

รายงานวิจัย

โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำร่อง
ที่กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาล
ได้โดยความสมัครใจ



สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	I
โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำร่องที่ กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้โดยสมัครใจ	ก
โครงการย่อยที่ 1 : การประเมินผลการบริหารและการดำเนินการโครงการนำ ร่องการให้ประชาชนเลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ ในพื้นที่ 5 จังหวัด : การศึกษาเชิงคุณภาพ	1
โครงการย่อยที่ 2 : ผลของนโยบายการให้เลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจที่มี ต่อโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	56
โครงการย่อยที่ 3 : ความคิดเห็นของประชาชนต่อการเลือกสถานบริการและ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง เพื่อการรักษาโรคเรื้อรัง	74
โครงการย่อยที่ 4 : การไม่ใช้สิทธิของผู้มีสิทธิบัตรทองเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	105

บทสรุปสำหรับผู้บริหารโดยรวม

ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 สิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา 5 ระบุสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 6 ได้กำหนดไว้ว่า บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ และให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ....” จึงอาจกล่าวได้ว่า เนื้อหาของพระราชบัญญัติฉบับนี้มีเจตนารมณ์ไว้อย่างชัดเจนถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเลือกหน่วยบริการประจำด้วยตนเองได้ตามที่ต้องการ แต่ทั้งนี้ได้เปิดช่องให้คณะกรรมการ/หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถกำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกหน่วยบริการที่เหมาะสมได้โดยขอให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ ฉะนั้นการที่กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตัดสินใจให้จังหวัดแพร่ สระบุรี สุรินทร์ สงขลา และเขตพิเศษ กรุงเทพมหานคร ฯ ได้ริเริ่มทดลองดำเนินการโครงการนำร่องการให้ประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง (30 บาท รักษาทุกโรค) สามารถเลือกสถานบริการประจำโดยสมัครใจ ตามเกณฑ์ที่ทางสำนักงานที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัดกำหนดขึ้นในเดือนตุลาคม 2545 โดยกำหนดระยะเวลาให้ประชาชนสามารถติดต่อเพื่อขอเปลี่ยนสถานบริการหลักหรือรองที่ต้องการนานประมาณ 2-3 เดือน และได้เริ่มเปิดให้ประชาชนสามารถไปใช้บริการที่สถานบริการที่กำหนดได้ตั้งแต่ปลายปี 2545 ที่ผ่านมานั้นจนถึงปัจจุบัน จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการนำร่องฯ ดังกล่าวโดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 โครงการย่อย ตามรายงานวิจัยที่ได้นำเสนอในเอกสารฉบับนี้ จึงขอประมวลผลและสรุปข้อค้นพบที่สำคัญเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายและการบริหารโครงการ ฯ รูปแบบการให้เลือกสถานบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ดังนี้

1. ความต้องการเปลี่ยนแปลงสถานบริการสุขภาพของประชาชน

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้และจากการสำรวจของคณะวิจัยอื่น (เช่น เอแบคโพลล์ ฯลฯ) มีแนวโน้มว่า ประชาชนประมาณร้อยละ 30-50 มีความคิดอยากที่จะเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ หากหน่วยงานเปิดโอกาสให้เลือกสถานบริการได้ และส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะเลือกเปลี่ยนสถาน

บริการหลักมากกว่าเลือกสถานบริการรอง โดยมีแนวโน้มที่ต้องการจะเลือกโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาที่สูง เพราะเชื่อว่า จะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากกว่า มีเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัยกว่า และมีคุณภาพในการให้บริการและการรักษาที่ดีกว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า โดยเฉพาะผู้ถือบัตรทองที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การเดินทางไปยังสถานบริการหรือโรงพยาบาลที่สะดวกและความรู้สึกคุ้นเคยกับสถานบริการที่เคยรักษาเป็นประจำ เป็นอีกปัจจัยที่ประชาชนให้ความสำคัญในการตัดสินใจเพื่อเลือกสถานบริการที่ต้องการเช่นเดียวกัน

ฉะนั้นหากระบบเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพในแต่ละจังหวัดหรือพื้นที่ที่สามารถสร้างความมั่นใจให้ประชาชนผู้ถือสิทธิบัตรทองเห็นว่า เมื่อเจ็บป่วยและไปใช้บริการตามสถานบริการหลักที่ระบุในบัตรทอง จะได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ และหน่วยบริการยินดีที่จะถูกส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาอย่างเหมาะสมเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อขึ้นมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือเป็นการส่งกลับไปเพื่อรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สามารถให้บริการต่อเนื่องที่มีคุณภาพไม่แตกต่างกันได้ โดยการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาระหว่างสถานบริการจะต้องมีวิธีการจัดการอย่างเหมาะสมโดยหน่วยงานกลางของแต่ละจังหวัดหรือแต่ละเครือข่ายบริการ ซึ่งหากสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนต่อระบบการส่งต่อระหว่างเครือข่ายบริการได้ พร้อมไปกับการเร่งพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลทุกระดับและการสื่อสารสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชน จะช่วยให้การกระจายของประชาชนเพื่อไปใช้สิทธิบัตรทองรับบริการยังสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านเป็นไปอย่างเหมาะสมและก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดตามมา ทำให้ความต้องการของประชาชนที่จะขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ในแต่ละปีลดลง หรือ เป็นการขอเปลี่ยนสถานบริการด้วยเหตุผลอื่น เช่น ความสะดวกในการเดินทางไปยังสถานบริการ หรือโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ดูแลรักษาให้โดยเฉพาะ ฯลฯ

สำหรับในเขตกรุงเทพมหานครและอำเภอขนาดใหญ่ที่มีโรงพยาบาลตั้งอยู่หลายแห่งที่มีขนาดใกล้เคียงกันและมีศักยภาพพอ ๆ กันเข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพ ฯ ทั้งของรัฐและเอกชน ควรเปิดให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวสามารถเลือกเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้โดยสมัครใจ ซึ่งมีข้อดี คือ ทำให้เกิดการแข่งขันและการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งเพื่อให้เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการเหมือนกับกรณีการให้เลือกโรงพยาบาลของผู้ประกันตนภายใต้ประกันสังคม เพื่อให้ได้ประชาชนมาเลือกลงทะเบียนกับโรงพยาบาลของตนมากขึ้น ทำให้มีรายได้จากค่าใช้จ่ายต่อหัวเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย แต่อาจมีข้อเสีย คือ ถ้าโรงพยาบาลที่เปิดให้เลือกในพื้นที่ที่มีศักยภาพที่แตกต่างกันอย่างมากโดยเฉพาะในต่างจังหวัดซึ่งโรงพยาบาลของรัฐ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล

ทั่วไป และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ที่มักจะมีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดกลางหรือขนาดเล็ก หรือโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ติดกับอำเภอเมืองหรืออำเภอขนาดใหญ่ ถ้าไม่กำหนดจำนวนประชาชนที่ลงทะเบียนเพื่อใช้สิทธิที่สถานบริการแต่ละแห่งที่ควรจะได้รับได้ ปลดปล่อยให้มีประชาชนลงทะเบียนมากเกินไปที่โรงพยาบาลนั้นจะจัดบริการที่มีคุณภาพให้ได้ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลในระยะยาว และอาจส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ติดกับเขตอำเภอเมืองซึ่งอาจมีประชาชนเลือกเป็นสถานบริการหลักลดน้อยลงมากจนโรงพยาบาลขนาดเล็กเหล่านั้นไม่สามารถที่จะเปิดดำเนินการของโรงพยาบาลต่อไปเพราะได้รับเงินค่าหัวประชากรที่ลงทะเบียนไม่เพียงพอ หากเป็นกรณีของโรงพยาบาลเอกชน อาจเป็นเหตุให้ต้องขอถอนตัวออกจากโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งปกติโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมก็มีความรู้สึกละอายใจที่ได้รับเงินค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ต่ำเกินไปเมื่อเทียบกับผู้ประกันตนของประกันสังคม ซึ่งเหตุการณ์นี้ได้เกิดขึ้นแล้วในพื้นที่จังหวัดแพร่และจังหวัดสุรินทร์ที่โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งขอถอนตัวออกจากโครงการฯ

2. รูปแบบการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจที่พึงประสงค์

กรณีสถานบริการหลัก

หากเป็นพื้นที่ที่มีสถานบริการให้เลือกได้มากกว่าหนึ่งแห่งในชุมชน ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการหลักได้โดยสมัครใจ เช่น พื้นที่ของเขตกรุงเทพฯ โดยควรจำกัดให้เลือกได้เฉพาะโรงพยาบาลที่อยู่ภายในแต่ละเขตหรือเฉพาะในส่วนรอยต่อของเขต ซึ่งมีความสะดวกในการเดินทาง สำหรับในต่างจังหวัด ควรจำกัดเฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองหรืออำเภอขนาดใหญ่รวมถึงประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตรอยต่อติดกับอำเภอเมืองหรืออำเภอขนาดใหญ่ที่มีโรงพยาบาลเปิดให้เลือกได้มากกว่า 1 แห่ง อย่างไรก็ตามควรจะมีการกำหนดจำนวนโควตาที่แต่ละโรงพยาบาลสามารถรองรับประชาชนที่ลงทะเบียนได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพของการให้บริการที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถกระจายผู้รับบริการไปตามสถานบริการได้อย่างเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่

หากเป็นพื้นที่ในชนบทหรือชุมชนที่ห่างไกล ซึ่งมีเพียงโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งตั้งอยู่ในพื้นที่ การเปิดให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจอาจไม่มีความจำเป็นมากนัก อาจกำหนดเฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลที่อยู่ในเขตรอยต่อระหว่างอำเภอซึ่งมีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลของอีกอำเภอหนึ่งมากกว่าหรืออาจจะสะดวกที่จะไปทั้งสองแห่งพอ ๆ กัน จึงควรเปิดให้ประชาชนที่อยู่ในหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถใช้สิทธิเลือกโรงพยาบาลชุมชนได้โดยสมัครใจ

กรณีสถานบริการรอง

สำหรับในต่างจังหวัด ควรจะเป็นการกำหนดให้โดยเครือข่ายบริการในแต่ละพื้นที่ และควรให้ชุมชนในระดับตำบลหรือหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการกำหนดสถานบริการรองที่ชุมชนต้องการ โดยควรคำนึงถึงเส้นทางคมนาคมที่ชุมชนไปใช้บริการที่สถานบริการรองที่กำหนดได้โดยสะดวก และต้องส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการไปพร้อมกัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคในระดับชุมชนทำได้ง่ายขึ้นรวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน และการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมในด้านส่งเสริม/ป้องกันทำได้ง่ายขึ้น ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเมื่อเทียบกับการเปิดให้แต่ละคนเลือกสถานบริการรองตามที่ต้องการได้แม้จะอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน

สำหรับในเขตกรุงเทพฯ รูปแบบอาจมีความหลากหลายได้มากกว่าเพราะมีสถานบริการให้เลือกมากกว่า การเปิดโครงการคลินิกอบอุ่น ที่ทาง สปสช. กำลังทดลองดำเนินการอยู่ในขณะนี้ เป็นรูปแบบที่น่าสนใจสำหรับการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคสำหรับแต่ละบุคคล โดยแยกงานด้านส่งเสริม/ป้องกันในชุมชนให้ทางศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดบริการ ฉะนั้นการเร่งติดตามประเมินผลหลังจากได้ดำเนินโครงการคลินิกอบอุ่นไปได้สักระยะหนึ่ง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อจะได้เรียนรู้วิธีการบริหารจัดการโครงการฯที่เหมาะสม และรับทราบความคิดเห็นของประชาชนต่อรูปแบบการจัดบริการดังกล่าวก่อนที่จะขยายพื้นที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้น

3. การบริหารโครงการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจ

การบริหารโครงการ ฯ

ควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการให้เลือกสถานบริการจากส่วนกลางโดยทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้แต่ละพื้นที่สามารถนำหลักเกณฑ์เหล่านี้ไปปรับให้เข้ากับสภาพของพื้นที่และทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม เช่น เกณฑ์ในเรื่องความสะดวกในการเดินทางหรือเส้นทางคมนาคม จำนวนสถานบริการที่เปิดให้เลือกได้ในพื้นที่ และเหตุผลทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เป็นต้น สำหรับวิธีการ ควรกำหนดระยะที่ทำได้พร้อมกันทั่วประเทศ ใช้เวลาประมาณ 1-2 เดือน และควรเปิดให้เลือกสถานบริการใหม่ได้เป็นรอบปี ประมาณ 1-2 ปีต่อครั้ง และในระยะยาว อาจจะกำหนดช่วงให้ยาวขึ้น อาจเป็น 2-4 ปีต่อครั้ง เพื่อให้มีระยะเวลานานพอที่จะพัฒนาคุณภาพของสถานบริการได้ต่อเนื่อง และช่วยให้ประชาชนลดความต้องการที่จะเปลี่ยนสถานบริการใหม่โดยไม่จำเป็น ทั้งนี้ควรมีข้อยกเว้นสำหรับประชาชนที่ย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย สามารถที่จะขอย้ายสถานบริการใหม่ที่เดินทางสะดวกกว่าได้โดยกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสม

ในระดับพื้นที่ หมู่บ้าน/ตำบล ควรให้เปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อร่วมกัน กำหนดสถานบริการรองที่ชุมชนต้องการร่วมกันได้ และควรให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการให้มีคุณภาพและให้บริการที่พึงพอใจแก่ ผู้รับบริการ

ควรจัดตั้งคณะทำงานเป็นการเฉพาะในระดับพื้นที่เพื่อดำเนินการให้เลือกสถานบริการโดย สมัครงใจในแต่ละรอบที่ดำเนินการ และควรจะเชิญตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทน องค์กรชุมชนได้เข้ามาร่วมในการดำเนินงาน เพื่อกำหนดเกณฑ์ที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของชุมชน และช่วยในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการให้เข้าถึงประชาชนในพื้นที่

การประชาสัมพันธ์โครงการฯ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจะเป็นผู้สนับสนุนการประชาสัมพันธ์โครงการ ขยายพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการโดยสมัครงใจในระดับประเทศ ผ่านช่องทางของสื่อ ต่าง ๆ ที่สามารถทำได้จากส่วนกลาง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ โดยชี้แจงเฉพาะหลักเกณฑ์และ วิธีการติดต่อที่สำคัญในการเลือกเปลี่ยนสถานบริการให้ประชาชนผู้มีสิทธิบัตรทองได้รับทราบ ส่วน รายละเอียดของหลักเกณฑ์ซึ่งอาจจะมีส่วนที่แตกต่างกันได้บ้าง ควรให้แต่ละจังหวัดเป็นผู้ชี้แจงทำ ความเข้าใจกับประชาชนด้วยตนเอง ซึ่งการเผยแพร่ข้อมูลโดยผ่านสื่อบุคคลในต่างจังหวัดโดยเฉพาะ เขตชนบทน่าจะเป็นวิธีการที่เข้าถึงประชาชนได้ดีกว่าและอาจเลือกใช้สื่อด้านกว้างร่วมไปพร้อมกันด้วย

ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อรองรับการลงทะเบียน

ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนเป็นส่วน ที่มีความสำคัญอย่างมาก เพราะจากการดำเนินงานในโครงการนำร่อง ๕ จังหวัดในช่วงที่ผ่านมา ก่อนข้างจะมีปัญหากับระบบเชื่อมต่อของฐานข้อมูลเพื่อการออกบัตรทองใหม่ให้แก่ประชาชน ทำให้ ต้องเสียเวลาในการตรวจสอบสิทธิและการเปลี่ยนสถานบริการ รวมไปถึงการโอนย้ายฐานข้อมูลของ แต่ละจังหวัดและแต่ละสถานบริการ หากพร้อมที่จะขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศในอนาคต การกำหนดวิธีการที่ชัดเจนและการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้แก่เจ้าหน้าที่ได้เข้าใจถึงขั้นตอนและวิธีการ เปลี่ยนแปลงฐานข้อมูลในการเลือกสถานบริการใหม่ รวมไปถึงการตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ ที่เข้าซ้อนกับระบบประกันอื่น ๆ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง น่าจะได้ทำไปพร้อมกันด้วย

.....

รายงานวิจัย

โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำร่องที่กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้โดยสมัครใจ

หลักการและเหตุผล

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

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อทำให้เกิดความเสมอภาค (Equity) ทั้งในด้านกฎหมาย การกระจายภาระค่าใช้จ่าย ตลอดจนความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ (Efficiency) เน้นการบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care networks) ให้ความสำคัญทั้งสุขภาพบุคคล (Personal health care) และครอบครัว โดยครอบคลุมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้ให้ประชาชนมีทางเลือก (Choice) โดยที่ประชาชนควรมีโอกาสเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

หลังจากที่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค และมีการเร่งระดมการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ทำให้คาดว่าจะมีประชากรที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณเกือบ 46 ล้านคน (ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ. 30 กันยายน 2546)

จากรายงานผลการศึกษาคิดตามและประเมินผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ สระบุรี ปทุมธานี นครราชสีมาหนองบัวลำพู ยะลา และนราธิวาส ระยะที่ 1 ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2544 พบว่า ร้อยละ 6.4 ของประชาชน ยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ ประชาชนประมาณร้อยละ 16 มีที่อยู่อาศัยจริงไม่ตรงกับสำเนาทะเบียนบ้าน (มีชื่อแต่ไม่อยู่

อาศัยจริง ร้อยละ 9.2 และอยู่จริงแต่ไม่มีชื่อในทะเบียนร้อยละ 6.8) และมีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งผู้ป่วยโรคเฉียบพลันที่รับบริการด้านสุขภาพตามสิทธิในการรักษา โดยพบอัตราการใช้สิทธิในการรักษาต่ำที่สุดในกลุ่มผู้มีสิทธิบัตรทองชนิดร่วมจ่าย (30 บาท) นอกจากนี้ ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังคงไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่ตนถือครอง ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับตามสิทธิกลุ่มที่ถือบัตรทองชนิดไม่ต้องร่วมจ่าย มีอัตราการไม่ใช้สิทธิเพื่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ๓ เท่าของผู้ที่อยู่ในหลักประกัน ๓ อันดับ บัตรทองชนิดร่วมจ่าย มีอัตราการไม่ใช้สิทธิเพื่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในทุกประเภทสูงกว่าผู้ที่อยู่ภายใต้หลักประกันประเภทอื่นประมาณ 1 เท่า เหตุผลหนึ่งของการไม่ใช้สิทธิคือการไม่แน่ใจในคุณภาพบริการและความไม่สะดวกของสถานบริการที่ตนขึ้นทะเบียนด้วย และร้อยละ 73.2 ของประชากรที่สำรวจ ไม่เห็นด้วยในการระบุด้านบริการสุขภาพ และต้องการมีสิทธิเลือกโรงพยาบาลด้วยตนเอง (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2545)

ด้วยเหตุนี้นโยบายหนึ่งซึ่งเป็นเนื้อหาสาระสำคัญที่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่เพิ่งจะออกประกาศใช้ไม่นานนี้ จึงได้ระบุไว้ในหมวด 1 มาตรา 5 ระบุสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 6 ได้กำหนดไว้ว่า บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิการรับบริการตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวและให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ เพื่อให้สอดคล้องกับสาระสำคัญดังกล่าวตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดทำโครงการนำร่องการให้ประชาชนผู้อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด และในกรุงเทพมหานคร 1 เขต ประกอบด้วย ภาคกลาง จังหวัดสระบุรี ภาคเหนือ จังหวัดแพร่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสุรินทร์ ภาคใต้ จังหวัดสงขลา และกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตประเวศ โดยมอบหมายให้สำนักงานประกันสุขภาพของจังหวัดหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการฯ เป็นผู้กำหนดรูปแบบและวิธีการที่จะใช้ในการประชาชนเลือกสถานพยาบาลตามต้องการ การประชาสัมพันธ์โครงการ ๓ ให้เข้าถึงประชาชน และการจัดทำบัตรหลักประกันสุขภาพใหม่ (บัตรทอง) ให้แก่ผู้ที่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ทั้งนี้พื้นที่ในโครงการนำร่องดังกล่าวได้ให้ประชาชนสามารถเลือกเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้อยู่ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2545 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2545 ที่ผ่านมา และขณะนี้อยู่ในระยะดำเนินการตามโครงการนำร่องการเลือกสถานพยาบาลและประชาชนสามารถเลือกใช้บริการสถานพยาบาลที่ตนเองหรือครอบครัวได้เลือกแล้ว

จากการที่มีการดำเนินการโครงการนำร่อง ๓ ดังกล่าวในพื้นที่ 4 จังหวัดและ 1 เขตในกรุงเทพ ๓ ซึ่งอยู่ในระยะแรกของการดำเนินการ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาติดตามและประเมินผลการดำเนินการของโครงการ เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบการจัดให้เลือกสถานบริการที่แต่ละ

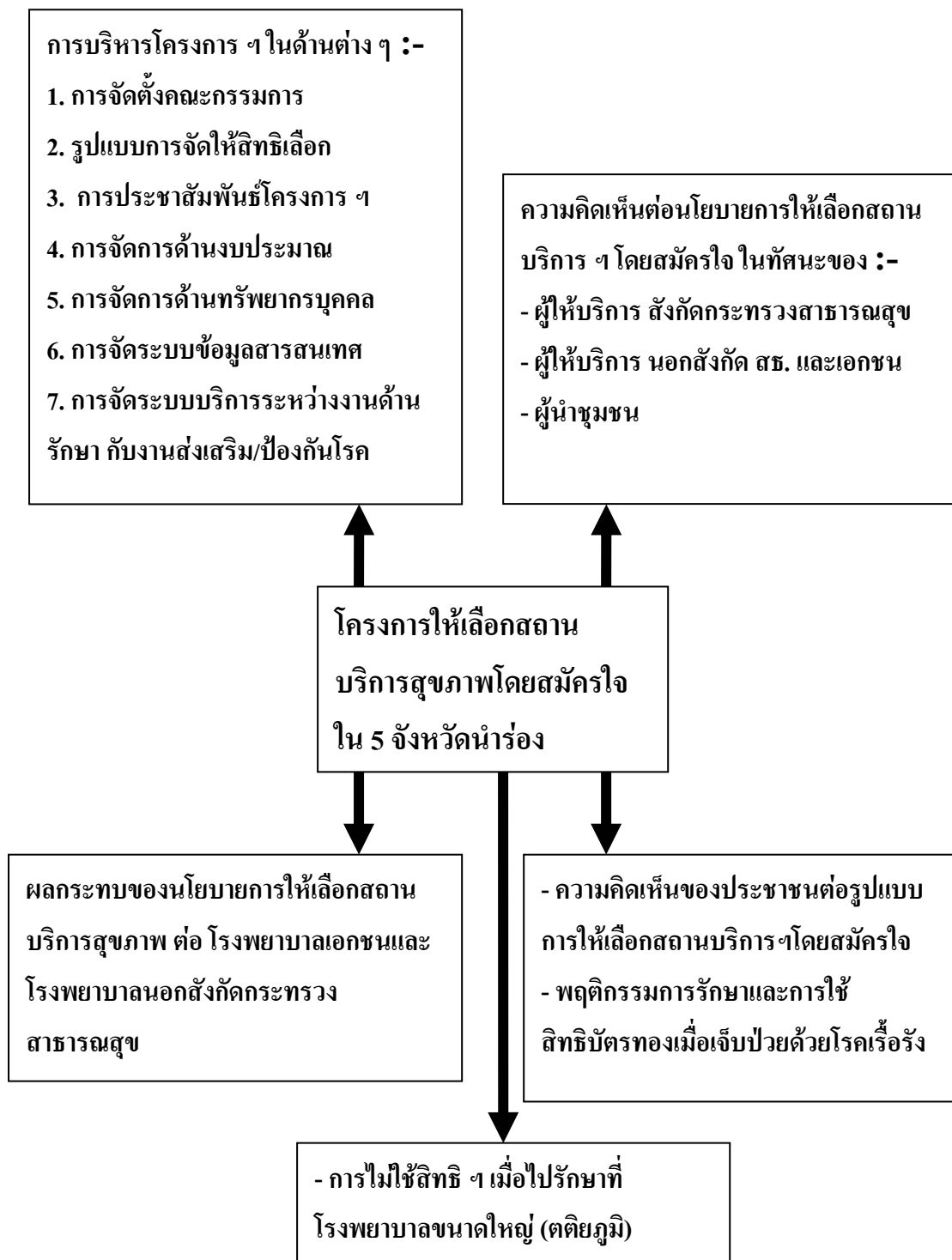
จังหวัดเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง ผลการดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่ถือครองอยู่ก่อนและหลังโครงการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจ เพื่อให้สามารถสรุปบทเรียนที่จังหวัดต่าง ๆ ได้รับและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในเบื้องต้นเพื่อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปลายปีงบประมาณ 2546 ก่อนที่จะมีการขยายพื้นที่ในการให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลตามความสมัครใจในอนาคตอันใกล้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. การประเมินผลการบริหารและการดำเนินการโครงการนำร่องการให้ประชาชนเลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ
 - 1.1 การบริหารโครงการการให้เลือกสถานบริการสุขภาพ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่
 - 1.1.1 การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในระดับจังหวัดและอำเภอ
 - 1.1.2 รูปแบบการจัดให้สิทธิเลือกสถานบริการสุขภาพของแต่ละจังหวัด
 - 1.1.3 การประชาสัมพันธ์โครงการ ฯ
 - 1.1.4 การจัดการด้านงบประมาณ
 - 1.1.5 การจัดการด้านทรัพยากรบุคลากร
 - 1.1.6 การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อรองรับการให้เลือกสถานบริการ
 - 1.1.7 การจัดระบบบริการระหว่างงานด้านรักษาพยาบาลและงานส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค
 - 1.2 เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบายการเลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ โดย
 - 2.1 ผู้ให้บริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 2.2 ผู้ให้บริการ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน
 - 2.3 ผู้รับบริการและผู้นำชุมชน
 - 1.3 เพื่อศึกษาผลของโครงการ ฯ ต่อการเลือกโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
2. ผลกระทบของนโยบายการให้เลือกสถานบริการสุขภาพต่อโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อโครงการการให้เลือกสถานบริการ ฯ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรักษาและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
4. การไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ทั้งนี้ ได้แบ่งการรายงานการศึกษาวิจัยออกเป็น 4 โครงการย่อยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณโดยการสำรวจ และการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในแต่ละโครงการย่อย

พื้นที่ที่ทำการศึกษา

เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร, จังหวัดแพร่, จังหวัดสระบุรี, จังหวัดสุรินทร์, จังหวัดสงขลา

ระยะเวลาการศึกษา

ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2546 ถึง เมษายน พ.ศ.2547

งบประมาณในการวิจัย

สนับสนุนโดยสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คณะนักวิจัยผู้รับผิดชอบโครงการ

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 3. อ.จิรนนท์ ไชแก้ว | คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. ผศ.วงศา เล่าหศิริวงศ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 5. ผศ.ภัทรธะ แสนไชยสุริยา | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 6. รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนียม | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7. ผศ.พญ.กาญจนา จันทร์สูง | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. ผศ.ดร. พิมลพรรณ อิศรภักดี | สถาบันวิจัยสังคม/ประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รศ.ดร.อรนุช ภาชีน | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. ผศ.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 11. อ. นวลดา อาภาคัพพะกุล | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 12. ดร. ประณีต ส่วงวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 13. อ.ชนิษฐา นาคะ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 14. นพ.สสจ. และทีม ปสน. | จังหวัด แพร่ สระบุรี สุรินทร์ สงขลา |
| 15. ทีมประกันสุขภาพ | กทม. (รพ.นพรัตน์ราชธานี) |

.....

โครงการย่อยที่ 1

การประเมินผลการบริหารและการดำเนินการโครงการนำร่องการให้ประชาชนเลือก สถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ ในพื้นที่ 5 จังหวัด : การศึกษาเชิงคุณภาพ

บทนำ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 มาตรา 5 ได้ระบุสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 6 ระบุว่า “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิการรับบริการตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวและให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ”

เพื่อให้มีการกำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสอดคล้องกับสาระสำคัญและเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการโครงการนำร่องเลือกสถานพยาบาลในพื้นที่ 4 จังหวัด และ 1 เขตของกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี แพร่ สุรินทร์ สงขลา และเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร ซึ่งขณะนี้ได้ดำเนินการไประยะหนึ่งแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องประเมินผลการดำเนินงานในโครงการนำร่องทั้ง 5 พื้นที่ดังกล่าว โดยผู้ประเมินจากภายนอกพื้นที่ได้กำหนดกรอบการศึกษารอบคลุมประเด็นต่างๆ อาทิ รูปแบบการให้สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลฯ การบริหารจัดการโครงการฯ ผลการให้สิทธิในการเลือกฯ ต่อความครอบคลุม การเข้าถึงและคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ ผลกระทบของการให้สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลต่อผู้ให้บริการในระดับต่างๆ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการให้บริการฯ ซึ่งดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มุ่งเน้นเรื่องการบริหารจัดการโครงการฯ ผลกระทบต่อผู้ให้บริการระดับต่างๆ และปัญหาอุปสรรคในการให้บริการฯ ในพื้นที่ที่มีการให้สิทธิในการเลือกสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังได้ศึกษาความคิดเห็นต่อโครงการฯ ของผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และผู้นำชุมชนด้วย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำเสนอเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการขยายผลโครงการเลือกสถานพยาบาลสุขภาพโดยสมัครใจในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการบริหารโครงการการให้เลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ ในด้านต่างๆ ได้แก่

- 1.1 การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในระดับจังหวัดและอำเภอ
- 1.2 รูปแบบการจัดให้สิทธิเลือกสถานบริการสุขภาพ
- 1.3 การประชาสัมพันธ์โครงการ ฯ
- 1.4 การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อรองรับการให้เลือกสถานบริการ
- 1.5 การจัดการด้านงบประมาณ
- 1.6 การจัดการด้านทรัพยากรบุคลากร
- 1.7 การจัดระบบบริการระหว่างงานด้านรักษาพยาบาลและงานด้านส่งเสริมสุขภาพ /ป้องกันโรค

2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบายการเลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ โดย

- 2.1 ผู้ให้บริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 2.2 ผู้ให้บริการ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน
- 2.3 ผู้รับบริการ
- 2.4 ผู้นำชุมชน

3. เพื่อศึกษาผลของโครงการ ฯ ต่อการเลือกโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) รายบุคคล การสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ฯ

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview)

- 1.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้บริหารโครงการฯ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในแต่ละจังหวัด
- 1.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปและผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตน์ ซึ่งรับผิดชอบเขตประเทศ กรุงเทพฯ
- 1.3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนหรือผู้บริหารระดับสูงที่เข้าร่วมในโครงการ ฯ

2. การสัมภาษณ์กลุ่ม / การสนทนากลุ่ม

- 2.1 ทีมรับผิดชอบงานประกันสุขภาพจังหวัด (กลุ่มละ 3-5 คนต่อ 1 จังหวัด)
- 2.2 ทีมรับผิดชอบงานประกันสุขภาพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (กลุ่มละ 3-5 คนต่อ 1 โรงพยาบาล)
- 2.3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือผู้ที่รับผิดชอบงานหลักประกันของโรงพยาบาล* (กลุ่มละ 5-8 คนต่อ 1 จังหวัด)
- 2.4 สาธารณสุขอำเภอหรือนักวิชาการที่รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ* (กลุ่มละ 5-8 คนต่อจังหวัด)
- 2.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยและศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (กลุ่มละ 10-12 คนต่อจังหวัด)
- 2.6 ผู้นำท้องถิ่น ในเขตต่างจังหวัด ได้แก่ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ตัวแทนชุมชน อสม.กลุ่มละประมาณ 8-10 คน โดยเลือกในเขตเมือง 1 กลุ่มและเขตชนบท 2 กลุ่ม ต่อจังหวัด สำหรับในเขต กทม. ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย กรรมการชุมชน สมาชิกสภาเขต ผู้ใหญ่ บ้าน ตัวแทนชุมชนด้านสาธารณสุข โดยเลือก ผู้มีสิทธิเปลี่ยนสถานบริการ / กลุ่ม และผู้ไม่มีสิทธิ เปลี่ยนสถานบริการ (เขตคั่นยาวที่อยู่ติดกับเขตประเวศ) 1 กลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย
3. สัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กลุ่ม และการสนทนากลุ่ม ตามแผนการวิจัย
4. รวบรวมเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือวิจัย

1. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม
2. แบบบันทึก และอุปกรณ์บันทึกเสียง
3. อุปกรณ์การจัดสัมภาษณ์กลุ่ม
4. การศึกษาข้อมูลเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับจากข้อมูลหลายแหล่งตามหลักของสามเส้า (Triangulation) มาจัดกลุ่ม แล้ววิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบความคล้ายคลึง แตกต่าง และเหตุผลเกี่ยวกับโครงสร้าง การ

ดำเนินการ ระบบการจัดการ ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคในการจัดการและดำเนินการ รวมทั้งข้อเสนอแนะ มีการจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นให้แก่ตัวแทนจากพื้นที่ เพื่อร่วมกันนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสมในการให้เลือกสถานบริการจากประสบการณ์ของแต่ละจังหวัด เพื่อนำไปจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ตารางที่ 1 ประเภทและจำนวนผู้ที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำแนกรายพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง	แพร่	สุรินทร์	สระบุรี	สงขลา	กทม.	รวม
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/รอง (ผอ.สนง.หลักประกันสุขภาพสาขา)	2	1	1	1	1	6
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป	1	1	2	1	1	6
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน	1	1	1	2	1	6
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		1				1
-โรงพยาบาลที่เข้าร่วมฯ หลังนโยบายฯ	-	-	-	-	1	1
-โรงพยาบาลที่เข้าร่วมฯ มาโดยตลอด	-	-	1	1	1	3
-โรงพยาบาลที่ถอนตัวฯ หลังนโยบาย	-	1	-	-	-	1
-โรงพยาบาลที่ถอนตัวฯ หลังดำเนินการเลือกฯ แล้วเสร็จ	-	-	-	-	1	1
ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพจังหวัด	4	5	4	5	2	20
ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	3	4	9	9	2	27
ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน	8	8	8	6	-	30
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	6	6	6	6	-	24
สาธารณสุขอำเภอ หรือนักวิชาการ	8	6	8	6		28
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุข	8	9	11	15	6	49
ผู้นำชุมชนเขตอำเภอเมือง	10	10	9	20	18	39
ผู้นำชุมชนเขตชนบท	10	25	8	21	-	64

ผลการศึกษาวิจัย

จากการดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการการให้เลือกเปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจในพื้นที่นำร่องทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแพร่ (เฉพาะผู้อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง) จังหวัดสระบุรี จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดสงขลา และเขตพิเศษ กรุงเทพมหานคร โดยเฉลี่ยแต่ละจังหวัดใช้ระยะเวลาในการดำเนินการแจ้งข่าวสารให้แก่ประชาชนผู้ถือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และการมาติดต่อกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อขอเปลี่ยนบัตรทองใหม่เฉพาะรายที่ต้องการจะเปลี่ยนสถานบริการหลักหรือสถานบริการรองใหม่ เป็นเวลาประมาณ 3 เดือน ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2545 พบว่า ในพื้นที่ต่างจังหวัดทั้ง 4 แห่ง มีประชาชนผู้ถือบัตรทองที่มาแจ้งความประสงค์เพื่อขอเปลี่ยนแปลงสถานบริการใหม่ที่ระบุในบัตรทองเป็นจำนวนน้อยอย่างผิดปกติ เฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 2-3 ในขณะที่เขตพิเศษ สังกัดกรุงเทพมหานคร มีประชาชนมาติดต่อขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ประมาณร้อยละ 45 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนประชาชนจำแนกตามการเปลี่ยนสถานบริการตามโครงการเลือกฯ รายพื้นที่ ณ เดือนธันวาคม 2545

การเปลี่ยนสถานพยาบาล	แพร่	สุรินทร์	สระบุรี*	สงขลา	กทม.
จำนวนผู้ถือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า*	369,206	1,072,473	417,041	872,634	100,911
จำนวนผู้เปลี่ยนสถานพยาบาล	8,166	29,148	5,305	18,703	46,022
-เขตเทศบาลเมือง	62	18,101	4,189	-	-
-นอกเขตเทศบาลเมือง	8,104	11,047	1,116	18,703	-
คิดเป็น ร้อยละ	2.2	2.7	1.3	2.1	45.6

หมายเหตุ * เป็นประชาชนผู้ถือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะในพื้นที่ที่มีสิทธิเลือกเท่านั้น

1. การบริหารโครงการการให้เลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัคร

แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่

1.1 การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในระดับจังหวัดและอำเภอ

การจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อดำเนินการโครงการให้เลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ ในที่นี้จะแบ่งการดำเนินการออกเป็นสองระดับ คือ ระดับจังหวัดหรือระดับเขต และระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือระดับอำเภอ

1.1.1 ระดับจังหวัด

ในพื้นที่ต่างจังหวัดทั้ง 4 แห่งไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการโครงการให้เลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจขึ้นมาใหม่เป็นการเฉพาะ แต่ได้ใช้คณะกรรมการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าชุดเดิมที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปสน.) หรือ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) หรือบางแห่งเรียกในชื่อใหม่ว่า “สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา” เป็นผู้ดำเนินการ

ส่วนในเขตประเวศ กรุงเทพฯ การบริหารและดำเนินงานโครงการนำร่องให้ประชาชนเลือกสถานบริการสุขภาพมีคณะทำงานหลักที่รับผิดชอบโครงการฯ คือ “คณะกรรมการพิจารณาเครือข่ายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร” หรือที่เรียกว่า “War Room กทม.” ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานในระดับ จังหวัด ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหลายหน่วยงานคือ

1. ศูนย์ประสานงานเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร
2. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
3. สำนักงานประกันสุขภาพ
4. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

โดยมีศูนย์ประสานงานการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร รับหน้าที่เป็นผู้ประสานงานร่วมกับคณะทำงานในระดับปฏิบัติ แต่ก็เช่นเดียวกันไม่มีการตั้งคณะกรรมการแยกเฉพาะการเลือกสถานบริการ

เหตุผลหลักที่แต่ละจังหวัดไม่ตั้งคณะกรรมการชุดใหม่แยกออกมาจากกรมการเดิม ได้แก่

1. ถือว่าการให้ประชาชนเลือกสถานบริการเป็นส่วนหนึ่งของงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถือเป็นบทบาทของคณะกรรมการชุดเดิมที่มีอยู่แล้ว และไม่ได้เพิ่มงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำอยู่เดิมมากนัก
2. เพื่อป้องกันข้อขัดแย้งของการที่มีกรรมการย่อยชุดใหม่ เมื่อนำ มติหรือข้อเสนอเข้าที่ประชุมใหญ่ อาจมีความเห็นไม่ตรงกันกับที่กรรมการย่อยเสนอ อาจส่งผลให้การทำงานมีข้อขัดแย้งโดยไม่จำเป็นขึ้นได้ง่าย

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ฯ ในระดับจังหวัด ได้แก่

1. กำหนดเกณฑ์ขอบเขตเงื่อนไขและรูปแบบ (model) สำหรับการเลือกสถานบริการ
2. กำหนดแนวทางการดำเนินงานในการเลือกสถานบริการให้แก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือระดับปฏิบัติ
3. ติดตามผลการดำเนินงานของผู้ทำงานในระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

1.1.2 ระดับหน่วยคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care : CUP) หรือระดับอำเภอ

ลักษณะการบริหารโครงการ ฯ ในระดับอำเภอเป็นเช่นเดียวกับระดับจังหวัด คือ ไม่มีการจัดตั้งกรรมการชุดใหม่เป็นกรณีพิเศษขึ้นมาดำเนินการ แต่ได้ถือเป็นบทบาทของคณะกรรมการชุดเดิม ซึ่งมีชื่อที่เรียกแตกต่างกันไปในแต่ละ CUP ได้แก่

- คณะกรรมการบริหารหน่วยคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (CUP Board)
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)
- คณะทำงานประกันสุขภาพพ.นพรัตนราชธานีซึ่งดำเนินงานในเขตประเทศ กรุงเทพมหานคร

บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการในพื้นที่ต่างจังหวัด

ดำเนินการตามนโยบายและรูปแบบที่จังหวัดกำหนด ในงานด้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. การประชาสัมพันธ์โครงการ ฯ
2. การรับลงทะเบียน เพื่อเปลี่ยนแปลงสถานบริการ
3. การออกบัตรใหม่ในกรณีที่มีการแจ้งความจำนงค์เพื่อขอเปลี่ยนแปลงสถานบริการ

บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการในพื้นที่เขตประเทศ กรุงเทพฯ

1. จัดหน่วยบริการเพื่อรับขึ้นทะเบียน พิมพ์บัตร และแจกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. จัดเตรียมระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์เพื่อเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของสำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบ internet
3. ทำการประชาสัมพันธ์โครงการ ฯ เพื่อให้ประชาชนไปใช้สิทธิเลือกสถานพยาบาล

1.2 รูปแบบการจัดให้สิทธิเลือกสถานบริการสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้บริหารในระดับจังหวัดซึ่งเป็นผู้กำหนดรูปแบบวิธีการให้เลือกสถานบริการสุขภาพของประชาชนผู้ถือครองสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง ที่อาศัยในพื้นที่ 5 แห่งที่เป็นจังหวัดนาร่อง พบว่า ส่วนกลางได้ให้อำนาจแก่พื้นที่นาร่องทั้ง 5 แห่งสามารถเลือกกำหนดรูปแบบการเลือกสถานบริการสุขภาพที่คิดว่าเหมาะสม

กับพื้นที่ของตน จึงทำให้รูปแบบการเลือกในแต่ละพื้นที่มีทั้งบางส่วนที่คล้ายคลึงกันและมีบางส่วนที่แตกต่างกันออกไป แนวทางในการกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่มักจะประกอบด้วย การยึดหลักภูมิศาสตร์ของตำบล/อำเภอ เส้นทางการคมนาคม จำนวนสถานบริการสุขภาพที่มีให้ เลือกในพื้นที่ใกล้เคียง และการคำนึงถึงสิทธิของประชาชน ซึ่งพอจะแบ่งลักษณะรูปแบบการเลือกตามประเด็นที่สำคัญ ๆ ดังที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปรูปแบบการเลือกสถานบริการใน 5 จังหวัดนำร่อง

จังหวัด	รูปแบบการเลือก			
	พื้นที่	การเลือกสถานบริการ	ผู้เลือก	อายุบัตร
แพร่	อำเภอเมือง	สถานบริการหลัก	รายครอบครัว	ไม่ได้กำหนด
สุรินทร์	ทั้งจังหวัด	สถานบริการหลักที่อยู่ในพื้นที่อำเภอที่มีเขตติดต่อกัน	รายบุคคล	1 ปี
สระบุรี	ทั้งจังหวัด	สถานบริการรอง	รายครอบครัว	1 ปี
สงขลา	ทั้งจังหวัด	สถานบริการรอง และ -เขตชั้นในของทุกอำเภอบังคับเลือก รพ.ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ -อำเภอที่ติดกับอ.เมืองเลือก รพช. หรือ รพ.หาดใหญ่ -อำเภอจะนะกับอำเภอนาทวี และ อำเภอนาหม่อมกับอำเภอหาดใหญ่ เลือก รพ. และไปรักษาที่รพ.ในเขต รอยต่อได้	รายบุคคล	1 ปี
กทม	ทั้งเขต	สถานบริการรอง และ สถานบริการหลัก ได้ อย่างละ 3 อันดับแล้วจัดให้ อย่างละ 1 สถานบริการตามโควต้า	รายครอบครัว	ไม่ได้กำหนด

ในที่นี้ จะขอกล่าวถึงรายละเอียดรูปแบบที่แต่ละจังหวัดดำเนินการให้ประชาชนเลือกสถานบริการ ดังนี้

1.2.1 จังหวัดแพร่

กำหนดให้เลือกสถานบริการได้เฉพาะในเขตอำเภอเมือง โดยให้เลือกสถานบริการหลัก ระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลเอกชน และให้เลือกเปลี่ยนเป็นครอบครัว

คณะกรรมการ ฯ ของจังหวัดแพร่ได้ตกลงให้มีการเลือกเปลี่ยนแปลงสถานบริการได้เฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองเท่านั้น ซึ่งก่อนหน้านี้มีเพียงโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่งที่กำหนดให้เป็นหน่วยให้บริการแก่ผู้ถือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยยึดเอาตำบลที่ประชาชนอาศัยอยู่เป็นตัวกำหนดสถานบริการในบัตรฯ ซึ่งที่ผ่านมา พบว่ามีประชาชนบางส่วนไม่พอใจ อยากจะขอย้ายทะเบียนไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด และมีประชาชนก็อยากจะขอเลือกไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน ส่วนในเขตอำเภออื่นของจังหวัดแพร่ทางคณะกรรมการ ฯ กำหนดให้ประชาชนยังคงใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอ ไม่ให้มีสิทธิในการขอเลือกเปลี่ยนแปลงสถานบริการใหม่ เนื่องจากแต่ละอำเภอมีเพียงโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งเท่านั้นที่ให้บริการแก่ประชาชน และทางจังหวัดยังอนุญาตให้ประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภออื่น ๆ นอกอำเภอเมือง สามารถเข้ามาขอรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัดได้โดยตรงโดยไม่จำเป็นต้องมีใบส่งตัวอยู่แล้ว จึงเห็นว่าการเลือกสถานบริการในอำเภอเหล่านี้ไม่มีความจำเป็น และกำหนดให้ประชาชนทุกคนต้องขึ้นทะเบียนกับสถานบริการรอง คือ สถานีอนามัยใกล้บ้าน และไปรับบริการที่สถานบริการหลัก คือโรงพยาบาลชุมชน แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการจะไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน โดยถือบัตรทองฯ ระบุสถานบริการหลักเป็นโรงพยาบาลแห่งอื่น หรือในทางกลับกัน บัตรทองฯ ระบุให้ไปใช้สิทธิที่โรงพยาบาลเอกชน แต่ผู้ป่วยขอไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาด้วยตนเอง ไม่สามารถจะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรคได้ ยกเว้นเป็นเหตุฉุกเฉินเท่านั้น ที่สถานบริการฯ ต้นทางจะไม่เรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ป่วย แต่จะทวงค่ารักษาไปยังหน่วยงานอื่นต่อไป

“...ให้เลือกเฉพาะเขตเมืองเท่านั้น ในขณะที่อำเภออื่นๆ ทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนให้ความคิดเห็นที่สอดคล้องในทำนองเดียวกันว่า ไม่มีความจำเป็นต้องให้เลือกสถานพยาบาล เพราะประชาชนในเขตรอยต่อค่อนข้างมีอิสระไปใช้บริการได้ในเขตรอยต่อ...”

“...เลือกเฉพาะอำเภอเมืองก็ดี จะได้ทราบปัญหา ถ้าเลือกทั้งหมดจะตามแก้ปัญหาลำบาก...”

สำหรับการเลือก กำหนดให้เป็นการเลือกทั้งครอบครัว ไม่ใช่รายบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดความวุ่นวายหากเลือกไม่เหมือนกัน และความสะดวกในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นรายครอบครัว

“...รู้สึกประชาชน OK ที่จะเลือกเป็นครอบครัว ไม่มีปัญหาว่าทำไมต้องเลือกเป็นครอบครัว เราก็เลยรู้สึกว่าวิธีนี้ดีที่สุดที่สุดสำหรับการที่ช่วยให้เลือกแบบครอบครัว สมมติว่าคนในบ้าน 5 คน เลือกไม่เหมือนกัน จะทำให้เกิดวุ่นวาย...”

“...เหตุผลที่ให้เลือกเป็นครอบครัวมีเหตุผลเดียวคือการให้เลือกเป็นบุคคลมีผลต่อการดำเนินการเรื่องการบริการส่งเสริมและป้องกันโรคที่ยังไม่มีระบบรองรับการเปลี่ยนแปลง...”

ผลพวงจากการกำหนดให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสามารถเลือกเปลี่ยนแปลงสถานบริการได้ระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่งที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองซึ่งได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่แสดงความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชนมาเป็นโรงพยาบาลจังหวัดที่เป็นของรัฐ เนื่องจากโรงพยาบาลจังหวัดมีขนาดใหญ่กว่าโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้อย่างมาก มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวนมากกว่า และมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยกว่า ทำให้จำนวนผู้มีสิทธิที่เดิมโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ได้รับการจัดสรรตามพื้นที่ตำบลซึ่งมีผู้มีสิทธิถูกระบุให้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนประมาณ 8,000 – 9,000 คน แต่หลังจากการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมาติดต่อแจ้งขอเปลี่ยนสถานบริการตามที่ต้องการได้ ปรากฏว่าโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ มีผู้ที่ขอเลือกเป็นสถานบริการหลักเหลืออยู่เพียง 3,000 กว่ารายเท่านั้น ทางโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้จึงขอลอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากจำนวนผู้ประกันตัวมีจำนวนน้อยเกินกว่าที่จะอยู่ได้โดยไม่ขาดทุนมากนัก

สรุปแล้ว จังหวัดแพร่จึงเปรียบเสมือนจังหวัดที่ไม่มีการให้เลือกสถานบริการอีกต่อไป เพราะไม่มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมให้เลือกได้อีกในเขตอำเภอเมือง ส่วนประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตรอยต่อระหว่างอำเภอ จังหวัดก็อยู่ได้ด้วยให้สามารถไปใช้บริการในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงได้เฉพาะภายในจังหวัดแพร่โดยไม่จำเป็นต้องมีใบส่งตัว รวมไปถึงประชาชนผู้ถือบัตรทองฯ ก็สามารถเข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดโดยไม่จำเป็นต้องมีใบส่งตัวก็ได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพจังหวัดจะเป็นผู้ประสานงานกับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อเคลียร์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นค่าเหมารายหัวระหว่างโรงพยาบาลด้วยกันเอง

สรุปข้อดีและข้อเสียที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ความเห็นไว้ คือ

ข้อดี คือ ประชาชนยังคงได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่กลุ่มเดิมที่มีความคุ้นเคย หรือได้รับการบริการจากสถานบริการเดิมที่มีประวัติการเจ็บป่วยอยู่แล้ว ไม่ต้องเปลี่ยนสถานบริการ และบุคลากรสามารถให้บริการส่งเสริมป้องกันได้อย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในแต่ละเขตพื้นที่

ข้อเสีย คือ การเปิดให้ประชาชนเลือกสถานบริการระหว่างรัฐและเอกชน หากสถานบริการสุขภาพมีขนาดของจำนวนเตียง จำนวนแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เครื่องมือทางการแพทย์และขีดความสามารถของโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมากระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน มีความเป็นไปได้สูง ที่โรงพยาบาลซึ่งมีศักยภาพต่ำกว่าอย่างมากจะมีประชาชนเลือกค่อนข้างน้อย เหมือนกรณีของจังหวัดแพร่ ส่งผลให้โรงพยาบาลที่ด้อยกว่าอย่างชัดเจนอาจต้องขอถอนตัวออกจากโครงการ ฯ เนื่องจากไม่มีโอกาสในการสร้างกำไรเพื่อให้อำเภอยุ่รอดได้

1.2.2 จังหวัดสุรินทร์

กำหนดให้ประชาชนสามารถเลือกเปลี่ยนสถานบริการเฉพาะสถานบริการหลัก ได้ทุกอำเภอทั่วทั้งจังหวัด โดยกำหนดให้เลือกประชาชนผู้ถือบัตรทองฯ สามารถเลือกสถานบริการหลักเฉพาะอำเภอที่อยู่ในเขตรอยต่อระหว่างอำเภอได้ แต่ไม่สามารถข้ามไปเลือกสถานบริการหลักในอำเภอที่ไม่มีอาณาเขตติดต่อกันได้ ส่วนสถานบริการรองไม่ให้เลือกใหม่ พื้นที่จะเป็นผู้กำหนดสถานบริการรองที่เหมาะสมให้เป็นรายหมู่บ้านหรือตำบล ส่วนวิธีการเลือก กำหนดให้เลือกเป็นรายบุคคล และเปลี่ยนสถานบริการหลักได้ปีละ 1 ครั้ง

สุรินทร์ยึดนโยบายให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้เลือกได้เป็นรายบุคคล ประชาชนเลือกสถานบริการทั้งจังหวัด โดยให้ผู้ที่ประสงค์จะเปลี่ยนสถานบริการมาลงทะเบียนขอเปลี่ยนบัตร ณ สถานบริการหลักที่ต้องการเลือก ทั้งนี้จังหวัดกำหนดให้เลือกได้เฉพาะสถานบริการหลักเท่านั้น ส่วนสถานบริการรอง (ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยที่อยู่ใกล้บ้าน) กำหนดให้คงสถานบริการรองเดิมไว้หรืออาจเปลี่ยนใหม่ได้เฉพาะตามที่อยู่อาศัยจริงเพราะถือว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความคุ้นเคยกับประชาชนตามนโยบายใกล้บ้านใกล้ใจ และเพื่อความสะดวกและครอบคลุมการให้บริการส่งเสริมป้องกันในกรอบพื้นที่ที่กำหนด ประชาชนที่อาศัยอยู่ในแต่ละอำเภอสามารถขอเลือกสถานบริการหลักในอำเภอที่มีอาณาเขตติดต่อกันได้ แต่ไม่สามารถเลือกข้ามไปยังอำเภอที่ไม่มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอที่ตนอาศัยอยู่จริงได้ และไม่สามารถเลือกข้ามไปยังโรงพยาบาลศูนย์โดยตรงสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนขอเลือกเปลี่ยนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์มากเกินไป โดยกำหนดให้เลือกได้เฉพาะประชาชนผู้ถือบัตรทองฯ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอที่มีเขตรอยต่อกับอำเภอเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น ทั้งนี้ได้ระบุเหตุผลของการจัดรูปแบบนี้ว่า

“...การให้เลือกเป็นรายบุคคลเพราะเป็นไปตามเนื้อหาใน พรบ. ที่ให้บุคคลเลือกสถานบริการประจำได้ และที่ให้เลือกเฉพาะพื้นที่รอยต่อก็เพื่อลดความยุ่งยากในการจัดการ ป้องกันปัญหาประชาชนไปรับบริการที่ รพศ. มากเกินไป แต่ที่ยังคงให้ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการรองใกล้บ้านก็เพื่อความสะดวกในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค...”

