคือ 102.9 ± 63.3 บาท, $1,065.6 \pm 1,032.2$ บาท และ 284.3 ± 185.2 บาท ตามลำดับ

รายรับ และต้นทุนต่อหน่วยจะมีความคล้ายกันคือไม่มีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามขนาดของโรงพยาบาล โดยที่ร้อยละความแตกต่างระหว่าง รายรับต่อหน่วย และ ต้นทุนต่อหน่วย ต่อผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และจำนวนวันนอน มีค่าเป็น $-61.1 \pm 24.3\%$ $-75.1 \pm 15.1\%$ และ $-75.6 \pm 16.0\%$

ในส่วนของตัวแปรอื่นๆที่เกี่ยวข้องนั้น พบว่าจำนวนประชากรที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบในพื้นที่ไม่มีความแตกต่างไปตามภูมิภาค แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญไปตามขนาดของโรงพยาบาล เฉพาะจำนวนประชากรบัตรทองที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบในพื้นที่ที่จะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาคและระหว่างโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงต่างกัน โดยที่สัดส่วนประชากรบัตรทองต่อประชากรทั้งหมดที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบในพื้นที่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาค แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงต่างกัน

เมื่อพิจารณาสถานะทางการเงิน พบว่าสภาพคล่อง (current ratio และ quick ratio) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ตามภาคและประเภทของโรงพยาบาล โดยที่สภาพคล่องโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วจะได้ว่า ภาคกลางมีสภาพคล่องโดยเฉลี่ยสูงที่สุด แต่ก็มีโรงพยาบาลที่มีหนี้ค้างสูงมากสุดเช่นกัน ทำให้ค่าความแปรปรวนมีค่ามากกว่าภาค

อื่น โดยรวมแล้วโรงพยาบาลขนาดเล็กมีสภาพคล่องดีกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับเงินบำรุงคงเหลือ นี่ค้ำง และวัสดุคงคลังไม่แตกต่างกันตามภาค แต่ต่างกันไปตามประเภทของโรงพยาบาล โดยที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีตัวเลขเหล่านี้สูงตามไปด้วย

เมื่อพิจารณาด้านการบริการ พบว่าจำนวนการให้บริการ (Output) มีความแตกต่างกันตามภาคอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ภาคใต้ มีจำนวนการให้บริการ (Output) เฉลี่ยน้อยที่สุด นอกจากนี้จำนวนคนไข้นอกและจำนวนวันนอน ก็มีความแตกต่างกัน ตามภาคอย่างมีนัยสำคัญด้วยเช่นกัน ขณะที่การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อไม่มีความแตกต่างกันตามภาค และการรับผู้ป่วยมารักษาต่อมีความแตกต่างเฉพาะภาคกลางกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น

เมื่อทำการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจะได้ว่าโดยรวมแล้วสภาพคล่องทางการเงินของสถานพยาบาลยังดีอยู่ เพราะยังมีเงินบำรุงของเก่าพอสมควร แต่จำเป็นต้องเข้าไปดูรายละเอียดในการดำเนินการ เพื่อแก้ไขเรื่องความไม่สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย โดยเฉพาะในส่วนของการให้บริการผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณและกลไกการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ตามจำนวนประชากรบัตรทอง ในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยไม่คำนึงถึงประเภทโรงพยาบาลและประเภทโรค เขตเมือง หรือ ชนบท ย่อมส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลอย่างแน่นอน และย่อมส่งผลกระทบต่อระบบการรักษาพยาบาล ความมั่นคงของระบบจึงจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์ในระยะยาวต่อไป

สรุป

1. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่ายและตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย

- ประเภทค่าใช้จ่าย

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใน จำแนกตามภาค และจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมของโรงพยาบาลทุกภาคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6,638 บาท มีมัธยฐานอยู่ที่ 2,974 บาท มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 6.75 วัน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันนอนเท่ากับ 983 บาท ค่าใช้จ่ายในส่วนของค่าห้องผ่าตัดและตมยาของโรงพยาบาลในทุกภาคจะมีค่าสูงสุดสำหรับค่าใช้จ่ายที่รองลงมานั้นคือ ค่าตรวจพิเศษที่มีราคาสูง และค่ายา ซึ่งจะแตกต่างตามภาค เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลโดยแบ่งตามประเภทของโรงพยาบาล จะได้ว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าใช้จ่ายโดยรวมมากที่สุดเท่ากับ 7,994 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน คือเท่ากับ 7,290 และ 6,031 บาท ขณะที่เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและจำนวนวัน

นอนของผู้ป่วยของโรงพยาบาลแต่ละระดับโดยดูจากค่ามัธยฐาน จะได้ว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมของโรงพยาบาลศูนย์จะมีค่ามากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีค่าใช้จ่ายโดยรวมน้อยที่สุดตามลำดับ สำหรับจำนวนวันนอนของผู้ป่วย เมื่อดูจากค่ามัธยฐานจะพบว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละระดับเท่ากันเท่ากับ 5 วัน

● อายุ

เมื่อจำแนกตามอายุพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ซึ่งเป็นประชากรในวัยทำงาน รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ตามลำดับซึ่งจะแตกต่างกันไปตามภาค และเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน โดยรวม จะได้ว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 6,770.70 บาท รองลงมาคือค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเท่ากับ 6,503.06 บาท ตามด้วยค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี 4,536.36 บาท แต่จะแตกต่างกันไปตามภาค

2 . วิเคราะห์ตามเหตุผลในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองจะมีมากกว่าผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น คิดเป็นสัดส่วนแล้วเท่ากับ 3.39 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน จะได้ว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นจะสูงกว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยตนเองโดยจะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 7,933.61 บาท และ 6,226.42 บาท ตามลำดับ

3. วิเคราะห์ตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาจริง

โดยทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด จะมีการใช้สิทธิบัตรทองเป็นส่วนใหญ่ เมื่อจำแนกตามกลุ่มสิทธิต่างๆพบว่า กลุ่มที่ไม่มีหลักประกัน/จ่ายเอง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6,686.09 บาท และกลุ่มสิทธิอื่นๆที่เหลือทั้งหมดมีค่าเฉลี่ย 6,178.68 บาท ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีค่ามากที่สุดคือ 8,299.98 บาท รองลงมาคือค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยบัตรทอง 6,744.32 บาท ตามด้วยผู้ป่วยประกันสุขภาพ 6,075.41 บาท ผู้ป่วยประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล 4114.3280 บาท และ ผู้ป่วยประกันสังคม จะมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดเท่ากับ 2,900.49 บาท ขณะที่เมื่อดูจากค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายจะได้ว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคลจะมีค่าใช้จ่ายสูงที่สุดคือ 3,073.00 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 3,055.00 บาท ตามด้วยผู้ป่วยบัตรทอง 2,994 บาท บัตรสุขภาพ 2,798.5 บาท และผู้ป่วยประกันสังคม 1,861 บาท ตามลำดับ และจะแตกต่างกันไปตามประเภทโรงพยาบาล แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายรวมระหว่างกลุ่มต่างๆอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ เมื่อดูความซ้ำซ้อนกันของสิทธิที่มีอยู่อื่นๆไม่ว่าจะเป็นสิทธิที่ 1 หรือ 2 หรือ 3 กับ สิทธิบัตรทอง-30 บาทและบัตรทอง-ฟรี พบว่ามีจำนวน 19% จากจำนวนผู้ป่วยในที่ทำกรเก็บ ข้อมูลทั้งหมด โดยในรายละเอียดพบว่าทั้งสิทธิบัตรทอง-30 บาทและบัตรทอง-ฟรีมีการซ้ำซ้อนกับ สิทธิอื่นๆนอกเหนือจากที่ระบุในแบบสอบถามมากที่สุด

4. วิเคราะห์ตามกลุ่มโรค

ค่าใช้จ่ายรวมในการรักษามีความแตกต่างในระดับภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ความเชื่อมั่นมากกว่า 99.99% ลักษณะที่พบได้เช่นนี้ น่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่แตกต่าง กันไปในแต่ละภูมิภาค ความแตกต่างดังกล่าวจะมีผลต่อค่ารักษาพยาบาล จากค่ามัธยฐานพบว่า กลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด 5 กลุ่มโรคแรกคือกลุ่มโรค human immunodeficiency virus (HIV) disease รองลงมาคือกลุ่มโรค influenza and pneumonia ตามด้วยกลุ่มโรค infection of skin and subcutaneous tissues กลุ่มโรคเบาหวาน (diabetes mellitus) และกลุ่มโรค chronic lower respiratory disease ตามลำดับ จะพบว่ากลุ่มโรคเอดส์ (Human immunodeficiency virus (HIV) disease) เป็นกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายมัธยฐานที่สูงสุดในทุกระดับ โรงพยาบาล และสูงที่สุดเกือบทุกภาคยกเว้นภาคกลางและภาคใต้ ในการวิเคราะห์จะยกเว้นกลุ่ม โรค malignant neoplasms เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคกลุ่มนี้จะมี ค่าสูงมาก

5. วิเคราะห์ระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system)

ค่าใช้จ่ายรวมในกลุ่มโรคแต่ละกลุ่มไม่ค่อยมีความแตกต่างกันไปตามภาคและตามสิทธิที่ ใช้มากนัก พบเพียง 2 ใน 11 กลุ่มโรค คือ intestinal infectious disease และ disease of esophagus, stomach, and duodenum ที่มีความแตกต่างกันในค่าใช้จ่ายรวมไปตามรายภาค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบเพียง 2 ใน 11 กลุ่มโรค คือ intestinal infectious disease และ hypertensive disease ที่มีความแตกต่างไปตามสิทธิที่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มโรค ที่มีค่าใช้จ่ายรวมแตกต่างไปตามประเภทของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง พบ 3 ใน 11 กลุ่มโรค คือ ได้แก่ human immunodeficiency virus (HIV) disease, diabetes mellitus, และ hypertensive disease ที่เหลือจะเป็น arthropod-borne viral fever and viral hemorrhagic fever ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง โดยทั่วไปพบว่ากลุ่มโรคเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ากลุ่มโรค ตัดเชื้อ

จากข้อมูลผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน และข้อมูล ด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาล พบว่ารายรับรวมของปี 2544-2545 ของภาพรวมทั้ง 8

จังหวัดมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาด 200 เตียงลงมา โดยที่รายได้รวมทั้งหมดปี 2544 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.2 ± 58.1 ล้านบาท ตารางต้นทุนต่อหน่วยต่อ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ จำนวนวันนอน ปี 2544 พบว่าค่าทั้งสามจะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน ส่วนใหญ่จะเพิ่มสูงขึ้นในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ โดยที่มีค่าเฉลี่ยคือ 307.8 ± 167.3 บาท, $4,195.9 \pm 2,483.0$ บาท และ $1,293.4 \pm 598.7$ บาท ตามลำดับ ในส่วนของต้นทุนต่อหน่วยสำหรับผู้ป่วยนอก จะไม่พบความแตกต่างของระหว่างภูมิภาค แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญตามขนาดของโรงพยาบาล สำหรับต้นทุนต่อหน่วยสำหรับผู้ป่วยใน จะมีความแตกต่างระหว่างภูมิภาค และขนาดของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล พบว่า สภาพคล่องทางการเงินของปี 2544 (current ratio และ quick ratio) โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โรงพยาบาลขนาดเล็กมีแนวโน้มของสภาพคล่องดีกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับเงินบำรุงคงเหลือ หนี้ค้าง และวัสดุคงคลังไม่แตกต่างกันตามภาค แต่ต่างกันไปตามประเภทของโรงพยาบาล โดยที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีตัวเลขเหล่านี้สูงตามไปด้วย

เมื่อทำการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจะได้ว่าโดยรวมแล้วสภาพคล่องทางการเงินของสถานพยาบาล ก่อนดำเนินการโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังดีอยู่ เพราะยังมีเงินบำรุงของเก่าพอสมควร แต่จำเป็นต้องเข้าไปดูรายละเอียดในการดำเนินการ เพื่อแก้ไขเรื่องความไม่สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย โดยเฉพาะในส่วนของการให้บริการผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณและกลไกการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ตามจำนวนประชากรบัตรทอง ในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยไม่คำนึงถึงประเภทโรงพยาบาลและประเภทโรค เขตเมือง หรือ ชนบท ย่อมส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลอย่างแน่นอน และย่อมส่งผลกระทบต่อระบบการรักษาพยาบาล และความมั่นคงของระบบ จึงจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์ในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการทำในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านจึงอาจไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนไปในทางใดทางหนึ่งแต่ก็แสดงให้เห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการใช้จ่ายเงินของสถานพยาบาลโดยเฉพาะสถานพยาบาลขนาดใหญ่จะมีภาระค่าใช้จ่ายสูงจากการดูแลผู้ป่วยที่หนักกว่าหรือมีการเรียนการสอนทางวิชาชีพเกิดขึ้นด้วย จึงควรมีการนำไปขยายผลถึงเกณฑ์การจัดสรรผู้เอาประกันให้กับโรงพยาบาลในโครงการและผลกระทบที่ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายมีต่อสถานพยาบาลในด้านต่างๆเพิ่มเติมมากขึ้น เช่นผลกระทบในส่วนของค่าใช้จ่าย ปริมาณและคุณภาพของการให้บริการของสถานพยาบาล อรรถประโยชน์หรือความพอใจของผู้ป่วยซึ่ง

ประชาชนส่วนใหญ่อาจไม่เห็นด้วยที่จะกำหนดสถานพยาบาลให้ผู้มีสิทธิ ผลกระทบที่มีต่อองค์กรของสถาบันผู้ให้บริการด้านการจัดการ การให้บริการ บุคคลในองค์กร และผลกระทบในเรื่องของโครงสร้างตลาด เป็นต้น

2. รูปแบบของภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในแต่ละพื้นที่นั้นแตกต่างกันตามกลุ่มโรค กลุ่มอายุ และเพศ หรือสิทธิการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการเข้ารับการรักษาที่แตกต่างกันตามประเภทโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรในการรักษาหรือสิทธิในการรักษาที่ต่างกันด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันอยู่มากบ้างน้อยบ้างต่างกันไปตามพื้นที่ สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจครัวเรือนด้านความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หรือการเลือกใช้สิทธิตามที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ดังนั้นการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว จะต้องมีการพัฒนาไปสู่ระบบที่คำนึงถึงรูปแบบของภาวะการเจ็บป่วย ตลอดจนรูปแบบของประชากร (อายุ เพศ) ในแต่ละพื้นที่ และตามประเภทโรงพยาบาล หรืออาจพัฒนาให้มีรายละเอียดมากขึ้นตรงตามภาระงานมากขึ้นคือ จ่ายตามกลุ่มโรคทั้งส่วนผู้ป่วยนอก (ambulatory patient groups หรือ APGs) และส่วนผู้ป่วยใน (diagnostic related groups หรือ DRGs) ก็เป็นไปได้

3. ในช่วงการเปลี่ยนผ่านนั้นการวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน การคลังเพื่อให้ระบบเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาวจะต้องมีฐานข้อมูลที่ดีโดยเฉพาะด้านต้นทุน และต้องนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยที่ก่อนเกิดการเปลี่ยนเปล่งนั้นสภาพคล่องทางการเงินมีความแตกต่างกันไปตามภาคและประเภทโรงพยาบาล จะต้องมีการวิเคราะห์ในระยะต่อมาด้วยเพื่อดูความเปลี่ยนแปลง ด้านประสิทธิภาพในการใช้และจัดสรรทรัพยากร อย่างไรก็ตามการศึกษาเปรียบเทียบกับระบบที่ทำมาก่อนไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคลหรือประกันสังคมซึ่งสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าจะเป็นแนวทางให้เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วขึ้น แม้ว่าจะมีวัตถุประสงค์ต่างกันบ้างก็ตาม

4. ระบบการประเมินจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงโดยยึดวัตถุประสงค์หรือหลักการของโครงการไว้ การสร้างตัวชี้วัดที่จำเป็น ด้านประสิทธิภาพ และคุณภาพจำแนกตาม ทรัพยากรที่ใช้ กระบวนการรักษา และผลการรักษา อาทิเช่น การจัดระบบการตรวจสอบทางการแพทย์ (medical audit) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลและบุคคลากร ในลักษณะการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment) ตลอดจนรูปแบบการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร องค์ความรู้ และเทคโนโลยี และผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการ ให้เป็นระบบที่เป็นที่ยอมรับและยั่งยืน โดยต้องคำนึงถึงความสามารถของประเทศประกอบด้วย ในเบื้องต้นสถาบันพัฒนา

และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะมีบทบาทอย่างมากในการสร้างระบบการประเมินนี้ แต่ควรให้
มีการเชื่อมโยงผลของการประเมินคุณภาพนี้ไปสู่การจ่ายเงินอย่างเหมาะสมและเป็นธรรมด้วย

.....

การศึกษาเชิงคุณภาพ : การติดตามและประเมินโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพของการประเมินการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการดำเนินการหาข้อมูลเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับนโยบายและการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขอบเขตดังต่อไปนี้คือ

1. การจัดระบบการบริหารจัดการ
2. การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร
3. การจัดระบบเครือข่ายบริการ
4. การจัดการการเงินการคลัง
5. การมีส่วนร่วมของประชาชน
6. คุณภาพ/ความเป็นธรรมของระบบบริการ
7. ความคิดเห็นของประชาชนและบุคลากรต่างๆต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
8. การปรับตัวและความยั่งยืนของโครงการ

วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการหลายวิธีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุมคือ

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก
2. การสัมภาษณ์กลุ่ม
3. การศึกษาข้อมูลเอกสาร

กลุ่มเป้าหมาย การสัมภาษณ์เจาะลึก

ในแต่ละจังหวัดจะดำเนินการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) บุคคลเหล่านี้คือ

1. นพ.สาธารณสุขจังหวัด สสจ.
2. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบโครงการ UC : ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม (ผชช.ว)
ผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ (ผชช.ส)
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน

จังหวัด	นายแพทย์สสจ.	ผชช.ว / ผชช.ส	ผอ. รพท รพศ รพม รพอ
เชียงใหม่	1	1	3
แพร่	1	1	1
นครราชสีมา	1	1	2
หนองบัวลำภู	1	1	1
สระบุรี	1	1	1
ปทุมธานี	1	1	1
ยะลา	1	1	1
นราธิวาส	1	1	1
รวม	8	8	11

กลุ่มเป้าหมาย การสัมภาษณ์กลุ่ม

ได้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group) 10 กลุ่ม บุคคลที่เกี่ยวข้องกับโครงการในแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรที่มีการทำงานที่คล้ายคลึงกัน มีอำนาจหน้าที่ในระดับเดียวกัน

1. ทีมประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จังหวัด
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวอย่าง
3. เจ้าหน้าที่งาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ของ เครือข่ายบริการโรงพยาบาลชุมชน
4. แพทย์ผู้ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน
5. เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ของ เครือข่ายบริการโรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน
6. แพทย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน
7. สาธารณสุขอำเภอ
8. เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน
9. ผู้นำ/ตัวแทนชุมชน ในเขตชนบท
10. ผู้นำ/ตัวแทนชุมชน ใน เขตเมือง

กลุ่ม	เชียงใหม่	แพร่	นครราชสีมา	หนองบัวลำภู	สระบุรี	ปทุมธานี	ยะลา	นราธิวาส
UC จังหวัด	4	3	7	5	3	4	5	4
ผอ.รพช.	6	3	6	3	3	3	3	3
UC รพช.	6	4	6	3	3	3	3	3
แพทย์รพช.	8	3	6	3	3	3	3	3
UCรพท/รพศ/ รพม/รพอ	-	5	8	3	3	4	3	4
แพทย์รพท. รพ ศ. รพม.รพอ.	-	10	5	4	4	3	4	3
สสอ.	6	5	6	3	3	3	3	3
จนท. สอ.	8	6	6	3	3	3	3	3
ประชาชน เมือง	8	8	8	8	5	5	5	5
ประชาชน ชนบท	10	8	8	8	5	5	5	5
รวม								

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. โครงสร้างคณะกรรมการ, คำสั่งแต่งตั้ง
2. เอกสาร โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ที่จัดทำโดยจังหวัด
3. ข้อมูลรายงานที่ส่งจังหวัด
4. รายงานการประชุม
5. รายงานสถานะการเงิน
6. รายงานการร้องเรียน
7. อื่นๆ ที่ได้จากทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จังหวัด และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เครือข่ายบริการ

ผลการศึกษา

1. การบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) รัฐบาลกำหนดนโยบายในการให้บริการโดยเน้นถึงหลักความเสมอภาค ให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพของประชาชนตลอดจนความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีความจำเป็น การส่งเสริมให้การให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ทางเลือกสำหรับบริการที่มีคุณภาพ และเน้นการ “สร้าง” สุขภาพ นอกเหนือไปจากการ “ซ่อม” สุขภาพของประชาชน

โครงสร้างการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการสุขภาพถ้วนหน้ามีความสำคัญของการจัดระบบของการบริการใหม่ และค่อนข้างเร่งด่วน และไม่มีเวลาเพียงพอในการเตรียมการ บางจังหวัดอาจสมัครเข้าร่วมโครงการ แต่บางจังหวัดไม่ทราบล่วงหน้า นอกจากนี้ส่วนกลางแต่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้กำหนดระเบียบและแนวทางการปฏิบัติที่แน่นอนมีเพียงกรอบกว้างๆ ทำให้แต่ละพื้นที่ต้องคิดรูปแบบขึ้นมา โดยการเรียนรู้จากโครงการประกันสุขภาพนำร่องรุ่นแรก ทำให้โครงสร้างคณะกรรมการและคณะกรรมการมีลักษณะคล้ายๆกัน มีลักษณะดังนี้

1. โครงสร้างและการจัดการระดับจังหวัด

โครงสร้างการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับจังหวัด จัดการอยู่ในรูปคณะกรรมการ 3 กรรมการคือ

- **คณะกรรมการอำนวยการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด** แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีหน้าที่กำกับดูแลและประเมินผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัด
- **คณะกรรมการประกันสุขภาพระดับจังหวัด (ปสน)** ตั้งขึ้นตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 กรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบด้วยนายแพทย์สาธารณสุขเป็นประธาน หัวหน้าฝ่ายต่างในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการรพศ./ รพท. ผู้แทนจาก รพช./รพ.เอกชน/รพ. นอกสังกัด/ สสอ./สอ. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมฯ หัวหน้างานประกันสุขภาพของสสจ. ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการการดำเนินงานสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานภายในจังหวัด การกำกับดูแลการขึ้นทะเบียน ผู้มีสิทธิและหน่วยบริการ จัดเครือข่ายบริการและตรวจสอบคุณสมบัติรวมทั้งกำกับดูแลเกี่ยวกับมาตรฐานของหน่วยบริการ รับ

และวินิจฉัยข้อร้องเรียนจากผู้มีสิทธิ ผู้รับบริการ หน่วยบริการและหน่วยงานต่างๆ ตั้ง
อนุกรรมการหรือกระทำงานเพื่อช่วยดำเนินการ และอำนาจหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการ
มอบหมาย

- **คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ)** มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในการสร้างหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าและมีเฉพาะจังหวัดที่อยู่ในโครงการนำร่องโครงการกระจายอำนาจด้าน
สาธารณสุข เช่นจังหวัดนครราชสีมาและแพร่ ช่วงเริ่มต้นโครงการยังไม่มี ความชัดเจนจาก
ส่วนกลาง คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปสน) มีการประชุมวาระปกติเดือนละ
1 ครั้ง ในระยะแรกประชุมค่อนข้างบ่อยมาก เนื่องจากความไม่เข้าใจเรื่องหลักประกัน
สุขภาพ ของคณะกรรมการฯ ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายจากส่วนกลาง
ค่อนข้างมาก บางครั้งต้องมีการประชุมด่วนเพื่อหาข้อสรุปและมติของคณะกรรมการฯ

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีบทบาทแตกต่างกันไป ใน จังหวัดแพร่ กสพ.ได้เข้า
มาเกี่ยวข้องกับโครงการหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเป็นผู้ปรับพื้นที่รับผิดชอบในการแบ่ง
ความรับผิดชอบในแต่ละเครือข่ายบริการ(CUP)ในรอบแรก และคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วน
หน้า (ปสน) เป็นผู้แบ่งพื้นที่ หลังจากที่กำหนด CUP แน่ชัดแล้ว ในระยะหลังๆ กสพ. มีบทบาท
น้อยลง ยังคงมีเพียงการรายงานผลการดำเนินการ UC ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกรณีที่มี
การประชุมกสพ.เท่านั้น ซึ่งภายหลังจากการดำเนินงานโครงการUC กสพ.ได้ลดบทบาทลงมาก
จากความไม่แน่นอนในเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจ ประกอบกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น
ภายในกสพ.เอง ส่วนที่จังหวัดนครราชสีมาจะมีบทบาทที่ปรึกษาเท่านั้น จังหวัดหนองบัวลำภูคณะ
กรรมการปสนจะมีโครงสร้างเหมือนกสพ. เนื่องจากมีการคัดเลือกเตรียมตั้งกสพ. อยู่แล้วแต่ยังไม่ได้
ดำเนินการเป็นทางการ

แต่ละจังหวัดมีการตั้งอนุกรรมการ หรือคณะทำงานต่างๆเพื่อช่วยในการดำเนินงานเพื่อให้
บรรลุเป้าหมาย เช่น จังหวัดเชียงใหม่ตั้ง คณะอนุกรรมการจำนวน 4 ชุด ได้แก่ อนุกรรมการ
ประชาสัมพันธ์ กฎหมายและรับเรื่องราวร้องทุกข์ อนุกรรมการสารสนเทศ อนุกรรมการมาตรฐาน
สาธารณสุข และอนุกรรมการการเงินการคลัง โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน
อนุกรรมการการเงินการคลัง และอนุกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการ อนุกรรมการ
เหล่านี้บทบาทสำคัญในการดำเนินการเช่นการจัดการระบบข้อมูล การดำเนินการหรือเพื่อ
จัดสรรงบประมาณ เป็นต้น บางจังหวัดเรียกว่า คณะทำงาน เช่นจังหวัดนครราชสีมา ตั้ง
คณะทำงานศึกษาและประเมินผลโครงการ 30 บาท (คณะ 5 พี่น้อง) มีหน้าที่ ศึกษา คัดกรองใน
เชิงวิชาการ บริหารงบประมาณ จัดสรรกำลังคน หาแนวทาง แก้ไขปัญหา เพื่อเสนอ คณะกรรมการ
บริหาร

ต่อมาได้มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการอีกชุดใหญ่จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประมาณ 40 ถึง 100 คน แล้วแต่ขนาดของจังหวัดมี ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน รองผู้ว่าราชการจังหวัด ตัวแทนหน่วยราชการต่างๆ ตัวแทนฝ่ายสาธารณสุข สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (สส.) กรรมการชุดนี้ไม่ค่อยมีความเคลื่อนไหวมากนัก ตั้งแต่เริ่มต้นมีการประชุม 1-2 ครั้งเท่านั้นไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวเป็นเวทีที่สส. ในฐานะตัวแทนประชาชนมารับฟังความก้าวหน้าในการดำเนินงาน รวมทั้งนำเสนอข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานแก่ที่ประชุมเพื่อให้ปรับปรุงแก้ไข

คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าชุดแรกยังคงทำงานบริหารโครงการ มาจนถึงปัจจุบัน ส่วนอนุกรรมการมีการปรับเปลี่ยนแปลงบ้าง เพื่อให้เป็นไปตามความคำสั่งเพิ่มเติมของส่วนกลาง เช่นอนุกรรมการมาตรฐานสาธารณสุขที่มีข้อกำหนดให้กรรมการในส่วนนี้ต้องไม่เป็นบุคคลจากเครือข่ายบริการ ที่เข้าร่วมโครงการ หรือไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการ

2. โครงสร้างและการจัดการในระดับอำเภอ หรือ Contracting unit for Primary care (CUP)

ในอำเภอจะมีโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นเครือข่ายบริการ(Contracting unit for primary care :CUP) จะบริหารโดย คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือ CUP Board ที่ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ กับ สถานีอนามัย บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการคือ กำหนดนโยบายการดำเนินงานภายในจังหวัด การจัดสรรงบประมาณ และการจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน ดูแลทั้ง โรงพยาบาล และการจัดสรรงบประมาณให้ Primary care unit (PCU) ซึ่งเดิมเรียกว่า 'หน่วยบริการปฐมภูมิ' แต่ต่อมาเรียกว่า 'ศูนย์สุขภาพชุมชน' และสถานีอนามัย แต่ PCU และสถานีอนามัยยังอยู่ภายใต้การบริการด้านอื่นโดยสาธารณสุขอำเภอ

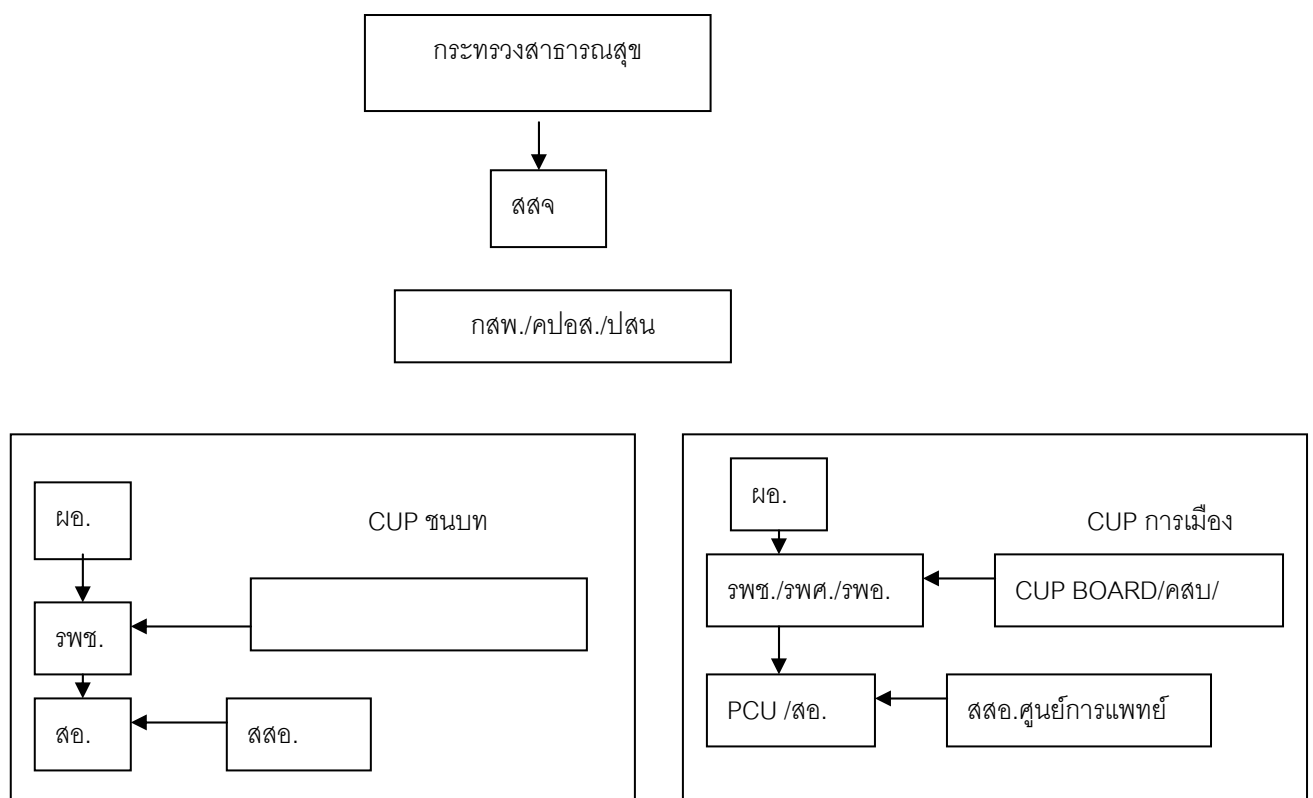
โรงพยาบาลชุมชนได้บริหารจัดการโครงการนี้ ใน 3 ลักษณะคือ

- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมาบริหารโครงการนี้ ประกอบด้วยหัวหน้าแผนกทุกแผนก และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน
- คณะกรรมการขึ้นมารับผิดชอบงานนี้โดยตรง โดยประยุกต์จากรูปแบบที่ส่วนกลางกำหนดคือ การขึ้นทะเบียนและออกบัตร การประชาสัมพันธ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ การร้องเรียนและร้องทุกข์ การเงิน และมาตรฐานคุณภาพบริการ บทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน รับผิดชอบหลักประกันตามเงื่อนไขที่ส่วนกลางกำหนดให้เช่นกัน
- ใช้โครงสร้างเดิมของโรงพยาบาลชุมชน คือ งานประกันสุขภาพ และฝ่ายแผนงานมาดำเนินการในเรื่องการขึ้นทะเบียน ออกบัตร และรับข้อร้องเรียน ในขณะที่งานบริการก็ เป็นไปตามหน้าที่ปกติที่โรงพยาบาลได้ให้บริการ

การดำเนินงานในลักษณะนี้ถ้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ประสานงานกันไม่ดีจะเกิดความขัดแย้งและมีผลกระทบต่อการดำเนินงาน และถ้าผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ไม่คุ้นเคยกับงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจะทำให้เป็นอุปสรรคต่องานนี้ นอกจากนี้ ในอำเภอที่อยู่ในโครงการกระจายอำนาจ ประธานเครือข่ายบริการ(CUP) อาจเป็นสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งอาจมีปัญหาการยอมรับและการประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งได้ให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารด้วย โดยมี ตัวแทนจากชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในการเลือกตัวแทนภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการนี้ เป็นการเลือกจาก เจ้าหน้าที่ คณะกรรมการประสานงาน สาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เจ้าหน้าที่ได้สะท้อนปัญหาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนว่า แม้ว่าจะมีผลดีที่เป็นการสร้างแนวคิดในการกระจายอำนาจ แต่ภาคประชาชนมีความเข้าใจว่า เป็นเจ้าของโรงพยาบาลบางครั้งมีปัญหาความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน

โครงสร้างการบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



บทบาทนักการเมือง

กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ระดับจังหวัดที่มี นักการเมืองเป็นกรรมการและหรือที่ปรึกษาซึ่งส่วนใหญ่มีบทบาทในการสะท้อนปัญหาของการ

ดำเนินโครงการในพื้นที่แก่งสจหรือรพที่ และในบางพื้นที่ร่วมแจกบัตรทองเพื่อประชาสัมพันธ์ มีเพียงบางจังหวัดที่นักการเมืองมีบทบาทในการติดตามเสนอปัญหาไปยังส่วนกลางโดยตรง รวมทั้งติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การเข้าร่วมโครงการ UC ของโรงพยาบาลเอกชน (รพอ)

ทั้ง 3 ภาคยกเว้นภาคใต้ในการศึกษาค้างครั้งนี้มี โรงพยาบาลเอกชน (รพอ) เข้าร่วมโครงการ แรงจูงใจ (Incentive) ในการเข้าร่วมโครงการของโรงพยาบาลเอกชนมีหลายประการคือ

- แรงสนับสนุนของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ในการเห็นความสำคัญของการเข้าร่วม ตั้งแต่ต้นจะได้ไม่ถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมในภายหลังที่การดำเนินงานดีแล้ว
- ต้องการประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลผ่านผู้รับบริการในโครงการ UC ไปยังญาติ เพื่อน ที่ใช้สิทธิอื่นให้มาลงทะเบียนกับโรงพยาบาลเอกชน
- ต้องการยึดคนไข้เดิมไว้แทนที่จะเสียฐานเดิมให้โรงพยาบาลอื่นที่เข้าโครงการ UC
- ความต้องการด้านเม็ดเงินที่ได้รับเงินก้อนรายหัวประชากรที่ลงทะเบียน

โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่ได้มีการจัดตั้งโครงสร้างคณะกรรมการบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านบุคลากร โรงพยาบาลเอกชนจะใช้หน่วยงานทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมเช่นฝ่ายการพยาบาล มาช่วยงาน โดยเน้นงานหลักก็คือ งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ มีการประสานงานกับทางชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ การรณรงค์ในชุมชน แต่ชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมคิด

อย่างไรก็ตามการดำเนินเข้าร่วมของรพ.เอกชนประสบปัญหาในการดำเนินงานหลายประการคือ

- โรงพยาบาลเอกชน ไม่มีโครงสร้างเดิมในรพ.ที่จะรองรับงานส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งไม่มีการทำแฟ้มข้อมูลครอบครัว (Family folders) มาก่อนต้องตั้งเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาล มาดูแล ซึ่งอาจขาดประสบการณ์ ทำให้ต้องปรับตัวมารวมทั้งการต้องเริ่มต้นจากศูนย์ในการทำ Family folders
- โรงพยาบาลเอกชน ไม่มีฐานด้านบุคลากรในชุมชนในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐมี อสม. ช่วย ทำให้การดำเนินการในชุมชนค่อนข้างยากแต่มี รพอ.บางแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปรับตัวโดย ที่ร่วมกับ อสม. ในการดำเนินงานทำให้สามารถทำงานได้ราบรื่นขึ้น
- การกำหนดพื้นที่รับผิดชอบ รพอ. มักจะเข้าร่วมโครงการหลังจากโรงพยาบาลอื่นซึ่งอยู่ในเขตเมืองรวมทั้งการที่ รพอ. มีขนาดเล็กกว่ารพท. หรือรพศ. ทำให้ได้รับมอบหมาย

ให้รับผิดชอบ ประชากรน้อย ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 คน จะทำให้มีผลกระทบต่อความอยู่รอดทางการเงินของโรงพยาบาล

- ปัญหาในด้านฐานข้อมูลที่มีอยู่ ยังไม่สมบูรณ์และมีการเร่งออกบัตรในช่วงแรกทำให้บัตรทอง ถูก ตีกลับ(reject) มากบางแห่งสูงถึง ร้อยละ 20 ซึ่งเป็นภาระของรพอ. อย่างมาก
- ทศนคติ ของประชาชนว่า รพอ. น่าจะลดคุณภาพบริการลงสำหรับผู้รับบริการในโครงการUCทำให้รพ. ต้องระมัดระวังในการจัดบริการเช่น PCU ใน รพอ. ต้องมีแพทย์ตรวจเหมือนแผนกผู้ป่วยนอก(OPD) ทั่วไป บางครั้งผู้ป่วยขอบริการที่เกินสิทธิต้องอนุมัติให้เพื่อรักษาชื่อเสียง

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพม)

ได้ใช้โครงสร้างเดิมของโรงพยาบาล และภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้บริหารและคณะทำงานโครงการนี้

เจ้าหน้าที่ระดับสถานีนามัย (สอ.) มีส่วนร่วมในโครงการค่อนข้างน้อยมีเพียงการเข้าร่วมจัดทำแผนกับโรงพยาบาลชุมชนในฐานะคณะกรรมการ คปสอ. เท่านั้น สำหรับการจัดสรรและจัดทำงบประมาณในการใช้เงินในระบบUC โดยไม่ทราบข้อมูลมากนักเกี่ยวกับโครงการ หรือกรอบของประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) นอกจากนี้ในบางพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการร่วมจัดตั้งPCU ในการคัดเลือกพื้นที่ร่วมกับโรงพยาบาล

เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการไปได้ช่วงหนึ่ง ได้มีการปรับตัวโครงสร้างคณะกรรมการฯ เนื่องจากมีประเด็นการพิจารณามากซึ่งถ้าใช้คณะกรรมการบริหารชุดใหญ่จะเกิดความล่าช้า จึงมีการตั้งอนุกรรมการ หรือกรรมการชุดเล็กขึ้นในทุกจังหวัด เพื่อดำเนินการศึกษา หาข้อมูลและดำเนินการในบางประเด็นและนำเสนอให้กรรมการชุดใหญ่พิจารณารับรองเพื่อนำมติไปใช้ต่อไป

การตัดสินใจในการบริหารส่วนใหญ่เป็นเรื่อง การเงิน การจัดบริการ และปัญหาเรื่องข้อร้องเรียน ภาคประชาชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจโครงการ แต่เข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานในการสำรวจ การแจกบัตร และประชาสัมพันธ์เท่านั้น

โดยสรุป ในการดำเนินการด้านการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ผ่านมามีอุปสรรคในแง่ประโยชน์ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพื้นที่ในการปรับปรุงการบริหารจัดการให้ดีขึ้นดังนี้คือ

ประโยชน์

- การไม่กำหนดเกณฑ์การปฏิบัติจากส่วนกลาง อาจมีประโยชน์ในการกระจายอำนาจให้พื้นที่ ทำให้แต่ละจังหวัดมีอิสระในการกำหนดรูปแบบโครงสร้างการดำเนินงาน การบริหารจัดการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่
- มีความหลากหลายในการจัดการตามความเหมาะสมของพื้นที่ อาจเป็นประโยชน์ในการศึกษาหารูปแบบ การจัดโครงสร้างการดำเนินการ การจัดการที่เหมาะสมในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

ปัญหาอุปสรรค

- นโยบายในการกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการโครงการไม่ชัดเจน และมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง ทำให้เกิดความสับสน เช่นการที่ส่วนกลางไม่ได้กำหนดการจัดสรรงบประมาณแก่ เครือข่ายบริการ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ในจังหวัด และภายในแต่ละCUPอย่างชัดเจนทำให้เกิดความขัดแย้งในผู้เกี่ยวข้องในความรู้สึกไม่มั่นคงในการอยู่รอดทางการเงินนอกจากนี้การที่งบประมาณเกือบทั้งหมดเป็นงบประมาณในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ทำให้ งานอื่น (Non UC) ถูกให้ความสำคัญลดลง หรืออาจถูกละเลยเพราะบุคลากรส่วนใหญ่ต้องไปรับผิดชอบงานUC แสดงถึงการที่งบประมาณที่มีผลต่อการกำหนดกิจกรรม

- ทั้งระดับจังหวัดและระดับเครือข่ายบริการ(CUP) จะมีลักษณะการดำเนินการในลักษณะของการประสานมากกว่าการสั่งการ สำหรับระดับจังหวัดจากการที่เดิมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มีการสั่งการพื้นที่ได้แก่โรงพยาบาลชุมชนต่างๆที่อยู่ภายใต้บังคับบัญชาให้ดำเนินการตามนโยบาย ทำให้อาจมีปัญหาน้อยกว่า แต่สำหรับระดับอำเภอหรือ CUP ปัญหาอาจเกิดขึ้นจากโรงพยาบาล สถานีอนามัยและสาธารณสุขอำเภอ มาคนละสายบังคับบัญชา การขาดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่เมื่อใช้การประสานงานเป็นหลักโดยไม่มีการสั่งการ

- มีปัญหาในการบริหารงานในหน่วยงานระดับอำเภอ ระหว่าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย ด้วยสายการบังคับบัญชาเดิมสถานีอนามัยขึ้นตรงกับสาธารณสุขอำเภอ แต่จากการที่ปัจจุบันงบประมาณจะมาที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แล้วดำเนินการจัดสรรภายในเครือข่ายให้ทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย ในขณะที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยยังอยู่ภายใต้การบริหารของสาธารณสุขอำเภอบางครั้งจึงเกิดความขัดแย้งถ้าผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอมีความเห็นที่ต่างกันและไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ นับว่าเป็นจุดอ่อนที่เจ้าหน้าที่สะท้อนมาซึ่งน่าจะมีการระบุหรือกำหนด Line of command ให้ชัดเจน

- การที่กระทรวงมีคำสั่งให้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาอีกชุดหนึ่ง มีองค์ประกอบทั้งภาคการเมือง ได้แก่ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร(สส.) ภาคประชาคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เป็นคณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ส่วนใหญ่มีการประชุมเพียงครั้งเดียว ไม่ได้มีบทบาทจริงจังในการบริหารโครงการนี้ นอกจากนักการเมืองใช้เป็นเวทีเสนอข้อร้องเรียนที่สะท้อนมาจากประชาชน หรือติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

- คณะกรรมการยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการนี้มากพอที่จะดำเนินการ เนื่องจากไม่ได้เตรียมความพร้อม และความสับสนต่อนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลง และปรับอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ข้อมูลจะอยู่ที่ระดับผู้บริหารที่เป็นกรรมการโครงการฯ ไม่ค่อยกระจายไปสู่ระดับผู้ปฏิบัติมากนัก ทำให้ไม่มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดและแนวทางในการปฏิบัติ รวมทั้งการมีความเข้าใจที่ต่างกันของแนวคิดในการจัดบริการเช่นการจัด PCU ทำให้ การนำไปสู่การปฏิบัติเป็นไปได้ยาก และล่าช้า

- มีความไม่ชัดเจนในการกระจายอำนาจทำให้เกิดผลกระทบต่อโครงการหลักประกันสุขภาพด้วยเช่นกัน ทำให้บทบาทของ กสพ.ไม่ชัดเจนแต่มีบางจังหวัดกสพ.ได้เข้ามามีบทบาทพอสมควร โดยเข้าร่วมเป็นกรรมการและตัดสินใจในนโยบายของจังหวัดด้วย ความไม่ชัดเจนของการกระจายอำนาจจึงมีผลกระทบต่อโครงการในระยะเปลี่ยนผ่าน ความสำเร็จในการบริหารโครงการ จึงเป็นความสามารถของผู้บริหารจริงๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะผู้นำ (Leadership) ซึ่งมีผลทำให้สำเร็จบ้าง ไม่สำเร็จบ้าง ตามความสามารถ

- โครงสร้างการบริหารจัดการมีปัญหาเรื่อง แนวการทำงานของ UC ไปก้ำก๋ายการบริหารบุคคลเดิม ทำให้บทบาทของบุคลากรในแต่ละกลุ่มยังไม่ชัดเจน บางจังหวัดได้มีวิธีการแก้ปัญหา โดย การทำแผนงาน การกำหนดบทบาทซึ่งให้แต่ละพื้นที่กำหนดกันเอง เป็น 'การเรียนรู้แบบคิดไปทำไป'

- การดำเนินการของคณะกรรมการเป็นไปอย่างล่าช้าเนื่องจากต้องพิจารณาหลายประเด็น ทั้งด้านการจัดสรรงบประมาณ การจัดบริการ

-ส่วนใหญ่มีการแต่งตั้งกรรมการอย่างเป็นทางการบางแห่งใช้กรรมการคปสอ.เป็นกรรมการ UC ที่จะเป็นตัวจักรในการบริหาร บางพื้นที่มีการบริหารงานบุคลากรที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิโดยผ่านคปสอ. บางแห่งมีคณะกรรมการร่วมจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ประชาชน

- ในระบบการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ UC อย่างเป็นทางการ แต่มีการมอบหมายภารกิจให้ดำเนินการทั้งในส่วนของผู้แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่

ต่างๆ มีการประชุมทำให้ไม่มีเอกภาพในการทำงาน การสื่อสารอาจบกพร่อง การทำงานเป็นไปได้น้อย

-หน่วยบริการต้องรับนโยบายมาดำเนินการในเวลาสั้นมากบางแห่งได้รับแจ้งให้ดำเนินการประมาณกลางเดือนเมษายน 2544 บางแห่ง ทราบช้าว่าต้องร่วมโครงการทางโทรทัศน์ ก่อนหน้าไม่ถึงเดือน ทำให้มีเวลาเตรียมความพร้อมน้อยมาก ผลที่ตามมาคือไม่สามารถทำความเข้าใจกับบุคลากรในทุกระดับที่เกี่ยวข้องได้ นอกจากนี้นโยบายระดับบนยังไม่ชัดเจนไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้มีความยากลำบากในการปฏิบัติ

-การดำเนินการโครงการหลักประกันถ้วนหน้าในระยะแรกมีปัญหา ในการจัดการหลายเรื่องโดยเฉพาะเรื่องทะเบียนรายชื่อผู้มีสิทธิ การจัดพิมพ์และการกระจายบัตร เนื่องจากคณะกรรมการไม่เข้าใจระบบหลักประกันถ้วนหน้า และไม่ได้เตรียมความพร้อมทั้งฐานข้อมูล การตรวจสอบสิทธิ และรายละเอียดในการปฏิบัติ ซึ่งไม่ได้กำหนดและทำความเข้าใจมาก่อน

- จังหวัดยังไม่มีระบบการติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง แต่ให้ความสำคัญกับการวางแผนในระดับ คปสอ. แต่ละพื้นที่ทำงานร่วมกัน และผสมผสานกับจังหวัด โดยจังหวัดเป็นผู้ติดตามการทำงานของ คปสอ.

- คณะกรรมการที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด ไม่สามารถเข้าใจประเด็น ปัญหาในการดำเนินงานหลักประกันได้ เนื่องจากไม่ได้มีประสบการณ์ และเป็นบุคคลที่รับรู้ปัญหาโดยตรง โดยเฉพาะประเด็นการร้องเรียนการใช้บัตรประกันสุขภาพจากประชาชน

- ความกังวลในการอยู่รอดของสถานบริการก่อปัญหาการจัดงบประมาณก่อให้เกิดความขัดแย้งแตกความสามัคคีเกิดขึ้นในหลายจังหวัดทั้งภายใน CUP ระหว่าง CUP และระหว่างจังหวัดที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องจากการที่ทุกฝ่ายต้องการให้ได้งบประมาณมากที่สุด

โดยสรุปกล่าวได้ว่า

- รูปแบบการดำเนินงานจากส่วนกลางไม่ชัดเจน และไม่มีรูปแบบให้ทำการศึกษา ก่อน จึงเป็นการดำเนินการที่เป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และเรียนรู้ไปเรื่อยๆมากกว่า

- คณะทำงานโครงการนี้ไม่ได้มีความพร้อมที่ดีพอจากการความเร่งรีบ มีเวลาเตรียมการสั้นมาก และปัญหาของระบบข้อมูลที่ไม่พร้อม

-การทำงานในช่วงแรกจึงเป็นการลองผิดลองถูกเป็นการแก้ปัญหารายวันและรายละเอียดมากกว่า คณะทำงานเองก็ยังไม่เข้าใจระเบียบปฏิบัติต่างๆดี ประกอบกับนโยบายเรื่องนี้เองก็มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

- ความคาดหวังของประชาชน ที่มีต่อโครงการสูงมากจากการประชาสัมพันธ์ โครงการ '30 บาทรักษาทุกโรค' ว่าต้องรักษาได้ทุกโรค แต่ในความเป็นจริงยังมีรายละเอียดที่ไม่ครอบคลุม และก่อปัญหาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นำไปสู่การร้องเรียน

ข้อเสนอแนะ

* ควรมีการให้คำสั่งและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่สำคัญซึ่งจะนำมาสู่ความขัดแย้งถ้าไม่ชัดเจน เช่น การจัดสรรงบประมาณ การจัดบริการ

* ปล่อยช่วงเวลาที่เหมาะสมให้ทดลองปฏิบัติ ก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนแนวทาง เพื่อป้องกันการสับสนและผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่

* ปรับปรุงการประสานงานของ ส่วนกลาง กับ พื้นที่ ให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน

* เนื่องจากมีการดำเนินการด้านการกระจายอำนาจร่วมด้วย บางครั้งมีการสับสนในการดำเนินการ จึงควรกำหนดการกระจายอำนาจให้ชัดเจนว่าเรื่องใดควรกระจาย เรื่องใดไม่ควรกระจาย และต้องกระจายระดับใด เช่นประเด็นที่มีผลกระทบทั้งประเทศน่าจะกำหนดที่ส่วนกลางได้แก่เรื่องการจัดงบประมาณ สำหรับประเด็นเกี่ยวกับ CUP ควรร่วมกันกำหนดที่ระดับจังหวัด ไม่ใช่จัดการกันเองใน CUP

* คำสั่งจากส่วนกลางควรมีความชัดเจน และการไม่มีรูปแบบชัดเจนอาจมีผลดีที่ทำให้จังหวัดได้มีการทดลองปฏิบัติ และมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับพื้นที่ นโยบายการกระจายอำนาจควรมีความชัดเจน ถ้าเราจะทำเรื่องการกระจายอำนาจ ส่วนกลางต้องกำหนดอะไรบ้าง พื้นที่ต้องทำอะไร ที่ทำให้ไม่เกิดปัญหา หรือเป็นการแก้ปัญหาUC เช่น การเรียกเก็บ การตามจ่าย ที่ไม่สามารถกำหนดจากจังหวัดได้ น่าจะมาจากส่วนกลาง และเรื่องอะไรที่จังหวัดควรจะทำ สิ่งที่ส่วนกลางควรกำหนดในเรื่องอะไร เช่น รูปแบบการจัดบริการ ใน PCUและการจัดงบประมาณ และการดำเนินการทั้ง NON-UC และUC

* ควรมีการแก้ไขปัญหากรณี Line of command ของเจ้าหน้าที่อนามัยที่อยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ แต่รับการจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล น่าจะขึ้นกับผู้บังคับบัญชาคนเดียว ถ้าให้ขึ้นกับผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็ต้องมีการปรับบทบาทของสาธารณสุขอำเภอให้เหมาะสมเพราะไม่เช่นนั้นจะเป็นความขัดแย้งที่ร้ายลึกและกระจายเป็นวงกว้าง

* คณะกรรมการระดับอำเภอ มีความเหมาะสมในการใช้ทีมจาก คปสอ. เนื่องจากกำลังคนในระดับอำเภอนี้น้อย การแต่งตั้งเฉพาะทำให้ตัวบุคคลมีความซ้ำซ้อนกันอยู่ ในขณะเดียวกันในระดับพื้นที่กลับไม่มีการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน เป็นเพียงแต่การแจ้งให้ภาคประชาชน / องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับทราบถึงแนวทางการดำเนินการในการสร้างหลักประกันเท่านั้น

* น่าจะมีระบบการตัดสินใจในการดำเนินการระดับอำเภอที่เปิดโอกาสให้ตัวแทนฝ่ายต่างๆเข้ามามีอำนาจหรือบทบาทในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานการกระจายอำนาจในระดับพื้นที่จริงๆ

* ควรยอมรับการมีปัญหในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ควรเปลี่ยนแปลงบ่อยซึ่งมีผลต่อระบบการทำงาน และ ขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติ

ประเด็น	ประโยชน์	ปัญหา
ไม่มีกำหนดรูปแบบการการบริหารที่ชัดเจนเช่นงบประมาณ	เกิดความหลากหลาย จัดการให้เหมาะสมกับพื้นที่	ใช้เวลามากในการประชุมพิจารณา เกิดความขัดแย้งในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Steak holders)
การจัดสรรงบประมาณเป็น UC เกือบทั้งหมด	จัดตามจำนวนประชากร	ทำให้งาน non UC ถูกละเลย ทั้งจากงบประมาณและบุคลากรที่ลดลง
การดำเนินงานในรูปแบบการประสานงานของกสน /กสพ	กระจายอำนาจการตัดสินใจ โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย	ความล่าช้า มีความหลากหลายในการดำเนินการ
การจัดการใน CUP ที่ให้ ผอ. รพ ดูแลงบประมาณทั้งหมดของ CUP ขณะที่ สสอ ยังบังคับบัญชา สอ	ดีสำหรับ Financial management ในการ control cost	ความขัดแย้งระหว่าง ผอ. สสอ งาน ส่งเสริมป้องกันที่ สสอ ถนัดอาจถูกละเลยรวมทั้งงาน Non UC
การเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตลอดเวลา การห้ามมีการร้องเรียน	มีการปรับปรุงแก้ไขปัญหา ตอบสนองความต้องการของประชาชน	เกิดความสับสน ถูกมองว่าเป็นการเมือง เอาใจประชาชนมากเกินไป 'ถูกใจแต่ไม่ถูกต้อง'
การมีส่วนร่วมของประชาชน	ทราบความต้องการ ปัญหา	ความเข้าใจในงานสาธารณสุขการเข้าถึงข้อมูล ระดับการมีส่วนร่วมยัง不多 มีเพียงการร่วมสำรวจข้อมูล แจกบัตร และประชาสัมพันธ์
บทบาทนักการเมือง	ช่วยสะท้อนปัญหา ประชาสัมพันธ์โครงการ	ไม่ยึดหลักการ ขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในโครงการหลักประกันสุขภาพ การคำนึงผลประโยชน์ทางการเมือง

การเข้าร่วมโครงการของรพ. เอกชน	ตัวเลือกสถานบริการที่ดี	ไม่มีโครงสร้างเดิมในการสร้างสุขภาพ จึงทำให้เกิด ขาดบุคลากรทั้งในและนอกรพ. ประชาชนในการดูแลน้อยเกินไป ฐานข้อมูลการออกบัตรไม่ถูกต้อง ความคาดหวังต่อบริการ
--------------------------------	-------------------------	--

2. การจัดระบบข้อมูลสารสนเทศ

1) ระบบข้อมูลการออกบัตร

การออกบัตรทอง

การออกบัตรทองจะออกบัตรให้ประชาชนผู้มีสิทธิ โดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยและตรวจสอบการมีสิทธิอื่นคือฐานข้อมูลสปร.เดิม ข้อมูลผู้มีบัตรประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคม สำหรับการตรวจสอบสิทธิข้าราชการเป็นไปได้อย่างยากเนื่องจากไม่มีข้อมูลของผู้มีสิทธิ เช่นบุตร ภรรยา บิดามารดาของข้าราชการทำให้ยากในการตรวจสอบ นอกจากนี้ต้องมีการตรวจสอบสิทธิโดยสำรวจในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่ ร่วมกับ อสม. และแกนนำประชาชน เพื่อตรวจสอบข้อมูลของการมีสิทธิอื่นได้แก่ประกันสังคม สิทธิข้าราชการและส่งให้จังหวัดตรวจสอบความซ้ำซ้อนและดำเนินการออกบัตรให้ และ ส่งข้อมูลให้กระทรวงตรวจสอบการซ้ำซ้อนของสิทธิและระงับบัตรที่ซ้ำซ้อน

แต่ในการปฏิบัติการดำเนินการ ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดด้วยหลายสาเหตุ เช่นบางจังหวัดมีเวลาในการออกบัตรเพียง 10 วัน ทำให้ในบางพื้นที่ของจังหวัดไม่มีการสำรวจเพื่อตรวจสอบสิทธิก่อนออกบัตร หรือบางจังหวัดเมื่อสำรวจแล้วพบว่าจำนวนผู้มีสิทธิต่ำกว่าที่ประมาณการณมากทำให้มีผลกระทบต่อบประมาณรวมของจังหวัดที่จะได้รับจัดสรรรายหัว ประชากรจึงไม่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ มีบางจังหวัดระบุว่าไม่แน่ใจในความถูกต้องของการสำรวจ เนื่องจากต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพการสำรวจได้อย่างทั่วถึง และข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างจากฐานข้อมูลที่มีอยู่มากจึงตัดสินใจไม่นำผลการสำรวจมาใช้ บางจังหวัดทำการออกบัตรให้ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทซึ่งยังไม่หมดอายุ (หมดอายุ เมษายน 2545) จังหวัดนี้มีบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทมากกว่า 60,000 ใบการออกบัตรในกรณีนี้ทำให้ประชาชนบางคนมีประกันสุขภาพ 2 อย่าง มีผลให้จังหวัดไม่ได้รับการจัดสรรเงินงบประมาณจากส่วนกลางจากการซ้ำซ้อนของสิทธิ และต้องงดการออกบัตรกรณีนี้ในที่สุดการออก

บัตรทอง ในรอบแรกนี้มีความซ้ำซ้อนของสิทธิมากถึง ร้อยละ 40 เช่น บางจังหวัดมีประชากรที่มีสิทธิ 4 แสนกว่าคน ได้รับอนุมัติบัตรเพียง 2 แสนกว่า ขาดไปกว่าแสนคน

การพิมพ์บัตรในรอบแรกพิมพ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยมีทีมจากอำเภอต่าง ๆ มาช่วย และรอบหลังซึ่งเป็นบัตรทองฟรีพิมพ์ที่อำเภอโดยอาจดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชนหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแล้วแต่จะตกลงกัน

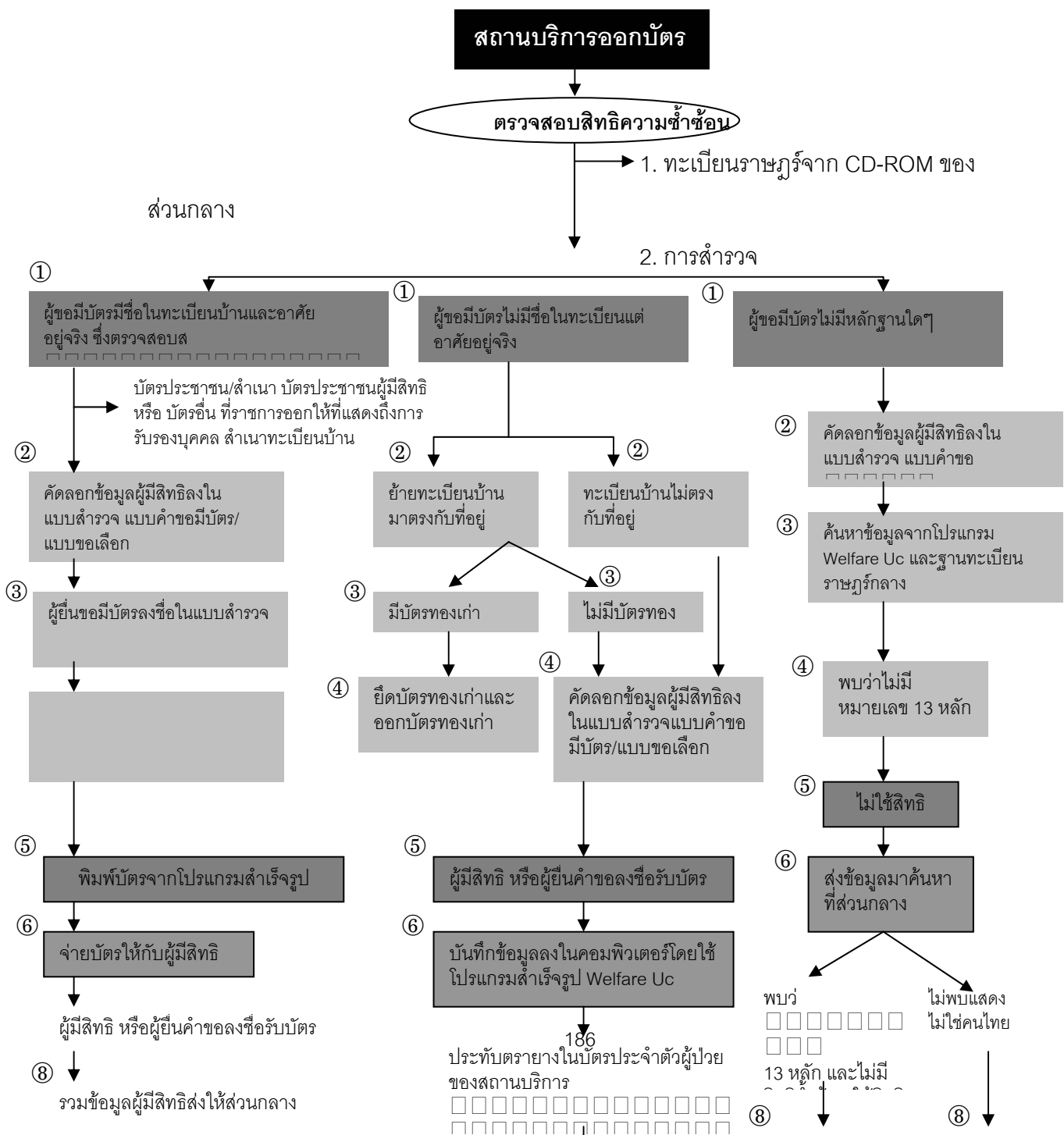
การแจกบัตร

การแจกบัตรทองเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย การแจกทำได้หลายวิธีเช่น

- ประกาศให้ประชาชนมารับบัตรที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล
- เดินแจก
- ส่งทางไปรษณีย์ ฝากไปรษณีย์นอกเวลา
- เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนำไปให้ อสม. ไปแจกให้ประชาชนในหมู่บ้านโดยให้เจ้าของบัตรหรือญาติสายตรงมาเซ็นชื่อรับได้

การแจกบัตรมีความแตกต่างกันระหว่างเมืองกับชนบท ในชนบทการแจกบัตรดำเนินการได้รวดเร็วกว่าโดยผ่านทางอสม. รวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่รู้จักกันหรือเป็นเครือญาติกัน ในเขตเมืองซึ่งต่างคนต่างอยู่ ต้องใช้หลายวิธีทั้งให้มารับเอง เดินแจก ส่งทางไปรษณีย์ในบางจังหวัดมีการดีกลับถึง ร้อยละ 10 จากการไม่มีผู้รับ มีชื่อในทะเบียนแต่ไม่ได้อยู่อาศัยจริง บางจังหวัดในเดือนธันวาคม 2544 ยังมีบัตรที่ยังไม่ได้แจกตกค้างอยู่สูงถึง ร้อยละ 30

ขั้นตอนดำเนินการออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ปัญหาในการออกบัตรและแจกบัตรทอง

