

บทที่ 1

บทนำ (Introduction)

1. ภูมิหลัง (Background)

ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) เป็นประเทศสมาชิกของอาเซียน ตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศต่าง ๆ ดังนี้ ทิศเหนือติดกับประเทศจีน ทิศตะวันตกเฉียงเหนือติดกับประเทศพม่า ทิศตะวันตกติดกับประเทศไทย ทิศใต้ติดกับประเทศกัมพูชา ทิศตะวันออกติดกับประเทศเวียดนาม สปป.ลาว มีพื้นที่ทั้งหมด 236,800 ตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นของประชากร 25 คนต่อตารางกิโลเมตร ภูมิประเทศเต็มไปด้วยภูเขา ป่าไม้ และที่ราบสูงเป็นอาณาบริเวณถึงร้อยละ 70 โดยเฉพาะทางภาคเหนือของประเทศ มีพื้นที่ที่สามารถทำการเพาะปลูกได้เพียงร้อยละ 21.11 สปป.ลาวไม่มีทางออกสู่ทะเล มีแม่น้ำโขงเป็นเส้นทางคมนาคมและขนส่งทางน้ำที่สำคัญทั้งสำหรับภายในประเทศและการติดต่อกับภายนอกประเทศ

ภายหลังการปฏิวัติในปี ค.ศ.1975 การปกครองได้เปลี่ยนแปลงจากระบอบราชาธิปไตยเป็นระบอบสังคมนิยม และได้ตั้งชื่อประเทศเป็นสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีพรรคประชาชนปฏิวัติลาวเป็นแกนนำของรัฐบาล พรรคมีการประชุมใหญ่ทุกห้าปีเพื่อกำหนดแนวทางและนโยบายที่สำคัญ ในช่วงปี ค.ศ.1975-1990 สปป.ลาวได้รับความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านจากบรรดามิตรประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหภาพโซเวียต เวียดนาม และประเทศจีน เพื่อฟื้นฟูประเทศภายหลังการเผชิญภาวะสงครามอันยาวนาน ในปี ค.ศ.1998 องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]) ได้ทำการจัดระดับการพัฒนานานาชาติทั่วโลก สปป.ลาวเป็นประเทศอยู่ในกลุ่มที่มีการพัฒนาน้อยที่สุด (least-developed country) มีความขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานด้านต่างๆ อย่างมาก รวมทั้งบริการสาธารณสุขมูลฐาน ตัวชี้วัดต่างๆ ด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สปป.ลาวจัดอยู่ในอันดับที่ 135 จาก 177 ประเทศทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2000 รัฐบาลลาวได้กำหนดเส้นความยากจนของประชากรโดยคิดตามรายได้ของครัวเรือนในเขตชนบทกำหนดที่ระดับ 82,000 กีบ (9.16 ดอลลาร์สหรัฐ) ต่อคนต่อเดือน และในเขตเทศบาลเมืองกำหนดที่ 100,000 กีบ (11.17 ดอลลาร์สหรัฐ) ต่อคนต่อเดือน แต่ละเขตของภูมิภาคมีอัตราความยากจนแตกต่างกัน ประชากรในเขตชนบทภาคเหนือจะมีอัตราความยากจนมากกว่าถึงร้อยละ 53 ขณะที่ในเขตตัวเมืองมีร้อยละ 27 แม้ในนครหลวงเวียงจันทน์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความมั่งคั่ง

มากที่สุดของประเทศ ยังมีประชากรร้อยละ 24 ที่ดำรงชีวิตอยู่ใต้เส้นมาตรฐานแห่งความยากจน เขตภาคกลางและภาคใต้เป็นภูมิภาคที่มีอัตราความยากจนปานกลาง

สปป.ลาว มีประชากร 6.5 ล้านคน (The World Fact book, 2008) อัตราการเติบโตของประชากร (Annual growth rate) เท่ากับร้อยละ 2.3 ต่อปี โครงสร้างของประชากรประกอบด้วย กลุ่มอายุ 0-14 ปี ร้อยละ 41 กลุ่มอายุ 15-64 ปีร้อยละ 55.9 กลุ่มอายุ ≥ 65 ปี ร้อยละ 3.1 อัตราประชากรรู้หนังสือ เพศชายร้อยละ 82 เพศหญิงร้อยละ 52.8 อัตราการว่างงานคิดเป็นร้อยละ 9.7 ประชากรร้อยละ 83 อาศัยอยู่ในชนบทมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ประชากรลาวประกอบไปด้วย 68 ชนเผ่าส่วนน้อย และ 3 ชนเผ่าใหญ่คือ ชนเผ่าลาวลุ่ม ร้อยละ 68 ชนเผ่าลาวเทิงร้อยละ 22 และชนเผ่าลาวสูงร้อยละ 9 บรรดาชนเผ่าเหล่านั้นมีความแตกต่างกันเกือบทุกด้านได้แก่ ด้านการประกอบอาชีพ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ภาษาพูด และความเชื่อ ทั้งหมดนี้เป็นอุปสรรคต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ ทำให้การจัดระบบบริการสาธารณสุขมีข้อจำกัดมาก และยากต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นสิ่งท้าทายที่สำคัญในการให้การศึกษา การให้บริการด้านสาธารณสุข และการจัดรัฐสวัสดิการด้านต่างๆ อย่างไรก็ตาม ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา สามทศวรรษที่ผ่านมา ดัชนีด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาขึ้นอย่างสม่ำเสมอ จากความพยายามทุกวิถีทางของรัฐบาลเพื่อเทียบกับมาตรฐานสากล แสดงให้เห็นได้จากข้อมูลของ WHO (WHO, 2008) ซึ่งสำรวจตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของประชาชนลาว ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000-2005 พบว่า อัตราตายของทารกแรกเกิด (Infant mortality rate [IMR]) ลดลงจาก 137 เป็น 70 ต่อแสนของทารกเกิดมีชีวิต อัตราตายของมารดา (Maternal mortality rate, MMR) ลดลงจาก 750 เป็น 400 ต่อแสนของทารกเกิดมีชีวิต อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ.1995 ถึง ปี ค.ศ. 2005 อายุขัยเฉลี่ยของชายจาก 51 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 59 ปี และของหญิงจาก 56 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 61 ปี

กระแสการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ (Paradigm shift) ของระบบบริการสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์เกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งใน สปป.ลาว เนื่องจากปัญหาต่าง ๆ ในระบบสุขภาพดังต่อไปนี้

1. รายรับจากงบประมาณของรัฐไม่เพียงพอ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าภาวะเงินเฟ้อ การแพทย์ภาคเอกชนกำลังเพิ่มขึ้น
2. สุขภาพของประชาชนกลับเสื่อมโทรมทั้งที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง
3. มีปัญหาสุขภาพใหม่ ๆ เกิดขึ้นเช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ ไข้หวัดนก
4. ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
5. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อต่าง ๆ เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น

โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก

รัฐบาลของ สปป.ลาวกำลังวางนโยบายการพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและสังคมคู่ขนานไปพร้อมกับการพัฒนาด้านสาธารณสุข (U.S.Department of State, 2009) เพื่อให้ประชาชนลาวทุก

คนมีสุขภาพดี มีแนวโน้มการกระจายอำนาจบริหารลงสู่ท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลยุทธ์เพื่อเพิ่มกลไกการแก้ไขปัญหาความยากจน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพ รัฐบาลตระหนักดีว่าปัญหาสุขภาพของประชาชนจะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ

2. ระบบบริการสาธารณสุข (Health service system)

อิงตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดระดับสถานบริการตั้งแต่ศูนย์กลางลงไปจนถึงระดับท้องถิ่น สป.ป.ลาวมีโรงพยาบาลระดับศูนย์กลาง 3 แห่งอยู่ในนครหลวงเวียงจันทน์ โรงพยาบาลระดับแขวง มีทั้งหมด 22 แห่งอยู่ใน 16 แขวง รวมทั้งเขตพิเศษและโรงพยาบาลของทหาร ตำรวจ มีโรงพยาบาลระดับเมือง 127 แห่ง ซึ่งได้จัดเป็น 2 ประเภท คือ โรงพยาบาลเมืองประเภท (ก) เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีบุคลากร 30 คนขึ้นไป มีเครื่องมือแพทย์ขั้นปฐมภูมิครบถ้วน มีเครื่องตรวจอัลตราซาวนด์ (ultrasound) มีห้องผ่าตัดเพื่อการผ่าตัดกรณีฉุกเฉิน และโรงพยาบาลเมืองประเภท (ข) ซึ่งมีขนาดน้อยกว่า 30 เตียง มีขีดความสามารถขั้นปฐมภูมิครบถ้วน แต่ไม่มีเครื่องตรวจอัลตราซาวนด์ (ultrasound) ไม่มีห้องผ่าตัด ในระดับชุมชนมีสุขภาพาทั่วประเทศ 746 แห่ง ซึ่งมีเตียงไว้สังเกตอาการผู้ป่วย 4-5 เตียง แต่ในพื้นที่ที่เป็นชนบททางไกล (rural) ไม่มีหน่วยบริการประจำ รัฐจัดบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้ทุก 3 เดือน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลกองทุนหมุนเวียนยาของหมู่บ้าน จำนวนเตียงนอนป่วยรวมทั้งหมดทั่วประเทศ 6,739 เตียง นอกจากนั้น ยังมีคลินิกเอกชนอยู่ทั่วไปซึ่งไม่มีข้อมูลชัดเจน และยังมีการรักษาโรคแบบพื้นเมือง โดยใช้ยาสมุนไพรผสมผสานกับการแพทย์แบบตะวันตก

จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์ทั่วประเทศซึ่งแบ่งลำดับขั้นตามจำนวนปีที่ศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย หลังจากเรียนจบชั้นมัธยมปลายแล้วมีดังนี้ แพทย์ชั้นสูงทั่วไป เรียน 7 ปี 1,283 คน คิดเป็นสัดส่วนแพทย์ 1 คนต่อประชากร 5,066 คน ทันตแพทย์เรียน 5 ปี 183 คน คิดเป็นสัดส่วนทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 35,519 คน เภสัชกรเรียน 5 ปี 276 คน คิดเป็นสัดส่วนเภสัชกร 1 คนต่อประชากร 23,550 คน ทั้งหมดนี้เรียนจบที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขเดิม ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (University of Health Sciences, 2008) ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข พยาบาลเรียน 3 ปี 5,991 คน คิดเป็นสัดส่วนพยาบาล 1 คนต่อประชากร 1,084 คน แพทย์ชั้นต้นทั่วไปเรียน 2 ปี 8,183 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยพยาบาล แพทย์ชั้นกลางทั่วไป เรียน 3 ปี 1,722 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ แพทย์พื้นเมืองที่ได้ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขมี 429 คน นับตั้งแต่ปี ค.ศ.2003 รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาหมอดำแยพื้นบ้าน (traditional birth attendances) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในเรื่องการดูแลอนามัยแม่และเด็กระดับรากหญ้าโดยเฉพาะในชุมชนกลุ่มน้อย โดยได้นำเข้ามาอบรมให้ความรู้ แล้วสนับสนุนให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน (อสสม.)

3. ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข (Health care financing)

นับตั้งแต่เปลี่ยนระบอบการปกครองเมื่อปี ค.ศ. 1975 รัฐเป็นผู้รับภาระด้านการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้ฟรีทั้งหมดสำหรับทุกคน แต่ความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขของประชาชนนับวันยิ่งสูงขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่งบประมาณของรัฐมีจำกัด ทำให้บริการด้านต่าง ๆ ถูกจำกัด และขาดแคลน ดังนั้นรัฐบาลจึงกำหนดนโยบายให้ประชาชน ได้มีส่วนร่วมในการรับภาระค่าใช้จ่ายการบริการสาธารณสุข เพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐ แต่สำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยรัฐบาลยังคงให้ความช่วยเหลือจนกว่าจะช่วยเหลือตัวเองได้ ดังนั้นในปี ค.ศ. 1995 จึงได้มีคำสั่งของนายกรัฐมนตรี เลขที่ 52/นย. ว่าด้วยการเก็บค่า และไม่เก็บค่าการให้บริการสุขภาพ หมายความว่าให้เก็บค่าบริการสุขภาพจากผู้สามารถจ่ายได้ซึ่งจะครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 95 ของประชากรทั้งหมด ยกเว้นไม่เก็บค่าบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ยากจน และผู้ได้รับสิทธิอื่น ๆ และในปี ค.ศ. 1998 มีข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขที่ 230/กชส. ว่าด้วยการนำใช้ระบบกองทุนหมุนเวียนยาในการให้บริการสุขภาพ (ข้อกำหนด ฯลฯ, 1998) ให้เก็บค่ายาโดยตรงตามมูลค่าของยาจากผู้ให้บริการตามสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ของรัฐ แล้วนำเงินที่ได้มาใช้เป็นกองทุนหมุนเวียนซื้อยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งใช้มาจนถึงทุกวันนี้ ด้วยข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้นทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในการรักษาพยาบาลกลับยิ่งเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนเกิดมีอุปสรรคในการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ประชาชนจำนวนหนึ่งไม่มาโรงพยาบาล สถิติการไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐน้อยลง เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนของประชาชนทางกระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวความคิดเรื่องการริเริ่มระบบประกันสุขภาพใน สปป.ลาว

3.1 วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพ ใน สปป.ลาว

การริเริ่มระบบประกันสุขภาพของ สปป.ลาว เริ่มจากการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับข้าราชการ เรียกว่า องค์การประกันสังคมภาครัฐ (อปส.) ในปี ค.ศ. 1993 ตามคำสั่ง เลขที่ 178/นย. และคำสั่งเลขที่ 70/นย. ลงวันที่ 20/4/2006 (ฉบับปรับปรุง) เป้าหมายเพื่อคุ้มครองพนักงานรัฐที่ทำงานอยู่ตามองค์การจัดตั้งของรัฐ องค์การจัดตั้งมหาชน ทหาร ตำรวจ ผู้รับเกษียณบำนาญ พนักงานผู้เสียอวัยวะ (ผู้พิการแขนขาจากศึกสงคราม) ติดตามมาด้วยการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับผู้ทำงานตามโรงงานภายใต้การดูแลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมโดยการเริ่มใช้กองทุนประกันสังคมภาคีสถาบันกิจเรียกว่า องค์การประกันสังคม (อปส.) ในปี ค.ศ. 1999 ตามคำสั่งเลขที่ 207/นย. เป้าหมายเพื่อคุ้มครองพนักงานรัฐวิสาหกิจเอกชน และองค์การประกันภัยแห่งประเทศลาว สำหรับการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ เริ่มจากบริษัทประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้สูง (Assurance General du Lao [AGL]) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1990 เป็นการลงทุนร่วมระหว่างรัฐบาลแห่ง สปป.ลาวถือหุ้นร้อยละ 49 และบริษัทประกันภัยของฝรั่งเศส ถือหุ้นร้อยละ 51 (กระทรวงการเงิน, 1990)

3.2 กองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) (Community – Based Health Insurance [CBHI])

ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปมีการเคลื่อนไหวของกระทรวงสาธารณสุขโดยอิงตามแผนแม่บทว่าด้วยการพัฒนาด้านทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาระบบการเงินการคลังสาธารณสุข และแนวทางการแก้ไขความยากจนของประชาชน โดยที่แผนงานสาธารณสุขจัดเป็นหน่วยงานหนึ่งที่สำคัญในแผนแม่บทดังกล่าว จึงได้ริเริ่มโครงการด้านระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีระบบสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งทีมงานไปศึกษาบทเรียนการประกันสุขภาพจากประเทศเพื่อนบ้าน ที่ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศไทย ในปี ค.ศ.1999 ต่อมาในวันที่ 23 ธันวาคม 1999 จึงได้สร้างกฎระเบียบของระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าขึ้นมาเพื่อเตรียมการรองรับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติใน 3 ระบบคือ ประกันสุขภาพของพนักงาน-รัฐกรณ์ ใช้ในปี ค.ศ.2000 ประกันสุขภาพของกรรมกรโรงงาน ใช้และปรับปรุงในปี ค.ศ.2006 และกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) เริ่มตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002 ภายใต้ความช่วยเหลือเงินทุนจากรัฐบาลญี่ปุ่นโดยผ่านกองทุนสหประชาชาติเพื่อความมั่นคงของมนุษย์ (United Nations Human Security Trust Fund, [UNHSTF]) และได้รับความช่วยเหลือทางด้านเทคนิควิชาการจาก WHO ระยะแรกเริ่มดำเนินงานโครงการทดลอง ในปีค.ศ.2002-2004 ได้กำหนดเอา 3 เมืองเป็นจุดทดลองตัวแบบ คือ เมือง สีสัตตะนาถ นครหลวงเวียงจันทน์ 30 บ้านเริ่ม เดือน พฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2002 เมืองน้ำปาก แขวงหลวงพระบาง 23 บ้าน เริ่มเดือน มิถุนายน ปี ค.ศ.2003 เมืองจำปาสัก แขวงจำปาสัก 17 บ้าน เริ่มเดือน กุมภาพันธ์ ปี ค.ศ.2004 ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจจะต้องจ่ายเงินสมทบเป็นรายเดือนทุกเดือน อัตราการจ่ายเงินสมทบแตกต่างกันตามเขต ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภท (ก) เขตนครหลวงและ เขตเทศบาลแขวง จ่ายเงินสมทบมากกว่า และ ประเภท (ข) เขตเทศบาลเมืองจ่ายเงินสมทบน้อยกว่า นอกจากนั้น ยังแตกต่างกันตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือนอีกด้วย กล่าวคือ ครอบครัวยุคใหม่มีจำนวนสมาชิกมากจะต้องจ่ายเงินสมทบมากกว่า อัตราเงินสมทบที่คิดไว้ในระยะการทดลอง เฉลี่ยประมาณร้อยละ 2 ของรายได้ครัวเรือน การจ่ายเงินสมทบนี้ประชาชนสามารถค้างจ่าย ได้เพียง 3 เดือน ถ้าเลยไปถึงเดือนที่ 4 ถือว่าตกออกจากระบบ หรือสิ้นสุดการเป็นสมาชิก กปสช.

ในปี ค.ศ.2004 กระทรวงสาธารณสุขของ สปป.ลาว ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจาก WHO คือ ดร.อาวีวรา รอน ได้ทำการประเมินผลโครงการทดลอง กปสช.ของทั้งสามเมืองที่กล่าวมานั้น ซึ่งได้กำหนดหัวข้อที่ทำการประเมินผล ดังนี้ ด้านการบริหารระบบของหน่วยงานทุกระดับคือ คณะกรรมการการปกครอง กปสช.ระดับกระทรวงจนถึงท้องถิ่น กฎระเบียบกองทุน กปสช. คู่มือสำหรับตรวจสอบบัญชีการเงิน บัตรสมาชิก กปสช. เอกสารลงทะเบียนของสมาชิก และแบบฟอร์มรายงานต่าง ๆ รวมทั้งรวบรวมสถิติการใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเมือง และโรงพยาบาลส่งต่อ

วิธีการประเมินผลกระทำโดยการรวบรวมเอกสารจากแหล่งต่าง ๆ ดังนี้

1. ทบทวนข้อมูลในรายงานประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารกองทุน
2. ทบทวนรายงานผู้ป่วยในพื้นนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่งต่อ และผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล
3. ข้อมูลจากจดหมายส่งตัว
4. เปรียบเทียบข้อมูลเหล่านั้นระหว่างผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นสมาชิก
5. บทรายงานทุก 6 เดือนของคณะกรรมการบริหารกระทรวงสาธารณสุข
6. ทบทวนกิจกรรมปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการประเมินผลเพื่อ

1. ประเมินความมั่นคงของกลไกการเงิน
2. ส่งเสริมความเสมอภาคยุติธรรม
3. อธิบายความสมเหตุสมผลของการใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพของครัวเรือน
4. ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ในการประเมินที่กล่าวข้างต้นคณะผู้ประเมินได้ประเมินเพียงเอกสารของระบบ กปสข. เท่านั้น ยังมีได้ทำการประเมินจากทัศนะของสมาชิก กปสข. ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการมีสมาชิกจำนวนหนึ่งได้ลาออกจากระบบ หรือปล่อยให้หมดสมาชิกภาพไป ตารางที่ 1.1 แสดงตัวเลขความเคลื่อนไหวของสมาชิก กปสข. ของเมื่อน้ำบาก

