

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of Literature)

การประเมินความพึงพอใจของสมาชิกกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) ภายใต้การดำเนินงาน กปสช. ของโรงพยาบาลเมืองน้ำบาก แขวงหลวงพระบาง ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ โดยจัดแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึง รับรู้กระบวนการข่าวสาร และสื่อในการสื่อสาร
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ
4. การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว)
5. การดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) สปป.ลาวและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยที่คล้ายคลึงกันกับ กปสช. ใน สปป.ลาว

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

นิยาม พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒ ให้ความหมายคำ “พอใจ” ว่าเป็นคำวิเศษณ์ แปลว่า รัก หรือ ชอบ

ในภาษาอังกฤษ The Oxford Pocket Dictionary of Current English (2009) [Copyright](#) ให้ความหมายในภาษาอังกฤษว่า “satisfaction” คือ “n. fulfillment of one's wishes, expectations, or needs, or the pleasure derived from this” แปลว่า ความพึงพอใจเป็นคำนามคือ ความยินดีพอใจที่ได้รับเมื่อสมปรารถนาตามความต้องการ หรือตามความคาดหวัง และยกตัวอย่าง เช่น “job satisfaction” ความพึงพอใจในการทำงาน ทั้งงานที่ทำ สถานที่ทำงาน และผลงาน “customer satisfaction” ความพึงพอใจของลูกค้าเมื่อได้รับสินค้าหรือบริการที่สมความตั้งใจ คู่มีค่ากับราคา ฯลฯ

ในแวดวงสาธารณสุข ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction) เมื่อมารับบริการสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญที่แสดงถึงคุณภาพของกระบวนการบริการ สถาบันเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (The Institute of Medicine [IOM], 2001) รายงานเรียกร้องให้มีการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยใน 6 มิติ คือ 1. ความเคารพในค่านิยม ความชอบ และความปรารถนาของผู้ป่วย

2. การประสานงานและการดูแลแบบบูรณาการ 3. การให้ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร และการให้ความรู้ 4. ความสะดวกสบายทางด้านกายภาพ 5. การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก ลดความหวาดกลัว ผ่อนคลายความวิตกกังวล 6. เชื่อมโยงกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเพื่อน ๆ รายงานนี้เน้นความสำคัญของการริเริ่มด้านการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะการปรับปรุงทางด้านคลินิก เพราะประสบการณ์ผู้ป่วยที่มาแต่ละครั้งแตกต่างกันตามความหลากหลาย ของอาการ และการรักษา (report calls for the measurement of six dimensions of patient satisfaction: 1. Respect for patients' values, preferences, and expressed needs; 2. Coordination and integration of care; 3. Information, communication, and education; 4. Physical comfort; 5. Emotional support - relieving fear and anxiety; and 6. Involvement of family and friends. The report also emphasizes the need to focus quality improvement initiatives on specific clinical conditions because patients experience different episodes of care depending on their clinical condition.)

Aday & Andersen (1975, pp. 4-11, 52-80) **กล่าวถึงใน** (เบญจมาศ เลิศชาคร, 2548, น.10-11) ทั้งสองเป็นนักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนจำนวน 4,966 ราย ที่มีต่อศูนย์บริการทางสุขภาพ พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และในปี ค.ศ. 1971 พวกเขายังได้ชี้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่าประชาชนสามารถเข้าถึงได้ การประเมินความพึงพอใจควรประกอบด้วย 6 ประเภท ได้แก่

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)

1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability or care when need)

1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) ซึ่งแบ่งออกเป็น

2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง (Getting all needs at one place)

2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งร่างกายและจิตใจ

(Concern of doctors of overall health)

2.3 แพทย์ได้มีการติดตามการรักษา (Follow – up care)

3. ความพึงพอใจต่ออัยยาศัยและการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การ

แสดงอัยยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและการปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยท่าทีที่

เหมาะสม

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information)

4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาพยาบาล (Information about treatment)

เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนระของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาพยาบาล

2. แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึง รับรู้กระบวนการข่าวสาร และ สื่อในการสื่อสาร

จรัสลักษณ์ (2542: 23-24) กล่าวถึงใน (เบญจมาศ เลิศชาคร, 2548, น.13-14) ได้สรุปแนวคิดของ Klapper เกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสารที่สำคัญ ได้แก่ กระบวนการในการเลือกรับข่าวสาร ซึ่งประกอบด้วยการกลั่นกรอง 3 ชั้น ดังนี้

1. การเลือกเปิดรับ หมายถึง แนวโน้มที่ผู้รับสารจะเลือกสนใจหรือเปิดรับข่าวสารที่สอดคล้องกับความคิดเห็น ความสนใจที่มีอยู่เดิม และพยายามหลีกเลี่ยงข่าวสารที่ไม่สอดคล้องกับทัศนคติและความคิดเห็นของตน ทั้งนี้ เพราะการได้รับข่าวสารที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจหรือทัศนคติที่มีอยู่เดิม จะก่อให้เกิดภาวะความไม่สมดุลทางจิตใจที่เรียกว่า "Cognitive Dissonance" ซึ่งบุคคลอาจลดภาวะความไม่สมดุลนี้ได้โดยการเปลี่ยนทัศนคติ ความรู้หรือพฤติกรรมกรรมการแสดงออก หรือเลือกสรรเฉพาะข่าวสารที่สอดคล้องกับความคิดเดิมของตน