“...การให้อิสระจนไร้ขอบเขตไม่ได้หรอก จะทำให้วุ่นวาย...”

“...ถ้าให้อิสระเลือกได้ทั้งหมด คนจะแห่ไป รพศ. กันจนรับไม่ไหว...”

ประชาชนสามารถเปลี่ยนสถานบริการหลักได้ปีละครั้ง โดยดำเนินการแจ้งขอเลือกสถานบริการคือ ตุลาคม 2545 – ธันวาคม 2545

สรุปข้อดีและข้อเสียที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ความเห็นไว้ คือ

ข้อดี คือ สอดคล้องกับนโยบายให้เลือกสถานบริการ ประชาชนทุกคนในทุกอำเภอมีสิทธิเลือกสถานบริการหลัก หรือโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในเขตต่อแดนได้และไม่เพิ่มภาระงานของโรงพยาบาลศูนย์จนเกินไป การที่คงสถานบริการรองไว้ทำให้การให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคทำได้ดีขึ้น

ข้อเสีย คือ ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ต่อแดนกับโรงพยาบาลที่จะเลือก เช่น ไม่ได้อยู่เขตติดต่อกับเขตของอำเภอที่มีโรงพยาบาลศูนย์ไม่มีสิทธิเลือกโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งๆที่ต้องการเลือก เพราะอยากเลือกสถานบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน และจากอดีตในสมัยที่ประชาชนบางส่วนที่ยากจนจะได้บัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร.) ทางจังหวัดอนุโลมให้สิทธิแก่ประชาชนผู้มีบัตร สปร. สามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาลแห่งไหนก็ได้ภายในจังหวัดสุรินทร์ แต่พอเข้าสู่ยุคบัตรทองฯ ทางจังหวัดกำหนดเงื่อนไขใหม่ให้ประชาชนต้องไปใช้บริการตามสถานบริการเฉพาะที่ระบุในบัตรทองฯ เท่านั้น หากข้ามไปใช้บริการโรงพยาบาลอื่นโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยจะต้องเสียเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้ประชาชนรู้สึกว่ายากได้สิทธิมากกว่าในสมัยก่อน และมีความไม่พอใจเหมือนถูกรีดถอนสิทธิที่เคยได้รับ

“...เดิมประชาชนในสุรินทร์จะไปรับบริการที่ไหนก็ได้ในจังหวัด โดยแต่ละ CUP ตามจ่าย การจำกัดเฉพาะเขตติดต่อกันทำให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่บางส่วนรู้สึกว่าสิทธิลดลง...”

1.2.3 จังหวัดสระบุรี

จัดกลุ่มสถานบริการหลักและรองเป็นเครือข่ายบริการ และให้ประชาชนมีสิทธิเลือกได้เฉพาะสถานบริการรอง ส่วนสถานบริการหลักจะเป็นไปตามที่กำหนดในแต่ละเครือข่าย มีการกำหนดให้เลือกเป็นครอบครัว และเปลี่ยนบัตรทองได้ปีละ 1 ครั้ง

ทางคณะกรรมการ ฯ ได้กำหนดลักษณะการให้สิทธิประชาชนเลือกสถานบริการสุขภาพตามลักษณะภูมิศาสตร์ และเส้นทางคมนาคม ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1.2.3.1 ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี สามารถเลือกสถานบริการได้ 3 แห่งคือ

- 1.ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระบุรี (ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลสระบุรี)
- 2.ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ (ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเกษมราษฎร์)
- 3.ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลค่ายอดิศร (ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลค่ายอดิศร)

1.2.3.2 ในเขตรอยต่อระหว่างอำเภอเมืองและอำเภอพระพุทธบาท ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการได้ 1 เครือข่าย

เนื่องจากอำเภอเมืองและอำเภอพระพุทธบาทต่างก็มีสถานบริการหลัก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปคือโรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาทตามลำดับ ประชาชนที่อาศัยในเขตรอยต่อระหว่างสองอำเภอดังกล่าวจึงสามารถเลือกเครือข่ายการใช้บริการได้ตามความสมัครใจทั้งนี้ขึ้นกับสถานพยาบาลรองที่เลือกนั้นได้ถูกจัดให้อยู่ในเครือข่ายสถานบริการหลักใด

1.2.3.3 ในเขตรอยต่อระหว่างอำเภอเมืองและอำเภออื่นๆ นอกเหนือจากอำเภอพระพุทธบาท ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการได้ 1 เครือข่าย

ประชาชนที่อาศัยในเขตรอยต่อระหว่างอำเภอเมืองและอำเภออื่นๆ ที่ไม่ใช่อำเภอพระพุทธบาท สามารถเลือกเครือข่ายการใช้บริการได้ตามความสมัครใจ ซึ่งประกอบด้วยเครือข่ายที่มีโรงพยาบาลศูนย์สระบุรีเป็นสถานบริการหลัก และเครือข่ายที่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการหลัก ทั้งนี้ขึ้นกับการเลือกสถานบริการรองว่าอยู่ในเครือข่ายสถานบริการหลักใด

สรุปข้อดีและข้อเสียที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ความเห็นไว้ คือ

ข้อดี การจัดสถานบริการเป็นกลุ่มเครือข่ายให้เลือกตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่ตั้งของแต่ละอำเภอ ทำให้เกิดการแข่งขันเพื่อพัฒนาคุณภาพสถานบริการของตนเองเพื่อให้ประชาชนเปลี่ยนมาเลือกมากขึ้นหรือไม่ย้ายไปเลือกที่อื่นทั้งสถานบริการรองและสถานบริการหลักเนื่องจากการมีคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน

ข้อเสีย ประชาชนบางส่วนต้องการเลือกสถานบริการรองใกล้บ้านแต่ต้องการไปใช้บริการสถานบริการหลักที่อยู่ต่างเครือข่าย เช่น ประชาชนเลือกสถานอนามัยหิชนเป็นสถานบริการรอง แต่ต้องการเลือกสถานบริการหลักเป็นโรงพยาบาลพระพุทธบาทเนื่องจากเคยไปใช้บริการมาก่อนมีนโยบายให้เลือกโดยสมัครใจ แต่การกำหนดเป็นกลุ่มเครือข่าย กลับทำไม่ได้ เพราะได้กำหนดให้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลสระบุรีซึ่งกำหนดให้เป็นแม่ข่าย อาจทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มหนึ่งไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจากสถานบริการเดิมที่เคยใช้เป็นประจำ

1.2.3.4 ในเขตอำเภออื่นๆ ยกเว้นอำเภอเมือง กำหนดให้ประชาชนในเขตรอยต่อระหว่างตำบลมีสิทธิเลือกสถานบริการรองที่ต้องการ แล้วไปรับบริการที่สถานบริการหลักในอำเภอ

นั้นๆ ในอำเภอรอบนอกที่ไม่ใช่อำเภอเมืองจะมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการหลักเพียง 1 แห่ง/อำเภอ จึงเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เลือกเฉพาะสถานบริการรองหรือสถานื่อนามัย และกำหนดเขตการเลือกสถานบริการรองเป็นหน่วยย่อยระดับรอยต่อระหว่างตำบล ผู้บริหารให้เหตุผลของการจัดรูปแบบนี้ว่าเพื่อการดูแลแบบองค์รวม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทราบปัญหาของชุมชน และช่วยให้มีการแข่งขันในการให้บริการที่มีคุณภาพระหว่างสถานบริการรองด้วยกัน

“...ที่ให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ คือศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานื่อนามัย เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพทั้งระบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งการรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เนื่องจากโรคส่วนใหญ่ที่ประชาชนเจ็บป่วยเป็นการเจ็บป่วยขั้นพื้นฐาน ศักยภาพของสถานพยาบาลระดับต้นสามารถให้บริการรักษาพยาบาลได้ และเป็นการดูแลแบบองค์รวม สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่อนามัยและประชาชนใกล้ชิดกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะรู้จักมักคุ้นกันเป็นอย่างดี มีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้าน ที่สำคัญคือเจ้าหน้าที่อนามัยจะรู้จักสังคม วัฒนธรรมของชุมชนที่ประชาชนมารับบริการเป็นอย่างดี ซึ่งจะส่งผลในการดูแลสุขภาพประชาชนได้เป็นอย่างดี และหากมีการเจ็บป่วยที่เกินขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล สถานื่อนามัยจะมีเครือข่ายสถานพยาบาลระดับสูงขึ้นไปอีก 2 ระดับ คือ รพ.อำเภอ และรพ.จังหวัด ซึ่งประชาชนสามารถที่จะเดินทางไปรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลระดับที่ 2 ที่ระบุในบัตรได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว และหากมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลในชั้นสูงขึ้น ไป สถานพยาบาลระดับ 2 จะส่งไปรักษาต่อจนสิ้นสุดการรักษา เรียกว่าประกันการรักษาพยาบาลตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดการรักษา และเหตุผลใหญ่อีกข้อหนึ่งคือ สถานพยาบาลระดับต้นที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนจะเกิดการแข่งขันในการให้บริการที่ดีแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนในปีต่อไป สุดท้ายผู้ที่ได้ประโยชน์สูงสุดคือประชาชนในพื้นที่นั่นเอง...”

“...ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่หรืออำเภอที่มีภูมิลำเนาอยู่หรือพื้นที่รอยต่อที่ติดกัน พื้นที่รอยต่อหมายถึง รอยต่อของเขตแดนหมู่บ้านที่มีพรมแดนติดกับตำบลหรืออำเภออื่นในจังหวัดเดียวกัน โดยไม่ยึดติดกับเขตการปกครอง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความจำเป็นในการใช้ชีวิต เช่น การไปทำงานหรือใช้ชีวิตในพื้นที่อื่นเป็นส่วนใหญ่ ไม่สะดวกกับการมาใช้บริการในเครือข่ายที่เป็นภูมิลำเนา ก็ให้สามารถเลือกเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทำงานแทน เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น ที่สำคัญคือจะช่วยลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางไปรับบริการของประชาชน...”

กำหนดให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิเปลี่ยนสถานบริการได้ปีละ 1 ครั้ง หากในระหว่างปีมีการย้ายหรือเปลี่ยนเป็นกรณีพิเศษหรือฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามข้อตกลงของกรรมการจังหวัด สำหรับประชาชนที่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลต้องยื่นหลักฐานขอเปลี่ยนแปลงภายในวันที่ที่กำหนด

หากไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลที่กำหนดไว้เดิมในบัตรทอง ฯ ก็ไม่ต้องดำเนินการแจ้งใดๆ ผู้ถือบัตรทองฯ สามารถใช้สิทธิ์เดิมตามสถานบริการที่กำหนดไว้ในบัตรทองฯ ได้ตลอดทั้งปี ส่วนกรณีที่ผู้ถือบัตรทองฯ มีการย้ายบ้านหรือสถานที่ทำงานในระหว่างปี ก็สามารถแสดงความจำนงเพื่อขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลในระหว่างปีได้ ทั้งนี้จึงหวัดกำหนดให้มีการเลือกสถานบริการโดยให้ทุกคนในหลังคาเรือนเดียวกันเลือกสถานบริการรองรับเหมือนกันเพื่อให้เป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัว เพื่อให้ดูแลแบบบูรณาการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เหตุผลที่อยากให้ประชาชนเลือกทั้งหลังคาเรือนเนื่องจากให้สอดคล้องกับหลักการดำเนินงานในลักษณะเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งต้องการให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งหน่วยบริการในพื้นที่จะดำเนินการจัดทำแฟ้มประวัติการดูแลสุขภาพประจำครอบครัว สำหรับใช้ติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงการรักษาพยาบาลของประชาชนนั้นๆ จะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิดโดยมีผู้รับผิดชอบโดยตรงเป็นที่ปรึกษาอยู่ใกล้ชิดตามหลักการ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ

สรุปข้อดีและข้อเสียที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ความเห็นไว้ คือ

ข้อดี การให้เลือกสถานบริการรองรับระดับตำบล ก่อให้เกิดการแข่งขันระหว่างสถานีนอนามัยเพื่อพัฒนาคุณภาพให้ได้รับเลือก ทำให้ประชาชนได้รับบริการใกล้บ้านที่มีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับนโยบายใกล้บ้าน ใกล้ใจ

ข้อเสีย ประชาชนไม่สามารถเลือกโรงพยาบาลหลักที่ต้องการได้หากสถานบริการหลักนั้นไม่ได้ถูกจัดให้อยู่ในเครือข่ายของสถานบริการรองที่ตนเลือก ประชาชนในอาศัยอยู่ในอำเภอรอบนอกไม่สามารถเลือกเข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีศักยภาพในการบริการสูงกว่าโดยตรง ยกเว้นต้องมาโดยผ่านระบบส่งต่อ จึงจะสามารถใช้สิทธิบัตรทองฯ ได้

1.2.4 จังหวัดสงขลา

กำหนดให้เลือกสถานบริการหลัก เลือกอิสระเป็นรายบุคคล ใน 3 รูปแบบ และเปลี่ยนบัตรทองได้ปีละ 1 ครั้ง

เนื่องจากสงขลาเป็นพื้นที่ที่มีสถานบริการหลักซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์มากกว่า 1 แห่ง และมีโรงพยาบาลเอกชนในเขตอำเภอที่เปิดให้เลือกมากกว่า 1 แห่งด้วย ทำให้การจัดรูปแบบการให้เลือกมีความหลากหลายตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างจาก 3 จังหวัดที่กล่าวไปแล้ว ดังนี้

1.2.4.1 ในเขตพื้นที่ชั้นในของทุกอำเภอ ซึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวจะถูกกำหนดให้ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการรองหรือสถานีนอนามัยใกล้บ้าน และไปใช้สถานบริการหลักหรือโรงพยาบาลในเขตพื้นที่นั้นๆ ซึ่งแต่ละเขตพื้นที่มีเพียง 1 โรงพยาบาล เหตุผลในการกำหนดแบบนี้เนื่องจากประชาชนในเขตพื้นที่

ชั้นในจะอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานพยาบาลหลักและมีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการอยู่แล้ว ไม่น่าจะเลือกไปใช้บริการที่อื่นอีก

“...Zone กลาง คือ ที่ไม่ติดใคร อันนี้ไม่มีสิทธิ์เลือก เพราะอยู่ใกล้โรงพยาบาลอยู่แล้ว ไม่ต้องเลือกไปที่อื่นอีก...”

สรุปข้อดีและข้อเสียที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ความเห็นไว้ คือ

ข้อดี คือ เจ้าหน้าที่มีความสะดวกในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน สามารถให้บริการได้ครอบคลุมประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ประชาชนส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยเรื้อรังยังคงรับบริการได้อย่างต่อเนื่องเหมือนเดิม

ข้อด้อย ประชาชนบางส่วนอาจต้องการไปรับบริการที่อื่น เช่น ใกล้ที่ทำงานแต่ไกลบ้าน หรือประชาชนในอำเภอรอบนอกที่อาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งอยู่ต่างอำเภอได้หากผ่านระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชน

1.2.4.2 ในเขตพื้นที่รอยต่อระหว่างอำเภอ

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รอยต่อ มีโอกาสในการเลือกสถานบริการในแต่ละระดับมากขึ้น ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะที่กำหนด มีดังนี้

1) อำเภอโดยทั่วไป ให้ประชาชนขึ้นทะเบียนบัตรทองกับสถานบริการรองหรือสถานีนอนามัยใกล้บ้าน และเลือกระบุสถานบริการหลัก (โรงพยาบาลชุมชน) ที่มีอยู่ในอำเภอนั้นๆ ได้หรืออาจเลือกสถานบริการหลักเป็นโรงพยาบาลทั่วไป(รพ.สงขลา)ก็ได้ถ้าหากอาศัยอยู่ในอำเภอที่อยู่ติดกับอำเภอเมือง ทั้งนี้ผู้ถือบัตรทองฯ ไม่สามารถข้ามไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนอื่นหรือโรงพยาบาลทั่วไปในอำเภอที่มีเขตแดนติดกันได้โดยไม่มีใบส่งตัว ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ในกรณีที่ผู้ถือบัตรทองซึ่งอยู่ในอำเภอที่ติดกับอำเภอเมืองขอเลือกโรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลหลัก จะไปไม่สามารถย้อนกลับไปขอใช้สิทธิรักษาฟรีที่โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอของตนเองได้อีก และจะต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เพราะทางโรงพยาบาลสงขลาไม่มีนโยบายตามจ่ายเงินคืนให้แก่โรงพยาบาลชุมชน

“...ส่วนของจะโหนดง นาทับ มีสิทธิ์เลือกระหว่าง รพ.สงขลาหรือรพ.จะนะ เป็นการเลือกรายบุคคลแล้วแต่ใครต้องการไปที่ไหน แต่สถานบริการใกล้บ้านคือสอ.คือมีสอ.ใกล้บ้านเป็นสถานบริการรอง และเลือกรพ.สงขลาเป็นสถานบริการหลักแทนรพ.จะนะ ชาวบ้านที่เลือกรพ.สงขลาจะไม่มีสิทธิ์กลับมาใช้รพ.จะนะได้เลย เพราะรพ.สงขลาไม่มีนโยบายตามจ่ายคืนรพช. ไม่มีนโยบาย refer

กลับ ก็เลยส่งผลให้คนไข้โรคเรื้อรังกลุ่มหนึ่งที่เคยรับยาพ.จะนะมาตลอด ต้องไปรับยาที่รพ.สงขลา...”

2) อำเภोजะนะกับอำเภอนาทวี และอำเภอนาหม่อมกับอำเภอหาดใหญ่ กำหนดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนบัตรทองกับสถานบริการหรือสถานอนามัยใกล้บ้านและให้เลือกสถานบริการหลัก (โรงพยาบาลชุมชน) ที่มีอยู่ในอำเภอนั้นๆ แต่ยินยอมให้ผู้ถือบัตรทองฯ สามารถเข้าไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลศูนย์ในอำเภอที่มีอาณาเขตติดกันได้โดยไม่ต้องมีใบส่งตัวระหว่างสถานบริการ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอดังกล่าวที่มักจะเลือกใช้บริการตามความสะดวกในการทำงานและการทำธุระในแต่ละวัน เช่น ถ้าวันที่เจ็บป่วยตรงกับตลาดนัดนาทวีกะจะไปรพ.นาทวี แต่ถ้าวันที่เกิดการเจ็บป่วยตรงกับตลาดนัดที่อำเภोजะนะก็จะไปรับการรักษาที่รพ.จะนะแทน และอีกเหตุผลหนึ่งเพื่อป้องกันชาวบ้านขอย้ายไปเลือกสถานบริการหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งอาจส่งผลให้ผลโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้ถือบัตรทองที่ลงทะเบียนเลือกโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนลดน้อยลงจนอาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดเล็ก เนื่องจากสถานบริการคู่แข่งมีศักยภาพแตกต่างกันอย่างมาก ดังเช่นกรณีของโรงพยาบาลชุมชนนาหม่อม และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่

“...เขตที่ 3 เขตติดกับนาทวี ชาวบ้านมีวัฒนธรรมการใช้บริการที่แตกต่างออกไปคือ ไปใช้บริการทั้งจะนะและนาทวี แล้วแต่สะดวกที่ไหน วันไหนมีตลาดนัดที่จะนะก็พาคนไข้มาจะนะ แต่ถ้ามีตลาดนัดที่นาทวีกะพาคนไข้ไปนาทวี เพราะฉะนั้นชาวบ้านใน 5 ตำบลที่ติดกับนาทวีกะเลือกบังคับให้เลือกจะนะแต่สามารถใช้บัตรของจะนะที่นาทวีได้ ไม่ต้องเปลี่ยนบัตร แล้วจะนะจะตามจ่ายให้เองโดยการเอาเงิน OPD ตั้งไว้กองกลางแล้วเอาจำนวนผู้รับบริการมา weight น้ำหนักกันระหว่างจะนะกับนาทวีเดือนละครั้ง ซึ่งจากข้อมูลเดือนตุลาถึงมกราคมที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มาใช้บริการที่จะนะมากกว่านาทวี ระบบนี้ดี ชาวบ้านสามารถไปใช้บริการได้ทั้ง 2 ที่โดยไม่ต้องเปลี่ยนบัตร เราก็ไม่เวียนหัวกับการเปลี่ยนบัตร...”

ขณะเดียวกันเป็นการลดขั้นตอนความยุ่งยากในการเปลี่ยนบัตร จึงเปิดให้ประชาชนใช้บริการตามความต้องการการดูแลได้ ดังเช่น

“...ไม่ต้องให้เลือก เพราะถ้าให้เลือกชาวบ้านจะเลือกหาดใหญ่เกือบหมด ก็เลยบอกให้เขาทำบัตรกับนาหม่อม แต่ถ้าอยากไปรพ.หาดใหญ่ก็ไปได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนบัตร แล้ว รพ.นาหม่อมค่อยตามจ่ายให้...”

สรุปข้อดีและข้อเสียที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ความเห็นไว้ คือ

ข้อดี คือ ประชาชนได้เลือกสถานพยาบาลที่ต้องการ สอดคล้องกับวิถีชีวิต สะดวกในการเดินทาง และช่วยกันไม่ให้ประชาชนเปลี่ยนไปเลือกโรงพยาบาลศูนย์มากเกินไป จนส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพต่ำกว่า

ข้อด้อย คือ ประชาชนในเขตพื้นที่ไม่มีสิทธิ์เลือกไปใช้สถานบริการนอกพื้นที่ มีข้อจำกัดการเลือกสถานบริการที่พึงประสงค์ ซึ่งที่นั่นอาจให้บริการได้ดีกว่า และสถานบริการที่มีอยู่ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาเพื่อการแข่งขัน

1.2.5 กรุงเทพมหานครฯ (เขตประเวศ)

ประชาชนมีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะเลือกสถานบริการรอง(ศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม.) และเลือกสถานบริการหลักหรือโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมในโครงการ ฯ ตามต้องการ แต่ได้กำหนดโควตาจำนวนผู้ถือบัตรทองที่แต่ละโรงพยาบาลสามารถรองรับได้ จึงขอให้ประชาชนใช้สิทธิเลือกสถานบริการรอง 3 อันดับและสถานบริการหลัก 3 อันดับ เรียงจากความต้องการเลือกเป็นอันดับแรกไปจนถึงอันดับที่สาม แล้วจัดสรรให้ตามจำนวนโควตาที่กำหนดไว้ให้แต่ละสถานบริการ หากอันดับแรกเต็ม ก็จะข้ามไปอันดับที่สอง และอันดับที่สามตามลำดับ ทั้งนี้กำหนดให้ประชาชนเลือกเป็นรายครอบครัว

เหตุผลในการกำหนดให้เลือกเป็นครอบครัว เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เคยดำเนินการมาก่อนแล้ว ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงใหม่ และการให้เลือกโดยกำหนดโควตา เป็นการกำหนดเพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถของสถานพยาบาลแต่ละแห่งที่จะให้การดูแลประชาชนได้ตามจำนวนที่กำหนด และเป็นการกำหนดโดยคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทางมารับบริการของประชาชนให้สอดคล้องกับนโยบาย ใกล้บ้าน แต่ยังไม่ได้มีการกำหนดระยะเวลาในการเปลี่ยนบัตรทองในแต่ละรอบ

“...ในส่วนกรุงเทพมหานครได้จัดกลุ่มของสถานพยาบาลหลักและรองในแต่ละแขวง เช่น แขวง ดอกไม้ กำหนดให้มีสถานพยาบาลหลักคือ รพ.สิรินธร รพ.บางนา 1 รพ.ปิยมรินทร์ รพ.เลิดสิน และมีสถานพยาบาลรองคือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46, 57 รพ.บางนา 3 ห่วงเศรษฐกิจคลินิก คลินิกเวชกรรมแพทย์ไชนันต์ โดยให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลหลักและรองได้อย่างละ 3 อันดับ โดยเขียนหมายเลข 1 หรือ 2 หรือ 3 หน้าชื่อสถานพยาบาลที่พอใจ สำหรับหมายเลข 1 นั้นหมายความว่า เป็นสถานพยาบาลที่พอใจมากที่สุด หมายเลข 2 เป็นสถานพยาบาลที่พอใจรองลงไป หากสถานพยาบาลที่เลือกเป็นอันดับ 1 มีประชาชนเลือกจนเต็มจำนวน (โควตา) ที่กำหนดให้สถานพยาบาลนั้นแล้ว ทางผู้ดำเนินการจะจัดสถานพยาบาลอันดับรองลงไปให้เป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวแทน...”

“...กำหนดให้เลือกเป็นแบบครอบครัว โดยเจ้าบ้านหรือผู้อยู่อาศัยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านของเจ้าบ้านและบรรณานุกรมแล้ว จะเป็นผู้แสดงความจำนงแทนทุกคนที่เป็นผู้มีสิทธิบัตรทอง...”

“...เนื่องจากกรุงเทพฯ เป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ จึงให้ประชาชนในเขตประเวศเท่านั้นที่สามารถเลือกสถานบริการได้ เพื่อความสะดวกในการประเมินผล แต่สถานบริการที่มาเป็นตัวเลือกนั้นบางแห่งไม่ได้อยู่ในเขตประเวศ...”

อย่างไรก็ตามจากการที่เป็นเขตนาร่อง เขตประเวศให้ประชาชนที่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล มาแจ้งเปลี่ยนใหม่ได้

“...เนื่องจากเป็นโครงการนำร่อง ดังนั้นในปี พ.ศ. 2545 จึงกำหนดให้เลือกเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ 1 ครั้ง คือระหว่างวันที่ 7 พฤศจิกายน ถึง 15 ธันวาคม 2545 รวมเป็นระยะเวลาให้เลือกประมาณ 1 เดือน...”

สรุปข้อดีและข้อเสียที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ความเห็นไว้ คือ

ข้อดี คือ ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการที่พอใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพเพื่อแข่งขันระหว่างสถานบริการ

ข้อด้อย คือ ยังมีประชาชนบางส่วนที่ต้องการเลือกสถานบริการหลักข้ามเครือข่ายที่จัดให้ หรือบางส่วนไม่พอใจกับการไม่ได้รับการจัดสรรลงสถานบริการหลักที่เลือกในอันดับ 1 ตามความต้องการ ด้วยมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนโควตาของสถานบริการแต่ละแห่งที่รับได้ดังกล่าว

สรุปแนวคิดในการจัดเกณฑ์การให้เลือกสถานบริการประจำของแต่ละพื้นที่

แต่ละจังหวัดมีแนวคิดในการจัดเกณฑ์ในการให้เลือกสถานบริการที่หลากหลายส่วนที่เหมือนกันและส่วนที่แตกต่างกันโดยจะมีประเด็นในการจัดให้เลือกได้แก่ กำหนดให้ประชาชนในทุกพื้นที่ (ยกเว้นจังหวัดแพร่) มีสิทธิในการเลือกเปลี่ยนสถานบริการ มีการจัดเครือข่ายบริการให้ระหว่างสถานบริการหลักและสถานบริการรอง เน้นแนวคิดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ในพื้นที่สระบุรี และสงขลาเพื่อป้องกันปัญหาประชาชนไปเลือกโรงพยาบาลศูนย์มากทำให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพต่ำกว่าที่อยู่ใกล้เคียงมีปัญหา ส่วนรูปแบบการให้เลือกแบบบุคคลหรือครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่กำหนดให้เลือกเป็นครอบครัว ได้แก่ จังหวัดสระบุรีแพร่ สงขลา และเขตประเวศ เพื่อให้การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทำได้ง่าย มีเฉพาะจังหวัดสุรินทร์ที่กำหนดให้เลือกเป็นรายบุคคลแต่กำหนดให้สถานบริการในพื้นที่เป็นผู้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคโดยตรง ดังสรุปใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปแนวคิดในการจัดเกณฑ์การให้เลือกสถานบริการประจำของแต่ละพื้นที่

จังหวัด	การเลือก	แนวคิด
แพร่	เลือกเฉพาะอำเภอเมือง เลือกสถานบริการหลัก เป็นครอบครัว	- ประชาชนไปรับบริการที่สถานบริการหลักในอำเภอของตนและ ไปรับบริการที่รพ.ชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง และ รพท. ได้อยู่แล้วจึงไม่จำเป็นต้องให้เลือกในอำเภออื่นที่ไม่มี รพ. เอกชน - กำหนดให้เป็นการเลือกทั้งครอบครัว ไม่ใช่รายบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดความวุ่นวายหากเลือกไม่เหมือนกัน - ความสะดวกในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นรายครอบครัว
สุรินทร์	- เลือกทั้งจังหวัด -เลือกสถานบริการหลักที่อยู่ในเขตรอยต่ออำเภอ - เลือกรายบุคคล	-ทุกคนมีสิทธิเลือก -เลือกรพ.ในรอยต่ออำเภอเพื่อป้องกันการข้ามไปเลือกรพศ.ที่มีศักยภาพสูงกว่ามากแต่สามารถส่งต่อได้ -กระตุ้นให้รพช. มีการพัฒนาบริการ -ให้เลือกรายบุคคลตามหลักของประกันสังคม -แต่ให้หน่วยบริการในพื้นที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
สระบุรี	- เลือกทั้งจังหวัด -เลือกสถานบริการรอง ซึ่งมีเครือข่ายสถานบริการหลัก - เลือกรายครอบครัว	-ให้เลือกสถานบริการรอง เน้นสภาพภูมิศาสตร์ - เน้นบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ใกล้บ้านใกล้ใจแล้วได้เครือข่ายไปสถานบริการหลัก มุ่งให้พัฒนาคุณภาพ
สงขลา	- เลือกทั้งจังหวัด -เลือกสถานบริการรอง ซึ่งมีเครือข่ายสถานบริการหลัก - แต่มีข้อกำหนดเฉพาะในบางพื้นที่ - เลือกรายครอบครัว	-ให้เลือกสถานบริการรอง เน้นสภาพภูมิศาสตร์และวิถีชีวิต -ป้องกันการข้ามไปเลือกรพศ.ที่มีศักยภาพสูงกว่ามาก โดยให้สิทธิเพิ่ม - สะดวกในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
กทม	- เลือกทั้งเขต -เลือกสถานหลักและรอง - เลือกรายครอบครัว	- สิทธิเต็มที่ในการเลือกสถานบริการหลักและรอง - ความสะดวกในการเดินทาง - การจัดงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามงานที่ทำและมี กทม. รับผิดชอบงานและงบด้านนี้อยู่แล้ว

1.3 การประชาสัมพันธ์โครงการ

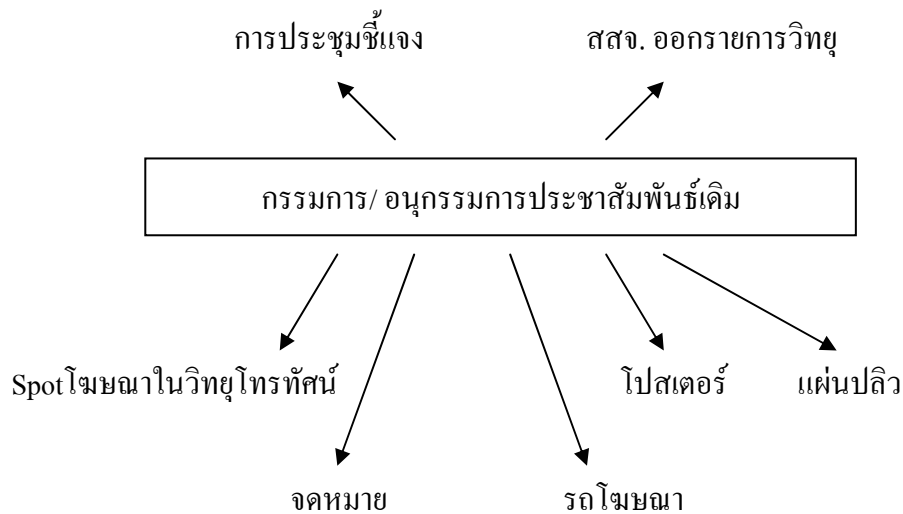
1.3.1 คณะกรรมการประชาสัมพันธ์โครงการสู่ประชาชน

ไม่มีการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาใหม่เพื่อทำการประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะในแต่ละจังหวัด แต่การดำเนินงานเป็นความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนในเขตประเวศ ทาง “คณะกรรมการพิจารณาเครือข่ายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพฯ” กำหนดให้ “ศูนย์ประสานงานการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร” เป็นผู้ดำเนินการประชาสัมพันธ์แต่เพียงผู้เดียว แต่เนื่องจากทางศูนย์ประสานงานการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิได้เป็นนิติบุคคลจึงไม่สามารถทำสัญญาจ้างบริษัทเอกชนเพื่อมาทำงานประชาสัมพันธ์ได้ เช่น การจ้างทำแผ่นป้ายโฆษณา ดังนั้นจึงมอบหมายให้ทางโรงพยาบาลนพรัตน์เป็นผู้ดำเนินการแทน แต่ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลนพรัตน์ก็ได้มีการจัดตั้งทีมงานเฉพาะขึ้นมาใหม่เพื่อการประชาสัมพันธ์แต่อย่างใด แต่ใช้ทีมบุคลากรที่รับผิดชอบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้ว เป็นคณะทำงานประชาสัมพันธ์

รูปแบบที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่

- การให้สัมภาษณ์และประชาสัมพันธ์ผ่านทางเครือข่ายสถานีวิทยุ เช่น อ.ส.ม.ท. และ สถานีวิทยุท้องถิ่น
- จัดประชุมชี้แจงเครือข่ายสื่อมวลชนถึงแนวทางการประชาสัมพันธ์ การเลือกสถานบริการของแต่ละจังหวัด
- ดำเนินการประชาสัมพันธ์ทั่วไป ได้แก่ ป้ายผ้าประชาสัมพันธ์ 4 มุมเมือง, จัดทำสปอตโฆษณาทางวิทยุฯ ประชาสัมพันธ์ในสถานทีวิทยุ และรถหน่วยประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่
- แผ่นพับ แผ่นปลิว
- การส่งเอกสารประชาสัมพันธ์โครงการการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจไปทางไปรษณีย์ เช่นในเขตประเวศ และจังหวัดแพร่ จังหวัดแพร่ส่งแบบฟอร์มเอกสารสำหรับเลือกไปทางไปรษณีย์ มีแสดมป์และซองในการตอบกลับทางไปรษณีย์ พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้าน โดยให้เจ้าบ้านหรือผู้อยู่อาศัยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านของเจ้าบ้านและ บรรลุนิติภาวะเป็นผู้เซ็นแสดงความจำนงแทนทุกคนที่เป็นผู้มีสิทธิบัตรทอง

แผนภูมิที่ 1 การดำเนินประชาสัมพันธ์การระดับจังหวัด



สาเหตุที่ไม่มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อการประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะ เนื่องจากเห็นว่าการที่ทำได้เพิ่มจากงาน UC เดิมมากนักและ มีอนุกรรมการประชาสัมพันธ์ที่ดำเนินการ ประชาสัมพันธ์งานด้านประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่เดิมอยู่แล้ว

การประชาสัมพันธ์ในจังหวัดถูกวิจารณ์โดยประชาชนและเจ้าหน้าที่บางส่วนว่าดำเนินการประชาสัมพันธ์น้อยเกินไป ไม่เหมือนช่วงที่ประชาสัมพันธ์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในครั้งแรก แต่บางส่วนก็มีความเห็นว่าดำเนินการประชาสัมพันธ์ตามสมควรแล้ว เจ้าหน้าที่บางส่วนมีความรู้สึกที่ว่าไม่ค่อยประชาสัมพันธ์มากนัก เพราะไม่ต้องการให้ประชาชนเปลี่ยนสถานบริการมากเกินไป เพราะอาจจะส่งผลกระทบต่อจัดการเปลี่ยนแปลงบัตรฯ และอาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดเล็กที่อยู่ใกล้รพ.ใหญ่

“ลึกลงไปแล้วไม่อยากให้ทราบมากนัก เคี้ยวแห่ไปเลือก รพศ. กันมากกว่าหน่วย รพศ. รับไม่ไหวหรอก”

นอกจากนี้การดำเนินการประชาสัมพันธ์ในทุกจังหวัดไม่มีระบบการประเมินผลการประชาสัมพันธ์อย่างชัดเจน จึงทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าผลการประชาสัมพันธ์แต่ละรูปแบบที่จังหวัดดำเนินการไปนั้นสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากน้อยเพียงใด

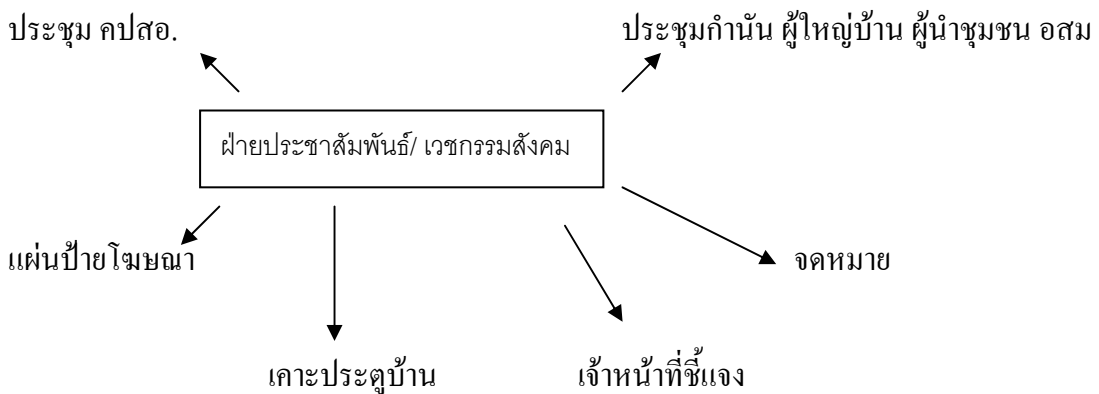
การประชาสัมพันธ์ในระดับ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)

จะมีรูปแบบการดำเนินการแตกต่างจากระดับจังหวัดโดยทั่วไป

โดยที่ไม่มีการตั้งกรรมการด้านประชาสัมพันธ์แต่ใช้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลดำเนินการ

- บาง CUP จะใช้ติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่หน้าโรงพยาบาล ติดบอร์ดในโรงพยาบาล
- ประชาสัมพันธ์ผ่านเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน อสม. อบต ผู้นำชุมชน
- ใช้แผ่นปลิว แผ่นพับประชาสัมพันธ์ ที่ได้จากจังหวัด
- ใช้การชี้แจงในที่ประชุมประจำเดือนของ กำนันผู้ใหญ่บ้าน
- การมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชนรวมทั้งให้สามารถลงทะเบียนเปลี่ยนสถานบริการได้เลย

แผนภูมิ ที่ 2 การดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)



สำหรับเหตุผลในการดำเนินการ ในแต่ละแห่งที่มีความแตกต่างกันไป คือ

- เจ้าหน้าที่ของบางโรงพยาบาลที่ระบุว่าไม่ต้องการให้ประชาชนย้ายสถานบริการ เนื่องจากเกรงจะถูกมองว่าโรงพยาบาลของตนมีคุณภาพไม่ดี จึงมีผู้ย้ายไปรับบริการที่อื่น ทั้งนี้เหตุผลในการเปลี่ยน อาจมาจากสาเหตุอื่น
- “ถึงแม้ว่าจะย้ายจากเหตุผลเดิมด้วยเรื่องระยะทางและความสะดวก แต่รพ.เดิมก็จะมีรู้สึก ว่าเสียศักดิ์ศรี”
- ประชาชนระบุว่าไม่ค่อยทราบข้อมูลเรื่องสิทธิในการเลือกสถานบริการเองได้ การเปลี่ยน เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการให้เลย “ไม่รู้หรอก เจ้าหน้าที่เอานามยเขาทำบัตรให้”
- นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนบางส่วนมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการเลือก เช่น
 - “ไม่รู้ข้อมูล แต่คนจาก รพ. มาบอกเรื่องนี้แล้วทำบัตรให้ บอกว่าไปที่เดิมก็ได้ ไปที่ใหม่ก็ได้ แต่ไม่เป็นความจริง ถ้ารู้ก่อนจะไม่เปลี่ยน”

- รพ.บางแห่งที่ต้องการให้มีผู้มาลงทะเบียนมาก จึงทำการประชาสัมพันธ์โดยระดมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลลงพื้นที่โดยไปให้ข้อมูล และทำการรับสมัครเปลี่ยนสถานบริการที่บ้าน แต่มีเสียงสะท้อนจากเจ้าหน้าที่และประชาชนบางส่วนว่า ได้รับข้อมูลที่ให้ไม่ชัดเจน ทำให้ประชาชนเสียโอกาสในการเลือกสถานบริการที่ตนเองต้องการได้

“บางโรงพยาบาล ออกไปทำบัตรให้ประชาชนถึงบ้าน มีเครื่อง X-rox ไปพร้อม แล้วยังบอกประชาชนว่า สามารถใช้บริการได้ทั้งโรงพยาบาลเดิม และโรงพยาบาลใหม่”

“ทำให้ประชาชนเข้าใจผิดทำให้เปลี่ยนไปลงทะเบียนด้วยเป็นจำนวนมาก และ ทราบข้อมูลในภายหลังว่าไม่ถูกต้อง”

- บางรพ. ไม่กล้าประชาสัมพันธ์มากเนื่องจากเคยถูกโรงพยาบาลอื่นกล่าวหาว่า ใช้กิจกรรมบางอย่างเพื่อดึงดูดคนมาเลือก เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อดึงดูดให้ประชาชนมาเลือก

“ทำอะไรลำบาก เรามีการทำเยี่ยมบ้านก็ถูกค่า หาวา จะประชาสัมพันธ์ ดึงดูดคนใช้ต้องเล็ก’ และเมื่อไม่ประชาสัมพันธ์ ก็ถูกว่า ประชาสัมพันธ์อ่อน ไม่อยากให้คนย้ายออกโดนทั้งขึ้นทั้งล่อง”

1.4 การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อรองรับการให้เลือกสถานบริการ

ถึงแม้จะต่างพื้นที่แต่ใน 4 จังหวัดมีการดำเนินไม่ต่างกันมากนักมีเพียงเขตประเทศที่ขั้นตอนการให้เลือกสถานบริการต่างออกไป ในจังหวัดต่างๆ มีการ ดำเนินการสรุปได้ดังนี้

1. ประชาชนยื่นหลักฐานที่สถานบริการที่จะเลือก สำหรับเขตประเทศ หน่วยงานกลางรับเรื่องคือรพ.นพรัตน์ราชธานี
2. สถานบริการหลักใหม่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร/หลักฐาน/ สิทธิ ทาง web site ของสำนักประกันสุขภาพ
3. สถานบริการหลักใหม่ขึ้นทะเบียนและออกบัตร โดยโปรแกรม Welfare UC พร้อมส่งข้อมูล Electronic กลับสถานบริการหลักเดิมภายในเดือนที่มีการเลือก
4. สถานบริการหลักใหม่ส่งข้อมูล Electronic โดยโปรแกรม Welfare ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายในต้นสัปดาห์แรกเดือนถัดไป
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งข้อมูล Electronic ให้สำนักประกันสุขภาพภายในสัปดาห์แรกของเดือน

ปัญหาด้านสารสนเทศ/ การออกบัตร

1. ระบบฐานข้อมูลยังขาดประสิทธิภาพในการตรวจสอบความซ้ำซ้อน

- โปรแกรม Soft ware ยังมีประสิทธิภาพไม่พอ
- ระบบการเชื่อมต่อเครือข่ายที่ล้มเหลวบ่อย ทำให้ข้อมูลที่ใส่เข้าไปสูญหายต้องทำซ้ำ

เสียเวลา

“ระบบ down บ่อยทำให้เสียเวลา บางทีข้อมูลหายเป็นร้อย”

- ไม่สามารถรองรับข้อมูลจำนวนมาก บ่อยครั้งที่พอ Key ข้อมูลเข้าไปแล้ว Hang ไปเฉยๆ
- ข้อมูลทะเบียนยังไม่ทันสมัย ไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้มีโอกาสเกิดการผิดพลาดซ้ำซ้อนใน

การออกบัตรได้ง่าย

2. การเชื่อมโยงข้อมูลยังมีปัญหา

- ผู้ปฏิบัติสะท้อนว่าเครือข่าย Internet ไม่มีประสิทธิภาพ ว่างช้าอย่างมาก และ Program ยังทำงานได้ไม่ดีนัก

- บางแห่งไม่มี ระบบเครือข่าย Computer ทำให้ไม่สามารถเชื่อมต่อข้อมูล เกิดความล่าช้า

3. เจ้าหน้าที่ยังขาดความชำนาญเกี่ยวกับระบบข้อมูลเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่ๆ รับผิดชอบงานด้านระบบข้อมูลในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาด้านนี้โดยตรง อาจได้รับการอบรมระยะสั้นแต่ยังไม่มีความรู้ความชำนาญ ทำให้ไม่สามารถทำงานอย่างเต็มที่ และไม่สามารถแก้ไขปัญหา

4. ประชาชนมาขึ้นทะเบียนช้า มีจำนวนมากที่มาขึ้นทะเบียนเมื่อเจ็บป่วยต้องการมารับการรักษา

“ถ้าไม่ป่วยก็ไม่มาขึ้นทะเบียนทำบัตร ทำให้ให้บริการได้ช้า บางครั้งก็ไม่เข้าใจ ไม่พอใจ”

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบสารสนเทศและการออกบัตร

1. รัฐควรเตรียมระบบรองรับข้อมูลประชากร ที่สามารถแสดงการเปลี่ยนแปลงของประชากร ได้ เช่น อายุ ลักษณะการทำงาน และการย้ายภูมิลำเนา เป็นต้น

2. ระบบข้อมูลต้องมีประสิทธิภาพพอที่จะรองรับคนจำนวนมากที่มาติดต่อขอเปลี่ยนสถานบริการ สิทธิในระยะต่อไป ‘ระบบที่ดีต้อง ดีพอที่จะใช้ได้ดี เมื่อมีคนเปลี่ยนสิทธิมากๆ ได้ ไม่ใช่แบบที่ใช้ในปัจจุบัน’

3. ต้องมีระบบสารสนเทศที่มีระบบฐานข้อมูลที่สามารถ ครอบคลุม ประชาชนที่ไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ด้วยแต่มาทำงานอยู่ในพื้นที่แห่งนี้ เพื่อที่พวกเขาจะไม่เสียสิทธิในการมีหลักประกันสุขภาพ

1.5 การจัดการงบประมาณ

การให้เลือกสถานบริการของจังหวัดน่านยังไม่ได้มีผลกระทบ ต่อการจัดการงบประมาณมากนัก เนื่องจากมีประชาชนเปลี่ยนสถานบริการใหม่น้อยมาก คือ ในต่างจังหวัดเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 3 ยกเว้นในเขตกรุงเทพ เขตประเวศซึ่งมีประชาชนขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่มากกว่าร้อยละ 40 เนื่องจากก่อนหน้านี้ ประชาชนในเขตประเวศ ถูกกำหนดให้ใช้โรงพยาบาลนพรัตน์เป็นสถานบริการหลัก ซึ่งที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ค่อนข้างไกลจากเขตประเวศอย่างมาก เมื่อเปิดให้ประชาชนเลือกได้โดยอิสระ และเพิ่งจะเปิดโรงพยาบาลสิรินธร สังกัด กทม. ขึ้นใหม่ซึ่งตั้งอยู่ในเขตประเวศ ทำให้ประชาชนมีโอกาสเลือกเปลี่ยนสถานบริการหลักที่อยู่ใกล้บ้าน จึงมีการแข่งขันค่อนข้างสูงระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนเพื่อดึงให้ประชาชนเลือกโรงพยาบาลของตน

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสถานบริการคือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณใหม่ที่กำหนดเป็นนโยบายจากส่วนกลางได้ส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ มากกว่าที่จะเป็นผลกระทบจากการให้ประชาชนเลือกเปลี่ยนสถานบริการ

การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรด้านงบประมาณ พอจะสรุปได้ดังนี้

ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 และ 2545 ในแต่ละจังหวัดและเขตประเวศ มีการจัดสรรงบประมาณต่างกัน บางจังหวัดจัดสรรงบประมาณแบบ Inclusive เช่น เขตประเวศ สระบุรี สุรินทร์ แต่มีบางจังหวัดจัดงบประมาณแบบ Exclusive เช่น จังหวัดสงขลา ต่อมาใน ปีงบประมาณ 2546 กระทรวงได้ให้ทุกจังหวัดจัดงบประมาณแบบ Exclusive จากสาเหตุหลายประการคือ เพื่อช่วยเหลือ CUP ที่มีปัญหาการเงิน และมีปัญหาการผลักดันใช้

การจัดสรรเงินแบบ Inclusive เดิม

1. ทำให้ บางCUP ที่มีโรงพยาบาลขนาดกลางแต่มีประชากรมาก จะได้รับงบประมาณมาก แต่ CUP ขนาดเล็กจะมีปัญหาได้งบน้อยมากซึ่งรวมเงินเดือนด้วยจะมีความสามารถในการริเริ่มทำงานได้ยากจากข้อจำกัดทางการเงินที่ได้รับจัดสรร
2. การจัดงบประมาณทั้งผู้ป่วยใน รวมกับผู้ป่วยนอก เบ็ดเสร็จเป็นรายหัวทำให้เกิดปัญหา ในบางแห่งเนื่องจากโรงพยาบาลไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่เหมาะสม เนื่องจากกลัวว่าต้องตามจ่ายค่ารักษาให้ผู้ป่วยเป็นภาระทางการเงิน

3. การให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดสรรเงินงบประมาณใน CUP ทำให้หลายแห่งมีปัญหาในการจัดสรรเงินให้แก่ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย

“ขึ้นกับผอ. ถ้าผอ.เข้าใจงานสาธารณสุขก็ดีไป แต่หลายแห่งผอ. ไม่ยอมจัดสรรเงินให้อนามัยทำให้มีปัญหา” “อนามัยบ่นมาเยอะมาก ว่าไม่ได้เงิน” “ส่วนหนึ่งเพราะตัวเองได้เงินเยอะ ก็ไปวางแผนลงทุน ทำโน่นทำนี่ ปรากฏว่าอนามัยไม่ได้เงิน ผู้อำนวยการแต่ละคนก็คิดไม่เหมือนกัน” “ผอ.บางคนก็มองแต่ด้านการรักษา และพัฒนาโรงพยาบาล บางคนก็มองงานด้านสาธารณสุขด้วย” “อนามัยได้เงินน้อย ต่อรองกันซ่อนความไม่พอใจไว้ข้างใน”

การจัดสรรแบบ Exclusive

1. มีการตัดเงินเดือนที่จังหวัด ทำให้มีการเฉลี่ยงบประมาณสำหรับเงินเดือน ช่วยลดภาระ Labor cost แก่ CUP ที่มีประชาชนน้อย
2. การที่จังหวัดจ่าย Fix cost ให้สถานอนามัยโดยตรงช่วยลดปัญหาความขัดแย้ง การไม่ได้งบสนับสนุนจาก CUP ของสถานอนามัยไปได้มาก

“ปีที่แล้วให้บริหารกันเองก็เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างสถานอนามัยกับโรงพยาบาลแทบทุกแห่ง มีน้อยแห่งที่ไม่เกิด ขนาดเป็นจังหวัดที่ได้เงินเยอะนะ” “การจ่าย Fix cost ช่วยลดความขัดแย้งได้มาก” “ตอนนี้ดีไม่ต้องทะเลาะกับสถานอนามัย สถานอนามัยไปทะเลาะกับ สสจ. แทน”

ที่มีปัญหาเนื่องจาก เจ้าหน้าที่ของ สสจ. คำนวนการจ่าย Fix cost แก่สถานอนามัยผิดพลาด แต่ได้แก้ไขเมื่อถูกท้วงติง