ตารางที่ 1.1

ความเคลื่อนไหวจำนวนครอบครัวของสมาชิก กปสข. เมื่อน้ำบาก เดือน 6/2003 - 10/2008

ช่วงเวลา	ระยะเวลา	ทั้งหมด	เข้าใหม่	ลาออก	คงเหลือ
06/2003-9/2004	12 เดือน	638	14	0	652
10/2004-9/2005	12 เดือน	652	403	141	914
10/2005-9/2006	12 เดือน	914	274	502	670
10/2006-9/2007	12 เดือน	670	68	167	571
10/2007-4/2008	6 เดือน	571	0	36	535
5/2008-10/2008	5 เดือน	535	0	0	535

ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาจากมุมมองของสมาชิก กปสช. ทั้งกลุ่มที่ยังอยู่ในระบบ และกลุ่มที่ลาออกจากระบบ กปสช. ในประเด็นต่างๆ ดังนี้คือ ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารของสมาชิกเกี่ยวกับ กปสช. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากกองทุนเงินออมในการใช้สิทธิเพื่อรักษาพยาบาล และกฎระเบียบต่าง ๆ ของ กปสช. ตลอดจนสำรวจความพึงพอใจของสมาชิกต่อการบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเมื่อน้ำบาก แขวงหลวงพระบาง สปป. ลาว ภายใต้การดำเนินงาน ระบบกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) รวมทั้งหาปัจจัยที่ทำให้สมาชิกตัดสินใจลาออกจากระบบ กปสช.

4. คำถามวิจัย

4.1 คำถามหลัก

สมาชิก กปสช. มีความพึงพอใจต่อ การบริการสุขภาพภายใต้การดำเนินงาน กปสช. ของโรงพยาบาล เมื่อน้ำบาก แขวงหลวงพระบาง หรือไม่

4.2 คำถามรอง

- 4.2.1 สมาชิก กปสช. เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ กปสช. ในช่องทางใดมากที่สุด
- 4.2.2 สมาชิก กปสช. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลที่อยู่ในกฎระเบียบ กปสช. มากน้อยเพียงใด
- 4.2.3 ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกเกี่ยวกับ กปสช. มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจหรือไม่
- 4.2.4 ปัจจัยใดบ้างที่เป็นสาเหตุการลาออกของสมาชิก กปสช.

5. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของสมาชิก กปสช. ภายใต้การดำเนินงาน กปสช. ของโรงพยาบาล เมื่อน้ำบาก แขวงหลวงพระบาง

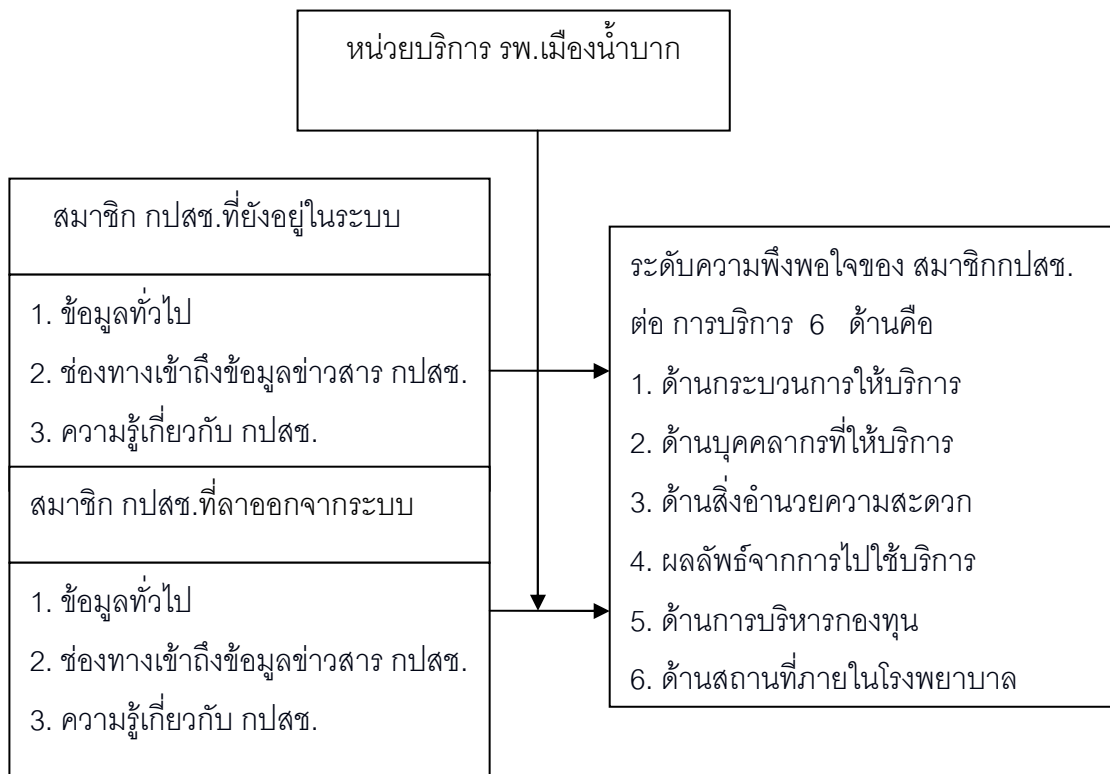
5.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 5.2.1 เพื่อศึกษาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ กปสช. ของสมาชิก
- 5.2.2 เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของสมาชิก กปสช. เกี่ยวกับการใช้สิทธิรักษาพยาบาลที่อยู่ในกฎระเบียบของ กปสช.
- 5.2.3 เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของสมาชิก กปสช. ต่อการบริการที่โรงพยาบาลเมื่อน้ำบากใน 6 ด้านคือ