2. การเลือกการรับรู้ เมื่อบุคคลเลือกเปิดรับข่าวสารจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งแล้ว ผู้รับสารจะเลือกรับรู้หรือเลือกตีความหมายของสารนั้น ตามทัศนคติประสบการณ์ ความเชื่อ ความต้องการ ความคาดหวัง แรงจูงใจ สภาวะร่างกาย หรือสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น เป็นต้น ดังนั้น ผู้รับสารจะตีความผิดพลาด หรือบิดเบือนข่าวสารให้มีทิศทางที่ตนเองพึงพอใจ ให้สอดคล้องกับความคิดเห็นความสนใจ หรือทัศนคติที่มีอยู่เดิม

3. การเลือกจดจำ เป็นแนวโน้มในการเลือกจดจำข่าวสารเฉพาะส่วนที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการ ทัศนคติ ของตนเอง ฯลฯ และมักจะลืมในส่วนที่ตนเองไม่สนใจ เรื่องที่ขัดแย้งหรือเรื่องที่ค้านกับความคิดเห็นของตนเอง ดังนั้น การเลือกจดจำเนื้อหาของสารที่ได้รับจึงเป็นการช่วยเสริมทัศนคติหรือความเชื่อเดิมของผู้รับสาร ให้มีความมั่นคงยิ่งขึ้นและเปลี่ยนแปลงยากขึ้น กล่าวคือ ความพร้อมที่จะจดจำสารของผู้รับสารจึงมักเกิดขึ้นกับคนที่พร้อมจะเข้าใจ และพร้อมที่จะลืมสำหรับคนที่ไม่พร้อมจะเข้าใจ

สื่อในการสื่อสาร

มานิตย (2543: 66-68) **กล่าวถึงใน** (เบญจมาศ เลิศชาคร, 2548, น.14-15) กล่าวว่า สื่อเป็นเครื่องมือ หรือช่องทางในการสื่อสารและทำหน้าที่เป็นตัวกลาง เพื่อนำข้อมูลจากรัฐไปสู่ประชาชน อาจปรากฏในรูปแบบของวงสนทนา สมาคมต่าง ๆ สื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น สื่อมีอิทธิพลอย่างมากในการสื่อสาร เพราะสื่อสามารถสร้างเครือข่ายและโน้มน้าวจิตใจผู้รับสารได้ โดยปกติสื่อมวลชนเป็นโครงสร้างการสื่อสารที่มีความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ แต่อย่างไรก็ตามช่องทางสื่อสารอื่น ๆ ก็มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งอาจพิจารณาได้ ดังนี้

1. **องค์กร** ได้แก่ พรรคการเมือง ระบบราชการ สหภาพแรงงาน โรงเรียน เป็นต้น องค์กรแม้จะมีโครงสร้างคล้ายกัน แต่ก็มีศักยภาพในการสื่อสารต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ใช้และรูปแบบของระบบการเมือง

2. **กลุ่ม** แตกต่างจากองค์กรที่มีความมั่นคง ความเป็นสถาบันและความร่วมมือน้อยกว่า การสื่อสารนี้จะปรากฏในกลุ่มครอบครัว กลุ่มเพื่อน ช่องทางการสื่อสารที่เป็นทางการไม่สามารถรวบรวม และวิเคราะห์ข่าวสารได้อย่างเพียงพอ จึงจำเป็นต้องอาศัยกลุ่มช่วย

3. **สื่อมวลชน** สื่อมวลชนทำหน้าที่รายงานข่าวสาร หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ให้ประชาชนได้รับรู้ สื่อมวลชนสามารถเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชนได้เพียงบางส่วนเท่านั้น หากจะให้บรรลุเป้าหมาย สื่อมวลชนต้องประสานความร่วมมือหรือเชื่อมโยงกับช่องทางอื่น ๆ เช่น องค์กร กลุ่ม ช่องทางพิเศษ

4. **ช่องทางพิเศษ** ได้แก่ การแสดงออกต่าง ๆ ของประชาชน เช่น การเดินขบวนประท้วงซึ่งถือเป็นช่องทางพิเศษในการสื่อสาร เพื่อเรียกร้องและรวบรวมผลประโยชน์ของประชาชนเข้าด้วยกันให้ผู้ปกครองหรือรัฐบาลได้รับรู้ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์พิเศษเพียงครั้งคราวเท่านั้น แต่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อกรปฏิบัติหน้าที่ของระบบการเมือง และวิถีทางการเมืองของประชาชน สื่อที่สำคัญในการสื่อสาร สามารถแยกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่

1. **การสื่อสารระหว่างบุคคล** เรียกว่า การสื่อสารด้วยปากเปล่า หรือ การสื่อสารแบบเผชิญหน้ากัน เน้นที่ตัวบุคคลหรือกลุ่มเป็นหลักในการสื่อสาร เช่น บุคคล กลุ่ม องค์กร และช่องทางพิเศษ

2. **การสื่อมวลชน** เน้นที่การใช้สื่อมวลชนเป็นสื่อ หรือเรียกว่าระบบที่ใช้สื่อประกอบด้วยสมาชิกและเทคนิควิธี ซึ่งกลุ่มผู้มีความชำนาญเฉพาะด้านได้ใช้สื่อหรือเครื่องมือทางเทคนิค เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ เพื่อเผยแพร่เรื่องราวไปยังผู้รับสารจำนวนมาก ซึ่งมีใช้คนกลุ่มเดียวและอยู่กระจัดกระจาย