‘เจ้าหน้าที่เขาคำนวนผิด พอรู้ว่าผิด ก็ดำเนินการแก้ไข ก็พอใจ’

3. การแยกงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจ่ายตามทะเบียนราษฎร์ เป็นการแยกงบส่งเสริมป้องกันออกมาจากการรักษาพยาบาล ทำให้การเลือกสถานบริการของประชาชนไม่มีผลกระทบต่องบส่งเสริมป้องกันโรค เพราะจะมีเพียงงบของการรักษาที่เปลี่ยนแปลงตามการเปลี่ยนสถานบริการของผู้ป่วย
4. การจ่าย Fix cost มีผลต่องานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การที่ได้รับจัดสรรงบโดยไม่ต้องเสนอโครงการทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานด้านนี้

“เคยเร่งให้อาณามีโครงการแล้วไปเสนอขอของบมาทำงาน แต่ตอนนี้เขาไม่สนใจเงินอยู่ในมือเขาแล้วนี่”

สำหรับเขตประเทศ ที่มีทั้ง รพ, สังกัด กทม. รพ. เอกชนเป็นเครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการดังนี้

ปี 2545 วิธีการจัดสรรเงินการรักษา, P&P

ในการจัดสรรเงินด้านการรักษาและ P&Pในอดีต นั้นจะใช้แบบ inclusive ที่งบประมาณของ P&P ในและนอกนั้นจะเหมาะให้สถานพยาบาลหลักไป แล้วเมื่อศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. ทำหน้าที่ในเรื่อง P&P นอก แทนสถานพยาบาลหลัก ก็จะต้องทำการเรียกเก็บค่า P&P นอกจากสถานพยาบาลหลัก ซึ่งจะมีความยุ่งยากและไม่สะดวกในการบริหารจัดการ

ปี 2546 วิธีการจัดสรรเงินการรักษา, P&P

ในการหาแนวทางการดำเนินงานด้านส่งเสริมและป้องกันโรคตามโครงการนำร่องนี้ ทางโรงพยาบาลนพรัตน์ฯ ได้เชิญสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำงานด้านส่งเสริมและป้องกันโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานครตามพระราชบัญญัติท้องถิ่นอยู่แล้ว รวมทั้งสถานพยาบาลอื่นที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันประชุม ซึ่งที่ประชุมได้มอบหมายให้สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครเป็นผู้กำหนดพื้นที่บริการ (Catchment Area) ที่จะดำเนินการโดย ศูนย์บริการสาธารณสุข ส่วนที่เหลื่อมมอบให้สถานพยาบาลอื่นที่แสดงความจำนงตามศักยภาพ เพื่อให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยจะจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้เป็นกองทุนกลาง

วิธีการจัดสรรงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลนั้นทางคณะกรรมการฯ ได้พิจารณา คือ วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบ exclusive โดยโอนงบ OPD & IPD ในสถานพยาบาลให้กับโรงพยาบาลหลักแล้วให้โรงพยาบาลหลักตามจ่ายให้กับสถานพยาบาลรองที่ได้ทำสัญญากันไว้ โดยกำหนดให้จ่ายตามจำนวนประชากร ในอัตรารายละเอียด 1,052 บาท

วิธีการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรคสำหรับวิธีจัดสรรงบประมาณที่ทางคณะกรรมการฯ ได้พิจารณา คือ วิธีการจัดสรรงบประมาณที่แยกงบประมาณด้าน P&P ออกจากงบประมาณด้าน OPD & IPD โดยงบประมาณด้าน P&P นั้น ยังแบ่งเป็นอีก 2 ลักษณะคือ

1. งบประมาณ P&P ในสถานพยาบาลให้ตั้งไว้ที่สถานพยาบาลหลัก
2. งบประมาณ P&P นอกสถานพยาบาลให้จัดตั้งเป็นกองทุนกลาง และกันไว้ 1-3 บาทต่อหัวประชากร เป็นค่าบริหารจัดการ โดย “ผู้จัดการ” ซึ่งจะดูแลความครอบคลุม, ความทั่วถึง และประสิทธิผลของบริการ P&P ทั้งนี้ต้องมีการมอบอำนาจและหน้าที่อย่างชัดเจน โดยในระยะแรกของโครงการ สำนักอนามัยยินดีรับภาระเป็น “ผู้จัดการ” ในเขตนำร่อง

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นเขตปกครองพิเศษที่มีหน่วยงานท้องถิ่น คือ กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ดูแล ดังนั้นสถานพยาบาลในกำกับของกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลสิรินธร และศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพฯ จึงได้รับงบประมาณจากทางกรุงเทพมหานครด้วย เท่ากับว่าสถานพยาบาลในกำกับของกรุงเทพมหานคร ได้รับงบประมาณด้านการรักษาและส่งเสริม

และป้องกันโรคทั้ง 2 ด้านคือ จากโครงการหลักประกันถ้วนหน้าและจากกรุงเทพมหานคร ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องแข่งขันในเชิงธุรกิจกับสถานพยาบาลอื่นๆมาก อย่างสถานพยาบาลที่เป็นเอกชน

สำหรับเหตุผลที่เปลี่ยน/ไม่เปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณ ที่เปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณก็เพราะเห็นว่าศูนย์สาธารณสุขของกรุงเทพมหานครนั้นมีการดูแล เรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคให้กับประชาชนในพื้นที่อยู่แล้ว และมีการดำเนินงานมาเป็นเวลานาน ทำให้รู้จักพื้นที่ดี รวมทั้งตามพระราชบัญญัติของกรุงเทพมหานคร และพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีส่วนในการดูแลในเรื่องนี้ด้วย ดังนั้นการแย่งงบประมาณด้าน P&P ไปให้ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพฯดูแล ก็จะทำให้สะดวกต่อการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในเรื่องของงบประมาณ

ผลกระทบของการจัดสรรเงินในการรักษาและส่งเสริม/ป้องกัน ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าวิธีการจัดสรรเงินการรักษาแบบ inclusive นี้ มีปัญหาสำคัญในเรื่องของ “ความล่าช้าของการเบิกจ่าย” เนื่องจากการจัดการระหว่างโรงพยาบาลหลักและสถานพยาบาลรองที่มีปัญหาเรื่องการทำสัญญา ซึ่งจะมีผลต่อการเบิกงบประมาณ ทำให้เกิดความล่าช้าในการเบิกงบประมาณ

ผลกระทบของการเลือกต่องบประมาณ มีไม่มากนักเช่นจังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากทั้งจังหวัดมีผู้เปลี่ยนสถานบริการเพียง 29,148 คน คิดเป็น 2.69 เปอร์เซ็นต์ จากทั้งหมด 14 CUP ส่วนใหญ่ (11 CUP) ประชาชนขึ้นทะเบียนลดลง (292 คน ที่รพ. บัวเขต ถึง 4,423 คนที่ รพ. ปราสาท) มีเพียง 4 CUP ที่ มีประชาชนขึ้นทะเบียนเพิ่ม (1,853 คนที่ รพ.ลำโรงทาบ 2659 คนที่ รพศ.สุรินทร์และเพิ่มมากที่สุดที่ รพ. คำวิระวัฒน์โยธิน 15,412 คน) จะเห็นว่าการเพิ่มมากที่สุดที่ รพ.ค่าย แต่ๆละ CUP ลดไม่มากนัก เนื่องจากเดิมมี ทั้งหมด 15 CUP คือ CUP รพ เอกชน แต่ได้ถอนตัวไปหลังมีการให้เลือกสถานบริการ ผู้ที่ลงทะเบียนเดิมที่นี้ได้ถูกเฉลี่ยไป CUP รพ. ค่าย

แต่ต่อมาในปีงบประมาณ 2546 รัฐบาลได้เปลี่ยนแปลงการจัดงบประมาณ โดยตัดเงินเดือนที่กระทรวงและเปลี่ยนแปลงการจัดและจ่ายงบประมาณแก่จังหวัดในภาคต่างๆใหม่ ทำให้เกิดผลกระทบอย่างมาก ภาคกลางที่สระบุรี ภาคใต้ สงขลา ภาคเหนือที่แพร่ ไม่ค่อยมีปัญหามากนัก แต่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประสบปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงนี้มาก จากการที่กระทรวงได้ลดงบประมาณในภาคตะวันออกเฉียงเหนือลง และทยอยจ่ายเป็นงวด

ตค. 45- มค. 46 (4 เดือน) ให้ 80 % ของที่เคยได้รับโดยจ่ายให้ 70 % ก่อน

ทำให้ได้งบประมาณเพียง 56 %

กพ-มีค 46 (2 เดือน) ได้งบประมาณ 80 %

เมย- พค 46 (2 เดือน) ได้งบประมาณ 53%

ผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้น ต่อการจัดระบบบริการ คือ

1. มีปัญหาสภาพคล่องในการดำเนินการจากงบประมาณที่ลดลง

“เริ่มเกิดปัญหาเพราะว่าเงินโรงพยาบาลลดไปเยอะ ลดไปประมาณ 30 ล้าน ภายใน 2 เดือน เดิมสุรินทร์เป็นที่ๆได้ประโยชน์จากการจัดสรรเงิน และโรงพยาบาลขนาดกำลังดี ไม่ใหญ่จนเกินไป และถ้าเงินเหมือนเดิม 2 เดือน 90 ล้านกำลังสวยแต่ตอนนี้เหลือ 60 ล้าน”

มีบางโรงพยาบาลที่ประสบปัญหามากเพราะเป็นโรงพยาบาล ที่มีประชาชนขึ้นทะเบียนน้อย ต้องได้งบประมาณช่วยเหลือจากจังหวัด (Contingency fund) ของจังหวัด เช่น

‘รพ.สนมทางจังหวัดต้องจัดงบให้อีก 10 บาทต่อหัวประชากร โรงพยาบาลลำควนต้องช่วยเหลือเช่นกัน รวมทั้งรพ.บัวเชดที่อยู่ชายแดนต้องให้งบช่วยไป หกแสนกว่าเพราะลำบากมากต้องช่วยกันไป’

2. มีผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินการของCUP ต่างๆ กรณีข้ามเขต เพราะงบประมาณจำกัดลง

“ปัญหาเรื่องนี้เริ่มเกิดเพราะเงินเรามีน้อย คนข้ามเขตพอดีเรียกค่าต่อหัวมามาก บางที่ก็รับไม่ไหว”

3. ผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขที่จ่าย Fix cost แก่สถานีนอนามัย เนื่องจากการคำนวณและจ่ายงบประมาณให้สถานีนอนามัยเป็น Fix cost แล้ว เมื่องบประมาณถูกลดลง สถานีนอนามัยไม่ยอมให้ลดลงในส่วนของตน

“เคยได้มากอยู่ก่อนพอ งบถูกตัดก็ไม่ยอมให้ลดลงจะขอเท่าเดิม”

4. ผลกระทบต่อการจ่ายค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ เนื่องจากมีงบประมาณที่จะจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการใน PCU หรือล่วงเวลาลดลง

‘พวกผอ.ที่จ่ายค่าตอบแทนเต็มเพดาน เช่นค่าตอบแทนแพทย์พยาบาล สูงที่สุดที่สามารถจ่ายได้ ตอนนี้มีปัญหาเงินไม่พอขอลดก็ไม่ยอมไม่พอใจ’ ‘ไม่คู่สถานะ การเงินกันบ้าง บางคนบ่นเคยได้ ห้าหมื่น ตอนนี้เหลือสามหมื่นไม่พอส่งรถ ส่งบ้าน’

การเปลี่ยนแปลงด้านงบประมาณดังกล่าวมีผลต่อขวัญกำลังใจ ของทั้งผู้บริหารระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างมาก ทำให้ไม่กล้าริเริ่มทำอะไรใหม่ๆ เพิ่มเติม เพราะเกรงว่า จะมีการเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายในการจัดสรรงบประมาณอีก หากคิดโครงการใหม่เพิ่มเติม อาจไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะข้อจำกัดด้านงบประมาณ

โดยสรุป การให้เลือกสถานบริการในจังหวัดน่าจะมีผลกระทบต่องบประมาณหรือสถานะทางการเงินของสถานบริการแต่ละแห่งค่อนข้างน้อยมากในเขตต่างจังหวัด อาจจะเนื่องจากมีผู้ขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ค่อนข้างต่ำ ส่วนในเขตประเวศซึ่งมีผู้ขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ค่อนข้างมาก จึงมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณใหม่ที่ได้อย่างชัดเจนขึ้นอยู่กับจำนวนของประชาชนที่เลือกสถานบริการแต่

ละแห่ง ส่วนการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ยังไม่มีปัญหาอย่างชัดเจน เพราะจำนวนประชาชนที่ขอเปลี่ยนแปลงสถานบริการรอก็มีค่อนข้างน้อยเช่นกัน สำหรับในเขตประเวศ กรุงเทพฯ ซึ่งมีผู้เปลี่ยนสถานบริการมากกว่าร้อยละ 40 มีการตั้งงบประมาณ 1-3 บาทต่อหัวประชากรสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้แก่ทางหน่วยงานสังกัดกทม.และงานนี้ยังได้รับงบประมาณและการให้บริการโดยกรุงเทพมหานครเป็นอย่างดีอยู่แล้วทำให้ไม่เกิดปัญหาที่เด่นชัด

1.6 การจัดการด้านทรัพยากรบุคคล

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบุคลากร

การให้ประชาชนเปลี่ยนสถานบริการได้นั้น ไม่ได้มีผลกระทบโดยตรงต่อการจัดบุคลากร เนื่องจากมีผู้เปลี่ยนขอเลือกเปลี่ยนสถานบริการประจำใหม่น้อยมาก ทำให้การจัดระบบงานไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนจากผลของนโยบายการให้ประชาชนเลือกสถานบริการได้โดยสมัครใจ แต่อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องพบว่า การเปลี่ยนแปลงการจัดการบุคลากรเป็นผลมาจากตัวโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปรับลดงบประมาณจากส่วนกลางจะมีผลต่อการจัดบุคลากรในอนาคต

การจัดการบุคลากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินการในแต่ละพื้นที่ มีดังนี้

1. การจัดสรรบุคลากรในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ ลงปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
2. การจัด แพทย์ เกสัชกร เวียนไปช่วย PCU สัปดาห์ละหนึ่งวัน และมีการการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ที่ไปปฏิบัติงานใน PCU เช่น ในบางจังหวัดแพทย์วันละ 400 บาท พยาบาลวันละ 200 บาท
3. มีการเกลี่ยบุคลากรระดับตำบลเพื่อการดำเนินงานสร้างสุขภาพ
'ตอนนี้มีคนอยู่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3 คนนอกนั้นไปอยู่ PCU หรือ สถานีอนามัย' สาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลมาจากค่าตอบแทน 'เขาได้เงินก็ไป'
4. ในรพ.เอกชนก่อนการถอนตัว จากที่ไม่ได้ทำงานส่งเสริมด้วยได้จัดแพทย์ 1 คน และพยาบาล 2 คน มาทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยตรง ซึ่งมีงานด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมากกว่าเดิม
5. ในโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดกิจกรรมและมอบหมายงานด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้แก่บุคลากรของตนออกไปพื้นที่รับผิดชอบมากขึ้น

1.7 การจัดระบบบริการระหว่างงานด้านรักษาพยาบาลและงานส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค

1.7.1 นโยบายเกี่ยวกับการให้บริการการรักษาและส่งเสริม/ป้องกัน ก่อนและหลังการเลือก

‘นโยบายที่มีผลต่อการรักษาและส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผลมาจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือคงการรักษาในโรงพยาบาล เสริมเรื่องการส่งเสริมด้วย และในศูนย์สุขภาพชุมชน เพิ่มศักยภาพ และ จำนวนเจ้าหน้าที่ เรื่องการรักษา ควบคู่ไปกับส่งเสริม’

1.7.2 การจัดการด้านรักษาและส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับงบประมาณ

- จัดสรรงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพไปที่สถานีนามัยโดยตรงจากจังหวัด เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
- มีการแยกงบประมาณด้านส่งเสริม/ป้องกัน และการรักษาพยาบาล ให้สถานีนามัยโดยตรง
- งบรักษาพยาบาลจัดสรรให้ CUP แต่สถานีนามัยสามารถเบิกยาและเวชภัณฑ์ได้โดยไม่จำกัดจากโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยบัตรทองฯ มาใช้บริการและมาเบิกจ่ายที่ CUP โดยตรง
- ในทางปฏิบัติ ประชาชนก็จะไปใช้บริการด้านส่งเสริม/ป้องกันกับสถานบริการใกล้บ้านเพราะการเดินทางสะดวกกว่า ส่วนด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักจะเลือกไปใช้บริการกับสถานบริการที่มีคุณภาพดี, บริการดี, มั่นใจในการรักษา

การดำเนินการด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล

การจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลไม่ต่างจากเดิมมากนัก นอกจากโรงพยาบาลที่มีการรับประชาชนที่มามากขึ้นเรื่อยๆ จึงต้องจัดบุคลากรมากขึ้นเพื่อให้บริการอย่างพอเพียง

ปัญหาในการดำเนินการรักษาพยาบาล

- บางแห่งมีปัญหางบประมาณลดลงอาจทำให้ประสิทธิภาพด้านการรักษาลดลง
‘ถ้ายังเป็นอย่างนี้เรื่องการรักษาจะเป็นปัญหาอาจมีการลด หรือเปลี่ยนแปลงเรื่องการใช้จ่ายเพื่อความอยู่รอด’
- คนไข้ชอบทดลองใช้บัตรทองโดยไม่จำเป็น
‘ตอนนี้ทุกคนมีบัตรทอง ถามคนไข้เขาว่ามาทดลอง มาอาษาเพื่อจะดูว่าบัตรทองมีประสิทธิภาพไหม ให้งานหมอเยอะมาก’
- ข้อจำกัดเรื่องการใช้จ่าย
‘แพทย์โรงพยาบาลเอกชนไม่พอใจที่ต้องใช้เพียงยาในบัญชี ยาหลัก เพราะบางโรคเช่น ปอดบวม ต้องใช้ยานอกบัญชีแต่ทำไม่ได้’

- บางคนสะท้อนว่าผู้รับบริการเรียกร้อง เรื่องยาเกินความจำเป็น
'คนพวกนี้มาบังคับหมอเอายาที่มันยาหนักๆ'

การดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

- มีนโยบายและงบประมาณมาก่อนข้างชัดเจนและมีการเพิ่มบริการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในส่วนของการทำแฟ้มประวัติครอบครัว การเยี่ยมบ้าน การออกกำลังกายในช่วงปี 2546 บางโรงพยาบาลที่ไม่ค่อยทำงานด้านนี้ก็ทำมากขึ้นเช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลค่าย เป็นต้น ได้มาทำด้านการเยี่ยมบ้าน การทำแฟ้มประวัติครอบครัว และงานอนามัยโรงเรียน

- มีการกระตุ้นให้หน่วยงานระดับสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเขียนโครงการเพื่อของงบประมาณในการทำงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ศูนย์สุขภาพชุมชน/ สถานีอนามัย

มีการเปลี่ยนแปลงจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านเจ้าหน้าที่ แต่ในสถานีอนามัยไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงด้านเจ้าหน้าที่ แต่งานต่างๆไปในทิศทางเดียวกัน

- **การรักษา** มีการจัดพยาบาลวิชาชีพไปประจำ และมี แพทย์ เกสซ์ เวียนไปสัปดาห์ละวันบ้าง ทำให้ทำงานด้านการรักษาได้ดีขึ้น

- **การส่งเสริมสุขภาพ** การเพิ่มเจ้าหน้าที่เข้าไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่มีเวลาออกไปเยี่ยมบ้านในช่วงบ่าย โดยทุกคนเวียนกันไปออกเยี่ยมบ้านในความรับผิดชอบของตน

- การที่มีงบประมาณจัดไว้สำหรับโครงการมาของงบประมาณไปดำเนินการ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ มีการดำเนินงานด้านนี้ได้ดีขึ้นเรื่อยๆ ในหลายพื้นที่ถึงแม้จะมีการขอไม่มากนัก 'ผมกันเงินไว้ 5 ล้านบาทสำหรับเรื่องนี้ แต่ทำงานจริงๆประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์'

ปัญหาในการดำเนินงานเรื่องส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค

- การเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพปี 2546 ที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทำงาน 14 งานที่กระทรวงกำหนดให้แต่ละเดือนทั่วประเทศ ทำให้พื้นที่ไม่สามารถจัดทำโครงการแก้ไขปัญหที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ตนเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากส่วนหนึ่งจะต้องดำเนินงานตามนโยบายงาน 14 งานในแต่ละเดือนตามที่ส่วนกลางกำหนด ทั้ง ๆ ที่แต่ละพื้นที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างกันหรือมีปัญหามีลักษณะของตนเองที่ต้องการโครงการแก้ไขปัญหพิเศษ การกำหนดกรอบนโยบายกว้าง ๆ จากส่วนกลาง และเปิดกว้างให้พื้นที่สามารถเลือกดำเนินโครงการแก้ไขปัญหตามสภาพปัญหาจริงของแต่ละพื้นที่น่าจะเป็นสิ่งที่มีความเหมาะสมมากกว่า

- การจ่าย Fix cost มีผลต่องานสร้างเสริมสุขภาพ หลายท่านเห็นว่าการที่เจ้าหน้าที่มีเงินใช้จ่ายอยู่แล้วเลยไม่กระตือรือร้นในการเขียนขอโครงการทำงาน
'เงินอยู่ที่เขาแล้วนี่ จะต้องไปเคื้อคร้อนชวนขวยทำไม'
- การได้งบประมาณลดลง ทำให้ทำงานส่งเสริมสุขภาพได้น้อย
'CUP ส่วนใหญ่เงินติดลบ เงินที่จะจ่ายค่ายา ค่าเวรยังไม่พอ โอกาสที่จะเอาเงินไปทำอย่างอื่นเป็นไปได้น้อย' 'เงิน PP ปีนี้ 20% พอมาจริงๆรวมทั้งหมดแค่ 50% ฉะนั้นงบตรงนี้เหลือ 10 % โครงการที่ทำมาแล้ว เช่นยาเสพติด ออกกำลังกาย ไข่เลือดออก สารพัดเป็นขบวน เงินตรงนี้แทบจะหมดเลย ส่วนโครงการเล็กๆ น้อยๆ ตรงนี้เบรคไว้ก่อนเงินมันหมด'
- ความรับผิดชอบในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่
'เงินโยนลงไปเท่าไรก็หมดแต่ว่างานที่จะออกมาไม่ได้ตามนั้น มีเงินอยู่ 10,000 บาทให้ สอ.ลงไปทำงานออกกำลังกาย บางทีก็ทำ บางทีก็ไม่ทำ แต่ขอเบิกเงินมาพร้อมกันหมด'

ผลกระทบของการเลือกต่อการจัดการด้านบริการการรักษาและส่งเสริม/ป้องกัน

โครงการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจ ไม่ค่อยมีผลต่อการจัดระบบบริการการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคหลังโครงการฯ ก่อนโครงการฯ ให้เลือกเคยปฏิบัติอย่างไร หลังโครงการฯ ให้เลือกก็ยังคงปฏิบัติเช่นนั้นเป็นส่วนใหญ่

ยกเว้นโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องมาทำงานส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นจากเดิมที่ไม่ค่อยทำเท่าไร แต่จากนโยบายของผู้บริหาร ที่ต้องการให้มีคนมาเลือกมากขึ้นจึงมีการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพในการแข่งขัน บางแห่งต้องคึงงบส่งเสริม/ป้องกัน ให้แก่ สจ. และขอทำงานส่งเสริม/ป้องกัน เฉพาะในเขตทหารเท่านั้น

นอกจากนี้โรงพยาบาลศูนย์ ก็หันมาให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคมากขึ้นกว่าเดิม เช่น มีการออกเยี่ยมบ้าน ทั้งที่ก่อนหน้านี้จะให้ความสำคัญกับงานรักษาเป็นหลัก

2. ความคิดเห็นต่อนโยบายการเลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจ

2.1 ผู้ให้บริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจว่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและช่วยให้เกิดระบบการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลโดยสังคม แต่เห็นว่าระบบรองรับการดำเนินการตามโครงการเลือกฯ ยังไม่พร้อมสำหรับการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจนและก่อให้เกิดความสับสนในการดำเนินการ

“...มันก็ดีสำหรับประชาชน ถ้าสร้างระบบดีไม่มีปัญหา ประเด็นอยู่ที่การเตรียมการ ถ้าทำให้ดี ในความรู้สึกพยายามให้เค้ามีส่วนร่วมให้มากที่สุด ไม่ใช่คิดให้เค้าไปทำ ปัญหาทุกวันนี้มันคิดให้เค้า

ไปทำเป็นส่วนใหญ่ คือคนทำไม่ได้คิด คนคิดไม่ได้ทำ อย่างถ้าถามเรา เราปฏิบัติเราก็ไม่ได้รู้ไปทั้งหมด แต่เรารู้ว่าเวลาลงสู่การปฏิบัติ นโยบายมันสวยหรูก็จริง แต่การปฏิบัติมันจะไปเจออันไหน อันนี้ โอเค ถ้าเราแก้ไขได้มันก็จบ แต่เรื่องบางเรื่องเราไม่สามารถแก้ไขได้ ข้างบนจะต้องเล่นให้เรา แต่ข้างบนจะเล่นได้ต้องรู้ว่าสถานการณ์จริงๆ มันคืออะไร คนทำทำยากแค่ไหน แล้วเค้าให้ขอบเขตอำนาจในการรับผิดชอบแค่นี้ งานที่ทำมันเป็นงานช้าง แต่เราเป็นมด มันก็ไม่ไปด้วยกัน หลายๆ เรื่องไม่ใช่เรื่องเดียว...”

“...จริงๆ มันเป็นเรื่องคินะ นโยบายนี้อย่างน้อยก็ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลหรือการบริการมากขึ้น ทั้งคุณภาพและปริมาณ คนจนก็มีสิทธิแล้วเมื่อก่อนคนจนก็ไม่มีสิทธิเท่าไร และคนที่รวยก็มีแล้วมีอีก คินะ...”

ผู้ให้บริการบางส่วนเข้าใจว่า เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและผลประโยชน์ทางการเมือง นอกจากนี้ผู้ให้บริการบางส่วนเห็นว่าไม่จำเป็นต้องให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาล แต่ให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ทุกแห่งทั่วประเทศไทย โดยใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียว และมีการบริหารจัดการแบบมีอาชีพ

“...ภาพสุดท้ายของระบบประกันสุขภาพนี้ ไม่ต้องไปเลือกหรือครับ ถีบบัตรประจำตัวประชาชนใบเดียว รักษาฟรีทั่วประเทศ มันไม่ต้องไปว่าคุณอยู่ตะเข็บรอยต่ออะไรต่างๆ ไม่ต้องหรือครับ ในเมื่อรัฐบาลมีนโยบายแบบนี้เป็นเรื่องของสิทธิ เป็นรัฐสวัสดิการ ก็เหมือนบัตร ATM แหะเล ถีบบัตรเดียว จะไปกดที่ไหนก็ได้หมด ข้อมูลจะออนไลน์กันไปหมด การจ่ายเงินจ่ายทอง การคิดอะไรต่างๆ ทุกอย่างจะออนไลน์กันหมด นั่นคือภาพสุดท้าย ถีบบัตรประชาชน ไม่ต้องมีบัตรทองด้วย ขอให้เป็นคนไทยถีบบัตรประชาชนมีเลข 13 หลัก ไปถึงจุด Bar code เสร็จเรียบร้อย เช็คบิล เช็คอะไรกันเอง นั่นแหละคือภาพสุดท้าย...”

ความหมายและความคิดเห็นเกี่ยวกับ “หน่วยบริการประจำ”

ผู้ให้บริการระดับบริหารส่วนใหญ่ให้ความหมายว่า “หน่วยบริการประจำ” เป็นสถานบริการใดก็ได้ที่สามารถดูแลครอบคลุมได้อย่างใกล้ชิด อาจจะเป็นสถานีนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน

“...หน่วยบริการประจำ เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงโรงพยาบาลทุกระดับ คือตั้งแต่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) ระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลทั่วไป) และระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย)...”

“...เป็นที่ไหนก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นรพ.รัฐ รพ.เอกชนที่เข้าร่วมโครงการ มีระบบบริการดี และถ้าเราเลือกเขาต้องไปดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย...”

ผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยบริการประจำ อาจเป็นโรงพยาบาล คลินิก หรือสถานีนามัยก็ได้ที่สามารถดูแลครอบครัวประชาชนในทุกด้านเป็นองค์รวมได้และประชาชนพึงพอใจ แต่บางส่วนเห็นว่าเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU

“... น่าจะหมายถึง หน่วยบริการที่ดูแลทุกอย่างครบวงจร ต้องมีตั้งแต่ สอ. ยันโรงพยาบาล หนึ่งครอบครัวต้องมีการดูแล ลูกโซ่...เครือข่าย หน่วยงานหรือหน่วยบริการที่ทำหน้าที่รองรับสิทธิของประชาชนหรือดูแลประชาชน ภายในสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ ตามพรบ. เพราะว่าประเทศไทย เฉพาะโรงพยาบาลไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ต้องมีสถานีนามัย ยิ่งถ้าเป็นหน่วยงานเดียวกัน ก็จะเป็นเอกภาพแก่ประชาชน...”

“...เป็นหน่วยบริการอะไรก็ได้ที่พร้อมจะให้บริการเรา ยามที่เราเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เรายังจะสามารถดูแลเราได้ ว่าเป็นโรคประจำตัว อะไร และถ้าเราเป็นมากกว่านั้น เช่น ต้องผ่าตัด มีการดูแลเฉพาะทาง เรายังจะส่งไปได้ เรายังจะรับผิดชอบเราได้...”

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าการมี “หน่วยบริการประจำ” มีข้อดีในแง่ของการมีการจัดทำ family folder ที่สามารถนำไปประกอบการดูแลรักษาได้ทั้งครอบครัว และทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ แต่เห็นว่า “หน่วยบริการประจำครอบครัว” ไม่มีระบุในบัตรทอง มีแต่สถานพยาบาลหลักและรองเท่านั้น ขณะเดียวกันสถานพยาบาลไม่ใช่เป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว เนื่องจากเป็นการรวมเอาหน่วยบริการประจำหลายๆ หน่วยมารวมกันมากกว่า ทำให้ความสำคัญของแนวคิดเรื่องหน่วยบริการประจำครอบครัวลดความสำคัญลงไป

“...หน่วยบริการประจำ จริงๆ แล้วเวลาลงในบัตรทองไม่มี มีแต่สถานบริการหลักกับรองซึ่งเวลาลงสถานบริการหลัก เช่น เขตอำเภอเมือง ลงรพ.แพร่ ซึ่งมันไม่ใช่ เพราะมันเป็น Model ระดับ Cup มากกว่า คือมันเป็นการรวมศูนย์ของหน่วยบริการประจำครอบครัวหลายๆ ส่วน และหน่วยบริการครอบครัวมันอยู่ตรงไหน ชาวบ้านมองไม่เห็น ยิ่งเรา Set PCU ยิ่งชาวบ้านมองไม่เห็น ถ้าตีความตามตัวหนังสือ ต้องให้ชาวบ้านเลือกก็ต้องเลือก primary care ซึ่งถ้าเลือกอย่างนั้น ระดับการแข่งขันจะเข้ามาใกล้กันมากขึ้น...”

การนำแนวคิดหน่วยบริการประจำมาใช้กำหนดการเลือกสถานบริการ

ผู้ให้บริการบางจังหวัดระบุว่า จังหวัดได้นำแนวคิดหน่วยบริการประจำเป็นแนวคิดหลักในการกำหนดรูปแบบการเลือกฯ ควบคู่กับแนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ ซึ่งบางส่วนเห็นว่าน่าจะมีการกำหนดขอบเขตรับผิดชอบที่ชัดเจน และสามารถดูแลได้ในทุกเรื่อง บางส่วนระบุว่าประชาชนไม่เข้าใจแนวคิดในการเลือกฯ ในขณะที่ผู้ให้บริการบางจังหวัดระบุว่าไม่ได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้

ในการเลือกสถานพยาบาลฯ เนื่องจากแนวคิดหน่วยบริการประจำครอบครัวควรจะเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) เท่านั้น เนื่องจากยังไม่สามารถทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ จึงเป็นการให้ประชาชนเลือกในสิ่งที่ไม่ควรเลือก

“...หน่วยบริการประจำน่าจะเป็น PCU คิดว่าดีที่สุดคือ ให้ประชาชนเลือก PCU นอกจากนั้นก็ใช้ระบบส่งต่อ แต่ปัญหาก็คือประชาชนมองไม่เห็นภาพ PCU มีแต่เราเห็น อย่างจังหวัด...ก็มี PCU ตามประชาชน เขาก็บอกว่ามีแต่สถานีอนามัย แม้แต่โรงพยาบาลอำเภอ ...เค้าก็ยังไม่เห็น เพราะฉะนั้นเวลาเราให้เขาเลือก เราให้เขาเลือกในสิ่งที่เขาไม่ควรได้เลือก ก็อย่างที่อาจารย์พูดว่า... การเลือกสถานพยาบาลเสรี สร้างความไขว้เขวแก่ระบบ และผมว่าไม่มีรัฐบาลไหนในโลกที่จะเปิดให้เลือกสถานบริการเสรีได้ ผมว่าเราจะคุ้มค่าใช้จ่ายไม่ได้เลย ต้องเลือกภายใต้กรอบและกติกาที่เรากำหนด แต่ว่าเราก็ต้องทำให้ได้ตามเกณฑ์หรือมาตรฐานไม่ต่างกัน หรือเกณฑ์ขั้นต่ำ...”

ความหมายของ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เข้าใจความหมายของคำว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ในความหมายเดียวกันคือ “ใกล้บ้าน” หมายถึง สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวกเพราะไม่ไกลจากที่อยู่อาศัย ส่วนคำว่า “ใกล้ใจ” คือสถานบริการที่ประชาชนต้องการเข้าไปใช้บริการเนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้บริการดี ประทับใจ และมีทัศนคติต่อผู้ให้บริการ

ความสอดคล้องของแนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ กับนโยบายการเลือกฯ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่านโยบายการเลือกฯ ต้องการให้เกิดความสอดคล้องกันกับแนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ แต่การปฏิบัติบางส่วนเห็นว่าขัดแย้งกับแนวคิดดังกล่าวเนื่องจากประชาชนบางส่วนเลือกสถานบริการที่พึงพอใจแต่อยู่ไกลบ้านและบางส่วนเลือกสถานพยาบาลใกล้บ้านโดยไม่พึงพอใจในการไปใช้บริการนัก

“...ถ้าให้เลือกโดยมีเงื่อนไขไม่ขัดแย้ง แต่ถ้าให้เลือกโดยไม่มีเงื่อนไขก็ขัดแย้ง เพราะบางคนเลือกสถานบริการที่อยู่ไกลออกไป...”

“..ไปด้วยกันไม่ได้ เพราะใกล้บ้านใกล้ใจก็คือเลือกใกล้บ้าน แต่เลือกโดยเสรีบางทีก็ข้ามไปไกลใจต่างกัน มันไปด้วยกันไม่ได้หรอก ...ถ้าในแง่ในการส่งเสริมป้องกัน อย่างงี้เราไปหากันใกล้ กับอีกส่วนหนึ่งคือ basic medical care การรักษาเบื้องต้น ซึ่งเป็นบทบาท PCU อยู่แล้ว แต่ประเด็นมันอยู่ที่ว่าถ้าเค้าไม่เลือกที่นี้ละ เกิดอยู่ๆ รักษาที่ รพ.ในเรื่องใกล้บ้านใกล้ใจ ยังไงๆ ก็ต้องมีจุดเชื่อมโยงให้ได้ เพราะว่าไม่อย่างนั้นคนจะไม่รู้ว่าบ้านเขาอยู่อย่างไร ความเป็นอยู่เป็นแบบไหน แบบแผนการ

ดำรงชีวิต การกินการอยู่อะไรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย มันเป็นอย่างไรว่ ซึ่งมันจะต่างกับกับบ้านที่อยู่... ไปรักษารพ.....ก็จะรู้จักหมด บ้านไหน อยู่ที่ไหน...”

“...ขัดแย้ง อย่างหน้อยอำเภอ ก. ถ้าใช้นโยบายสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ต้องเลือกโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ ก. แต่ต้องมาทำงานในเมือง บ้านอยู่อำเภอ ก. สถานบริการใกล้บ้านคือโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ ก. ตั้งแต่เจ็ดโมงเช้าถึงหกโมงเย็นทำงานอยู่ที่ในเมือง พอถึงเวลาป่วยต้องวิ่งกลับไปโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ ก. หรือไม่ แต่ประกันสังคมใช้ได้ ไม่มีผล...”

ความคิดเห็นต่อ “การเลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจ ว่าเป็นการสร้างโอกาสในการแข่งขันพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล?”

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าการเลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจไม่ได้ก่อให้เกิดการแข่งขันพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เนื่องจากสถานพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ที่ต้องแข่งขันกันมีศักยภาพไม่เท่าเทียมกันพอที่จะเกิดการแข่งขันกันได้ เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่กับโรงพยาบาลขนาดเล็ก และปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ทำให้บางพื้นที่ซึ่งอยู่ห่างไกล อาจมีเพียงโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียว จึงไม่มีทางเลือกให้แก่ประชาชนได้เหมือนประชาชนที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ ซึ่งมักจะมีโรงพยาบาลหลายแห่งให้เลือกได้ ทั้งภาครัฐและเอกชน

“...เราไม่ต้องแข่ง มันไม่ต้องแข่งกันเลย จะแข่งกันทำไม แต่ต้องทำให้ได้มาตรฐาน...เพราะเราถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้วว่าทุกโรงพยาบาลต้องมีมาตรฐานเริ่มต้น เพราะฉะนั้นมันต้องแข่งขันทำไม...”

ผู้ให้บริการระดับอำเภอและตำบลส่วนใหญ่ระบุว่าโรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพภายใต้นโยบายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอยู่แล้ว การพัฒนาคุณภาพที่ปรากฏจึงไม่ได้สืบเนื่องมาจากโครงการเลือกๆ นี้

“...การแข่งขันในแต่ละโรงพยาบาลเป็นเพราะ HA ด้วยหรือเปล่า ก็อยากที่จะพัฒนาตัวเองอยู่แล้วเพื่อจะได้มาตรฐาน HA...”

ผู้ให้บริการบางจังหวัดเห็นว่าโครงการเลือกๆ มีผลให้สถานพยาบาลแข่งขันกันในการพัฒนาคุณภาพบริการเฉพาะในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองเท่านั้น แต่มีผลต่อการแข่งขันในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลระดับอำเภอและตำบลเพียงเล็กน้อย

“...รพช. ของเราไม่ได้ตื่นตัวกับการเลือกเท่าไร แต่มองเห็นการแข่งขันใหญ่คือ โรงพยาบาล..... กับโรงพยาบาล..... ในเขตเมืองเห็นการแข่งขันอย่างชัดเจน...”

ความคิดเห็นต่อ “การเพิ่มการใช้สิทธิบัตรทองจากการเลือกฯ”

ผู้ให้บริการบางส่วนเห็นว่าโครงการเลือกฯ มีผลต่อการเพิ่มการใช้สิทธิ์ฯ เนื่องจากประชาชนได้เลือกสถานพยาบาลที่ต้องการ ประชาชนบางกลุ่มโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่ต้องใช้บริการในสถานพยาบาลที่เดิมไม่มีสิทธิ์ใช้เป็นประจำอยู่แล้วโดยเสียค่าใช้จ่าย เมื่อมีสิทธิ์ได้เลือกฯ ตามต้องการจึงทำให้ใช้สิทธิ์เพิ่ม นอกจากนี้บางส่วนเห็นว่าโครงการเลือกฯ ทำให้คนใช้สิทธิ์โดยไม่จำเป็นและทำให้ประชาชนไม่สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้ให้บริการบางส่วนเห็นว่าโครงการเลือกฯ ไม่ได้เพิ่มการใช้สิทธิ์ฯ เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มไม่เคยคิดจะใช้สิทธิ์แม้ว่าจะมีบัตรทองหรือไม่ก็ตาม ประชาชนบางกลุ่มไม่สนใจเรื่องการใช้สิทธิ์ขอเพียงให้ได้ใช้บริการในสถานพยาบาลที่ต้องการแม้จะต้องเสียเงิน ซึ่งในจำนวนนี้มีบางส่วนที่หาทางใช้สิทธิ์ภายหลัง และสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยแม้มีบัตรทองก็ไม่สามารถไปใช้บริการหรือใช้สิทธิ์ได้เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่นๆ

“...ไม่เพิ่ม เหมือนเดิม เพราะคนที่เลือกโรงพยาบาลเอกชนเมื่อก่อนเค้าก็มารับบริการอยู่แล้ว และตอนนี้เค้าอาจจะไม่ป่วยจึงไม่ได้ใช้สิทธิ์รักษา...”

“...น่าจะมีการเพิ่มบางจุดแน่นอน....คือถ้าสถานบริการได้มาตรฐานเดียวกันก็ไม่น่าจะมีปัญหา...”

ความคิดเห็นต่อ “การผลักดันผู้ป่วยหนัก/เรื้อรัง ไปสถานพยาบาลอื่นๆ”

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการให้เลือกฯ ไม่น่าจะมีผลต่อการผลักดันผู้ป่วยหนัก/เรื้อรังไปสถานพยาบาลอื่นๆ แต่อาจมีผลในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยช้าลงหรืออาจแนะนำให้ผู้ป่วยหนัก/เรื้อรังไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นที่มีความสะดวกกว่าหรือสามารถให้การรักษาได้ดีกว่า

“...แพทย์บางคนเห็นว่า ค่าการรักษาค่อนข้างสูง และเรื้อรัง ก็อาจจะแนะนำให้ไปรักษาใกล้บ้าน...”

“...ไม่มี นอกเสียจากว่าเขายินดี เช่น อยู่ต่างเขต จะมาใช้บริการที่นี่แต่เดือนหนึ่งจะกลับครั้งหนึ่งเพื่อมาเอายา แต่เวลาส่วนใหญ่จะอยู่ตรงนั้น มีบ้างที่แนะนำให้คนไข้เลือกสถานบริการตรงนั้น แต่มีให้เหตุผลที่ว่า ใช้จ่ายเยอะ แต่เพราะความสะดวกของคนไข้ เนื่องจากเราจ่ายยาตามความจำเป็นที่ต้องจ่ายอยู่แล้ว แต่ไม่ได้ผลักดันเพราะเป็นโรคเรื้อรัง เคยมีเหตุการณ์ที่เขากลับมาบ้านเดือนละครั้งเพื่อรับยา และบางครั้งไม่ตรงตามคลินิกเราตั้งไว้ เช่น คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะทำให้มีปัญหาตามมา...”

2.2 ผู้ให้บริการ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลเอกชน

ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนบางคนมองว่าโรงพยาบาลเอกชนเป็นตัวเสริม ในระบบที่สามารถให้บริการสะดวก มีความคล่องตัวและมีคุณภาพดีและช่วยแบ่งเบาภาระโรงพยาบาลรัฐได้ บางคนมองว่าโรงพยาบาลเอกชนไม่ใช่คู่แข่งของโรงพยาบาลรัฐ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือในการรักษาโรคบางโรคโดยเฉพาะโรคซับซ้อนผู้โรงพยาบาลของรัฐไม่ได้ และในบางกรณีก็จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ไปโรงพยาบาลของรัฐ ผู้ให้บริการบางคนระบุว่าขึ้นกับการตัดสินใจเลือกของประชาชน และมองว่าการดำเนินงานของภาครัฐควรมีความชัดเจนและยุติธรรม ในขณะที่ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมกรุงเทพฯ) เห็นว่าโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ และโรงพยาบาลเอกชนเป็นทั้งพันธมิตรคู่แข่ง และหน่วยงานสนับสนุนเพื่อให้เกิดการบริการที่ดีแก่ประชาชน

ผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมกรุงเทพฯ) มองโรงพยาบาลเอกชนในฐานะคู่แข่ง ช่วยกระตุ้นให้โรงพยาบาลรัฐพัฒนาคุณภาพและเป็นทางเลือกของประชาชน และช่วยแบ่งเบาภาระสังคมได้ แต่บางส่วนเห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนเป็นสถานพยาบาลที่มุ่งผลกำไรเป็นสำคัญ การจะเสียสละเพื่อประชาชนและการดำเนินงาน P&P ย่อมทำได้ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับสถานพยาบาลภาครัฐ และเห็นว่ารัฐควรกำหนดทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนให้ชัดเจน

ผู้บริหารสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร มองว่าโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง ซึ่งเพิ่งเริ่มเปิดดำเนินการและยังไม่มีความพร้อมทางด้านอุปกรณ์และบุคลากร จะกลายเป็นสถานพยาบาลหลักของประชาชนในเขตประเวศในอนาคตเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และเป็นโรงพยาบาลรัฐ ส่วนสถานบริการสาธารณสุขของ กทม. นั้น โรงพยาบาลทั้งภาคเอกชนและภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมองว่าเป็นสถานพยาบาลที่“เกือหนุนกัน”มากกว่ามองว่าเป็นคู่แข่ง เนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขของ กทม. จะทำงานเน้นหนักในด้านของส่งเสริม/ป้องกันให้กับชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชนต่างก็ไม่ได้มีความถนัดในงานนี้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงเห็นด้วยที่จะแยกการจัดบริการและงบประมาณสำหรับงานส่งเสริม/ป้องกันให้กับสำหรับสถานบริการสาธารณสุขของ กทม.

“...เป็นทุกอย่าง เป็นทั้งพันธมิตรด้วย เป็นทั้งกัลยาณมิตรด้วย เป็นคู่แข่งด้วย เป็นทุกอย่าง ก็คือใน Field ของอันนี้ ก็คือเป็น Supplier ด้วย เป็นทุกอย่าง ก็แล้วแต่สถานภาพ แล้วแต่จังหวะ แล้วแต่เวลา คือทุกสิ่งทุกอย่างมันเกี่ยวกันนะครับ คงไม่ได้แยกแยะว่าคนนี้เป็นคู่แข่งอย่างเดียว บางครั้งเขาก็แลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ มีการแชร์ข้อมูลข่าวสาร ผมว่าอันนี้มันเป็นเรื่องปกติธรรมดา เพียงแต่ว่าเราจะยอมรับหรือไม่เท่านั้นเอง เขต 1 กับเขต 2 ก็ยังต้องแข่งกัน แข่งกันถึงงบประมาณมา แต่จริงๆ เรา

ทำให้ลูกค้าของเรา ให้ประชาชนได้รับการบริการที่ดี คุณดูแลสุขภาพให้ได้ แต่ในขณะเดียวกันก็มีอะไรแฝงๆ อยู่ 2 อย่างที่ว่าเพื่อต้องการเอาเงินมาเพื่ออะไร เอาเงินมาดูแลสุขภาพ มันขัดๆ กันอยู่นิดหน่อยในบางเรื่อง...”

“...เมื่อประชาชนมาขึ้นทะเบียนเยอะการพัฒนาก็จะทำได้เยอะ ค่าตอบแทน ขวัญ กำลังใจ ของเจ้าหน้าที่จะดีขึ้น...”

“...อาจไม่ใช่แข่งเพื่อแย่งผู้ป่วย แต่จะต้องแข่งกันปรับปรุงบริการ...”

2.3 ประชาชนผู้รับบริการและผู้นำชุมชน

2.3.1 การรับรู้เกี่ยวกับโครงการการให้เลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ

ในภาคของประชาชนนั้น ประชาชนที่ให้ข้อมูลที่อยู่ในเขตที่มีสิทธิเปลี่ยนและในเขตที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนมีการรับรู้เกี่ยวกับการเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจแตกต่างกัน โดยประชาชนในเขตที่มีสิทธิเปลี่ยนส่วนใหญ่ รับรู้ว่ารัฐมีโครงการให้ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการได้ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ของทางราชการทั้งทางสื่อสารมวลชน ป้ายประกาศนอกและในสถานพยาบาลและการแจ้งข่าวในที่ประชุมของเจ้าหน้าที่กับประชาชน ในบางแห่งได้รับจดหมายของทางราชการ รวมทั้งได้รับการบอกเล่าจากผู้นำชุมชนและบุคคลใกล้ชิด ในบางพื้นที่ประชาชนจะให้ความสนใจต่อเรื่องนี้มากเพราะมีความต้องการเลือกสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้ว จึงทำให้ประชาชนในเขตนี้รับรู้มากกว่าพื้นที่อื่นๆ ประชาชนส่วนหนึ่งก็ได้มีโอกาสไปใช้สิทธิเปลี่ยนสถานบริการแล้ว ดังนั้นจึงมีโอกาสรับรู้ข่าวสารในเรื่องนี้มากกว่าประชาชนในชุมชนที่อยู่ในเขตที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยน

เนื้อหาสาระที่รับรู้เป็นประเด็นเกี่ยวกับสิทธิในการเปลี่ยนสถานพยาบาล โดยมีคำแนะนำให้ประชาชนเลือกตามความต้องการ ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับความสะดวก การเดินทาง ความคุ้นเคย โดยเลือกเป็นครอบครัวหรือเป็นบุคคล ตามที่ราชการได้กำหนดไว้

“...เราจะได้รับประสานงานมาจากทางโรงพยาบาลศูนย์ก็ดี โรงพยาบาล.....(เอกชน) ก็ดี เขาจะพูดมาทางประธาน อสม. เขาจะให้สามารถเปลี่ยนโรงพยาบาลได้เขาก็เลยเปลี่ยน...”

“...จะมีทีมเจ้าหน้าที่และมีการประชุม ทางโรงพยาบาลจะเรียกประชุม โรงพยาบาลไหนรับผิดชอบ ก็จะเป็นโรงพยาบาลนั้นเรียกประชุม แยกกันไป...”

“...มีการประชุมกับอสม. กับหมออนามัยตำบล...”

“...ทุกเขตนี้เค้าต้องไปประชุม แล้วก็มีใบแผ่นพับมาแจกให้ด้วย ยังมีรถของเค้าเข้ามาในหมู่บ้านทุกหมู่บ้านด้วย รถจากที่โรงพยาบาลต่างๆ ว่าจะให้ไปเลือกโรงพยาบาลไหน ให้ไปเลือกโรงพยาบาล เค้าเราก็ไปเลือกกันที่ชี้คอน...”

ส่วนแกนนำประชาชนในเขตที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนส่วนใหญ่จะไม่ทราบข่าวของโครงการฯ นี้ อย่างไรก็ตามแกนนำบางท่านก็ได้รับทราบจากทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ว่าจะมีนโยบายให้ประชาชนเลือกสถานบริการได้ ทั้งนี้แกนนำประชาชนโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร บางท่านทราบว่ามีการนำร่องในเขตประเทศเนื่องจากผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับโครงการได้มีการไปพบปะ ทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชนต่างๆ ล่วงหน้า ทั้งในเขตนำร่องและเขตใกล้เคียง สำหรับจังหวัดอื่นๆ ที่ประชาชนเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้นที่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ทางจังหวัดจะไม่ได้ประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง เนื่องจากเกรงว่าประชาชนอำเภออื่นๆ จะเกิดความสับสน และประชาชนส่วนหนึ่งอาจต้องการสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลด้วย ประชาชนในเขตอำเภอที่ไม่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้จะทราบเรื่องการเลือกสถานพยาบาลน้อยมาก

2.3.2 ความคิดเห็นต่อนโยบายการให้เลือกสถานบริการได้โดยสมัครใจ

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายให้เลือกสถานบริการประจำ ว่าช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและช่วยให้เกิดระบบการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลโดยสังคม และเห็นว่าควรให้อิสระในการเลือกเป็นรายบุคคล บางส่วนเห็นว่าควรให้อิสระในการเลือกสถานพยาบาลหลักด้วย

ความหมายและความคิดเห็นเกี่ยวกับ “หน่วยบริการประจำ”

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจความหมายของหน่วยบริการประจำ มีบางส่วนที่เห็นว่าหน่วยบริการประจำคือหน่วยงานที่คอยดูแล ติดตาม ให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสภาพ ซึ่งอาจเป็น อสม. อาสาสมัครอื่นๆ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้ และไม่สามารถระบุได้ว่าได้มีการนำแนวคิดหน่วยบริการประจำรอบครัวมากำหนดรูปแบบการเลือกในครั้งนี้หรือไม่

“...คำว่าหน่วยบริการประจำ อาจจะหมายถึง อสม.ก็ได้หรืออาสาสมัครอื่นๆ ทุกวันนี้ก็เหมือนหน่วยบริการประจำครอบครัวอยู่แล้ว ใครมาถามเรื่องเจ็บไข้เล็กๆ น้อยๆ ก็แนะนำกันก็มีความรู้เบื้องต้น ซึ่งเขาได้รับความรู้จากหมอมา...”