- ด้านกระบวนการให้บริการ
- ด้านบุคคลากรที่ให้บริการ
- ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก
- ผลลัพธ์จากการไปใช้บริการ
- ด้านการบริหารกองทุน
- ด้านสถานที่ภายในโรงพยาบาล

5.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้สมาชิก กปสช. ลาออกจากระบบ กปสช.

6. กรอบแนวความคิดของการวิจัย



อธิบายกรอบแนวคิด

สมาชิก กปสช. ทั้งกลุ่มที่ยังอยู่ในระบบและที่ลาออกจากระบบไปแล้วต่างได้ไปรับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเมื่อน้ำบาก ปัจจัยด้านตัวแปรต้นต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปทางประชากร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความเข้าใจกฎระเบียบต่าง ๆ จะมีผลต่อตัวแปรตาม คือ ระดับความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ทั้ง 6 ด้าน และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์หรือเป็นสาเหตุของการลาออกจาก กปสช. ของสมาชิกกลุ่มที่ลาออกไปแล้ว

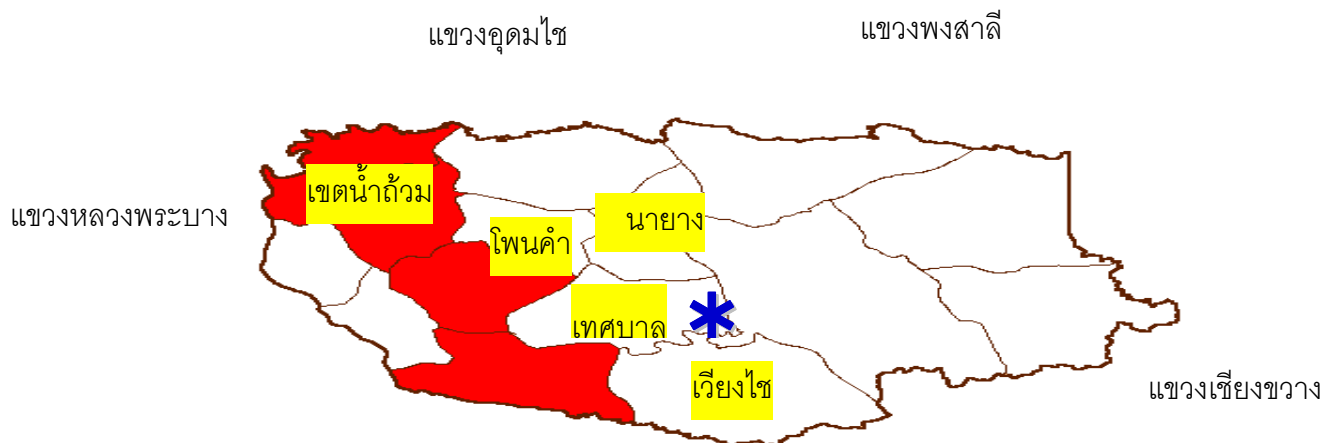
7. ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของสมาชิกกลุ่มที่ยังอยู่ในระบบ กปสช. และกลุ่มที่ลาออกจาก กปสช. แล้วตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549 ถึง กันยายน 2550

ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนกับ กปสช. จำนวน 512 ครอบครัว และครอบครัวที่ลาออกจากระบบ กปสช. จำนวน 167 ครอบครัว ที่อยู่ใน 5 เขตดำเนินการทดลองระบบ กปสช. คือ เขตเทศบาล เขตน้ำถ้วม เขตนาายาง เขตโพนคำ เขตเวียงไซ ในเมืองน้ำบัก แขวงหลวงพระบาง ดังแผนภูมิที่ 1.1

แผนภูมิที่ 1.1

พื้นที่ดำเนินโครงการวิจัยเมืองน้ำบัก



* โรงพยาบาลน้ำบัก

8. ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจาก กปสช. เป็นโครงการของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับประชากรทั่วประเทศ ผู้วิจัยอาจพบข้อจำกัดดังนี้

8.1 อาจมีการย้ายถิ่นฐานของสมาชิก กปสช. หรือย้ายที่พำนักตามฤดูกาลประกอบอาชีพ

8.2 สมาชิก กปสช. อาจไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริงกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหานี้โดยการอบรมครู หรือ นักวิชาชีพอื่นให้เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล มีการซักซ้อมความเข้าใจของผู้ช่วยเก็บข้อมูลในขณะลงทดสอบแบบสอบถาม

