

บทที่ 2

แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง การประเมินผลนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค: กรณีศึกษาโรงพยาบาลช้างเผือก จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อประกอบการวิจัยเป็นสำคัญ ดังนี้

- 2.1 ความหมายและทฤษฎีความพึงพอใจ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการน่านโยบายไปปฏิบัติ
- 2.4 แนวคิดและหลักการการดำเนินงานตาม โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค
- 2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ความหมายและทฤษฎีความพึงพอใจ

2.1.1 ความหมายของความพึงพอใจ

ความหมายของคำว่าความพึงพอใจ ได้มีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันไว้หลายท่าน เช่น

Strauss & Sayles (อ้างใน วารินทร์และวันทิพย์ สิ้นสูงสุด, 2541) กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกด้านจิตใจซึ่งสามารถสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้

Apple White (อ้างใน วีรนาถ มานะกิจ, 2543) ให้ความหมาย ความพึงพอใจว่าเป็น เรื่องของบุคคล เป็นความรู้สึกส่วนตัวของบุคคล ความพึงพอใจมีความหมายกว้าง รวมถึงความพึงพอใจสภาพแวดล้อมทางกายภาพด้วย

Millton (อ้างใน ธงชัย สันติวงษ์, 2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นทัศนคติในทางบวกของบุคคลที่มีต่องานที่ทำอยู่

Powel (อ้างใน ธงชัย สันติวงษ์, 2540) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สนุกสนาน ปราศจากความรู้สึกเป็นทุกข์ ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่า บุคคลจะต้องได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุกสิ่งที่ต้องการ แต่ความพึงพอใจนั้น จะหมายถึง ความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลกับการได้รับการตอบสนอง

Victor H. Vroom (อ้างใน สุรเชษฐ์ ทรัพย์สินเสริม, 2541: 10) ได้ให้ความหมาย ของ ความพึงพอใจว่าเป็นผลจากการที่บุคคลนั้น ๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือเข้าไปรับรู้แล้วเห็น พพอใจโดยความหมายรวมความพึงพอใจสามารถแทนความหมายของทัศนคติได้ ซึ่งบางที่เรียกว่า ทฤษฎี V.I.E. เนื่องจากมีองค์ประกอบทฤษฎีที่สำคัญคือ

1. V มาจากคำว่า Valence ซึ่งหมายถึง ความพึงพอใจ
2. I มาจากคำว่า Instrumentality ซึ่งหมายถึง สื่อ เครื่องมือ วิธีทางนำไปสู่ความ พึงพอใจ
3. E มาจากคำว่า Expectancy หมายถึง ความคาดหวังภายในตัวบุคคลนั้น ๆ บุคคลมีความต้องการและมีความคาดหวังในหลายสิ่งหลายอย่าง ดังนั้นจึงต้องกระทำด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เพื่อ ตอบสนองความต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังเอาไว้ ซึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วตามที่ตั้งความหวัง หรือที่คาดหวังเอาไว้ นั้น บุคคลก็จะได้รับความพึงพอใจและในขณะเดียวกันก็จะคาดหวังในสิ่งที่สูง ขึ้น ไปอีกเรื่อย ๆ

Caster Giord (1973 อ้างใน นิธิพัฒน์ พัฒนาการบุตร, 2539: 18) ได้อธิบายความหมาย ไว้ว่า ระดับความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากความสนใจและทัศนคติที่มีต่อบุคคลที่มีคุณภาพและลักษณะ สภาพของกิจกรรม

ปิยะดา ชูณหงส์ และนิพนาท โอพารวรรุติ (2519 อ้างใน พิมพ์ประไพ ดิขวงศ์, 2539: 18) มีความเห็นว่าความพึงพอใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับทัศนคติโดยถือเป็นขั้น พื้นฐานของทัศนคติอันเกิดจากความจงใจที่ดี

Hallar B.Gilmer (1967: 350-384) ได้อธิบายองค์ประกอบของความพึงพอใจว่า ประกอบด้วย

1. ลักษณะทางสังคม (Social Aspects) การมีสัมพันธ์ที่ดีก่อให้เกิดความพึงพอใจใน ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ
2. ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ (Intrinsic Aspects) การมีความสัมพันธ์ที่ดีก่อให้เกิด ความพึงพอใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่ลดความเครียด โดยที่ความเครียดได้รับการตอบสนองและลดลงก็ จะเกิดความพึงพอใจตามมา

Nancy Morse (1953 อ้างใน ทวีพงษ์ หินคำ, 2541: 8) ให้ความหมายของความ พึงพอใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่ลดความเครียด โดยที่ความเครียดได้รับการตอบสนองและลดลงก็จะเกิด ความพึงพอใจตามมา

Phillip Applewhite (1965 อ้างใน สุรเชษฐ์ ทรัพย์สินเสริม, 2541: 9) อธิบายความพึงพอใจว่าหมายถึงความสุข ความสบายที่ได้รับจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นความสุขสบายที่เกิดจากการเข้าร่วมได้รู้ได้เห็นในกิจกรรมนั้น ๆ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจ โดย **Survey Research Center** มหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา (อ้างใน อรุณ รักรธรรม, 2538: 10) ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัย 4 ประการ ที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ คือ

1. ความพึงพอใจในกิจกรรมที่ทำอยู่
2. ความพึงพอใจในงานที่กระทำอยู่
3. ความผูกพันกับหน่วยงาน
4. ความพอใจในตำแหน่งหน้าที่ในกลุ่มกิจกรรม รวมทั้งผลตอบแทนที่ได้รับ

2.1.2 ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

ทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ (Theory of Need Gratification) เป็นทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการของมาสโลว์ (Abraham H. Maslow) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า มนุษย์ทุกคนล้วนแต่มีความต้องการที่จะสนองความต้องการให้กับตนเองทั้งสิ้น และความต้องการของมนุษย์นี้มีมากมายหลายอย่างด้วยกัน โดยมนุษย์จะมีความต้องการในขั้นสูง ๆ ถ้าความต้องการในขั้นต่ำๆ ได้รับการตอบสนองอย่างพึงพอใจ

ลำดับขั้นทั้ง 5 ของ ความต้องการ (Maslow's Hierarchy or Needs) จะเรียงลำดับจาก

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย
2. ความต้องการความปลอดภัย
3. ความต้องการความรักและเป็นเจ้าของ
4. ความต้องการการยอมรับจากกลุ่ม
5. ความต้องการที่จะทำความเข้าใจตนเอง

รายละเอียดของลำดับขั้นตอนความต้องการ ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ และอากาศ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต ถ้ามนุษย์ยังไม่สามารถสนองความต้องการขั้นต้นนี้ได้ จะไม่มีความต้องการในขั้นถัดไป เพราะมนุษย์จะไม่มีเวลาคิดถึงความต้องการอื่น จะคิดเฉพาะสิ่งที่มาสนองความต้องการในขั้นนี้เท่านั้น

2. **ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs)** เราจะรู้สึกปลอดภัย เมื่อสิ่งเรานั้น เป็นสิ่งที่รู้จักมักคุ้น และจะกลัวสิ่งที่แปลก ไปจากเดิม ซึ่งความต้องการนี้จะเห็น ได้ชัดในเด็กเล็ก กล่าวคือ เด็กมักจะชอบอะไรที่เหมือนเดิมมากกว่าการที่จะชอบอะไรที่แปลกๆ และมักจะกลัวสิ่งที่แปลก เช่น กลัวคนแปลกหน้า เพราะเกิดความรู้สึกว่าคนแปลกหน้าจะเป็นอันตราย เราซึ่งเป็น ผู้ใหญ่ บางครั้งก็ไม่ชอบความแปลกใหม่เหมือนกัน

3. **ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging Needs)** คนทุกคนอยากได้รับความรักจากคนอื่น อยากเป็นเจ้าของคนอื่น และในขณะเดียวกันก็อยาก ให้คนอื่นเป็นที่รักและเป็นของใครสักคน เราจะรู้สึกเหงาว่าเหว และขาดความอบอุ่น ถ้ารู้สึกว่าไม่มีใครรักหรือไม่ รู้ว่าจะรักใคร ความต้องการชนิดนี้คนที่ยังขาดมากก็ยิ่งต้องการมาก เช่น คนที่ขาดเพื่อน ขาดพ่อ ขาดแม่ ก็ยิ่งต้องการความรักจากคนอื่นมาชดเชยมากขึ้น