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ

เสริมศักดิ์ และ เอนกกุล (2522: 36) **กล่าวถึงใน** (เบญจมาศ เลิศชาคร, 2548, น.16-17) ได้ให้ความหมายว่า “ความรู้” หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจำ ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการจำได้ (Recognition) การระลึกได้ (Recall) การจำนี้อาจเป็นการจำแนวคิด สิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ส่วน “ความเข้าใจ” นั้นเป็นขั้นตอนที่ถัดมาจากการเกิด “ความรู้” การสื่อความหมายในระดับของการทำความเข้าใจจึงเกี่ยวกับเนื้อเรื่อง วิธีการ ความรู้รวบยอดของเรื่องราวนั้น โดยจะถามแต่เพียงอย่างเดียว หรือครบทั้ง 3 อย่างก็ได้ ถ้าสามารถตอบได้ถูกต้องเรียกว่า เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ถ้านึกไม่ออกเพราะลืมหรือตอบผิดก็เป็นผู้ไม่มีความรู้ความเข้าใจ จึงอาจกล่าวได้ว่า คนที่มีความรู้ความเข้าใจ คือ ผู้ที่จำเนื้อเรื่อง วิธีการ และความรู้รวบยอดของเรื่องนั้นได้ กับสามารถระลึกทั้ง 3 สิ่งนั้นออกมาได้นั่นเอง

4. การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนใน สปป.ลาว

ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ใน สปป.ลาว (คำพิศ คำมะณีวง, 2004.)

ระบบประกันสุขภาพใน สปป.ลาว มี 2 ระบบคือ ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ และระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับมี 2 ประเภท คือ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐกรรม และระบบประกันสุขภาพภาคกรรมกรโรงงาน

ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจมี 2 ประเภทคือ ระบบประกันสุขภาพที่หวังผลกำไรโดยบริษัทเอกชน และระบบประกันสุขภาพที่ไม่หวังผลกำไรโดยภาครัฐ และภาคประชาชน การริเริ่มกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.)

แนวคิดและเป้าหมายของการสร้างกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.)

(คู่มือ กปสช., 2000) เป้าหมายของการสร้าง กปสช.(กฎระเบียบ กปสช. 2005) คือ การสร้างระบบกองทุนประกันสุขภาพชุมชนให้ผู้ใช้บริการทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของผู้ใช้บริการ มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการเปลี่ยนแปลงใหม่ของรัฐบาล ว่าด้วยการแก้ไขความยากจนของประชาชน ใน สปป.ลาว ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิ เสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากจนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่ง สปป.ลาว” อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้าง กปสช.ให้ผู้ให้บริการทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้าน

สุขภาพเพียงอย่างเดียว คงไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ใช้บริการทุกคนมี "สุขภาพดี" หรือมี "สุขภาพะ" ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ผู้ใช้บริการจะมี "สุขภาพดี" ได้นั้น ผู้ให้บริการจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการ ระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า "สุขภาพ" เป็นเรื่องของผู้ใช้บริการทุกคน และเพื่อผู้ใช้บริการทุกคน ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น การสร้าง กปสช. เพื่อให้ผู้ใช้บริการทุกคนมี "สุขภาพดี" จึงจะต้องสนับสนุน การสร้างเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าวให้เกิดขึ้นด้วย

หลักการสำคัญในการสร้าง กปสช.

กระบวนการสร้าง กปสช. ควรให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับผู้ใช้บริการ โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาพะ ตามหลักการสุขภาพดีมีความสุขในการทำมาหากิน การสร้างเศรษฐกิจครอบครัวก็คือการร่วมสร้างเศรษฐกิจของประเทศ

- ผู้ใช้บริการจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ผู้ใช้บริการควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการ ระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน/ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

- สถานพยาบาลทั้งของรัฐที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นเพื่อสร้าง กปสช. ผู้ใช้บริการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

- กปสช. จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่ สถานพยาบาลคู่สัญญาส่งต่อที่ระดับสูงขึ้นไป

- สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น และระดับสุขภาพ ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยตนเอง

- ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้าง กปสช. จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ผู้ใช้บริการมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินไป กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่าย และเป็น การจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพแบบใดก็ตาม

เพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพของประเทศแบบกองทุนเดี่ยวในอนาคต ในระยะนี้อาจจะยังมีหลายกองทุน แต่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน

5. การดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) สปป.ลาว

ได้จัดแบ่งการทบทวนเป็น 3 หัวข้อ คือ แผนงานและขั้นตอนการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) ใน สปป.ลาว รวมทั้งผลการประเมินโครงการระยะทดลองการดำเนินงาน กปสช. ที่เมืองน้ำบัก แขวงหลวงพระบาง และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยที่คล้ายคลึงกันกับ กปสช. ใน สปป.ลาว

แผนงานและขั้นตอนการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) สปป.ลาว

การดำเนินงาน กปสช. แบ่งเป็น 3 ระยะตามแผนแม่บทของกระทรวงสาธารณสุขดังนี้ (คำพิศ คำมะณีวง, 2004)

1. ระยะทดลอง ปี ค.ศ. 2002-2004
2. ระยะขยายผล กปสช ปี ค.ศ. 2005-2010 ให้ครอบคลุม 9 แขวงร้อยละ 10-30
3. เป้าหมายระยะยาวเมื่อถึงปี ค.ศ. 2015 ให้ความครอบคลุมเป็นร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมด และเมื่อถึงปี ค.ศ. 2020 ขยาย กปสช. ให้ทั่วใน 16 แขวง ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 ของประชากรทั้งหมด

ในการสร้างระบบ กปสช. ได้รับความร่วมมือช่วยเหลือ ด้านการเงิน จากรัฐบาลญี่ปุ่น โดยผ่านกองทุนสหประชาชาติเพื่อความมั่นคงของมนุษย์ (UNHSTF) และได้รับความช่วยเหลือด้านเทคนิคและวิชาการจากองค์การอนามัยโลก