บัตรทองที่ออกถูกตัดสิทธิเป็นจำนวนมาก มาจากหลายสาเหตุคือ

- **ฐานข้อมูลที่ใช้ไม่เป็นปัจจุบัน (Update)** ทั้งของทะเบียนราษฎร ที่ใช้เป็นฐานข้อมูลหลักมีความคลาดเคลื่อนสูง และข้อมูลประกันสังคมที่ใช้ตรวจสอบสิทธิซึ่งควรจะเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุดเพราะต้องมีการ Update ทุกเดือน แต่ความเป็นจริงมีความคลาดเคลื่อนมากและเป็นฐานข้อมูลหลักที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้ในการระบุการซ้ำซ้อนของสิทธิ์ การที่ไม่มีฐานข้อมูลสิทธิข้าราชการ รวมทั้งสภาพการย้ายที่อยู่ของประชาชนเช่นการอพยพไปทำงานต่างถิ่น การเปลี่ยนแปลงงานทำให้มีผลกระทบต่อฐานข้อมูลประกันสังคม ปัญหาเหล่านี้แสดงถึงระบบฐานข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพดีพอที่จะบอกได้
- **การเร่งรีบออกบัตร** ในเวลาจำกัดทำให้ไม่มีการเตรียมความพร้อมที่ดีพอทั้ง Soft ware ที่ใช้ การใช้ คอมพิวเตอร์ และบุคลากรยังขาดความชำนาญในการใช้
- **มีความผิดพลาดในการกรอกข้อมูล** เช่นสะกดชื่อผิด เลข13 หลักผิด ขาดจุดที่คำว่า ดช. ทำให้ในหลายพื้นที่บัตรถูกตัดสิทธิ
- **ไม่มีการสำรวจเพื่อตรวจสอบสิทธิ** ในบางพื้นที่จากความเร่งรีบ
- **ความไม่ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติในช่วงแรก** รวมทั้งความต้องการที่จะมีผู้ที่มีบัตรทองมากทำให้นหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชนต้องการและดำเนินการออกบัตรมากที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ได้จัดสรรงบประมาณมาก เมื่อมีการตรวจสอบจึงมีความซ้ำซ้อนเฉลี่ยร้อยละ20
- **การตัดสิทธิบัตรโดยไม่แจ้งว่าบัตรใดถูกตัด** ทำให้พื้นที่ไม่สามารถตรวจสอบได้เต็มที่ว่าฐานข้อมูลในส่วนกลางใช้เช่นประกันสังคมถูกต้องหรือไม่ในหลายแห่ง ทำ

ได้เพียงตรวจสอบความถูกต้องของการพิมพ์ เลข 13 หลัก และตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลที่มีอยู่ในพื้นที่

- การที่เชื่อว่าฐานข้อมูลของส่วนกลางถูกต้องเสมอ แล้วพื้นที่ต้องปรับตาม เป็นปัญหา เพราะระบบข้อมูลของส่วนกลางมีปัญหาความน่าเชื่อถืออยู่แล้ว

การออกบัตรทองฟรี

การออกบัตรในรอบหลังซึ่งเป็นบัตรทองฟรี ในเดือนกันยายน ตุลาคม 2544 การออกบัตรทองฟรีจะนำข้อมูลฐานข้อมูลสปร. บัตรเด็ก 0-12 ปี ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. พระภิกษุ ผู้พิการ มาเทียบกับทะเบียนราษฎรที่เหลืออยู่ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากฐานข้อมูลอื่นๆ คือ ประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพ

การออกบัตรทองฟรีที่ทำในช่วงที่ สองนี้ มีปัญหาลดลงจากหลายปัจจัย ได้แก่

- การใช้ฐานข้อมูล สปร. เดิม จาก โปรแกรม Welfare แล้วออกบัตรตามสิทธิเดิมที่มีอยู่เป็นบัตรทองฟรี
- ความพร้อมในการออกบัตรดีขึ้นจากประสบการณ์ในการออกบัตรทองช่วงแรกและความระมัดระวังการถูกต้องสิทธิบัตร
- บางแห่งใช้การสำรวจเพื่อตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่และอสม.
- สิ่งที่น่าห่วงและเป็นปัญหาต้องแก้ไขในระยะยาวคือความถูกต้องของการให้บัตร สปร.แก่ประชาชน คือยังมีผู้ยากไร้จำนวนมากไม่ได้บัตรในบางพื้นที่ และในทางกลับกันผู้ที่ได้บัตรสปร. บางส่วนไม่ยากไร้ เช่น มีเพียง ร้อยละ 17 ของครัวเรือนที่ยากจนได้รับบัตรสปร. และในกลุ่มครัวเรือนที่ได้รับบัตรสปร.มีเพียง ร้อยละ 35 ที่ยากจน ร้อยละ 65 ไม่ยากจน (สงวน นิตยารัมพงศ์, 2001) ดังนั้นจะทำรูปแบบใดให้เหมาะสมและเป็นธรรมโดยที่ผู้ที่ด้อยโอกาสได้รับบัตรทองฟรีจริงๆ ไม่ใช่มีการนำบัตรทองฟรีไปให้บุคคลอื่นที่มีฐานะดี
- จะจัดการหรือเตรียมการรองรับการออกบัตรแก่เด็กเกิดใหม่ คนชรา เด็ก 0- 12 ปี อย่างไรในระยะยาว ที่ระบบข้อมูลจะให้ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับการเปลี่ยนแปลงกลุ่มอายุ
- ปัญหาการขาดฐานข้อมูลในการตรวจสอบสิทธิเช่นข้อมูลสิทธิข้าราชการ ซึ่งไม่มีข้อมูลของบุตร ภรรยา บิดามารดา

ประเด็นที่น่าสนใจ

- **ฐานข้อมูลที่ใช้ในการออกบัตร** ที่ไปเกี่ยวข้องกับฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ไม่สมบูรณ์ คือ ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่ไม่ถูกต้อง มีการออกเลขผิด ทำให้มาตรวจบัตรไม่ตรง ทำอย่างไรให้มาตรวจบัตรตรง การที่จังหวัดได้มุ่งให้มีการขึ้นทะเบียนมากที่สุดเพราะหมายถึงเงินรายหัว ในขณะที่ไม่ได้มุ่งที่ประโยชน์ของประชาชน จะทำอย่างไรที่จะทำให้ประชาชนทราบว่า การขึ้นทะเบียนเป็นประโยชน์กับพวกเขา และจะทำอย่างไรที่จะทำให้ฐานข้อมูลถูกต้องมากที่สุดและใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด ถ้าโครงการหลักประกันสุขภาพ ต้องพึ่งพิงข้อมูลทะเบียนราษฎร เราต้องมองว่า ทะเบียนราษฎรมีวัตถุประสงค์อะไร จะนำมาใช้ในโครงการหลักประกันฯ อย่างไร การเสนอแนะแนวทางการเปลี่ยนแปลงฐานข้อมูล
- จะดำเนินการอย่างไรตามที่มติคณะรัฐมนตรี(ครม) มกราคม 2545 ว่าผู้ที่พอจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองได้ให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล
- นอกจากนี้ในธรรมชาติสิทธิการรักษาจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตามสถานะทางอาชีพที่เปลี่ยนแปลงเช่นการมีประกันสังคมของลูกจ้าง การเปลี่ยนถิ่นที่อยู่จะมีอยู่ตลอดเวลาเช่นประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออพยพไปทำงานในกรุงเทพ หรือจังหวัดในภาคกลางและภาคใต้ ทำให้ประชาชนเหล่านี้ไม่สามารถใช้สิทธิได้ และผู้ที่เป็นคนไทยไม่มีบัตรประชาชนทำให้ไม่มีสิทธิในบัตรทอง
- การตรวจสอบสิทธิของการรักษาที่สถานพยาบาลส่งรายชื่อทะเบียนมาเป็นสิ่งที่ดีในการตรวจสอบ และกระตุ้นสถานพยาบาลให้ปรับฐานข้อมูลให้ถูกต้อง แต่ต้องทำการปรับปรุงระบบการตรวจสอบของสำนักประกัน ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ปัญหาคนต่างด้าว ชาวเขา ที่ยังต้องมาพึ่งพิงระบบรักษาพยาบาลอยู่ นโยบายของรัฐในการช่วยเหลือสถานพยาบาลอย่างไร มีวิธีการลงทะเบียนคนกลุ่มนี้อย่างไร

ข้อเสนอแนะ

- ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล ให้ตรง ถูกต้อง เป็นปัจจุบันรองรับการเปลี่ยนแปลงของประชากร
- พัฒนา Software และ Hardware ให้ทันสมัย มีสมรรถนะสูงพอในการรองรับข้อมูลจำนวนมาก และเชื่อมต่อข้อมูลได้
- ให้ความสำคัญแก่เจ้าหน้าที่ด้านข้อมูล อาจจ้างพิเศษ เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ โดยสามารถแข่งขันกับค่าจ้างในตลาดของบุคลากรประเภทนี้ นอกจากนี้คือการฝึกอบรมบุคลากรที่มีอยู่ให้มีความสามารถ ทันสมัยต่อ Hardware, Software ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

- รัฐบาลควรพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารโดยการสร้าง Network ที่จำเป็นต้องมีเครือข่ายการสื่อสารที่ดีทั้งจังหวัดเช่นเครือข่ายโทรศัพท์เพื่อการเชื่อมต่อข้อมูล
- ใช้ข้อมูลในการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิเพื่อประโยชน์ ของประชาชน ไม่ใช่เพียงประโยชน์ของสถานบริการ
- ควรพิจารณาหลักเกณฑ์ และกระบวนการการออกบัตรทองฟรีเนื่องจากการให้บัตรสปร.เดิมมีปัญหาและยังถูกนำมาใช้ในการออกบัตรทองฟรีปัญหาความถูกต้อง ความเสมอภาคและเป็นธรรมก็ยังคงอยู่เนื่องจากผู้ที่สมควรได้รับความเกื้อกูลไม่ได้รับแต่ผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้กลับได้รับสิทธิ

2) ระบบข้อมูลการให้บริการและการเงินการคลัง

การดำเนินงาน

ระบบข้อมูลอื่นที่ใช้ในสถานพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1 Monitor จำนวนผู้มารับบริการ
- 2 ค่าใช้จ่ายต่อคน
- 3 รวบรวมข้อมูลรายรับรายจ่ายของหน่วยงาน

มีข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ การเงินการคลังที่ต้องส่งให้หน่วยงานต่างดังนี้คือ

ข้อมูลการให้บริการ การเงินการคลังที่ส่งให้สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.)

ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลจากสถานบริการ ได้แก่

- รายงานประจำเดือน 0011รง. 0 5 เป็นรายงานข้อมูล 2 ส่วนคือ

- รายงานสรุปกิจกรรมสำคัญของสถานบริการ
- รายงานรายรับรายจ่ายเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณของสถานบริการ

ข้อมูลนี้สถานบริการจะส่งให้สสจ. ภายในวันที่10 ของเดือนถัดไป และสสจ. รวบรวมส่งให้สคส. ภายในวันที่ 15 นอกจากนี้สถานพยาบาลยังสามารถส่งข้อมูลให้สคส. โดยตรงทาง Internet ในช่วงเริ่มดำเนินโครงการสสจ.ส่งข้อมูลนี้ให้สำนักงานประกันสุขภาพ (สปภ) ด้วย

- รายงานการใช้งเงินบำรุง สถานบริการส่งข้อมูลนี้ให้สคส.

1.2 ข้อมูลวิธีการตามจ่าย ระเบียบวิธีการตามจ่ายค่าบริการในจังหวัดเป็นรายงานจากสสจ.

1.3 ข้อตกลงการจัดสรรงบประมาณในจังหวัด ระบุข้อตกลง แนวทางปฏิบัติ เงื่อนไข ต่างๆ ในการจัดสรรเงินงบประมาณ เป็นรายงานจากสสจ.

1.4 ข้อมูล 10 ตาราง เป็นข้อมูลที่โรงพยาบาลรวบรวมส่งสสจ.

ข้อมูลการให้บริการ การเงินการคลังที่ส่งให้สำนักงานประกันสุขภาพ (สปภ.)

ประกอบด้วย

- ข้อมูลระบบการจ่ายเงิน ได้แก่
- รายงานการจ่ายเงินตามการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เป็นรายงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องรายงานการจ่าย ประกอบด้วยข้อมูลของทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก การวินิจฉัยโรค รายละเอียดของค่าใช้จ่ายต่อคน ที่ระบุค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ X-Ray
- แบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นข้อมูลจากสถานบริการโดยตรง เพื่อเบิกจากกองทุนหลักประกันโดยจะมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อน
- แบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นข้อมูลจากสถานบริการโดยตรง เพื่อเบิกจากกองทุนหลักประกันโดยจะมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อน
- สำหรับข้อมูลเงินเหมาจ่ายรายหัวเป็นข้อมูลที่ฝ่ายบริหารงานบัตรสุขภาพคำนวณแล้วจึงมีการจ่ายให้จังหวัด

นอกจากนี้ยังมีการส่งรายงานไปยัง ศูนย์ปฏิบัติการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War Room) ได้แก่ รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวบรวมโดยสสจ. รายงานปัญหาที่เกิดจากการดำเนินการ เป็นรายงานจากทั้งสถานบริการ สสจ. ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศน์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องเสนอรายงานกระบวนการดำเนินงาน และความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ไปให้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (สนผ.) ตามแบบฟอร์มคำถามที่ สนผ. ถามมาแต่บางจังหวัดนำเสนอข้อมูลที่รายงานสสจ.ไปให้

ในการดำเนินการด้านระบบข้อมูลพบว่าแต่ละพื้นที่มีศักยภาพ ในการจัดการด้านข้อมูล ที่ต่างกัน บางจังหวัดโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ และมี Software ในการจัดการข้อมูลสถิติการให้บริการรวมทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ แต่มีหลายจังหวัดที่ใช้การบันทึกรายงานตามปกตินอกจากนี้ระบบการบันทึกข้อมูล เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อนำเสนอกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ไม่ได้นำมาใช้เพื่อการวางแผนการดำเนินการหรือพัฒนา และระบบข้อมูลที่มีอยู่ไม่ได้สะท้อนผลการดำเนินการด้านการเงิน รวมทั้งต้นทุน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมใหม่ด้าน

ระบบข้อมูลคือแฟ้มข้อมูลครอบครัว (Family folders) ซึ่งในช่วงเก็บข้อมูลวิจัยนี้มีการเริ่มทำ Family folders แล้วแต่ยังไม่มากนักส่วนใหญ่ไม่เกินร้อยละ 50

ปัญหาระบบข้อมูลสารสนเทศ

- แต่ละจังหวัดยังไม่นโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุน ข้อมูลที่จัดเก็บยังไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หา Unit cost ได้ บางจังหวัด บาง CUP มีการอบรมในการวิเคราะห์ต้นทุนแก่ จนท.ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลที่ต้องขอเงินสนับสนุนจาก Contingency Fund ต้องทำการวิเคราะห์ต้นทุน โรงพยาบาลเหล่านี้ประสบความยุ่งยากมากในช่วงแรก เนื่องจากมีปัญหาคุณภาพของข้อมูล จากการบันทึก และต้องเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ต้องแก้ไขมาก
- ขาด Software ในการจัดการข้อมูลที่สะท้อนผลการดำเนินการและต้นทุน ในโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้รับโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ต้นทุนจากส่วนกลาง แต่ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีบุคลากรจำกัดและยังไม่สามารถทำความเข้าใจกับโปรแกรมที่ได้มาอย่างดีพอ
- ยังไม่มีระบบติดตาม ควบคุมกำกับกับการทำรายงานการบริการและการเงินอย่างจริงจัง รวมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องของระบบรายงาน
- เจ้าหน้าที่ยังไม่แน่ใจว่า Family folders ต้องมีข้อมูลอะไรบ้าง และจะนำไปใช้อย่างไร

ข้อเสนอแนะ

- ส่วนกลางต้องมีนโยบายที่ชัดเจนที่จะให้มีระบบข้อมูลที่สะท้อนการให้บริการ และต้นทุน ให้แต่ละจังหวัดนำไปปฏิบัติ และให้การสนับสนุนที่จะทำให้เกิดเครือข่ายสารสนเทศที่เชื่อมโยงทั้งระบบทั่วประเทศ และเป็นข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้และเป็นปัจจุบัน
- ควรจัดทำ Soft ware จากส่วนกลางและแจกจ่ายให้ทุกสถานบริการ รวมทั้งมีการจัดการอบรมการใช้โปรแกรมอย่างจริงจัง
- ต้องให้ความสำคัญ (priority) กับระบบสารสนเทศของทุกพื้นที่
- พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถหรือจัดจ้างบุคลากรที่มีความสามารถเข้ามาดำเนินการ
- การพัฒนาต้องให้สอดคล้องกับระบบรายงานและระบบสารสนเทศส่วนกลาง เพื่อสามารถนำมาใช้ร่วมกันได้

- เงื่อนไขที่จะพัฒนา คือ ต้องให้ความสำคัญและลงทุนกับ Hard ware ในระดับจังหวัด และอำเภอซึ่งน่าจะเป็นฐานเดียวกัน สร้างระบบ Soft ware และพัฒนาบุคลากรขึ้นมารองรับ
- การพัฒนาระบบ Family Folder ขึ้นมาเพื่อเป็นฐานข้อมูลการสร้างสุขภาพ ควรมีการวางแผน และวางฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน

3) การจัดระบบเครือข่ายบริการ

การดำเนินงาน

การจัดบริการ

การดำเนินการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการจัดบริการในรูปของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) ที่ประชาชนขึ้นทะเบียนโดยระบบสถานบริการหลักและสถานบริการรอง ใน CUP จะประกอบด้วย หน่วยบริการคู่สัญญา (Main contractor) ได้แก่ โรงพยาบาล และ หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต่อมาเรียกว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit) โดยมีการให้บริการทั้ง

- ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ใน Primary care unit (PCU) ที่เรียกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ ศูนย์การแพทย์ในเขตเมืองของบางจังหวัดเช่นนครราชสีมาหรือสถานีอนามัยของเครือข่าย โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นความสำคัญของการจัดบริการปฐมภูมิ 'บริการใกล้บ้าน-ใกล้ใจ' การจัดบริการระดับต้นหรือปฐมภูมิ เป็นบริการหลักของประชาชน ให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิชาการ เทคนิค วิธีการที่ยุ่งยากซับซ้อนมาก สามารถให้บริการดูแลสุขภาพและรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 70-80 การบริการระดับต้นนี้ให้ความสำคัญกับการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในเขตรับผิดชอบของตนที่ถูกกำหนดอย่างชัดเจนโดยมีการทำฐานข้อมูลครอบครัว (Family folders) มีการลงทะเบียนสถานบริการที่ประชาชนผู้ลงทะเบียนไปใช้บริการได้ และส่งต่อภายในเครือข่าย หรือไปนอกเครือข่ายตามความเหมาะสมโดยสถานบริการที่ลงทะเบียนจะรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายตามข้อตกลง รวมทั้งดูแลการส่งต่อและประสานงานกับหน่วยบริการระดับสูงกว่าเพื่อดูแลประชาชนในความรับผิดชอบเมื่อจำเป็น เป็นบริการเชิงรุก ดูแลสุขภาพทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ คำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ทั้งความเชื่อ วัฒนธรรม วิถีชีวิต พฤติกรรม ประสบการณ์ สังคม เศรษฐกิจ เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน (สปรส., 2545)

ในการดำเนินการที่ผ่านมาจะมีประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ

- สถานบริการระดับต้นสามารถจัดบริการได้ตามแนวคิด แนวปฏิบัติที่กำหนดไว้หรือไม่
- ประชาชนเข้ารับการจัดบริการแบบนี้มากนักน้อยเพียงใดและ
- การที่ประชาชนยังไม่สามารถเลือกสถานบริการได้เองมีผลอย่างไร

ประเด็นต่างเหล่านี้จะนำเสนอต่อไป

- **ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (Secondary and Tertiary care)** ที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนโดยที่การให้บริการจะเป็น การรักษาพยาบาลที่ยุ่ยากซับซ้อนมากขึ้นต้องใช้ความเชี่ยวชาญและเทคนิควิชาการขั้นสูงกว่า รับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับต้น ส่งผู้เชี่ยวชาญไปช่วยระดับต้น

โครงการหลักประกันฯให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพเฉลี่ย 175 บาท ต่อคน

ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะให้บริการเป็นชุดสิทธิประโยชน์ (Core benefit package) เป็นบริการที่จำเป็นแต่ไม่ครอบคลุมทั้งหมด บริการที่ไม่ครอบคลุมเช่น การฟอกไต (Hemodialysis) ยาต้านเชื้อไวรัส (ARV) การคลอดครอบคลุมไม่เกิน 2 ครั้งเป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดรายละเอียดในการจัดตั้ง PCU เช่น ระยะห่างที่สามารถเดินทางมาถึงภายใน 30 นาทีโดยรถยนต์ จำนวนประชากรในความรับผิดชอบ 10,000 คนต่อ PCU สามารถให้บริการได้ทุกประเภท ต้องเปิดทำการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีแพทย์ ใน PCU หรือเครือข่าย ในสัดส่วน แพทย์ 1 คนต่อประชาชน 10,000 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 ต่อ 1,250 คน ทันตแพทย์ 1: 20,000 คน เภสัชกร 1:15,000 คน ข้อกำหนดเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัวของหน่วยบริการเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดแพทย์ที่มีจำกัดอยู่แล้วไปประจำ หรือจำนวน ชั่วโมงที่ให้บริการ ซึ่งต่อมาได้มีการปรับเป็นลักษณะให้แพทย์หมุนเวียนไปช่วยเป็นบางวัน อาจอยู่ ครึ่งวันไม่จำเป็นต้องเต็มวัน

จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของ PCU ยังไม่เป็นไปตามหลักการ แนวคิด และ วัตถุประสงค์ เนื่องจากโครงสร้างของระบบบริการทางการแพทย์ที่มีอยู่ทั้งระดับสอ. รพช. รพท. และรพศ. ไม่สามารถรองรับงาน PCU ได้ (การผสมผสานระหว่างการรักษา ส่งเสริม ป้องกันอย่าง สมดุลย์) โดยต้องพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- ประเด็นผู้ให้บริการ ว่าควรเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อนามัย
- กิจกรรมด้านการรักษา ป้องกัน และส่งเสริม ต้องการความชัดเจนชัดเจน และมี ตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการปฏิบัติงานจริงไม่ใช่เพียง Checklist ว่าทำหรือไม่ทำ กิจกรรม หรือมีหรือไม่มีบุคลากร หรือเครื่องมือ
- การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหา

1. บุคลากร

- **ความไม่พร้อมในการจัดบุคลากร**ไปปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ทำให้เกิดปัญหามีแพทย์ไม่พอที่จะไปให้บริการใน PCU ได้ตามที่กำหนด หรือ จากการที่แพทย์บางส่วนไม่ต้องการออกไป พบในทุกจังหวัดว่ามีปัญหาในการจัดบุคลากรต่างๆใน PCU การที่โครงการUC เน้นการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ การมี PCU ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดว่าต้องมีทีมให้บริการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกร รวมทั้งกำหนดสัดส่วนบุคลากรต่อประชากรเวลาปฏิบัติงานด้วย สิ่งตามมาคือการจัดบุคลากรไปประจำใน PCU ตามข้อกำหนดของกระทรวงเดิมที่ต้องมีแพทย์ประจำอยู่ใน PCU ทุกแห่งปฏิบัติไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งมีปัญหาในการปฏิบัติเนื่องจากขาดแคลนแพทย์อยู่แล้ว ซึ่งต่อมาได้มาการอนุมัติให้มีแพทย์และทีมที่ประกอบด้วย ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและเจ้าหน้าที่หมุนเวียนมาช่วยงานที่ PCU ที่พบส่วนใหญ่เป็นพยาบาลไปอยู่ประจำ PCU หรือ จัดทีมไปช่วยเป็นบางวัน มีบางจังหวัดผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องไปช่วยที่ PCU เนื่องจากแพทย์อื่นต้องทำงานที่โรงพยาบาลและหรือไม่ยินยอมที่จะไปทำงานในพื้นที่ห่างไกล แพทย์บางคนไม่พอใจที่ให้แพทย์เฉพาะทางไปทำงานที่ PCU ด้วยถือว่าบริการที่ให้ไม่จำเป็นต้องใช้ แพทย์เฉพาะทาง เหมือน ‘เอารถเบนส์ไปชนผัก’ มีแพทย์บางคนลาออกจากการไม่พอใจที่ถูกจัดให้ไปอยู่ PCU

- **ความขัดแย้งของเจ้าหน้าที่** การจัดแพทย์และทีมไปช่วยที่ PCU ซึ่งเป็นสถานีนามัยเดิม มีปัญหาในหลายพื้นที่ เนื่องจากไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มีการซ้ำซ้อน เช่น เจ้าหน้าที่ประจำสถานีนามัยรู้สึกไม่พอใจที่ถูกลดบทบาท ประชาชนไปตรวจกับแพทย์หมด จึงพบว่าบางแห่งเมื่อทีมแพทย์มา เจ้าหน้าที่ประจำฯ จะออกจาก PCU ไปทำอย่างอื่น ทีมจากรพ. ต้องรับผิดชอบเองทั้งหมด มีแพทย์บางท่านที่ไม่สบายใจกับปัญหานี้ กล่าวว่า ‘เจ้าหน้าที่เขาอยู่มาก่อน มีความภาคภูมิใจที่เป็นผู้รักษาแต่ปัจจุบันทำหน้าที่ลงประวัติ ด้อนรับ ทำความสะอาดเครื่องมือ สถานที่ไว้รองรับทีมแพทย์ไม่ได้อยู่ในที่ให้การรักษา’

- **หลายแห่งที่แพทย์และเจ้าหน้าที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อกัน** เช่น แพทย์มองว่าเจ้าหน้าที่เหล่านี้ไม่มีความสามารถในการตรวจรักษา คุณภาพการให้บริการไม่ดี มีธุรกิจในการให้บริการโดยเก็บค่ารักษาเป็นของตนเอง เมื่อมีแพทย์เข้ามาจึงไม่พอใจ ส่วนเจ้าหน้าที่บางส่วนคิดว่าแพทย์ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการในชุมชน มากินเฉย ตรวจรักษาเท่านั้น ไม่ได้ช่วยพัฒนา PCU ให้บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ความไม่พร้อมของบุคลากรด้านองค์ความรู้ในการให้บริการทั้งการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว การตรวจรักษาก็เป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขทั้งระยะสั้นและระยะยาว

- **ปัญหาภาระงานการจัดแพทย์ไปช่วยที่PCU** ทำให้มีแพทย์ปฏิบัติงานในรพ.ลดลง ทำให้ Workload ของแพทย์ที่อยู่ รพ. มากขึ้นมีผลให้ผู้ป่วยรอนานขึ้น รวมทั้งแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลต้องเหนื่อยมากขึ้น อาจเกิดความท้อแท้ (Burn out) ได้ รวมทั้งแพทย์ที่ออกไปช่วยงาน PCU ได้ค่าตอบแทนด้วย

- **บุคลากรขาดขวัญกำลังใจ** เกี่ยวกับความอยู่รอดของหน่วยงานจากปัญหางบประมาณแบบใหม่ ความไม่ชัดเจนในความก้าวหน้าในสายงาน (Career patch) ว่าจะมีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด รวมทั้งความมั่นคงในหน้าที่ การงาน การศึกษาต่อ

- **การใช้เงิน (ค่าตอบแทน)** เป็นแรงจูงใจ (Incentive) ทำให้มีปัญหาในการที่ผู้ที่อยู่ประจำ PCU แล้วไม่ได้ค่าตอบแทน แต่ผู้ที่เวียนมาช่วยได้ค่าตอบแทนทำให้ไม่อยากจะอยู่ประจำ นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มต้นทุนบริการอย่างมาก จะมีปัญหาต่อระบบในระยะยาว

- **ปัญหาทางกฎหมาย** การให้พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการตรวจรักษาแต่ตามกฎหมายทำไม่ได้ อาจมีปัญหาทางกฎหมายถ้ามีความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

2. ระบบบริการใน ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)

- **รูปแบบการดำเนินงาน PCU ไม่มีความชัดเจน**ในเรื่องการจัดบริการที่จะตอบสนองต่อหลักการของ PCU ที่เป็นบริการใกล้ตัวใกล้ใจ บริการผสมผสาน และเป็นเชิงรุก แต่ในทางปฏิบัติการดำเนินการขึ้นอยู่กับพื้นที่ ทำให้เกิดความแตกต่างกันอย่างมาก เช่น รพช. ที่ไม่พร้อมก็ไม่ได้ดำเนินการใดๆเลย รพช.บางแห่งก็ได้ดำเนินการไปทั้งที่ไม่พร้อม และเมื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของเงื่อนไขการจัดตั้ง PCU หลายแห่งมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันว่าต้องให้บริการอะไรบ้าง หลายแห่งบอกว่า PCU ให้บริการเหมือน เป็น Extended OPD หรือบางแห่งยังสับสนจึงเพียงตั้งชื่อว่าเป็น PCU แต่ไม่ดำเนินการกิจกรรมอะไร จนกว่าจะมีแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน

- **ไม่มีความพร้อมในการตั้ง PCU** การที่ส่วนกลางและจังหวัดเร่งรัดให้ตั้ง PCU ทำให้บางพื้นที่มีการตั้ง PCU เพื่อไม่ให้มีปัญหากับผู้บังคับบัญชา โดยไม่มี กิจกรรม บางแห่งผู้อำนวยการกล่าวว่า จะ 'ไม่จัดกิจกรรมจนกว่าจะมีความชัดเจนใน Concept และแนวทางการปฏิบัติ'

- **มีความเห็นไม่ตรงกันในความจำเป็นของการตั้ง PCU ใน/ นอก รพ. มีจนท.** บางส่วนที่ไม่เห็นความจำเป็นของการตั้ง PCU ในโรงพยาบาล ในด้านกิจกรรมการให้บริการ และการจัดบุคลากร เห็นว่าซ้ำซ้อน 'ทำไมต้องตรวจหลายห้อง แยกรายงานผู้ป่วย (Files) แยกยาซ้ำซ้อนยุ่งยาก เปลืองคน' รวมทั้งเสี่ยงสะท้อนที่ว่า การตั้ง PCU 'ไม่จำเป็นควรพัฒนาบทบาทของ สอ. และโรงพยาบาลให้ดีขึ้น และดำเนินการได้บรรลุนโยบาย

-ระบบบริการใน PCU ยังเป็นการตั้งรับ เน้นการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ การทำงานเชิงรุกยังมีไม่มากนักทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์และทีมสุขภาพบางส่วนมองว่าไม่เกิดประโยชน์ การตั้ง PCU เป็นการเพิ่มภาระ เป็นงานที่ซ้ำซ้อน มีบุคลากรที่กล่าวว่าการจัดบุคลากรลงไปประจำ PCU ก็ขัดกับนโยบายที่เน้นการป้องกัน และเน้นบริการระดับต้น แต่กลับให้แพทย์ลงไปทำงาน ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการรักษา งานน่าจะให้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลมากกว่า

-การแบ่งเขต ปัจจุบันสสจ.เป็นผู้เลือกสถานบริการให้ประชาชนส่วนใหญ่แบ่งตามเขตการปกครอง ซึ่งประชาชนในเขตต้องไปรับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีประชาชนในรอยต่อของสอง CUP ขึ้นทะเบียนกับ CUP หนึ่งแต่อยู่ใกล้กับอีก CUP หนึ่งมากกว่าแต่ถ้าไปรักษากับ CUP ที่อยู่ใกล้ต้องจ่ายเงินเองแต่ถ้า CUP ที่จดทะเบียนอยู่ช่วยเหลือโดยการส่งต่อ CUP ที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนต้องตามจ่าย ซึ่งเป็นปัญหาในการตัดสินใจเพราะกระทบกับการเงินของสถานบริการของตนเป็นต้น ประชาชนบางส่วนในเขตเมืองที่เคยรับบริการจากรพศ. เมื่อมาอยู่ในโครงการ UC กลับต้องไปอยู่กับโรงพยาบาลอื่นรู้สึกว่าการถูกรีดรอนสิทธิ

- กรณีที่รพ.เอกชนเข้าร่วมโครงการภายหลังจะมีปัญหาพื้นที่ทับซ้อนกับ CUP เดิมของ รพท. ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลเดิม รวมทั้งประชาชนมีความพอใจในรพ.แต่ละแห่งต่างกัน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ใน CUP รพท. ที่อยู่ใกล้ รพศ. มักต้องการมารักษาที่รพศ. เพราะเชื่อถือในคุณภาพแต่ทำไม่ได้จากข้อกำหนดของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- คุณภาพบริการ การมี PCU ในโรงพยาบาล และในภาวะที่มีจำนวนแพทย์จำกัด ดังนั้น PCU หลายแห่งของทุกภาค จะให้พยาบาลเป็นผู้ตรวจ ในขณะที่ห้องตรวจทั่วไปมีแพทย์ให้บริการตรวจรักษา ทำให้มีข้อสงสัยในประเด็นของคุณภาพด้วยความคาดหวังที่แพทย์น่าจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถมากที่สุดในการให้บริการการรักษา แต่สิ่งที่เกิดขึ้นของโครงการหลักประกันฯ แม้แต่ในโรงพยาบาลกลับไม่ได้ตรวจกับแพทย์ หรือมีเสียงสะท้อนว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกให้บริการผู้ป่วยนอกแก่ผู้ที่อยู่นอกเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลโดยตรงกลับต้องไปใช้บริการใน PCU ซึ่งไม่ได้พบแพทย์ เป็นการเหมาะสมหรือไม่ นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการ บางแห่งก็เป็นปัญหาคือมีผู้มารับบริการใน PCU มีจำนวนมากต้องรอตรวจเป็นเวลานาน แต่ในบางแห่งจะมีผู้มาตรวจน้อยและเป็นเหตุผลที่ทางโรงพยาบาลบอกว่าผู้รับบริการพอใจเพราะไม่ต้องรอนานถึงแม้จะตรวจโดยพยาบาล แต่ถ้ามีปัญหา ก็จะส่งต่อให้แพทย์ดูแลต่อไป ทำให้ผู้รับบริการพอใจเพราะสะดวก

- บริการทันตกรรม ประสบปัญหาอย่างมากเนื่องจากในชุดสิทธิประโยชน์ รวมการถอนฟัน อุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การใส่

เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้มีความต้องการใช้บริการด้านทันตกรรม (Demand) มากขึ้นอย่างมาก ในขณะที่บุคลากรด้านนี้มีจำกัด ทำให้บุคลากรที่มีอยู่ต้องทำงานหนักมาก ในบางโรงพยาบาลมีทันตแพทย์ลาออก และผลกระทบต่อผู้รับบริการคือต้องรอรับบริการเป็นเวลานาน

- ปัญหาการต้องให้บริการตามที่ประชาชนต้องการ ถ้าไม่ให้บริการบางอย่างจะมีปัญหาถ้าประชาชนร้องเรียนทำให้ต้องให้บริการที่ไม่จำเป็นเช่นฉีดยาในบางกรณีที่ไม่มีความจำเป็นแต่ประชาชนร้องขอโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องการรักษาชื่อเสียงและภาพลักษณ์ (Image) หรือแม้แต่โรงพยาบาลของรัฐที่กลัวการร้องเรียนจากการที่ทั้งส่วนกลางและบางจังหวัดมีนโยบายไม่ให้มีข้อร้องเรียนให้ละลืมหูล่วงมากที่สุด

- ปัญหาความไม่พร้อมด้านอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ใน PCU ในหลายแห่งถึงแม้จะมีแพทย์ก็ไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม มีแพทย์ในหลายสถานบริการระบุว่าถึงแม้ตรวจผู้ป่วยได้แต่ก็ไม่มียาหรืออุปกรณ์และความพร้อมในการผ่าตัด 'ไปอยู่ก็ทำอะไรไม่ได้มาก ยาก็ไม่มีอุปกรณ์ก็ 'ไม่พร้อม'

- ปัญหาการประสานงาน ระหว่างสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ในการจัดกิจกรรมบางครั้งโรงพยาบาลจัดสรรงบประมาณให้ PCU หรือสถานีนอนมาย แต่ไม่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการจากผู้บังคับบัญชาคือสาธารณสุขอำเภอหรือการที่สาธารณสุขอำเภอไม่ได้มีอำนาจในงบประมาณทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมบางอย่างที่ปฏิบัติต่อเนื่องมาตลอดและมีความเชี่ยวชาญเช่นการส่งเสริมสุขภาพ มีความรู้สึกไม่พอใจของสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ที่ไม่ได้ดูแลงบประมาณ ถ้าความสัมพันธ์ส่วนตัวกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะมีปัญหาในการทำงานใน CUP เจ้าหน้าที่ประจำ PCU และ สถานีนอนมาย (สอ.) บางส่วนรู้สึกว่า 'มีหลายนาย คือ นายเงิน (ผอ.) และ นายคน (สสอ.)' บางแห่งสอ. มีปัญหากับโรงพยาบาลชุมชน (รพช") รพช. ต้องไปเช่าสถานที่อื่นทำ PCU

- ปัญหาการไม่มีส่วนร่วม การเลือกสถานีนอนมายที่จะเป็นที่ตั้งของ PCU ในบางแห่งมีความขัดแย้งของ รพช. สสอ. สอ. เกิดขึ้นเนื่องจากไม่มีการปรึกษาหารือ เป็นการตัดสินใจของรพช. ทำให้สสอ. และสอ. ไม่พอใจ

การพัฒนาบุคลากร

การดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมาก็คือการเตรียมความพร้อมต่อโครงการ UC ซึ่งมีการดำเนินการที่คล้ายคลึงกันโดยมีการ

- ประชุมชี้แจงแนวคิด แนวทางการดำเนินงานโดยจังหวัดให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ
- การอบรมทักษะในการปฏิบัติจัดโดย สสจ, CUP เช่น Family medicine, Primary care การทำ Family folder, การคิด Unit cost, การใช้ Computer software

- การส่งบุคลากรไปอบรมในสถานศึกษาอื่นเกี่ยวกับ UC เช่น Family medicine, Primary care

ปัญหา

- ปัจจุบันจทท. ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติ น่าจะมีการดำเนินการให้จทท. มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาบุคลากร ทำให้บุคลากรมีความไม่มั่นใจว่าจะมีโอกาสลาศึกษาต่อหรือไม่ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

- * กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาแนวทางการให้บริการ (Practice guidelines) ของระดับต่างๆ ให้ ชัดเจน ปฏิบัติได้ถูกต้องตรงกัน เช่นการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว การให้บริการปฐมภูมิว่าต้องเป็นอย่างไร ไม่สับสนกับ Extended OPD
- * ควรมีการ Reallocate บุคลากรอย่างเหมาะสมเช่น การให้พยาบาลเวชปฏิบัติไปอยู่ PCU โดยมีการมอบหมายอย่างเป็นทางการ มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน
- * ควรมีการพัฒนาบุคลากรทั้ง ด้านแนวคิด และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC), Primary care, Family medicine รวมทั้ง Practice guidelines
- * การวางโครงสร้างและแผนการจัดการจัดการบุคลากรที่ชัดเจนทั้งการผลิตบุคลากรที่เหมาะสมเข้าสู่ระบบในระยะยาวเช่นการพัฒนาแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว ตลอดจนการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร์ พยาบาล และสาธารณสุขศาสตร์ ให้สามารถให้บริการแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนให้มีสุขภาพดี นอกจากนี้ทันตแพทย์และทันตภิบาลเป็นบุคลากรที่ต้องจัดให้มีอย่างพอเพียงเพื่อตอบสนองต่อ Demand ที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก รวมทั้งการต้องเร่งหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อลดผู้มีปัญหาในช่องปากที่จำเป็นต้องรับการรักษา
- * ให้ความสำคัญต่อการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ที่มีเจ้าหน้าที่ระดมมุ่งการจัดการที่ผูกติดกับระบบงบประมาณซึ่งเน้นการรักษามากกว่า
- * ติดตามตรวจสอบการให้บริการทางการแพทย์ (Medical Audit) ให้ได้มาตรฐาน
- * การจัดบริการใน PCU และ โรงพยาบาล ต้องมีความแตกต่างตามระดับรพ. เช่น รพท. รพท.และรพศ. และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการตั้งรพท. ในเขตเมือง เพื่อให้บริการปฐมภูมิและทุติยภูมิแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบและได้รับการจัดสรรแบบสถานบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิสำหรับ รพท. รพศ. ให้บริการและจัดสรรงบประมาณแบบรพท.ทุติยภูมิ

* ควรจัดระบบบริการระบบส่งต่อที่เอื้อประโยชน์ต่อคนไข้ไม่ใช่เพื่อผลประโยชน์ของโรงพยาบาล ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยตามปัญหาและความสามารถในการให้บริการ

3. การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

การจัดการบริการสุขภาพในโครงการให้ความสำคัญต่อการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นอย่างมาก เห็นได้จากการจัดงบประมาณ 175 บาทต่อหัวสำหรับงานนี้ สำหรับการดำเนินงานจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด บางจังหวัดมีนโยบายของงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น มีการกำหนดกิจกรรม และตารางการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน มีการจัดทำ Family folder เพื่อการให้บริการครอบครัว (Family medicine) แต่อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา นับได้ว่ายังไม่มีกำหนดรูปแบบที่แน่นอนในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ จังหวัดและ CUP งานสร้างเสริมสุขภาพยังอยู่ในความรับผิดชอบของสถานีนอมาัย บางจังหวัดให้ความเห็นว่า ‘งานส่งเสริมสุขภาพเริ่มตั้งไข่ กำลังอยู่ระหว่างปูพื้นวางระบบงานและระบบการเงิน’ หลายพื้นที่ได้มีการออกเยี่ยมบ้านช่วงป่วยของวันราชการทุกวันแต่บางจังหวัดบอกว่า ความสนใจส่วนใหญ่อยู่ที่การจัดการจัดสรรงบประมาณ และการจัดตั้ง PCU รวมทั้งการ Allocate บุคลากร ‘ถ้ายังไม่เรียบร้อยงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคก็ยังไม่มีการดำเนินการที่จริงจัง’ นอกจากนี้ในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการฯ ได้ให้สิทธิในการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงซึ่งถ้าตรวจเต็มรูปแบบตามที่ปฏิบัติกันในปัจจุบันซึ่งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาก และมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้หลายโรงพยาบาลไม่ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน

ปัญหา

-งานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ยังไม่ได้รับการให้ความสำคัญมากนัก ยังเป็น Priority รองจากงานอื่นเช่นเวลาส่วนใหญ่ใช้ไปกับงานรักษาพยาบาลจะเห็นว่าในช่วงแรกของการดำเนินโครงการเน้นการจัดสรรบุคลากรลงไปให้บริการการรักษาในในศูนย์สุขภาพชุมชน

-การดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ ของPCUยังไม่มีรูปแบบงานที่แน่นอนอยู่ในช่วงปรับตัว งานสร้างเสริมสุขภาพ ยังไม่ค่อยมีการหาแนวทางว่าจะอย่างไรให้ได้ผล ช่วงแรกนี้แต่ละ CUP มุ่งความสนใจในการแบ่ง งบประมาณในจังหวัด และ ใน CUP การตั้ง PCU การจัดทีมไป PCU มากกว่าการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพจะเห็นว่าหลายพื้นที่ยังไม่มีกิจกรรม เยี่ยมบ้าน อาจมีการเริ่มดำเนินการจัดทำ Family folders ยังทำไม่ได้มากนัก รวมทั้งยังไม่มีคู่มือในการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

-ตัวชี้วัดงานบริการส่งเสริมสุขภาพ ยังไม่เป็นเอกภาพ มีความหลากหลาย ไม่เหมือนกันถึงแม้จะมาจากฐานเดียวกัน หรือบางแห่งยังไม่มีตัวชี้วัดงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

4. ระบบส่งต่อ

ในการดำเนินการใน CUP โดยกำหนดให้โรงพยาบาลเป็น Main Contractor รับผิดชอบงานบริการระดับอำเภอ มี PCU และสถานีนามัยเดิม เป็นลูกข่าย ซึ่งจะต้องมีการกระจายคนให้เหมาะสมกับงาน สำหรับระบบการส่งต่อนั้น ก่อนที่จะมีระบบ UC ผู้ป่วยที่จะไปรับบริการในสถานบริการอื่นต้องมาตามระบบการส่งต่อ โดยมีหลักฐานใบส่งตัวเป็นสำคัญ จากสถานีนามัย ไปโรงพยาบาลชุมชน ไปโรงพยาบาลทั่วไป ตามลำดับขั้น แต่ภายหลังจากมีระบบ UC ได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการส่งตัวที่ผู้ป่วยจากสถานีนามัยไม่ต้องผ่านระบบการส่งตัวไปโรงพยาบาลชุมชนภายในอำเภอ (CUP) แต่ต้องผ่านระบบส่งต่อเมื่อจะข้ามไปรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป

แต่อย่างไรก็ตาม การส่งต่อมีความสัมพันธ์ กับระบบการจ่ายเงินใน CUP และในจังหวัด เนื่องจากมีระบบการจ่ายค่าบริการแตกต่างกันไปโดยในบางจังหวัด จะเหมาจ่ายทั้ง ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (Inclusive capitation) ในกรณีนี้ ทางหน่วยบริการคู่สัญญา ต้องตามจ่ายถ้าผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานของตนถูกส่งต่อไปรักษาที่อื่น ในขณะที่บางจังหวัดมีการจัดสรรเงินแบบ Exclusive capitation โดยจัดสรรเงินผู้ป่วยนอกให้ CUP แต่แยกเงินผู้ป่วยในของแต่ละ CUP มารวมเป็นกองกลางและใช้เงินกองกลางนี้จ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในตาม DRGs

5. ระบบการจ่ายเงิน

มีผลต่อการ หวง ไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่อื่น ซึ่งมีความห่วงใยและมีผู้ระบุว่ามีการหวงคนไข้เกิดขึ้นได้มากเมื่อมีการจัดแบบ Inclusive capitation เนื่องจากรพ.คู่สัญญาจะพยายามรักษาผู้ป่วยเองถึงแม้จะมีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อเนื่องจากกลัวต้องไปตามจ่าย มีการผลักผู้ป่วยไม่ยอมรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลหรือ การดึงดูด ผู้รับบริการอันเป็นผลจากกลไกการจ่ายเงิน

มีแนวคิดว่าการเอาเงินไว้ที่กองกลาง (Exclusive capitation) แล้วจ่ายให้สถานบริการตามบริการผู้ป่วยในตามจริงจะเป็นทางออกใน ลดการหวงไข้ แต่ก็มีสถานบริการบางแห่งที่ไม่เห็นด้วยกับการการจ่ายเงินแบบ Exclusive capitation เพราะต้องร่วมจ่ายกับสถานบริการอื่นทั้งที่รพ.ของตนไม่ค่อยได้ส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีความเห็นว่าทำให้โรงพยาบาลเล็กจะไม่พัฒนาศักยภาพในการรักษาเนื่องจากส่งต่อง่ายกว่าและไม่ต้องรับผิดชอบด้วย

นอกจากนี้ปัญหาการทำรายงานเช่น การวินิจฉัยโรคที่หนักกว่าความเป็นจริงเพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณให้ได้รับการจัดสรรเงินมาก

ข้อเสนอแนะ

เพื่อป้องกันและลดปัญหาในการส่งต่อซึ่งเป็นปัญหาทางจริยธรรมด้วย น่าจะมีระบบควบคุม ตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ มีมาตรฐานการให้บริการ รวมทั้งระบบรายงานที่สามารถ

นำมาตรวจสอบความถูกต้องเพื่อจัดสรรเงินตามความเป็นจริง
ประสิทธิภาพของระบบไม่มีการจ่ายเงินตามความเป็นจริง

มีความเป็นธรรมและเกิด

4. การจัดการจัดงบประมาณ

การดำเนินงาน

ระดับจังหวัด

แต่ละจังหวัดได้งบประมาณต่อหัวประชากรที่ได้รับบัตรทอง 1,052 บาทหลังจากหัก 150.40 บาทจากงบทั้งหมด 1202.40 บาทเป็นงบลงทุน ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมาดำเนินการ จัดสรรให้เครือข่ายต่างๆ (CUP) ที่มีอยู่ในจังหวัด ซึ่งในแต่ละจังหวัดแต่ละภาค มีการดำเนินการเหมือนและแตกต่างกันไปเนื่องจากไม่มีระเบียบปฏิบัติที่แน่นอนจนสรุปได้ดังนี้

การตัดเงินเดือน: มีการดำเนินการต่างกันอย่างออกไปบางจังหวัดมีการตัดเงินเดือนไว้ก่อนที่จะจัดสรรงบประมาณที่เหลือให้แต่ละ CUP เงินเดือนถูกตัดออกไป 40 – 60 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งในกรณีนี้บุคลากรจะมีความมั่นใจว่าจะไม่มีผลกระทบต่องบเงินเดือนของตนแม้จะเป็น CUP ที่มี Catchment area เล็กซึ่งจะได้รับส่วนแบ่งงบประมาณน้อยก็จะมีผลกระทบความเสี่ยงในระดับจังหวัดก่อน แต่หลายจังหวัดได้จัดสรรงบประมาณให้ CUP ไปจัดสรรให้บุคลากรของตนกรณีนี้อาจดีในแง่อิสระในการจัดการ แต่อาจมีผลกระทบต่อ CUP ที่มี Catchment area เล็ก แต่มีโรงพยาบาลใหญ่มีบุคลากรมากอาจมีงบประมาณไม่เพียงพอ CUP ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีประชาชนลงทะเบียนมากจะพอใจกับการจัดสรรเงินให้ CUP โดยตรงเพราะไม่ต้องแบ่งเงินให้ CUP ของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขนาดใหญ่มีบุคลากรมากมีค่าใช้จ่ายสูงแต่มีประชากรลงทะเบียนเท่ากับหรือน้อยกว่า CUP โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีหลาย CUP ในเขตเมือง แต่การดำเนินการเงินจะตกอยู่ที่โรงพยาบาลใหญ่

การหักเงิน: นอกจากนี้บางจังหวัดได้หักเงิน 5-20 เปอร์เซ็นต์ไว้ที่ระดับจังหวัดในรูปของกองทุน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วย CUP ที่อาจมีปัญหาด้านงบประมาณ หรือเพื่อทำกิจกรรมที่ไม่ครอบคลุมด้วยงบประมาณ UC การหักเงินในรูปแบบนี้บางแห่งเกิดปัญหาความขัดแย้งบางแห่งมีปฏิกิริยาที่รุนแรงเนื่องจาก CUP เห็นว่าเป็นเงินของตน CUP น่าจะมีสิทธิในการนำไปบริหารจัดการทั้งหมดและไม่เชื่อมั่นว่าเงินที่ถูกหักไว้จะถูกนำไปใช้ประโยชน์ในระบบบริการแต่อาจจะถูกใช้เพื่อประโยชน์ของสำนักงานสาธารณสุขมากกว่า โดยคิดว่าสสจ. ยังอยากคุมเงินอยู่เหมือนก่อนมีโครงการสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดสรรงบประมาณ: เป็นการจัดสรรตามกิจกรรมเป็น 2 แบบใหญ่ๆคือ

- **Inclusive capitation** เป็นการจ่ายเงินรายหัวรวมทั้งค่าบริการผู้ป่วยนอก (574 บาท) และผู้ป่วยใน (303 บาท) ไปที่ CUP ให้ดำเนินการเอง ถ้ามีการส่งต่อ (Refer) CUP ต้องตามจ่ายเองทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แยกเพียง เงินส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (175 บาท)

- **Exclusive capitation** เป็นการแยกจ่ายเงินโดยให้เป็นรายหัวแก่ CUP เฉพาะส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและผู้ป่วยนอกเท่านั้น ส่วนงบประมาณสำหรับผู้ป่วยในจะรวมไว้เป็นกองทุนที่ระดับจังหวัด และนำไปจ่ายให้โรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในตาม DRG (Diagnosis related group) เพื่อป้องกันการหวงไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ

ระดับCUP การจัดสรรอยู่ในความดูแลของคณะกรรมการUC ระดับอำเภอซึ่งต้องคำนวนมากับผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่บางแห่งผู้อำนวยการก็สามารถกำหนดแนวทางได้มาก ทั้งนี้ขึ้นกับความเข้มแข็งของกรรมการ การจัดสรรเงินบาง CUP มีการหักเงินเป็นกองทุนเป็นงบกลางภายใน CUP ก็มีปัญหาในการแบ่งงบประมาณของ รพ. สอ. การใช้งบกลางของCUP ซึ่งบางแห่งมีไว้เพื่อพัฒนา CUP ก็มีปัญหาในการตกลงแบ่งกันบางจังหวัดต้องตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อหาข้อตกลงในการจัดสรรงบประมาณซึ่งต้องใช้เวลามาก และมีปัญหาระหว่างหน่วยงานมาก

สำหรับPCU และสถานีนอมาัย การจัดสรรงบประมาณมีความแตกต่างกันไป บางจังหวัดที่ CUP ที่อำนาจจัดสรรการเงินใน CUP ทั้งหมดอยู่ที่ผอ. หรือ CEO ของ CUP แต่มีบางจังหวัดที่ สสจ. เป็นผู้กำหนดนโยบายการจัดสรรงบประมาณแก่ PCU และสถานีนอมาัย บางจังหวัดหรือ CUP จะได้รับเงินตามข้อตกลงตามจำนวนบัตรทองและเพิ่มตามปริมาณงาน ซึ่งน่าจะเป็นตามวัตถุประสงค์ของการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือบางแห่งได้เท่าปีที่ผ่านมา PCU หรือสถานีนอมาัยอาจได้รับเงิน หรือเวชภัณฑ์ ที่คิดมูลค่าเงินเพื่อหักลบกับงบประมาณที่ได้รับ

นอกจากนี้ระบบการจ่ายเงินยังมีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวแล้วเช่นการต้องตามจ่ายในระบบ Inclusive ทำให้มีการหวงไข้ ไม่ส่งต่อ หรือระบบ Exclusive อาจมีการพลักคนไข้หนักที่ไม่คุ้มต่อค่าใช้จ่าย ไปที่อื่นเนื่องจากใช้เงินกองกลางจ่าย

การจัดสรรเงินยังมีข้อตกลงเกี่ยวกับการประเมินผลงานถ้าไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในบางแห่งจะมีการไม่จัดสรรเงินให้เต็มตามรายหัวต้องดูผลงานก่อนบางจังหวัดจะไม่จัดสรรงบประมาณเดือนต่อไปให้ถ้าไม่ส่งรายงานของนี้ นอกจากนี้บางจังหวัดมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานเพื่อจัดสรรงบประมาณตามผลการปฏิบัติงาน

ตารางแสดงการตัดเงินเดือนการจ่ายเงินต่าง ๆ ในแต่ละจังหวัด

ภาค/ จังหวัด	การตัดเงินเดือน	Flexible fund ที่ สสจ	ระบบการจ่ายเงิน	กองทุนพัฒนา ระดับ CUP
ภาคเหนือ				

เชียงใหม่	ที่ สสจ.	มี(กองทุนฉุกเฉิน บัตรละ 2 บาท)	Inclusive capitation	ไม่มี
แพร่	ที่CUP	ไม่มี	Inclusive capitation	ไม่มี
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ				
นครราชสีมา	ที่ สสจ	มี (หัก 10-25 %adjusted rate)	Exclusive capitation	มี
หนองบัวลำภู	ที่ สสจ	ไม่มี	Exclusive capitation	มี
ภาคกลาง				
ปทุมธานี	ที่ สสจ	มี	Inclusive capitation	มี
สระบุรี	ที่CUP	มี	Inclusive capitation	ไม่มี
ภาคใต้				
ยะลา	ที่ CUP	มี	Inclusive capitation	ไม่มี
นราธิวาส	ที่ สสจ	มี	Exclusive capitation	ไม่มี

ปัญหา

- การจัดสรรงบประมาณรายหัวทำให้ CUPที่มีประชาชนที่ลงทะเบียนน้อยมีปัญหาด้านการเงินการคลัง เช่นหลายโรงพยาบาลในจังหวัดแพร่มีปัญหาต้องขอการสนับสนุนจาก Contingency fund แม้แต่โรงพยาบาลในภาคอีสานที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในเขตเมืองมีค่าใช้จ่ายสูงจากการมีบุคลากรมาก แต่มีประชาชนในความรับผิดชอบน้อยจึงได้งบประมาณน้อยประสบกับปัญหาในการเงินต้องขอความช่วยเหลือจากจังหวัดให้พิจารณาการจัดสรรเงิน และมีปัญหาในเรื่องของศักดิ์ศรีที่เคยเป็นโรงพยาบาลใหญ่แต่ต้องไปร้องขอความช่วยเหลือเป็นโรงพยาบาลเล็ก ความอึดอัดทำให้ทุกคนเห็นแก่ตัว ‘ความเอื้ออาทรหายไป’
- ในบางพื้นที่การได้รับงบประมาณรายหัวประชากรที่มีสิทธิ์ตามโครงการ UC เท่านั้นแต่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบต่อประชากรที่ไม่มีสิทธิ์ในการรักษาแต่โรงพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการให้บริการได้จึงต้องให้บริการแต่ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้ ทำให้มีปัญหาการเงินอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางอำเภอในภาคเหนือที่มีผู้รับบริการ 60-70 เปอร์เซ็นต์เป็นชาวเขา
- ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติแต่ละต้องพื้นที่กำหนดเอง ต่างต้องการงบประมาณมากเพื่อความอยู่รอดทำให้ เกิดความขัดแย้ง แตกความสามัคคี มีการรายงานผู้ป่วยไม่ตรงกับความเป็นจริง
- การจัดงบประมาณที่มีการรวมเงินเดือน(ตัดเงินเดือนที่CUP) ด้วยวัตถุประสงค์ให้มีการกระจายอำนาจการบริหารมีอิสระในการใช้จ่ายและน่าจะทำให้ มีประสิทธิภาพ

(Efficiency) ในการทำงานมากขึ้นแต่ก็ทำให้มีความรู้สึกไม่มีความมั่นคง (Insecure) มีการยัดเงินเป็นหลักมากกว่าบริการแก่ประชาชนและมีผลต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่จะลดค่าใช้จ่ายซึ่ง ถ้าไม่มีมาตรฐานหรือ การควบคุมคุณภาพจะมีปัญหาบริการที่ไม่มีคุณภาพตามมา บางแห่งมีการตั้งยานอภินิหารหลัก ออกไม่จ่ายให้ผู้ป่วยเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ก็จะมีผลเสียในบางโรงพยาบาลจะมีนโยบายให้แพทย์ ‘จ่ายยาด้วยความระมัดระวัง’ ด้วยเหตุผลด้านสถานะการเงิน

- งบประมาณส่วนใหญ่เป็นงบ UC อาจทำให้งาน Non UC ถูกละเลยเช่นงานด้านการรณรงค์ป้องกันลดอุบัติเหตุ การควบคุมวัณโรค นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่องาน Non UC คือมีการจัดบุคลากรที่เคยทำงาน Non UC ไปรับผิดชอบงาน UC ทำให้งาน Non UC ไม่มีผู้รับผิดชอบที่จะมีผลเสียในการควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว
- มีปัญหาความอยู่รอดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มี Catchment area เล็ก (ประชาชนที่มีบัตรทองน้อย) เนื่องจากจะได้รับงบประมาณน้อยและเป็นปัญหาหนักมากถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีบุคลากรมาก บางจังหวัดงบประมาณถูกหักเป็นเงินเดือนถึง 60 เปอร์เซ็นต์
- ดูเหมือนงบประมาณเป็นตัวกำหนดกิจกรรมบริการต่างๆ จะเห็นได้จากการจัดบุคลากร เช่นแพทย์ พยาบาลไปช่วยตรวจรักษาในอยู่ PCU
- ระบบการจ่ายเงินมีผลต่อการ Refer เช่นการให้ CUP ตามจ่ายเงิน ทำให้ CUP พยายามที่จะรักษาเองไม่ค่อยส่งต่อคนไข้ ถ้ามองในแง่ดีคือมีการพัฒนาแต่อาจมีผลเสียถ้าศักยภาพไม่ถึงแต่ Hold คนไข้ไว้ มี under refer
- การจ่ายแบบ Exclusive โดยการตัดงบ IPD 303 บาทไว้เป็นกองทุนที่จังหวัดช่วยลดปัญหาการ Under refer ที่เรียกว่าหวงไข้ได้แต่ก็อาจมีการ Admit ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นหรือการผลักคนไข้โดยไม่พยายามรักษาโดยเฉพาะเมื่อคิดว่าจะมีค่าใช้จ่ายสูงและไม่คุ้มทุน
- ความไม่ชัดเจน เปลี่ยนแปลงบ่อยรวมทั้งการดำเนินงานบนพื้นฐานของการ ‘ต้องไม่มีเรื่องร้องเรียน’ ทำให้ต้องมี การอะลุ่มอล่วยเกี่ยวกับการใช้บริการข้าม CUP และการใช้บริการเกินสิทธิที่กำหนดไว้ ฉะนั้นภาคการเมืองน่าจะปรับตัวยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นจากดำเนินการได้บ้าง จะช่วยให้ระบบมั่นคงเข้าที่ไม่สับสน

- การจัดสรรงบประมาณโดยที่ระบบข้อมูลยังเชื่อถือไม่ได้ อาจก่อให้เกิดการ Abuse ข้อมูลเพื่อประโยชน์ของหน่วยงานตน ทั้งการออกบัตร การส่งต่อผู้ป่วยและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย อันจะเป็นตัวทำลายความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร
- ปัญหาการให้ Incentive แก่บุคลากรที่ไปทำงานนอกเวลา (past time) ใน PCU แต่ผู้ทำงาน เต็มเวลา (Fulltime) ไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือ ผู้ที่รับภาระ (load) งานในรพ. แทนผู้ที่ออกไปปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลไม่ได้ค่าตอบแทน อาจทำให้เกิดภาระ (Burden) ด้านงบประมาณที่มีจำกัดอยู่แล้วรวมทั้งความขัดแย้งและขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน
- การที่รพช. พึ่งงบประมาณใกล้เคียงกับรพท. เนื่องจากมีประชาชนในความดูแลขนาดใกล้เคียงกันทำให้อาจมีผลกำไร สามารถที่จะจัดหาอุปกรณ์และบุคลากรเพิ่ม เพิ่มศักยภาพให้เท่าหรือใกล้เคียงกับโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่รพท. บางแห่งต้องปิดให้บริการบางเตียง งบประมาณจำกัด มีแพทย์โรงพยาบาลทั่วไปกล่าวว่า ‘เป็นการทำให้รพท. เป็นรพช. และรพท. ให้เป็นรพช.’ ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนบางคนให้ความเห็นว่าเป็นการดีที่รพช. ได้มีโอกาสพัฒนาให้มีบริการที่จำเป็นบางอย่างเช่น คลินิกกรรม สูติกรรม แก่ผู้รับบริการได้มีโอกาสใช้บริการใกล้บ้านไม่ต้อง Refer ไปไกล แต่ไม่คุ้นเคยกับบริการที่มากเกินไปจนความจำเป็น และโรงพยาบาลทั่วไปก็ควรพิจารณาถึงบริการที่พึงมีไม่ใช่มีทุกอย่างแต่ไม่ต่อใช้ได้และไม่คุ้มทุน
- ในบางจังหวัดมีการจ่ายเงินล่าช้า บางจังหวัดต้องรอถึงสามทำให้มีปัญหาสภาพคล่องขาดความมั่นใจ ไม่กล้าทำกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

- ควรปรับการจัดสรรงบประมาณรายหัว (Capitation) ใหม่ไม่ควรจัดสรรให้เท่ากันทุกคนแต่ควรเป็นการจัดแบบ Adjusted capitation เช่น แตกต่างตามกลุ่มอายุของประชากร โดยพื้นที่ที่มีเด็กกับสูงอายุมากจะได้งบประมาณมากกว่าเพราะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าหรือต้องใช้บริการกว่าวัยทำงาน
- ควรแยกฐานการจัดสรรงบประมาณของ รพท รพศ รพม แยกจากจาก รพช. เนื่องจากมีลักษณะการให้บริการที่ต่างกัน มีต้นทุนที่ต่างกัน การการจัดสรรงบประมาณโดยใช้ฐานการบริการ ปฐมภูมิทำให้โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีปัญหาด้านการเงิน
- ส่วนกลางควรกำหนดวิธีการจัดสรรงบประมาณในจังหวัด ให้ชัดเจนเหมาะสม อาจรวมทั้งเครือข่ายด้วยว่าจะตัดเงินที่จังหวัด หรือที่เครือข่าย หรือจะจัดแบบ Exclusive capitation หรือ Inclusive capitation สำหรับแนวทางที่น่าจะเป็นควรมีการตัดเงินเดือนที่จังหวัดเพื่อกระจายความเสี่ยงในจังหวัดก่อน และมีการจ่ายเงินแบบ Exclusive capitation แต่

ต้องการควบคุมคุณภาพจากระบบข้อมูลที่ดีตรวจสอบได้และมี Medical Audit หรือการควบคุมคุณภาพที่ดีเพื่อป้องกันการAdmit โดยไม่จำเป็น การหวงหรือคนไข้จาก Inclusive capitation น่าจะมีผลเสียมากกว่าและการรวมเงินผู้ป่วยในเป็นกองทุนจะดีในแง่ของการทำงานเป็นเครือข่ายและถ้าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (Stake holders) ร่วมกันหาแนวทางบริหารให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและเป็นธรรมน่าจะเป็นผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายรวมทั้งผู้ให้บริการ

- ควรปรับปรุงระบบข้อมูลอย่างเร่งด่วนให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง สะท้อนผลการปฏิบัติงานและต้นทุนเพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นไปอย่างเหมาะสมการติดตามตรวจสอบได้ทำให้สถานบริการได้รับความยุติธรรมและมีขวัญกำลังใจในการทำงาน รวมทั้งมีกำลังใจที่จะรายงานอย่างตรงไปตรงมา เนื่องจากไม่มีตัวอย่างของผู้ที่ตกแต่งรายงานแล้วได้รับประโยชน์
- ควรพัฒนาระบบให้สามารถจัดสรรเงินภายในจังหวัดได้อย่างรวดเร็ว

การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีระดับที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัดในจังหวัดที่อยู่ในโครงการกระจายอำนาจหรือเห็นความสำคัญของการกระจายอำนาจจะให้ กสพ. เป็นกรรมการโครงการ UC ซึ่งจะมีตัวแทนภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมชัดเจนในการกำหนดนโยบาย และร่วมตัดสินใจแต่ส่วนใหญ่ จังหวัดมีกรรมการคือ ปสน. เป็นผู้ดูแล เรื่องการสร้างสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งอาจมีตัวแทนภาคประชาชนหรือไม่มีตามที่สสจ.จะเห็นสมควร และบทบาทของตัวแทนประชาชนจะเป็นในรูปของการสะท้อนปัญหาของประชาชนในการรับบริการสุขภาพในพื้นที่ นับว่ายังมีบทบาทไม่เด่นชัดนัก

การมีส่วนร่วมอื่นของประชาชนคือการช่วยในการสำรวจผู้ที่มีสิทธิ การแจกบัตรในชุมชน รวมทั้งการประชาสัมพันธ์