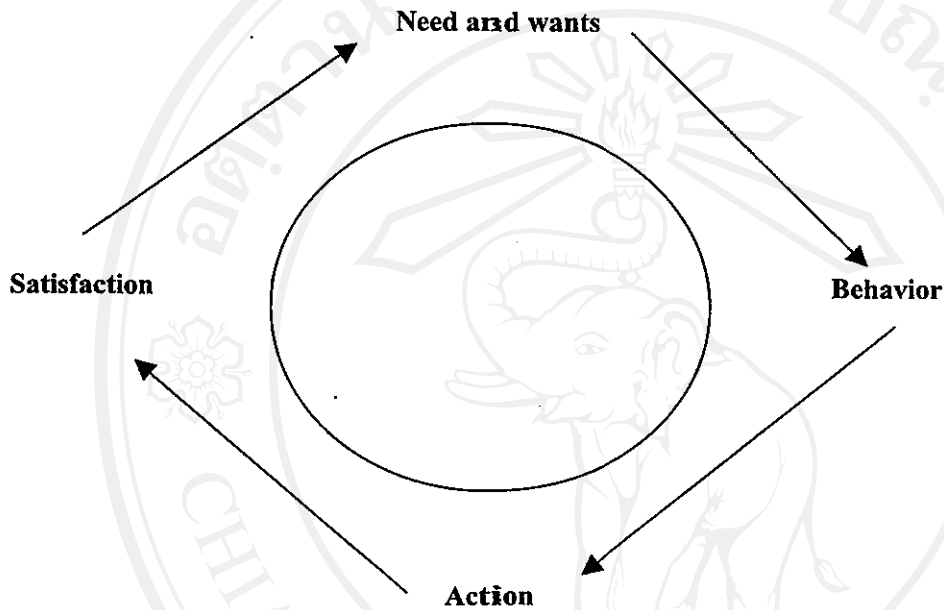
4. **ความต้องการเห็นตนเองมีคุณค่า (Esteem Needs)** ความต้องการที่จะรู้สึกว่าตนเอง มีค่าทั้งในสายตาของตนเองและผู้อื่น ซึ่งความต้องการนี้จะควบคุม ไปด้วยความรู้สึกมั่นใจ ความรู้สึก ว่าตนมีค่า เข้มแข็ง ประสบผลสำเร็จ มีความสามารถพึ่งตนเองได้ มีความก้าวหน้า มีชื่อเสียง ได้รับการยอมรับและความนิยมชมชอบจากคนทั่วไป ซึ่งความรู้สึกนี้จะนำไปสู่ความมั่นใจในตนเอง เห็นว่าตนเองสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น แต่ถ้าความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนองจะก่อให้เกิดความรู้สึกต่ำต้อย ไร้ค่า อ่อนแอ หมดหวัง ไม่มีความหมายในสายตาของคนอื่น

5. **ความต้องการที่จะทำความเข้าใจตนเอง (Need for Self - Actualization)** คือ ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ เข้าใจถึงความสามารถ ความสนใจ ความต้องการของตนเอง ยอมรับได้ทั้งในส่วนที่เป็นจุดอ่อน จุดบกพร่องของตนเองเป็นความต้องการที่แต่ละคนต้องการที่จะเป็นคนชนิดที่เราเป็น ได้ดีที่สุดในสิ่งที่เหล่านี้อธิบายว่าเป็นพื้นฐานในการเลือกอาชีพ ถ้าทำความเข้าใจตนเองได้ถูกต้อง เลือกงานถูก ก็มีความสุข ทำงานได้เต็มความสามารถ แต่ถ้าทำไม่ได้ก็เกิดความรู้สึกขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ตนเองชอบ และงานที่กำลังทำอยู่ตลอดเวลา

ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการไม่สิ้นสุด จากภาพสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคนเราต้องการอยากได้สิ่งใด สิ่งหนึ่ง (Needs and Wants) ย่อมเกิดพฤติกรรม (Behavior) แสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เก็บเงินไว้เดือนละ 500 บาท เพื่อจะซื้อ ก็จะจ่ายในที่สุด เมื่อสะสมเงินครบจำนวนตามราคาสินค้าแล้ว ผสมกับความ ต้องการและอยากได้ก็จะแสดงออกมาในรูปการกระทำ (Action) คือ ตัดสินใจซื้อ เมื่อตัดสินใจซื้อแล้ว จะเกิดความพึงพอใจ และจะมีจุดหนึ่งจะเกิดความพึงพอใจสูงสุด ความพึงพอใจนี้จะค่อยๆ ลดน้อยถอยลงเป็นลำดับ จนกระทั่งเหลือน้อยมากหรือหมดไป ในที่สุด จนกระทั่งเกิดความ ต้องการหรืออยากได้สิ่งใหม่ๆ เกิดขึ้น ความต้องการของคนเราจะ เป็นไปในลักษณะนี้ตลอดไป トラบใดที่คนเรายังมีความต้องการอยู่

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ประกอบการจึงมีการพัฒนา เปลี่ยนแปลงปรับปรุงผลิตภัณฑ์อยู่ตลอดเวลา เท่า
กับเป็นการกระตุ้นให้ลูกค้าเกิดความต้องการสินค้าชนิดใหม่อยู่เสมอ

The Want – Satisfaction Theory or Need – Satisfaction Theory (The W – S Theory)



ภาพที่ 2.1 แสดงทฤษฎีแห่งความต้องการและความพึงพอใจ
ที่มา: อารี พันธุ์มณี (2538: 187)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์

พจนานุกรมทางการแพทย์ (อ้างใน รัชนิวรรณ รัชตประทาน, 2540) ได้กล่าวว่า สถานพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีการจัดเตรียมอาคารสถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์ต่าง ๆ ไว้เพื่อให้บริการในด้านการป้องกันการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคแก่ผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป

Brown (อ้างใน วรางคณา ขาวเพียร, 2540: 68) ได้เขียนบทความเกี่ยวกับบริการของสถานพยาบาลว่าสถานพยาบาลควรให้ผู้ป่วยได้รับบริการหลาย ๆ ด้านอย่างจริงจัง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีเครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทันสมัยให้เพียงพอ และให้เจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ของสถานพยาบาลเข้าใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติดังกล่าว รวมถึงต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุด

Aday and Anderson (อ้างใน กมลทิพย์ เล้าพรพิชยานุวัฒน์, 2544: 28-29) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 พบว่าประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่าย ซึ่งเกิดจากพื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทางการแพทย์ และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับจากบริการ ซึ่งช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่าได้มีการเข้าถึงผู้ใช้บริการมากน้อยเพียงใด

ความพึงพอใจดังกล่าว เกิดจากพื้นฐาน 6 ประเภทต่อไปนี้ คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
 - 1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานการบริการ (Co-ordination) ซึ่งแยกออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่งคือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ
 - 2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออหยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอหยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical Information) แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประเภท คือ
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Care) ได้แก่คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Cost) ได้แก่ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

Penchansky and Thomas (1981: 127-140) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ จำแนกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้สะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ หรือมีการประกันสุขภาพ (Affordability)
5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) ซึ่งรวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ป่วยด้วย

John D. Millet (1954: 397-400) ได้กล่าวเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ หรือความสามารถที่จะพิจารณาว่าบริการนั้นเป็นที่พึงพอใจหรือไม่ โดยวัดจาก

1. การให้บริการอย่างเท่าเทียม คือการบริการที่มีความยุติธรรม เสมอภาค และเสมอหน้าไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะเป็นใคร
2. การให้บริการรวดเร็วทันต่อเวลา คือการให้บริการตามลักษณะความจำเป็นเร่งด่วนและความต้องการของผู้ป่วย
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ คือความเพียงพอในด้านสถานที่ บุคลากร วัสดุและอุปกรณ์ต่าง ๆ
4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะหายขาด
5. การให้บริการที่มีความก้าวหน้า คือการพัฒนางานบริการทางด้านปริมาณและคุณภาพให้มีความเจริญก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การมุ่งสนองต่อความต้องการของประชาชนและสังคมโดยรวม จำเป็นจะต้องเริ่มจากความสามารถในการกำหนดปัญหาที่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้ ซึ่งโดยทั่วไปมักจะปรากฏออกมาในเรื่องของนโยบายสาธารณะ นโยบายสาธารณะเมื่อถูกกำหนดขึ้นมาแล้ว สิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อมาก็คือ การนำนโยบายสาธารณะนั้น ไปสู่ภาคการปฏิบัติให้บังเกิดผล แต่ในอดีตที่ผ่านมา นโยบายที่ผ่านกลั่นกรองมาแล้วจนอาจถือได้ว่าเป็นความคิดที่ดีเด่น เมื่อมีการนำไปปฏิบัติจริง ๆ ปรากฏว่าบังเกิดความล้มเหลวเป็นส่วนใหญ่ การขาดความสนใจในการศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Public policy implementation) จึงถือได้ว่าเป็นอุปสรรคอย่างสำคัญต่อการพัฒนาการวิเคราะห์นโยบาย ตัวการปรับปรุงการปฏิบัติงานในโครงการให้ดีขึ้น และแน่นอนต่อการเพิ่มสมรรถนะของรัฐในการสนองต่อความต้องการของสังคมส่วนรวมให้ได้มากยิ่งขึ้น

วรงค์ จันทรร (2539: 193) กล่าวถึง การนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของความสามารถที่จะผลักดันให้การทำงานของกลไกที่สำคัญทั้งหมดสามารถบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นการแสวงหาคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือสภาพแวดล้อมความจริงที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อที่จะศึกษาบทเรียนพัฒนาแนวทาง และสร้าง กลยุทธ์ เพื่อที่จะปรับปรุงนโยบายและการปฏิบัติให้ดีขึ้น และเพื่อที่จะทำการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บังเกิดความสำเร็จ

Mazmanian and Sebatier (1989) กล่าวว่า เป็นเหตุการณ์และกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งรวมทั้งความพยายามที่จะจัดการให้เกิดผลกระทบต่อประชาชน และเหตุการณ์ ซึ่งไม่เพียงแต่จะรวมเอาพฤติกรรมของผู้บริหารเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงข่ายของแรงต่างๆ ในทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกี่ยวข้องและกระทบต่อแผนงาน เน้นกระบวนการเรียนในการนำเอานโยบายพื้นฐานทั่วไปมาดำเนินการให้ลุล่วงไป นโยบายพื้นฐานอาจอยู่ในรูปของกฎหมาย คำพิพากษาศาล คำสั่งของรัฐบาล หรือมติคณะรัฐมนตรีก็ได้