ในการริเริ่ม กปสช. ซึ่งประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายสมทบด้วยนั้น ในระยะทดลองนำมาใช้ระหว่าง ปี 2002-2004 ที่โรงพยาบาล 3 แห่ง มีจำนวนประชาชนเข้าร่วมระบบตั้งแต่แรกเริ่ม ดังนี้คือ โรงพยาบาลเมืองสีสัตตะนาท นครหลวงเวียงจันทน์ ครอบคลุมร้อยละ 13 ของจำนวนครอบครัวทั้งหมดในเขตทดลอง ที่โรงพยาบาลเมืองน้ำบัก แขวงหลวงพระบาง ครอบคลุมร้อยละ 33 ของจำนวนครอบครัวทั้งหมดในเขตทดลอง และที่โรงพยาบาลเมืองจำปาสัก แขวงจำปาสัก ครอบคลุมร้อยละ 15 ของจำนวนครอบครัวทั้งหมดใน เขตทดลอง

การดำเนินงาน กปสช. เริ่มจากการตกลง และทำสัญญาระหว่างสมาชิก กับ โรงพยาบาล คู่สัญญาหลักคือ ที่โรงพยาบาลเมือง 3 แห่งที่กล่าวมานั้น และโรงพยาบาลส่งต่อคือ โรงพยาบาลระดับแขวง นอกจากนี้ยังมี สุขศาลาบางแห่ง ที่สามารถใช้เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักได้ การแบ่งปันระบบเงินสมทบของแต่ละโรงพยาบาลมีเกณฑ์ ดังนี้ โรงพยาบาลเมืองที่เป็นคู่สัญญาหลักได้รับเงินสมทบร้อยละ 70 ส่วนโรงพยาบาลแขวงที่เป็นคู่สัญญาส่งต่อจะได้รับร้อยละ

30 ในการไปใช้สิทธิของสมาชิก กปสช . โดยมีข้อกำหนดว่า สมาชิกจะต้องผ่านการตรวจและรับใบส่งตัวจากแพทย์ที่โรงพยาบาลเมืองที่เป็นคู่สัญญาหลักเสียก่อนจึงจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลแขวงที่เป็นคู่สัญญาส่งต่อได้ ยกเว้นกรณีฉุกเฉินซึ่งสามารถเข้าใช้บริการที่ใด ๆ ก็ได้ทันทีโดยจะต้องแจ้งกลับให้โรงพยาบาลเมือง-คู่สัญญาหลักรับรู้ภายใน 48 ชั่วโมง

บทสรุปของผลการประเมินโครงการทดลอง กปสช. (อาวีวา รอน, 2004)

ดร. อาวีวา รอน (2004) ผู้เชี่ยวชาญด้านประกันสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว ได้ทำการประเมินโครงการทดลอง กปสช. ใน 3 เมืองดังกล่าวข้างต้น โดยการทบทวนรายงานต่าง ๆ การใช้แบบฟอร์มและเอกสารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวบรวมสถิติด้านการสมัครเข้าเป็นสมาชิก การไปใช้บริการของสมาชิก และรายละเอียดทางบัญชี การเงินการคลัง ได้สรุปบทเรียนที่ได้จากการทดลองใช้ระบบประกันสุขภาพภายใต้กองทุน กปสช. ดังนี้

ด้านการจัดตั้งโครงการ ด้านการนำใช้กฎระเบียบ กปสช. ด้านการนำใช้เอกสาร รายงานบัญชีต่าง ๆ และสถิติคนไข้ที่มารับบริการ ที่สถานพยาบาล

ข้อดี

- การบริหารระบบทุก ๆ หน่วยงานมีความมั่นคงและแข็งแรงตั้งแต่ระดับบนถึงระดับล่างคือ คณะกรรมการปกครองระดับกระทรวงจนถึงท้องถิ่น
- กฎระเบียบกองทุน กปสช. คู่มือสำหรับตรวจสอบบัญชีการเงิน บัตรกปสช. เอกสารลงทะเบียนของสมาชิก หนังสือคู่มือการตรวจสอบบัญชีของ กปสช. และ แบบฟอร์มรายงานต่าง ๆ ใช้ได้อย่างสมบูรณ์แบบและชัดเจน
- ไม่ล้มละลาย ใน 3 สถานที่ทดลอง
- สถิติการใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเมืองเพิ่มขึ้น

ข้อเสีย

- โรงพยาบาลเมืองคู่สัญญาหลัก และโรงพยาบาลแขวง ซึ่งเป็นคู่สัญญาส่งต่อ มีการขาดทุน
- การขาดทุนของโรงพยาบาลทั้งสองระดับนำไปสู่การประหยัดในการรักษาเพื่อลดต้นทุนให้ต่ำลง ทำให้คุณภาพในการตรวจรักษาไม่ได้ดีเท่าที่ควร

ด้านการเข้าเป็นสมาชิก

ตารางที่ 2.1

แสดงผลสรุปของสมาชิกภาพในแต่ละเมืองที่ดำเนินการทดลอง กปสช.