5. คุณภาพ/ความเป็นธรรมของระบบบริการ

กลวิธีการดำเนินงานด้านคุณภาพ

-เงื่อนไขประการหนึ่งที่โรงพยาบาลจะต้องคำนึงเป็นสำคัญเมื่อเข้าสู่ระบบ UC คือการปรับปรุงคุณภาพบริการ แต่กลับพบว่า ปัจจุบันคุณภาพบริการของโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากเดิม ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงการพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องผ่านการประเมินเข้าสู่โรงพยาบาลรับรองคุณภาพ HA ขั้นที่ 1 ได้มีการอบรม เตรียมการ

เพื่อประกันว่าโรคเดียวกันจะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการขั้นตอนเดียวกันทุกสถานบริการ แต่ HA ก็มีข้อจำกัดถึงแม้ในปัจจุบันจะมีโรงพยาบาลจำนวนมากเข้าร่วมโครงการ HA แต่มีโรงพยาบาลเพียง 20 กว่าแห่งทั่วประเทศที่ได้รับการรับรอง

ในทุกจังหวัดที่ทำการศึกษาวางผัง HA ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพและบางแห่งเริ่มดำเนินการแล้วแต่เป็นที่ทราบความสำเร็จของ HA ส่วนมากมาจากภาวะผู้นำ (Leadership) ของผู้บริหาร รวมทั้งความร่วมมือแรงร่วมใจของทีมบุคลากรดั่งนั้น การได้รับการรับรอง HA เป็นเรื่องยาก ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมากซึ่งยากจะครอบคลุมโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้ในเวลาอันสั้น

นอกจากนี้ยังมี PCU และสถานีนอนาเมย์ที่ต้องได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพแต่ HA ยังไม่เหมาะกับการใช้กับ PCU และสถานีนอนาเมย์ยังต้องมีการปรับให้เหมาะสมในการนำมาใช้กับสถานบริการระดับนี้

เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีนโยบายในการพัฒนาการบริการระดับปฐมภูมิ เน้นการบริการ ‘ใกล้ตัวใกล้ใจ’ โดยมีการเพิ่มศักยภาพของ PCU ทั้งการเพิ่มบุคลากรงบประมาณมีคุณภาพดีขึ้น จากการที่มีบุคลากรที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งงบประมาณ

ในด้านความเป็นธรรมโครงการนี้มีระบบรับข้อร้องเรียน มีการรับเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วย และมีการดำเนินการแก้ไขให้แก่ผู้ป่วย ทั้งผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียนระดับ CUP จังหวัด และ มีการดำเนินการแก้ไขช่วยในการควบคุมคุณภาพและความเป็นธรรม รวมทั้งการร้องเรียนผ่านนักการเมืองไปยังจังหวัดและส่วนกลาง

ปัญหา:

- อาจมีปัญหาคุณภาพบริการที่รพ. เพราะมีแพทย์ทำงานลดลงจากการไปช่วย PCU ในขณะที่ คนไข้ในรพ. ยังไม่ลดลง

- ในภาวะที่มีงบประมาณจำกัดทำให้บางสถานบริการต้องใช้ยาในบัญชียาหลักเท่านั้น ในขณะที่บางครั้งคนไข้ อาจจำเป็นต้องได้รับยานอกบัญชียา อาจไม่ได้รับยา หรือต้องจ่ายเงินเอง

- การดำเนินการกรณีร้องเรียนการใช้เกินสิทธิแล้วรพ. ไม่ยอมโดยที่จังหวัดหรือส่วนกลาง อะลุ่มอล่วยและไม่เปิดโอกาสให้รพ. ชี้แจงเป็นปัญหาต่อแนวทางการดำเนินการรวมทั้งขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติ

- อาจมีการ abuse โครงการหลักประกันสุขภาพ โดยถือเป็นผลงานของ นักการเมืองซึ่งจะมีผลในระยะยาว น่าจะมีผู้คุ้มครองสิทธิของประชาชน เพราะถ้าสถานบริการมาเป็นผู้คุ้มครองสิทธิเอง ในขณะเดียวกันเป็นผู้ให้บริการไปด้วยจะมีผลว่า เป็นลักษณะ Conflict of Interest

ข้อเสนอแนะ

- นโยบายเรื่องมาตรฐานสถานพยาบาลต้องมีความชัดเจน และส่วนกลางต้องทำความเข้าใจกับพื้นที่ให้ชัดเจน และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ ทุกระดับและทั่วถึง
- ระบบร้องเรียน ต้องสะท้อนอะไรบางอย่าง ที่ต้องมีวิธีการจัดการ และมีกลไกที่เหมาะสม และต้องสร้างระบบให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบสิทธิ และประโยชน์ของตนเอง

6. การจัดการเรื่องร้องเรียนของประชาชนต่อโครงการ UC

การจัดให้มีระบบรับข้อร้องเรียนในโครงการ UC เป็นสิ่งที่ดี เพราะไม่เคยมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมาก่อน แต่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการระดับประเทศ ได้รับความสนใจอย่างมากในการดำเนินการจากประชาชน นักวิชาการ นักการเมืองว่าจะสามารถดำเนินการได้หรือไม่ หรือประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญต่อการร้องเรียน และมีผู้ร้องเรียนเข้ามาค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับสปร.อาจเป็นเพราะสปร.เป็นบริการฟรีสำหรับผู้ที่มีรัฐต้องเกื้อกูล จะพอใจหรือไม่พอใจในบริการก็มักจะมาร้องเรียน แต่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการประชาสัมพันธ์มาก ประชาชนทราบว่าเป็นสิทธิที่ต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความคาดหวังต่อบริการสูง เพราะได้มีสิทธิร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบริการ 30 บาทด้วย

ระบบการร้องเรียนได้กำหนดแนวทางปฏิบัติว่า ผู้ร้องเรียนสามารถร้องเรียนผ่านสถานบริการ สสจ. หรือกระทรวง ทั้งทางกล่องรับข้อร้องเรียน จดหมาย รายการวิทยุ Web site ซึ่งจะมีการดำเนินการพิจารณาข้อเท็จจริงและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขปัญหาตามที่ได้รับขบวนการวินิจฉัย ในช่วงแรกของการดำเนินการมีข้อร้องเรียนค่อนข้างมาก ต่อมาข้อร้องเรียนได้ลดลง

ตัวอย่างเรื่องร้องเรียน เรื่องร้องเรียนส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับประเด็นต่างๆดังนี้

- ส่วนมากมักเกี่ยวกับกรณีเกิดอุบัติเหตุ หรือป่วยฉุกเฉิน ต้องไปรักษาข้ามเขตแล้วถูกเรียกเก็บค่ารักษาซึ่งส่วนใหญ่หลังพิจารณาข้อเท็จจริงแล้วโรงพยาบาลต้องคืนเงินให้ผู้ป่วยและดำเนินการเบิกจากส่วนกลาง
- ผู้ป่วยเคยได้รับยาชนิดหนึ่งมาตลอดเมื่อเข้าโครงการบัตรทองแล้วโรงพยาบาลว่าไม่สามารถจ่ายให้ได้ถ้าต้องการต้องจากเงินเองเพราะอยู่นอกบัญชียาหลัก
- ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนโรงพยาบาลเนื่องจากไม่ประทับใจในบริการซึ่งการแก้ไขที่ทำได้คืออธิบายหลักเกณฑ์ว่ายังทำไม่ได้ในปัจจุบัน
- โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินทุกครั้งที่มาทำแผล

- มีบัตรทองอสม.ไปรับบริการถูกเรียกเก็บ 30 บาท
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาจากสถานีนีออนามัยเนื่องจากยาหมด
- ขึ้นทะเบียนแล้วยังไม่ได้บัตรไปรักษาแล้วต้องจ่ายเงิน
- การร้องเรียนว่าบางโรงพยาบาลรักษาไม่ดีทำให้ญาติเสียชีวิต
- แพทย์ดูแลใช้บัตรทอง ไม่สนใจ ให้ยารับประทานแล้วไม่ดีขึ้นและอ้างว่าเป็นเพราะเครื่องมือไม่พร้อม
- โรงพยาบาลเรียกเงินในการรักษาไตวาย (ไม่ได้ทำ Hemodialysis) โดยโรงพยาบาลให้เหตุผลว่าไตวายไม่รวมอยู่ในสิทธิซึ่งแสดงถึงโรงพยาบาลไม่เข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ดีพอ
- ผู้รับบริการต้องการบริการที่เกินสิทธิเช่นห้องพิเศษ
- โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยซึ่งถือบัตรทองเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเกินกว่าที่จะเบิกได้จากส่วนกลาง ซึ่งความเป็นจริงต้องเรียกเก็บที่สำนักงานประกัน
- ประชาชนมีสิทธิในบัตรสุขภาพแต่ต้องการได้บัตรทอง

ตัวอย่างเหล่านี้แสดงถึงปัญหาใหญ่ของโครงการใน 2 ส่วนคือ

1. ความเข้าใจของสถานบริการและเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโครงการและสิทธิประโยชน์ยังคงคลาดเคลื่อน
2. ประชาชนยังไม่เข้าใจในสิทธิต่างๆดีพอและมีความคาดหวังต่อโครงการสูง

โดยสรุประบบการร้องเรียนนับว่ามีประโยชน์ในการสะท้อนปัญหา และเมื่อมีการดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจังทำให้ การดำเนินการถูกต้องและเป็นธรรมมากขึ้น จะเห็นได้จากข้อร้องเรียนที่ลดลงในช่วงหลัง แต่สิ่งที่พึงระวังคือ ต้องพิจารณาด้วยหลักเกณฑ์ ไม่ใช่แก้ไขเฉพาะหน้า อลุ่ม อล่วยเพื่อให้ไม่มีข้อร้องเรียนเพราะไม่ใช่ทางแก้ปัญหาที่ทำให้มีความยั่งยืนของระบบและยังมิผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติด้วย

7 ความคิดเห็นต่อโครงการ

7.1 ความคิดเห็นของประชาชน

ตัวแทนประชาชนในทุกภาคมีความพอใจที่ได้รับสิทธิบัตรทองช่วยให้ประชาชนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลทั่วถึงจากที่เดิมไม่เคยได้รับและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นภาระถือว่าเป็นสิทธิที่ประชาชนได้รับอย่างเท่าเทียม ประชาชนมีสิทธิเท่ากันไม่เลือกชั้นวรรณะไม่เป็นการสงเคราะห์ทำให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณเองมีสิทธิ และศักดิ์ศรีที่ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นไม่ได้เป็นการเกื้อกูลที่ทำให้รู้สึกว่าด้อยโอกาสได้มีโอกาสได้รับการตรวจ รักษาจากแพทย์มากขึ้นจากการที่ไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ไม่ต้องรอนานจากการจัดบริการใน PCU ที่มีคนมารับบริการน้อยกว่าในโรงพยาบาล การได้รับความสะดวกจากการรับบริการใน PCU ที่อยู่ใกล้บ้านไม่เสียค่าเดินทาง นอกจากนี้ยังมีผู้ที่บอกความรู้สึก ภูมิใจที่ได้ร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล

แต่มีบางส่วนที่ห่วงใยในค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องรับภาระ ก็กลัวจะไม่มีงบประมาณพอที่จะดำเนินการต่อ แต่ก็มีบางส่วนที่บอกว่า บัตรสุขภาพ 500 ดีกว่าเพราะประหยัดครอบคลุมหลายคน และไม่ต้องจ่ายเงินเมื่อรับบริการ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้ประชาชนยังต้องการเลือกสถานบริการเอง เนื่องจากรู้สึกว่าคุณเสียโอกาสที่ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลเล็ก ประชาชนบางส่วนเชื่อว่าโรงพยาบาลมีมาตรฐานไม่เท่ากัน ต้องการเลือกโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ แต่ประชาชนบางส่วนพอใจในบริการที่ใกล้บ้านรู้สึกคุ้นเคย แพทย์ให้บริการดีเปิดโอกาสให้ซักถามมากขึ้น

ปัญหา

สรุปประเด็นที่ประชาชนเห็นว่าเป็นปัญหาและปัญหาที่ประชาชนประสบได้แก่

- การที่ต้องจ่าย 30 บาททุกครั้งที่ไปรับการรักษา ทำให้สิ้นเปลืองโดยเฉพาะกรณีมีผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว และต้องไปพบแพทย์บ่อยๆหรือมีผู้ป่วยหลายคนในครอบครัวทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า การซื้อบัตรสุขภาพที่จ่ายเพียง 500 บาทแต่ครอบคลุม 5 คนในครอบครัวและไม่ต้องจ่ายอีก
- สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมทุกโรค เช่น โรค เอชส์ ไตวายเรื้อรัง ประชาชนต้องการให้ครอบคลุมด้วยเพราะเป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่อง
- ผู้ที่ไปทำงานที่อื่นไม่ได้ใช้สิทธิโดยเฉพาะประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อพยพไปทำงานที่อื่นแต่ไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้านทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิ และต้องการที่จะมีสิทธิในการรับบริการ แต่ต่อมาได้รับการช่วยเหลือให้มีแนวทางให้ได้รับหลักประกันแล้ว
- การที่ประชาชนไม่สามารถเลือกสถานพยาบาลเองเป็นสิ่งที่ประชาชนรู้สึกว่าเป็นปัญหา เนื่องจากเชื่อว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีคุณภาพไม่เท่ากันทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน คิดว่าประชาชนน่าจะมีสิทธิเลือกสถานบริการเอง
- การไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากจากโรงพยาบาลเกรงว่าต้องตามจ่าย
- ประชาชนว่าโครงการมีค่าใช้จ่ายสูงแต่เก็บเงินได้น้อยเกรงว่าจะไม่คุ้มทุน ไปไม่รอด และจะทำให้ประชาชนไม่ได้รับสิทธิในการรักษาในอนาคต
- ไปรับบริการแล้วต้องจ่ายเงินเช่นกรณีเกิดอุบัติเหตุและโรงพยาบาลเรียกเก็บเงิน

ข้อเสนอแนะ

- น่าจะพิจารณาความครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ว่าควรครอบคลุมเพียงพอที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับประชาชนและไม่ทำลายความมั่นคงของระบบจากปัญหางบประมาณ
- การให้สิทธิประชาชนเลือกสถานบริการเองเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องมีการจัดการเรื่องระบบการดูแลการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทั้งการบริการเชิงรุก (Active) ที่สถานบริการมาให้บริการ และบริการที่ผู้รับบริการไปรับที่สถานบริการ โดยสะดวกไม่ใช่เลือกสถานบริการที่อยู่ไกลเกินไป
- ควรมีการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพสถานบริการเพื่อให้สถานบริการมีคุณภาพและมาตรฐานที่ใกล้เคียงกันเพื่อประโยชน์ของประชาชนและลดปัญหาไม่ถูกเลือกใช้บริการ

7.2 ความคิดเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้เชี่ยวชาญเวชกรรมสังคม/ผู้เชี่ยวชาญส่งเสริมสุขภาพ

เห็นด้วยกับการช่วยให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ แต่แนวทางการดำเนินการไม่ชัดเจนมีความยากลำบากในการบริหาร ส่วนกลางนำหลายเรื่องมาปนกันทั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระจายอำนาจและปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้มีผลกระทบมาก บุคลากรขวัญเสีย รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจนสิ่งที่ไม่ควรกำหนดเช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ใน PCU ส่วนกลางกำหนดแต่สิ่งที่จะก่อให้เกิดปัญหา และยากในการปฏิบัติเช่น การจัดสรรเงิน ส่วนกลางกลับไม่กำหนดทำให้เกิดปัญหา ขณะนี้ก็ต้องแก้ไขกันอยู่ โครงการเร่งด่วนมากทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาระบบข้อมูลที่ไม่ตรง ทำให้มีสิทธิซ้ำซ้อนสูญเสียงบประมาณที่ควรได้รับและออกบัตรไปแล้วเป็นหน่วยงาน Non UC เนื่องจากขาดงบประมาณ และมีความยากลำบากในการดำเนินงานเนื่องจากไม่มีงบประมาณมาใช้ในการทำกิจกรรมส่วนรวมเช่นการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ การบริการเมื่อจังหวัดมีปัญหาอุบัติเหตุ การบริหารจัดการในโครงการหลักประกันฯจะเป็นการประสานงานต้องใช้ความพยายามมากให้ตกลงกันได้ เพราะความกลัวทำให้ไม่ค่อยยอมกัน ต้องมีการปรับในหลายด้านเช่นการปรับด้านบุคลากรให้เหมาะสม ทั้งการจัดคนลงใน PCU การถ่ายโอนคนจาก PCU ไปช่วยใน CUP ต่างๆ นอกจากนี้การผลิตบุคลากรที่ผ่านมายังไม่เหมาะสมในการนำมาช่วยในโครงการ น่าจะมีการปรับปรุงหลักสูตรในการผลิตแพทย์และพยาบาลให้สามารถมาทำงานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และต้องมีการแก้ไขปัญหาระยะสั้นเช่นการ

ฝึกอบรม รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การกำหนดตัวชี้วัดผลงานเป็นสิ่งที่จำเป็น บางจังหวัดกำหนดแล้วแต่บางจังหวัดยังไม่แน่นอนจะวัดตามกิจกรรมชุดสิทธิประโยชน์

สสจ. รู้สึกว่าอำนาจในการบริหารลดลง เป็นลักษณะการประสานมากกว่าการสั่งการ มีงบประมาณลดลงขาดงบในการบริหารจัดการและในสำนักงานจะมีคนลดลง เนื่องจากต้องกลับต้นสังกัดเนื่องจากถูกยืมตัวมาหรือไปอยู่ในพื้นที่ที่ขาดบุคลากร

7.3 ความคิดเห็นของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร

เห็นด้วยกับแนวคิดที่ช่วยให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ สะดวกในการไปใช้บริการ ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่ยังไม่ค่อยเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติ รวมทั้งแนวคิดในการจัด PCU ด้านหนึ่งเป็นสิ่งที่ดี แต่อีกด้านก็น่าเป็นห่วงในปัญหาการมีบุคลากรไม่พอทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้ผู้ไปออก PCU นอกจากนี้การให้แพทย์เฉพาะทาง (Specialist) ไปออก PCU เป็นการให้บุคลากรไม่คุ้มค่าและ เพิ่มค่าใช้จ่าย น่าจะให้พยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานใน PCU การที่ระบบข้อมูลสารสนเทศยังไม่พร้อมทำให้การออกบัตรมีปัญหา โรงพยาบาลเสียผลประโยชน์ มีปัญหาความซ้ำซ้อนของการไปปฏิบัติงานใน PCU ในบางแห่งเกิดความขัดแย้งกับ เจ้าหน้าที่สถานีนามัย งานที่ผ่านมาเน้นการรักษามากกว่าส่งเสริมสุขภาพ ทันตแพทย์ต้องทำงานหนักขึ้นมากบุคลากรไม่พอมือทันตแพทย์ลาออกเพราะ ‘สู้ไม่ไหว’ ระบบการจัดการเรื่องยาให้ PCU รวมทั้งการควบคุมการใช้ยาไม่ให้จ่ายยาบางอย่าง ยังไม่ชัดเจนมีปัญหาในการเบิกจ่าย มีผู้ป่วยขอใช้ห้องพิเศษโดยออกส่วนเกินมากขึ้น น่าจะพิจารณาเก็บเงินผู้ที่สามารถจ่ายได้ แต่บางคนก็คิดว่าเป็นสิทธิแต่ถ้าใช้เกินสิทธิต้องจ่าย การประชาสัมพันธ์ที่ผ่านมาทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูง สำหรับต่อบุคลากรในวิชาชีพ รู้สึกไม่มั่นใจว่าตนจะได้รับมอบหมายให้ไปอยู่ที่ใดรวมทั้งความก้าวหน้าในอาชีพ และโอกาสในการศึกษาต่อ

7.3 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อโครงการ

เป็นโครงการที่ดีสำหรับประชาชนไม่ต้องกังวลในค่ารักษาพยาบาล แต่นโยบายไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติไม่ทราบขั้นตอนการปฏิบัติ มีความยุ่งยากในการขึ้นทะเบียน การประชาสัมพันธ์ยังมีปัญหาประชาชนเข้าใจคลาดเคลื่อนบางครั้งไม่มีโอกาสชี้แจงต้องอ้อมล้วย ภาระงานมากขึ้นแต่เจ้าหน้าที่มีเท่าเดิมในระยะยาว จะมีปัญหาโรงพยาบาลมีรายได้ลดลงแต่มีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น โรงพยาบาลเข้มงวดในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์มากขึ้น สำหรับผลกระทบต่อพยาบาลเห็นว่าทั้งที่พอใจกับแรงจูงใจ ที่ได้รับและที่ไม่มั่นใจต่ออนาคตความก้าวหน้าในงาน โอกาสในการศึกษาต่อ

7.4 ความคิดเห็นของสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อโครงการ

สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เห็นว่าเป็นนโยบายที่ดีประชาชนทุกคนมีหลักประกันเท่ากัน ไม่ขึ้นกับฐานะ การปฏิบัติมีปัญหายังไม่ตรงตามแนวคิดยังเน้นการรักษามากกว่าส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค งบประมาณไม่ผ่านสสอ. แต่ลงไปที่ CUP โดยตรงทำให้ขาดเงินในการบริหารจัดการ ไม่มีบทบาทในการบริหารรวม สสอ.มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน มากกว่าแต่กลับเอางานไปให้โรงพยาบาล สสจ.ไม่ให้ความสำคัญกับพวกตน เอาใจใส่และฟัง แพทย์มากกว่า ความสัมพันธ์ของสสอ.กับสอ. ลดลง แต่บางแห่งสสอ.รู้สึกว่างานไม่เปลี่ยน ทั้งต้อง ช่วยงาน UC มากขึ้น แต่โดยรวมรู้สึกไม่มั่นคงบางกระแสว่าจะยุบ หรืออาจต้องย้ายหรือเปลี่ยน งาน สสอ. อาจต้องปรับเป็นส่วนหนึ่งของสสจ.ในการประสานงานหรือกำกับดูแลการดำเนินงาน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โครงการเป็นประโยชน์ต่อประชาชน แต่ดำเนินการเร็วเกินไป การ ไม่มีการเตรียมการ มีปัญหาการออกบัตร และเป็นการเสียเวลาน่าจะมีระบบที่ดีกว่านี้แนวทางการ ให้บริการไม่ชัดเจน การประชาสัมพันธ์บ่งชี้การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับประเภทของบัตรและ สิทธิประโยชน์ ไม่แน่ใจว่าโครงการจะอยู่ไปได้ตลอดรอดฝั่งหรือไม่ บางแห่งว่าภาระงานเพิ่ม บาง แห่งว่ายังทำงานเหมือนเดิมบางคนไม่ต้องการไปขึ้นกับโรงพยาบาลรู้สึกไม่ได้ได้รับความสนใจ เลือกปฏิบัติเป็นลูกเมียน้อยแต่ถ้าได้รับการส่งเสริมเช่นการอบรมพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ ในการปฏิบัติงานก็ยินดีไม่ว่าจะขึ้นกับผู้ใด แต่บางคนกล่าวว่าเห็นใจ สสอ.ที่ถูกลดบทบาท ขาด เงินสสอ.ต้องแบ่งบิให้ มีความซ้ำซ้อนของรงานงาน เจ้าหน้าที่บางคนรู้สึกว่าการที่มีทีมมาช่วยไม่ได้ ประโยชน์มากนักเพราะผู้ที่มาช่วยไม่รู้เรื่องชุมชนมากนักและพวกตนอยู่ในพื้นที่มานานมีความรู้ และเชี่ยวชาญในการทำงานในพื้นที่มากกว่า