Gorge Edwards (อ้างใน ภคพร โสภ โณตร, 2546) กล่าวว่า การนำเอานโยบายไปปฏิบัติว่าเป็นขั้นตอนของการกำหนดนโยบายระหว่างการกำหนดนโยบาย กับผลต่อเนื่อง (consequences) ของนโยบายที่จะมีผลกับประชาชน ถ้านโยบายนั้น ๆ ไม่มีความเหมาะสม แนวทางที่เสนอมาเพื่อแก้ไขปัญหา ก็คงไม่สัมฤทธิ์ผล ไม่อาจแก้ไขปัญหาได้ อย่างไรก็ตามแม้แต่นโยบายที่ถูกกำหนดมาเป็นอย่างดี แต่ถ้านำเอานโยบายนั้นๆ ไปใช้ไม่มีประสิทธิผลพอก็ย่อมทำให้จุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ไม่อาจบรรลุได้เช่นกัน การนำเอานโยบายไปปฏิบัตินั้นประกอบด้วย การกำหนด

แนวทางปฏิบัติ การรวบรวมข้อมูล การสรรหา และคัดเลือกบุคคล กำหนดหน่วยงาน การวางแผน ในอนาคต รวมถึงการต่อรองกับประชาชนบางกลุ่ม เป็นต้น

Larmy Gerston (อ้างใน ภคพร โสภ โฉนดร, 2546) กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นเรื่องการแปลงรูป (Conversion) ของแผนงานอย่างมีสำนึกไปสู่การปฏิบัติที่เป็นจริง แม้ว่าการ นำเอานโยบายไปปฏิบัติจะเป็นขั้นตอนท้าย ๆ ของกระบวนการนโยบายก็ตาม การนำไปใช้จำเป็นต้อง พึ่งพาองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีมาก่อนหน้านั้นด้วย การจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติ ประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่าง ๆ หลายอย่าง กล่าวคือ องค์ประกอบของกลไกกระตุ้นให้ เกิดวาระพิจารณา การร่วมมือประสานงาน เป็นต้น

Mibrey Mclaughlin (อ้างใน ภคพร โสภ โฉนดร, 2546) เน้นกระบวนการขององค์การที่ต่อ เนื่องเป็นพลวัต ซึ่งได้รับการปรุงแต่ง และหล่อหลอมโดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายและกลยุทธ์ ของนโยบายกับสภาพขององค์การที่รับผิดชอบในการดำเนินการให้สำเร็จลุล่วง กล่าวอีกนัยหนึ่ง การนำนโยบายไปปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายนโยบาย โดยพยายาม ปรับเปลี่ยนประนีประนอมระหว่างเป้าหมาย และกลยุทธ์ที่กำหนดไว้กับข้อจำกัด เงื่อนไขและ สภาพที่แท้จริงของหน่วยปฏิบัติ

Ronald Ripley and Grace Frankin (1982) ชี้ว่าลักษณะสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการแปลง นโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติมีอยู่ 5 ประเด็นที่สำคัญคือ

1. มีผู้เกี่ยวข้องสำคัญ ๆ มากมาย
2. ผู้เกี่ยวข้องล้วนมีวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย และมักแตกต่างกัน
3. นโยบายและโครงการของรัฐบาลมักขยายใหญ่โตขึ้นทุกวัน
4. หน่วยงานในหลายระดับ จากหลายกระทรวง ทบวง กรม มีส่วนร่วมในการดำเนินการ
5. มีปัจจัยหลายประการที่สำคัญมาก และอยู่นอกเหนือการควบคุม

2.3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในทัศนะของ Donald S. Van Meter and Carl E. Van Horn (1975: 4) ได้กล่าวว่าปัจจัย หรือตัวแปรสำคัญ 6 ประการ ที่มีผลต่อการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ และมีความสำคัญต่อ ผลลัพธ์ของนโยบายมีลักษณะสำคัญโดยทั่วไป ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของนโยบาย สิ่งแรกที่สำคัญที่สุด คือ การแบ่งแยกให้ชัดเจนว่าวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายมีอะไรบ้าง ทั้งนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์เป็นเกณฑ์ใช้ประเมินความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจึงทำหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นกรอบ

กำหนดแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ วัตถุประสงค์เป็นส่วนขยายเป้าหมายรวมของนโยบายให้ชัดเจนแจ่มแจ้งยิ่งขึ้น ทำให้เป้าหมายมีลักษณะเป็นรูปธรรมที่ง่ายต่อการจินตนาการและเข้าใจ

2. ทรัพยากรนโยบาย หมายถึง งบประมาณ และผลประโยชน์ตอบแทนอื่น ๆ ที่จะเป็นตัวเร่งให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการแปลงนโยบายโดยทั่วไปทรัพยากรที่มักเป็นปัญหาคืองบประมาณ หลายครั้งงบประมาณอาจไม่เพียงพอ

3. การสื่อสาร และการทำให้ปฏิบัติตามนโยบายระหว่างองค์กรต่าง ๆ การสื่อสารต้องถูกต้อง รวดเร็ว ต่อเนื่อง และไม่มีการปิดบังข่าวสารระหว่างกัน นอกจากนั้นภายในหน่วยงานเดียวกันการสื่อสารก็ต้องมีประสิทธิภาพด้วย การแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจะประสบความสำเร็จได้ หากหน่วยงานต่าง ๆ มีกลไกและขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน สามารถเพิ่มความเข้มแข็งไปได้ที่ผู้ได้บังคับบัญชาหรือลูกน้องปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องและส่งเสริมวัตถุประสงค์ของนโยบาย

4. คุณสมบัติของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการปฏิบัติประกอบไปด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 4.1 จำนวนบุคลากรและความสามารถของบุคลากร
- 4.2 ระดับของการควบคุมตามลำดับชั้นบังคับบัญชาหน่วยงานย่อย ๆ
- 4.3 ทรัพยากรทางการเงิน
- 4.4 ความสำคัญของหน่วยงาน
- 4.5 ระดับของการสื่อสารแบบเปิดรวมถึงการติดต่ออย่างเสรีระหว่างบุคลากรระดับเดียวกันและต่างระดับกัน
- 4.6 สายสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

5. สภาพสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง คำถามที่ควรพิจารณาหาคำตอบให้ได้ เมื่อต้องการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติบรรลุผล

- 5.1 ทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่มีอยู่เพียงพอหรือไม่
- 5.2 การแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลกระทบอะไรบ้าง
- 5.3 ประชาชนในเขตพื้นที่ดำเนินการมีความเห็นอย่างไรบ้างต่อการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ
- 5.4 ผู้นำในพื้นที่ดำเนินการเห็นด้วยหรือคัดค้าน
- 5.5 ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่นิยมชมชอบพรรคการเมืองใด และพรรคการเมืองนั้นมีความเห็นในเรื่องนี้อย่างไรบ้าง
- 5.6 กลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวสนับสนุนหรือคัดค้านอย่างไร

6. คุณสมบัติของบุคลากรที่รับผิดชอบในการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ควรเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้น ๆ และต้องมีทักษะทางการเมืองด้วยและต้องไม่มีความขัดแย้งกับค่านิยมพื้นฐาน

2.3.2 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ วรเดช จันทรร (2537: 535-550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งเชื่อมโยงระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบาย แผนงานและโครงการไปปฏิบัติ โดยได้นำเสนอตัวแบบ (Model) หรือแนวทางการศึกษารวม 6 ตัวแบบ คือ

1. **ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล (Rational Model)** เป็นการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มุ่งเน้นการสร้างประสิทธิภาพในการวางแผนและควบคุม โดยคำว่า “ยึดหลักเหตุผล” หมายถึงความจำเป็นขององค์กรที่จะดำเนินงานในฐานะที่เป็น “rational value maximizes” ซึ่งมีพฤติกรรมที่เน้นวัตถุประสงค์เป็นแนวทางเพื่อให้องค์กรสามารถสร้างผลงาน ได้ใกล้เคียงกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์หลักมากที่สุด โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารจะกำหนดตารางกิจกรรม วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และเป้าหมายในการปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมทั้งทำการมอบหมายงานแก่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สร้างระบบวัดผลในการดำเนินงาน การสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัลตอบแทน และการลงโทษที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน

2. **ตัวแบบทางด้านการจัดการ (Management Model)** ตัวแบบนี้ให้ความสนใจที่สมรรถนะขององค์การเพราะเชื่อว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับองค์การที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ว่ามีขีดความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความคาดหวังเพียงใด โครงการที่จะประสบผลสำเร็จได้จึงจำเป็นต้องอาศัยโครงสร้างขององค์การที่เหมาะสม บุคลากรที่อยู่ในองค์การจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและเทคนิคเพียงพอ นอกจากนี้ องค์การยังจะต้องมีการวางแผนเตรียมการหรือความพร้อมเป็นอย่างดีทั้งทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และงบประมาณ ซึ่งหน่วยงานที่มีขีดสมรรถนะภายในค่อนข้างสูง โอกาสที่จะนำเอานโยบายไปปฏิบัติอย่างประสบผลสำเร็จย่อมมีความเป็นไปได้ค่อนข้างมาก ซึ่งผลดังกล่าวจะในทางตรงกันข้ามเมื่อหน่วยงานนั้นมีขีดสมรรถนะภายในค่อนข้างต่ำ