	สี่สัปดาห์ (เวียงจันทน์)	น้ำบวก (หลวงพระบาง)	จำปาสัก (จำปาสัก)
วัน เดือน ปี	11/2002 (22 เดือน)	6/2003 (15 เดือน)	2/2004 (7 เดือน)
จำนวนครอบครัวเป็นสมาชิกเดือน 7/04	554	645	275
จำนวนบุคคลที่เป็นสมาชิก เดือน 7/04	2,928	3,880	1,569
ขนาดครอบครัว	5.2	6.0	5.7
ร้อยละเป้าหมายครอบคลุมประชากร (ระดับหมู่บ้าน)	13 %	33%	21%
จำนวนสมาชิกตกออกจากระบบ	31%	15%	15%
จำนวนครอบครัวที่จ่ายเงินสมทบซ้ำ	47%	17%	39%

ที่มา: อาวีวา รอน (2004)

ข้อดี

- ภายหลังจากสร้างตั้ง กปสช. ประชาชนสมัครใจเข้าเป็นสมาชิกกองทุนเพิ่มขึ้น
- ระบบ กปสช. สามารถช่วยสมาชิกไม่ให้แต่ละครอบครัวตกเข้าสู่ความยากจน
- อัตราเงินสมทบที่ตั้งไว้เหมาะสม สมาชิกกองทุนมีความสามารถจ่ายได้
- กปสช. ช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพของสมาชิกแต่ละครอบครัวได้

ข้อเสีย

- สมาชิกยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้สิทธิจึงมีการร้องเรียน มาก
- สมาชิกจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ช้า

ปัญหาต่างๆที่พบจากการประเมินผล

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้บริการของสมาชิก สรุปลสถิติผู้ป่วยนอกในตารางที่ 2.2

- สมาชิก กปสช.มาขอรับบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็นไม่สมเหตุสมผลทั้ง ๆ ที่ไม่เจ็บป่วย
- สมาชิก กปสช.มาใช้บริการผู้ป่วยนอกใน 3 เมืองที่เป็นจุดทดลอง และ โรงพยาบาลส่งต่อ มากกว่าความคาดหวังที่ตั้งไว้ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

อัตราการใช้บริการที่ผู้ป่วยนอก (OPD) ของ 3 โรงพยาบาลที่ทดลอง กปสช.

จำนวนครั้ง/คนปี

โรงพยาบาล*	เมืองสีสัດตะนาก	เมืองน้าบาก	เมืองจำป่าสั๊ก
โรงพยาบาลเมือง	1.96	2.14	1.36
โรงพยาบาลแขวง (กรณีส่งต่อ)	0.07	0.03	0.04

*ความคาดหมายที่ตั้งไว้คือ 1 ครั้ง/คนปี

ที่มา: อาวีวา รอน (2004)

ปัญหาที่เกี่ยวกับโรงพยาบาลคู่สัญญาส่งต่อ สมาชิก กปสช.ร้องเรียนว่า

- ท่าทีของแพทย์ พนักงานต้อนรับไม่ดี
- บางโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกไปซื้อยาร้านเอกชนนอกโรงพยาบาล
- พนักงาน และแพทย์จำนวนหนึ่งยังไม่เข้าใจระบบประกันสุขภาพ
- ขัดแย้งกับผลประโยชน์ที่เจ้าหน้าที่เคยได้รับเงินพิเศษจากผู้ป่วย
- ความเคยชินในการเขียนใบสั่งยาแบบเอกาทำไรตามระบบกองทุนหมุนเวียนยา

ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารระบบ กปสช.ระดับเมือง

- พนักงานมีงานเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม แต่ไม่ได้เงินบำเหน็จหรือเงินอุดหนุนเพิ่ม
- จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วม กปสช.ยังน้อย และ การรณรงค์ให้ประชาชนเข้าร่วมเป็นสมาชิกไม่ต่อเนื่อง
- นายบัญชีเก็บเงินขึ้นบ้านไม่ไปตามเวลานัดหมาย ไม่มีความกระตือรือร้นต่อหน้าที่ และ เรียกร้องค่าตอบแทนจากกองทุนสูง

ผู้ประเมินได้สรุปผลว่า ระบบกองทุนประกันสุขภาพชุมชนใน สปป.ลาว สามารถดำเนินต่อไปได้ ดร. อาวีวา รอน ได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ระยะสั้น

- 1.1 กำหนดสมาชิกให้ชัดเจนระหว่าง สมาชิก กปสช. และ สมาชิกประกันสังคม
- 1.2 ขยาย กปสช. และทำให้มีสมาชิกคงอยู่สภาพในระบบมากขึ้น
- 1.3 พยายามทำให้สมาชิกรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับ กปสช. เพื่อให้มีสมาชิกเข้าร่วมระบบมากขึ้น
- 1.4 กำหนดเงื่อนไข สิทธิของการให้บริการรักษาพยาบาลให้ชัดเจน
- 1.5 ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ พนักงานโดยการให้โบนัสเพื่อเป็นแรงจูงใจในการทำงาน

2. ระยะขยายผล เริ่มหลังมกราคม ค.ศ. 2005

- 2.1 ขยายผลของกองทุนฯ ให้ครอบคลุมระดับเมือง
- 2.2 ให้ครอบคลุมประชากรผู้ที่มีรายได้ต่ำ และผู้ยากจนอย่างน้อยร้อยละ 50

3. ระยะยาว

- 3.1 ปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบ
- 3.2 สนับสนุน ช่วยเหลือ และครอบคลุมประชาชนที่ไม่มีความมั่นคงทางการเงิน
- 3.3 สนับสนุนองค์กรบริหารจัดการกองทุนฯ ให้เคลื่อนไหวได้ดี

การดำเนินงาน กปสช.ที่เมืองน้ำบาก แขวงหลวงพระบาง (รายงานประจำปีของเมืองน้ำบาก และของสำนักงานสาธารณสุขเมืองน้ำบาก, 2007)