8. การปรับตัว/ความยั่งยืนของระบบ

โดยสรุปจะเห็นว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการเห็นว่าโครงการเป็นสิ่งที่ดีในแนวคิดของ การทำให้ทุกคนมีสิทธิประกันสุขภาพแต่ในปัจจุบันยังมีปัญหาในการมีปัญหในทางปฏิบัติ และ บริหารจัดการ

การที่โครงการจะยั่งยืนหรือไม่ ขึ้นกับหลายปัจจัยสรุปได้ดังนี้

- รัฐบาลมีเงินในการ Implement โครงการหรือไม่
- ส่วนกลางสามารถหาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมชัดเจนได้หรือไม่
- สถานบริการมีความมั่นคงทางการเงินหรือไม่จากการปรับระบบการจาดสร งบประมาณแบบใหม่
- ระบบข้อมูลและระบบการตรวจสอบจะช่วยให้การจัดสรรงบประมาณและประเมินผล งานมีประสิทธิภาพมากขึ้นและ ลดความขัดแย้งในกลุ่มผู้ปฏิบัติ

ประเด็นการเลือกสถานบริการโดยอิสระ

- เป็นสิ่งที่ประชาชนต้องการอย่างมากและมากผู้ปฏิบัติให้ความสนใจ
- เห็นว่าเป็นแนวคิดที่ดีสำหรับประชาชนในการเลือกสถานบริการเองเพราะจะทำให้มีการพัฒนาคุณภาพและเป็นความเท่าเทียมในการมีสิทธิเลือก
- แต่ในทางปฏิบัติจะมีปัญหา เช่น การส่งเสริมสุขภาพจะยากลำบากและในขณะที่คุณภาพของโรงพยาบาลยังล้าหลัง ไม่ได้มี Standard เดียวกันการให้มี Free registration จะเป็นปัญหาได้

มีข้อเสนอว่าน่าจะแยกการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจากการรักษาในกรณี Free registration และเรื่องเวลา ควรมีช่วงเวลา (>มากกว่า 5 ปี)ที่ให้ สถานบริการได้ปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งส่วนกลางต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบให้ได้ผลจริงจัง

การปรับตัวด้านสถานการณ์การเงินของสถานบริการ

- พยายามให้ได้ประชากรมา Register มากๆ เพื่อให้ได้งบประมาณมาก
- ลดค่าใช้จ่ายในการบริการเช่น ลดยาราคาแพง ให้ความสนใจในการตรวจเช่นการส่งตรวจ ในห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น โดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลใหญ่ๆ
- ปรับระบบข้อมูลที่จะสะท้อน ต้นทุนและ ผลการปฏิบัติงานที่จะมาใช้ในการวางแผนพัฒนา
- การต่อรองเรื่อง RW ของ DRG ที่รพ.ของตนจะได้รับ
- การขอเงินกองทุนพัฒนา CUP มาเสริมในรพ.
- ขอความช่วยเหลือจาก Flexible fund ของจังหวัด
- ขอการสนับสนุนจาก Contingency fundของกระทรวงฯ

การปรับตัวด้านการบริหารบุคลากร

- Reallocate บุคลากรให้อยู่ตามตำแหน่งจริง: ทั้งในสสจ และในCUP
- การฝึกอบรมเกี่ยวกับนโยบาย แนวทางปฏิบัติ ทักษะ ทางด้านการแพทย์ และ Software
- การใช้แรงจูงใจ (Incentive) ดึงดูดจูงใจไป ปฏิบัติงานในPCU

การปรับตัวเรื่องคุณภาพบริการ

- ความพยายามที่จะได้รับการรับรอง HAและการปรับปรุงคุณภาพให้เป็นที่เชื่อถือจะได้มาลงทะเบียนมากขึ้นหรือถูกเลือกเมื่อมี Free registration
- การแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียน
- การพัฒนาเพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ข้อสรุปจากคณะผู้วิจัย

1. ประชาชนมีความพอใจกับโครงการ UC ระดับหนึ่งที่ทำให้มีสิทธิในการรักษา

2. ระบบการบริหารโครงการ ค่อนข้างจะมีปัญหาในการจัดการ ทั้งจากส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ
3. การกระจายอำนาจ/ การปฏิรูประบบราชการ ที่ขาดความชัดเจน มีผลกระทบต่อการจัดการโครงการ UC ทั้งระดับ สสจ รพช รพท สสอ สอ
4. แนวคิด PCU คืออะไร ขาดความเข้าใจในเชิง Concept กับการ Implementation
5. การเชื่อมต่อ การบริการระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ค่อนข้างจะมีปัญหา
6. แนวทางในการบริหารการเงิน งบประมาณ ค่อนข้างจะมีปัญหา
7. การเตรียมและพัฒนาระบบ ข้อมูลสารสนเทศ ต้องรีบพัฒนา/แก้ไข
8. บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในภาพรวมของการศึกษาเชิงคุณภาพ

1. การกำหนดโครงสร้างการบริหารงานโครงการที่ระดับจังหวัด/อำเภอให้มีความชัดเจนน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพของการบริหารโครงการในระยะยาว โดยควรจรรยาบรรณความคิดเห็นจากประสบการณ์ของผู้บริหารทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะทางปฏิรูปโครงสร้างการบริหารงานโครงการที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการยอมรับและนำไปสู่การทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ความไม่ชัดเจนในนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขต่อบทบาท/หน้าที่ของกสพ. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นและการปฏิรูปโครงสร้างระบบการบริหารงานในระดับจังหวัดและอำเภอ รวมถึงอนาคตของโรงพยาบาล และสถานีนอนมัย ว่าจะมีสถานะเป็นอย่างไร หากปล่อยปัญหาเหล่านี้ทิ้งไว้ให้เนิ่นนานออกไปอีกโดยหาข้อสรุปไม่ได้ น่าจะเป็นผลเสียต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้โครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเร่งดำเนินการให้เกิดความชัดเจน
3. การเร่งปรับปรุงฐานข้อมูลของประชากรและการถือครองสิทธิในด้านหลักประกันสุขภาพให้มีความทันสมัยและสามารถตรวจสอบได้โดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานส่วนกลาง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างเร่งด่วน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะต้องเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของกลุ่มประชากรที่อยู่ภายใต้สวัสดิการข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเช่นเดียวกัน ส่วนผู้ที่ยังตกหล่นอยู่โดยไม่มีหลักประกันสุขภาพควรเร่งสำรวจและออกบัตรประกันสุขภาพเพิ่มเติมให้แก่ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพอยู่ในปัจจุบันโดยเร็วต่อไป
4. การประสานงานกับหน่วยงานด้านปกครองเพื่อเร่งปรับปรุงและจูงใจให้มีการย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับการอยู่อาศัยจริงของประชาชนตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงโครงการหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ในระยะเปลี่ยนผ่านหน่วยงานสาธารณสุขได้ผ่อนปรนให้ประชากรกลุ่มนี้

สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้โดยให้เจ้าของบ้านออกหลักฐานรับรองการอยู่อาศัย แต่ในระยะยาวควรเตรียมมาตรการที่เหมาะสมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่จะยินยอมให้ผู้ถือหลักประกันเลือกกระบวนสถานพยาบาลของตนเองและครอบครัวได้

5. การพัฒนาศักยภาพของระบบฐานข้อมูลที่บอกถึงภาระของงานบริการสุขภาพในทุกด้าน คือ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และการจัดทำฐานข้อมูลของบุคคล/ครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน การกำหนดกิจกรรม การติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นที่ส่วนกลางจะต้องกำหนดนโยบายและทิศทางอย่างชัดเจนในการพัฒนาระบบสารสนเทศภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเร็วโดยการจัดสรรงบประมาณลงไปพัฒนาในด้านนี้อย่างพอเพียง รวมถึงการจัดสรรบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระบบสารสนเทศอย่างน้อยในระดับจังหวัด การฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ และเพิ่มศักยภาพของผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้สามารถนำข้อมูลที่ได้จากระบบสารสนเทศไปใช้ในการพัฒนาโครงการต่อไป

6. แนวคิดเรื่อง"ศูนย์สุขภาพชุมชน" สิ่งที่มีความสำคัญสูงสุดในขณะนี้ก็คือการเร่งสร้างความเข้าใจทั้งในฝ่ายของผู้ให้บริการและฝ่ายประชาชนผู้รับบริการว่าอะไรคือหัวใจของ"บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ" ที่ต้องการจะเห็นและต้องการจะสร้างให้เป็นจริง แล้วจึงนำมาคิดว่าจะใช้กลยุทธ์อย่างไรจะสื่อสารอย่างไรให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งสองฝ่ายเข้าใจเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการอย่างแท้จริง หากกำหนดกลยุทธ์ที่ผิดพลาดก็อาจส่งผลกระทบด้านลบต่อแนวคิดที่ดี ๆ ได้ จากการสัมภาษณ์และการจัดสนทนากลุ่มพบว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวคิดของ"บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ" แต่ไม่มีความชัดเจนว่า สถานบริการระดับต้นที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจนและมีบทบาทหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาทั้งในด้านกายภาพ ทรัพยากรทางการแพทย์ และคุณภาพของสถานบริการมาอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา น่าจะเป็นรูปธรรมที่ใกล้เคียงกับแนวคิดการจัดบริการระดับต้นที่ต้องการจะเห็นหรือไม่ หากยังมีส่วนที่ขาดอยู่ ควรกำหนดกลยุทธ์ใหม่เข้าไปเติมให้เต็ม ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนทางการพัฒนาคุณภาพ การอบรมบุคลากร การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานบริการ การจัดสรรบุคลากรและงบประมาณเข้าไปเพิ่มเติม รวมถึงการต้องกล้าตัดสินใจปฏิรูประบบการบริหารงานในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล และนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในอนาคต

7. ควรพิจารณารูปแบบของการจัดบริการระดับต้นในเขตเมืองว่าควรจะไปให้เกิดความยั่งยืนได้อย่างไร มีความจำเป็นหรือเหมาะสมหรือไม่ในการตั้งให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางเข้ามาจัดบริการระดับต้นโดยที่ไม่มีความเชี่ยวชาญ น่าจะมีนโยบายหรือกล

ยุทธวิธีที่ทำได้อีกใหม่ แนวคิดการให้มีโรงพยาบาลชุมชนเขตเมือง แยกออกจากโรงพยาบาลใหญ่ โดยปรับเปลี่ยนบุคลากรใหม่ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน อาจเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีหลายจังหวัดสนใจที่จะทดลองทำ แต่ต้องได้รับการสนับสนุนในทางนโยบายและอำนาจในการจัดการจากส่วนกลาง

8. จำเป็นต้องมีการปรับเกณฑ์การพัฒนาและการประเมินคุณภาพของสถานบริการในทุกระดับ และสามารถครอบคลุมงานทุกด้านที่จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยและชุมชน โดยเฉพาะงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เป็นรูปธรรมและสะท้อนภาพความสำเร็จที่แท้จริง

9. ควรจัดตั้งหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและระดับจังหวัดที่จะเป็นหน่วยงานหลักทำหน้าที่ในการประเมินและรับรองคุณภาพของสถานบริการตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น หากไม่ผ่านเกณฑ์ จะต้องมีการที่เหมาะสมในการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข หรือ อาจยุบเลิกสถานบริการก็ได้ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐหากมีเหตุจำเป็น และอาจให้หน่วยงานนั้นปรับเปลี่ยนบทบาทไปทำหน้าที่อื่นที่มีความเหมาะสมกว่า

10. การให้โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตอำเภอเมืองซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจจะมากเกินไปในบางแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย รวมไปถึงโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่ ต้องเข้ามาอยู่ภายใต้โครงการฯ โดยต้องจัดให้มีบริการแบบปฐมภูมิแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบภายในโรงพยาบาลและต้อง ตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนนอกสถานที่โดยใช้สถานเอนกนามัยหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของเทศบาลเป็นฐานบริการแก่ประชาชน เป็นสิ่งที่ท้าทายให้ช่วยกันคิดว่าเป็นนโยบายที่ถูกต้องหรือไม่ เพราะการลงทุนสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลและเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิเพื่อรับช่วงต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อนมากขึ้นจากโรงพยาบาลระดับล่าง ย่อมจะมีต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน เมื่อโครงการฯ กำหนดให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลเฉพาะทางของรัฐ ต้องลงมาจัดบริการปฐมภูมิให้แก่ประชาชนด้วย และยังจำต้องแบกรับจำนวนประชาชนในพื้นที่ให้มากที่สุดเพื่อให้ได้งบประมาณที่จ่ายตามรายหัวได้มากที่สุดเพื่อให้องค์กรอยู่รอดได้ น่าจะเป็นสิ่งที่ควรทบทวน การหาช่องทางในการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมืองในระยะยาวเพื่อเป็นหน่วยให้บริการปฐมภูมิ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลใหญ่ อาจจะเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าจะพิจารณาความเป็นไปได้ในอนาคตและได้มีการทดลองทำในบางจังหวัดอยู่ในขณะนี้

11. การเกลี้ยกล่อมคนภายในจังหวัด ภายในภาค และระหว่างภาค ให้มีความสมดุลย์ ต่อความต้องการบริการของประชาชน (Patient demand) เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ส่วนกลางต้องกำหนดนโยบาย และผลักดันการแก้ไขปัญหาร่วมกับจังหวัดอย่างจริงจังโดยเร็ว ควรถือโอกาสในช่วงของการปฏิรูป

ระบบราชการที่รัฐบาลกำลังดำเนินการอยู่ ทำการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร และกำลังคนให้มีความเหมาะสมไปพร้อมกันด้วย

12. ควรเร่งกำหนดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนในการให้การช่วยเหลือ การดูแลรักษาพยาบาล แก่ชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยแต่มีปัญหาเรื่องการขอสัญชาติไทยรวมถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าวเถื่อน ว่ารัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้แก่สถานบริการที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมากอยู่ในปัจจุบันอย่างไร การที่ส่วนกลางปล่อยให้โรงพยาบาลต้องเจียดงบจากโครงการ 30 บาทฯ ไปใช้ ถือเป็นเรื่องที่ไม่เป็นธรรมต่อคนไทยในพื้นที่และจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพการรักษาของสถานบริการในระยะยาวได้และการไม่ช่วยเหลือก็จะมีผลต่อความมั่นคงจากการที่คนไทยมีโอกาสติดเชื้อจากกลุ่มคนเหล่านี้

13. การเร่งพัฒนาระบบบัญชีแบบใหม่ที่สามารถใช้ในการติดตามและประเมินภาวะทางการเงินที่แท้จริง รวมไปถึงการนำข้อมูลทางการเงินที่มีไปคำนวณหาต้นทุนการจัดบริการที่แท้จริงได้ เป็นสิ่งที่จำเป็นและจะเป็นประโยชน์อย่างมากในสถานบริการทุกระดับ

14. กระแสข่าวที่ออกมาว่าส่วนกลางกำลังจะตัดสินใจกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินทุกจังหวัดให้เป็นแบบ Exclusive เหมือนกันหมดเพื่อป้องกันปัญหาการหวงคนไข้ ไม่ยอมส่งต่อ ในเร็วๆ นี้ (ประมาณเดือนตุลาคม 2545) เป็นสิ่งที่ควรหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจให้ชัดเจน เนื่องจากนอกจากผลดีต่อการช่วยลดการไม่ส่งต่อแล้ว การจัดสรรงบประมาณแบบนี้ก็จะมีส่วนต่อการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการขนาดเล็ก เนื่องจากขาดแรงจูงใจ

15. ระบบการประเมินจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง โดยยึดวัตถุประสงค์หรือหลักการของโครงการไว้ การสร้างตัวชี้วัดที่จำเป็น ด้านประสิทธิภาพ และคุณภาพจำแนกตามทรัพยากรที่ใช้ กระบวนการรักษา และผลการรักษา เช่น การจัดระบบการตรวจสอบทางการแพทย์ (medical audit) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลและบุคลากร ในลักษณะการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment) ตลอดจนรูปแบบการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร องค์ความรู้ และเทคโนโลยี และผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการ ให้เป็นระบบที่เป็นที่ยอมรับและยั่งยืน โดยต้องคำนึงถึงความสามารถของประเทศประกอบด้วย

ในเบื้องต้นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะมีบทบาทอย่างมากในการสร้างระบบการประเมินนี้ แต่ควรให้มีการเชื่อมโยงผลของการประเมินคุณภาพนี้ไปสู่การจ่ายเงินอย่างเหมาะสมและเป็นธรรมด้วย

16. การมีหน่วยรับเรื่องราวร้องทุกข์จากการใช้บริการในโครงการฯ ของประชาชนถือเป็นสิ่งที่ดี เพราะจะช่วยสะท้อนความต้องการของประชาชนและการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการให้ดีขึ้น และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ที่สำคัญควรมีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างส่วนกลางและระดับจังหวัดเพื่อสามารถตรวจพบปัญหาและรีบแก้ไขโดยเร็ว ผู้บริหารในส่วนกลาง

ควรมองเห็นประโยชน์ของการที่ชาวบ้านร้องเรียนหรือร้องทุกข์เข้ามาเป็นโอกาสที่จะเร่งพัฒนาประสิทธิภาพของโครงการให้เป็นที่ยอมรับและใช้เป็นช่องทางสื่อสารให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการในสถานบริการของรัฐหรือเอกชนภายใต้โครงการด้วยความเชื่อมั่นในคุณภาพของโรงพยาบาลมากกว่าที่จะใช้กดดันการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้เสียขวัญกำลังใจในการทำงาน เนื่องจากบ่อยครั้งที่ปัญหาเกิดมาจากการไม่ประชาสัมพันธ์ของส่วนกลางจนทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูงต่อบริการที่จะได้รับและบางทีเป็นการสื่อสารจากส่วนกลางที่ทำให้ประชาชนเข้าใจผิดในการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการโดยไม่ตั้งใจ และหากสถานบริการประสงค์จะลดภาระให้ผู้รับบริการ ก็ขอให้ทำโดยยึดผลประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้งและวางแผนทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป ไม่ควรพยายามบอกให้หน่วยงานในพื้นที่ยอมให้โดยผิดหลักการเพื่อหลีกเลี่ยงการมีปัญหากับผู้บริหารหรือกลุ่มการเมืองในพื้นที่

17. ควรลดระดับของการประชาสัมพันธ์ให้เห็นภาพลักษณ์ของ"โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค"ที่มุ่งเน้นไปในเรื่องคนไข้ เรื่องการรักษาพยาบาล เรื่องผ่าตัดโรคราคาแพง ฯลฯ ลงบ้าง และหันไปเพิ่มการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์ใหม่ที่เน้น"สร้างนำซ่อม"ให้มากขึ้น ควรปลูกกระแสความคิดใหม่ว่า "30 บาท สร้างสุขภาพให้คนไทย" พยายามสื่อกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ของผู้ถือบัตรทองให้มากขึ้น และการรณรงค์ให้คนไทยมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีเพื่อลดภาระงบประมาณที่ต้องใช้ในการรักษาโรคโดยไม่จำเป็น

18. การศึกษาหรือติดตามพฤติกรรมกรมการมาใช้บริการของประชาชนว่าเป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ หากมีการมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น (unnecessary demand for health care) ซึ่งอาจพบได้ในช่วงแรกๆ การประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนที่จะมีขึ้นในระยะต่อไป ควรมุ่งเน้นให้ความรู้ความเข้าใจในระบบที่ปรับเปลี่ยนไปอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะความจำเป็นในการเข้ารับบริการ ว่าเมื่อใดควรต้องเข้ารับบริการและจะเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลระดับไหน ซึ่งมีส่วนสำคัญให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการตามสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสมในระดับหนึ่ง และจะช่วยลดงบประมาณการใช้จ่ายในโครงการได้ในระยะยาว นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคลก็เป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่ไปเพื่อลดอัตราความเจ็บป่วยด้วย

19. การปรับปรุงโครงสร้างและการบริหารกำลังคนในหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานในกำกับของรัฐเป็นกลไกที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง ควรแยกหน่วยงานที่มีหน้าที่ตรวจสอบและติดตามประเมินผลออกเป็นอิสระ การมีหน่วยงานที่เกิดขึ้นใหม่ๆ หลายหน่วยงานจึงควรทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติให้มากขึ้นทุกระดับ และเพิ่มทักษะให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเช่นเดียวกันการให้ความรู้ในส่วนของผู้รับบริการเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน

20. ควรผลักดันให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่อย่างจริงจัง เนื่องจากมีส่วนสำคัญต่อการความสำเร็จและยั่งยืนของโครงการ เพื่อตอบสนองความต้องการ ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของคนในแต่ละพื้นที่ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม ซึ่งต้องใช้เวลาและทำไปพร้อมกับการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นโดยใช้กลไกหรือกลวิธีของรัฐที่ คล้ายคลึงกัน

.....