3. **ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์การ (Organization Model)** เป็นการศึกษาปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติในแง่ของการสร้างความผูกพันและการยอมรับ เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการทางจิตวิทยาและสังคมมนุษย์ เป็นเรื่องของการนำตัวแบบทางการพัฒนาองค์การมาประยุกต์ใช้โดยตรงเน้นการมีส่วนร่วมกับองค์การเป็นสำคัญ โดยมองว่าการมีส่วนร่วมจะทำให้เกิด

การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ อันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ ดังนั้น สิ่งที่จะทำให้บังเกิดความสำเร็จจึงน่าจะเป็นเรื่องของการจูงใจ การใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างทีมงานมากกว่าการมุ่งใช้การควบคุมหรือใช้อำนาจทางรูปนัยของผู้บังคับบัญชา

4. ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic Process Model)

ตัวแบบนี้พยายามจะสร้างกรอบการมองหาสภาพความเป็นจริงทางสังคมขององค์การ เชื่อว่าอำนาจขององค์การไม่ได้อยู่ที่ตำแหน่งทางรูปนัย แต่อำนาจที่แท้จริงกระจายอยู่ที่วงศ์การ คือ สมาชิกขององค์การทุกคนมีอำนาจในแง่ของการใช้วิจารณ์ อนุญาต โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าราชการที่มีหน้าที่ต้องติดต่อกับประชาชนอย่างใกล้ชิดสามารถใช้วิจารณ์ อนุญาต ในการปฏิบัติหน้าที่ของตน โดยที่ผู้บังคับบัญชาไม่อาจควบคุมได้ ตัวแบบนี้ความล้มเหลวมักเกิดจากผู้กำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรซึ่งอาจเป็นข้าราชการ หรือประชาชนผู้มีส่วนร่วม จำเป็นที่พัฒนามาจากเบื้องล่าง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจสภาพความเป็นจริงและพฤติกรรมการปฏิบัติสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ อย่างแจ่มชัด

5. ตัวแบบทางการเมือง (Political Model) ตัวแบบนี้เชื่อว่า ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดจากความสามารถของบุคลากรที่เป็นตัวแทนขององค์การ และความสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกขององค์การ ตัวแบบนี้เห็นว่าการสร้างสมานฉันท์ และวิธีการของการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นยาก ความขัดแย้งเป็นปรากฏการณ์ธรรมดาที่เกิดขึ้นในองค์การและในระบบสังคมทั่วไป การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเป็นเรื่องของการเผชิญหน้า การบริหารความขัดแย้ง การแสวงหาความสนับสนุน การโฆษณาชวนเชื่อ การรู้จักสร้างเงื่อนไขและหาข้อต่อรองในการจัดสรรทรัพยากร ความเป็นไปได้ที่การนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีความสำเร็จ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการเจรจา สถานะอำนาจ และทรัพยากรที่มีอยู่ที่ใช้ เป็นเครื่องมือในการต่อรองของบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์การ ดังนั้นความสามารถในการเจรจาดูเหมือนจะประนีประนอม การแสวงหาแรงสนับสนุนจากกลุ่มภายนอกในการนำเอานโยบายไปปฏิบัติกับบุคคล หรือกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบาย

6. ตัวแบบทั่วไป (General Model) ตัวแบบนี้ให้ความสำคัญต่อบังคับ 3 ปัจจัย คือ กระบวนการในการสื่อสารข้อความ ปัญหาทางด้านสมรรถนะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และความร่วมมือสนับสนุนของบุคลากร กล่าวคือ กระบวนการสื่อสารข้อความ ประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับความเข้าใจของบุคลากรว่าตนเองควรจะทำอย่างไรบ้างซึ่งความเข้าใจจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความชัดเจนของนโยบาย กิจกรรมต่าง ๆ

ปัญหาทางด้านสมรรถนะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับความสามารถของหน่วยปฏิบัติว่าจะสามารถทำงานให้เป็นไปตาม

วัตถุประสงค์ของนโยบายเพียงใด ซึ่งความสามารถนี้ขึ้นอยู่กับความพอเพียงของทรัพยากร กิจกรรมงูใจ คุณภาพบุคลากร ภาวะผู้นำ ความสำคัญของหน่วยงาน และสถานะเศรษฐกิจ สังคม การเมืองทั่วไป

ความร่วมมือสนับสนุนของบุคลากร ประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคลากรเอง ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความภักดีของบุคลากรของบุคคล ต่อองค์การ ผลประโยชน์ส่วนตัว และความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงจากวิธีการปฏิบัติงานที่ทำอยู่เดิม

สำหรับการศึกษาเรื่องการประเมินผลนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค: กรณี ศึกษาโรงพยาบาลช้างเผือก จังหวัดเชียงใหม่ จะใช้ตัวแบบซึ่ง ผสมผสานระหว่างตัวแบบ 2 ตัวแบบ ได้แก่ ตัวแบบทั่วไป และตัวแบบทางการจัดการ เป็น กรอบในการศึกษาครั้งนี้

2.3.3 ปัญหาการนำนโยบายไปปฏิบัติ

วรเดช จันทรศร (2543: 49 – 65) ได้แยกแยะให้เห็นถึงลักษณะของปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติที่เด่นชัดและเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น กรอบของการเสนอ จะครอบคลุมถึงปัญหาต่าง ๆ รวม 5 ด้านหลักด้วยกัน ซึ่งได้แก่

1. ปัญหาด้านสมรรถนะ

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไม่ว่าจะนโยบายนั้นจะเป็นประเภทใดก็ตาม อาจกล่าวได้ว่า โดยส่วนหนึ่งย่อมขึ้นอยู่กับว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสามารถในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้นได้มากน้อยแค่ไหน และเพียงใด ดังนั้น ปัญหาหลักด้านหนึ่งของการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงได้แก่ ปัญหาทางด้านสมรรถนะ ปัญหาดังกล่าวจะมีมากน้อยเพียงใดยังขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยอีกหลายประการ ดังนี้

1.1 ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคลากร ปัญหาทางด้านสมรรถนะจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหลายประการ

เงื่อนไขประการแรก นโยบายที่จะถูกนำไปปฏิบัตินั้นต้องการบุคลากรจำนวนเท่าใด ต้องการบุคลากรประเภทใด และต้องการบุคลากรที่มีคุณสมบัติอย่างไร

เงื่อนไขประการที่สอง บุคลากรที่ต้องการเหล่านั้นมีอยู่ในระบบราชการหรือไม่ หากมีอยู่แล้ว บุคลากรที่ต้องการเหล่านั้นมีคุณภาพ ความรู้ ความสามารถที่จะปฏิบัติตามนโยบายนั้น

ได้หรือไม่ หน่วยราชการที่มีบุคลากรเหล่านั้นอยู่ ยินดีที่จะให้บุคลากรเหล่านั้นมาเป็นผู้ร่วมปฏิบัติ ในนโยบายนั้น หรือไม่

เงื่อนไขประการที่สาม หากไม่มีบุคลากรที่ต้องการเหล่านั้นอยู่ในระบบราชการ หรือมีไม่พอ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะสามารถหาบุคลากรจากภาคเอกชนได้หรือไม่ จะมีความสามารถ หรือวิธีการดึงดูดบุคลากรเหล่านั้นให้ปฏิบัติงานในนโยบายหรือโครงการได้อย่างไร

1.2 ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวกับเงินทุน ปัญหาทางด้านสมรรถนะจะมีมากขึ้นหาก หน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติถูกจำกัดโดยเงื่อนไขของการใช้เงินทุน ซึ่งข้อจำกัดในการใช้เงินนั้นมีมาก หรือมีระเบียบข้อบังคับไว้มากจนขาดความยืดหยุ่นก็จะยิ่งเป็นการบั่นทอนสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น ในประการสำคัญ หากหน่วยปฏิบัติมีความต้องการที่จะใช้เงินเพิ่มมากขึ้นกว่าที่กำหนดไว้เป็นไปได้หรือไม่เพียงใด ที่รัฐบาลหรือหน่วยงานจากส่วนกลางจะสามารถให้การตอบสนองได้ทันต่อเวลาหรือทันท่วงที หากไม่สามารถตอบสนองได้ ความล่าช้าในการปฏิบัติก็อาจจะเกิดขึ้น และอาจจะมีผลมาถึงความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยส่วนรวมได้

1.3 ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนปัจจัยทางด้านวิชาการ หรือเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องในนโยบาย ปัญหาทางด้านสมรรถนะจะทวีมากขึ้นถ้าหาก หน่วยที่รับผิดชอบไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอ หรือทันต่อเวลา ในบางกรณี การปฏิบัติตามนโยบายนั้นมีลักษณะที่ต้องใช้วิชาการหรือเทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

2. ปัญหาทางด้านการควบคุม

ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยการส่วนหนึ่ง ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุม ซึ่งหมายถึงความสามารถในการวัดความก้าวหน้าหรือผลการปฏิบัติของนโยบาย แผนงาน หรือโครงการ มีผลงานเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเพิ่มขึ้น ถ้าหากว่าผู้รับผิดชอบในนโยบายนั้นขาดความสามารถที่จะทำการวัดผลหรือควบคุมผลงานของหน่วยปฏิบัติ ปัญหาทางด้านการควบคุมจะมีมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่าง ๆ หลายประการ

เงื่อนไขประการแรก ขึ้นอยู่กับความสามารถของหน่วยที่รับผิดชอบในการแปลงนโยบายว่าจะสามารถแปลงนโยบายนั้น ๆ ออกมาเป็นแนวทางปฏิบัติ แผนงาน หรือโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของนโยบายเพียงใด

เงื่อนไขประการที่สอง ขึ้นอยู่กับว่ากิจกรรมของนโยบาย แผนงาน หรือโครงการนั้นมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพียงใด

เงื่อนไขประการที่สาม ขึ้นอยู่กับการที่หน่วยปฏิบัติจะมีการกำหนดภารกิจ ตลอดจนมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงานรวม แผนงาน หรือโครงการนั้นเพียงใด

3. ปัญหาทางด้านความร่วมมือและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

จากการสำรวจผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า มีเงื่อนไขหรือเหตุผลหลัก ๆ อย่างน้อย 7 ประการที่มีผลทำให้สมาชิกในองค์กรหรือหน่วยปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือหรือต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากนโยบายนั้น ๆ กล่าวคือ

- 1) สมาชิกในองค์กรหรือหน่วยปฏิบัติ เห็นว่า นโยบายนั้น ไม่ได้มาจากรากฐานความต้องการของตนที่แท้จริง (Felt need) หรือไม่ได้เห็นความสำคัญของนโยบายนั้น
- 2) สมาชิกในองค์กรหรือหน่วยปฏิบัติทำการต่อต้านเพราะเห็นว่า นโยบายนั้นมีผลทำให้ดุลยพินิจในการปฏิบัติงานตลอดจนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานประจำของตนต้องเปลี่ยนแปลงไป
- 3) หัวหน้าของหน่วยงานปฏิบัติไม่ได้ให้ความสนับสนุนในนโยบายนั้น
- 4) สมาชิกในองค์กรหรือหน่วยปฏิบัติทำการต่อต้าน เพราะเห็นว่า การปฏิบัติตามนโยบายนั้นจะส่งผลทำให้งบประมาณ อัตรากำลังของหน่วยงานต้องลดลงในระยะยาว อีกทั้งยังอาจจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนในภารกิจและหน้าที่ของบุคลากรอย่างขนานใหญ่
- 5) สมาชิกในองค์กรหรือหน่วยปฏิบัติเห็นว่า นโยบายนั้นถูกกำหนดขึ้นโดยฝ่ายบริหารที่ไม่เข้าใจว่าสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของผู้ปฏิบัติเป็นอย่างไร

6) สมาชิกในองค์กรหรือหน่วยงานปฏิบัติไม่เห็นด้วยกับสาระ หรือวิธีปฏิบัติในโครงการหรือนโยบายนั้น เพราะไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

7) สมาชิกในองค์กรหรือหน่วยปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือและต่อต้านเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจว่าจะปฏิบัติตามนโยบายนั้น อย่างไร

4. ปัญหาทางด้านอำนาจและความสัมพันธ์กับองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากเรื่องของอำนาจและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติกับองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือปัจจัยย่อยหลาย ๆ ประการ

1) **เงื่อนไขประการแรก** การนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีความยากลำบากมากขึ้น ถ้าหากการทำงานของหน่วยปฏิบัติจะต้องผ่านขั้นตอนการควบคุมกลั่นกรอง จากหน่วยงานที่ควบคุมนโยบายมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น หรือจนทำให้การปฏิบัติงานขาดความยืดหยุ่น ในบางกรณีปัญหาจะยิ่งมากขึ้น ถ้าหากความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยดังกล่าวมีระดับไม่ราบรื่น กล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การขออนุมัติดำเนินการใดๆ ของหน่วยปฏิบัติอาจจะไม่ได้รับความเห็นชอบจากหน่วยเหนือ ซึ่งจะมีผลทำให้หน่วยปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการได้ นโยบายในภาพรวมก็อาจจะเกิดความเสียหาย

2) **เงื่อนไขประการที่สอง** ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องแสวงหาความร่วมมือ พึงพาหรือทำความเข้าใจกับหน่วยงานหลักอื่น ๆ ยิ่งนโยบายใดมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือ พึงพาหรือทำความเข้าใจกับหน่วยงานหลักอื่น ๆ มากเท่าใดแล้ว โอกาสที่การนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จก็จะมีน้อยลงเท่านั้น ทั้งนี้เพราะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมักมีทัศนภาพ วัตถุประสงค์หลัก ตลอดจนมีความตระหนักในความเร่งด่วนของนโยบายที่แตกต่างกันออกไป ในบางกรณีแม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีความเห็นพ้องต้องกัน ในวัตถุประสงค์ของนโยบาย แต่ก็อาจจะมีความไม่เห็นพ้องต้องกัน ในด้านวิธีการที่จะบรรลุนโยบายก็ได้ ความไม่เห็นพ้องต้องกันนี้อาจจะนำมาสู่ความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน และความล้มเหลวมาสู่นโยบายก็ได้

3) **เงื่อนไขประการที่สาม** เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกรณีที่จะต้องมีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (หากวิธีการบรรลุนโยบายนั้นกำหนดให้มียุทธศาสตร์ร่วมกัน) ความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีแนวโน้มสูงขึ้น ถ้าหากเจ้าหน้าที่ของแต่ละหน่วยไม่สามารถทำงานร่วมกันได้ ปัจจัยที่ผลที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าวมีหลาย ๆ ปัจจัย นับตั้งแต่ความแตกต่างระหว่างสภาพแวดล้อมของหน่วยงานแต่ละแห่ง รูปแบบของการบริหารที่แตกต่างกันของแต่ละหน่วยงาน เป้าหมายหลักของหน่วยงานที่แตกต่างกันและ โครงสร้างของระบบการให้รางวัลที่แตกต่างกัน

5. ปัญหาทางด้านความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญ

นโยบายใดก็ตาม ถ้าหากปราศจากเสียงสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญแล้ว ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติก็อาจจะเกิดขึ้นได้ ในบางกรณี ปัญหาดังกล่าวอาจลุกลามส่งผลไปถึงความล้มเหลวของนโยบายนั้น โดยตรงก็ได้ โดยนัยดังกล่าว ความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญ ซึ่ง ได้แก่ กลุ่มอิทธิพล กลุ่มผลประโยชน์ นักการเมือง ข้าราชการระดับสูง ตลอดจนสื่อมวลชน ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก องค์กรหรือบุคคลสำคัญดังกล่าวอาจให้ความสนับสนุนทางการเมือง เงินทุน งบประมาณ ตลอดจนสร้างอุปสรรคต่อต้าน เตะถ่วงหรือคัดค้าน ได้ตลอดเวลาไม่น้อยแตกต่างกันไป ตามภาวะอำนาจและสถานการณ์ โดยความยากลำบากของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีอย่างน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1) **ประการแรก** ผู้รับผิดชอบหรือหน่วยราชการที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับฝ่ายการเมืองและฝ่ายบริหารหรือไม่ บ่อยครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลในฝ่ายการเมืองและฝ่ายบริหาร ความผูกพันของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ที่มีต่อนโยบายมักจะเปลี่ยนแปลงไป การขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจึงมักเป็นเงื่อนไขที่นำมาซึ่งอุปสรรคของนโยบายนั้นไม่มากนักน้อย ซึ่งถ้านักการเมืองหรือฝ่ายบริหารผู้ใดมีอำนาจทางการเมืองสูงพอที่จะมีอิทธิพลต่อนโยบายก็จำเป็นที่จะต้องระวังและตระหนักไว้อย่างมาก

2) **ประการที่สอง** กลุ่มอิทธิพล กลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่นมีความเข้าใจ ตลอดจนสูญเสียประโยชน์ในนโยบายนั้นเพียงใด ในบางกรณี การสูญเสียประโยชน์และการขาดความเข้าใจในนโยบายอย่างเพียงพอ อาจนำมาซึ่งปัญหาหรือทำให้กลุ่มเหล่านั้นทำการต่อต้านคัดค้านนโยบายได้

3) **ประการที่สาม** เงื่อนไขของระดับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในนโยบายกับสื่อมวลชนก็มีความสำคัญอย่างมาก หากขาดซึ่งความสัมพันธ์หรือความเข้าใจอันดี สื่อมวลชนก็อาจจะใช้อิทธิพลของตนที่มีอยู่โจมตีหรือทำลายความน่าเชื่อถือของนโยบายเสียก็ได้

4) **ประการที่สี่** บุคคลสำคัญในระดับท้องถิ่นและระดับชาติให้ความสนับสนุนในนโยบายนั้นเพียงใด บางครั้งผู้บริหารโครงการก็จำเป็นต้องอาศัยบุคคลสำคัญในท้องถิ่นนั้น ซึ่งได้แก่ ภิภุ (เจ้าอาวาสในท้องถิ่นนั้น) ทำการเทศน์ สร้างความเข้าใจให้กับประชาชน ในภาพรวมจึงถือว่าเงื่อนไขความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กร หรือบุคคลสำคัญมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.4 แนวคิดและหลักการการดำเนินงานตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

2.4.1 ความหมายและกรอบแนวคิด

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน ไม่ใช่เป็นรัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน (Public Assistance) ทั้งนี้โดยเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมาย

บัญญัติ...” โดยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีกรอบแนวคิด ดังนี้ (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2544: 4)

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ
3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้บริการต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality accreditation)
4. ระบบประกันสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary care) เป็นจุดบริการด่านแรกที่ทำให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น
5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider network)
6. ระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดวิกฤตการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)
7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2.4.2 วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544: 2) ได้ทำการศึกษาวิจัย และสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพขึ้นมา จนนำไปสู่การเกิดแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้กำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ไว้ 4 ประการด้วยกัน โดยที่ต่อมาทางรัฐบาลได้หยิบยกนำเอาเนื้อหาบางส่วนนั้นมาใช้ร่วมกันกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลเอง (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาประกาศบังคับใช้ กล่าวคือ

1. ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคตามสิทธิทางกฎหมายแล้วยังคำนึงถึงด้านสังคมที่เป็นธรรม การกระจายภาระค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า และโอกาสการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพอเสมอกัน และเพื่อให้ประชาชนไม่ต้องกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อจะไปใช้บริการทางการแพทย์ และได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมีคุณภาพ และได้มาตรฐานการรักษาที่เสมอภาคไม่มีการแบ่งแยก

2. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) คือ ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการหลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

3. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ระบบการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัด และคุ้มค่า มีระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัด โดยเน้นการบริการผ่านสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Networks)

4. การสร้างสุขภาพให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Healthcare) ที่เป็นบริการส่งเสริมป้องกันภัยต่อสุขภาพ

2.4.3 ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ (2544: 11) ได้กล่าวในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดเชียงใหม่ 30 บาทรักษาทุกโรคถึงความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังนี้

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในหมวดสิทธิ และเสรีภาพ มาตรา 52 และในหมวดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่กำหนดว่า การรับบริการทางสาธารณสุขของประชาชนจะต้องได้มาตรฐาน เป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

2. ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ดังเช่นตัวเลขทางสถิติที่รายงานว่าร้อยละ 30 ของประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเอง และร้อยละ 60 เคยเดือดร้อนทางการเงินเมื่อเจ็บป่วยหนัก และในบางกรณีค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้

3. แม้ว่าการเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชนจะทำได้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการลดรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมี โอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจนในทางหนึ่งด้วยเช่นกัน

4. ประชาชนไทยจำนวน 20 ล้านคน ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ เลขส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใด ๆ ที่จะประกันมาตรฐานคุณภาพ และการบริการ

5. ในระบบตลาดเสรี ประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูล และความเข้าใจเพียงพอที่จะซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งประชาชน ยังขาดอำนาจต่อรองใด ๆ จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระซื้อบริการสุขภาพ โดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนมีความต้องการในการได้รับการประกันสุขภาพแล้ว ข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชน

6. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพได้รับการบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม หรือผู้ที่ฐานะยากจน รู้สึกด้วยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า

เมื่อทราบวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามสมควรแล้ว ต่อไปจะกล่าวถึง ลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดี กับ ภาพลักษณ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ ตามที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้มากมาย พิจารณาได้ดังนี้

2.4.4 ลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดี

ประเวศ วะสี (2544: 6) ได้สรุปลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีไว้คือ

1. ประชาชนสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล

2. มีการบริหารจัดการที่จัดความซับซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติ และป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (Conflicts of Interest) โดยมีระบบตรวจสอบ และคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกฎ กติกา ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้ หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบ

3. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (Claim Processing) การตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

4. ต้องเป็นระบบการบริการที่อยู่บนศีลธรรมพื้นฐาน คือการเคารพศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะคนเล็กคนน้อย คนยากจน

5. ต้องเป็นระบบที่เรียนรู้และปรับตัวได้ ระบบบริการสุขภาพต้องมีฐานอยู่ในความรู้จริง (Knowledge-based Health Care System) ต้องให้ความสำคัญกับการวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้จริง

2.4.5 ภาพลักษณ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์

จากรูว์มันน์ บุษราคัมรุหะ (2544) ได้กล่าวถึงภาพลักษณ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ไว้ดังนี้

1. ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal Coverage) ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเท่าเทียมกัน โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยถือเป็น สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน
2. ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (Cost Effectiveness) โดยให้ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคล และครอบครัว ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักเป็นระยะ ๆ ด้วย
3. ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นการสนับสนุนให้ประชาชน และใช้สถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้บ้าน หรือ ที่ทำงานแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำตัว และครอบครัว สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านจะทำหน้าที่เป็น Gate Keeper ที่เชื่อมโยงไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ หรือระดับอื่น ๆ ในระบบต่อไป ประชาชนที่ไม่ใช้บริการตามขั้นตอนดังกล่าวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง รวมถึงสนับสนุนให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้าน กับสถานพยาบาลระดับอื่น ร่วมกันให้บริการในลักษณะเครือข่าย (Provider Network) โดยสามารถเป็นเครือข่ายร่วมของภาครัฐ และภาคเอกชนได้

2.4.6 โครงสร้างองค์กร

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข (2544: 30-38) ได้กล่าวถึงระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ว่า

ในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนที่จะมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และ “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นเพื่อดูแลการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเฉพาะนั้น กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบฝ่ายปฏิบัติการรับผิดชอบการบริหารและการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

2.4.7 องค์การบริหารระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานประกันสุขภาพจะมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบวิธีการในการขึ้นทะเบียนและออกบัตร การจัดสรรงบประมาณ และการบริหารจัดการโครงการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพและคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ

ส่วนจังหวัด กำหนดให้มีคณะกรรมการเพื่อดำเนินในพื้นที่ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนฝ่ายวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนประชาชนหรือภาคประชาสังคม โดยให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ โดยสอดคล้องกับนโยบายและแผนด้านสุขภาพของประเทศ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่กำหนดหลักเกณฑ์ และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วยบริการตามกรอบนโยบายที่กำหนด

2.4.8 มาตรฐานสถานบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดในการจัดบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยบริการ 3 ระดับ ได้แก่ บริการขั้นปฐมภูมิ บริการขั้นทุติยภูมิ และบริการขั้นตติยภูมิ ในการกำหนดมาตรฐานบริการได้มีการกำหนดมาตรฐาน บริการขั้นต่ำของบริการทั้ง 3 ระดับ โดยเป็นมาตรฐานภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชนได้มีการกำกับดูแลมาตรฐาน โดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 อีกชั้นหนึ่ง

2.4.9 หน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการภายใต้ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไป ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการให้บริการประเภทผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาจะต้องมีประชากรขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัวหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการ

กรณีจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่สามารถจัดบริการได้ครบทุกประเภท โดยมี แพทย์ และบุคลากรสาขาต่าง ๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา โดยตรง หรือเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (Main contractor) ส่วนหน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการได้ครบทุกประเภท หรือมีบุคลากรที่ไม่ครบตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนดเรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิรอง (sub contractor) จะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาหลักได้เว้นแต่จะรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการ ได้ครบ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่าย หน่วยบริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูง หน่วยบริการระดับนี้อาจเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ

ทั้งนี้ หน่วยบริการแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

จากประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่องคุณสมบัติมาตรฐานของหน่วยบริการรวมทั้งการจัดเครือข่ายของหน่วยบริการตามระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2544 ได้กำหนดว่าหน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการของเอกชน ที่จะขึ้นทะเบียนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 จะต้องเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และมีคุณสมบัติตามมาตรฐานของหน่วยบริการ และเครือข่ายของหน่วยบริการรวมทั้งการจัดเครือข่ายของหน่วยบริการ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. มาตรฐานเบื้องต้นของคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP)

สถานบริการที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านขีดความสามารถ การจัดหน่วยบริการ บุคลากร การจัดการ อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ และระบบการส่งต่อ

1.1 **ขีดความสามารถ** สามารถให้บริการผสมผสานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีบริการด้านยา การตรวจชันสูตรพื้นฐาน โดยต้องมีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

1.2 การจัดหน่วยบริการ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิหลักและหน่วยบริการปฐมภูมিরองต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปรับบริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์ซึ่งในระยะเริ่มต้นอาจจัดไม่ได้ครบตามมาตรฐานทั้งหมดแต่จะต้องมีแผนพัฒนาที่ชัดเจน ในกรณีที่หน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาล ในระยะปีแรกให้สามารถจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลได้ 1 หน่วย รับผิดชอบประชากรที่ขึ้นทะเบียนไม่เกิน 30,000 คน และให้มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 หน่วย ครอบคลุมประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ

1.3 บุคลากร ต้องมีบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนบุคลากรขั้นต่ำต่อประชากร ดังนี้แพทย์ 1: 10,000 ทันตแพทย์ 1: 20,000 พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1: 1,250 เกษีกรทำหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง ทั้งนี้ในพื้นที่ที่มีแพทย์และ / หรือทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติแทน (กรณีแพทย์ไม่เพียงพอ) และ / หรือทันตภิบาล (กรณีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ) ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด

1.4 การจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสมเพื่อความต่อเนื่องความสะดวก รวดเร็ว และคุณภาพของการบริการต่าง ๆ

1.5 อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบป้องกันการติดเชื้อ (Sterile System) มีอาคารสถานที่ที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งมียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

1.6 ระบบการส่งต่อ มีระบบการส่งต่อเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับอื่น เพื่อการบริการอย่างต่อเนื่อง

การส่งต่อผู้มีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ที่หน่วยบริการอื่น เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จนถึงที่สุดการรักษา ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้ (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2544: 36)

1.6.1 การส่งต่อ ต้องเป็นไปตามเหตุผลทางการแพทย์และสมรรถนะของหน่วยบริการ โดยคำวินิจฉัยของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และเป็นไปตามสายการส่งต่อของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.6.2 การส่งต่อของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปตามลำดับในสายการส่งต่อ ดังนี้