8.3 อาจมีการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบของ กปสช. ที่มีผลกระทบ ในระหว่างที่ดำเนินงานวิจัย เช่น รัฐเพิ่มจำนวนเงินสมทบหรือปรับเปลี่ยนการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล

9. ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

9.1 สมาชิก กปสช. ตกลงให้เดินสำรวจและสัมภาษณ์แต่ละครัวเรือนตามวันเวลาที่นัดหมายโดยผู้วิจัยได้ไปพบ ผู้นำชุมชนทั้ง 5 เขตทดลอง และให้ผู้นำชุมชนนำส่งจดหมายแนะนำโครงการวิจัยไปให้ที่บ้านสมาชิก กปสช. ก่อนการเก็บข้อมูล

9.2 หากมีการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบการดำเนินงานของระบบ กปสช. ทางภาครัฐได้มีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลกับประชาชนเรียบร้อยแล้ว

10. คำจำกัดความ

- **ประชากรที่ศึกษา คือ** จำนวนครัวเรือนที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบ กองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) และจำนวนครัวเรือนที่เคยขึ้นทะเบียนกับ กปสช. แล้วลาออกจากระบบ กปสช.

- **กลุ่มตัวอย่าง คือ** ตัวแทนของประชากรที่ได้มาจากการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ 1 กลุ่มสมาชิกที่ยังอยู่ในระบบ กปสช. เป็น “กลุ่มควบคุม” และกลุ่มสมาชิกที่เคยขึ้นทะเบียนแล้วลาออกจาก กปสช. ไปในช่วงเดือนตุลาคม 2549 ถึง เดือนกันยายน 2550 เป็น “กลุ่มศึกษา”

- **โรงพยาบาลเมืองน้ำบว** เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีสุขาภิบาล 4 แห่ง มีเตียงประจำหมู่บ้าน 31 ตู้ มี อสสม. 176 คน จำนวนพนักงานทั้งหมดของโรงพยาบาลมี 64 คน เป็นแพทย์ชั้นสูงทั่วไป (แพทย์ปริญญา) เรียน 7 ปี 6 คน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าและรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ หัวหน้าแผนกต่างๆ มีทันตแพทย์ปริญญาเรียน 5 ปี 1 คน เภสัชกรปริญญาเรียน 5 ปี 2 คน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าและรอง แพทย์ชั้นต้นแผนกเภสัชกรเรียน 2 ปี 2 คน ทำหน้าที่ช่วยงานเภสัช แพทย์ชั้นกลางทั่วไปเรียน 3 ปี 9 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ พยาบาลชั้นกลางเรียน 3 ปี 1 คน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าพยาบาล และพยาบาลชั้นต้นเรียน 2 ปี 1 คน ทำหน้าที่เป็นรองหัวหน้าพยาบาล แพทย์ชั้นต้นทั่วไปเรียน 2 ปี 38 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยพยาบาล แพทย์วิเคราะห์ชั้นกลาง 2 คน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าและรองหัวหน้าห้องปฏิบัติการ และ แพทย์วิเคราะห์ชั้นต้น 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ โดยเฉลี่ยทั่วเมืองเป็นสัดส่วนแพทย์ 1 คนต่อประชากร 2,384 คน สามารถให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแบบครบวงจร มีการอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งวันหยุดราชการ สามารถผ่าตัดกรณีฉุกเฉินได้ เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ไข่เลื่อนหลุดตัน ผ่าคลอดหน้าท้อง ฯลฯ มีอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐาน มีเครื่องตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound) แต่ไม่มีเครื่องถ่ายภาพรังสี การบริการดังกล่าวสามารถรองรับระบบสวัสดิการกองทุนต่าง ๆ ดังนี้

- **กองทุนหมุนเวียนยา** เป็นกองทุนไม่มีผลกำไร โรงพยาบาลรัฐจะต้องจัดหายาที่มีคุณภาพ ในราคาสมเหตุสมผลไว้เพื่อบริการรักษาโรคให้แก่ประชาชนที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยจะต้องจ่าย

การรักษาโดยตรงกับสถานบริการสุขภาพของรัฐ ตามมูลค่าราคาที่กองทุนตั้งไว้ กองทุนดังกล่าวได้ตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1998 โดยรับทุนช่วยเหลือเบื้องต้นจากองค์การสหประชาชาติประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ต้นทุนระยะเริ่มแรกเป็นจำนวนเงินทั้งหมด 4,000 ดอลลาร์สหรัฐ มาถึงปัจจุบันกองทุนดังกล่าวเติบโตมีต้นทุนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนเงิน 30,000 ดอลลาร์สหรัฐ และมีมูลค่ายาในโรงพยาบาลเป็นเงิน 19,000 ดอลลาร์ ที่สามารถรับใช้บริการได้