ความหมายของ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เข้าใจความหมายของคำว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ในความหมายเดียวกันคือ “ใกล้บ้าน” หมายถึง สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวกเพราะไม่ไกลจากที่อยู่อาศัย ส่วนคำว่า “ใกล้ใจ” คือสถานบริการที่ประชาชนต้องการเข้าไปใช้บริการเนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้บริการดี ประทับใจ และมีอัธยาศัยดีต่อผู้ใช้บริการ

ความสอดคล้องของแนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ กับนโยบายการเลือกสถานบริการประจำ

ผู้นำชุมชนบางส่วนเห็นว่าทั้งสองแนวคิดมีความสอดคล้องกัน เพราะสถานพยาบาลที่เลือกอยู่ใกล้เขตที่อยู่อาศัย แต่บางส่วนเห็นว่าไม่สอดคล้องเนื่องจากแม้ว่าสถานพยาบาลจะอยู่ใกล้บ้านแต่เดินทางไปใช้บริการไม่สะดวกเท่ากับสถานพยาบาลที่อยู่ไกลกว่า

ความคิดเห็นต่อ “การเลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจ เป็นการสร้างโอกาสในการแข่งขันพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล”

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการเลือกฯ ทำให้เกิดการแข่งขันพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล โดยเฉพาะในเขตเมือง แต่มีผลน้อยในเขตชนบท

ความคิดเห็นต่อ “การเพิ่มการใช้สิทธิบัตรทองจากการเลือกฯ”

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าโครงการเลือกฯ จะมีผลต่อการเพิ่มการใช้สิทธิฯ ของประชาชนหรือไม่ แต่คาดเดาว่าน่าจะมีผลต่อการเพิ่มการใช้สิทธิฯ เนื่องจากได้เลือกสถานพยาบาลที่ต้องการ

ความคิดเห็นต่อ “การผลักดันผู้ป่วยหนัก/เรื้อรัง ไปสถานพยาบาลอื่นๆ”

ผู้นำชุมชนระบุว่าสถานพยาบาลไม่มีการผลักดันผู้ป่วยหนักหรือเรื้อรังไปสถานบริการอื่น มีเฉพาะการปฏิเสธการรักษาหรือว่ากล่าวผู้ป่วยและญาติที่ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้สิทธิฯ “...บางแห่งหอบคนไข้ไป ต้องหอบกลับมาที่โรงพยาบาลในพื้นที่ อย่างมาโรงพยาบาล ก. แต่ทำบัตรที่โรงพยาบาล ข. ต้องย้ายมาที่โรงพยาบาล ข...”

ความคิดเห็นต่อการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลของประชาชน

จากการสัมภาษณ์แกนนำและประชาชนทั้งที่มีสิทธิและไม่มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนตัดสินใจว่าจะเลือกสถานพยาบาลใดนั้นจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำคัญดังนี้

1) คุณภาพด้านการรักษา

ประชาชนส่วนใหญ่ที่ให้ข้อมูลจะให้ความสำคัญกับเรื่องของ“คุณภาพการรักษาพยาบาล”ของสถานบริการแต่ละแห่ง ได้แก่ ความพร้อมในด้านอุปกรณ์การแพทย์ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่คาดหวังว่าเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายแล้ว ถ้าไปโรงพยาบาลก็ต้องสามารถช่วยรักษาความเจ็บป่วยนั้นได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยนั้นเป็นในระดับที่รุนแรง ต้องการการดูแลที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการส่งต่อ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิต หายจากโรค หรือความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่ประชาชนส่วนหนึ่งมี

ความคิดเห็นว่า ในกรณีของโรคเฉพาะทาง แม้สถานพยาบาลจะอยู่ไกล แต่ถ้าสามารถรักษาโรคได้ ก็ยินดีที่จะเดินทางไกลหรือแม้กระทั่งต้องตื่นแต่เช้าเพื่อไปรักษา แต่ทั้งนี้ถ้าสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่มีคุณภาพในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกับโรงพยาบาลที่อยู่ไกลนั้น ก็ยินดีที่จะเลือกโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เพราะจะได้ไม่เสียเวลาเดินทางไปไกล

“...ที่เลือก(โรงพยาบาล) ก. เพราะว่าโรงพยาบาล ก. เป็นโรงพยาบาลศูนย์ เครื่องมือเครื่องไม้ก็มีพร้อมทุกอย่าง...”

“...ก็อยากเลือกเสรี ถ้าเขาบังคับให้ลงโรงพยาบาลอำเภอ แต่เราอยากมาโรงพยาบาลศูนย์ก็มาไม่ได้ รู้สึกอึดอัด เรื่องบ้านใกล้บ้านไกลทุกคนมีความสามารถจะไปได้ คนป่วยเจ็บหนักเขาก็อยากจะเลือกไปที่มีเครื่องช่วยเยอะๆ...”

สำหรับโรคเฉพาะทางนั้น ที่จะต้องรักษาในสถานพยาบาลของรัฐที่ประชาชนเห็นว่ามาตรฐานในการรักษาสูงจนคนไข้ยอมเสียเวลาที่ต้องเดินทางออกจากบ้านตั้งแต่เช้าเพื่อที่จะรับบัตรคิว และได้รับการรักษาหลังจากที่ต้องรอเป็นเวลาหลายชั่วโมง

“...ถ้าคนไข้ที่ป่วยเป็นมะเร็ง เค้าน่าจะเลือกสถานบริการเฉพาะทางหรือชำนาญกับโรคนั้นๆ...”

“...อย่างกรณีที่มีคนใจในโรงพยาบาลที่เค้าได้เลือกแล้ว ใกล้และสะดวกในการเดินทาง ตัวคุณหมอและมีพยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคนั้นๆ จะให้ความมั่นใจ ระดับหนึ่งในตรงนี้ แต่ถ้าเป็นเพื่อนของดิฉัน เค้าจะชอบโรงพยาบาลรามา ถึงแม้ว่าจะไกลอย่างไร เค้าก็จะไปเพราะเค้าเชื่อว่าโรงพยาบาลรามาดีสำหรับเค้าคะ...”

2) คุณภาพด้านการบริการ

คุณภาพด้านการให้บริการทั้งในเชิงระบบบริการและบุคลากรที่ให้บริการ เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ประชาชนใช้ตัดสินใจว่าจะเลือกสถานพยาบาลใด ในความเป็นจริงของสังคมไทย ประชาชนต้องการได้รับการบริการที่ดี อบอุ่น มีคุณภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนถึงปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขสำคัญของการเลือกสถานบริการหากมีความเจ็บป่วยว่า จะพยายามเลือกสถานบริการที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีอุปกรณ์เครื่องมือที่พร้อม และการต้อนรับที่อบอุ่นทั้งกาย วาจา ใจ ข้อมูลเหล่านี้มักได้จากการเล่าต่อ หรือการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งบุคคลที่มีอยู่ในชุมชน หรือที่เป็นประสบการณ์ในอดีตของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน

“...เวลาจะไปโรงพยาบาล ก็จะดูว่าที่ไหนดี ที่เหมาะกับความเจ็บป่วยนั้น หาข้อมูลเอาจากการคุยกับคนโน้น คนนี้ บางทีก็ต้องดูว่า พุศหยาบมัย ทำเนียนมัย (ตั้งใจดูแล มีทักษะดี) ให้บริการดี ไม่ต้องรอนาน และรักษาหายเร็ว...”

ในกรณีที่คุณภาพด้านการรักษาใกล้เคียงกัน คุณภาพการให้บริการก็จะมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล เช่น การบริการของสถานพยาบาลเอกชน ประชาชนจะรับรู้ว่าจะมีคุณภาพการบริการที่ดีกว่าโรงพยาบาลรัฐ ดังนั้นเมื่อได้รับสิทธิบัตรทองให้ไปใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ประชาชนก็ย่อมคาดหวังคุณภาพการบริการมากกว่าโรงพยาบาลรัฐ แต่เมื่อเข้ารับบริการแล้วได้รับการบริการที่ไม่ดี ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ก็จะรู้สึกผิดหวัง และจะนำมาเป็นสิ่งที่เตือนใจว่าจะไม่เลือกสถานพยาบาลนั้นอีก ทั้งนี้ก็จะเกิดกับผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งรู้สึกว่าการใช้บัตรทอง 30 บาทแล้วจะเป็นเหมือนผู้ป่วยชั้น 2 ของสถานพยาบาลแห่งนั้น

“...ทัศนคติของประชาชนทั่วไป กับโรงพยาบาลเอกชนนะคะ ยังมองภาพว่าเมื่อไปรับบริการแล้วจะแบบหรู จะได้รับการเหมือนกับคนธรรมดาทั่วไป ที่ใช้บัตร 30 บาท ค่าคาดหวังไว้มาก...”

“...อย่างเค้าเปิดให้การรักษาคนไข้ก็มาบอกว่าเวลาไปบอกเค้าว่ายีนบัตร 30 บัตรปุ๊ป เค้าจะให้ไปอีกจุดหนึ่ง แต่ถ้าไม่มี 30 บาท เค้าก็มีอีกจุดหนึ่งที่บริการธรรมดาปกติ ก็ตรงนั้นเค้าคาดหวังในด้านบริการ...”

“...คือเค้าจะบอกเลยว่า ยาของเอกชนเค้าจะบอกเลยว่า อันนี้ยานี้ของโรงพยาบาล เพราะว่าถ้าคุณป้ารักษา 30 บาท คุณป้าก็จะได้ยาแบบนี้ ถ้าคุณป้าจะรักษาเป็น 100 จะได้ยาแบบอื่น คือ 30 บาท กับ 100 มันเอกชนนะ แต่ถ้าโรงพยาบาลรัฐรักษาเหมือนกันหมด...”

“...ตามความเข้าใจของประชาชนคือ ถ้าได้รับการบริการจากเอกชนจะเข้าใจว่าดีกว่าบริการของรัฐ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ถ้าโรงพยาบาลเอกชนทราบว่าบัตร 30 บาท ก็จะให้บริการเหมือนกับอีกฐานะนี่ไปเลย...”

3) ระยะทางและความสะดวกในการเดินทาง

ระยะทางหรือความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ประชาชนจะเลือกสถานพยาบาลประจำ โดยคำนึงถึงระยะทาง และความสะดวกในการเดินทางเป็นหลัก โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ไม่ถึงขั้นรุนแรง หรือต้องการการรักษาพยาบาลเบื้องต้นไม่ซับซ้อน เช่นในกรณีของการรักษาพยาบาลที่เป็นปฐมภูมิหรืองานส่งเสริมและป้องกันโรคนั้นประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า สถานพยาบาลใกล้บ้านสามารถให้การรักษาพยาบาลและดูแลป้องกันได้ ไม่ต้องพึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในกรณีที่มีการเจ็บป่วย ผู้ป่วยย่อมไม่อยากเดินทางไกลจากที่

พักเพื่อไปทำการรักษาและญาติผู้ป่วยก็อยากที่จะมาเยี่ยมผู้ป่วยได้สะดวก ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก ในทางตรงกันข้าม หากการเจ็บป่วยนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่หนักแน่น และซับซ้อน จะเลือกใช้บริการของสถานพยาบาลไหนนั้นก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอื่นๆ ด้วย เช่น คุณภาพการให้บริการ และความสามารถในการรักษาโรค เป็นต้น

“...โรงพยาบาลที่เปลี่ยนก็ดี ไม่ใช่ว่าไม่ดีนะ มันไกล รพ. ก. มันไกล...”

“...ไป รพ. ก. (รพ. เอกชน) ค่าใช้จ่ายก็แพง เวลาไปเยี่ยมคนไข้ ขาไปง่าย แต่จากกลับบ้าน ต้องโคงกลับรถไกล ค่ามอเตอร์ไซด์ 50 บาทยังไม่พอ..”

“...ต้องขึ้นรถไฟเพราะไม่มีรถโดยสาร...น่าจะมีสิทธิเลือก อย่างคุณอยู่อำเภอคุณอยากไปลำปางหรืออุตรดิตถ์ ผมก็อยากไปทางเหนือมากกว่า เพราะมีรถโดยสาร...อย่างชาวบ้าน คนที่ไม่มีอันจะกิน ถ้าไปอุตรดิตถ์ต้องเหมารถไป ไม่อย่างนั้นก็ต้องขึ้นรถไฟ มันลำบากทางคมนาคม...โอเค ถ้าโรงพยาบาลลองเค้ารักษาได้ ก็ให้อยู่ตรงนี้ ทางแพรรักษาได้ก็อยู่ตรงนี้ได้ แต่ระบบส่งต่อไม่อยากให้ไปทางนี้ เพราะว่าชาวบ้านบางคนการใช้จ่าย มันต้องเหมารถถ้าไปอุตรดิตถ์ ถ้าไปลำปางรถโดยสารผ่านตลอด...”

ประชาชนบางคนก็มีความคิดว่า ในระยะที่มีการเลือกสถานพยาบาลนั้นก็จะเลือกโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ใกล้บ้านก่อน แม้จะมีคุณภาพการรักษาพยาบาลไม่ดีเท่าโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ไกลบ้าน เนื่องจากรู้ว่าตามระบบของการส่งต่อคนไข้ นั้นโรงพยาบาลรัฐด้วยกันสามารถส่งต่อคนไข้ไปได้ถึงกันได้ ถ้ามีปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากกว่าที่คิดไว้ ก็ไม่ต้องเสียเวลาในการต้องส่งต่ออีก เช่น กรณีที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีความพร้อมในการรักษาโรคเฉพาะทาง ก็ต้องส่งต่อมายังโรงพยาบาลรัฐ

“...ก็สิทธิบัตรเค้ายังส่งไปวชิระ ที่ไปเอกซเรย์สมอง สิทธิบัตรยังไม่มีแพทย์เค้าก็ส่งไปวชิระ...”

ในบางพื้นที่ยังพบว่าแม้สถานพยาบาลจะอยู่ใกล้กับที่อยู่อาศัยก็จริง แต่ไม่มีความสะดวกในการเดินทางไป เนื่องจากแม้สถานพยาบาลจะอยู่ใกล้กับที่พักอาศัย แต่ถูกกั้นขวางโดยถนนขนาดใหญ่ เช่น ทางด่วน ทำให้ไม่สามารถเดินข้ามถนนมาได้ ต้องใช้รถยนต์พาผู้ป่วยมารักษา แต่ก็กว่าจะกลับรถเพื่อมาโรงพยาบาลที่อยู่ฝั่งตรงกันข้ามได้ก็ต้องใช้ระยะทางและระยะเวลามาก ดังนั้นจึงมีประชาชนบางส่วนตัดสินใจนำผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาลที่อยู่ไกลกว่าแต่การเดินทางไปถึงได้สะดวกกว่า แสดงให้เห็นว่าประชาชนคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทางด้วย

4) ความคุ้นเคยและการมีประวัติการรักษา

ผู้ให้บริการหลายคนแสดงให้เห็นว่าไม่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่เพราะเคยรับการรักษาเป็นประจำอยู่ที่ใดที่หนึ่งแล้ว

“...ตัวฉันเอง เช่น โรงพยาบาลนพรัตน์ เคยมารักษาแล้ว ซึ่งก็คุ้นเคยกับตัวคุณหมอ สถานที่ และสถานที่ที่ใกล้ชิดกับตัวฉันด้วย...”

“...อยู่ที่ความสะดวก มั่นใจในตัวโรงพยาบาล เช่น ถ้าเราเคยรักษาที่ไหนดิ เราก็อยากจะไปตรงนั้น”

“...แต่จริงๆ แล้วเราไม่อยากเปลี่ยนใหม่บ่อยๆ เพราะคิดว่าถ้าเคยรักษาที่โรงพยาบาลไหนแล้ว คุณหมอก็คงจะเช็กได้ง่ายกว่าถ้าจะกลับไปรักษาใหม่ ควรจะต้องต่อเนื่องในการตรวจ ไม่อยากจะไปเริ่มนับหนึ่งใหม่...”

“...บางคนที่เคยรักษากับหมอบ่อยๆ หรือเดินทางสะดวก เขาก็จะตัดสินใจไปตรงนั้น...”

5) เลือกเพราะข้อมูลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ในความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในการใช้สิทธิการเลือกสถานพยาบาลในครั้งนี้ มีหลายครอบครัวที่เลือกสถานพยาบาลจากข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตประเวศที่มีการจัดสถานที่กลางให้ประชาชนมาเลือกสถานพยาบาล จะมีเจ้าหน้าที่จากสถานพยาบาลต่างๆ มาให้คำแนะนำแก่ประชาชน

“...เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมาเอง เค้าแนะนำให้เลือก.....เค้าต้อนรับ.....เรื่องจริง เค้าสอนให้เขียน.....คนไม่เข้าใจก็เลือกเค้า...”

“...เราก็ไม่รู้เรื่องมาถึงก็เขียนให้เลยคะ...”

“...ตอนแรกเขาบอกว่า อยู่ตำบลนี้จะเลือกโรงพยาบาลชุมชน... หรือโรงพยาบาลศูนย์... โดยมากทุกคนอยากจะเลือกโรงพยาบาลศูนย์... แต่หมอบอกว่ามันยุ่งยาก ต้องเลือกโรงพยาบาลชุมชน... ก่อน มีอะไรก็ต้องผ่านโรงพยาบาลชุมชนนี้ก่อน อยู่ในฐานะจ่ายอม กรณีที่คนป่วยหนัก เราก็นำคนป่วยไปส่งโรงพยาบาลศูนย์... แล้วจึงย้อนมาดำเนินการทำขั้นตอน...”

“...ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่อนามัย ผู้นำหมู่บ้านเลือกให้ ก็ไม่เปลี่ยน มีเพียงพวกที่เลือกโรงพยาบาลทหารที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมาทำบัตรให้ถึงบ้านจึงตัดสินใจเอง...”

3. ผลของโครงการ ฯ ต่อการเลือกโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

3.1 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ภาครัฐและเอกชน

ผู้บริหารสถานพยาบาลบางส่วนเสนอว่าในแต่ละเขตควรมีโรงพยาบาลที่มีความพร้อมอย่างน้อยหนึ่งโรงพยาบาลเป็นหลักให้กับสถานพยาบาลรองๆ ลงมา บางส่วนเห็นว่าควรมีการจัดสรรจำนวนประชากรกันอย่างยุติธรรม

“...อาจจะเป็นในลักษณะว่าในหนึ่งเขตที่จะให้มีการเลือก ควรจะมีโรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งอาจจะมีโรงพยาบาลแพทย์ หรือโรงพยาบาลของ กทม. เขตในพื้นที่นั้นด้วย เพื่อเป็นตัวเลือก เพราะว่าถ้าเกิดว่าเป็นรอยตะเข็บต่อแล้ว คิดว่ารอยตะเข็บต่ออันนี้นะมันไปไกลเหลือเกิน ไกลเกินที่เค้าไม่น่าจะไปใช้ แต่จริงๆ แล้วเค้าไปใช้ อย่างในเขตเราเนี่ย มองดูว่าจุฬาไกลนะ แต่ถ้าเกิดว่าเรามองในภาพรวมว่าเค้าเป็นโรงพยาบาลแพทย์ที่มีเครื่องมือเครื่องมือที่มีศักยภาพในการให้บริการเรื่องบัตรทองค่อนข้างเยอะนะ เพราะว่าคนไข้เยอะ เด็กเยอะ คนชราเยอะ ศูนย์หัวใจ ศูนย์ตับ มะเร็งครอบคลุมตรงนี้ ในส่วนประชาชนที่เค้ามีปัญหาด้านนี้โดยตรง เค้าจะมีตัวเลือกได้ดีกว่า...”

ผู้บริหารสถานพยาบาลภาครัฐบางแห่งเห็นว่า โรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนน่าจะเป็นเครือข่ายกัน ในขณะที่บางแห่งเห็นว่าเรื่องอนามัยพื้นฐานน่าจะเป็นหน้าที่ที่รัฐต้องจัดให้มีขึ้น ส่วนเรื่องของบุคคล (การรักษายาพยาบาล) ควรส่งเสริมให้มีการแข่งขันของผู้ให้บริการภายใต้ขอบเขตพื้นที่ กฎเกณฑ์มาตรฐาน และระบบการควบคุมตรวจสอบที่กำหนด

“...ในระบบสาธารณสุขจริงๆ พื้นฐานมันเป็นเรื่องท้องถิ่น มันเป็นเรื่องที่รัฐพึงต้องให้ เช่น น้ำสะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี อาหารต่างๆ อันนี้มัน Basic มันไม่ต้องมาเก็บสตังค์ชาวบ้าน มันเป็นเรื่องของระบบสาธารณสุขที่จะต้องทำให้เกิด แต่ในขณะเดียวกัน ใน Individual ของส่งเสริมป้องกัน ผมมองว่าบางอันรัฐบาลต้องให้ รัฐจะให้ Provider มาแข่งขันหรือฟรีก็ได้...”

ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่ง เห็นว่าควรให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นทางเลือกของประชาชนที่ไม่เกี่ยวกับโครงการเลือกๆ ที่ควรจำกัดเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิด และเป้าหมายการดำเนินงานภาครัฐและเอกชนมีความแตกต่างกัน

“...ในความเห็นของผมโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งไม่ว่าจะสังกัดสาธารณสุข หรือนอกสาธารณสุข ควรจะเข้าร่วมโครงการ แล้วโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งควรจะเป็นระบบ Capitation ส่วนโรงพยาบาลเอกชนจริงๆ เราไม่ต้องไปเรียกเขาให้เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ให้เขาเป็น Fee for service ไป เป็น

ทางเลือกนะครับ คือรัฐจัดให้ระดับหนึ่งให้ก่อน แล้วถ้าประชาชนมีกำลังพอที่จะดูแลตัวเองได้เขาก็ไปเลือกโรงพยาบาลเอกชน โดยที่เสียเงินเพิ่มหรืออะไรต่างๆ รัฐก็เข้าไปเพียงดูแลในเรื่องคุณภาพ ตรวจสอบในเรื่องของอะไรต่างๆ ไม่จำเป็นต้องเอาเงินส่วนหนึ่งไปให้เขา ให้โรงพยาบาลเอกชนมาดูแลประชาชน เพราะผมว่ามันคนละ Concept กัน โรงพยาบาลของรัฐเราทำ เรามันมีเงินเดือนอะไรอยู่ แต่ของเอกชนมันคนละ Concept เขาเป็นธุรกิจ เขาต้องทำให้อยู่ได้ เพราะฉะนั้นถ้าเราทำอย่างนี้ประชาชนเขาก็จะเกิดความ...ทำเพื่อธุรกิจ แต่โรงพยาบาลของรัฐทำเพราะว่าเป็นหน้าที่ ทำเพื่อประชาชน เพื่อผลประโยชน์ของประเทศชาติ หรือเพื่ออะไร เพราะว่ามันคนละเป้าหมายกัน ในความเห็นส่วนตัวของผมคิดว่าโรงพยาบาลเอกชนไม่มีความจำเป็น ก็ปล่อยให้เขาเป็น *Free for service* ไป การที่เราไปแบกเขาไว้ด้วยนี้ เราจ่ายเงินให้เขาไปมหาศาล แต่ *Return* ที่มันกลับมา แล้วทำให้ประชาชนเขาดูแลสุขภาพดีขึ้นจริงๆ แล้วระบบมันแตกต่างกัน เวลาที่เขาคิดอะไร เขาก็คิดถึงกำไรขาดทุน อัตราดอกเบี้ย ภาษี อะไรทั้งสิ้น...”

กลยุทธ์ในการแข่งขันระหว่างสถานบริการสุขภาพ

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ระบุว่ากลยุทธ์ในการแข่งขัน จะเน้นที่เรื่องของ “คุณภาพด้านการรักษาและการให้บริการ” แต่ในทางปฏิบัตินั้นเป็นที่รับรู้กันว่าโรงพยาบาลภาครัฐจะมีคุณภาพการรักษาดีแต่การให้บริการจะด้อยกว่าสถานพยาบาลของเอกชน ขณะที่สถานพยาบาลเอกชนประชาชนก็รับรู้ว่าคุณภาพการรักษาโรคเฉพาะทางด้อยกว่าโรงพยาบาลภาครัฐ แต่การให้บริการดีกว่า เช่น ความสะดวก ดังนั้นทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ต่างก็มีแนวทางที่จะพัฒนาจุดด้อยของตนให้ดีขึ้น

ผู้บริหารสถานพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งระบุว่ากลยุทธ์ที่ใช้ในการแข่งขันกับสถานพยาบาลอื่นคือการพัฒนาคุณภาพการรักษาให้ดี ราคาถูก และมีการพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

ผู้บริหารสถานพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่งระบุว่ากลยุทธ์ที่ใช้คือ “Better, Cheaper, Faster” และต้องพัฒนาถึงขั้นให้ผู้ใช้บริการเกิดความรักในโรงพยาบาล “...Better, Cheaper, Faster 3 อย่างนี้ เดียวนี้เขาบอกว่าให้ผู้มารับบริการพึงพอใจไม่พอ ต้องบอกว่าให้ผู้มารับบริการรักในโรงพยาบาล..... เกิดความรักเลยนะครับ...”

ในบางจังหวัดสถานพยาบาลเอกชนมีการใช้กลยุทธ์การแข่งขันกันในเรื่องธุรกิจมากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ โดยกลยุทธ์หนึ่งที่จะใช้ในการแข่งขันกันคือ การ “ประชาสัมพันธ์” ซึ่งสถานพยาบาลของเอกชนมี “นโยบายเชิงรุก” ที่จะประชาสัมพันธ์สถานพยาบาลของตนให้กับประชาชนได้รับรู้ จากโครงการนำร่องให้เลือกสถานพยาบาลนี้ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้ใช้กลยุทธ์ด้านการประชาสัมพันธ์มาแข่งขันอย่างไม่เป็นธรรม เพื่อหวังจำนวนประชากรที่เลือก

โรงพยาบาลของตน และจากปัญหาของความไม่โปร่งใสในการแข่งขันนี้จึงมีผู้เสนอให้ใช้วิธีเหมือนการเลือกตั้ง

จุดเด่น/จุดด้อย ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ที่มีผลต่อการเลือก

ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐบางแห่ง เห็นว่าโรงพยาบาลรัฐมีจุดเด่นในด้านการมีแพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมือที่ทันสมัยและครบครัน มีบุคลากรที่เพียงพอ และค่าใช้จ่ายในการรักษาค่า แต่โรงพยาบาลเอกชนมีจุดเด่นด้านการให้บริการด้วยอรรถาธิบายที่ดี

“...เอา Average นะ รัฐพร้อมทั้งบุคลากร ทรัพยากร คน ของ มาตรฐาน แต่รัฐเสียอย่างเดียวระบบบริการ คือมันช้า ดิฉันเอนไซม์ ไม่มี Service mind อันนี้ Main ใหญ่ เพราะเรื่องของระบบตอบแทนระบบ Reward เอกชนพูดจริงๆ ส่วนใหญ่ก็คือเจ้าเล่ห์ คือลงทุนคิด ไอ้โน่นไม่มีก็ไม่มีเอา แต่จะแต่งหน้าทาปากสวย Service ดี ระบบบริการดี มีน้ำเย็นกิน แต่ใส่ตั้งอาจจะทำไม่ได้ ผ่าอันนี้ไม่มีเครื่องมืออาจจะไปยืมของหลวงมา...”

“...เขาสู้เราไม่ได้ ทำเลเขาก็สู้เราไม่ได้ เพราะทำเลของเขามีถนนขวางกัน ก็เพียงแต่ว่าลูกเล่นเขาอาจจะดีกว่าเรา แต่จริงๆ เพราะเราเองเราไม่ได้บล็อก เราไม่ได้ตั้งคลินิกแยกกว่าบัตรนี้เข้ามานี้ แต่ทางโน้นเขาแยก แยกไปอยู่ข้างหลัง ของเราไม่ได้แยก ถ้าเราจะแยก เราก็ไม่ได้แยกเพราะเรื่องนี้เราแยกเพราะเราต้องการให้เกิด Community เราไม่ได้แยกเพราะเรื่องของการสั่งยา...”

ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมองว่าประชาชนไม่ได้ให้ความสนใจเนื่องจากถูกมองเป็นภาพของธุรกิจค้ากำไรมากกว่าการให้บริการประชาชน ซึ่งเป็นภาพที่แตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐอย่างมาก

“(ประชาชน) เขามองว่า รพ.เอกชน ถูกมองว่า เป็นธุรกิจที่ตั้งมาเพื่อหวังกำไร เพราะฉะนั้นคนที่ทำธุรกิจเอกชน มีภาพเป็นผู้ขายอยู่ในตัว เพราะฉะนั้นเขาไม่มั่นใจ คือเขารู้ว่าบริการดีกว่าแน่นอน แต่ไม่มั่นใจว่า เกิดว่าเขาไปส่วยขบข้ายสิทธิของตนเอง เขาจะมองด้วยความหวาดระแวง แต่ถ้าสมมติว่าเขาเป็นอะไรหนักๆ จริงๆ อย่างรัฐให้ รพ.เอกชนหัวละ 1,200 นี้นะ รพ.จะยอมรักษาเขาหรือ มันไม่เหมือนประกันสังคม ซึ่งประกันสังคมถูกผ่านการกลั่นกรอง แล้วผ่านการเลือกไปเลือกมาเป็น Settle เช่น ที่รพ.ผมมีส่วนแบ่งประมาณ 40% ของผู้ประกันกับตนทั้งหมด ถ้ามันอิงระบบจริงๆ ตัวเลขน่าจะเป็นอย่างนั้น แต่มันไม่แบ่งเพราะว่า 1) ระบบการเลือกไม่อำนวย 2) ประชาชนคนทำงานฉลาดกว่าคนทั่วไป ในกลุ่มประกันสังคมอย่างน้อยทำงานเป็นกลุ่มที่ชักจูงยาก แต่ถ้าเป็นระดับชาวบ้านจะถูกชักจูงง่ายกว่า เพราะฉะนั้นกลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งจะไม่มาใช้บริการที่เรา.. ไม่ใช่ว่ามองว่าเราบริการไม่ดีหรอก แต่เขาไม่ไว้ใจเรา...”

3.2 ความคิดเห็นของประชาชนและผู้นำชุมชน

จุดเด่น - จุดด้อย โรงพยาบาลของรัฐ

ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ของสถานพยาบาลในเรื่องของ “การรักษาพยาบาล” ที่ค่อนข้างยึดติดกับโรงพยาบาลของรัฐ มองว่ามีแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวแพทย์ผู้รักษา มีจำนวนแพทย์ พยาบาลมากกว่า รวมทั้งมองว่าโรงพยาบาลรัฐมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน

“... ก็จะเลือกสิทธิบัตร ใกล้เหมือนกัน สะดวก แล้วก็ก็เป็นโรงพยาบาลของรัฐ มียาพร้อม...”

“...ในส่วนตัวของผมเอง ผมก็ต้องยึดโรงพยาบาลศูนย์ไว้ก่อน ในส่วนตัวนะ เพราะว่าในโรงพยาบาลศูนย์เขามีความพร้อม ความพร้อมย่อมดีกว่า...”

อย่างไรก็ตามสถานพยาบาลของรัฐก็มีจุดด้อยในด้านบริการ ทั้งในด้านการพูด การเอาใจใส่ผู้ป่วยโดยมองว่าการให้บริการไม่ค่อยเป็นที่ประทับใจ ประชาชนต้องเสียเวลานานเพื่อรอรับการตรวจรักษาแต่ประชาชนส่วนใหญ่แสดงความเห็นอกเห็นใจว่า เนื่องจากสถานพยาบาลของรัฐมีผู้มาใช้บริการรับการรักษาเป็นจำนวนมาก ดังนั้นคุณภาพการให้บริการอาจจะไม่ดีเท่ากับของเอกชน

จุดเด่น – จุดด้อย โรงพยาบาลเอกชน

ประชาชนมักจะมองว่าสถานพยาบาลของเอกชนมีการให้บริการที่ดี มีความรวดเร็วในการให้บริการ ผู้ใช้บริการไม่ต้องรอนาน ทำให้ไม่เสียเวลาในการประกอบอาชีพ ในขณะที่สถานพยาบาลของรัฐต้องรอนานและมีขั้นตอนที่ยุ่งยากและยังมีความรู้สึกว่ายากของสถานพยาบาลเอกชนจะเป็นยาที่ “แรง” มีคุณภาพในการรักษาดีกว่ายาที่ได้รับจากสถานพยาบาลของรัฐ

“...ถ้าพูดถึงจุดเด่น รพ.เอกชนค่าบริการดี...ส่วนมากประชาชนคิดว่าหลักๆ คือการบริการ คือ เป็นการรักษา เป็นยา อย่างคนแก่ ถ้าหมอพูดดีก็หายไ้ไปครึ่ง แทบไม่ต้องฉีดยาแก้ก็หาย ...เพราะเราคิดฝังใจว่ารพ.รัฐจะบริการไม่ดี แต่จริงๆ รพ.รัฐที่บริการดีก็มีเป็นบางคน แต่เดี๋ยวนี้เค้าก็ปรับปรุงขึ้น เค้ามีผู้ออกความคิดเห็นก็มีสิทธิเขียนไปได้...”

“...ส่วนมากผู้ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้มีอันจะกิน พุดง่าย ๆ ส่วนใหญ่ผู้มีอันจะกินแล้วมันสะดวกสบายไม่ต้องไปเข้าแถวยาว ไปคอยนั่งกันตั้งแต่ 8 โมง 10 โมงแล้วยังไม่เรียกชื่อยังงั้นมันเป็นอย่างนั้น ส่วนมากพวกนี้เขาถึงไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน...”

“...ที่เลือกเอกชนเพราะจะได้ยาที่แตกต่างกัน ยาของเอกชนจะดีกว่า ซึ่งเป็นจุดที่เค้าจะเลือกโรงพยาบาลหรือคลินิกของเอกชน...”

“...หมอบางครั้งมีหลายอย่าง หมอพาณิชย์ก็มี หมอมัจิฉวิญญูณก็มี หมอพาณิชย์เดี่ยวไปเจอคลินิก ถ้าโรงพยาบาลนี้ยาไม่ดี นี่ผมพูดตรงประเด็นนะครับ เพราะว่าผมซื้อยา อย่างครอบครัวผมซื้อยาที่

โรงพยาบาลนี้ค่อนข้างไม่หายขาด ระหว่างยารักษาของโรงพยาบาลกับของคลินิกมันต่างกัน ถ้าเราจะให้หายก็ต้องคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ผมอยากให้ทางรัฐบาลจัดหาที่มันเท่าเทียมกัน...”

“...บางส่วนที่ยังยึดอยู่รพ..... อยู่ เพราะไปสะดวก ไปปั๊มน้ำมันไม่มากเขาก็ได้รับบริการ อย่างคนแก่คนเฒ่าจะไปรับบริการก็แค่ลูกหลานกลางนครั้งวันเรียบร้อยแล้ว...”

ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีความคิดเห็นว่าสถานพยาบาลของเอกชนมีแพทย์จำนวนไม่มาก ทำให้ประชาชนมองว่าไม่มีความหลากหลายของแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และบางแห่งขาดอุปกรณ์การรักษาโรคเฉพาะทางบางอย่าง

“...การบริการอะไรของรพ. นี่ใช้ได้ดี แต่หมอเฉพาะทางนี่เราก็เห็นใจนะ มันขาดหมอเฉพาะทาง พอไปรับบริการปั๊มน้ำมันก็มีห้องนะ ห้อง 30 บาท ผมก็เคยไป จะเป็นโรคอะไรก็ได้แต่ไปถึงก็จะเจอหมอต่านี่ทุกโรค ชาวบ้านเดี๋ยวนี้ไม่ได้อยู่ในไท เป็นโรคหัวใจก็หมอนี้ เป็นโรคทางเดินอาหาร เขาก็เอ๊ะมันยังงี้ เขาก็เลยเปลี่ยน...”

“...ไม่มีหมอเฉพาะทาง นี่ผมเปรียบเทียบให้ฟังทางโรงพยาบาล--- (รัฐ) เลยนะ คือทางโรงพยาบาล..... นั้นพอไปหาเขา ไปที่ท่าบ่อ เขาจะถามว่าเป็นโรคอะไร เป็นโรคหัวใจ เป็นโรคทางเดินอาหาร หู ตา คอ จมูก ปู๊บ เขาจะบอกไปทางนี้ไปพบหมอทางนี้ อะไรอย่างงี้...”

“...ประชาชนไม่โง่นะครับ คือเค้าก็รู้ว่าข้อดีของโรงพยาบาลเอกชนก็มี ข้อดีของโรงพยาบาลรัฐก็มี ประชาชนเองจะรู้ว่าตนเองควรจะเข้าโรงพยาบาลไหน ถ้าผมเคาในประชาชนที่ยังมีสุขภาพดี ไม่เคยเจ็บไข้ได้ป่วย หรือเจ็บไข้ได้ป่วยไม่ได้เป็นอะไรมา ประชาชนกลุ่มนี้จะเลือกโรงพยาบาลเอกชน เพราะว่าโอเคปวดหัว ตัวร้อนก็ไปนั่งห้องแอร์ ประชาชนที่มีโรคอยู่แล้ว โดยเฉพาะตนเองรักษากับหมอต่านใดท่านหนึ่งแล้วในโรงพยาบาล สมมติตนเองรักษาอยู่ที่ศิริราชอยู่แล้ว หรือว่าเป็นโรคร้ายแรง เพราะรู้ว่าโรงพยาบาลรัฐยังงี้ๆ ก็รักษาดีกว่า เพราะว่าเป็นจุดเริ่มต้นของแพทย์ มีทั้งอาจารย์ มิงบประมาณที่มาก สามารถซื้อเครื่องมือแพงๆ ได้ กลุ่มนี้ก็จะไปเลือกโรงพยาบาลรัฐบาล เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลที่เป็น center...”

ประสบการณ์การใช้บริการด้วยบัตรทองในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนพบว่าการเปลี่ยนแปลงการให้บริการเมื่อมีการใช้บัตรทอง ซึ่งมักจะพบว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีความคาดหวังสูงในด้านบริการจากสถานพยาบาลเอกชน

“...แรกๆ คนที่ได้โรงพยาบาลเอกชนคิดว่าดี สะดวก บริการดีไม่ต้องรอนาน แต่พอเข้าไปปั๊มน้ำมันกลายเป็นคนไข้ชั้น 2 คือถามว่ามีบัตร 30 บาทไหม จะต้องแยกมาอยู่ตรงนี้นะ ส่วนของรัฐบาล จะระบุ

เวลาว่าโรคนี้ให้มาเวลานี้ละ โรคนี้ให้มาเวลานั้นละ ซึ่งความเป็นจริงแล้วโรคบางโรคจะรอเวลาไม่ได้ และในกรณีฉุกเฉินก็จะถามว่ามีบัตรทองไหม ซึ่งจะสร้างความไม่พอใจให้กับประชาชน ซึ่งของรัฐก็จะมีแบบนี้เหมือนกัน ซึ่งปัญหาตรงนี้จะคล้ายๆ กับของเอกชนเหมือนกัน...”

“...เอกชนก็ให้เค้าปรับปรุงใหม่ว่าใครรักษานี้ละ ถ้าเพื่อเป็นไข้ คุณจะมาเอายาที่ราคาแพง มารักษาให้ด้วย 30 บาท เค้าจะบอกเลยนะที่.....(โรงพยาบาลเอกชน) ว่าตัวยานี้สำหรับ 30 บาท ตัวยานี้สำหรับ 100 บาท...”

รูปแบบการตัดสินใจร่วมกันของชุมชนต่อการเลือกสถานพยาบาล

ในเขตเมืองและเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าไม่มีการตัดสินใจร่วมกันของชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากครัวเรือนที่อยู่ในชุมชนเมืองจะมีความเป็นปัจเจกชนมากกว่า ครัวเรือนที่อยู่ในเขตชนบทและมองว่าเป็นเรื่องของแต่ละครอบครัว ดังนั้นจึงมักจะไม่ค่อยมีการตัดสินใจในลักษณะของชุมชนเท่าใดนัก ในบางจังหวัดประชาชนในเขตเมืองที่มีความใกล้ชิดกัน มีการพูดคุยกันเป็นกลุ่มย่อยแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่า จะเลือกสถานพยาบาลใด ซึ่งไม่ได้มีการบังคับหรือมีมติร่วมกันแต่อย่างใด การตัดสินใจจึงเป็นเรื่องของครอบครัวมากกว่า ซึ่งในเรื่องของการเลือกสถานพยาบาลนี้ผู้นำชุมชนในเขตเมืองส่วนใหญ่เห็นว่า การตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลใดก็ตามควรเป็นเรื่องของแต่ละครอบครัวที่จะตัดสินใจเอง โดยที่ผู้นำชุมชนควรมีบทบาทเพียงแค่การให้ข้อมูลข่าวสารการเลือกเท่านั้น ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะจากแกนนำ ดังนี้

“...น่าจะเริ่มจากชุมชนว่า ให้ความรู้ความเข้าใจ แล้วแต่ละบุคคล แต่ละครัวเรือน ก็แยกกันไปตัดสินใจ จากข้อมูลที่ประมวลมาแล้ว และพอปี 1 แล้ว ก็สามารถเปลี่ยนได้เหมือนกับการประเมินผลโรงพยาบาลไปด้วย...”

“...ทางสมาชิกชุมชนและชาวบ้านยังขาดความรู้ ความเข้าใจว่า โรงพยาบาลมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคไหน อย่างไร เช่น ถ้าดิฉันกลับไป ดิฉันไปบอกว่าทางรัฐให้สิทธิว่าจะเลือกโรงพยาบาลได้เอง พวกเค้าก็จะถามทันทีว่า “แล้วที่โรงพยาบาลไหนดี” ซึ่งความเข้าใจของเค้าไม่มี ดิฉันคิดว่าควรให้ความรู้ ความเข้าใจกับเค้าก่อน ก่อนที่จะให้เค้าตัดสินใจเลือกนะคะ...”

ส่วนประชาชนในเขตชนบทนั้น พบว่า (สระบุรี) ในเขตชนบทมีการประชุมกลุ่มย่อย โดยมี อสม. เป็นแกนนำเพื่อพูดคุยกันถึงสถานพยาบาลที่จะเลือกร่วมกัน แต่ผลสรุปออกมาว่าต่างคนต่างเลือก ทั้งนี้ในเขตชนบทมีสิทธิเลือกสถานอนามัยเท่านั้น

“...อสม. ไปคุยกับหมอก่อน แล้วก็มาพูดให้ฟังว่าเป็นอย่างไร คุยเป็นกลุ่มย่อย เราก็มาพูดคุยกันว่าใครจะเลือกที่ไหน...”

สำหรับประชาชนในเขตชนบทที่ไม่มีสิทธิเลือก มีการพูดคุยเรื่องนี้ แต่มีข้อคิดเห็นจากประชาชนกลุ่มนี้ว่า น่าจะมีการประชุมและลงมติร่วมกันให้เลือกเป็นหมู่บ้าน เพราะจะทำให้ง่ายต่อการเข้ามาดูแลของเจ้าหน้าที่ได้ ประชาชนในเขตอำเภอรอบนอก กลับมีความเห็นว่า โรงพยาบาลชุมชน ไม่จำเป็นต้องเลือก เพราะอยู่ใกล้บ้านดีแล้ว มีอะไรเบื้องต้น ก็ได้รับการดูแลรวดเร็วและสะดวกในการเดินทาง มีข้อเสนอจากประชาชนกลุ่มนี้ว่า การเลือกควรให้เลือกโรงพยาบาลทุติยภูมิดีกว่า เช่น เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย โรงพยาบาลชุมชนก็ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ถ้าเจ็บป่วยมากขึ้นก็ให้ส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง ก็ขอเลือกที่จะรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่ต้องการ

“...ถ้าตามผมคิด ถ้าอำเภอเมืองให้เลือกโรงพยาบาล. มันมีชุมชนที่อยู่ใกล้ ค่ารักษาคิดว่าไม่ได้เสียค่าญาติไปเยี่ยม จากตัวอำเภอ.....ไปอำเภอเมืองก็ 30 บาท ไปแต่ละคนไปกลับ 60 บาท คิดว่าค่าใช้จ่ายเยอะกว่า ถ้าเป็นผมเลือก ผมเลือกโรงพยาบาลชุมชนดีกว่าครับ ถ้าเราเป็นเยอะเจ้าหน้าที่ก็ส่งเราไป เราไม่ต้องเสียค่าส่ง ...ผมอยากจะมีสิทธิเลือก ผมจะเลือกโรงพยาบาล.....(ตติยภูมิ) เพราะผมคิดว่าชาวบ้านที่ด้อยโอกาสไม่ใช่หนูทดลองครับ...”

สรุป

การดำเนินการให้ประชาชนเลือกสถานบริการประจำโดยสมัครใจ ใน 4 จังหวัดน่านและเขตประเทศ กรุงเทพฯ นั้น ไม่มีการตั้งคณะกรรมการแยกต่างหากแต่ใช้คณะกรรมการที่รับผิดชอบงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าเดิม มีการวางรูปแบบและเกณฑ์ การเลือกที่แตกต่างกันไป ทั้งที่ให้เลือก เฉพาะเขตเมือง เลือกในพื้นที่รอบต่อ การเลือกเป็นรายบุคคล หรือ รายครอบครัว มีการประชาสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ ให้ผู้ที่มีสิทธิ์ เลือกมาลงทะเบียนกับสถานบริการแห่งใหม่ที่เลือก แต่ มีประชาชนจำนวนมากไม่ทราบ และ ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ มากนัก มีประชากรไม่มากที่เปลี่ยนสถานบริการทั้งด้วยเหตุผลของความสะดวก คุณภาพ รวมทั้งความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สิทธิเลือกสถานบริการ

การเลือกสถานบริการประจำ ไม่ค่อยมีผลต่อการจัดงบประมาณ และการจัดบุคลากรมากนัก เนื่องจากมีประชาชนเปลี่ยนสถานบริการไม่มาก การจัดบริการใกล้เคียงกับที่จัดอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเดิม มีเพียงสถานบริการนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ เพิ่มการดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคมามากขึ้นจากเดิมที่ให้บริการน้อย และรพศ. ที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพิ่มขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการคือระบบข้อมูลสารสนเทศ ทั้ง Hard ware, Soft ware และ People ware คือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเนื่องระบบข้อมูลที่ใช้ยังไม่เป็นปัจจุบัน ระบบเครือข่ายยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ รวมทั้งโปรแกรมที่ใช้ยังไม่สามารถรองรับฐานข้อมูลประชากรจำนวนมากและ ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบขาดความรู้ความชำนาญด้านระบบข้อมูล ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่และประชาชนเห็นด้วยกับการเปิดให้เลือกสถานบริการได้โดยสมัครใจ แต่มีความเห็นต่อการจัดรูปแบบในการเลือกสถานบริการที่เหมาะสมแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งประเด็นใหญ่ที่นำมาพิจารณาคือ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ จำนวนสถานบริการที่มีให้เลือกได้ ระบบการส่งต่อ รวมทั้งนโยบายใกล้ บ้านใกล้ใจ และหน่วยบริการประจำครอบครัว ที่สำคัญก็คือการเปิดให้เลือกโดยสมัครใจ มีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ตั้งอยู่ใกล้โรงพยาบาลใหญ่ที่มีศักยภาพที่แตกต่างกันอย่างมาก หากเปิดให้เลือกแข่งขันกัน อาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนอกสังกัด ฯ และโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากประชาชนมีแนวโน้มจะเลือกโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเป็นสถานบริการหลักเพื่อใช้สิทธิการรักษาพยาบาล มากกว่าจะกังวลเรื่องการใช้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค

.....

โครงการย่อยที่ 2

ผลของนโยบายการให้เลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจที่มีต่อโรงพยาบาลเอกชนและ โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายการให้เลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจที่มีต่อ
โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง

สถานที่วิจัย

จังหวัดนำร่องของนโยบายการเลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจ คือ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร
จังหวัดแพร่ สระบุรี สุรินทร์ และสงขลา โดยเลือกทำการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนและนอก
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มเป้าหมาย

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)
 - 1.1 กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน/โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 1.1.1 โรงพยาบาลที่ขอเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ หลังนโยบายการเลือก
สถานพยาบาล
 - 1.1.2 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพมาโดยตลอด
 - 1.1.3 โรงพยาบาลที่ถอนตัวจากโครงการหลักประกันสุขภาพ หลังนโยบายการ
เลือกสถานพยาบาล
 - 1.1.4 โรงพยาบาลที่ถอนตัวจากโครงการหลักประกันสุขภาพ หลังการดำเนินการ
เลือกสถานพยาบาลแล้วเสร็จ
2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)
 - 2.1 ผู้ที่รับผิดชอบงานหลักประกันของโรงพยาบาลเอกชน
 - 2.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน/โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย
3. สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ตามแผนการวิจัย
4. รวบรวมเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือวิจัย

1. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม
2. แบบบันทึกและอุปกรณ์บันทึกเสียงและภาพ
3. อุปกรณ์การจัดสนทนากลุ่ม
4. การศึกษาข้อมูลเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับจากข้อมูลหลายแหล่งตามหลักของ Triangulation มาจัดกลุ่ม แล้ววิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบความคล้ายคลึง แตกต่าง และเหตุผลเกี่ยวกับโครงสร้าง การดำเนินการ ระบบการจัดการ ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคในการจัดการและดำเนินการ รวมทั้งข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ผลกระทบของนโยบายการให้เลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ ที่มีต่อโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการและกลุ่มผู้รับผิดชอบงานหลักประกันฯ ของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ศึกษา 5 จังหวัด จะนำเสนอเป็น 3 ส่วนด้วยกัน คือ

- ส่วนที่ 1 แนวคิดในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ
- ส่วนที่ 2 ผลกระทบต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ส่วนที่ 3 การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

1. แนวคิดการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ศึกษา 5 จังหวัดน่านได้ให้เหตุผลถึงการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาล

เอกชนและโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญ 2 ประการ คือ

1.1 การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขึ้นอยู่กับนโยบายผู้บริหารโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยการตัดสินใจของโรงพยาบาลทุกแห่งเป็นความสมัครใจที่ต้องการมีส่วนร่วมกับนโยบายของรัฐ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้กล่าวถึงความคาดหวังต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า นโยบายนี้จะเป็รากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งและก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและประชาชน อันสามารถนำประโยชน์สูงสุดมายังประชาชน และได้รับความเป็นธรรม นอกจากนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ จากแนวคิดที่มีความต้องการคืนกำไรและผลประโยชน์ให้กับสังคมบ้าง นั่นคือการให้บริการสุขภาพกับประชาชนที่ด้อยโอกาสหรือกลุ่มยากจน โดยเฉพาะแก่ประชาชนที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับที่โรงพยาบาลเอกชนตั้งอยู่ ซึ่งเดิมกลุ่มคนยากจนเหล่านี้ อาจจะไม่เคยได้รับโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ใกล้บ้านของตนเลย อันเนื่องมาจากค่าบริการการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า

“...เรารู้สึกว่าอยากมีส่วนร่วมกับสังคมในส่วนนี้..... อยากมีส่วนร่วมกับการรัฐบาลและผลักดัน เติบโต...”

“....ยกตัวอย่างง่าย ๆ ว่าถ้าประชาชนเจ็บป่วยจริงมาให้โรงพยาบาลรักษาในเบื้องต้นแล้ว คนไข้ไม่มีเงินจริงๆ ก็ยังมีโครงการ 30 บาทนี้ช่วยเป็นเหมือนสวัสดิการให้กับคนไทยทุกคน...”

“...เหตุผลหนึ่งเราถือว่าเป็นโครงการที่ดี เหตุผลหนึ่งนะ ก็ว่าชาวบ้านแถวนี้เยอะ เขาอยู่ใกล้ๆ ก็จริง แต่ก็ไม่สามารถเข้ามาได้ เพราะค่าใช้จ่าย แต่พอมีระบบนี้เข้ามา. เออเราก็นำให้แก่สังคมแถวนี้ซึ่งเราตั้งอยู่...”

นอกเหนือไปจากความคาดหวังที่จะทำประโยชน์สูงสุดกับประชาชนจากการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าวแล้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งยังกล่าวถึงการเข้าร่วมของโรงพยาบาลเอกชนว่าถือเป็นการสร้างระบบของการเป็นภาคีร่วมกันระหว่างภาคเอกชนและภาครัฐในการให้บริการสุขภาพ ภายใต้หลักการกระจายอำนาจ ผ่านคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่

“...เราอยากจะเรียนรู้ระบบด้วย และสมัยนั้น มีความหวังว่า ระบบจะเกิด พอดีคุณหมอ... เป็นผู้ถือหุ้นที่นี่ และทำงานเกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย จึงเป็นหัวหอกในเรื่อง กสพ. การกระจายอำนาจ เราก็มองว่า ถ้า กสพ. เกิดความคิดในการซื้อบริการจะเปลี่ยนมุมมองประโยชน์ของประชาชนสูงสุด ไม่ใช่มองความอยู่รอดของสถานบริการเป็นอันดับสูงสุด ...”