1. ด้านที่ตั้งภูมิศาสตร์

อำเภอเมืองน้ำบากมีพื้นที่ทั้งหมด 1.700 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของแขวงหลวงพระบาง มีขอบเขตชายแดนติดกับ แขวงพงสาสิทธิ์ทิศตะวันตกเฉียงเหนือและแขวงอุดมไซทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ซึ่งทั้งสองแขวงติดกับประเทศจีน

2. ด้านการปกครอง

เมืองน้ำบากเป็นหนึ่งใน 11 เมืองของ แขวงหลวงพระบาง ประกอบด้วย 11 เขตปกครองท้องถิ่น แต่ละเขตมีหัวหน้า และรองหัวหน้าเขต ในหนึ่งเขตมีจำนวนบ้านเฉลี่ยประมาณจำนวน 7-12 บ้าน (เทียบเท่ากับหมู่บ้านของประเทศไทย) รวมทั้งหมด195 บ้าน แต่ละบ้านมีนายบ้านและรองนายบ้าน

3. ด้านประชากร

มีประชากรทั้งหมด 61,980 คน ในจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 10,313 ครัวเรือน เป็นหญิง 30,645 คน เด็กต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 2.24 เด็กต่ำกว่า5 ปี ร้อยละ12.66 ผู้หญิงอายุ 15 – 45 ปี ร้อยละ 23.4 ประกอบด้วย 3 ชนเผ่าคือ ลาวลุ่มร้อยละ 28.87 ลาวเทิงร้อยละ 53.40 ลาวสูงร้อยละ 17.73

4. ด้านเศรษฐกิจ และสาธารณูปโภค

อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 85 เป็นกรรมกรรับจ้าง ร้อยละ 7 ค้าขาย ร้อยละ 5 ข้าราชการ และนักเรียน ร้อยละ 3 ผลผลิตมวลรวมของเมืองน้ำบาก(GDP) คิดเป็น 360 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี ระบบโครงสร้างพื้นฐานภายในเมืองน้ำบาก ได้แก่ การคมนาคมใช้เส้นทางเลขที่ 13 เหนือ ใช้ระบบไฟฟ้าพลังน้ำจากเขื่อนน้ำงึม และเขื่อนน้ำมอ เขตเทศบาลเมืองมีน้ำประปาใช้ เมืองน้ำบากจัดเป็นทั้งเมืองเกษตรกรรมและเมืองอุตสาหกรรมของแขวงหลวงพระบาง แต่ยังมีครอบครัวที่อยู่ภายใต้เกณฑ์ยากจนอยู่ถึง 1,600 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 15.5 ของครัวเรือนทั้งหมด

5. ด้านสาธารณสุข

เมืองน้ำบากมีสำนักงานสาธารณสุขเขตเมือง 1 แห่ง แบ่งหน่วยงานออกเป็น 3 หน่วยงาน คือ หน่วยงานบริหาร หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ และ หน่วยงานโรงพยาบาลเมือง ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง มีสุขาศาลา 4 แห่งขนาด 5 เตียง มีตู้ยาประจำหมู่บ้าน 31 ตู้ (ดูรายละเอียดในบทที่ 1) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลแขวงหลวงพระบาง

โรงพยาบาลเมืองน้ำบากเป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่ได้รับเป็นจุดทดลองของ กองทุนประกันสุขภาพชุมชนเมื่อเดือนมิถุนายน ปี ค.ศ. 2003 เริ่มทดลองปีแรกในเขตเทศบาลเมือง ถึงเดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 2004 ได้ประเมินผลโครงการทดลอง ปลายปี ค.ศ. 2004-2005 ได้ขยายโครงการทดลองออกไปอีก 4 เขตคือ เขตนาียง เขตน้ำถ้วม เขตโพนคำ เขตเวียงไซ ที่เมืองน้ำบาก จนถึงปัจจุบันยังไม่ได้ขยายต่อไปอีกเนื่องจากตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน กปสช.ที่ผ่านมามีจำนวนสมาชิกที่ลาออกจาก ระบบ กปสช. ดังในตาราง 1.1 หน้า 6

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศ ไทยที่คล้ายคลึงกันกับ กปสช. ใน สปป.ลาว

เกี่ยวกับงานวิจัยดังกล่าวในประเทศ สปป.ลาว ยังไม่มีผู้ใดทำเท่าที่ทบทวนมา เพราะระบบประกันสุขภาพ เพิ่งเริ่มมีขึ้นเพียงระยะใกล้ ๆ ที่ผ่านมานี้ กปสช.ของประเทศ สปป.ลาว สามารถเปรียบเทียบได้กับโครงการบัตรสุขภาพด้วยความสมัครใจของประเทศไทย ซึ่งได้เลิกไปแล้ว ผู้วิจัยสามารถค้นหาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้บ้าง ดังนี้

พิชญางค์ จุแจมยาน (2530) ศึกษาปัจจัยสำคัญบางประการที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการบัตรสุขภาพ: ศึกษาเฉพาะกรณี ต.หนองโรง อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี ได้ศึกษาหาปัจจัยสำคัญบางประการที่สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการบัตรสุขภาพ และ

เป็นการค้นหาการดำเนินงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือกลุ่มประชาชนที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพจำนวน 239 ราย จากจำนวน 481 ราย ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญบางประการที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมใน โครงการบัตรสุขภาพเรียงลำดับตามความสำคัญได้ดังนี้

ผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากการสมัครเข้าเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ การกู้ยืมเงินจากกองทุนไปสร้างส้วม การซื้อขายได้ส่วนลด เงื่อนไขอื่นในการไปขอรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในลักษณะพิเศษกว่าปกติ นับเป็นมูลเหตุจูงใจที่สำคัญยิ่งต่อการมีส่วนร่วมโครงการบัตรสุขภาพโดยมีผลการประสานงาน และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยสนับสนุน สุขภาพอนามัยของสมาชิก และคนในครอบครัวรวมถึงนโยบายเรื่องบัตรสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาล ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการบัตรสุขภาพเช่นกัน แรงผลักดันของผู้มีอำนาจทางราชการ โดยเฉพาะการเข้าไปมีบทบาทต่อโครงการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสูงในท้องถิ่น มีส่วนสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนสนใจโครงการบัตรสุขภาพ

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานยังไม่ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการบัตรสุขภาพแต่อย่างใด เพราะเท่าที่ปรากฏ เป็นลักษณะของการเปิดโอกาสให้ประชาชน ที่เป็นผู้นำของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการบัตรสุขภาพในทุกขั้นตอนมากกว่า ดังนั้นการสร้างรูปแบบสำคัญในการจัดทำโครงการบัตรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ จึงอยู่ที่ความพยายามร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ และ ประชาชน ให้เข้าถึงความหมายของการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน ผู้ร่วมงาน ความพร้อมของหน่วยงาน การคมนาคม นโยบายของหน่วยงาน การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และความจริงจังในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ เป็นสำคัญ

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมในการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ และได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานของระบบโครงการดังกล่าวรวมทั้งได้ทำการประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในหลายภูมิภาค ของประเทศไทย สรุปได้ดังต่อไปนี้

เบญจมาศ เลิศชาคร (2548) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้ใช้บริการที่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในภาพรวม และด้านบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านผลที่ได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับมาก และยังพบจากผลการทดสอบสมมติฐานด้วยว่าผู้รับบริการที่มีอายุและระดับการศึกษาต่างก็มีความพึงพอใจต่อโครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างกัน ยกเว้นเพศ รายได้ และสถานภาพสมรส ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ความรู้เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากแหล่งต่างๆ โดยพบว่า ผู้ใช้บริการความถี่ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากแหล่งต่างๆ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ใช้บริการรับทราบข้อมูลข่าวสารของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจาก โทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาได้แก่ รับทราบข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว จากเพื่อนบ้าน จากวิทยุ และพบว่าผู้ให้บริการรับทราบจากสื่ออินเทอร์เน็ต และจากอินเทอร์เน็ตน้อยที่สุด

ฉัตรภา อุตสม, มธุรส เพ็ชรดี (2548) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของปีงบประมาณ 1 ต.ค.47- 30 ก.ย.48 ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีจำนวน 576 คน พบว่าผู้รับบริการ จำนวน 271 ราย มีความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดทุกรายการ แต่พบว่าความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ ได้รับการชี้แจงขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจนอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 91.88 ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ อาการหรือปัญหาที่ตรวจพบและวิธีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 89.30 ได้รับการที่สะดวก และรวดเร็วอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.93 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2548 ประชาชนมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 2.50 ครั้ง/คนปี (อัตราลดลงร้อยละ 1.57) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน เท่ากับ 0.095 ครั้ง/คนปี (อัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.26) โดยมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.67 (อัตราลดลงร้อยละ 0.19)

วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ของประเทศไทย (ก่อนการเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2544) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บัตรสุขภาพเห็นว่าตนได้รับบริการด้อยกว่าข้าราชการและผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั้งหมด สำหรับผู้มีหลักประกันสุขภาพเห็นว่าผู้มีสิทธิบัตรต่าง ๆ ได้รับบริการไม่ดีเท่ากับผู้ที่จ่ายเงินเอง และมีปัญหาในการขายบัตรสุขภาพเพราะเปลี่ยนกฎเกณฑ์บ่อย ทำให้ประชาชนสับสน ปัญหาในการไปรับบริการคือ ผู้รับบริการไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการ มีการแอบอ้างใช้สิทธิ และไม่พอใจต่อระบบส่งต่อ เรียกร้องบริการที่ไม่จำเป็น เรื่องสิทธิผู้ป่วยบัตรสุขภาพ และบัตร สปร. ถูกปฏิเสธเพราะแพทย์ไม่เข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับภายใต้หลักประกันสุขภาพ การผลัดภาระต้นทุนในบริการที่มีราคาแพงให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ

ปัญหาเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่ใคร่กระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย และไม่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สถานพยาบาลที่กำหนดให้ไม่สะดวกต่อการเดินทาง ระเบียบการส่งต่ออยู่ยาก มีความวิตกกังวลในคุณภาพของยาที่ได้รับ ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรค ผู้รับบริการทุกระบบมีค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่าพยาบาล ภายใต้หลักประกันสุขภาพงบประมาณต่อหัวที่ได้รับจากรัฐสำหรับผู้ป่วยบัตร สปร.น้อย ทำให้สถานบริการมีความลำเอียงในการให้บริการโดยให้น้อยเกินไปสำหรับผู้ใช้สิทธิบางระบบที่เบิกได้น้อย และ มากเกินไปสำหรับผู้ใช้สิทธิบางระบบที่เบิกมาก ผู้รับบริการได้รับผลกระทบจากการที่เจ้าหน้าที่ แพทย์ และพยาบาลได้ค่าตอบแทนน้อย ไม่เป็นแรงจูงใจในการให้บริการ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพของบริการงบประมาณที่ไม่เพียงพอมีผลกระทบต่อมาตรฐานของโรงพยาบาล