-กองทุนผู้ยากจน เป็นกองทุนช่วยเหลือครอบครัวที่มีรายได้น้อยในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยได้รับการขึ้นทะเบียนจาก กองทุนผู้ยากจนของรัฐ แต่ละครอบครัวต้องผ่านการตรวจประเมินจากคณะกรรมการกองทุน ตามเงื่อนไขที่กองทุนกำหนดตามเส้นกำหนดความยากจนที่รัฐได้วางไว้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวดังกล่าวไปใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการของรัฐ จะต้องถือบัตรสมาชิกผู้ยากจน พร้อมกับสมุดสะสมโน้ตครัวไปด้วยทุกครั้ง ผู้มีรายได้น้อยจะไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาใด ๆ ในสถานบริการของรัฐ เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้ว รัฐบาลและองค์การช่วยเหลือจะจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลนั้น ๆ โดยอิงตามการสรุปมูลค่ารักษาในแต่ละเดือน

-ระบบจ่ายแบบเพดาน เป็นกองทุนช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่บุคคลผู้ด้อยโอกาส เพื่อช่วยเหลือในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ คือ ประชาชนที่ยังไม่มีระบบกองทุนใด ๆ ไปถึง และ ไม่ได้เป็นสมาชิกครอบครัวยากจน โดยรัฐได้กำหนดเพดานไว้ดังนี้ เด็กน้อย 100.000 กีบ ผู้ใหญ่ 150.000 กีบ เมื่อประชาชนในกลุ่มนี้มารับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐถ้าหากมูลค่ารักษาพยาบาลเกินเพดานที่ตั้งไว้ นั้น โรงพยาบาลรัฐจะให้ผู้ป่วยหยุดการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วโรงพยาบาล จะรับผิดชอบให้การรักษาต่อไปจนกว่าจะหายดีจากโรค หลังจากเสร็จสิ้นการรักษาแล้ว รัฐบาลและองค์การช่วยเหลือจะจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลนั้น ๆ โดยอิงตามการสรุปมูลค่ารักษาในแต่ละเดือนมีการเซ็นสัญญาระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเมืองน้ำบาก กับโรงพยาบาลแขวงหลวงพระบาง

ภายใต้โรงพยาบาลเมืองน้ำบากมีสุขาศาลา 4 แห่ง ใน 4 เขตคือ เขตน้ำถั่วม เขตนายาง เขตภูเกอ และ เขตน้ำงา สมาชิก กปสช.สามารถใช้สิทธิที่สุขาศาลาในเขตตัวเองได้

- **ระบบ กปสช.** เป็นกองทุนที่แบ่งเบา และ ปกป้องระบบการเงินสำหรับการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนที่มีอาชีพอิสระ เข้าเป็นสมาชิกกองทุนด้วยความสมัครใจ ใช้วิธีการจ่ายเงิน แบบผ่อนเข้ากองทุนเดือนละน้อย เวลาเจ็บป่วยมีสิทธิไปรับบริการได้โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาใด ๆ อีก เรียกเต็มว่า กองทุนประกันสุขภาพชุมชน

- **การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ กปสช.** หมายถึงช่องทางในการเข้าถึง และได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นข้อเท็จจริงเช่น ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ที่ กปสช. จัดทำให้ ได้แก่ แผ่นพับ วิทยูป้ายโฆษณา กระดานข่าว และได้รับข่าวสารแบบต่อหน้า ได้สนทนากันแบบปากต่อปาก คือ จากเจ้าหน้าที่ ลงรณรงค์ สมาชิกครอบครัว และ เพื่อนบ้านเล่าสู่กันฟัง ในเรื่องเกี่ยวกับ กปสช.

- **ความรู้เกี่ยวกับ กปสช.** หมายถึง ข้อเท็จจริง ของกฎระเบียบ และสิทธิ เงื่อนไขใน รายละเอียดต่าง ๆ ของ กปสช.ที่ได้รับจากช่องทางต่าง ๆ ได้รับจากการได้ฟัง ได้สังเกตเห็น สามารถรวบรวมความจำเก็บไว้ และแสดงออกมาโดยการจํารายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ กปสช. เมื่อจะไปรับบริการสมาชิกต้องสามารถคิดทบทวนความรู้ความเข้าใจในการใช้สิทธิ เงื่อนไข และ กฎระเบียบของ กปสช.ที่วางไว้ เพื่อใช้สิทธิที่หน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเมื่อน้ำบากได้อย่างถูกต้อง
- **ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพภายใต้ กปสช.** หมายถึงความรู้สึกลงในทางบวก หรือ ทางลบของสมาชิก ต่อบริการภายใต้การดำเนินงาน กปสช.ของโรงพยาบาลเมื่อน้ำบาก แขวงหลวงพระบาง ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 6 ด้านคือ ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านบุคคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านผลลัพธ์จากการไปใช้บริการ ด้านการบริหารงาน กองทุน ฯ และด้านสถานที่ต่าง ๆ ที่ให้บริการ
- **เกณฑ์ความยากจน** รัฐได้กำหนดว่ารายได้โดยเฉลี่ยต่อครัวเรือนทุกครัวเรือนจะต้องอยู่ในระหว่าง 20,400 บาท (5.000.000 กีบ) / ครัวเรือน / ปี เฉลี่ย ประมาณ 1,700บาท (420.000 กีบ) /ครัวเรือน/เดือน จึงจะเป็นครอบครัวพอเพียง หากครัวเรือนใดมีรายได้ต่ำกว่านี้ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ยากจน