1.2 โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันมาก นักต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้เป็นการทำตามนโยบายภาครัฐ แม้ว่าจะไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม หรือกล่าวได้ว่าเป็นการกำหนดตรงมาจากรัฐบาลจากเงื่อนไขที่โครงการหลักประกันสุขภาพเป็นนโยบายหนึ่งรัฐบาล ดังคำกล่าวของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า

“...ผมได้ศึกษามาตั้งแต่ต้นแล้ว ก็ได้เตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ของบุคลากรอะไรที่จะรองรับนโยบายครั้งนี้อยู่แล้ว ก็เลยตัดสินใจเข้าร่วมเพราะว่ามันมีอยู่ข้อหนึ่งที่ว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งจะต้องอยู่ในโครงการนี้อยู่แล้ว มันเป็นภาคกำหนด เราไม่มีสิทธิ์ที่จะเลือก แต่เราเป็นผู้ปฏิบัติ ก็ต้องปฏิบัติ เพราะฉะนั้นจริงๆ แล้วเราไม่ได้เลือกที่จะเข้าร่วมโครงการ เราอยู่ในเงื่อนไขอยู่แล้ว...”

“...ถ้าไม่ใช่เพราะนโยบายหรือสามารถเลือกได้ อยากที่จะออกจากโครงการนี้ เพราะได้รับผลกระทบหลายประการ เช่น การต้องสร้างความเข้าใจกับทหาร ซึ่งถือว่าเป็นผู้รับใช้ชาติ เขาจะไม่เข้าใจว่า ทำไมเขาต้องจ่าย 30 บาท ด้วยหรือ บางกลุ่มที่ไม่มีบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเดิมก็สามารถช่วยได้ แต่ตอนนี้ก็ไม่มีเงินจะช่วยเหลือ โรงพยาบาลต้องควักเอง รวมถึงเรื่องงบประมาณสาธารณสุขโลก ที่ถูกตัดลดลงครั้งหนึ่ง ... แบบเดิมดีกว่า ถ้าจะให้บริหารเอง ค่ารักษาค่าใช้จ่ายค่าจะแยกมาชัดเจน และก็ไ้มากกว่านี้.... อย่างสาธารณสุขโลกปีหนึ่งได้ล้านนึง ตอนนี้เหลือห้าแสน คือขนาดล้านยังไม่พออยู่แล้ว คือตอนนี้ครึ่งปีหมดแล้ว ยังไม่รู้จะทำอย่างไร ค่าจะปิดไฟเมื่อไรไม่รู้...”

จากผลการตัดสินใจของโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถึงเหตุผลสำคัญในการเข้าร่วมมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โรงพยาบาลเอกชนมองในแง่บวกที่จะได้มีโอกาสคืนกำไรให้กับสังคม โดยการให้บริการรักษาพยาบาลกับประชาชนกลุ่มที่ด้อยโอกาส มีข้อสังเกตว่าการตัดสินใจดังกล่าวไม่ได้กล่าวถึงเหตุผลในเชิงเศรษฐกิจ หรือตัดสินใจบนพื้นฐานของการวิเคราะห์ในเชิงเศรษฐศาสตร์ต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ในขณะที่โรงพยาบาลภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการศึกษานี้เป็นโรงพยาบาลทหารที่สังกัดกระทรวงกลาโหม จึงเข้าร่วมโครงการด้วยเงื่อนไขการปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล และเป็นช่องทางให้ได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมเพื่อการจัดการบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ทหารและประชาชนใกล้เคียงที่มาใช้บริการ

2. ผลกระทบต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลกระทบจากการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบในหลายด้านด้วยกัน ดังจะนำเสนอแยกออกเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผลกระทบต่อโรงพยาบาลเอกชน

ผลด้านบวก

1. การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของโรงพยาบาลเอกชนต่อสังคม ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งมีความคิดเห็นค่อนข้างตรงกันถึงผลดีของการได้เข้าร่วมในกิจกรรมของภาครัฐซึ่งมีประโยชน์ต่อประชาชน สามารถทำให้ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลดีขึ้น

2. การสร้างส่วนแบ่งทางธุรกิจการให้บริการรักษาพยาบาล แม้โรงพยาบาลเอกชนที่ยังเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลายแห่งในพื้นที่ศึกษา จะมีลูกค้าส่วนใหญ่เป็นลูกค้าจากการประกันสังคมอยู่แล้ว เนื่องจากในเขตพื้นที่ที่ตั้งโรงพยาบาลนั้นเป็นแหล่งธุรกิจที่มีสถานประกอบการโรงงานขนาดใหญ่ตั้งอยู่หลายแห่ง แต่การที่โรงพยาบาลได้เข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ ก็จะได้มีส่วนแบ่งทางการตลาดกับสถานพยาบาลอื่นๆเพิ่มขึ้น และยังได้ผลประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการที่สำคัญประกอบด้วยคือ การได้รับรู้ถึงความเคลื่อนไหวในเชิงนโยบายของภาครัฐโดยตรง อันจะนำไปสู่การปรับกลยุทธ์เพื่อการแข่งขันกับสถานพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

3. การสร้างเงินทุนหมุนเวียน จากการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้โรงพยาบาลเอกชนไม่ต้องแบกรับภาระด้านค่าใช้จ่ายของคนไข้ที่ยากจนไม่มีเงินรักษา แต่ได้เข้ามาให้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนในหลายเหตุผล ดังเช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ เนื่องจากการมีงบประมาณส่วนหนึ่งจากโครงการฯ มาช่วยสนับสนุนรายได้ของโรงพยาบาล แทนที่โรงพยาบาลจะสูญเสียรายได้ไปเลย เพราะแต่เดิมนั้นถ้าคนไข้ยากจนมาใช้บริการแล้วไม่มีเงินรักษาทางโรงพยาบาลก็ต้องเหมือนทำบุญรักษาฟรีให้กับคนไข้ ซึ่งถ้ามองในจุดนี้ก็เป็นเรื่องดีทั้งกับฝ่ายคนไข้และฝ่ายโรงพยาบาล ดังเช่นคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนคนหนึ่งที่ว่า

“...เป็นเพราะเราก็มีคนไข้อยู่กลุ่มหนึ่งแล้ว ถ้าเรารับคนไข้อีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งรัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณมาให้ที่แน่นอน เราก็จะได้มีเงินทุนในระบบมากขึ้น...”

“...รัฐให้มาหัวละ 700 กว่าบาทต่อปี คนไม่ป่วย รัฐก็ให้เงินเรามา คนป่วยรัฐก็ให้เงินเรา...”

ผลด้านลบ

1. ปัญหาการบริหารจัดการ

สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 4 ประการ คือ

1.1 ปัญหาความไม่มั่นใจต่อนโยบายรัฐบาล เนื่องจากนโยบายของรัฐไม่นิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตั้งแต่ระยะแรกของการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นจึงทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีปัญหาในการบริหารจัดการในประเด็นหลักๆ 3 ประการ คือ การกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดบริการรักษาพยาบาล การจัดทำฐานข้อมูลผู้รับบริการ และการจัดการทางการเงิน โดยเฉพาะในเรื่องของงบประมาณที่ค่าใช้จ่ายบางอย่างสามารถเบิกได้ บางอย่างไม่สามารถเบิกได้ และรายได้ต่อหัวที่รัฐจ่ายให้กับประชาชนที่มาใช้บริการในโครงการหลักประกันนี้ แต่เดิมกำหนดว่าจะจ่ายให้ 1,052 บาทต่อราย แต่ก็ดูเหมือนว่าจะมีโอกาสที่รายได้ที่รัฐจะจ่ายให้ต่อหัวนี้ลดลง ทำให้โรงพยาบาลเอกชนไม่มีความมั่นใจในนโยบาย และเริ่มรู้สึกว่าการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นภาระค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

1.2 ปัญหาเรื่องการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ภาครัฐได้วางเงื่อนไขหรือข้อกำหนดที่ค่อนข้างมีรายละเอียดปลีกย่อยและไม่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาในการเบิกจ่าย ทำให้เอกสารการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนจัดทำขึ้นไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากสำนักประกันสุขภาพได้ ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงต้องนำมาปรับแก้เอกสารใหม่ และเมื่อส่งเอกสารกลับไปให้แล้ว ก็ยังไม่ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลต่อหัวที่ทางโรงพยาบาลควรจะได้รับ จึงเป็นปัญหาเรื่องของการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลที่ล่าช้ามาก ซึ่งเกิดผลกระทบต่อการบริหารการเงินของโรงพยาบาล

1.3 ปัญหาเรื่องการตรวจสอบสิทธิของประชาชนผู้มาใช้บริการบัตรทอง 30 บาทกับโรงพยาบาล เนื่องจากระบบการติดต่อสื่อสารกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพยังมีปัญหาและไม่สะดวก ระบบสารสนเทศยังมีปัญหาเป็นครั้งคราว ดังนั้นจึงต้องเสียเวลากับการตรวจสอบสิทธิการใช้บัตรทองของผู้มาขอรับบริการ

1.4 ปัญหาระบบรายงานที่มีความยุ่งยากในการจัดการ จากข้อปฏิบัติที่ค่อนข้างยุ่งยากของเงื่อนไข โดยเฉพาะรายงานที่ต้องนำส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่สอดคล้องกับระบบรายงานที่โรงพยาบาลเอกชนมีอยู่ ต้องลงทุนจัดทำระบบรายงานที่แตกต่างกัน ทำให้ภาระงานมีมากขึ้น ซึ่งถือเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาล

2. ปัญหาในเรื่องภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลที่ “เสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง”

2.1 ทักษะของผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเดิมเปลี่ยนไป เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพนี้มีการแจกบัตรทอง 30 บาท ให้กับประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ที่ยากไร้ไม่มีงานทำ เมื่อคนกลุ่มนี้มาใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนก็ทำให้ผู้มาใช้บริการคนอื่นๆ ที่ต้องเสียค่ารักษาด้วยตนเองและมักจะเป็นคนที่มีฐานะและคนไข้ประกันสังคมมองภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลไปในทางลบที่ต้องใช้โรงพยาบาลปะปนกับผู้ถือบัตรทอง ฯ ซึ่งมักจะถูกมองว่าเป็นกลุ่มคนยากจนในสังคม

2.2 ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 เนื่องจากในระยะแรกของโครงการฯ เป็นเรื่องใหม่โดยเฉพาะความใหม่ของประชาชน ทำให้ประชาชนไม่เข้าใจ ถึงขอบเขตของสิทธิการรักษาพยาบาลที่ตนเองจะได้รับ และไม่เข้าใจหน้าที่ที่ควรจะเป็นของตน แม้จะเป็นโรงพยาบาลเอกชนแต่ระหว่างลูกค้าที่จ่ายเงินเองกับลูกค้าที่จ่ายตามโครงการ 30 บาท ย่อมรับการรักษาที่ไม่เท่าเทียมกัน ผู้ใช้บริการโครงการบัตรทอง 30 บาทส่วนใหญ่เข้าใจว่า แม้จะจ่ายแค่ 30 บาท แต่ก็ต้องได้รับการรักษาและบริการเท่าเทียมกับคนไข้ปกติ และเมื่อไม่ได้รับการรักษาที่เท่าเทียมกันคนไข้กลุ่มนี้ก็จะมักจะไว้วางใจทำให้โรงพยาบาลเสียภาพลักษณ์ ประกอบกับลูกค้าที่ใช้บัตร 30 บาทที่เข้ามาส่วนหนึ่งเมื่อมาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนก็ทำกิริยาที่ไม่สุภาพ ทำให้ลูกค้าทั่วไปรู้สึกว่ ะดับของโรงพยาบาลต่ำลง ซึ่งอาจจะเกิดผลกระทบต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้

“...คนไข้จะมาวิน พอมาวินเรานี้ลูกค้าของเราที่อยู่ตรงนั้น เขาก็จะคิดอะไรๆ นี่ แล้วเขาก็จะมองว่าในลักษณะที่ว่า คือเราไม่ได้ว่าประชากรของ 30 บาท แต่ว่าเป็นคนไข้ด้วยกันจะมองว่า พวกแก็บริการฉันเป็นประชาชนชั้นสอง ส่วนพวกใช้เงินเบิกประกันสังคมก็จะมองว่า 30 บาทนี่มีงไว้วางใจมากเลยนะ ทำไมมันไม่เป็นแบบนี้ละไรรอย่างนี้ ก็คือต่างคนต่างมอง มองแบบว่าบริการ 30 บาท นี่เบื้อมาก เขาคงมาใช้บริการกับลูกค้าพวกนี้ บางทีเค้าจะมาเบ่งมากค่าลัน ไวยวาย...”

“...อยากยกตัวอย่างเช่นว่า ประชาชนที่มาเขาฟังง่ายๆ ว่า 30 บาทรักษาทุกโรค จริงๆ แล้วมีข้อยกเว้นอยู่ เช่นการผ่าตัดเพื่อเสริมความงาม เช่น ผ่าตัดไฝออก เพราะรู้สึกว่ ังงวเฮ้งไม่ดี นั้นไม่ใช่เหตุผลทางการแพทย์ แต่ประชาชนส่วนหนึ่งเขาจะใช้สิทธิ เราก็บอกรว่ ถ้าท่านจะผ่าตัดนี้ ท่านจะต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเอง บางคนก็โกรธว่ ะเคียวจะร้องเรียนสื่อมวลชน ร้องเรียนหน่วยงานราชการบ้างละ...”

นอกจากนี้ประชาชนบางคนที่ไม่เข้าใจ ยังบอกรว่ “จะฟ้องร้องโรงพยาบาล” ซึ่งจากผลการเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีความวิตกว่ าจจะก่อให้เกิดปัญหาภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลตามมาและมีความเสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียงที่สะสมยาวนาน

“...เราให้บริการเขาตามข้อตกลงจะดีกว่า ถ้าค้อยกว่าข้อตกลงก็ลำบาก ดีกว่ ะเราจะเสียหาย (งบประมาณ) ถ้าค้อยกว่าก็ผิดกฎหมาย เวลากร้องเรียนแล้วจะเสียชื่อเสียงอยู่แล้ว เพราะว่าสังคมหรือสื่อมีแนวโน้มจะเชื่ออยู่เบื่องคั่นว่ โรงพยาบาลอาจจะทำไม่ถูกต้อง...”

3. ปัญหาการสูญเสียรายได้คำรักษาพยาบาล

การเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่รายได้ของโรงพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับรายจ่าย เนื่องมาจากประชาชนกลุ่มหนึ่งที่เคยมาใช้บริการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนเดิมและต้องเสียค่ารักษาด้วยตนเองได้ถูกผลักเข้าไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยของตน

4. ปัญหาภาวะเสียเปรียบภาคราชการของโรงพยาบาลเอกชน

เนื่องจากภาคราชการเป็นผู้ควบคุมข้อมูลและกฎระเบียบต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะคำนึงถึงผลประโยชน์ของสถานพยาบาลของรัฐเป็นสำคัญ เป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งถอนตัวจากโครงการฯ เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวเพื่อรับกับกฎเกณฑ์และระเบียบต่างๆ ได้

“...พอเข้ามาก็ต้องเป็นสิ่งบังคับอยู่แล้ว อยู่ที่แต่ละคนมอง เอาเป็นว่าส่วนใหญ่รพ.เอกชนที่เข้ามาร่วมกับรัฐบาล เสียเปรียบหมด เพราะคุณเป็นคนคุมข้อมูลทั้งจังหวัด การแก้ไข กฎระเบียบก็อยู่ที่ตัวคุณ...”

“...ถอนแล้วดี ไม่ยุ่งยากในการปฏิบัติโดยเฉพาะรายงาน เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะแพทย์ชอบมาก ผู้ป่วยยังมารับบริการมากกว่าเดิมทั้งจากภายในและนอกจังหวัด...”

“...ความยุ่งยากในการบริหารจัดการ ระเบียบมาก โดยเฉพาะรายงานมีมากปฏิบัติได้ลำบาก เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยอยากทำ...”

2.2 ผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลด้านบวก

การเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่เน้นการให้บริการแก่ทหารที่รับราชการในค่ายทหาร และประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงอีกประมาณ 10,000 คน) มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ งบประมาณ และช่วยให้สถานพยาบาลพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น โดยได้ช่วยกระตุ้นให้โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่มีความตื่นตัวในการพัฒนาการให้บริการ นอกจากนั้นไม่ได้ทำให้มีปัญหาด้านงบประมาณแต่อย่างใด เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ที่เลือกโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นทหารเกณฑ์ในสังกัด ที่ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดี ไม่ค่อยมีโรคภัยไข้เจ็บ และการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทำได้ง่ายด้วย เช่น โครงการรณรงค์ต่างๆ โครงการเยี่ยมเยียนครอบครัวทหาร เป็นต้น

“...โรงพยาบาลของเราจริงๆ มันล้าหลังมานานนะครับ ล้าหลังในทุกๆ เรื่อง ตามไม่ทัน เวลาไปดูโรงพยาบาลสาธารณสุขก็มีความรู้ดีกว่าเขาไปไกลแล้ว โรงพยาบาลทหารเนื่องจากการจัดกำลังพล

การจัดงบประมาณ มันเป็นคนละแบบกันเลยทีเดียวกับสาธารณสุข ก็พยายามที่จะพัฒนาโรงพยาบาล พัฒนาคุณภาพ อะไรต่างๆ แต่ทุกอย่างก็ทำไปได้ภายใต้ขีดจำกัดนะครับ ช้าๆ และก็ปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายมันก็ทำให้โรงพยาบาลเราเปลี่ยนแปลงเหมือนกัน อย่างเช่นการทำงาน แนวความคิด มีหลายสิ่งหลายอย่าง หนึ่งในสิ่งที่เปลี่ยนคืองบประมาณเปลี่ยน โครงสร้างไม่เปลี่ยน เพราะว่ามันเปลี่ยนยากเหลือเกิน แต่เราจัดคนใหม่มากขึ้น เป็น Flat type มากขึ้น แต่หมายถึงว่า โครงสร้างที่เป็นแบบแท่งแบบราชการก็ยังเป็นแบบเดิมอยู่ งบประมาณเปลี่ยน โครงสร้างไม่เปลี่ยน กลยุทธ์เปลี่ยน เราก็เน้นเรื่องการสร้างสุขภาพมากขึ้น เรื่อง IT ก็เปลี่ยน แล้วก็มีการพัฒนา รองรับมากขึ้น โดยสรุปแล้วก็เปลี่ยนครับ เปลี่ยนแปลงแล้วทำให้ดีขึ้น ทำให้เราพัฒนาตัวเอง เพื่อที่จะให้แข่งขันกับเขาได้ แล้วก็ติดตามสถานการณ์บ้านเมืองอะไรมากขึ้น แล้วมองในแง่ของ สิทธิของผู้ถือบัตรทอง ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น...”

“...ก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันครับ ก็คือเรื่องงบประมาณด้วย แล้วก็ในเรื่องของการจัดการ ซึ่งเรามีความคล่องตัวมากขึ้น ถ้าไม่มีระบบนี้เป็นระบบเก่า เราไม่มีความคล่องตัวในเรื่องของการ จัดการเท่าไรหรอก แต่พอเป็นอย่างนี้เนื่องจากมันเป็นนโยบายของชาติ เป็นเรื่องที่มีความจำเป็นต้อง ทำ ก็เลยสามารถที่เราสามารถที่จะทำอะไรต่างๆ ทำโครงการทำอะไรต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีได้มากขึ้น โดยที่สัมพันธ์กันหมด เรื่องงบประมาณ เรื่องอะไรต่างๆ สรุปแล้วก็ยังทำให้ดีขึ้น...”

ผลด้านลบ

สำหรับการเข้าร่วมโครงการของโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงกลาโหม มีผลกระทบทางลบในการบริหารงานเป็นหลัก จากเหตุผลสำคัญ 3 ประการ คือ

1) **งบประมาณน้อยลง** จากการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ และ งบประมาณถูกตัดในบางหมวด ทำให้ผู้รับบริการบางกลุ่ม ซึ่งเดิมโรงพยาบาลต้องรับภาระโดยการ ถูเงินจากส่วนอื่นมาให้ความช่วยเหลือ ก็ไม่มีงบประมาณในส่วนนี้ นอกจากนี้ไม่มีเงินจ่ายค่า เหวแก่เจ้าหน้าที่ ต้องลดเงินค่าเวรเหลือครึ่งหนึ่ง เนื่องจากยังมีประชากรกลุ่มหนึ่งที่ไม่มีบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ก็มาขอรับบริการสังคมสงเคราะห์ เช่น “พระธาตุคงค์” ซึ่งเดิมผู้รับบริการกลุ่มนี้จะ มีเงินที่เรียกว่า “สปร.” มาสำรองไว้ แต่เมื่อรับนโยบายนี้ทำให้ไม่มีเงินส่วนนี้ ดังนั้นผู้รับบริการกลุ่ม นี้จึงต้องรับภาระโดยโรงพยาบาล (ขณะสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารแห่งหนึ่งพบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องเซ็นชื่ออนุมัติค่ารักษาพยาบาลสงเคราะห์ให้แก่พระภิกษุ) และใน กรณีการส่งต่อผู้ป่วยก็ต้องเข้าสู่ระบบกระทรวงสาธารณสุข และเรียกเก็บเงินแบบ “exclusive” ไม่ใช่แบบ “inclusive” เพราะถือว่าอยู่ต่างสังกัดกัน

“...ถ้าเป็นโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่มีปัญหา... อย่างเราเค้าไม่ให้เข้าเป็น “inclusive” ซึ่งมันจะมีปัญหาที่ว่า ส่ง รพ. ก. กับ รพ. ข. ค่าใช้จ่ายสูงเพราะหมอของเราที่ไม่ สามารถที่จะรักษาได้ทุกอย่าง แล้วเรียกเก็บตามความเป็นจริง ... ค่าใช้จ่ายค่อนข้างจะสูง...”

2) ภาระงานด้านส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคที่เพิ่มขึ้น จากการที่โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับนโยบายของรัฐบาลครั้งนี้ ทำให้โรงพยาบาลต้องปรับการทำงานของบุคลากรทั้งในด้านจำนวนคนและการดำเนินงานให้สอดคล้องกับจำนวนงาน และด้านบทบาทหน้าที่ ทั้งนี้เพราะเดิมโรงพยาบาลเน้นการรักษาโรค แต่ต้องปรับมาทำหน้าที่ทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงต้องมีการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านนี้ หรือต้องมีการลงทุนจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านส่งเสริมสุขภาพ/การควบคุมป้องกันโรคใหม่ รวมถึงการเร่งปรับรูปแบบการทำงาน ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านกำลังคนที่มีไม่เพียงพอและไม่มีความคุ้นเคยในการดำเนินงานด้านนี้เหมือนโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

“...บุคลากรเราน้อย และความรู้เรื่องส่งเสริมสุขภาพยังไม่ดี นอกจากนี้ยังพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการจัดทำโครงการเยี่ยมบ้านทหาร และจัดทีมไปให้ความรู้ต่างๆ...”

3) ปรับกลยุทธการรับผู้ป่วย ด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลเป็นเพียงระดับทุติยภูมิ แต่ตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ ดังนั้นก็อาจจะเกรงว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาลแล้วมาขอขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล ถ้าหากบุคคลเหล่านี้เจ็บป่วยเกินขีดความสามารถในการรักษาของโรงพยาบาล และจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นซึ่งทางโรงพยาบาลต้องตามจ่ายค่ารักษาแทนผู้ป่วย อาจส่งผลกระทบต่องบประมาณที่ได้รับการจัดสรรของโรงพยาบาลที่มีค่อนข้างน้อยอยู่แล้วเนื่องจากมีผู้ขึ้นทะเบียนจำนวนไม่มาก ดังนั้นโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงกลาโหม จึงพยายามจำกัดรับรักษาเฉพาะทหารในค่ายทหาร ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง และประชาชนในพื้นที่อีกไม่เกิน 10,000 คนเท่านั้น

“...วางแผนรับเฉพาะพลทหาร สำหรับบุคลากรภายนอกใกล้โรงพยาบาลจริงๆ ถึงจะรับ เพราะว่าต่อไปเราพยายามผลักดันให้โรงพยาบาลเอกชน... เราจำกัดตัวเราเองว่าเอาเฉพาะพลทหาร หรือประชาชนที่อยู่ภายในค่าย หรือใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ใกล้ๆ ไม่รับ บุคลากรเราไม่มี... เพราะจะเกิดผลกระทบในส่วนของประชาชนที่มาเลือก จะมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น เป็นโรคเรื้อรัง เป็นเบาหวาน เป็นความดัน...”

3. การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

การนำเสนอการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคตของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพในปัจจุบัน และโรงพยาบาลเอกชนที่ถอนตัวจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) โรงพยาบาลเอกชนที่ยังเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน

โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการต่อไปในอนาคต โรงพยาบาลบางแห่งได้เตรียมขยายอาคารไว้รองรับประชาชนที่ถือบัตรหลักประกันสุขภาพ และในอนาคตจะดำเนินการเชิงรุกด้านการประชาสัมพันธ์สถานบริการของตนในชุมชนมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลของตน ซึ่งแต่เดิมนั้นทางโรงพยาบาลไม่มีนโยบายเชิงรุกลงสู่ชุมชนเพื่อประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล เพิ่งจะเริ่มมีนโยบายเช่นนี้หลังจากมีการให้เลือกสถานพยาบาล

2) โรงพยาบาลเอกชนที่ถอนตัวออกจากโครงการฯ

2.1) โรงพยาบาลเอกชนที่ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการฯ ในอนาคต

โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการอีกครั้ง มีความสามารถในการรองรับผู้ใช้สิทธิบัตรทองทั้งในเรื่องสถานที่และบุคลากร แต่มีเงื่อนไขที่รัฐต้องเปลี่ยนแปลง ให้มีความยุติธรรมเหมือนกับโครงการประกันสังคม

“...ถ้าถามว่าเข้มนั้ เข้า แต่ที่บอกว่า มันต้องแฟร์เกม...”

“...ผมเชื่อในเรื่อง การเลือกเสรี เพราะถ้าวารูปแบบการให้ประชาชนเลือกเอง จะดีที่สุด เพราะจะแข่งขันในการพัฒนาอะไรอีกมากมาย แต่ถ้าเมื่อไรที่คุณทำแบบนอนมาแบบนี้ ผมบอกว่าไม่ได้มีการพัฒนา ผมอยากให้องค์กรอย่างของประกันสังคม อันนั้นมัน แฟร์เกม ทุกคนก็อยากจะพัฒนาอะไรใหม่ๆ ขึ้นมา...”

เงื่อนไขสำคัญที่เป็นข้อเสนอแนะจากโรงพยาบาลเอกชนในการเข้าร่วมโครงการฯ สามารถสรุปประเด็นสำคัญดังนี้

1) จำนวนประชาชนที่มากขึ้นทะเบียนต้องมากพอที่จะอยู่ได้ ถ้าดูยอดของจำนวนคนที่เลือกโรงพยาบาลแล้วเห็นว่าน่าจะมีโอกาสคุ้มทุน ก็สนใจที่จะเข้าร่วมใหม่อีกครั้งในอนาคต

2) ความนิ่งของนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะส่วนของการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ด้านนโยบายยังมี

การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเหมือนเช่นในอดีตก็ยังไม่สนใจที่จะเข้าร่วม แต่ถ้าสำนักงานประกันสุขภาพมีนโยบายที่แน่นอนเหมือนกับของประกันสังคม ก็ยินดีที่จะเข้าร่วมอีกครั้ง

3) **ไม่ต้องจัดบริการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ** เนื่องจากเป็นข้อเสียเปรียบที่ภาครัฐมีเครือข่ายตรงนี้อยู่แล้ว และมีความคุ้นเคยกับการจัดบริการด้านส่งเสริม/ป้องกันโรคมากกว่า จึงน่าจะรับไปจัดบริการโดยภาครัฐมากกว่าจะมอบให้โรงพยาบาลเอกชนรับผิดชอบ

“...เราทำไม่ไหว... การไปเยี่ยมชาวบ้าน ตรงนี้บ้านหนึ่ง ตรงโน้นบ้านหนึ่ง ให้ครบเป็นหลายหมื่นก็ไม่ใช่เรื่องง่าย เขาอยู่ตรงไหน เรายังไม่รู้เลย ไปเยี่ยมก็อยู่ข้าง ไม่อยู่ข้าง” สำหรับโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่งนั้น ได้ดำเนินบทบาทไปพร้อมๆ กันทั้ง 4 ด้าน เพราะเดิมก็ได้ปฏิบัติอยู่แล้ว ทั้งนี้เพราะมีการรับผู้ป่วยกลุ่มประกันสังคมด้วย...”

2.2) โรงพยาบาลเอกชนตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการอีกต่อไป

เหตุผลสำคัญของการถอนตัวของโรงพยาบาลเอกชน

1) ขาดความพร้อมด้านทรัพยากรบุคคล

โรงพยาบาลเอกชนขาดความพร้อมด้านบุคลากร โดยเฉพาะงานด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรค ซึ่งการดำเนินการตามโครงการดังกล่าวจะต้องเตรียมทรัพยากรในหลายๆ ด้านล่วงหน้า เช่น อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่จะต้องมีความรู้มากขึ้นในบางด้าน รวมถึงการเตรียมกำลังเจ้าหน้าที่เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนผู้มารับบริการ เพราะผู้ประกันตนกับโรงพยาบาลเอกชนจะคาดหวังต่อการบริการที่แตกต่างจากรัฐ

“...ร่วมอยู่ได้ 2 เดือน เราก็ถอนตัวออกมาก่อนที่จะทำสัญญาระยะยาว เป็นลายลักษณ์อักษร... ที่ถอนตัวเพราะขาดความพร้อม ความพร้อมในหลายๆ ด้าน ... ความจริงเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ของทุกฝ่าย คือ ใหม่ต่อโรงพยาบาลด้วย ใหม่ต่อหน่วยงานของรัฐที่จะต้องให้การสนับสนุนเรา ใหม่ต่อพี่น้องประชาชนที่จะมาใช้บริการ ใหม่ต่อทั้ง 3 ฝ่ายเลย.... ผู้ประกันตนที่เลือกโรงพยาบาลเอกชนก็จะมาด้วยความคาดหวังอีกแบบหนึ่งที่สูงมากกว่าผู้ที่เลือกโรงพยาบาลของรัฐ แต่เราก็ให้บริการเขาตามข้อตกลง...”

2) ไม่สามารถคาดการณ์การใช้งบประมาณได้แน่นอนจากเงื่อนไขของรัฐที่เปลี่ยนแปลง

การเพิ่มเงื่อนไขการให้บริการของรัฐบาลตลอดเวลา ทำให้เป็นการเพิ่มต้นทุนมากขึ้น ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน

“...พอเงื่อนไขเกิดขึ้น ต้นทุนในการดำเนินการสำหรับโครงการนี้ของเราจะเปลี่ยนไป เราไม่สามารถคำนวณล่วงหน้าได้ว่าจริงๆ แล้วเราต้องจ่ายเท่าไร จะเปลี่ยนเงื่อนไขบ่อย เช่น สมมติว่าเราทำสัญญากับสสจ. ก็ดี เงื่อนไขอย่างหนึ่ง พอเวลาผ่านไปทางการก็เพิ่มเงื่อนไขขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งถ้าเป็นโรงพยาบาลของรัฐเขามีงบประมาณอุปถัมภ์ค่าจูนกันอยู่ ก็สามารถทำได้ แต่ของเราตกลงอย่างไร เราต้องคำนวณต้นทุนไว้ตั้งแต่ที่แรก คือองค์กรที่ดำเนินงานในลักษณะเอกชน agreement (ข้อตกลง) เป็นอย่างไรก็ต้องเป็นอย่างนั้น ไม่งั้นเราคำนวณงบประมาณไม่ได้เพราะรัฐไม่ได้เติมเงินให้เราเหมือนกับเติมให้โรงพยาบาลของรัฐ...”

อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งได้แสดงความเห็นว่า โครงการในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเปิดให้ประชาชนได้เลือกสถานบริการ เป็นโครงการที่ดี จึงได้เสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนที่ดีก่อนที่จะมีการเริ่มต้นโครงการนี้ ดังกล่าวไว้ว่า

“...ถ้าเตรียมศึกษาปัญหา และแก้ไขไว้ให้เรียบร้อย มันจะดีกว่านี้เยอะ นี่ทำไปแก้ไป ... ที่เหนื่อยคือโรงพยาบาล ที่รับนโยบายไป คือระเบียบไม่แน่นอน ทำไปตามไป ทำไปลุ่นกันไป เลยทำให้ชุลลิก...”

3) ไม่คุ้มกับการลงทุน

การลงทุนในที่นี้นอกจากเรื่องเงินและงบประมาณแล้ว ยังรวมถึงด้านภาพลักษณ์หรือชื่อเสียงของหน่วยงานด้วย ดังกล่าวไว้ว่า

“...เงินที่ได้มาก็ไม่ค่อยพออยู่แล้ว ชื่อเสียงที่น่าจะได้บ้างก็ไม่ได้ แถมเสียอีกต่างหาก เพราะคนชาวบ้านคำอีกทุกวันนะครับ อันนี้ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ...”

จากการที่รัฐกำหนดให้รับผู้มาขึ้นทะเบียนเพียง 15,000 คน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการบริหารในโรงพยาบาลเอกชน หากอัตราการเจ็บป่วยมากขึ้นหรือมีผู้มาใช้บริการที่มีความเจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่

“...ขาดทุน เพราะว่าอันนี้มันเป็นหลักประกัน ฐานมันต้องกว้าง สมมติว่าเราเป็นบริษัทรับประกันรถยนต์ มีรถประกันแค่ 10 คันเท่านั้นเอง ชนกันหนักๆ เราก็แย่ แต่ถ้าเรามี 100 คัน มันชนน้อยบ้างมากบ้าง มันก็เฉลี่ยความเสี่ยงไป สำหรับโรงพยาบาลเอกชน หากรัฐกำหนดให้ ประมาณ 15,000 คน ซึ่งเราก็ได้เท่านั้น เขากำหนดให้ ฐานน้อย ความเสี่ยงก็สูง...”

สำหรับโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งรับผู้ป่วยประกันสังคมด้วย ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้รับบริการ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มประกันสังคม และกลุ่มบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับการใช้สิทธิการมารับบริการและลักษณะของผู้ใช้สิทธิว่า

“...สิทธิในการรับบริการในโครงการบัตรประกันสุขภาพนี้ มีมากกว่าประกันสังคม เช่น ในการรักษาแต่ละครั้งคนที่ประกันสังคมเขาต้องสำรองจ่ายไปก่อนแล้วเขาก็ไปเบิกกับประกันสังคม แต่นี่จ่ายแค่ 30 บาท คลอดก็จ่ายแค่ 30 บาท... นั่นคือทำให้ประชาชนได้ประโยชน์จริง แต่โรงพยาบาลเอกชนอาจอยู่ไม่ได้...นอกจากนี้ผู้ที่ประกันสังคมโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางโรคก็น้อยกว่าผู้ประกันตนด้วยบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมไปถึงผู้สูงอายุและเด็ก ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงกว่า...”

สรุปความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนและนอกสังกัดฯ ต่อภาพรวมของโครงการหลักประกันสุขภาพกับภาครัฐ

1) เป็นเรื่องใหม่...รัฐบาลต้องทบทวน

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จะให้ประชาชนได้มีสิทธิในการรับบริการขั้นพื้นฐานเป็นเรื่องที่ดี แต่ที่สำคัญคือ รัฐบาลจะต้องมาทบทวน และปรับเปลี่ยนเพื่อความเหมาะสม ทั้งนี้เพราะโครงการนี้นับได้ว่าเป็นโครงการที่ใหม่

“...ใหม่ต่อหน่วยงานของรัฐที่จะดำเนินการ ใหม่ต่อหน่วยงานของเรา และใหม่ต่อพี่น้องประชาชนที่มารับบริการ...”

ซึ่งผลจากความใหม่ดังกล่าว ทำให้ส่งผลกระทบต่อทุกฝ่าย เช่น ความเข้าใจของประชาชน การปรับเปลี่ยนนโยบายเป็นระยะของรัฐบาล และการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในบางประการของพนักงานของโรงพยาบาล

“...วันหนึ่งๆ ต้องจัดเจ้าหน้าที่มาทำความเข้าใจ มาอธิบาย.... คนอยากจะใช้สิทธิ จะเอาให้ดีที่สุด แต่เราก็ทำตามกฎหมาย ให้ได้ตามที่ตกลงกันไว้...”

2) ผลระยะยาวน่าจะดี

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงผลดีที่เกิดขึ้น ใน 2 ประเด็น คือ ประชาชนได้มีการดูแลสุขภาพมากขึ้น ฟังสถานบริการน้อยลง และอีกประการหนึ่ง คือ ลดการใช้จ่าย โดยเฉพาะยานอกบัญชี ซึ่งมีราคาแพง

“...ปัจจุบันส่งเสริมให้คนไข้ดูแลตัวเอง พุดถึงโครงการนี้ระยะยาวน่าจะดี ระยะยาวมีการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนรู้ตัวเองต้องทำอะไร ประการที่ 2 เรื่องการใช้จ่าย จะต้องรู้จักยาที่ราคาถูก ไม่ใช่ยานอก ราคาแพงๆ เพราะโรงพยาบาลอยู่ไม่ได้...”

3) การร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลจากสถานบริการทั้ง 3 แห่งได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมต่อโครงการนี้ที่ว่า “Co-payment” การร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการน่าจะสูงกว่านี้ เพราะประชาชนจะได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้มีความคิดเห็นที่ว่า โครงการนี้ทำให้รัฐสูญเสียรายได้ เพราะผู้ให้บริการที่สามารถจ่ายเงินได้ก็ไม่ได้จ่าย ในความเป็นจริงแล้วผู้ให้บริการบางกลุ่มที่มีอำนาจการจ่ายสูง ก็พร้อมจะจ่าย ดังนั้นระบบการร่วมจ่ายควรนำมาใช้โดยประเมินตามศักยภาพของผู้ให้บริการ

“...คนไข้ที่มีตังค์จริงๆ เข้ามารักษาเยอะเยอะเลยที่เค้าจ่ายได้ แต่โทษที่ที่ข้าบรมมาจอด (รถแพงๆ) กับชาวบ้านที่เหมารถมาพันทกว่าบาท มันน่าจะเก็บคนที่ข้าบรมมาสองพันบาท เพื่อมาช่วยคนที่เหมารถมา แต่นี่เก็บเท่ากันเลยกับคนที่ข้าบรมมากับชาวบ้านที่ต้องเหมารถมา...”

เมื่อซักถามความคิดเห็นเพิ่มเติมว่าถ้าจะเข้าร่วมหน่วยงานของรัฐน่าจะมีการปรับในส่วนใดบ้าง พบว่ามีความเห็นว่ารพ.ของตนน่าจะพัฒนาในแนวที่ถนัดมากกว่า

“...แม้รัฐจะปรับรูปแบบการดำเนินการ ก็ยังไม่สามารถตอบได้ในตอนนี้ว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ เพราะในมุมมองแล้ว คิดว่า สถานบริการแต่ละหน่วยก็น่าที่จะดำเนินบทบาทของตนเองให้ดีที่สุด ไม่ใช่ทุกแห่งจะให้บริการเหมือนกัน...”

แม้ในความเป็นจริงแล้วโรงพยาบาลทุกแห่งก็อยากจะมีส่วนร่วมในการสนับสนุนนโยบายของรัฐ แต่เมื่อ ความไม่ลงตัวของรูปแบบที่ใช้ ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานในหลายๆ ส่วน ส่งผลต่อการวางแผนงานในภาพรวมของโรงพยาบาล

4) ความคิดเห็นต่อสภาพการแข่งขัน

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการแข่งขันไม่ได้เกิดขึ้น เพราะการเปิดให้ประชาชนได้มีโอกาเลือกสถานบริการ แต่เกิดขึ้นด้วยเหตุผลอื่นมากกว่า เช่น ระดับความสามารถและคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ถึงแม้ว่าผมจะทำเอกชน ผมก็ยังเห็นว่าโรงพยาบาลของรัฐจะต้องอยู่ได้ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ ต้องอยู่ได้เพราะไม่เช่นนั้นคนที่ป่วยโรคร้ายๆ สลับซับซ้อนก็ไม่มีที่ไป...”

ที่สำคัญ คือ ถ้าโรงพยาบาลทุกแห่งหากจัดให้บริการที่เหมือนกัน ก็จะอยู่ไม่ได้เหมือนกัน เพราะประชาชนในพื้นที่มีไม่มาก ในขณะที่สถานบริการมีอยู่หลายแห่ง ดังนั้น โรงพยาบาลแต่ละแห่งน่าจะมีจุดเด่นของตนเอง เช่น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ น่าจะมีจุดเด่นในเรื่องของศักยภาพของตนเอง ส่วนโรงพยาบาลเอกชน นอกจากจะมีเรื่องศักยภาพ ซึ่งในการรักษาโรคบางชนิดอาจจะไม่สามารถเทียบเท่าของรัฐ เช่น ด้านรังสีรักษา เป็นต้น แต่ยังเน้นเรื่องความพึงพอใจในบริการ ความสุขสะดวกสบาย ระยะเวลาในการมารับบริการ และการบริการที่ดี เป็นต้น

นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเห็นว่าสภาพการแข่งขันไม่ได้เกิดขึ้น เพราะการเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือก มีประชาชนกลุ่มที่เลือก โดยกลุ่มเป้าหมายของรัฐบาลและเอกชนคนละกลุ่มอยู่แล้ว สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการเลือกมารับบริการของประชาชน น่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นมากกว่า เช่น สภาพเศรษฐกิจ

“...ผมว่าภาวะเศรษฐกิจน่าจะมีบทบาทมากกว่า ศักยภาพของโรงพยาบาล ซึ่งโดยปกติก็จะต้องพัฒนาอยู่แล้วในเชิงธุรกิจ...อาจจะมีผู้ใช้บริการจำนวนหนึ่งย้ายไปโรงพยาบาลของรัฐ.... แต่เขาก็ต้องมาโรงพยาบาลเอกชนอยู่ดีเพราะมันคล่องตัวกว่า และโรงพยาบาลเอกชนที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีเครื่องมือเครื่องมือพร้อม มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานก็น่าจะเป็นที่ต้องการของประชาชน.... เพราะโรงพยาบาลรัฐต่อวันมีคนมารับบริการมาก มันก็ยังมีสภาพแออัด...”

5) การมีส่วนร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลเอกชน

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งค่อนข้างเห็นด้วยกับการที่จะให้โรงพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในโครงการฯ เนื่องจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกโรงพยาบาลน่าจะมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในพื้นที่น่าจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม อย่างไรก็ตามก็มีผู้บริหารบางส่วนที่มองว่า อาจจะไม่จำเป็นที่จะต้องให้โรงพยาบาลเอกชนจะเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะอาจสร้างปัญหาเพิ่มเติมและมักมีปัญหาในการประสานงานขอความร่วมมือ

“...ถ้าโรงพยาบาลเอกชนเข้ามา จะช่วยได้มาก เพราะคนจะแห่ไปโรงพยาบาลเอกชน ต้องบังคับให้เขาเข้าเลย แบ่งเบาบ้าง you เข้ามาอยู่ในชุมชนนี้ you จะเอาอย่างเดียวไม่ได้ ทุ้งๆ คือ ต้องให้ชุมชนบ้าง เมื่อคุณเอาเงินจากชุมชนไปแล้ว คุณต้องให้เค้าบ้าง ไม่ใช่ไม่ให้เลย.... ให้มีส่วนร่วมในการแชร์ความรับผิดชอบบ้าง ... ไม่ใช่ว่าพอกำไรเอา แต่พอลขาดทุนไม่ยอม” เพราะท่านเห็นว่าการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้กำไร หรืออาจจะขาดทุนด้วย แต่ก็ต้องร่วมรับผิดชอบร่วมกัน ไม่ใช่เพียงรับผลกำไรอย่างเดียว “โรงพยาบาลเอกชน

เข้ามา จะได้ช่วยกันเงิน.... ผมไม่ได้ว่าโครงการ 30 บาทไม่ดีนะ ดี แต่มันเป็นผลจากงบประมาณไม่พอ...”

“...พูดกันยาก... เพราะเค้าเป็นเอกชน เค้าทำธุรกิจ ... เงินจะทวงมาทุกเดือน มาแล้วยัง โอนหรือยัง และจะรับเรื่องราวร้องทุกข์เยอะ เช่น เรื่องยาหม้ออายุ เหมือนกับว่าเค้ารับผิดชอบไม่เหมือนของรัฐ คือ รัฐต้องดูแลทุกอย่าง... เอกชนนี้ไม่มีเงิน ไม่ได้เลย ไม่มีเงินก็ไม่รักษา...”

สรุป

1. การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของภาคเอกชนและสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อสังเกตว่าเหตุผลการเข้าร่วมใกล้เคียงกัน คือ มุ่งที่จะตอบสนองนโยบายการจัดการบริการสาธารณสุขของรัฐ แต่อาจแตกต่างกันที่ภาคเอกชนคาดหวังว่าจะเป็นการพัฒนาบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งและสร้างความร่วมมือที่ดีระหว่างสถานบริการภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชนผู้รับบริการและเป็นการคืนผลประโยชน์บางส่วนกลับไปให้แก่สังคม ในขณะที่สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมองว่าไม่สามารถเลี้ยงได้เพราะเป็นนโยบายของรัฐ

2. ผลกระทบของการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน มีทั้งในทางบวกและลบ ทางบวกคือ การมีภาพลักษณ์ที่ดี ฐานะการเงินไหลเวียนมากขึ้น และมีส่วนแบ่งการตลาดมากขึ้น ในขณะที่ผลทางลบคือ การบริหารที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน การจัดทำรายงานที่ไม่เอื้อ ปัญหาการจ่ายเงินช้า การให้บริการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และการเสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง จากการที่ประชาชนไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลแต่ละแห่งคงขึ้นอยู่กับสภาพพื้นฐาน สถานะทางการเงิน นโยบาย และเงื่อนไขเฉพาะของโรงพยาบาลนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลาของโรงพยาบาลนั้นๆ

3. การเข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 แห่งของรัฐ มีทั้งผลดีและผลเสียที่ดูเหมือนว่า เป็นความแตกต่างในทิศทางตรงกันข้ามกันอย่างชัดเจน เช่น งบประมาณที่มากขึ้นและน้อยลง เจ้าหน้าที่ได้ฝึกฝนเรียนรู้และกระตือรือร้นกับเจ้าหน้าที่ไม่ต้องการเรียนรู้ ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารระดับสูงในองค์กรนั้นๆ และสภาพพื้นฐานของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เช่น โรงพยาบาลมีความมั่นคงทางการเงินและได้รับการจัดสรรงบประมาณในแต่ละปี การสร้างความกระตือรือร้นหรือกระตุ้นการทำงานของผู้บริหาร

4. การตัดสินใจกลับเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพของสถานพยาบาลเอกชนที่ถอนตัว ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขภาครัฐที่นโยบายต้องมีความชัดเจนและนิ่ง ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนในระบบรายงาน การประสานงานและการเบิกจ่ายเงิน ไม่ต้องดำเนินการในงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นโครงการประกันสังคม สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯอีก มองไปที่การ

ไม่คุ้มค่ากับการลงทุน การขาดความพร้อมของบุคลากร และการไม่สามารถคาดการณ์ฐานะการเงิน
ได้จากการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย

.....