การส่งต่อไปรับบริการบริการทางการแพทย์ข้ามอำเภอ (นอกจากส่งไปหน่วยบริการที่ระบุในบัตร) ในจังหวัดเดียวกัน ให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ออกหนังสือส่งต่อ

การส่งต่อไปรับบริการบริการทางการแพทย์ข้ามจังหวัด (นอกจากส่งไปหน่วยบริการที่ระบุชื่อในบัตร) ให้โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัด เป็นผู้ออกหนังสือส่งต่อ เว้นแต่การส่งจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังหน่วยบริการในอีกจังหวัดหนึ่งนั้น จะสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากกว่า โรงพยาบาลชุมชนนั้นจะออกหนังสือส่งต่อก็ได้

การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้โรงพยาบาลศูนย์เป็นผู้ออกหนังสือส่งต่อ เว้นแต่การส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน จะสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากกว่า หรือทราบแน่ชัดว่า โรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ในสายการส่งต่อตามปกติมีสมรรถนะไม่พอเพียง หรือไม่เหมาะสมกับการรักษาโรคเฉพาะทางนั้น

1.6.3 การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ หรือหน่วยบริการอื่นนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ออกหนังสือส่งต่อ และส่งไปได้เฉพาะกรณีที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลเฉพาะทางนั้นแล้วเท่านั้น

1.6.4 ในกรณีที่เห็นว่าสมควรส่งต่อไปรับบริการทางการแพทย์ที่หน่วยบริการอื่น หน่วยบริการที่ส่งต่อต้องให้คำแนะนำแก่ผู้มีสิทธิ หรือญาติถึงเหตุผลความจำเป็นและอำนวยความสะดวกในการส่งต่อ

2.4.10 งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาล (แนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545)

1. งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็น

งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อประชากร (เฉพาะประชาชนที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาของข้าราชการซึ่งมีประมาณ 46.6 ล้านคน) ทั้งนี้แยกเป็นรายละเอียดดังนี้

1.1 งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล 934 บาทต่อคนต่อปี

- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 574 บาทต่อคนต่อปี
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 303 บาทต่อคนต่อปี

- ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 32 บาทต่อคนต่อปี
- ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25 บาทต่อคนต่อปี

1.2 งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 175 บาทต่อคนต่อปี

1.3 งบลงทุน (คิด 10% ของ 4.1.1) 93.40 บาทต่อคนต่อปี

สำหรับงบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาลจริงจะเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร โดยนอกจากนี้งบประมาณสำหรับการลงทุนแล้วยังกันงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (รวม 150.40 บาทต่อประชากร) จากยอดเงิน 1,202.40 บาท ไว้เป็นกองทุนที่ส่วนกลางซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะทำหน้าที่บริหารงบกองทุนดังกล่าว ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับระยะเปลี่ยนผ่านในปีงบประมาณ 2545 งบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่ จะแยกงบประมาณหมวดเงินเดือนที่จะจ่าย ให้กับสถานพยาบาลของรัฐไว้เป็นการเฉพาะ โดยสถานพยาบาลของรัฐจะได้รับจัดสรรงบประมาณตาม อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร คูณ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน หักด้วย งบประมาณหมวดเงินเดือน สำหรับสถานพยาบาลของเอกชนจะได้รับจัดสรรงบตาม อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร คูณ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน

2. ทางเลือกในการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลมี 2 ทางเลือกหลักๆ คือ

รูปแบบที่ 1 การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม (inclusive capitation) โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยใน ให้หน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการ ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยบริการระดับต้นจะต้องตามจ่าย แต่กรณีมีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ กสพ. กำหนด กรณีผู้ป่วยใน จะตามจ่ายในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

รูปแบบที่ 2 การจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยบริการระดับต้น (capitation for ambulatory care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริหารที่ กสพ. โดยจ่ายให้สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs with global budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพ ที่ส่วนกลาง

2.4.11 การกำหนดผู้มีสิทธิ

ผู้มีสิทธิ ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ แต่ต้องไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น เช่น

บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

หมายเหตุ บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลบุคคลที่มีบัตรประกันสุขภาพที่บัตรหมดอายุและบุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบว่าด้วยเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ถือเป็นผู้ใช้สิทธิตามระเบียบฉบับนี้เพราะปีงบประมาณ 2545 ไม่มีการจัดเงินงบประมาณสนับสนุนตามระเบียบสำนักนายกฯ หรือระเบียบกระทรวงการคลัง อีกแล้ว

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้น

2.4.12 การขึ้นทะเบียนออกบัตรให้แก่ผู้มีสิทธิ

1. ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเป็นผู้สำรวจและขึ้นทะเบียน หรือ
2. บุคคลที่ประสงค์จะได้อำนาจไปยื่นคำขอขึ้นทะเบียน
3. นำสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลคนเดียวกัน
4. ให้เจ้าหน้าที่คัดกรองคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ
5. ให้เจ้าหน้าที่อธิบายสิทธิที่จะได้รับหรือไม่ได้รับตามระเบียบ
6. โดยปกติเจ้าหน้าที่จะกำหนดให้หน่วยบริการในพื้นที่ตำบล อำเภอที่ผู้มีสิทธิมีชื่ออยู่ เป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว ยกเว้นแต่คณะกรรมการจังหวัดจะกำหนดเป็นอย่างอื่น
7. มอบบัตรให้แก่ผู้มีสิทธิ
8. ผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนและมีบัตรแล้ว อาจขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการกำหนด

2.4.13 การรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ

1. ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวหรือเครือข่ายหน่วยบริการ
2. กรณีอุบัติเหตุ ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้
3. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด
4. การไปรับบริการกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกที่หน่วยบริการซึ่งไม่ใช่หน่วยบริการประจำครอบครัว ให้หน่วยบริการนั้น หรือผู้ที่เกี่ยวข้องต้องแจ้งให้หน่วยบริการประจำครอบครัวทราบทันที
5. กรณีที่ไม่มีการแจ้งให้หน่วยบริการประจำครอบครัวทราบ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลัง 72 ชั่วโมงแรก หรือค่าใช้จ่ายที่เกินอัตราที่คณะกรรมการกำหนด ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย
6. ผู้มีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ ต้องร่วมจ่ายค่าการบริการทางการแพทย์เป็นจำนวนเงินสามสิบบาทในแต่ละครั้ง เว้นแต่ การรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรค
7. คณะกรรมการอาจกำหนดให้ผู้มีสิทธิ ไม่ต้องร่วมจ่ายค่าการบริการทางการแพทย์ได้

บริการทางการแพทย์ที่คุ้มครอง

ความคุ้มครองค่าการบริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการดังต่อไปนี้
(แนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545)

1. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค
 - การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
 - การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
 - การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
 - การวางแผนครอบครัว
 - วัคซีนไวรัสเฮดส์ กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
 - การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล และครอบครัว

- การให้คำปรึกษา (Counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

- การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะ และลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

2. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงที่สุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ

3. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีบุตรมีชีวิตอยู่

4. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ

5. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

6. ยา และเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

7. การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

8. การบริการทางการแพทย์หรือค่าใช้จ่ายอื่น นอกจาก 1 – 7 ที่คณะกรรมการ

กำหนด

บริการทางการแพทย์ที่ไม่คุ้มครอง

การให้บริการทางการแพทย์ ตามข้อ ไม่รวมถึงค่าบริการและค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

1. โรคจิตกรณี่ที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

3. อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วย

การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

4. การรักษาภาวะการมีบุตรยาก

5. การผสมเทียม

6. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

7. การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากบ่งชี้ทางการแพทย์

8. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

9. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

10. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

11. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

12. ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้นกรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

13. การบริการทางการแพทย์อื่นนอกจาก 1 – 12 ตามที่คณะกรรมการกำหนด

การเก็บค่าธรรมเนียม

ในการใช้บริการของผู้มีสิทธิ หน่วยบริการจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้งของการไปรับบริการทางการแพทย์

2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานการศึกษาดังที่จะกล่าวต่อไปนี้จะแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อ คือ

2.5.1 ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการ

2.5.2 ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.5.3 ผลงานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์

2.5.1 ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการ

นาริรัตน์ เลกะกุล (2543) ได้ประเมินผลโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจดีถึงผลดีของการนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาปฏิบัติ แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับทัศนคติต่อโครงการแล้ว กลับพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ของทุกสายงาน มีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งทั้งนี้ สาเหตุเกิดจาก

1. ความไม่พร้อมของระบบงาน จากสภาพหน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นองค์กรขนาดใหญ่มากองค์กรหนึ่ง ซึ่งมีบุคลากรถึง 5 พันกว่าคน ปฏิบัติงานอยู่ในระบบราชการ ซึ่งมีความคล่องตัวน้อย การปฏิบัติงานต่าง ๆ ต้องเป็นไปตามระเบียบ และแนวทางต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าอย่างเคร่งครัด บางครั้งจึงก่อให้เกิดความล่าช้าและยากต่อการปฏิบัติ

2. ความแตกต่างของบุคลากร จากจำนวนบุคลากร 5 พันกว่าคน ที่มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะงานที่ปฏิบัติ ระดับความรู้ และสิ่งที่สำคัญคือความแตกต่างของทัศนคติต่อการทำงาน ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อความร่วมมือและความสำเร็จของงาน