Hong Wang, Winnie Yip, Licheng Zhang, Lusheng Wang and William Hsiao. (2005) ได้ทำการสำรวจสมาชิกกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (Community-base insurance [CBI]) ทั้งหมด 4160 คนจาก 1173 ครัวเรือน ซึ่งดำเนินการใน 6 หมู่บ้าน ที่เมืองเฟิงชาน แขวงกุ้ยโจว ประเทศจีน CBI เป็นกองทุนประกันสุขภาพชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะคือ อัตราการจ่ายเงินสมทบต่ำ แต่อัตราการร่วมจ่ายสูง ผลการสำรวจพบประเด็นที่มีความสำคัญมาก 3 ประเด็นดังนี้

1. รายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ CBI ของกลุ่มชนวนาชาวไร่ แม้ว่าจำนวนเงินสมทบจะคิดเป็นสัดส่วนเพียงน้อยนิดของรายได้ในครอบครัว
2. ทั้งรายได้และสถานะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญสองอย่างที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการสาธารณสุข: ผู้มีรายได้ดีกว่า / ผู้ที่ป่วยมากกว่า จะได้รับผลประโยชน์รวบยอด (net benefits) จาก CBI มากกว่า กลุ่มที่ยากจนกว่า / สุขภาพดีกว่า นั่นหมายความว่า คนจนและคนสุขภาพดีกำลังช่วยจ่ายให้คนร่ำรวย และคนเจ็บป่วย
3. ชาวนาชาวไร่ผู้มีฐานะดี ไม่ว่าจะมียุทธฐานะสุขภาพเช่นใด เป็นผู้ได้รับประโยชน์มากที่สุดจาก CBI เพราะอัตราเงินสมทบต่ำผนวกกับอัตราการร่วมจ่ายสูง

วิไลพรรณ อภิวัชรางกูร (2540) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชน: กรณีศึกษาในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรที่ศึกษาคือบุคคลที่ตัดสินใจเข้าร่วม หรือ ไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจหรือหัวหน้าหรือสมาชิกในครอบครัวที่สามารถให้ข้อมูลได้หมู่บ้านละ 15 คน รวม 30 คนในแต่ละหมู่บ้านแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คนคือ กลุ่มที่เป็นสมาชิกโครงการอย่างต่อเนื่อง กลุ่มที่เคยเป็นสมาชิก และกลุ่มที่ไม่เคยเป็นสมาชิก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพไม่ชัดเจน และไม่ถูกต้องนัก โดยทุกกลุ่มให้ความหมายว่าเป็นการประกันชนิดหนึ่งที่เน้นเฉพาะด้านสุขภาพเพียง

อย่างเดียว และบัตรสุขภาพก็เป็นการประกันที่คล้ายกับการประกันชีวิต ซึ่งมีข้อดีตรงที่ถ้าได้นำไปใช้ก็ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ถ้าไม่ได้ใช้ก็ถือว่าเป็นการช่วยเหลือผู้อื่น

สำหรับบริบทเงื่อนไข และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วม และไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิก โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนประกอบด้วย ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้

ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารนั้นพบว่า ประชาชนที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกเพราะได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

สำหรับปัจจัยปัญหาทางสุขภาพและระบบการให้บริการทางสุขภาพนั้น ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยบ่อย และผู้มีโรคประจำตัว รวมทั้งผู้ที่มองว่าอาการป่วยของตนรุนแรง จะสมัครใจเข้าเป็นสมาชิก ส่วนผู้ที่ไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกเพราะประเมินว่าป่วยเล็กน้อย ประโยชน์ที่ได้รับไม่คุ้มค่างบเงินที่จ่ายไป นอกจากนี้เป็นเพราะการไปรับบริการของผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกมีขั้นตอนยุ่งยาก ไม่สะดวก และบางครั้งไม่พบเจ้าหน้าที่ที่จะให้บริการ ด้านศักยภาพ และมีทางเลือกอื่น ๆ ทางด้านการดูแลสุขภาพประชาชนไม่เข้าร่วมเพราะศักยภาพเพียงพอที่สามารถจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

ลักษณะของชุมชนนั้นพบว่า อิทธิพลจากการได้รับการชักชวนจากเพื่อนบ้านที่เป็นสมาชิก ประกอบกับการที่ผู้นำชุมชนที่เป็นแบบอย่างทำให้ตัดสินใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก

สรุปจากการศึกษา และทบทวนแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวมานั้น ผู้ศึกษาได้นำมาประมวลเพื่อประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยจะได้ศึกษาเกี่ยวกับสถานะของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก กปสช. เนื่องจากเป็นผู้ที่ตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมระบบ กปสช. และผู้ลาออกจาก กปสช.ไปแล้ว เพื่อได้รับรู้ปัจจัยหรือสาเหตุของการลาออก เป็นการได้รับข้อมูลที่แท้จริงจากสมาชิก กปสช.ที่ยังคงอยู่ในระบบ และสมาชิกที่ลาออกจากระบบ กปสช.ไปแล้วรวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของสมาชิกกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (กปสช.) ภายใต้การดำเนินงาน กปสช.ของโรงพยาบาลเมืองน้ำบัก แขวงหลวงพระบาง ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ใน 6 ด้าน คือ ความพึงพอใจต่อด้านกระบวนการให้บริการ ด้านบุคคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความพึงพอใจผลลัพธ์จากการไปใช้บริการ ความพึงพอใจด้านการบริหารงานของกองทุน ความพึงพอใจด้านสถานที่ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน กปสช.ของเมืองน้ำบัก แขวงหลวงพระบางต่อไป