โครงการย่อยที่ 3

ความคิดเห็นของประชาชนต่อการเลือกสถานบริการและ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง เพื่อการรักษาโรคเรื้อรัง

หลักการและเหตุผล

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อทำให้เกิดความเสมอภาค (Equity) ทั้งในด้านกฎหมาย การกระจายภาระค่าใช้จ่าย ตลอดจนความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ (Efficiency) เน้นการบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care networks) ให้ความสำคัญทั้งสุขภาพบุคคล (Personal health care) และครอบครัว โดยครอบคลุมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้ให้ประชาชนมีทางเลือก (Choice) โดยที่ประชาชนควรมีโอกาสเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของเอกชน

หลังจากที่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค และมีการเร่งระดมการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ทำให้คาดหมายว่าจะมีประชากรที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณเกือบ 46 ล้านคน (ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน สำนักงานบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ. 30 กันยายน 2546)

จากรายงานผลการศึกษาคิดตามและประเมินผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ สระบุรี ปทุมธานี นครราชสีมา หนองบัวลำภู ยะลา และนราธิวาส ระยะที่ 1 ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2544 พบว่า ร้อยละ 6.4 ของประชาชน ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ประชาชนประมาณร้อยละ 16 มีที่อยู่อาศัยจริงไม่ตรงกับสำเนาทะเบียนบ้าน (มีชื่อแต่ไม่อยู่อาศัยจริง ร้อยละ 9.2 และอยู่จริงแต่ไม่มีชื่อในทะเบียนร้อยละ 6.8) และมีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการด้านสุขภาพตามสิทธิในการรักษา โดยพบอัตราการใช้สิทธิในการรักษาต่ำที่สุดในกลุ่มผู้มีสิทธิบัตรทองชนิดร่วมจ่าย (30 บาท) นอกจากนี้ ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังคงไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่ตนถือครอง ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบตามสิทธิกลุ่มที่ถือบัตรทองชนิดไม่ต้องร่วมจ่าย มีอัตราการไม่ใช้สิทธิเพื่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ๙ เท่าว่าผู้อยู่ในหลักประกัน ๙ อื่น บัตรทองชนิดร่วมจ่าย มีอัตราการไม่ใช้สิทธิเพื่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในทุกประเภทสูงกว่าผู้ที่อยู่ภายใต้หลักประกันประเภทอื่นประมาณ 1 เท่า เหตุผลหนึ่งของการไม่ใช้สิทธิคือการไม่แน่ใจในคุณภาพบริการและความไม่สะดวกของสถานบริการที่ตนขึ้นทะเบียนด้วย และร้อยละ 73.2 ของประชากรที่สำรวจ ไม่เห็นด้วยในการระบุด้านบริการสุขภาพ และต้องการมีสิทธิเลือกโรงพยาบาลด้วยตนเอง (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2545)

ด้วยเหตุนี้นโยบายหนึ่งซึ่งเป็นเนื้อหาสาระสำคัญที่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่เพิ่งจะออกประกาศใช้ไม่นานนี้ จึงได้ระบุไว้ในหมวด 1 มาตรา 5 ระบุสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 6 ได้กำหนดไว้ว่า

บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิการรับบริการตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวและให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ” เพื่อให้สอดคล้องกับสาระสำคัญดังกล่าวตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดทำโครงการนำร่องการให้ประชาชนผู้อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด และในกรุงเทพมหานคร 1 เขต ประกอบด้วย ภาคกลาง จังหวัดสระบุรี ภาคเหนือ จังหวัดแพร่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสุรินทร์ ภาคใต้ จังหวัดสงขลา และกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตประเวศ โดยมอบหมายให้สำนักงานประกันสุขภาพของจังหวัดหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการฯ เป็นผู้กำหนดรูปแบบและวิธีการที่จะให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลตามต้องการ การประชาสัมพันธ์โครงการฯ ให้เข้าถึงประชาชน และการจัดทำบัตรหลักประกันสุขภาพใหม่(บัตรทอง) ให้แก่ผู้ที่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ทั้งนี้พื้นที่ในโครงการนำร่องดังกล่าวได้ให้ประชาชนสามารถเลือกเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้อยู่ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2545 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2545 ที่ผ่านมา และขณะนี้อยู่ในระยะดำเนินการตามโครงการนำร่องการเลือกสถานพยาบาลและประชาชนสามารถเลือกใช้บริการสถานพยาบาลที่ตนเองหรือครอบครัวได้เลือกแล้ว

จากการที่มีการดำเนินการโครงการนำร่อง ฯ ดังกล่าวในพื้นที่ 4 จังหวัดและ 1 เขตในกรุงเทพ ฯ ซึ่งอยู่ในระยะแรกของการดำเนินการ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาติดตามและประเมินผลการดำเนินการของโครงการโดยตรงจากผู้รับบริการที่มีสิทธิการรักษาภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความคิดเห็นของประชาชนต่อนโยบาย รูปแบบและวิธีการให้เปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจ
2. เพื่อประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้เปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจ
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรักษาเมื่อเจ็บป่วยเฉพาะโรคเรื้อรังของประชาชนกับการใช้สิทธิบัตรทอง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ(survey)ในพื้นที่นำร่อง 5 แห่ง คือ กรุงเทพมหานคร (เขตประชาเวศ/เขตคันนายาว) จังหวัดแพร่ (อำเภอเมือง, อำเภอสอง, อำเภอสูงเม่น) จังหวัดสระบุรี (อำเภอเมือง, อำเภอเสาไห้, อำเภอพระพุทธบาท, อำเภอมวกเหล็ก,อำเภอหนองแค) จังหวัดสุรินทร์(อำเภอเมือง, อำเภอสังขะ, อำเภอ

ศีขรภูมิ, อำเภอบราสาท) และจังหวัดสงขลา (อำเภอเมือง, อำเภอคลองหอยโข่ง, อำเภอเทพา, อำเภอกระแสสินธุ์, อำเภอกวนเนียง)

ประชากรศึกษา

ได้แก่ประชาชนที่มีสิทธิบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 30 บาทรักษาทุกโรค ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นำร่องโครงการให้เลือกสถานพยาบาลโดยสมัครใจ และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยจัดแบ่งประชากรศึกษา ออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อการศึกษาเปรียบเทียบ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ถือสิทธิบัตรทองที่มีการเปลี่ยนสถานบริการใหม่ จำนวน 500 คน ต่อ จังหวัด

กลุ่มที่ 2 ผู้ถือสิทธิบัตรทองที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่สามารถขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้ แต่ไม่เปลี่ยนสถานบริการ จำนวน 500 คน ต่อ จังหวัด

กลุ่มที่ 3 ผู้ถือสิทธิบัตรทองที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนสถานบริการใหม่เพราะอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่ไม่เปิดโอกาสให้เลือกเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้ จำนวน 500 คนต่อจังหวัด

จากการจัดแบ่งกลุ่มดังกล่าว ได้ทำการสุ่มเลือกพื้นที่ที่จะทำการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายชื่ออำเภอตัวอย่าง แบ่งตามลักษณะของกลุ่มจำแนกตามจังหวัดในโครงการนำร่อง ฯ

จังหวัด	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
แพร่	อำเภอเมือง	อำเภอเมือง	อำเภอสอง, สูงเม่น
สงขลา	อำเภอเทพา, กระแสสินธุ์, กวนเนียง	อำเภอเทพา, กระแสสินธุ์, กวนเนียง	อำเภอเมือง, คลองหอยโข่ง
สระบุรี	อำเภอเมือง, เสาไห้, พระพุทธบาท, มวกเหล็ก, หนองแค	อำเภอเมือง, เสาไห้, พระพุทธบาท, มวกเหล็ก, หนองแค	ไม่มี เพราะประชาชนทุกคนมีสิทธิเลือกเปลี่ยนได้
สุรินทร์	อำเภอเมือง, สังขะ, ศีขรภูมิ, บราสาท	อำเภอเมือง, สังขะ, ศีขรภูมิ, บราสาท	ไม่มี เพราะประชาชนทุกคนมีสิทธิเลือกเปลี่ยนได้
กรุงเทพมหานคร	เขตประเวศ	เขตประเวศ	เขตคันนายาว

การสุ่มเลือกประชากรตัวอย่าง

1. การเลือกประชากรตัวอย่างที่เปลี่ยนสถานบริการใหม่

จากอำเภอที่สุ่มเลือกได้หรือถูกกำหนดไว้ ทำการสุ่มเลือกตำบลโดยการจับฉลากตำบล จำนวน 3-4 ตำบล ต่ออำเภอหรือเขต จากนั้นจึงสุ่มเลือกประชากรในตำบลที่คัดเลือกไว้ โดยนำรายชื่อผู้ถือสิทธิบัตร

ทองที่เปลี่ยนสถานบริการใหม่มาสุ่มเลือก โดยสุ่มเลือกเฉพาะประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 500 คน ต่อกลุ่มต่อจังหวัด และสำรวจรายชื่อไว้อีก 100 คน รวมทั้งสิ้น 600 คน เหตุผลของการที่เลือกคนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้เอง

2. การเลือกประชากรตัวอย่างที่ไม่เปลี่ยนสถานบริการใหม่ (มีสิทธิเปลี่ยน แต่ไม่เปลี่ยน)

เลือกตัวอย่างจากตำบลที่สุ่มได้ในกลุ่มที่ 1 ในแต่ละอำเภอหรือเขต โดยนํารายชื่อผู้ถือสิทธิบัตรทองที่ไม่ขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่มาสุ่มเลือก โดยสุ่มเลือกเฉพาะประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยมีเพศเดียวกันและช่วงอายุไม่ต่างกันเกิน 5 ปีจากประชากรตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 จำนวน 500 คน ต่อกลุ่มต่อจังหวัด และสำรวจรายชื่อไว้อีก 100 คน รวมทั้งสิ้น 600 คน

3. การเลือกประชากรตัวอย่างที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนสถานบริการใหม่

จากอำเภอที่สุ่มเลือกได้หรือถูกกำหนดไว้ ทำการสุ่มเลือกตำบลโดยการจับฉลากตำบล จำนวน 3-4 ตำบล ต่ออำเภอหรือเขต จากนั้นจึงสุ่มเลือกประชากรในตำบลที่คัดเลือกไว้ โดยนํารายชื่อผู้ถือสิทธิบัตรทองมาสุ่มเลือก โดยสุ่มเลือกเฉพาะประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 500 คน ต่อกลุ่มต่อจังหวัด และสำรวจรายชื่อไว้อีก 100 คน รวมทั้งสิ้น 600 คน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ จำนวน 3 ชุดสำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับผู้ที่เปลี่ยนสถานพยาบาล แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 สำหรับผู้ที่ไม่เปลี่ยนสถานพยาบาล และแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 สำหรับผู้ที่ไม่มีความรู้สิทธิเลือกสถานพยาบาล

ข้อมูลที่จัดเก็บในแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1. ลักษณะประชากร
2. สถานบริการหลักและสถานบริการรอง
3. การรับรู้เกี่ยวกับโครงการการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจ
4. การเปลี่ยนแปลงการเลือกสถานบริการ และเหตุผลในการเปลี่ยนแปลง
5. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) โดยเลือกเฉพาะกรณีเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
 - * สาเหตุที่เลือกการศึกษาเฉพาะโรคเรื้อรัง เนื่องจากในระยะเวลาที่ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ แต่ละจังหวัดเพิ่งจะเริ่มดำเนินการเปลี่ยนแปลงบัตรใหม่ให้แก่ผู้ถือบัตรทองที่ต้องการเปลี่ยนสถานบริการประมาณ 6 เดือน ฉะนั้นจึงเลือกโรคเรื้อรังเป็นตัวติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการและการใช้สิทธิ เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาก่อนเปลี่ยนและหลังเปลี่ยน
6. ความคิดเห็นต่อโครงการ ฯ และความต้องการเปลี่ยนสถานบริการใหม่ในอนาคต

วิธีการเก็บข้อมูล

ใช้วิธีการสัมภาษณ์ประชากรตัวอย่างโดยพนักงานสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นนักศึกษาจากสถาบันการศึกษาในแต่ละภาค ที่ผ่านการอบรมให้เข้าใจในแบบสัมภาษณ์และเทคนิคการสัมภาษณ์โดยมีนักวิจัยและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติงานในพื้นที่และควบคุมตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ที่เก็บได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง จึงป้อนข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้เครื่อง scanner ที่มีความเร็วสูง (50 แผ่นต่อวินาที) และใช้โปรแกรม Remark Office OMR version 5.5 ในการสร้างไฟล์ข้อมูลจากภาพที่ scan เข้าไปโดยตรง จากนั้นข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Minitab Release 12 for Windows วิธีนี้การนำเข้าข้อมูลเช่นนี้ช่วยลดความล่าช้าในตรวจสอบความถูกต้องของการพิมพ์ ทำให้ปัญหาข้อผิดพลาดจากการพิมพ์ข้อมูลลดลง นอกจากนี้ข้อมูลดิบ (แบบสัมภาษณ์) ซึ่งถูกเก็บไว้เป็นภาพใน hard disk ทำให้ไม่ต้องเก็บแบบสอบถามที่ต้องการพื้นที่มาก

ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา เป็น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ามัธยฐาน

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ประชากรตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ถือสิทธิบัตรทองที่เปลี่ยนสถานบริการใหม่ จำนวน 2,594 คน 2) กลุ่มผู้ถือสิทธิบัตรทองที่ไม่เปลี่ยนสถานบริการใหม่ (มีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนแต่ไม่เปลี่ยน) จำนวน 2,618 คน และ 3) กลุ่มผู้ถือสิทธิบัตรทองที่ไม่มีสิทธิขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ จำนวน 1,567 คน ซึ่งมีเฉพาะพื้นที่จังหวัดแพร่ จังหวัดสงขลา และเขตคันนายาว กรุงเทพฯ เนื่องจากจังหวัดสระบุรีและสุรินทร์ ประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในจังหวัด มีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้ตามกฎเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษา จำแนกตามจังหวัดในพื้นที่โครงการนำร่อง ฯ

ประเภทกลุ่ม	แพร่	สงขลา	สระบุรี	สุรินทร์	กรุงเทพฯ	รวม
1. เปลี่ยน	509	519	504	586	494	2,594
2. ไม่เปลี่ยน	547	505	500	582	484	2,618
3. ไม่มีสิทธิเปลี่ยน	542	525	-	-	500	1,567

ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ลักษณะของประชากรที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประชากรในกรุงเทพฯ ได้แก่ เขตประเวศและเขตคันนายาว และประชากรในต่างจังหวัดทั้ง 4 แห่ง พบว่า ในระหว่างกลุ่ม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการเปลี่ยนสถานบริการ กลุ่มที่ไม่เปลี่ยนสถานบริการ และกลุ่มที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยน โดยส่วนใหญ่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในด้าน เพศ ช่วงอายุ การมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน กลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของคนที่มีสถานภาพสมรสที่เป็นคนโสดสูงกว่า มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าโดยเฉพาะในระดับปริญญาตรี และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในต่างจังหวัด สำหรับเรื่องอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างของประชากรที่อยู่ในต่างจังหวัดส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ มีอาชีพด้านเกษตรกรรมน้อยกว่าอย่างมาก และมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านและไม่มีรายได้ก่อนข้างจะสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตต่างจังหวัด ซึ่งน่าจะมีเหตุผลมาจากการสุมตัวอย่างที่ไปสัมภาษณ์ที่บ้าน ทำให้ในเขตกรุงเทพฯ มีโอกาสที่จะได้สัมภาษณ์คนที่อยู่ในบ้านซึ่งมักจะเป็นแม่บ้านหรือว่างงานมากกว่าตัวอย่างในเขตต่างจังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 3

ข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ

ประชากรตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ เป็นผู้ถือสิทธิบัตรทองประเภทที่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทในการใช้บริการ มากกว่าผู้ถือสิทธิบัตรทองประเภทไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมประมาณ 4 ต่อ 1 ส่วนประชากรตัวอย่างในต่างจังหวัด เป็นผู้ถือสิทธิบัตรทองประเภทที่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทในการใช้บริการมากกว่าผู้ถือสิทธิบัตรทองประเภทไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมประมาณ 3 ต่อ 2 นอกจากนั้นยังพบว่า ประชากรตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ เป็นผู้ถือครองสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นร่วมด้วยสูงกว่าประชากรตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดประมาณ 4 เท่า และสิทธิหลักประกันที่ซ้ำซ้อน ได้แก่ หลักประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ และสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ ซึ่งควรถือเป็นสิทธิประกันสุขภาพซ้ำซ้อนที่ไม่ถูก ส่วนหลักประกันสุขภาพของเอกชนพบในสัดส่วนที่สูงกว่าในประชากรตัวอย่างที่อยู่ในกรุงเทพฯ โดยเฉพาะกลุ่มที่เปลี่ยนสถานบริการสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4

2. การเลือกสถานบริการหลักและสถานบริการรอง

การเลือกสถานบริการรอง

ประชาชนที่ขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ เปรียบเทียบก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลง พบว่า ในเขตกรุงเทพฯ ประชากรตัวอย่างมีการขอเปลี่ยนสถานบริการรองจากโรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลนนทบุรี) ไปเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. มากที่สุด รองลงไปได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข น่าจะเป็นเพราะโรงพยาบาลนนทบุรีอยู่ค่อนข้างไกลจากเขตประเวศ การเดินทางเพื่อไปใช้บริการด้านสุขภาพจึงไม่สะดวก ประชาชนส่วนใหญ่จึงเลือกเปลี่ยนมาใช้สถาน

บริการที่อยู่ใกล้บ้านมากขึ้น ส่วนในพื้นที่ต่างจังหวัดทั้ง 4 แห่ง พบว่า ประชากรตัวอย่างมีการขอเปลี่ยนสถานบริการรองจากโรงพยาบาลเอกชน ไปเป็นโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น เนื่องจากในพื้นที่ที่ศึกษา มีการขอลอนตัวของโรงพยาบาลเอกชนออกจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งที่จังหวัดแพร่ สระบุรี และสุรินทร์

ส่วนประชาชนที่ไม่ขอเปลี่ยนสถานบริการรองและประชาชนที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนสถานบริการ พบว่า ในเขตกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ระบุสถานบริการรองเป็นโรงพยาบาลศูนย์ รองลงไป ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน ส่วนในเขตต่างจังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นสถานีนามัย รองลงไป ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลชุมชนในกรณีที่อยู่อาศัยอยู่ในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน

การเลือกสถานบริการหลัก

ประชาชนที่ขอเปลี่ยนสถานบริการหลักใหม่ เปรียบเทียบก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลง พบว่า ในเขตกรุงเทพฯ ประชากรตัวอย่างมีการขอเปลี่ยนสถานบริการหลักจากโรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลนพรัตน์ฯ) ไปเป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลสิรินธร ที่เพิ่งเปิดใหม่ในเขตประเวศและโรงพยาบาลเอกชน น่าจะเป็นเพราะว่าการเดินทางมายังโรงพยาบาลสิรินธรที่เพิ่งเปิดใหม่มีความสะดวกในการเดินทางมากกว่าโรงพยาบาลนพรัตน์ฯ ซึ่งตั้งอยู่ไกลจากเขตประเวศค่อนข้างมาก ส่วนในพื้นที่ต่างจังหวัดทั้ง 4 แห่ง พบว่า ประชากรตัวอย่างมีการขอเปลี่ยนสถานบริการหลักจากโรงพยาบาลเอกชน ไปเป็นโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากในพื้นที่ที่ศึกษา มีการขอลอนตัวของโรงพยาบาลเอกชนออกจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

ส่วนประชาชนที่ไม่ขอเปลี่ยนสถานบริการหลักและประชาชนที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนสถานบริการ พบว่า ในเขตกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่เลือกสถานบริการหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์ รองลงไป ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน ส่วนในเขตต่างจังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่จะโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ รองลงไป ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่ยังไม่ถอนตัวออกจากโครงการ ฯ ดังแสดงในตารางที่ 5

3. การรับรู้เกี่ยวกับโครงการการให้เลือกสถานบริการ ฯ และแหล่งของสื่อที่ได้รับข้อมูล

การรับรู้เกี่ยวกับโครงการ ฯ

กลุ่มประชากรที่มีการเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ ในเขตประเวศ กรุงเทพฯ ประมาณร้อยละ 96.4 และในเขตต่างจังหวัดประมาณร้อยละ 88.7 รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโครงการนาร่องให้ประชาชนที่ถือสิทธิบัตรทองสามารถติดต่อขอเปลี่ยนสถานบริการที่ระบุเดิมในบัตรทองได้ ในขณะที่กลุ่มประชากร

ที่ไม่มีการเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ถึงแม้มีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนได้ พบว่า ประชาชนรับรู้ข่าวหรือข้อมูลเกี่ยวกับการให้เลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ที่ระบุไว้ในบัตรทองได้ น้อยกว่ากลุ่มที่มีการเปลี่ยนอย่างชัดเจน คือ ในเขตประเวศ กรุงเทพฯ ประมาณร้อยละ 69.2 และในเขตต่างจังหวัดประมาณร้อยละ 64.0 นอกจากนี้ ยังพบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่ให้สิทธิเลือกเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้ในโครงการนำร่องฯ ที่ผ่านมา ในเขตคันนายาว กรุงเทพฯ ประมาณร้อยละ 11.6 และในเขตต่างจังหวัดประมาณร้อยละ 20.4 รับทราบข่าวคราวเกี่ยวกับโครงการฯ ดังกล่าวผ่านสื่อต่าง ๆ ด้วย

แหล่งของสื่อที่ได้รับข้อมูล

ในเขตกรุงเทพฯ ฯ ประชาชนส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลและข่าวคราวเกี่ยวกับโครงการการให้เลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ได้ผ่านทางจดหมาย ญาติ เพื่อน ผู้นำชุมชน รถประชาสัมพันธ์ และป้ายโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่ติดในที่สาธารณะ ในขณะที่เขตต่างจังหวัด พบว่า แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนรับทราบโครงการ ฯ แตกต่างจากกรุงเทพฯ ฯ ดังแสดงในตารางที่ 6 และยังพบว่ามีความแตกต่างกันไปตามวิธีการและรูปแบบที่แต่ละจังหวัดเลือกใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการฯ สู่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (ไม่ได้นำเสนอการวิเคราะห์จำแนกตามจังหวัดในรายงานนี้) โดยส่วนใหญ่จะรับทราบข้อมูลผ่านทางบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข หอกระจายข่าว ญาติ เพื่อน และผู้นำชุมชน

4. เหตุผลในการเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพ

เหตุผลในกลุ่มประชากรที่เปลี่ยนสถานบริการ

เหตุผลในการเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ขึ้นอยู่กับลักษณะภูมิศาสตร์ เส้นทางคมนาคมที่เชื่อมต่อระหว่างตำบลและอำเภอ และศักยภาพของโรงพยาบาลที่มีให้เลือกในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม พบว่า ความสะดวกในการเดินทางไปยังสถานบริการที่เลือกใหม่เป็นเหตุผลที่มีความถี่ค่อนข้างสูงมากในเกือบทุกจังหวัด ได้แก่ ร้อยละ 92.8 ของกรุงเทพฯ ฯ ร้อยละ 80.9 ของจังหวัดสระบุรี และร้อยละ 45.6 ของจังหวัดสุรินทร์ ส่วนจังหวัดแพร่ ให้เหตุผลสำคัญที่สุดที่เปลี่ยนคือ ที่ใหม่ให้การรักษาดีกว่า ร้อยละ 31.2 และที่ใหม่ให้บริการดีกว่า ร้อยละ 30.5 ส่วนจังหวัดสงขลา เหตุผลที่สำคัญที่สุดคือ ที่ใหม่มีเครื่องมือการแพทย์ดีกว่า ร้อยละ 49.5 และให้การรักษาดีกว่า ร้อยละ 46.6 ส่วนเหตุผลที่เปลี่ยนสถานบริการเพราะโรงพยาบาลเอกชนที่เลือกอยู่ก่อนถอนตัว พบในจังหวัดแพร่และสุรินทร์ สำหรับเหตุผลที่ขอเปลี่ยนเพราะว่ามีโรคเรื้อรังที่ต้องการรักษากับโรงพยาบาลใหม่ที่ขอเปลี่ยนและอยากลองรักษาที่อื่นดูบ้าง มีความถี่ค่อนข้างต่ำมากในทุกจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติและบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทพอสมควรในการแนะนำให้ผู้ถือสิทธิบัตรทองเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพด้วย ดังแสดงในตารางที่ 7

เหตุผลในกลุ่มประชากรที่ไม่เปลี่ยนสถานบริการ

เหตุผลในการไม่เปลี่ยนสถานบริการสุขภาพ และขออยู่กับสถานบริการเดิมโดยเลือกมาวิเคราะห์เฉพาะประชาชนที่ตอบว่ารับทราบข่าวเกี่ยวกับการให้เลือกเปลี่ยนสถานบริการฯ ใหม่ได้ พบว่า มีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละจังหวัด โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลในทางตรงข้ามกับเหตุผลในกลุ่มประชากรที่ขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความสะดวกในการเดินทางมายังสถานบริการฯ เดิม เป็นเหตุผลที่มีความถี่สูงสุดในทุกจังหวัด (สูงสุดในกรุงเทพฯ ร้อยละ 54.7) ส่วนเหตุผลที่มีความถี่รองลงไป ได้แก่ การรักษาดี การบริการดี มีเครื่องมือที่ทันสมัย และมีความคุ้นเคยกับสถานบริการเดิมอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม พบว่า เหตุผลหนึ่งที่ไม่เปลี่ยนสถานบริการใหม่ ที่น่าสนใจ ได้แก่ ความไม่สะดวกที่จะติดต่อขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ในเวลาที่หน่วยงานรับผิดชอบกำหนดไว้ โดยที่จังหวัดสงขลา เลือกตอบเหตุผลนี้ ร้อยละ 26.9 และจังหวัดสระบุรี ร้อยละ 13.4 ดังแสดงในตารางที่ 8

5. อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและชนิดของโรคเรื้อรัง

ประชากรตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ มีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพิงการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง เปรียบเทียบระหว่าง 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนสถานบริการ (เขตคั่นนาวา) มีอัตราเป็นโรคเรื้อรังสูงสุดประมาณร้อยละ 22.4 และต่ำที่สุดในกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนฯ ประมาณร้อยละ 15.3 ส่วนประชากรตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตต่างจังหวัด พบว่า ประชากรตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 19.8 ถึง 21.1 ดังแสดงในตารางที่ 9

สำหรับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นผู้บอกรับชื่อโรคหรืออาการเจ็บป่วยด้วยตนเองในทุกกลุ่มประชากรตัวอย่าง ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคต่อมไทรอยด์(เบาหวาน) ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ส่วนโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและโครงสร้าง โรคประสาท โรคภูมิแพ้ และโรคทางเดินอาหาร เป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยรองลงมา โดยมีความถี่ในอันดับที่แตกต่างกันบ้างในระหว่างกลุ่มและในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 9

6. พฤติกรรมการรักษาโรคเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังโครงการการใช้สิทธิเลือกสถานพยาบาล

เมื่อพิจารณาโดยรวม เปรียบเทียบพฤติกรรมการรักษาโรคเรื้อรังระยะเวลาก่อนและหลังโครงการการให้เลือกสถานบริการ ฯ (ก่อนและหลังเดือนธันวาคม 2545) ในกลุ่มประชากรที่เปลี่ยนสถานบริการใหม่ กับ กลุ่มประชากรที่ไม่เปลี่ยนและกลุ่มไม่มีสิทธิเปลี่ยน สำหรับในเขตกรุงเทพฯ พบว่า พฤติกรรมการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ถือสิทธิบัตรทองมีลักษณะที่แตกต่างกันอยู่บ้าง โดยกลุ่มประชากรที่เปลี่ยนสถานบริการมีแนวโน้มจะลดการไปใช้ศูนย์บริการสาธารณสุขสูงลง และไปเพิ่มการใช้บริการภาคเอกชนมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนและไม่มีสิทธิเปลี่ยน พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรักษาโรคเรื้อรังอย่างชัดเจนระหว่างก่อนและหลังโครงการ ฯ สำหรับในเขตต่างจังหวัด พบว่า ผู้ป่วยที่ถือสิทธิบัตร

ทองในประชากรในทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมการรักษาโรคเรื้อรังที่ไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจนทั้งก่อนและหลังโครงการ ฯ ดังแสดงในตารางที่ 10

7. การใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการการรักษาโรคเรื้อรัง

พฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรับการรักษาโรคเรื้อรังในสถานบริการของผู้ถือบัตรทองในเขตกรุงเทพฯ และเขตต่างจังหวัด เปรียบเทียบก่อนและหลังการเลือกสถานบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ถือบัตรทองที่ตอบว่า “ไม่เคยใช้สิทธิบัตรทอง” มีแนวโน้มลดลงในประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพฯ กลุ่มประชากรที่เปลี่ยนสถานบริการใหม่ มีการลดอัตราไม่เคยใช้สิทธิลงเกือบเท่าตัว (ก่อน ไม่เคยใช้สิทธิ 42.4% หลัง ลดลงเป็น 24.7%) ในทางกลับกัน ผู้ถือสิทธิบัตรทอง ที่ตอบว่า “ใช้สิทธิบัตรทองเป็นประจำ” เพื่อรับการรักษาโรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มประชากร ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ กลุ่มประชากรที่เปลี่ยนสถานบริการใหม่ มีอัตราการใช้ประจำเพิ่มขึ้นจาก 40.0% เป็น 62.4% ดังแสดงในตารางที่ 11 และ 12

สาเหตุผลของการไม่ใช้สิทธิบัตรทอง ในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ทั้งเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ให้คำตอบที่คล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ พบว่าเหตุผลหลักได้แก่ ความรู้สึกกลัวจะได้รับบริการและการรักษาไม่ดี ส่วนเหตุผลรองลงไป ได้แก่ ความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาล และไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้เพราะไม่อยู่ในขอบเขตของการใช้สิทธิ อีกเหตุผลหนึ่งซึ่งมีความถี่พอสมควรโดยมีความถี่มากกว่า 10% ในทั้ง 3 กลุ่มเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ และพบค่อนข้างต่ำในเขตต่างจังหวัด ได้แก่ การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่ถือครองอยู่เพื่อรักษาโรคเรื้อรัง ดังแสดงในตารางที่ 11 และ 12

8. ความคาดหวังในการเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่หากเปิดให้เลือกในปีต่อไป

เมื่อสอบถามประชาชนว่า ในปีหน้าหากเปิดโอกาสให้เลือกสถานบริการสุขภาพใหม่ได้อีกครั้ง จะขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่หรือยังจะคงอยู่กับสถานบริการเดิม พบว่า ในเขตกรุงเทพฯ ประชากรตัวอย่างในกลุ่มที่ไม่ได้เปลี่ยนและกลุ่มที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนในครั้งที่ผ่านมา มีความต้องการจะเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้เปลี่ยนไปแล้วในปีที่ผ่านมาประมาณหนึ่งเท่า (กลุ่มไม่เปลี่ยน 56.3% กลุ่มไม่มีสิทธิ 48.4% และกลุ่มเปลี่ยน 23.2%) และในกลุ่มที่ได้เปลี่ยนไปแล้ว ประมาณร้อยละ 28 ตอบว่า ยังไม่แน่ใจว่าจะขอเปลี่ยนใหม่อีกหรือไม่ในปีหน้า ส่วนในพื้นที่ต่างจังหวัดทั้ง 4 แห่ง ประชากรตัวอย่างในกลุ่มที่ไม่ได้เปลี่ยนและกลุ่มที่ไม่มีสิทธิเปลี่ยนในครั้งที่ผ่านมา มีความต้องการจะเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้เปลี่ยนไปแล้วในปีที่ผ่านมาประมาณ 2-3 เท่า (กลุ่มไม่เปลี่ยน 32.4% กลุ่มไม่มีสิทธิ 44.2% และกลุ่มเปลี่ยน 12.9%) และในกลุ่มที่ได้เปลี่ยนไปแล้ว ประมาณร้อยละ 13.2 ตอบว่า ยังไม่แน่ใจว่าจะขอเปลี่ยนใหม่อีกหรือไม่ในปีหน้า ดังแสดงในตารางที่ 13

9. ความคิดเห็นต่อรูปแบบและวิธีการดำเนินการให้เลือกสถานบริการสุขภาพ

การให้สิทธิเลือกสถานบริการสุขภาพหลักและรอง

ประชากรตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ ในทุกกลุ่ม มากกว่าร้อยละ 80 ต้องการให้สิทธิเลือกทั้งสถานบริการหลักและสถานบริการรอง ในขณะที่ประชากรตัวอย่างในต่างจังหวัด ต้องการให้สิทธิเลือกสถานบริการหลักประมาณร้อยละ 40 และต้องการให้สิทธิเลือกทั้งสถานบริการหลักและรอง ระหว่างร้อยละ 55 ถึงร้อยละ 58 ดังแสดงในตารางที่ 14

การเลือกเป็นครอบครัวและบุคคล

ประชากรตัวอย่างทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ประมาณร้อยละ 80 มีความเห็นว่าควรจะให้สมาชิกในครอบครัวเลือกสถานบริการสุขภาพเดียวกันที่ระบุในบัตรทองมากกว่าที่จะให้แต่ละคนเลือกสถานบริการที่แตกต่างกัน เพื่อความสะดวกในการใช้บริการ แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลบางคนในครอบครัวอาจมีความต้องการหรือความจำเป็นที่จะเลือกสถานบริการอื่นที่ไม่แตกต่างออกไปได้ เช่น โรคเรื้อรังที่ต้องการรักษากับแพทย์ประจำ หรือ อาจจะสะดวกในการเดินทางเพราะใกล้กับที่ทำงานหรือที่อยู่อาศัยจริงก็ได้ ดังแสดงในตารางที่ 14

วิธีการสื่อสารเกี่ยวกับโครงการฯ ถึงประชาชน

ประชากรตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ โดยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) ต้องการให้แจ้งข่าวสารโดยการส่งจดหมายโดยตรงไปที่บ้าน ส่วนประชากรในเขตต่างจังหวัด มีความเห็นที่หลากหลายกว่า เช่น การแจ้งสารผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน หรือผ่านสื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ส่วนการประชาสัมพันธ์ข่าวสารผ่านทางโทรทัศน์ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ประชาชนทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดเห็นด้วยพอสมควร ดังแสดงในตารางที่ 14

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเปิดให้แจ้งเปลี่ยนสถานบริการฯ

ประชากรทุกกลุ่ม ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด มากกว่าร้อยละ 90 เห็นว่าควรให้ระยะเวลาในการติดต่อเพื่อแจ้งความประสงค์เพื่อขอเปลี่ยนแปลงสถานบริการสุขภาพใหม่ได้ถ้าต้องการในระยะเวลา 1-3 เดือน ซึ่งถือเป็นระยะเวลาที่แต่ละพื้นที่ในโครงการนำร่อง ฯ ได้ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 14

สถานที่ติดต่อเพื่อแจ้งขอเปลี่ยนสถานบริการฯ

ประชากรในเขตกรุงเทพฯ โดยส่วนใหญ่เสนอให้ติดต่อแจ้งความประสงค์ในการเปลี่ยนสถานบริการฯ ใหม่ได้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่ต้องการจะย้ายไปใช้บริการได้โดยตรง ประชาชนจำนวนพอควรเห็นว่า น่าจะติดต่อแจ้งได้ที่สำนักงานเขต ซึ่งปกติทางสำนักงานเขตจะไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงที่ผ่านมา แต่อาจจะสะดวกสำหรับประชาชนในการเดินทางมากกว่า หรือสามารถติดต่อทำธุระอื่นที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกันได้สำหรับในเขตต่างจังหวัด โดยส่วนใหญ่เห็นว่าควรติดต่อที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่ต้องการเลือก

ไปใช้บริการได้โดยตรงเช่นกัน ที่น่าสนใจคือ ทั้งเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ประชาชนประมาณร้อยละ 12 ถึง ร้อยละ 30 เห็นว่า น่าจะติดต่อแจ้งความประสงค์ได้ที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบชุมชน หรือหมู่บ้านของตน ซึ่งที่ผ่านมา บทบาทของอาสาสมัครเหล่านี้ มักจะเป็นเพียงผู้ช่วยแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับ เรื่องสุขภาพและ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปยังประชาชนเป็นหลัก

อภิปรายผลการศึกษาและสรุป

การที่กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตัดสินใจให้จังหวัดแพร่ สระบุรี สุรินทร์ สงขลา และเขตพิเศษ กรุงเทพมหานคร ฯ ได้เริ่มทดลองดำเนินการโครงการนำร่องการ ให้ประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ (30 บาท รักษาทุกโรค) สามารถเลือกสถานบริการประจำโดย สมัครใจ ตามเกณฑ์ที่ทางสำนักงานที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัด เพื่อให้เป็นไปตามที่กฎหมาย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544 โดยโครงการนำร่องนี้ ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 โดยกำหนดระยะเวลาในการแจ้งขอเปลี่ยนสถานบริการหลักหรือรอง ประมาณ 2-3 เดือน และได้เริ่ม ใช้สถานบริการใหม่ได้ตั้งแต่ปลายปี 2545 ที่ผ่านมานั้นจนถึงปัจจุบัน โดยที่ส่วนกลางเปิดโอกาสให้ หน่วยงานรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่เลือกกำหนดกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับจังหวัดของตนเอง เพื่อจะได้ ให้ติดตามเปรียบเทียบผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริงของแต่ละจังหวัดที่มีรูปแบบแตกต่างกันที่ส่งผลต่อ การใช้สิทธิเพื่อการรักษาของผู้ถือสิทธิบัตรทอง การพัฒนาแข่งขันทางด้านคุณภาพการบริการและการ รักษาของสถานบริการต่างๆ รวมไปถึงปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการโครงการนำร่องฯ และวิธีการ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของแต่ละพื้นที่ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและการวางแผนเพื่อ ขยายพื้นที่ให้ทุกจังหวัดสามารถนำไปใช้เป็นบทเรียนในการเปิดให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกสถาน บริการโดยสมัครใจในอนาคตอันใกล้

การศึกษาเชิงสำรวจในครั้งนี้ จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามประเมินผลโครงการนำร่องฯ ที่ เกิดขึ้นโดยการสอบถามประชาชนเฉพาะที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) เกี่ยวกับ ความคิดเห็นต่อการดำเนินการโครงการนำร่อง ฯ ดังกล่าวของแต่ละจังหวัด ประสพการณ์ในการใช้บริการ จากสถานบริการ และความคาดหวังต่อการเปลี่ยนสถานบริการที่ต้องการในอนาคต โดยการสุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่เปลี่ยนสถานบริการ 2) กลุ่มที่ไม่เปลี่ยน 3) กลุ่มที่ไม่มี สิทธิเปลี่ยน ในพื้นที่นำร่องทั้ง 5 จังหวัด ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษาที่น่าสนใจ เพื่อนำไปใช้เป็นบทเรียน และแนวทางในการดำเนินการในอนาคต ดังนี้

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพซ้ำซ้อน พบว่า ประชากรตัวอย่างในการสำรวจ ในเขตกรุงเทพฯ ฯ เป็น ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นนอกเหนือจากการมีสิทธิบัตรทอง ประมาณร้อยละ 17 ซึ่ง มากกว่าประชากรตัวอย่างในเขตต่างจังหวัดประมาณ 4 เท่า หากไม่นับรวมสิทธิหลักประกันสุขภาพที่เป็น ของภาคเอกชนซึ่งถือเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนสามารถเลือกซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมได้

ด้วยตนเองแล้ว จะพบว่าหลักประกันสุขภาพประเภทอื่น เช่น สิทธิประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ และสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ ถือเป็นหลักประกันสุขภาพฯ ที่เป็นสิทธิฯ ข้ำซ้อนและไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจติดตามประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 ซึ่งสำรวจการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชนประมาณ 50,000 คนในพื้นที่ 8 จังหวัด ในปี 2545 พบว่า ประชาชนร้อยละ 2.7 ซึ่งสิทธิฯ ที่ซ้ำซ้อนส่วนใหญ่คือ ประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2547) จึงเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ทางสำนักงานกลางจะต้องเร่งพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขระบบฐานข้อมูลของหลักประกันสุขภาพแต่ละประเภทให้สามารถเชื่อมต่อกันเพื่อการตรวจสอบและลดความซ้ำซ้อนของการมีสิทธิประกันสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้ลดลง เพื่อให้สามารถคำนวณการจัดสรรงบประมาณให้แก่การจัดหลักประกันสุขภาพแต่ละประเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพ

2. การรับรู้เกี่ยวกับโครงการนาร่อง ฯ และแหล่งของข้อมูลที่ได้รับ พบว่า ประชากรตัวอย่างในกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนสถานบริการใหม่โดยที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอหรือตำบลที่มีสิทธิขอเปลี่ยนได้ ทั้งในต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ ประมาณ ร้อยละ 35 ตอบว่า ไม่รับรู้เกี่ยวกับโครงการนาร่องฯ ดังกล่าวในพื้นที่ของตนเอง จึงไม่สามารถขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้ถ้าหากมีความต้องการที่จะเปลี่ยนในช่วงที่ผ่านมา และน่าจะช่วยสะท้อนถึงความจำเป็นในการเปิดช่องทางเพื่อเผยแพร่ข่าวสารประชาสัมพันธ์โครงการ ฯ ให้ทั่วถึงประชาชนในพื้นที่มากขึ้นในการดำเนินการครั้งต่อไปเมื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการใหม่ได้อีก สำหรับแหล่งของข้อมูลที่เป็นช่องทางการสื่อสารที่ประชากรตัวอย่างได้รับรู้โครงการฯ กรณีของเขตกรุงเทพฯ รูปแบบที่ใช้วิธีการส่งจดหมายไปถึงผู้มีสิทธิบัตรทองโดยตรง เป็นช่องทางที่ค่อนข้างจะได้ผล ส่วนสื่อประเภทอื่นที่เป็นสื่อช่วยเสริม ได้แก่ การแจ้งผ่านผู้นำชุมชน และการใช้รถติดเครื่องเสียงประชาสัมพันธ์วิ่งเข้าไปตามพื้นที่อยู่อาศัยของประชาชน และการจัดทำแผ่นป้ายโฆษณาประชาสัมพันธ์ติดตามจุดสำคัญในชุมชน ส่วนในกรณีของต่างจังหวัด กลับพบว่า การแจ้งข่าวสารผ่านสื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือสื่อบุคคล เป็นวิธีการสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนได้ดีกว่าสื่อประเภทอื่น ในกรณีของการใช้จดหมายซึ่งมีการดำเนินการเฉพาะที่จังหวัดแพร่ พบว่า หน่วยงานรับผิดชอบใช้วิธีส่งจดหมายไปทางไปรษณีย์เพื่อชี้แจงโครงการ ฯ และมีหนังสือแจ้งขอเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพไปถึงรายชื่อของผู้ถือสิทธิบัตรทองทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองโดยตรง ซึ่งผู้มีสิทธิบัตรทองที่ต้องการเปลี่ยนใหม่สถานบริการใหม่ สามารถกรอกแบบฟอร์มแสดงความจำนงค์ดังกล่าวและส่งกลับทางไปรษณีย์มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้โดยตรง จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โดยส่วนใหญ่ตอบว่า รับทราบโครงการ ฯ จากจดหมายของหน่วยงาน ฯ อย่างไรก็ตาม จากการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพบว่า มีจดหมายจดหมายไม่น้อยที่ถูกตีกลับหรือกองทิ้งไว้ เพราะเจ้าหน้าที่ไปรษณีย์ไม่สามารถนำส่งจดหมายถึงผู้มีรายชื่อบนซองจดหมายได้ เนื่องจากที่อยู่ไม่ชัดเจน หรือไม่ถูกต้อง ต่อมาจึงต้องอาศัยผู้นำชุมชนและอาสาสมัครที่รู้จักประชาชนในพื้นที่ เป็นผู้ช่วยส่งต่อจดหมายดังกล่าวในช่วงหลัง

3. พฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษา (กรณีโรคเรื้อรัง) กับกาให้เลือกสถานบริการได้โดยสมัครใจ พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยได้เลือกใช้กรณีของโรคเรื้อรัง เป็นตัววัดชี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรับการรักษาโรคโดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการขอใช้สิทธิบัตรทอง ในช่วงก่อนและหลังการให้สิทธิเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ได้โดยสมัครใจของประชากรในทั้งสามกลุ่ม เพราะกรณีโรคเรื้อรังเป็นโรคที่จำเป็นต้องพึ่งพิงระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้การประเมินพฤติกรรมการใช้สิทธิฯ เพื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาสั้น ๆ ที่ดำเนินการโครงการนำร่องฯ ไปเพียง 4-5 เดือนพอจะบอกผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งผลจากการสำรวจในครั้งนี้พอจะชี้ให้เห็นว่าประชากรในเขตกรุงเทพฯ กลุ่มที่เปลี่ยนสถานบริการใหม่มีอัตราของการเลือกใช้สิทธิบัตรทองฯ เป็นประจำเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนประมาณ 1 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่ไม่เปลี่ยนสถานบริการและไม่มีสิทธิเปลี่ยน ส่วนประชากรตัวอย่างในต่างจังหวัดมีแนวโน้มว่าพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษาโรคเรื้อรังมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นในประชากรทุกกลุ่ม ไม่ได้เฉพาะเจาะจงแต่ในกลุ่มที่เปลี่ยนสถานบริการเท่านั้น ซึ่งอัตราการใช้สิทธิในกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนและไม่มีสิทธิเปลี่ยนในเขตกรุงเทพฯ ฯ ก็มีอัตราการใช้สิทธิฯ เพิ่มมากกว่าเดิมเช่นเดียวกัน จากข้อมูลจากการสำรวจนี้ น่าจะช่วยชี้ให้เห็นถึงภาพรวมของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าผู้ที่มีสิทธิบัตรทองมีความเข้าใจในสิทธิหลักประกันสุขภาพของตนเองมากขึ้นและเห็นประโยชน์ของการใช้สิทธิฯ เพื่อเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในสถานบริการที่กำหนด และยังชี้ให้เห็นถึงข้อดีของการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการได้โดยสมัครใจ น่าจะช่วยเพิ่มอัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่ตนพอใจ และทำให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. ความคิดเห็นต่อรูปแบบและวิธีการดำเนินการโครงการนำร่อง ฯ และความต้องการเปลี่ยนสถานบริการในครั้งต่อไป พบว่า ประชาชนโดยส่วนใหญ่มีความต้องการใช้สิทธิเลือกทั้งสถานบริการหลักและสถานบริการรอง แต่มีแนวโน้มที่โครงการจะเลือกกำหนดสถานบริการหลักมากกว่า เพราะเห็นว่าหากเจ็บป่วยรุนแรง อยาจะขอเลือกไปรักษาโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัย และมีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ เพราะคิดว่าโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่าย่อมให้บริการที่มีคุณภาพดีกว่า ในขณะเดียวกันปัจจัยหนึ่งที่ประชาชนให้ความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ก็คือ ต้องการเลือกสถานบริการที่เดินทางได้โดยสะดวก ซึ่งในที่นี้อาจหมายถึง การเดินทางสะดวกเพราะอยู่ใกล้บ้าน หรืออาจเดินทางสะดวกเพราะอยู่ใกล้กับที่ทำงานของตนเองก็ได้ และการเดินทางสะดวกยังรวมไปถึงเส้นทางวิ่งของรถบริการสาธารณะที่วิ่งระหว่างบ้านหรือที่ทำงานไปยังสถานบริการสุขภาพที่ต้องการจะเลือกอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของเอแบคโพลล์ ที่สำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2546 ซึ่งได้คำตอบเกี่ยวกับปัจจัยในการเลือกสถานพยาบาลประจำตัวในการรักษาพยาบาลที่ใกล้เคียงกับการสำรวจในครั้งนี้ อาทิเช่น ความสะดวกในการเดินทาง คุณภาพของการให้บริการและการรักษาของสถานพยาบาล เป็นต้น (สำนักวิจัยเอแบค-เกออสซอินเตอร์เนตโพลล์, 2546)

ส่วนประเด็นการเลือกควรเลือกเป็นครอบครัวให้เหมือนกันหรือแยกเป็นของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าควรเลือกเป็นครอบครัวให้เหมือนกัน เพื่อจะได้สะดวกในการไปใช้บริการและมีความคุ้นเคยกับสถานบริการที่รักษามากกว่า แต่ในทางปฏิบัติการให้เลือกเป็นครอบครัว ก็ต้องแยกการป้อนข้อมูลเข้าเป็นรายบุคคลเช่นเดียวกัน และอาจเป็นไปได้ว่าบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน อาจต้องย้ายไปทำงานหรืออาศัยอยู่ที่อื่น หรือสมาชิกบางคนในครอบครัว อาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางอย่างที่ต้องการได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากแพทย์เฉพาะทางที่มีอยู่ในโรงพยาบาลที่อาจจะเดินทางไม่ค่อยสะดวกมากนักแต่จำเป็นต้องเลือก เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสมาชิกในครอบครัวคนอื่นอาจต้องการเลือกสถานบริการอีกแห่งที่อยู่ใกล้บ้านและเดินทางได้สะดวกมากกว่า ฉะนั้นการเปิดให้แต่ละบุคคลสามารถเลือกสถานบริการได้โดยสมัครใจน่าจะมีความเหมาะสมมากกว่า และมีแนวโน้มว่าคนส่วนใหญ่จะเลือกสถานบริการเหมือนกันทั้งครอบครัว ยกเว้นแต่มีเงื่อนไขพิเศษบางประการอย่างที่ได้ยกเป็นตัวอย่างไปแล้ว

สำหรับวิธีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ได้ ควรต้องมีรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย และปรับให้เข้ากับสภาพของแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม และควรจะมีการติดตามประเมินผลของวิธีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการฯ ในแต่ละครั้ง เพื่อจะได้นำไปพัฒนาปรับปรุงวิธีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในอนาคต

สำหรับสถานที่ติดต่อเพื่อแจ้งขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ ในเขตกรุงเทพฯ การเปิดช่องทางการแจ้งความประสงค์ที่หลากหลายมากขึ้น อาทิเช่น การไปเปิดบริการแจ้งความประสงค์และลงทะเบียนเพื่อขอเปลี่ยนสถานบริการที่จัดอยู่ในห้างสรรพสินค้าใหญ่ ๆ ซึ่งได้ใช้ในการดำเนินการครั้งที่ผ่านมา เป็นรูปแบบที่น่าสนใจ และอาจนำไปใช้ในเมืองใหญ่ ๆ ที่อยู่ในภูมิภาคได้ การติดต่อแจ้งความประสงค์ที่ได้ที่สำนักงานเขต เพิ่มเติมนอกจากไปที่โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. อาจเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่เพิ่มความสะดวกให้แก่ประชาชน สำหรับในต่างจังหวัด เฉพาะในตัวเมืองใหญ่ อาจมีช่องทางให้ประชาชนสามารถติดต่อได้หลากหลายสถานที่มากกว่าเดิม ส่วนในเขตชนบท การแจ้งความประสงค์ที่สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน น่าจะเป็นช่องทางหลักที่สะดวกสำหรับประชาชนอยู่แล้ว ทั้งนี้อาจประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ช่วยในการอำนวยความสะดวกสำหรับประชาชนที่ต้องการจะเปลี่ยนสถานบริการใหม่

ประเด็นสุดท้าย คือ ความต้องการที่จะเปลี่ยนสถานบริการใหม่ในครั้งต่อไป จากผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่า ประชากรตัวอย่างในกลุ่มที่ยังไม่ได้เปลี่ยน มีความต้องการที่จะเปลี่ยนสถานบริการใหม่ประมาณร้อยละ 30 – 50 ส่วนกลุ่มที่เคยเปลี่ยนไปแล้ว จะมีความต้องการที่จะเปลี่ยนใหม่อีกอยู่บ้าง แต่น้อยกว่าอีกประชากรในอีก 2 กลุ่มอย่างชัดเจน ฉะนั้นการขยายพื้นที่ของโครงการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจได้ในอนาคต ควรต้องคำนึงถึงระบบข้อมูลสารสนเทศที่จะรองรับการลงทะเบียนเพื่อเปลี่ยนแปลงสถาน

บริการของผู้มีสิทธิบัตรทอง และควรจัดให้มีช่องทางการติดต่อให้ประชาชนสามารถแจ้งความประสงค์ได้สะดวกมากขึ้น

.....

เอกสารอ้างอิง

- 1.พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พ.ศ. 2545. มปท มปป.(อค์ตำเนา)
- 2.คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนถ่าย.มปท. 2544(อค์ตำเนา)
- 3.สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล .สัมมนาวิชาการประจำปี เรื่อง คนไทยกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 9-11 ตุลาคม 2544.มปท. 2544
- 4.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ (2547). รายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1, นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5. สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเทอร์เน็ตโพลล์ (2546). ความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2546 สนับสนุนโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปประชากรตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด (แพร่,สระบุรี,สุรินทร์,สงขลา)จำแนกตามการเปลี่ยนสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2546

ข้อมูล	เขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ)			เขตต่างจังหวัด (ร้อยละ)		
	เปลี่ยน (494 คน)	ไม่เปลี่ยน (484 คน)	ไม่มีสิทธิ (499 คน)	เปลี่ยน (2118 คน)	ไม่เปลี่ยน (2134 คน)	ไม่มีสิทธิ (1067 คน)
เพศ						
ชาย	204(41.3)	210(43.4)	170(34.1)	744(35.1)	706(33.1)	332(31.1)
หญิง	290(58.7)	274(56.6)	329(65.9)	1374(64.9)	1428(66.9)	735 (68.9)
อายุเฉลี่ย(SD) (ปี)	44.5(14.3)	42.0(16.0)	44.1(15.1)	45.0(15.4)	44.7(15.2)	46.2(14.6)
กลุ่มอายุ(ปี)						
18-44	253(51.2)	282(58.5)	255(51.2)	1086(51.4)	1130(53.0)	521(48.8)
45-59	141(28.5)	116(24.1)	163(32.7)	612(28.9)	591(27.7)	335(31.4)
60+	100(20.2)	84(17.4)	80(16.1)	417(19.7)	411(19.3)	211(19.8)
สถานภาพสมรส						
โสด	92(18.6)	124(25.6)	101(20.2)	328(15.5)	319(15.0)	142(13.3)
คู่	358(72.5)	320(66.1)	349(70.0)	1532(72.3)	1546(72.4)	785(73.6)
หม้าย/อย่า/แยก	44(8.9)	40(8.3)	49(9.8)	258(12.2)	269(12.6)	140(13.1)
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	27(5.5)	16(3.3)	11(2.2)	124(5.8)	156(7.3)	41(3.8)
ประถมศึกษา	241(48.8)	192(39.7)	211(42.3)	1442(68.1)	1411(66.1)	747(70.0)
มัธยมศึกษา	90(18.2)	110(22.7)	111(22.2)	356(16.9)	349(16.4)	187(17.5)

ข้อมูล	เขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ)			เขตต่างจังหวัด (ร้อยละ)		
	เปลี่ยน (494 คน)	ไม่เปลี่ยน (484 คน)	ไม่มีสิทธิ (499 คน)	เปลี่ยน (2118 คน)	ไม่เปลี่ยน (2134 คน)	ไม่มีสิทธิ (1067 คน)
ประกาศนียบัตร ปริญญาตรี	77(15.6)	85(17.6)	76(15.2)	127(6.0)	153(7.2)	55(5.2)
สูงกว่าปริญญาตรี	55(11.1)	78(16.1)	86(17.2)	69(3.3)	64(3.0)	36(3.4)
	4(0.8)	3(0.6)	4(0.8)	0	1(0.0)	1(0.1)
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	2(0.4)	1(0.2)	5(1.0)	672(31.7)	659(30.9)	273(25.6)
รับจ้าง	153(31.0)	117(24.2)	67(13.4)	449(21.2)	538(25.2)	256(24.0)
ค้าขาย	88(17.8)	104(21.5)	150(30.1)	404(19.1)	387(18.1)	219(20.5)
พนักงานบริษัท	20(4.0)	36(7.4)	24(4.8)	21(1.0)	8(0.4)	2(0.2)
ลูกจ้างโรงงาน	3(0.6)	9(1.9)	0	9(0.4)	9(0.4)	0
นักเรียน/นักศึกษา	18(3.6)	49(10.1)	41(8.2)	96(4.5)	87(4.1)	32(3.0)
แม่บ้าน, ไม่มีรายได้	199 (40.3)	150(31.0)	194(38.9)	448(21.2)	423(19.8)	284(26.6)
อื่นๆ	11(2.2)	18(3.7)	18(3.6)	19(0.9)	23(1.1)	1(0.1)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Q1-Q3) (บาท)	3000 (0-6000)	3450 (0-7000)	4000 (0-9000)	3000 (500-4500)	3000 (1000-4000)	2000 (0-4000)
การมีชื่อในทะเบียนบ้าน	493(99.8)	483(99.8)	487(97.6)	2080(98.2)	2095(98.2)	1033(96.8)
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ (SD) (ปี)	22.3(13.7)	20.6(16.2)	17.0(13.4)	25.7(17.2)	25.6(17.4)	26.6(18.2)

ตารางที่ 4 หลักประกันสุขภาพที่ถือครองของประชากรตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด (แพร่, สระบุรี, สุรินทร์, สงขลา) จำแนกตามการเปลี่ยนสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2546

ประเภทหลักประกันสุขภาพ	เขตกรุงเทพมหานคร แสดงเป็น ร้อยละ			เขตต่างจังหวัด แสดงเป็น ร้อยละ		
	เปลี่ยน (494 คน)	ไม่เปลี่ยน (484 คน)	ไม่มีสิทธิ (499 คน)	เปลี่ยน (2118 คน)	ไม่เปลี่ยน (2134 คน)	ไม่มีสิทธิ (1067 คน)
บัตรทองฟรี	15.9	13.9	15.6	38.3	39.4	40.5
บัตรทองจ่าย 30 บาท	84.1	86.1	84.4	61.7	60.6	59.5
มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ประเภทอื่นร่วมด้วย	16.2	17.1	18.8	4.4	6.4	4.1
ประกันสังคม	3.8	10.3	5.4	1.7	2.0	1.7
ประกันเอกชน	7.9	1.4	2.2	0.8	1.6	0.8
สวัสดิการข้าราชการ	1.0	2.3	2.8	0.7	1.6	0.8
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	2.2	1.9	2.8	0.1	0	0.0
อื่นๆ	1.2	1.2	3.6	1.1	1.2	0.8

ตารางที่ 5 สถานบริการรองและหลักในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในกลุ่มผู้ถือบัตรทองที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด
จำแนกตามการเปลี่ยนสถานบริการในปีงบประมาณ 2546

ประเภทสถานพยาบาล	เขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ)				เขตต่างจังหวัด (ร้อยละ)			
	เปลี่ยน		ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิ	เปลี่ยน		ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิ
	ก่อน	หลัง			ก่อน	หลัง		
สถานพยาบาลรอง								
สถานีอนามัย/ศูนย์บริการ	39 (7.9)	348 (70.4)	91 (19.0)	1 (0.2)	1670 (78.8)	1639 (77.4)	1773 (83.1)	685 (64.2)
รพช.ในพื้นที่	-	-	-	-	-	18 (0.8)	-	382 (35.8)
รพช.นอกพื้นที่	-	-	-	-	-	2 (0.1)	-	-
รพท. / รพศ.	402 (81.4)	12 (2.4)	282 (58.2)	497 (99.6)	13 (0.6)	421 (19.8)	85 (4.0)	-
รพ.เอกชน	44 (8.9)	96 (19.4)	82 (16.9)	1 (0.2)	429 (20.2)	6 (0.3)	263 (12.3)	-
รพ.นอกสังกัดกระทรวง	8	36	-	-	5	32	11	-
สาธารณสุข	(1.6)	(7.3)			(0.2)	(1.5)	(0.5)	

ประเภทสถานพยาบาล	เขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ)				เขตต่างจังหวัด (ร้อยละ)			
	เปลี่ยน		ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิ	เปลี่ยน		ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิ
	ก่อน	หลัง			ก่อน	หลัง		
สถานพยาบาลหลัก								
สถานื่อนามัย/ศูนย์บริการ	-	4 (0.8)	-	-	67 (3.2)	-	7 (0.3)	1 (0.1)
รพช.ในพื้นที่	-	-	-	-	805 (38.0)	3 (0.1)	943 (44.2)	857 (80.3)
รพช.นอกพื้นที่	-	-	-	-	5 (0.2)	236 (11.1)	35 (1.6)	1 (0.1)
รพท. / รพศ.	430 (90.0)	19 (3.8)	327 (67.5)	497 (99.6)	300 (14.2)	1578 (74.5)	872 (40.8)	208 (19.5)
รพ.เอกชน	51 (10.3)	214 (43.3)	105 (21.7)	1 (0.2)	935 (44.2)	3 (0.1)	262 (12.3)	-
รพ.นอกสังกัดกระทรวง	11	255	41	1	6	298	12	-
สาธารณสุข	(0.4)	(51.6)	(8.4)	(0.2)	(0.3)	(14.1)	(0.6)	

ศูนย์บริการ คือ ศูนย์บริการของ กทม.หรือเทศบาล, รพช. โรงพยาบาลชุมชน, รพท. โรงพยาบาลทั่วไป, รพศ โรงพยาบาลศูนย์

ตารางที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับโครงการการให้เลือกสถานบริการ ฯ และแหล่งของสื่อที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ ฯ จำแนกตามการเปลี่ยนสิทธิใน
ปีงบประมาณ 2546

การรับรู้เกี่ยวกับโครงการให้ สิทธิเลือกสถานพยาบาล	เขตกรุงเทพมหานคร			เขตต่างจังหวัด		
	เปลี่ยน	ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิเลือก	เปลี่ยน	ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิเลือก
	476 (96.4)	335 (69.2)	58 (11.6)	1879 (88.7)	1365 (64.0)	218 (20.4)
ประเภทสื่อในการรับรู้ข้อมูล						
จดหมาย	246(49.8)	159(32.8)	-	44(2.1)	136(6.4)	-
ญาติ / เพื่อน	209(42.3)	171(35.3)	-	341(16.1)	254(11.9)	-
ผู้นำชุมชน	140(28.3)	101(20.9)	-	321(15.2)	187(8.8)	-
รถประชาสัมพันธ์	104(21.0)	27(5.6)	-	9(0.4)	6(0.3)	-
หอกระจายข่าว	80(16.2)	59(12.2)	-	442(20.9)	386(18.1)	-
ป้ายโฆษณา	73(14.8)	39(8.1)	-	55(2.6)	30(1.4)	-
ประกาศในสถานพยาบาล	32(6.5)	13(2.7)	-	62(2.9)	45(2.1)	-
อาสาสมัครสาธารณสุข	29(5.9)	16(3.3)	-	505(23.8)	273(12.8)	-
วิทยุ / สัญญาณเสียง	23(4.7)	33(6.8)	-	44(2.1)	76(3.6)	-
บุคลากรสาธารณสุข	23(4.7)	9(1.9)	-	681(32.2)	437(20.5)	-
หนังสือพิมพ์	12(2.4)	23(4.8)	-	10(0.5)	9(0.4)	-
โทรทัศน์/สัญญาณภาพ	11(2.2)	16(3.3)	-	55(2.6)	64(3.0)	-
อื่นๆ	11(2.2)	5(1.0)	-	68(3.2)	33(1.6)	-

ตารางที่ 7 เหตุผลที่เปลี่ยนสถานบริการสุขภาพในผู้ถือบัตรทองที่อยู่ใน กลุ่มเปลี่ยนสถานบริการ ๖ ที่อาศัยในเขต กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด

เหตุผลที่เปลี่ยนสถานบริการ	กรุงเทพมหานคร ร้อยละ	แพร่ ร้อยละ	สระบุรี ร้อยละ	สุรินทร์ ร้อยละ	สงขลา ร้อยละ
การเดินทางไม่สะดวก	92.8	29.5	80.9	45.6	37.9
โรงพยาบาลถนัดตัว	20.3	14.3	0	20.9	0
ที่ใหม่บริการดีกว่า	11.5	30.5	18.9	10.4	21.9
เคยรักษาประจำอีกแห่ง	8.2	6.9	10.1	9.4	9.7
ญาติแนะนำให้เปลี่ยน	8.0	16.3	4.2	6.7	3.9
ที่ใหม่รักษาดีกว่า	7.8	31.2	18.5	7.2	46.6
ผู้นำชุมชนแนะนำให้เปลี่ยน	3.7	6.5	1.6	3.4	0.4
ที่ใหม่มีเครื่องมือดีกว่า	2.7	21.6	9.3	1.4	49.5
บุคลากรสาธารณสุขแนะนำให้เปลี่ยน	2.7	2.9	6.2	11.5	2.9
อยากลองที่อื่น	2.5	0.4	0.6	0.5	0.8
ไม่ประทับใจ	0.6	1.8	1.2	0.7	1.9
เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการรักษาที่อื่น	0	0.4	0.6	0.2	0.4
อื่นๆ	1.4	10.6	4.8	14.7	6.4

ตารางที่ 8 เหตุผลที่ไม่เปลี่ยนสถานบริการสุขภาพในผู้ถือบัตรทองที่อยู่ใน กลุ่มไม่เปลี่ยนสถานบริการ ๖ ที่อาศัยในเขต กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด

เหตุผลที่เปลี่ยนสถานบริการ	กรุงเทพมหานคร ร้อยละ	แพร่ ร้อยละ	สระบุรี ร้อยละ	สุรินทร์ ร้อยละ	สงขลา ร้อยละ
การเดินทางสะดวกดี	54.7	53.2	39.5	33.5	27.5
รักษาดีอยู่แล้ว	25.6	25.0	27.8	6.3	18.2
บริการดีอยู่แล้ว	34.7	25.4	13.8	6.5	11.8
เครื่องมือทันสมัย	19.6	2.8	6.2	0.4	3.5
ญาติแนะนำไม่ให้เปลี่ยน	4.4	1.2	0.9	0.2	3.7
ผู้นำชุมชนแนะนำไม่ให้เปลี่ยน	0.6	0.0	0.3	0.0	1.9
บุคลากรสาธารณสุขแนะนำไม่ให้เปลี่ยน	0.4	0.4	1.7	0.8	0.2
คุ้นเคยและรักษาประจำอยู่แล้ว	25.4	8.8	14.1	2.6	6.6
ไม่สะดวกที่จะเปลี่ยนในเวลาที่กำหนด	2.4	9.2	13.4	7.7	26.9
ไม่เคยไปใช้สิทธิเลย	2.2	5.6	6.0	8.5	8.1
อื่น ๆ	7.5	10.0	4.3	12.5	8.3

ตารางที่ 9 อัตราการเจ็บป่วยและประเภทรโรคเรื้อรังของผู้ถือบัตรทองที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำแนกตามประเภทกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2546

กลุ่มอาการ/โรคเรื้อรัง	เขตกรุงเทพมหานคร(ร้อยละ)			เขตต่างจังหวัด(ร้อยละ)		
	เปลี่ยน (ร้อยละ)	ไม่เปลี่ยน ร้อยละ	ไม่มีสิทธิเลือก ร้อยละ	เปลี่ยน ร้อยละ	ไม่เปลี่ยน ร้อยละ	ไม่มีสิทธิเลือก ร้อยละ
	85 คน (17.2)	74 คน (15.3)	112 คน (22.4)	446 คน (21.1)	423 คน (19.8)	220 คน (20.6)
ระบบหัวใจ/หลอดเลือด	45(52.9)	27(36.5)	53(47.3)	165(37.0)	149(35.2)	79(35.9)
ต่อมไทรอยด์	25(29.4)	24(32.4)	24(21.4)	96(21.5)	112(26.2)	49(22.3)
กล้ามเนื้อ/โครงสร้าง	7(8.2)	5(6.8)	7(6.3)	54(12.1)	61(14.4)	33(15.0)
ประสาท	5(5.9)	9(12.2)	5(4.5)	39(8.7)	18(4.3)	8(3.6)
ภูมิแพ้	5(5.9)	8(10.8)	18(16.1)	39(8.7)	35(8.3)	29(13.2)
ระบบทางเดินอาหาร	5(5.9)	0	10(8.9)	52(11.7)	49(11.6)	23(10.5)
ติดเชื้อ	4(4.7)	0	1(0.9)	9(2.0)	14(3.3)	4(1.8)
ผิวหนัง	1(1.2)	1(1.4)	2(1.8)	6(1.3)	8(1.9)	4(1.8)
มะเร็ง	1(1.2)	1(1.4)	0	7(1.6)	6(1.4)	2(0.9)
ทางเดินปัสสาวะ	0	3(4.1)	3(2.7)	12(2.7)	13(3.1)	4(1.8)
อื่นๆ	5(5.9)	6(8.1)	13(11.6)	38(8.5)	25(5.9)	12(5.5)

ตารางที่ 10 พฤติกรรมการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ถือบัตรทองฟรี และบัตรทอง 30 บาท จำแนกตามการใช้สิทธิเลือกสถานพยาบาลระหว่างเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ในปีงบประมาณ 2546 โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นก่อนและหลังโครงการ ฯ

พฤติกรรมการรักษา	เขตกรุงเทพมหานคร(ร้อยละ)						เขตต่างจังหวัด(ร้อยละ)					
	เปลี่ยน		ไม่เปลี่ยน		ไม่มีสิทธิ		เปลี่ยน		ไม่เปลี่ยน		ไม่มีสิทธิ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
บัตรทองฟรี	(36)		(27)		(37)		(252)		(257)		(119)	
การแพทย์แผนไทย	1(2.8)	1(2.8)	5(18.5)	4(14.8)	0	2(5.4)	12(4.8)	11(4.4)	12(4.7)	7(2.7)	2(1.7)	2(1.7)
ชื่อยากินเอง	2(5.6)	2(5.6)	4(14.8)	5(18.5)	2(5.4)	1(2.7)	23(9.1)	22(8.7)	16(6.2)	11(4.3)	5(4.2)	6(5.0)
สวด/ศสข	11(30.6)	5(13.9)	6(22.2)	4(14.8)	4(10.8)	3(8.1)	36(14.3)	30(11.9)	47(18.3)	54(21.0)	26(21.8)	26(21.8)
คลินิกเอกชน	7(19.4)	9(25.0)	3(11.1)	2(7.4)	4(10.8)	3(8.1)	38(15.1)	36(14.3)	36(14.0)	29(11.3)	24(20.2)	21(17.6)
รพช.	3(8.3)	0	0	0	0	0	46(18.3)	32(12.7)	60(23.3)	55(21.4)	72(60.5)	69(58.0)
รพท./รพศ.	10(27.8)	7(19.4)	9(33.3)	11(40.7)	26(70.3)	26(70.3)	76(30.2)	82(32.5)	91(35.4)	89(34.6)	16(13.4)	15(12.6)
รพ.เอกชน	11(30.6)	9(25.0)	3(11.1)	4(14.8)	6(16.2)	7(18.9)	66(26.2)	58(23.0)	46(17.9)	49(19.1)	1(0.8)	1(0.8)
อื่นๆ	3(8.3)	8(22.2)	3(11.1)	3(11.1)	1(2.7)	1(2.7)	30(11.9)	18(7.1)	14(5.4)	12(4.7)	4(3.4)	5(4.2)
บัตรทอง 30 บาท	(49)		(45)		(75)		(194)		(166)		(101)	
การแพทย์แผนไทย	2(4.1)	2(4.1)	3(6.7)	3(6.7)	1(1.3)	2(2.7)	9(4.6)	18(9.3)	3(1.8)	3(1.8)	2(2.0)	2(2.0)
ชื่อยากินเอง	8(16.3)	7(14.3)	12(26.7)	7(15.6)	11(14.7)	9(12.0)	15(7.7)	18(9.3)	19(11.4)	22(13.3)	8(7.9)	9(8.9)
สวด/ศสข	11(22.4)	11(22.4)	5(11.1)	6(13.3)	2(2.7)	0	31(16.0)	32(16.5)	26(15.7)	29(17.5)	9(8.9)	11(10.9)
คลินิกเอกชน	14(28.6)	12(24.5)	7(15.6)	9(20.0)	17(22.7)	13(17.3)	58(29.9)	48(24.7)	42(25.3)	39(23.5)	26(25.7)	22(21.8)
รพช.	4(8.2)	3(6.1)	1(2.2)	0	0	0	48(24.7)	33(17.0)	22(13.3)	16(9.6)	48(47.5)	48(47.5)
รพท./รพศ.	7(14.3)	4(8.2)	8(17.8)	15(33.3)	34(45.3)	41(54.7)	38(19.6)	56(28.9)	50(30.1)	50(30.1)	21(20.8)	21(20.8)
รพ.เอกชน	8(16.3)	13(26.5)	12(26.7)	11(24.4)	8(10.7)	7(9.3)	51(26.3)	42(21.6)	29(17.5)	27(16.3)	3(3.0)	4(4.0)
อื่นๆ	6(12.2)	7(14.3)	5(11.1)	4(8.9)	3(4.0)	2(2.7)	32(16.5)	7(3.6)	10(6.0)	12(7.2)	7(6.9)	2(2.0)

ตารางที่ 11 พฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรับการรักษาโรคเรื้อรังในสถานบริการของผู้ถือบัตรทองใน เขตกรุงเทพฯ เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเลือกสถานพยาบาลปีงบประมาณ 2546

ลักษณะการใช้สิทธิ	เปลี่ยน (85 คน)		ไม่เปลี่ยน(74 คน)		ไม่มีสิทธิเลือก(112 คน)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ไม่เคยใช้สิทธิบัตรทอง	36(42.4)	21(24.7)	32(43.2)	26(35.1)	51(45.5)	42(37.5)
ใช้สิทธิบัตรทองบ้าง	1(1.2)	0	0	0	0	0
ใช้สิทธิบัตรทองประจำ	34(40.0)	53(62.4)	29(39.2)	36(48.6)	44(39.3)	51(45.5)
ใช้สิทธิอื่นๆ ที่มี	11(12.9)	11(12.9)	13(17.6)	8(10.8)	15(13.4)	16(14.3)
ไม่ระบุ	3(3.5)	0	0	4(5.4)	2(1.8)	3(2.7)
เหตุผลการไม่ใช้สิทธิ						
รักษาไม่ดี	17(47.2)	13(43.3)	19(47.5)	17(47.2)	35(58.3)	34(56.7)
บริการไม่ดี	14(38.9)	13(43.3)	16(40.0)	18(50.0)	32(53.3)	35(58.3)
ไม่ได้อยู่ในขอบเขต	3(8.3)	2(6.7)	5(12.5)	6(16.7)	2(3.3)	3(5.0)
ไม่เชื่อสถานบริการ	3(8.3)	0	2(5.0)	2(5.6)	5(8.3)	4(6.7)
ไม่หาย	2(5.6)	1(3.3)	1(2.5)	0	0	2(3.3)
ไม่ได้มาตามระบบ	1(2.8)	0	0	1(2.8)	2(3.3)	0

ตารางที่ 12 พฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรับการรักษาโรคเรื้อรังในสถานบริการของผู้ถือบัตรทองใน เขตต่างจังหวัด เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเลือกสถานพยาบาลปีงบประมาณ 2546

ลักษณะการใช้สิทธิ	เปลี่ยน (446 คน)		ไม่เปลี่ยน(423 คน)		ไม่มีสิทธิเลือก(220 คน)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ไม่เคยใช้สิทธิบัตรทอง	114(25.6)	110(24.6)	105(24.8)	90(21.3)	44(20.0)	40(18.2)
ใช้สิทธิบัตรทองบ้าง	26(5.8)	11(2.5)	10(2.4)	10(2.4)	25(11.4)	15(6.8)
ใช้สิทธิบัตรทองประจำ	290(65.0)	313(70.2)	291(68.8)	315(74.5)	148(67.3)	161(73.2)
ใช้สิทธิอื่นๆ ที่มี	14(3.1)	8(1.8)	14(3.3)	8(1.9)	1(0.4)	2(0.9)
ไม่ระบุ	2(0.5)	4(0.9)	3(0.7)	0	2(0.9)	2(0.9)
เหตุผลการไม่ใช้สิทธิ						
บริการไม่ดี	43(31.6)	35(27.8)	34(30.9)	32(33.3)	21(30.0)	19(33.9)
รักษาไม่ดี	42(30.9)	27(21.4)	34(30.9)	31(32.3)	26(37.1)	25(44.6)
ไม่เชื่อสถานบริการ	16(11.8)	10(7.9)	13(11.8)	11(11.5)	9(12.9)	8(14.3)
ไม่ได้อยู่ในขอบเขต	7(5.1)	3(2.4)	7(6.4)	6(6.3)	1(1.4)	1(1.8)
ไม่หาย	4(2.9)	1(0.8)	0	2(2.1)	0	0
ไม่ได้มาตามระบบ	1(0.7)	0	7(6.4)	7(7.3)	2(2.9)	1(1.8)

ตารางที่ 13 การคาดหมายในการเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ ของผู้ถือสิทธิบัตรทอง ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำแนกตามประเภทกลุ่ม ในปีงบประมาณ 2547

* ตอบเฉพาะผู้ที่รับทราบข้อมูลเรื่องการให้สิทธิเลือกสถานพยาบาล

การเลือกสถานบริการใหม่	เขตกรุงเทพมหานคร			เขตต่างจังหวัด		
	เปลี่ยน	ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิเลือก	เปลี่ยน	ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิเลือก
1) เปลี่ยนสถานพยาบาล	114(23.2)	268(56.3)	30(48.4)*	273(12.9)	691(32.4)	468(44.2)
2) ไม่เปลี่ยนสถานพยาบาล	240(48.8)	156(32.8)	26(41.9)*	1563(73.9)	1272(59.7)	563(53.2)
3) ไม่แน่ใจ	138(28.0)	52(10.9)	6(9.7)*	280(13.2)	169(7.9)	27(2.6)

ตารางที่ 14 ความคิดเห็นต่อรูปแบบและวิธีการดำเนินการการให้เลือกสถานพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำแนกตามประเภทกลุ่ม ในปีงบประมาณ 2547

รูปแบบและวิธีการ	เขตกรุงเทพมหานคร			เขตต่างจังหวัด		
	เปลี่ยน	ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิเลือก	เปลี่ยน	ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิเลือก
สถานพยาบาล						
ทั้งสถานพยาบาลหลัก/รอง	381(81.1)	392(83.6)	380(83.3)	1149(57.3)	1142(58.2)	505(55.7)
สถานพยาบาลหลัก	56(11.9)	52(11.1)	64(14.0)	819(40.8)	787(40.1)	380(41.9)
สถานพยาบาลรอง	33(7.0)	25(5.3)	12(2.7)	39(1.9)	33(1.7)	22(2.4)
วิธีการเลือก						
เลือกเป็นครัวเรือน	397(81.0)	389(81.6)	371(76.8)	1794(87.8)	1726(84.0)	823(81.2)
เลือกเป็นรายบุคคล	93(19.0)	88(18.4)	112(23.2)	250(12.2)	328(16.0)	190(18.8)
สื่อที่เหมาะสมที่สุด						
จดหมาย	406(82.2)	353(72.9)	331(66.3)	114(5.4)	164(7.7)	73(6.8)
ผู้นำชุมชน	24(4.9)	37(7.6)	5(1.0)	360(17.0)	342(16.0)	110(10.3)
โทรทัศน์	24(4.9)	34(7.0)	83(16.6)	120(5.7)	146(6.8)	111(10.4)
หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย	20(4.0)	10 (2.1)	4(0.8)	499(23.6)	590(27.6)	335(31.4)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8(1.6)	3(0.6)	2(0.4)	336(15.9)	315(14.8)	120(11.2)
ญาติ	6(1.2)	12(2.5)	1(0.2)	69(3.3)	47(2.2)	7(0.7)
นสพ.	2(0.4)	10(2.1)	16(3.2)	5(0.2)	3(0.1)	6(0.6)
วิทยุ	2(0.4)	2(0.4)	12(2.4)	17(0.8)	41(1.9)	26(2.4)

รูปแบบและวิธีการ	เขตกรุงเทพมหานคร			เขตต่างจังหวัด		
	เปลี่ยน	ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิเลือก	เปลี่ยน	ไม่เปลี่ยน	ไม่มีสิทธิเลือก
ป้าย	0	9(1.9)	0	47(2.2)	29(1.4)	8(0.8)
รถประชาสัมพันธ์	0	2(0.4)	2(0.4)	57(2.7)	30(1.4)	2(0.2)
ประกาศในสถาน	0	2(0.4)	0	18(0.8)	20(0.9)	4(0.4)
อสม.	0	0	2(0.4)	446(21.1)	363(17.0)	239(22.4)
อื่นๆ	2(0.4)	6(1.2)	41(8.2)	29(1.4)	41(1.9)	22(2.1)
ระยะเวลาที่เหมาะสม						
1 เดือน	274(55.5)	245(50.6)	225(45.1)	685(32.3)	631(29.6)	439(41.1)
2 เดือน	99(20.0)	121(25.0)	55(11.0)	359(17.0)	377(17.7)	221(20.7)
3 เดือน	103(20.8)	75(15.5)	134(26.8)	658(31.1)	665(31.2)	261(24.5)
4-6 เดือน	12(2.4)	9(1.9)	22(4.4)	141(6.7)	154(7.2)	58(5.4)
7-11 เดือน	1(0.2)	1(0.2)	1(0.2)	106(5.0)	93(4.4)	17(1.6)
ไม่กำหนด	4(0.8)	23(4.8)	62(12.4)	168(7.9)	213(10.0)	70(6.6)
การยื่นคำร้อง						
สนง.เขต/สาธารณสุขอำเภอ	188(38.1)	203(41.9)	141(28.3)	12(0.6)	28(1.3)	21(2.0)
สอต./รพ.	131(26.5)	179(37.0)	275(55.1)	1466(69.2)	1515(71.0)	725(68.0)
อสม.	136(27.5)	74(15.3)	62(12.4)	616(29.1)	561(26.3)	316(29.5)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	0	0	2(0.4)	18(0.8)	14(0.7)	0
อื่นๆ	37(7.5)	20(4.1)	19(3.8)	4(0.2)	15(0.7)	5(0.5)

โครงการย่อยที่4

การไม่ใช้สิทธิของผู้มีสิทธิบัตรทองเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

บทนำ

หากจะพิจารณาถึงความเคลื่อนไหวในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ก็จะคุ้นเคยกับนโยบาย “บัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค” การชูประเด็นนี้เป็นผลสืบเนื่องจากความพยายามที่จะให้ประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพในชีวิตขึ้นคำว่า ประชาชนไทยทุกคนจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและได้รับการบริการในสิ่งที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกาศใช้ และยังมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องขององค์กรประชาชนเพื่อผลักดันให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในอนาคตอันใกล้

หลักประกันสุขภาพ หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันโดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะใช้สิทธินั้น ดังนั้นหลักประกันสุขภาพจะต้องไม่ใช่ บริการสงเคราะห์ บริการกึ่งสงเคราะห์ บริการราคาดูก หรือบริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า ผู้รับบริการต้องสมัครใจที่จะรับบริการนั้น ดังนั้นหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนคนไทยทุกคน รัฐบาลในชุดปัจจุบันได้เริ่มดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท รักษาทุกโรค” มาตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2544 โดยเริ่มโครงการนำร่องใน 5 จังหวัดแรก และขยายเพิ่มอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน ปีเดียวกัน ก่อนจะขยายโครงการครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศในเดือนตุลาคมปีเดียวกัน จากการที่เร่งขยายโครงการ ๑ อย่างรวดเร็วภายในเวลาอันสั้น จึงทำให้ความพร้อมในการเตรียมโครงการ การมอบนโยบาย และแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่ การทำความเข้าใจกับผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่เข้าร่วมในโครงการ ๑ เป็นปัญหาพอสมควร และที่สำคัญอย่างมาก คือ การทำความเข้าใจกับประชาชนซึ่งเป็นผู้ใช้บริการจำนวนประมาณ 45 ล้านคนให้มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของตน และวิธีการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรับบริการจากสถานบริการสุขภาพที่ระบุไว้ในบัตร ยังทำได้ไม่ทั่วถึงเนื่องจากความเร่งรีบในการขยายโครงการ

สืบเนื่องจากการประเมินผลการใช้สิทธิบัตรทองในครั้งที่ 1 (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2545) พบว่า กลุ่มผู้ถือบัตรทองชนิดร่วมจ่ายมีอัตราการไม่ใช้สิทธิเพื่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในทุกประเภทสูงกว่าผู้ที่อยู่ภายใต้หลักประกันประเภทอื่น ประมาณ 1 เท่า กลุ่มที่ถือบัตรทองชนิดไม่ต้องจ่ายมีอัตราการไม่ใช้สิทธิเพื่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในหลักประกันอื่น ส่วนหนึ่งของเหตุผลในการไม่ใช้สิทธิคือการไม่แน่ใจในคุณภาพการบริการและความไม่สะดวกในการไปใช้บริการ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่ถือครองประเภทต่าง

ๆ เพื่อการรักษาพยาบาลสูงมากในกรณีเจ็บป่วยเฉียบพลันใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนกรณีที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลการป่วยเรื้อรังจะมีอัตราของการไม่ใช้สิทธิน้อยกว่าอย่างชัดเจน เช่นเดียวกันที่พบว่ากลุ่มที่ร่วมจ่าย 30 บาท จะมีอัตราการไม่ใช้สิทธิเพื่อการรักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่มีหลักประกันอื่น ๆ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการซื้อยามารับประทานเอง(เฉพาะโรคเฉียบพลัน) การรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ด้านค่าใช้จ่าย พบว่า ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลถึงร้อยละ 110 ของรายได้บุคคล นอกจากนี้ด้านความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการกำหนดสถานพยาบาลโดยระบุไว้ในบัตรทองและยังพบว่า ส่วนมากมีความเห็นว่าควรมีการให้คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมในโครงการ

ด้วยเหตุนี้นโยบายหนึ่งซึ่งเป็นเนื้อหาสาระสำคัญที่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่เพิ่งจะออกประกาศใช้ไม่นานนี้ จึงได้ระบุไว้ในหมวด 1 มาตรา 5 ระบุสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 6 ได้กำหนดไว้ว่า “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิการรับบริการตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวและให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ” ฉะนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับสาระสำคัญดังกล่าวตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดทำโครงการนำร่องการให้ประชาชนผู้อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด และในกรุงเทพมหานคร 1 เขต ประกอบด้วย ภาคกลาง จังหวัดสระบุรี ภาคเหนือ จังหวัดแพร่ ภาคตะวันออกเฉิยเหนือ จังหวัดสุรินทร์ ภาคใต้ จังหวัดสงขลา และกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตประเวศ โดยมอบหมายให้สำนักงานประกันสุขภาพของแต่ละจังหวัดหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการฯ เป็นผู้กำหนดรูปแบบและวิธีการที่จะใช้ในการประชาชนเลือกสถานพยาบาลตามต้องการ การประชาสัมพันธ์โครงการ ฯ ให้เข้าถึงประชาชน และการจัดทำบัตรหลักประกันสุขภาพใหม่ (บัตรทอง) ให้แก่ผู้ที่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ทั้งนี้พื้นที่ในโครงการนำร่องดังกล่าวได้ให้ประชาชนสามารถเลือกเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2545 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2545 ที่ผ่านมา และขณะนี้อยู่ในระยะดำเนินการตามโครงการนำร่องการเลือกสถานพยาบาลและประชาชนสามารถเลือกใช้บริการสถานพยาบาลที่ตนเองหรือครอบครัวได้เลือกแล้ว

จากการที่มีการดำเนินการโครงการนำร่อง ฯ ดังกล่าวในพื้นที่ 4 จังหวัดและ 1 เขตในกรุงเทพ ฯ ซึ่งอยู่ในระยะแรกของการดำเนินการ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษา

ติดตามและประเมินผลการดำเนินการของโครงการฯ ดังกล่าวในทุก ๆ ด้าน ปัญหาสำคัญเรื่องหนึ่งที่ยังพบเป็นปัญหาต่อเนื่องมาตั้งแต่เรื่องโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนถึงปัจจุบัน คือ การที่ผู้ถือสิทธิบัตรทองไม่เลือกใช้สิทธิของตนเพื่อการรักษาพยาบาลฟรีในโรงพยาบาล ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักจะพบค่อนข้างบ่อยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน ด้วยเหตุนี้การเลือกทำการศึกษาประชาชนในกลุ่มนี้ที่มีสิทธิบัตรทองแต่ไม่ขอใช้สิทธิเพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิในจังหวัดทั้ง 5 แห่งที่มีการดำเนินการโครงการนำร่องฯ ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว น่าจะช่วยให้เข้าใจถึงเหตุผลของประชาชนที่ไม่ใช้สิทธิที่มีอยู่ และความคิดเห็นต่อโครงการการให้เลือกสถานบริการที่แต่ละจังหวัดเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง เพื่อนำไปสู่การแก้ไข ปัญหาและการจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในเบื้องต้นเพื่อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปลายปีงบประมาณ 2546 ก่อนที่จะมีการขยายพื้นที่ในการให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลตามความสมัครใจในอนาคตอันใกล้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเหตุผลที่ผู้มีสิทธิบัตรทองแต่ไม่ขอใช้สิทธิเมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และความคิดเห็นต่อโครงการการให้เลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ

พื้นที่ที่ทำการศึกษา

ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ที่อยู่ในจังหวัดสุรินทร์ สระบุรี สงขลา และกรุงเทพฯ มหานคร (โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี) เฉพาะที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา ดังนี้

จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 แห่ง

จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง (นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

(สำหรับจังหวัดแพร่ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนขอถอนตัวออกจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภายหลัง จึงไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษา)

ประชากรตัวอย่างในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่กำหนด โดยมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ถือสิทธิบัตรทองฟรี หรือบัตรทอง 30 บาท ของจังหวัดที่ศึกษา
2. เป็นผู้ถือบัตรทองที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองโดยความสมัครใจ หรือไม่สามารถจะใช้สิทธิบัตรทองได้
3. กรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก ต้องมารับบริการในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลที่ศึกษาทุกแผนก ยกเว้นแผนกทันตกรรม แผนกหู คอ จมูก หรือการฝากครรภ์/ฉีดวัคซีนเด็ก
4. กรณีเป็นผู้ป่วยใน ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน (มากกว่า 48 ชั่วโมง) ณ. เวลาที่ทำการสัมภาษณ์
5. ให้ความยินยอมในการสัมภาษณ์

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

พฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

- 1.แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้
 - ข้อมูลลักษณะประชากรทั่วไป
 - ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และเหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง
 - การรับรู้เกี่ยวกับโครงการการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจ
 - ความต้องการเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพในอนาคต

วิธีการเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จะได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากที่ผู้สัมภาษณ์อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาตามแบบฟอร์มการแนะนำโครงการ ฯ โดยการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลเป้าหมายระหว่าง พฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2546

การเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีสิทธิบัตรทองแต่ไม่ขอใช้สิทธิในขณะที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยพนักงานสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นนักศึกษาจากสถาบันการศึกษาในแต่ละภาค ที่ผ่านการอบรมให้เข้าใจในแบบสัมภาษณ์และเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยมีนักวิจัยและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติงานในพื้นที่และ

ควบคุมตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ที่เก็บได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กหรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถที่จะให้สัมภาษณ์ด้วยตนเองได้ จะทำการสัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้ที่มาดูแลผู้ป่วย ที่สามารถให้ข้อมูลแทน

ในกรณีของผู้ป่วยนอก จะขอสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยจ่ายเงินและได้รับยาก่อนกลับบ้าน

ในกรณีของผู้ป่วยใน จะขอสัมภาษณ์ในขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยใน และไม่ขอใช้สิทธิบัตรทอง หรือ ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองที่มีอยู่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง จึงป้อนข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้เครื่อง scanner ที่มีความเร็วสูง (50 แผ่นต่อวินาที) และใช้โปรแกรม Remark Office OMR version 5.5 ในการสร้างไฟล์ข้อมูลจากภาพที่ scan เข้าไปโดยตรง จากนั้นข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Minitab Release 12 for Windows วิธีนี้การนำเข้าข้อมูลเช่นนี้ช่วยลดความล่าช้าในตรวจสอบความถูกต้องของการพิมพ์ ทำให้ปัญหาข้อผิดพลาดจากการพิมพ์ข้อมูลลดลง นอกจากนี้ข้อมูลดิบ (แบบสัมภาษณ์) ซึ่งถูกเก็บไว้เป็นภาพใน hard disk ทำให้ไม่ต้องเก็บแบบสอบถามที่ต้องการพื้นที่มาก

ข้อมูลที่ได้นี้จะนำเสนอในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา เป็น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่ามัธยฐาน

ผลการศึกษา

แบ่งนำเสนอผลการศึกษออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การไม่ใช้สิทธิบัตรทองเมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอก

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิบัตรทอง แต่ไม่ได้ใช้สิทธิบัตรทอง เพื่อการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเป็นโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ได้สัมภาษณ์ประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 1,090 คน เป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด จำนวน 825 คน (75.7%) และเขตกรุงเทพฯ จำนวน 265 คน (24.3%) เมื่อพิจารณาแยกตามแผนกผู้ป่วยนอกที่ให้การรักษา พบว่า ประชากรตัวอย่างจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ร้อยละ 42.1 แผนกศัลยกรรม/ออร์โธปิดิกส์ ร้อยละ 24.0 และแผนกกุมารเวชกรรม ร้อยละ 17.3 ส่วนประชากรตัวอย่างจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ร้อยละ 70.2 และแผนกกุมารเวชกรรม ร้อยละ 6.4 สำหรับผู้ที่ให้สัมภาษณ์ในเขตต่างจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นตัวผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 69.1 เป็น

พ่อ/แม่/ลูก ร้อยละ 25.3 และเป็นญาติที่พาผู้ป่วยมา ร้อยละ 5.6 ส่วนผู้ที่ให้สัมภาษณ์ในเขตกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 87.6 รองลงไป คือ ญาติ คิดเป็นร้อยละ 12.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้มีสิทธิบัตรทองไม่ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ให้สัมภาษณ์ เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

ข้อมูล	ต่างจังหวัด		กรุงเทพฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนประชากรตัวอย่าง	825	75.7	265	24.3
แผนกผู้ป่วยนอก				
อายุรกรรม	347	42.1	186	70.2
ศัลยกรรม/ออร์โธปิดิกส์	198	24.0	12	4.5
กุมารเวชกรรม	143	17.3	17	6.4
สูติรีเวชกรรม	50	6.1	10	3.8
เวชปฏิบัติทั่วไป	40	4.8	15	5.7
อื่น ๆ	47	5.7	25	9.4
ผู้ให้สัมภาษณ์				
ผู้ป่วย	570	69.1	232	87.6
พ่อ แม่ ลูก	209	25.3	0	0.0
ญาติ	46	5.6	33	12.4

ลักษณะทางประชากรและสถิติหลักประกันสุขภาพ

ผู้ป่วยนอกที่สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงกว่าร้อยละ 60 มากกว่าครึ่งหนึ่งที่แต่งงานแล้ว ทั้งในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลต่างจังหวัดประมาณ 38 ปี และผู้ป่วยโรงพยาบาลนอกในกรุงเทพฯ ประมาณ 45 ปี สำหรับระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลต่างจังหวัดค่อนข้างจะต่ำกว่าผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ โดยผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างจังหวัดร้อยละ 5.0 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ในขณะที่เขตกรุงเทพฯ ร้อยละ 25.3 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนในด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลต่างจังหวัดโดยส่วนใหญ่มีอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 33.3 และว่างงานหรือไม่มีรายได้ ร้อยละ 23.1 ในขณะที่ผู้ป่วยโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ โดยส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำงานในโรงงาน (แต่ไม่มีประกันสังคม) ร้อยละ 28.3 รองลงไป ได้แก่ อาชีพค้าขาย ร้อยละ 24.1 และอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 23.0

ในด้านที่อยู่อาศัย สำหรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 63.4 ที่อยู่อาศัยรองลงไป ได้แก่ เขตเทศบาลเมือง ร้อยละ 15.3 และนอกเขตเทศบาลเมืองร้อยละ 12.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในต่างจังหวัดกว่าร้อยละ 97 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน ในขณะที่ผู้ป่วยในกรุงเทพฯทุกคนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน

ผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ มีบัตรทองประเภทต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ร้อยละ 75.0 และเป็นบัตรทองประเภทไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมหรือบัตรทองฟรี ร้อยละ 25.0 ผู้ป่วยทุกคนไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด มีบัตรทองประเภทต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ร้อยละ 57.2 และเป็นบัตรทองประเภทไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมหรือบัตรทองฟรี ร้อยละ 42.8 ที่แตกต่างจากผู้ป่วยในกรุงเทพฯ ก็คือ ผู้ป่วยต่างจังหวัดประมาณร้อยละ 9 ตอบว่า มีสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ประกันสุขภาพเอกชน และประกันสุขภาพจากกองทุนอัตรพัยในหมู่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผู้มีสิทธิบัตรทองไม่ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และประเภทสิทธิหลักประกันสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

ข้อมูลทั่วไปและสิทธิ ฯ	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศผู้ป่วย				
ชาย	243	36.3	88	33.2
หญิง	327	63.7	177	66.8
อายุ				
อายุ ปี (X ± SD)	38.2 ± 22.3	-	45.0 ± 19.5	-
สถานภาพสมรส				
โสด	280	34.0	57	21.5
แต่งงาน	482	58.4	181	68.3
ม่าย/หย่า/แยก	63	7.6	27	10.2
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	147	17.8	31	11.7
ประถม	486	58.9	83	31.3
มัธยมศึกษา	120	14.5	37	14.0
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	31	3.8	46	17.4
ปริญญาตรี	41	5.0	67	25.3
อื่น ๆ	0	0.0	1	0.4

ข้อมูลทั่วไปและสิทธิ ฯ	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
เกษตรกร	275	33.3	27	10.2
รับจ้างทั่วไป	73	8.8	61	23.0
ค้าขาย	102	12.4	64	24.1
พนักงาน	11	1.3	38	14.3
ทำงานโรงงาน	2	0.2	75	28.3
นักเรียน/นักศึกษา	130	15.8	0	0.0
ไม่ได้ทำงาน	191	23.1	0	0.0
อาชีพอื่น ๆ	41	5.0	0	0.0
ที่ตั้งบ้าน				
ในเขตเทศบาลเมือง	126	15.3	265	100.0
นอกเขตเทศบาลเมือง	105	12.7	-	-
เทศบาลที่มีโรงพยาบาลชุมชน	71	8.6	-	-
เขตชนบท	523	63.4	-	-
การมีชื่อในทะเบียนบ้าน				
มี	801	97.1	265	100
ไม่มี	24	2.9	0	0.0
สิทธิบัตรทองในการรักษา				
บัตรทองฟรี	353	42.8	66	25.0
บัตรทอง 30 บาท	472	57.2	199	75.0
สิทธิบัตรอื่นนอกจากบัตรทอง				
ไม่มี	750	90.9	265	100.0
มี	75	9.1	-	-
ประกันสุขภาพเอกชน	37	4.5	-	-
อื่น ๆ (กองทุนออมทรัพย์)	38	4.6	-	-

สถานบริการหลักและสถานบริการรองที่ระบุในบัตรทอง

ผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิบัตรทองจากเขตต่างจังหวัด ระบุสถานบริการหลักในบัตรทองเป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่ตนอาศัยอยู่ ร้อยละ 65.1 รองลงไปได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 28.1 ส่วนสถานบริการรอง ระบุเป็นสถานอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 85.1 รองลงไปได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ร้อยละ 6.8 และโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 6.1 สำหรับผู้ป่วยนอก

ของโรงพยาบาลกรุงเทพ ฯ มีข้อผิดพลาดในแบบบันทึกข้อมูล จึงไม่มีข้อมูลดังกล่าว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สถานบริการสุขภาพหลักและสถานบริการสุขภาพรองที่กำหนดในบัตรทองของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด

สถานบริการสุขภาพ	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพ ฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานบริการสุขภาพหลัก				
โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่	537	65.1	-	-
โรงพยาบาลชุมชนนอกพื้นที่	7	0.8	-	-
โรงพยาบาลทั่วไป	34	4.1	-	-
โรงพยาบาลศูนย์	232	28.1	-	-
โรงพยาบาลเอกชน	8	1.0	-	-
โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง ฯ	7	0.8	-	-
สถานบริการสุขภาพรอง				
ศูนย์บริการ/สถานีอนามัย	702	85.1	-	-
โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่	56	6.8	-	-
โรงพยาบาลชุมชนนอกพื้นที่	1	0.1	-	-
โรงพยาบาลทั่วไป	6	0.7	-	-
โรงพยาบาลศูนย์	50	6.1	-	-
โรงพยาบาลเอกชน	7	0.8	-	-
โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง ฯ	3	0.4	-	-

การรับทราบโรคที่ตนเองเป็นจากโรงพยาบาลและการกระจายของกลุ่มโรค

ผู้ป่วยนอกที่เป็นตัวอย่างจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัดโดยส่วนใหญ่ตอบว่า ทราบโรคที่ตนเองเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 90.8 และ 78.9) สำหรับโรคที่เป็น เมื่อมาจัดแบ่งตามกลุ่มโรค พบว่า กลุ่มโรคติดเชื้อมีอัตราสูงที่สุดทั้งในเขตต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ ส่วนกลุ่มโรคที่พบบ่อยในอันดับรองลงมาในเขตต่างจังหวัด ได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ ส่วนเขตกรุงเทพฯ ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคต่อมไทรอยด์ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบกล้ามเนื้อ ฯลฯ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทราบชื่อโรคที่เป็นและกลุ่มโรค ของผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบโรคที่ตนเป็น				
ไม่ทราบ	76	9.2	56	21.1
ทราบ	749	90.8	209	78.9
ชื่อโรคที่เป็น (เฉพาะผู้ป่วยที่ทราบ)				
โรคติดเชื้อ	153	20.4	61	29.2
ระบบทางเดินอาหาร	115	15.3	23	11.0
โรกระบบกล้ามเนื้อ	108	14.4	23	11.0
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	69	9.2	28	13.4
โรคผิวหนัง	55	7.3	4	2.0
โรคต่อมไร้ท่อ	46	6.1	28	13.4
โรกระบบประสาท	44	5.9	10	4.8
โรคมะเร็ง	30	4.0	2	1.0
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	28	3.7	3	1.4
โรคภูมิแพ้	25	3.3	6	2.9
อื่นๆ	103	13.8	21	10.0

พฤติกรรมการรักษาอาการเจ็บป่วยและสิทธิในบัตรทองกับโรงพยาบาลมารับการรักษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยนอกที่เป็นตัวอย่างจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัด ร้อยละ 98.7 ตอบว่าในบัตรทองระบุให้ไปใช้สิทธิรับการรักษาฟรีที่โรงพยาบาลแห่งอื่นเป็นสถานบริการหลัก และมีเพียงร้อยละ 3.1 ที่บอกว่าถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแห่งอื่น ส่วนผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ร้อยละ 60.4 ตอบว่าในบัตรทองระบุให้ไปใช้สิทธิรับการรักษาฟรีที่โรงพยาบาลแห่งอื่นเป็นสถานบริการหลักซึ่งแตกต่างจากต่างจังหวัดอย่างชัดเจน ส่วนผู้ป่วยนอกที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น มีเพียงร้อยละ 2.2 ใกล้เคียงกัน แสดงว่า ผู้ป่วยบัตรทองในเขตกรุงเทพฯ ประมาณร้อยละ 40 ถึงแม้จะเลือกใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทองให้เป็นสถานบริการหลัก แต่ผู้ป่วยก็ไม่ขอใช้สิทธิรักษาฟรี แต่ยินยอมจ่ายเงินด้วยตนเอง ในขณะที่ผู้ป่วยนอกในต่างจังหวัดไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีในโรงพยาบาลได้เพราะโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่ใช่สถานบริการหลักที่ระบุในบัตรทอง และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ จึงไม่สามารถจะใช้สิทธิบัตรทองที่มีอยู่ได้

สำหรับพฤติกรรมการรักษาอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้นับว่าผู้ป่วยทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ประมาณร้อยละ 35 ตอบว่าเคยไปขอรับการรักษาอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้อาจสถานบริการแห่งอื่นมาก่อน ส่วนสถานบริการที่ไปขอรับบริการมาก่อนมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยผู้ป่วยในต่างจังหวัดร้อยละ 59.3 ไปใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐแห่งอื่น ร้อยละ 27.2 ไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน ส่วนผู้ป่วยในกรุงเทพฯ ร้อยละ 98 ตอบว่า เคยไปรักษาที่คลินิกเอกชนมาก่อน น่าจะสะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนในต่างจังหวัดยังนิยมที่จะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐมากกว่าคลินิกเอกชน แต่เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลของรัฐแห่งอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ระบุให้ไปใช้สิทธิบัตรทอง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษาพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ ส่วนประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ยังคงมีความนิยมที่จะไปรักษาที่คลินิกเอกชนมากกว่า อาจจะเนื่องจากการความสะดวกและมีความคุ้นเคยมากกว่าจะไปโรงพยาบาลของรัฐ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกและการมีสิทธิในบัตรทองกับโรงพยาบาลมารับการรักษา เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

พฤติกรรมการรักษา	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลหลักที่กำหนด				
โรงพยาบาลแห่งนี้	11	1.3	105	39.6
โรงพยาบาลแห่งอื่น	814	98.7	160	60.4
การเจ็บป่วยครั้งนี้ไปรับการรักษาที่อื่นหรือไม่				
ไม่ได้ไปรักษา	535	64.8	175	66.0
ไปรับการรักษาที่อื่นมาก่อน	290	35.2	90	34.0
กรณีไปรับการรักษาที่อื่นก่อน				
คลินิกเอกชน	79	27.2	88	97.8
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ	172	59.3	2	2.2
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน	16	5.5	0	0.0
แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ	21	7.2	0	0.0
แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน	2	0.7	0	0.0
การถูกส่งต่อมารับการรักษา				
ถูกส่งต่อ	9	3.1	2	2.2
มาเองโดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ	281	96.9	88	97.8

เหตุผลของการไม่ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อขอรับการรักษาฟรี

กรณีบัตรทองระบุให้ โรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นสถานบริการหลัก พบว่าผู้ป่วยนอกที่รักษาในโรงพยาบาลต่างจังหวัด มีเพียง 11 รายที่บัตรทองระบุให้ใช้สิทธิที่โรงพยาบาลแห่งนี้ที่มารับการรักษาได้ แต่ผู้ป่วยไม่ขอใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีโดยขอจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เหตุผลที่ไม่ขอใช้สิทธิ ส่วนใหญ่กลัวว่าจะรักษาไม่ดี ร้อยละ 45.4 กลัวได้รับบริการไม่ดี ร้อยละ 27.3 และมีผู้ป่วยที่ตอบว่า ไม่ทราบว่าจะใช้สิทธิได้หรือไม่ ร้อยละ 18.2 ส่วนผู้ป่วยนอกที่รักษาในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพฯ มีอยู่ 105 รายที่บัตรทองระบุให้ใช้สิทธิที่โรงพยาบาลแห่งนี้ที่มารับการรักษาได้ แต่ผู้ป่วยไม่ขอใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีโดยขอจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เหตุผลหลักที่ไม่ขอใช้สิทธิ เป็นเพราะกลัวว่าจะได้รับบริการไม่ดีมากถึงร้อยละ 80.0 การรักษาที่ได้รับไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง (เช่น ยาพิเศษ ฯ) ร้อยละ 63.0 และกลัวว่าจะรักษาไม่ดี ร้อยละ 18.1

กรณีบัตรทองระบุให้ โรงพยาบาลแห่งอื่น เป็นสถานบริการหลัก พบว่าผู้ป่วยนอกที่รักษาในโรงพยาบาลต่างจังหวัด จำนวน 814 รายที่บัตรทองระบุให้ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีที่โรงพยาบาลแห่งอื่น แต่ผู้ป่วยข้ามมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้โดยตรง ไม่ได้ถูกส่งตัวมาโดยระบบการส่งต่อ ทำให้ผู้ป่วยนอกเหล่านี้ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองรักษาฟรีได้ จึงต้องจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ไปใช้สิทธิในโรงพยาบาลหลักที่กำหนดในบัตรทอง ส่วนใหญ่ตอบว่า เชื่อมั่นในคุณภาพของโรงพยาบาลแห่งนี้ ร้อยละ 38.8 กลัวว่าไปใช้สิทธิแล้ว จะได้รับการรักษาไม่ดี ร้อยละ 38.4 และเคยรักษาเป็นประจำกับโรงพยาบาลแห่งนี้ ร้อยละ 34.7 ส่วนในเขตกรุงเทพฯ มีอยู่ 160 ราย ที่บัตรทองระบุให้ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีที่โรงพยาบาลแห่งอื่น แต่ผู้ป่วยข้ามมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้โดยตรง ไม่ได้ถูกส่งตัวมาโดยระบบการส่งต่อเช่นกัน จึงต้องจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เหตุผลหลักที่ไม่ขอใช้สิทธิ เป็นเพราะกลัวว่าจะได้รับบริการไม่ดี ร้อยละ 69.4 เคยรักษาเป็นประจำกับโรงพยาบาลแห่งนี้ ร้อยละ 41.5 กลัวได้รับการรักษาไม่ดี ร้อยละ 28.1 และการเดินทางไปโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ไม่สะดวก ร้อยละ 25.6 นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ เห็นว่า ขั้นตอนการขอใช้สิทธิบัตรทองมีความยุ่งยาก ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เหตุผลการไม่ใช้สิทธิบัตรทองของผู้ป่วยนอกเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

เหตุผลการไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กรณีที่ในบัตรทองระบุให้โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นสถานบริการหลัก	(11)		(105)	
กลัวรักษาไม่ดี	5	45.4	19	18.10
กลัวบริการไม่ดี	3	27.3	84	80.00
ไม่ทราบสิทธิ	2	18.2	0	0.0
การรักษาที่ได้รับไม่อยู่ในสิทธิ	1	9.1	67	63.0
ขั้นตอนยุ่งยาก	1	9.1	4	3.8
อื่น ๆ	2	18.2	-	-
กรณีที่ในบัตรทองไม่ได้ระบุให้โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นสถานบริการหลัก	(814)		(160)	
เชื่อมั่นในคุณภาพของโรงพยาบาลนี้	316	38.8	0	0.0
กลัวได้รับการรักษาไม่ดี	317	38.4	45	28.1
เคยรักษาที่โรงพยาบาลนี้ประจำ	283	34.7	66	41.5
กลัวบริการไม่ดี	216	26.5	111	69.4
ขั้นตอนการใช้สิทธิยุ่งยาก	159	19.5	34	21.2
การรักษาไม่ได้อยู่ในขอบเขตของสิทธิประโยชน์	129	15.8	0	0.0
รพ.ที่ระบุ เดินทางไม่สะดวก	40	4.9	41	25.6
ยังไม่เคยใช้บริการ	57	7.0	0	0.0
อื่น ๆ	136	16.7	22	13.7

การรับทราบเกี่ยวกับโครงการการเปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจ และแหล่งของข้อมูล

ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง เพียงร้อยละ 14.8 ที่รับรู้เกี่ยวกับโครงการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจในเขตจังหวัดของตน แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ได้รับทราบข่าวเกี่ยวกับโครงการ ฯ ดังกล่าว มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ร้อยละ 45.1 รองลงไป ได้แก่ ญาติหรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 19.7 ผู้นำชุมชน ร้อยละ 13.9 ผ่านทางโทรทัศน์ ร้อยละ 13.9 และรับทราบจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 12.3 จะเห็นได้ว่า สื่อที่เป็นบุคคลถือเป็นแหล่งของข้อมูลข่าวสารที่สำคัญสำหรับประชาชนในต่างจังหวัด สำหรับกรุงเทพฯ โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลในการศึกษานี้อยู่นอกพื้นที่โครงการนำร่อง ฯ จึงไม่มีข้อมูลนำเสนอ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การรับทราบเกี่ยวกับโครงการการเปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจ และแหล่งของข่าวสารที่ได้รับของผู้ป่วยนอกที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด

การรับทราบโครงการ ฯ และแหล่งข้อมูล	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพ ฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับทราบเกี่ยวกับโครงการการให้เปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจของผู้ถือสิทธิบัตรทอง				
ทราบ	122	14.8	-	-
ไม่ทราบ	703	85.2	-	-
แหล่งข้อมูล (เฉพาะผู้ที่รับทราบโครงการ ฯ)				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	55	45.1	-	-
ญาติ เพื่อนบ้าน	24	19.7	-	-
ผู้นำชุมชน	17	13.9	-	-
โทรทัศน์	17	13.9	-	-
อาสาสมัครสาธารณสุข	15	12.3	-	-
ประกาศติดในสถานพยาบาล	9	7.4	-	-
แผ่นป้ายโฆษณา	8	6.6	-	-
วิทยุ	7	5.7	-	-
รถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่	3	2.5	-	-
เสียงตามสายในหมู่บ้าน	2	1.6	-	-
จดหมายทางราชการ	1	0.8	-	-
หนังสือพิมพ์	1	0.8	-	-
อื่น ๆ	1	0.8	-	-

การเปลี่ยนสถานบริการที่ระบุในบัตรทองและเหตุผลที่ขอเปลี่ยน

จากการที่มีการดำเนินการโครงการนำร่องให้ผู้ถือสิทธิบัตรทองสามารถขอแจ้งเปลี่ยนสถานบริการหลักและรองที่ต้องการได้ตามเกณฑ์ที่แต่ละจังหวัดกำหนด ในช่วงเดือนตุลาคม 2545 ถึงเดือนธันวาคม 2545 ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิบัตรทองที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาเฉพาะในต่างจังหวัด ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 96 ไม่ได้เปลี่ยนสถานบริการใหม่ ร้อยละ 1.9 ขอเปลี่ยนสถานบริการหลัก และร้อยละ 2.3 ขอเปลี่ยนสถานบริการรอง (ไม่มีการเปลี่ยนในกรุงเทพฯ)

สำหรับเหตุผลที่ขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ ร้อยละ 30 ตอบว่าที่ใหม่เดินทางสะดวกกว่า ร้อยละ 23.3 บอกว่าที่ใหม่ให้บริการและมีเครื่องมือดีกว่า ร้อยละ 23.3 เคยรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำ และร้อยละ 23.3 บอกว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแนะนำให้เปลี่ยน ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพและเหตุผลที่ขอเปลี่ยนของผู้ป่วยนอกที่ถือสิทธิบัตรทอง ในเขตต่างจังหวัด

การเปลี่ยนสถานบริการและเหตุผลที่เปลี่ยน	ต่างจังหวัด(n=825)		กทม(n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเปลี่ยนสถานบริการ				
ได้เปลี่ยนเฉพาะสถานพยาบาลรอง	14	1.7	-	-
ได้เปลี่ยนเฉพาะสถานพยาบาลหลัก	11	1.3	-	-
ได้เปลี่ยนสถานพยาบาลรองและหลักใหม่	5	0.6	-	-
ไม่ได้เปลี่ยนทั้งสถานพยาบาลหลักและรอง	795	96.4	-	-
กรณีที่เปลี่ยน สาเหตุการเปลี่ยน (n = 30)				
การเดินทางไปที่ใหม่สะดวกกว่า	9	30.0		
ที่ใหม่บริการดีกว่า	7	23.3		
ที่ใหม่เครื่องมือดีกว่า	7	23.3		
เคยรักษาเป็นประจำกับโรงพยาบาลที่ขอเปลี่ยน	7	23.3		
หมอ/เจ้าหน้าที่ แนะนำ	7	23.3		
เป็นโรคเรื้อรังจึงขอเปลี่ยนไปเลือกโรงพยาบาลใหญ่	6	20.0		
ที่ใหม่รักษาคือดีกว่า	4	13.3		
ผู้นำชุมชนแนะนำ	3	10.0		
โรงพยาบาลที่เคยเลือกขอถอนตัวจากโครงการ	1	3.3		
ไม่ประทับใจที่เดิม	1	3.3		
อื่น ๆ	1	3.3		

ความต้องการเปลี่ยนสถานบริการที่ระบุในบัตรทองในปีหน้าและเหตุผลที่เปลี่ยน

เมื่อสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วยที่ถือสิทธิบัตรทองว่าต้องการจะเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพหลักและรองใหม่ในปีหน้าหรือไม่ พบว่า ในเขตต่างจังหวัด มีความต้องการที่จะเปลี่ยนใหม่ ร้อยละ 45.0 และไม่ต้องการเปลี่ยน ร้อยละ 36.8 ยังไม่แน่ใจ ร้อยละ 18.2 ส่วนในกรุงเทพฯ มีความต้องการเปลี่ยนใหม่สูงกว่าต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 60.4 และยังไม่แน่ใจ 39.6 ที่น่าสนใจคือไม่มีผู้เลือกตอบว่า ไม่ต้องการเปลี่ยนสถานบริการใหม่ในปีหน้า

สำหรับเหตุผลที่ขอเปลี่ยน ไม่เปลี่ยน หรือไม่แน่ใจ เก็บข้อมูลได้เฉพาะผู้ป่วยในต่างจังหวัดเท่านั้น (ไม่ได้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ฯ) พบว่า ผู้ที่ต้องการเปลี่ยน ให้เหตุผลว่า เคยรักษาประจำกับโรงพยาบาลที่ต้องการเปลี่ยน ร้อยละ 62.0 กล่าวว่าการรักษาไม่ดี ร้อยละ 32.9 การเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 32.1 และกล่าวว่าการบริการไม่ดี ร้อยละ 30.2 ส่วนกลุ่มที่ไม่ต้องการเปลี่ยน ให้เหตุผลว่าการเดินทางสะดวกดีแล้ว ร้อยละ 70.5 เคยรักษาประจำที่

โรงพยาบาลแห่งนี้ ร้อยละ 27.5 และไม่เคยใช้บริการหรือใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 19.2 ส่วนกลุ่มที่ยังไม่แน่ใจ ให้เหตุผลว่า ต้องการจะปรึกษาครอบครัว/ญาติก่อน ร้อยละ 65.7 ต้องการจะขอความเห็นที่กำหนดใหม่ก่อน ร้อยละ 56.8 และยังไม่เคยไปลองใช้บริการ ร้อยละ 24.0 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความต้องการเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ในปี 2547 และเหตุผลในการตัดสินใจเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยน ของผู้ป่วยนอกที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษา เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

ความต้องการเปลี่ยนและเหตุผล	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการที่จะเปลี่ยนสถานบริการในปีหน้า				
ต้องการเปลี่ยน	371	45.0	134	60.4
ไม่ต้องการเปลี่ยน	304	36.8	0	0.0
ไม่แน่ใจ	150	18.2	88	39.6
สาเหตุที่อยากจะเปลี่ยน				
เคयरรักษาประจำที่ขอเปลี่ยนใหม่	230	62.0	-	-
สถานพยาบาลเก่ารักษาไม่ดี	122	32.9		
การเดินทางไม่สะดวก	119	32.1		
สถานพยาบาลเก่าบริการไม่ดี	112	30.2		
สถานพยาบาลเก่าไม่มีเครื่องมือทันสมัย	102	27.5		
เป็นโรคเรื้อรังร้ายแรง	52	14.0		
เพื่อนบ้าน/ญาติ แนะนำให้เปลี่ยน	33	8.9		
ไม่ประทับใจที่เก่า	31	8.4		
อยากลองไปเรื่อย ๆ	11	3.0		
ผู้นำชุมชนแนะนำให้เปลี่ยน	5	1.3		
หมอ/เจ้าหน้าที่แนะนำให้เปลี่ยน	1	0.3		
อื่น ๆ	40	10.8		
สาเหตุที่ไม่ต้องการเปลี่ยน				
การเดินทางไปสะดวก	213	70.5		
เคयरรักษาประจำกับสถานพยาบาลแห่งนี้	83	27.5		
ไม่เคยใช้บริการ/ใช้สิทธิบัตรทอง	58	19.2		
รู้สึกคุ้นเคยกับที่เก่า	44	14.6		
สถานพยาบาลแห่งเดิมรักษาดี	38	12.6		
สถานพยาบาลแห่งเดิมบริการดี	29	9.6		
สถานพยาบาลเดิมมีเครื่องมือทันสมัย	20	6.6		

ความต้องการเปลี่ยนและเหตุผล	ต่างจังหวัด (n=825)		กรุงเทพฯ (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อนบ้าน/ญาติ แนะนำไม่ให้เปลี่ยน	5	1.7		
หมอ/เจ้าหน้าที่แนะนำไม่ให้เปลี่ยน	2	0.7		
อื่น ๆ	22	7.3		
ยังไม่แน่ใจว่าจะเปลี่ยนหรือไม่				
ขอปรึกษาครอบครัว/ญาติ	96	65.7		
ขอครูหลักเกณฑ์	83	56.8		
ยังไม่เคยลอง	35	24.0		
เหตุผลอื่น	8	5.5		

2. การใช้สิทธิบัตรทองเมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยใน

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในที่มีสิทธิบัตรทอง แต่ไม่ได้ใช้สิทธิบัตรทอง เพื่อการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเป็นโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ได้สัมภาษณ์ประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 560 คน เป็นผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด จำนวน 525 คน (93.8%) และเขตกรุงเทพฯ จำนวน 35 คน (6.2%) (เป็นจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่มีสิทธิบัตรทองแต่ไม่ขอใช้สิทธิฯ ที่มีหรือใช้สิทธิไม่ได้ ต้องจ่ายค่ารักษาเอง ในช่วงระยะเวลาประมาณ 2 เดือนที่ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลตัวอย่าง ทำให้ได้จำนวนตัวอย่างจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ ค่อนข้างน้อย) เมื่อพิจารณาแยกตามแผนกผู้ป่วยในที่ให้การรักษา พบว่า ประชากรตัวอย่างจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ร้อยละ 43.2 แผนกศัลยกรรม/ออร์โธปิดิกส์ ร้อยละ 27.6 และแผนกกุมารเวชกรรม ร้อยละ 10.9 ส่วนประชากรตัวอย่างจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรม ร้อยละ 25.7 และแผนกอายุรกรรมและสูติกรรม ร้อยละ 20.0 เท่ากัน สำหรับผู้ที่ให้สัมภาษณ์ในเขตต่างจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นตัวผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 67.6 เป็นพ่อ/แม่/ลูก ร้อยละ 24.3 และเป็นญาติที่พาผู้ป่วยมา ร้อยละ 8.1 ส่วนผู้ที่ให้สัมภาษณ์ในเขตกรุงเทพฯ แตกต่างจากเขตต่างจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นพ่อ แม่ ลูก มากกว่า คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไป คือ ตัวผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 40.0 เนื่องจากประชากรตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในจากแผนกกุมารเวชกรรมเป็นส่วนใหญ่ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผู้มีสิทธิบัตรทองไม่ใช่สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทแผนกผู้ป่วยใน และผู้ให้สัมภาษณ์ เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

ข้อมูล	ต่างจังหวัด		กรุงเทพฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนประชากรตัวอย่าง	525	93.8	35	6.2
แผนกผู้ป่วยใน				
อายุรกรรม	227	43.2	7	20.0
ศัลยกรรม/ออร์โธปิดิกส์	145	27.6	5	14.3
กุมารเวชกรรม	57	10.9	9	25.7
สูติเวชกรรม	25	4.8	7	20.0
อื่น ๆ (จักษุ อุบัติเหตุ)	71	13.5	7	20.0
ผู้ให้สัมภาษณ์				
ตัวผู้ป่วย	355	67.6	14	40.0
พ่อ แม่ ลูก	128	24.3	21	60.0
ญาติ	42	8.1	0	0.0

ลักษณะทางประชากรและสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่ให้สัมภาษณ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.3 มากกว่าร้อยละ 60 ที่แต่งงานแล้ว ส่วนผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.2 และประมาณครึ่งหนึ่งที่แต่งงานแล้ว อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลต่างจังหวัดประมาณ 40 ปี และผู้ป่วยโรงพยาบาลนอกในกรุงเทพฯ ประมาณ 38 ปี สำหรับระดับการศึกษามีความใกล้เคียงกัน พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลทั้งต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ ประมาณร้อยละ 20 จบการศึกษาก่อนสูงกว่าประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา ส่วนในด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลต่างจังหวัดโดยส่วนใหญ่มีอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 28.9 และว่างงานหรือไม่มีรายได้ ร้อยละ 25.5 ในขณะที่ผู้ป่วยโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ โดยส่วนใหญ่มีอาชีพ เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 40 รองลงไป ได้แก่ ทำงานในโรงงาน (แต่ไม่มีประกันสังคม) ร้อยละ 22.9 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 20.0

ในด้านที่อยู่อาศัย สำหรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 57.9 ที่อยู่อาศัยรองลงไป ได้แก่ เขตเทศบาลเมือง ร้อยละ 18.5 และนอกเขตเทศบาลเมืองร้อยละ 17.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในต่างจังหวัดกว่าร้อยละ 98.5 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน ในขณะที่ผู้ป่วยในกรุงเทพฯทุกคนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน

ผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ๑ มีบัตรทองประเภทต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ร้อยละ 57.1 และเป็นบัตรทองประเภทไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมหรือบัตรทองฟรี ร้อยละ 42.9 ผู้ป่วยทุกคนไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด มีบัตรทองประเภทต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ร้อยละ 60.4 และเป็นบัตรทองประเภทไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมหรือบัตรทองฟรี ร้อยละ 39.6 ที่แตกต่างจากผู้ป่วยในกรุงเทพฯ ก็คือ ผู้ป่วยต่างจังหวัดประมาณร้อยละ 20 ตอบว่า มีสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ประกันสุขภาพเอกชนและประกันสุขภาพจากกองทุนอัตรภัยในหมู่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผู้มีสิทธิบัตรทองไม่ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และประเภทสิทธิหลักประกันสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

ข้อมูลทั่วไปและสิทธิ ฯ	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพฯ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศผู้ป่วย				
ชาย	214	60.3	6	42.8
หญิง	141	39.7	8	57.2
อายุ				
อายุ ปี (X ± SD)	40.5 ± 22.1	-	38.2 ± 24.9	-
สถานภาพสมรส				
โสด	164	31.2	12	34.3
แต่งงาน	321	61.1	18	51.4
ม่าย/หย่า/แยก	40	7.6	5	14.3
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	59	11.2	6	17.1
ประถม	279	53.1	19	54.3
มัธยมศึกษา	85	16.2	2	5.7
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	36	6.9	4	11.4
ปริญญาตรี	66	12.6	3	8.6
อื่น ๆ	0	0.0	1	2.9
อาชีพ				
เกษตรกร	152	28.9	3	8.6
รับจ้างทั่วไป	53	10.1	0	0.0
ค้าขาย	97	18.5	7	20.0

ข้อมูลทั่วไปและสิทธิ ฯ	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพ ฯ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พนักงาน	5	1.0	3	8.6
ทำงานโรงงาน	0	0.0	8	22.9
นักเรียน/ นักศึกษา	77	14.7	14	40.0
ไม่ได้ทำงาน	134	25.5	0	0.0
อาชีพอื่น ๆ	7	1.3	0	0.0
ที่ตั้งบ้าน				
ในเขตเทศบาลเมือง	97	18.5	35	100.0
นอกเขตเทศบาลเมือง	91	17.3	0	0.0
เทศบาลที่มีโรงพยาบาลชุมชน	33	6.3	0	0.0
เขตชนบท	304	57.9	0	0.0
การมีชื่อในทะเบียนบ้าน				
มี	517	98.5	35	100.0
ไม่มี	8	1.5	0	0.0
สิทธิบัตรทองในการรักษา				
บัตรทองฟรี	208	39.6	15	42.9
บัตรทอง 30 บาท	317	60.4	20	57.1
สิทธิบัตรอื่นนอกจากบัตรทอง				
ไม่มี	424	80.8	35	100.0
มี	101	19.2	0	0
ประกันสุขภาพเอกชน	34	6.5	-	-
อื่น ๆ (กองทุนออมทรัพย์ สวัสดิการสหกรณ์)	67	12.8	-	-

สถานบริการหลักและสถานบริการรองที่ระบุในบัตรทอง

ผู้ป่วยในที่มีสิทธิบัตรทองจากเขตต่างจังหวัด ระบุสถานบริการหลักในบัตรทองเป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่ตนอาศัยอยู่ ร้อยละ 56.9 รองลงไปได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 35.2 ส่วนสถานบริการรอง ระบุเป็นสถานอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 85.1 รองลงไปได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ร้อยละ 6.5 และโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 6.7 สำหรับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกรุงเทพ ฯ มีข้อผิดพลาดในแบบบันทึกข้อมูล จึงไม่มีข้อมูลดังกล่าว ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สถานบริการสุขภาพหลักและสถานบริการสุขภาพรองที่กำหนดในบัตรทองของผู้ป่วย
ในของโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด

สถานบริการสุขภาพ	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพ ฯ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานบริการสุขภาพหลัก				
โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่	299	56.9	-	-
โรงพยาบาลชุมชนนอกพื้นที่	9	1.7	-	-
โรงพยาบาลทั่วไป	28	5.3	-	-
โรงพยาบาลศูนย์	185	35.2	-	-
โรงพยาบาลเอกชน	0	0.0	-	-
โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง ฯ	4	0.8	-	-
สถานบริการสุขภาพรอง				
ศูนย์บริการ/สถานีอนามัย	447	85.1	-	-
โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่	34	6.5	-	-
โรงพยาบาลชุมชนนอกพื้นที่	0	0.0	-	-
โรงพยาบาลทั่วไป	6	1.1	-	-
โรงพยาบาลศูนย์	35	6.7	-	-
โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง ฯ	3	0.6	-	-

การรับทราบโรคที่ตนเองเป็นจากโรงพยาบาลและการกระจายของกลุ่มโรค

ผู้ป่วยในที่เป็นตัวอย่างจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัดโดยส่วนใหญ่ตอบว่า ทราบโรคที่ตนเองเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ประมาณหนึ่งเท่า (ร้อยละ 93.3 และ 42.9) สำหรับโรคที่เป็น เมื่อมาจัดแบ่งตามกลุ่มโรค พบว่า ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่างจังหวัดพบกลุ่มโรคทางเดินอาหารสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.9 รองลงมาได้แก่ โรคติดเชื้อ ร้อยละ 17.0 ส่วนเขตกรุงเทพฯ พบโรคติดเชื้อสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.0 รองลงมาได้แก่ โรคทางเดินอาหาร โรคระบบกล้ามเนื้อ ร้อยละ 15.0 เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การทราบชื่อโรคที่เป็นและกลุ่มโรค ของผู้ป่วยใน เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพฯ ๑ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบโรคที่ตนเป็น				
ไม่ทราบ	35	6.8	20	57.1
ทราบ	490	93.3	15	42.9
ชื่อโรคที่เป็น (เฉพาะผู้ป่วยที่ทราบ)				
ระบบทางเดินอาหาร	116	33.9	3	15.0
โรคติดเชื้อ	83	17.0	4	20.0
โรกระบบกล้ามเนื้อ	43	8.8	3	15.0
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	37	7.5	0	0.0
โรกระบบประสาท	35	7.1	0	0.0
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	31	6.3	1	5.0
โรคต่อมไทรอยด์	24	4.9	1	5.0
โรคมะเร็ง	22	4.5	1	5.0
โรคภูมิแพ้	8	1.9	0	0.0
โรคผิวหนัง	4	0.8	2	10.0
อื่นๆ	100	20.4	5	25.0

พฤติกรรมการรักษาอาการเจ็บป่วยและสิทธิในบัตรทองกับโรงพยาบาลมารับการรักษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยในที่เป็นตัวอย่างจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัด ร้อยละ 98.9 ตอบว่าในบัตรทองระบุให้ไปใช้สิทธิรับการรักษาฟรีที่โรงพยาบาลแห่งอื่นเป็นสถานบริการหลัก และมีเพียงร้อยละ 4.0 ที่บอกว่าถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแห่งอื่น ส่วนผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ร้อยละ 80.0 ตอบว่าในบัตรทองระบุให้ไปใช้สิทธิรับการรักษาฟรีที่โรงพยาบาลแห่งอื่นเป็นสถานบริการหลักเช่นเดียวกับโรงพยาบาลจากต่างจังหวัด ผู้ป่วยในที่เป็นตัวอย่างทุกรายไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น แสดงว่า ผู้ป่วยบัตรทองในเขตกรุงเทพฯ ประมาณร้อยละ 20 ถึงแม้จะเลือกใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทองให้เป็นสถานบริการหลัก แต่ผู้ป่วยก็ไม่ได้ขอใช้สิทธิรักษาฟรีจากบัตรทองที่มีอยู่ โดยยินยอมจ่ายเงินค่ารักษาเอง ในขณะที่ผู้ป่วยในจากต่างจังหวัดส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีในโรงพยาบาลได้เพราะโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่ใช่สถานบริการหลักที่ระบุในบัตรทอง และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นอีกด้วย จึงไม่สามารถจะใช้สิทธิบัตรทองที่มีอยู่ได้

สำหรับพฤติกรรมการรักษาอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัด ร้อยละ 33.1 เคยไปขอรับการรักษาจากสถานบริการแห่งอื่นมาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่ตอบว่าเคยไปรักษาที่คลินิกเอกชน ร้อยละ 41.4 แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 36.8 และเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐแห่งอื่น ร้อยละ 15.5 ส่วนผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ มีเพียงร้อยละ 8.6 ที่เคยไปรักษาที่อื่น และทั้งหมดเคยไปรักษาที่คลินิกเอกชน แต่ไม่เคยไปรักษากับโรงพยาบาลของรัฐมาก่อนสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ซึ่งมีพฤติกรรมการรักษานี้ที่ความแตกต่างไปจากผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่างจังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 พฤติกรรมการรักษาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในและการมีสิทธิในบัตรทองกับโรงพยาบาลมารับการรักษา เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

พฤติกรรมการรักษา	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพฯ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลหลักที่กำหนด				
โรงพยาบาลแห่งนี้	6	1.1	7	20.0
โรงพยาบาลแห่งอื่น	519	98.9	28	80.0
การเจ็บป่วยครั้งนี้ไปรับการรักษาที่อื่นหรือไม่				
ไม่ได้ไปรักษา	351	66.9	32	91.4
ไปรับการรักษาที่อื่นมาก่อน	174	33.1	3	8.6
กรณีที่ไม่ไปรับการรักษาที่อื่นก่อน				
คลินิกเอกชน	72	41.4	3	100.0
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ	64	36.8	0	0.0
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน	7	4.0	0	0.0
แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ	27	15.5	0	0.0
แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน	4	2.3	0	0.0
การถูกส่งต่อมาเพื่อรับการรักษา				
ถูกส่งต่อ	7	4.0	0	0.0
มาเองโดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ	167	96.0	3	100.0

เหตุผลของการไม่ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อขอรับการรักษาฟรี

กรณีบัตรทองระบุให้ โรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นสถานบริการหลัก พบว่าผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลต่างจังหวัด มีเพียง 6 รายที่บัตรทองระบุให้ใช้สิทธิที่โรงพยาบาลแห่งนี้ที่มารับการรักษาได้ แต่ผู้ป่วยไม่ขอใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีโดยขอจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เหตุผลที่ไม่ขอใช้สิทธิ ส่วนใหญ่กล่าวว่า จะรักษาไม่ดี ร้อยละ 33.3 กลัวได้รับบริการไม่ดี ร้อยละ 16.7 และมี

ขั้นตอนที่ยุ่งยาก ร้อยละ 16.7 ส่วนผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพฯ มีอยู่ 7 รายที่บัตรทองระบุให้ใช้สิทธิที่โรงพยาบาลแห่งนี้ที่มารับการรักษาได้ แต่ผู้ป่วยไม่ขอใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีโดยขอจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เหตุผลหลักที่ไม่ขอใช้สิทธิ เป็นเพราะกลัวว่าจะได้รับบริการไม่ดี ร้อยละ 42.9 การรักษาไม่ดี ร้อยละ 28.6 และมีขั้นตอนยุ่งยาก ร้อยละ 28.6 ไม่มีใครตอบว่าใช้สิทธิไม่ได้เพราะไม่ครอบคลุมโดยสิทธิบัตรทองทั้งผู้ป่วยในจากต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ

กรณีบัตรทองระบุให้ โรงพยาบาลแห่งอื่น เป็นสถานบริการหลัก พบว่าผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลต่างจังหวัด จำนวน 519 รายที่บัตรทองระบุให้ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีที่โรงพยาบาลแห่งอื่น แต่ผู้ป่วยข้ามมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้โดยตรง ไม่ได้ถูกส่งตัวมา โดยระบบการส่งต่อ ทำให้ผู้ป่วยในเหล่านี้ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองรักษาฟรีได้ จึงต้องจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ไปใช้สิทธิในโรงพยาบาลหลักที่กำหนดในบัตรทอง ส่วนใหญ่ตอบว่ากลัวว่าไปใช้สิทธิแล้วจะได้รับการรักษาไม่ดี ร้อยละ 38.5 ได้รับบริการไม่ดี ร้อยละ 30.2 เคยรักษาเป็นประจำกับโรงพยาบาลแห่งนี้ ร้อยละ 27.7 เชื่อมั่นในคุณภาพของโรงพยาบาลแห่งนี้ ร้อยละ 20.8 อีกเหตุผลหนึ่งที่น่าสนใจ คือ ยังไม่เคยไปใช้บริการในโรงพยาบาลหลักที่กำหนด ร้อยละ 14.2 ส่วนในเขตกรุงเทพฯ มีอยู่ 28 ราย ที่บัตรทองระบุให้ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาฟรีที่โรงพยาบาลแห่งอื่น แต่ผู้ป่วยข้ามมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้โดยตรง ไม่ได้ถูกส่งตัวมา โดยระบบการส่งต่อเช่นกัน จึงต้องจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเอง เหตุผลหลักที่ไม่ขอใช้สิทธิ เป็นเพราะเคยรักษาเป็นประจำกับโรงพยาบาลแห่งนี้ ร้อยละ 57.1 กลัวได้รับการรักษาไม่ดี ร้อยละ 50.0 กลัวว่าจะได้รับบริการไม่ดี ร้อยละ 32.1 และการเดินทางไปโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ไม่สะดวก ร้อยละ 25.0 นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 13 และ 10 ของผู้ป่วยทั้งต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ เห็นว่าขั้นตอนการขอใช้สิทธิบัตรทองมีความยุ่งยาก ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 เหตุผลการไม่ใช่สิทธิบัตรทองของผู้ป่วยในเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและเขตกรุงเทพฯ

เหตุผลการไม่ใช่สิทธิบัตรทอง	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพฯ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กรณีที่ไม่ได้บัตรทองระบุให้โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นสถานบริการหลัก	(6)		(7)	
กลัวรักษาไม่ดี	2	33.3	2	28.6
กลัวบริการไม่ดี	1	16.7	3	42.9
ขั้นตอนยุ่งยาก	1	16.7	2	28.6
ไม่ทราบสิทธิ	0	0.0	0	0.0
การรักษาที่ได้รับไม่อยู่ในสิทธิ	0	0.0	0	0.0
อื่น ๆ	3	50.0	2	28.6
กรณีที่ไม่ได้บัตรทองไม่ได้ระบุให้โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นสถานบริการหลัก	(519)		(28)	
กลัวได้รับการรักษาไม่ดี	200	38.5	14	50.0
กลัวบริการไม่ดี	157	30.2	9	32.1
เคยรักษาที่โรงพยาบาลนี้ประจำ	144	27.7	16	57.1
เชื่อมั่นในคุณภาพของโรงพยาบาลนี้	108	20.8	0	0.0
ยังไม่เคยใช้บริการ	74	14.2	0	0.0
ขั้นตอนการใช้สิทธิยุ่งยาก	69	13.3	3	10.7
ต้องการนอนแต่ รพ. ไม่อนุญาต	31	6.0	0	0.0
การรักษาไม่ได้อยู่ในขอบเขตของสิทธิประโยชน์	17	3.3	0	0.0
รพ.ที่ระบุ เดินทางไม่สะดวก	12	2.3	7	25.0
อื่น ๆ	111	21.0	5	17.9

การรับทราบเกี่ยวกับโครงการการเปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจ และแหล่งของข้อมูล

ผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่ไม่ใช่สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 19.4 ที่รับรู้เกี่ยวกับโครงการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจในเขตจังหวัดของตน แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ได้รับทราบข่าวเกี่ยวกับโครงการ ฯ ดังกล่าว มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ร้อยละ 41.2 รองลงไป ได้แก่ วิทยุ ร้อยละ 28.4 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 19.6 สำหรับกรุงเทพฯ โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลในการศึกษานี้อยู่นอกพื้นที่โครงการ ฯ จึงไม่มีข้อมูลนำเสนอ ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การรับทราบเกี่ยวกับโครงการการเปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจ และแหล่งของข่าวสารที่ได้รับของผู้ป่วยในที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด

การรับทราบโครงการ ฯ และแหล่งข้อมูล	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพฯ ฯ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับทราบเกี่ยวกับโครงการการให้เปลี่ยนสถานบริการโดยสมัครใจของผู้ถือสิทธิบัตรทอง				
ทราบ	102	19.4	-	-
ไม่ทราบ	423	80.6	-	-
แหล่งข้อมูล (เฉพาะผู้ที่รับทราบโครงการ ฯ)				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	42	41.2	-	-
วิทยุ	29	28.4	-	-
อาสาสมัครสาธารณสุข	20	19.6	-	-
ประกาศติดในสถานพยาบาล	18	17.6	-	-
ญาติ เพื่อนบ้าน	13	12.7	-	-
ผู้นำชุมชน	9	8.8	-	-
แผ่นป้ายโฆษณา	8	7.8	-	-
หนังสือพิมพ์	7	6.9	-	-
โทรทัศน์	5	4.9	-	-
รถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่	1	1.0	-	-
จดหมายทางราชการ	1	1.0	-	-

การเปลี่ยนสถานบริการที่ระบุในบัตรทองและเหตุผลที่ขอเปลี่ยน

จากการที่มีการดำเนินการโครงการนำร่องให้ผู้ถือสิทธิบัตรทองสามารถขอแจ้งเปลี่ยนสถานบริการหลักและรองที่ต้องการได้ตามเกณฑ์ที่แต่ละจังหวัดกำหนด ในช่วงเดือนตุลาคม 2545 ถึงเดือนธันวาคม 2545 ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยในที่มีสิทธิบัตรทองที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาเฉพาะในต่างจังหวัด ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 95 ไม่ได้เปลี่ยนสถานบริการใหม่ ร้อยละ 3.2 ขอเปลี่ยนสถานบริการหลัก และร้อยละ 2.6 ขอเปลี่ยนสถานบริการรอง ส่วนผู้ป่วยในของกรุงเทพฯ ร้อยละ 91.4 ไม่ได้เปลี่ยนสถานบริการใหม่ และร้อยละ 8.6 เปลี่ยนทั้งสถานบริการหลักและรอง

สำหรับเหตุผลที่ขอเปลี่ยนสถานบริการใหม่ของต่างจังหวัด ร้อยละ 25.0 ตอบว่าที่ใหม่บริการดีกว่า รองลงมาได้แก่ ที่ใหม่มีเครื่องมือดีกว่า และโรงพยาบาลที่เคยเลือกถอนตัวออกจากโครงการ ร้อยละ 16.7 เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยในของกรุงเทพฯ จำนวน 3 รายที่เปลี่ยนสถานบริการในช่วงที่ผ่านมา ไม่มีข้อมูลแสดงเหตุผลที่ขอเปลี่ยน ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพและเหตุผลที่ขอเปลี่ยนของผู้ป่วยในที่อยู่สิทธิบัตรทอง
เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ

การเปลี่ยนสถานบริการและเหตุผลที่เปลี่ยน	ต่างจังหวัด(n=525)		กทม(n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเปลี่ยนสถานบริการ				
ได้เปลี่ยนเฉพาะสถานพยาบาลรอง	7	1.3	0	0.0
ได้เปลี่ยนเฉพาะสถานพยาบาลหลัก	10	1.9	0	0.0
ได้เปลี่ยนสถานพยาบาลรองและหลักใหม่	7	1.3	3	8.6
ไม่ได้เปลี่ยนทั้งสถานพยาบาลหลักและรอง	501	95.4	32	91.4
กรณีที่เปลี่ยน สาเหตุการเปลี่ยน	(n = 24)			
ที่ใหม่บริการดีกว่า	6	25.0	-	-
ที่ใหม่เครื่องมือดีกว่า	4	16.7	-	-
โรงพยาบาลที่เคยเลือกขอลอนตัวจากโครงการ	4	16.7	-	-
การเดินทางไปที่ใหม่สะดวกกว่า	3	12.5	-	-
หมอ/เจ้าหน้าที่ แนะนำ	2	8.3	-	-
เพื่อนญาติ แนะนำ	2	8.3	-	-

ความต้องการเปลี่ยนสถานบริการที่ระบุในบัตรทองในปีหน้าและเหตุผลที่เปลี่ยน

เมื่อสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่สิทธิบัตรทองว่าต้องการจะเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพหลักและรองใหม่ในปีหน้าหรือไม่ พบว่า ในเขตต่างจังหวัด มีความต้องการที่จะเปลี่ยนใหม่ ร้อยละ 36.8 และไม่ต้องการเปลี่ยน ร้อยละ 35.6 ยังไม่แน่ใจ ร้อยละ 27.6 ส่วนในกรุงเทพฯ ไม่มีข้อมูลดังกล่าว

สำหรับเหตุผลที่ขอเปลี่ยน ไม่เปลี่ยน หรือไม่แน่ใจ เก็บข้อมูลได้เฉพาะผู้ป่วยในต่างจังหวัด พบว่า ผู้ที่ต้องการเปลี่ยนให้เหตุผลว่า การเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 57.0 เคยรักษาประจำกับโรงพยาบาลที่ต้องการเปลี่ยน ร้อยละ 32.6 และสถานบริการเดิมรักษาไม่ดี ร้อยละ 24.3 ส่วนกลุ่มที่ไม่ต้องการเปลี่ยน ให้เหตุผลว่า การเดินทางสะดวกดีแล้ว ร้อยละ 54.5 มีเครื่องมือทันสมัยอยู่แล้ว ร้อยละ 23.5 และเคยรักษาประจำที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ร้อยละ 13.4 มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งตอบว่า ไม่เคยใช้บริการหรือใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 19.8 ส่วนกลุ่มที่ยังไม่แน่ใจ ให้เหตุผลว่า ต้องการจะปรึกษาครอบครัว/ญาติก่อน ร้อยละ 57.9 ต้องการจะขอคุณเกณฑ์ที่กำหนดใหม่ก่อน ร้อยละ 53.1 และยังไม่เคยไปลองใช้บริการ ร้อยละ 14.5 ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ความต้องการเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพใหม่ในปี 2547 และเหตุผลในการตัดสินใจ
เปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยน ของผู้ป่วยในที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษา ของโรงพยาบาลในเขต
ต่างจังหวัด

ความต้องการเปลี่ยนและเหตุผล	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพฯ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการที่จะเปลี่ยนสถานบริการในปีหน้า				
ต้องการเปลี่ยน	193	36.8	-	-
ไม่ต้องการเปลี่ยน	187	35.6	-	-
ไม่แน่ใจ	145	27.6	-	-
สาเหตุที่อยากจะเปลี่ยน	(193)			
การเดินทางไม่สะดวก	110	57.0	-	-
การรักษาประจำที่ที่ขอเปลี่ยนใหม่	63	32.6		
สถานพยาบาลเก่ารักษาไม่ดี	47	24.3		
สถานพยาบาลเก่าไม่มีเครื่องมือทันสมัย	44	22.8		
สถานพยาบาลเก่าบริการไม่ดี	41	21.2		
เป็นโรคเรื้อรังร้ายแรง	30	15.5		
อยากลองไปเรื่อย ๆ	18	9.3		
ไม่ประทับใจที่เก่า	12	6.2		
เพื่อนบ้าน/ญาติ แนะนำให้เปลี่ยน	4	2.1		
อื่น ๆ	11	5.7		
สาเหตุที่ไม่ต้องการเปลี่ยน				
การเดินทางไปสะดวก	102	54.5		
สถานพยาบาลเดิมมีเครื่องมือทันสมัย	44	23.5		
ไม่เคยใช้บริการ/ใช้สิทธิบัตรทอง	37	19.8		
การรักษาประจำกับสถานพยาบาลแห่งนี้	25	13.4		
รู้สึกคุ้นเคยกับที่เก่า	21	11.2		
สถานพยาบาลแห่งเดิมบริการดี	13	6.9		
สถานพยาบาลแห่งเดิมรักษาดี	11	5.9		
หมอ/เจ้าหน้าที่แนะนำไม่ให้เปลี่ยน	4	2.1		
เพื่อนบ้าน/ญาติ แนะนำไม่ให้เปลี่ยน	4	2.1		
ผู้นำชุมชนแนะนำไม่ให้เปลี่ยน	1	0		
อื่น ๆ	14	7.5		
ยังไม่แน่ใจว่าจะเปลี่ยนหรือไม่				
ขอปรึกษาครอบครัว/ญาติ	84	57.9		

ความต้องการเปลี่ยนและเหตุผล	ต่างจังหวัด (n=525)		กรุงเทพฯ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขอคู่มือหลักเกณฑ์	77	53.1		
ยังไม่เคยลอง	21	14.5		
เหตุผลอื่น	14	9.7		

อภิปรายผลการศึกษา

พฤติกรรมการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่ถือครองประเภทต่าง ๆ เพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เกิดขึ้นกับหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่ ความเชื่อถือต่อโรงพยาบาลที่ระบุให้ไปใช้สิทธิ ความสะดวกในการเดินทางไปสถานบริการ ความพึงพอใจในบริการและการรักษาที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน การไม่ผ่านระบบการส่งต่อเพื่อการใช้สิทธิ และที่สำคัญคือลักษณะของโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ว่ามีความรุนแรงหรือซับซ้อนมากเพียงไร จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ต้องอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพงหรือไม่ รวมไปถึงค่ารักษาพยาบาลมากหรือน้อย จากการศึกษาของ สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2547 ได้สำรวจประชากรในพื้นที่ 8 จังหวัด ประมาณ 50,000 คน พบว่า ผู้ถือครองบัตรทอง จะมีอัตราการไม่ใช้สิทธิ สูงมากในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยชนิดเฉียบพลันใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยที่ต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จะมีอัตราของการไม่ใช้สิทธิ น้อยกว่าอย่างชัดเจน ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายสูงกว่าอย่างมาก และยังพบอีกว่า ผู้ป่วยบัตรทองชนิดต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้สิทธิฯ เพื่อการรักษาฟรีสูงกว่าผู้ป่วยบัตรทองชนิดไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมอย่างชัดเจน ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นจากระดับของรายได้ที่แตกต่างกันที่มีสิทธิบัตรทองชนิดร่วมจ่ายโดยส่วนใหญ่จะมีฐานะทางการเงินที่ดีกว่าผู้มีสิทธิบัตรทองฟรี

รายงานการศึกษานี้ เป็นโครงการย่อยส่วน 4 ภายใต้ "โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำร่องที่กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้โดยสมัครใจ" โดยมีกลุ่มเป้าหมายอยู่ที่ผู้ถือสิทธิบัตรทองที่ไม่ขอใช้สิทธิบัตรทองหรือไม่ได้เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและได้ไปใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งรัฐและเอกชนในพื้นที่จังหวัดนำร่อง 4 แห่ง ยกเว้นจังหวัดแพร่ เหตุที่เลือกศึกษาเฉพาะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เพราะมักจะพบว่ามีผู้ป่วยที่ถือสิทธิบัตรทองแต่ไม่ต้องการที่จะใช้สิทธิที่มีหรือไม่สามารถใช้สิทธิได้ และต้องจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเองค่อนข้างบ่อยกว่าการไม่ใช้สิทธิในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลขนาดเล็กโดยเฉพาะผู้ป่วยบัตรทองที่ข้ามขั้นตอนไม่ได้ผ่านมา

ตามระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลที่ระบุให้เป็นสถานบริการหลัก จึงไม่สามารถขอใช้สิทธิฯ เพื่อรักษาฟรีได้ ยกเว้นแต่กรณีฉุกเฉินเท่านั้น การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาให้เข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้มีสิทธิบัตรทองเหล่านี้ ไม่ใช้สิทธิบัตรทองของตนเองถือครองอยู่ และต้องจ่ายเงินเสียค่ารักษาด้วยตนเอง รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับโครงการนำร่อง ฯ ดังกล่าว และความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงสถานบริการสุขภาพที่ระบุในบัตรทองใหม่ในปีต่อไป

ในการศึกษารั้งนี้ได้แยกการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยนอกที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง และกลุ่มผู้ป่วยใน ซึ่งมีข้อค้นพบที่น่าสนใจ พอสรุปได้ ดังนี้

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพที่ถือครอง พบว่า ผู้ป่วยนอกที่เป็นตัวอย่างของโรงพยาบาลในต่างจังหวัด ประมาณร้อยละ 9 และผู้ป่วยใน ร้อยละ 19.2 มีหลักประกันสุขภาพประเภทอื่น ได้แก่ หลักประกันสุขภาพเอกชน บางรายมีประกันสุขภาพจากกองทุนออมทรัพย์ของหมู่บ้าน (จากสงขลา) ซึ่งการไม่ใช้สิทธิบัตรทอง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยสามารถเบิกคืนค่ารักษาได้บางส่วนหรือทั้งหมดจากหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่ตนถือครองร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ ไม่มีผู้ใดที่มีหลักประกันสุขภาพชนิดอื่นร่วมด้วย

2. สถานบริการหลักที่กำหนดในบัตรทอง พบว่า ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่างจังหวัด ร้อยละ 98.7 และผู้ป่วยใน ร้อยละ 98.9 มีสถานบริการอื่นเป็นสถานบริการหลักเพื่อใช้สิทธิฯ บัตรทองเพื่อรับการรักษา การข้ามขั้นตอนมาขอใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อจากสถานบริการหลักที่กำหนดไว้ในบัตรทอง ซึ่งในที่นี้ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขอใช้สิทธิฯ เพื่อการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งจากข้อมูล พบว่า ประมาณร้อยละ 65-66 ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่ได้ไปรับการรักษาโรคครั้งนี้ที่สถานบริการแห่งอื่นมาก่อน สำหรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ กลับมีทิศทางที่ตรงกันข้าม พบว่า ผู้ป่วยนอก ประมาณร้อยละ 40 และผู้ป่วยใน ร้อยละ 20 ได้ระบุให้โรงพยาบาลที่ไปใช้เพื่อรักษาการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เป็นสถานบริการหลักที่ระบุในบัตรทอง แต่ผู้ป่วยเหล่านี้กลับยินยอมเสียเงินค่ารักษาโดยไม่เลือกใช้สิทธิบัตรทองที่มี โดยเฉพาะกรณีของผู้ป่วยในซึ่งจะมีภาระค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาที่สูงกว่าอย่างมาก และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 67 ไม่ได้ไปรับการรักษาโรคครั้งนี้ที่สถานบริการแห่งอื่นมาก่อน ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ป่วยนอกจากต่างจังหวัด แต่ในส่วนของผู้ป่วยใน ประมาณร้อยละ 91 ตอบว่า ไม่เคยไปรักษาที่อื่นมาก่อนสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้

3. เหตุผลที่ไม่ขอใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เมื่อแยกการวิเคราะห์เหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิจำแนกตามกลุ่มที่ระบุให้โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นสถานบริการหลัก และกลุ่มที่

ระบุให้ใช้สถานบริการหลักที่อื่นในบัตรทอง พบว่า กลุ่มที่ระบุให้ใช้โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นสถานบริการหลักในบัตรทอง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่างจังหวัดและโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ให้เหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิฯ คล้ายคลึง คือ กลัวจะได้รับบริการและการรักษาที่ไม่ดี เป็นส่วนใหญ่ ที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ร้อยละ 63 บอกว่า ไม่สามารถใช้สิทธิรักษาฟรีได้เพราะการรักษาที่ได้รับไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง ซึ่งน่าจะเป็นยาพิเศษหรือบริการบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาเอง สำหรับกลุ่มที่ระบุให้ใช้โรงพยาบาลแห่งอื่นเป็นสถานบริการหลัก พบว่า ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่างจังหวัด ให้เหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิเพราะกลัวจะได้รับบริการและการรักษาที่ไม่ดี และเคยรักษาเป็นคนที่ไข้ประจำของโรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นเหตุผลหลัก ที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งให้เหตุผลว่าการใช้สิทธิบัตรทองมีขั้นตอนที่ยุ่งยากเกินไป และส่วนหนึ่งบอกว่าไม่เคยไปใช้โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ เหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง ก่อนข้างคล้ายคลึงกับผู้ป่วยจากต่างจังหวัด ที่แตกต่างออกไป คือ ร้อยละ 25 บอกว่า โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทองให้ไปใช้สิทธินั้น การเดินทางไปมาไม่สะดวกเหมือนโรงพยาบาลแห่งนี้ ซึ่งเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมานี้ สอดคล้องกับรายงานการวิจัยหลายชิ้นก่อนหน้านี้เช่นกัน (ปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการ สาธารณสุข โรงพยาบาลภูเขียว, อติเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ, 2546... หวงไข่-ผลักไข่-คู่ดไข่ : ความหวังไขทางข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ 6 จังหวัดน่านอง, ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย, 2544)

4. การรับรู้เกี่ยวกับโครงการให้เลือกสถานบริการโดยสมัครใจ และความต้องการที่จะเปลี่ยนสถานบริการใหม่ในปีต่อไป พบว่า ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัดมีการรับรู้เกี่ยวกับโครงการให้เลือกฯ ก่อนข้างต่ำมาก ประมาณกว่าร้อยละ 80 บอกว่าไม่รับรู้ว่ามีโครงการฯ ดังกล่าวอยู่ในจังหวัดของตนเอง ส่วนของกรุงเทพฯ ไม่ได้เก็บข้อมูล เพราะโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ตั้งอยู่นอกเขตประเวศ ซึ่งเป็นเพียงเขตเดียวที่ดำเนินการโครงการน่านองฯ สำหรับความต้องการที่จะขอเปลี่ยนสถานบริการหลักและรองที่ระบุในบัตรทองใหม่ในครั้งต่อไป พบว่า ในเขตต่างจังหวัด ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 45 และ 37 ต้องการจะเลือกสถานบริการใหม่ มีผู้ที่ไม่ต้องการเปลี่ยนประมาณร้อยละ 35 ส่วนในเขตกรุงเทพฯ ร้อยละ 60 ต้องการเปลี่ยนใหม่ และอีกร้อยละ 40 กำลังรอการตัดสินใจเมื่อถึงเวลาให้เปลี่ยนได้อีกครั้ง ส่วนเหตุผลที่เป็นตัวกำหนดให้มีความต้องการที่จะเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยน มักจะเกี่ยวข้องกับ คุณภาพของบริการ การรักษา ความคุ้นเคยกับโรงพยาบาลที่ต้องการเลือก และการเดินทางที่สะดวกซึ่งอาจจะหมายถึง ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน เป็นส่วนใหญ่ ฉะนั้นแนวโน้มของความ ต้องการเปลี่ยนสถานบริการในอนาคต น่าจะเป็นสิ่งบอกเหตุให้รู้ว่า หากทุกจังหวัดเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้ถือบัตรทองสามารถเลือกสถานบริการหลักและรองตามที่ต้องการได้ น่าจะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งบวกและลบต่อ

ระบบการจัดบริการของสถานบริการต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชน ผลในบวก คือ ก่อให้เกิดการแข่งขันในการพัฒนาคุณภาพของการบริการ การสร้างความเชื่อมั่นในการรักษา คนไข้โรคเรื้อรังที่เคยรักษาประจำอยู่ที่โรงพยาบาลหรือมีความรู้สึกคุ้นเคยเพราะรักษาเป็นประจำ น่าจะสามารถขอโอนย้ายมาขอรับบริการตามสิทธิบัตรทองของตนหรือครอบครัวได้ ส่วนผลในด้านลบ คือ โรงพยาบาลขนาดเล็กที่ตั้งอยู่ใกล้ตัวเมืองซึ่งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐในต่างจังหวัด ซึ่งมีศักยภาพในการให้การรักษาที่แตกต่างกันอย่างมาก หากเปิดโอกาสให้เลือกสถานบริการได้ตามต้องการโดยไม่จำกัดจำนวนที่จะรับได้ อาจทำให้จำนวนประชาชนที่ลงทะเบียนเลือกโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพต่ำว่าลดลง ซึ่งหากเป็นโรงพยาบาลเอกชนก็อาจจะต้องขอลอนตัวออกจากโครงการ 30 บาท ฯ เพราะจำนวนหัวประชากรมีน้อยเกินไป หากเป็นโรงพยาบาลชุมชนก็อาจต้องได้รับการสนับสนุนทางการเงินเป็นพิเศษ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจการของโรงพยาบาลต่อไปได้

สรุป

การศึกษาผู้ป่วยที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองเพื่อรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยและไปใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่นี้ ทำให้ทราบถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยบัตรทองจำนวนหนึ่งตัดสินใจไม่ใช้สิทธิบัตรทอง หรือบางรายอาจต้องการใช้สิทธิบัตรทอง แต่ไม่สามารถจะใช้ได้เพราะไม่ได้ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด เช่น การไม่ได้ผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหลัก ต้องจ่าย เพราะการรักษาที่ต้องการไม่ได้อยู่ในขอบเขตของการใช้สิทธิบัตรทอง เป็นต้น สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากความไม่มั่นใจในคุณภาพของการบริการและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งต้องเร่งแก้ไขโดยการพัฒนาคุณภาพของการบริการ และการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกับผู้รับบริการ แต่ปัญหาอีกส่วนหนึ่งเกิดมาจากสถานบริการที่กำหนดให้ไปใช้สิทธิ มีความไม่สะดวกในการเดินทาง ซึ่งสถานบริการบางแห่งแม้จะอยู่ในระยะทางที่ใกล้บ้านมากกว่า แต่การเดินทางหรือรถโดยสารสาธารณะอาจจะไม่สะดวกเหมือนกับไปใช้บริการจากสถานบริการที่อยู่ในระยะที่ใกล้กว่าก็ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนอาจเป็นคนไข้ประจำของโรงพยาบาลอีกแห่ง มีความคุ้นเคยหรือเคยรักษาเป็นประจำมาก่อนได้รับบัตรทอง แต่ถูกระบุให้ไปใช้สิทธิในสถานบริการอีกแห่ง ซึ่งการแก้ไขอาจทำได้โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกเปลี่ยนสถานบริการใหม่ที่เดินทางได้สะดวก หรือมีความคุ้นเคยกับสถานบริการอยู่เดิม อย่างไรก็ตาม การเปิดให้ประชาชนเลือกเปลี่ยนสถานบริการใหม่ได้ ควรจะต้องยึดแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เน้นการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่สถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งภาครัฐและเอกชน และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการที่สร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนว่า จะได้รับการส่งต่อเมื่อมีความจำเป็นทางการแพทย์ และมั่นใจว่าโรงพยาบาลจะไม่กักคนไข้ไว้เพราะวิตกเรื่องภาระทางการเงินที่จะต้องตาม

ไปจ่ายให้แก่โรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษา สำหรับอนาคต อาจต้องประชาชนส่วนหนึ่งที่พอจะมีฐานะหรือมีศักยภาพพอที่จะร่วมรับผิดชอบจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลบางส่วนของตนได้ การปรับเปลี่ยนนโยบาย”โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค” ให้มีความยืดหยุ่นของระบบประกันสุขภาพที่อาจมีได้หลากหลายรูปแบบมากกว่าที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน น่าจะเป็นวิธีการที่จะช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณของโครงการ ฯ ที่รัฐบาลและสถานบริการต้องแบกรับอยู่ และให้ประชาชนที่พอจะมีกำลังซื้อ ได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความเท่าเทียม ถ้วนหน้า และมีประสิทธิภาพที่ดีสำหรับประชาชนไทยทุกคน

.....

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545.มปท . (อัคราณา).
- 2.พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พ.ศ. 2545. มปท มปป.(อัคราณา)
- 3.คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนถ่าย.มปท. 2544(อัคราณา)
- 4.สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล .สัมมนาวิชาการประจำปี เรื่อง คนไทยกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 9-11 ตุลาคม 2544.มปท. 2544
- 5.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ (2547). รายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1, นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. อติเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ (2546) ปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลภูเขียว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ, นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
7. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ (2544). หวงไข-ผลักไข-ดูดไข: ความหวังไขทางข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ 6 จังหวัดนำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544;10:205-15

.....