ภคพร โสภโณตร (2546) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทฯ) ไปปฏิบัติ โดยศึกษาจากโรงพยาบาลในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติค่อนข้างที่จะมีประสิทธิผล อยู่พอสมควร คือจากตัวชี้วัดประสิทธิผลที่ตั้งไว้สามประการนั้นได้รับการนำไปปฏิบัติในระดับที่มีประสิทธิผลแตกต่างกัน คือ 1.ความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ถือได้ว่าฝ่ายที่นำนโยบายไปปฏิบัติดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2.การได้รับบริการทางการแพทย์ที่เท่าเทียม ไม่ได้มีการเลือกปฏิบัติ ก็ถือว่าฝ่ายผู้ให้บริการทางการแพทย์ได้นำหลักการนี้มาปฏิบัติค่อนข้างมีประสิทธิภาพพอสมควร 3.ระบบสาธารณสุขที่มีความพร้อมโดยเน้นการบริการผ่านเครือข่ายปฐมภูมิ เป็นส่วนที่ยังคงไม่มีประสิทธิผลมากที่สุด

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ นั้นจากการศึกษาพบทั้งปัญหาของผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ และปัญหาของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์และส่งผลถึงกัน ในลักษณะที่ว่านโยบายซึ่งถูกกำหนดโดยผู้บังคับบัญชา ได้กลายมาเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการที่จะดำเนินการตามนโยบาย อันส่งผลต่อเนื่องไปยังประชาชนในฐานะผู้ที่เข้ารับบริการในที่สุด

วรรณมา รุ่งแสง (2545) ได้ศึกษาถึงปัญหาที่พบจากการดำเนินงานใน 6 จังหวัดนำร่องโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ว่ามีการจ่ายเงิน โดยวิธีการเหมาจ่ายรายหัวเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วย ควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ แต่ปัญหาสำคัญที่พบเนื่องจากการจ่ายเงิน โดยวิธีนี้คือการจัดงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งรวมการ ส่งต่อ และการข้ามเขต ข้อมูลสำคัญ คือผู้ได้รับงบรายหัวมีแนวโน้ม หวงใช้ คือ ไม่ยอมส่งต่อผู้ป่วย กรณีที่เมื่อส่งแล้วหมายถึงเงินจะต้องจ่ายสูงมาก และอาจมีแนวโน้ม ผลักใช้ คือ ส่งผู้ป่วยไปที่อื่นกรณีการรักษาเองแล้วจะขาดทุน การข้ามเขตบริการเป็นประเด็นสำคัญมากในการจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมให้แก่พื้นที่ที่รับผิดชอบ ดูแลสุขภาพประชาชน เนื่องจากประชากรในเขตบริการเป็นคนละอย่างกับประชากรตามเขตภูมิลำเนา การได้รับงบประมาณควรสอดคล้องกับประชากรในเขตบริการ ไม่ใช่ประชาชนตามเขตภูมิลำเนา

การทดลองให้สถานบริการปฐมภูมิเป็นผู้ถืองบประมาณที่คิดบนฐานอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามประชากรในเขตภูมิลำเนา พบจุดอ่อน คือ ประชากรในระดับอำเภอข้ามเขตไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยไม่อาศัยระบบส่งต่อมากกว่ากลุ่มที่ไปตามระบบส่งต่อถึง 4 เท่า ส่วนการดูแล เป็นมุมมองในมุมมองของสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียง มีความสามารถในการรักษาโรคยาก ๆ ทำให้ประชาชนในเขตอื่น ๆ ข้ามเขตมาใช้บริการกันมากในระบบที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายเงินได้ครบเมื่อข้ามเขตมารับบริการสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีแรงจูงใจที่จะดูแลไป แต่ถ้าวินิจฉัยไม่ได้

ได้รับเงินที่เหมาะสมกับต้นทุน สถานพยาบาลที่ดูแลไข้จะเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการผลักไข้กลับ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาว่า การดูแลไข้สมควร ได้รับการจัดสรรเงินมากน้อยเพียงใด เพื่อไม่ให้ประชาชนที่เป็นโรคซับซ้อนถูกปฏิเสธการรักษา

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2546) ได้ทำการประเมินจุดแข็ง และจุดอ่อนของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่ามี จุดแข็ง (Strengths) คือประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าตัวเอง ทำให้เกิดมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ในเรื่องการบริการส่งเสริมป้องกันโรคในระดับบุคคลจะได้รับการดูแลมากขึ้น และในระยะยาวจะมีการกระจายบุคลากรออกไปยังพื้นที่ห่างไกลรอบนอกมากขึ้น

สำหรับ จุดอ่อน (Weaknesses) คือขาดเอกภาพ ข้ำซ้อนในการจัดการ และมีค่าใช้จ่ายสูงเพราะคนรวยไม่ต้องจ่าย อีกทั้งยังต้องมีการเพิ่มหน่วยงานขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งก็จะมีหน่วยบริการ หรือมีนายหลายคน ทำให้ค่าจัดการเพิ่มมากขึ้น ในระยะสั้นบุคลากรจะเสียขวัญและกำลังใจมากเพราะจะถูกบังคับให้ไปอยู่ภูมิภาค และท้องถิ่นที่จะทำให้บริการเสีย ท้ายที่สุดจะมีการล่มสลายของสถานบริการที่มีมากเกินไปจนประชากรในพื้นที่ (ผู้จัดการรายวัน, 25 มกราคม 2546: 14)

2.5.2 ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

กิตติ บุญนาค (2536) เป็นการศึกษาที่ต้องการจะพัฒนาระบบการจัดเก็บภาษีให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีความยุติธรรมในการจัดเก็บ ลดความซ้ำซ้อนทางภาษี อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศโดยส่วนรวมด้วย เนื่องจากนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มดังกล่าวเป็นนโยบายภาษีใหม่ของกรมสรรพากร และของประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาว่า ผลการนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไรบ้าง ระบบการจัดเก็บมีประสิทธิภาพหรือไม่ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข ซึ่งจากการศึกษาพบว่า รูปแบบพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติในระดับล่าง (Front – line implementers) ยังไม่ได้ให้ความร่วมมือก่อนนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มเท่าที่ควร และการที่ระดับความร่วมมือของผู้ปฏิบัติระดับล่างมีค่อนข้างน้อย ก็เพราะว่าผู้ปฏิบัติระดับล่างทุกกลุ่มต่างมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นภายในกระบวนการของการนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ โดยทางด้านเจ้าหน้าที่สรรพากรก็พบปัญหาความไม่ชัดเจนของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความไม่เหมาะสมของการกำหนดภารกิจ และการมอบหมาย ความไม่เหมาะสมของมาตรการควบคุม ประเมินผล และการกระตุ้นส่งเสริม อีกทั้ง สมรรถนะของหน่วยปฏิบัติก็ยังมีขาดแคลนทรัพยากรทางด้านต่าง ๆ อีกด้วย

ส่วนทางด้านผู้ประกอบการและประชาชนก็พบปัญหาการประชาสัมพันธ์ที่ล้มเหลวของกรมสรรพากร และขาดแรงจูงใจที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาและอุปสรรคอันสำคัญที่กรมสรรพากรจะต้องรับไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ทองใบ สุธาวิ (2536) เป็นการศึกษาการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติตาม พ.ร.บ.วิทยาลัย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2527 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติของวิทยาลัยครู และเพื่อศึกษาสภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติของวิทยาลัยครูและเพื่อนำผลที่ค้นพบจากการศึกษาวิจัยไปพัฒนา เป็นข้อเสนอแนะในการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผลของการศึกษาพบว่า

1. ตัวแปรลักษณะ โครงสร้างของนโยบาย ทรัพยากร การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากการเมือง การติดต่อสื่อสาร และภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์เชิงปฏิบัตินสูงกับการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ
2. การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และภาวะผู้นำมีอิทธิพลสูงสุดต่อความสำเร็จ การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติตามลำดับ
3. ตัวแปรการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานมีอำนาจ จำแนกการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติตามระดับความสำเร็จ ได้ดีที่สุด
4. การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จในระดับปานกลาง
5. การดำรงตำแหน่งอธิการวิทยาลัยครู และการหมุนเวียนให้ดำรงตำแหน่งอธิการจนเกษียณอายุราชการ เป็นอุปสรรคต่อการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ

เทพศักดิ์ นุณยรัตนพันธุ์ (2536) เป็นการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสร้างประสิทธิผล การเปรียบเทียบอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ระดับประสิทธิผลของการนำนโยบายให้บริการแก่ประชาชนไปปฏิบัติเพื่อเปรียบเทียบระหว่างงานต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแนวทางและกลยุทธ์ต่อการสร้างประสิทธิผลของงานนำนโยบาย การให้บริการแก่ประชาชนไปปฏิบัติให้เกิดขึ้นในอนาคต ผลของการศึกษาพบว่า

1. ตัวแปรความพร้อมของทรัพยากร ความซับซ้อนของโครงสร้าง ความชัดเจนในเป้าหมายของนโยบาย และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีประสิทธิผลของการนำนโยบาย การให้บริการแก่ประชาชนไปปฏิบัติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
2. ความชัดเจนในเป้าหมายของนโยบาย มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความตั้งใจของเจ้าหน้าที่และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการแก่ประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการพบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรรวมกันสามารถอธิบายประสิทธิผลในมิติของความพึงพอใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหนือระดับ 0.05

4. ประสิทธิผลในมิติของความรวดเร็วในการให้บริการพบว่ามีเพียง 3 ตัวแปร ได้แก่ ความชัดเจนในเป้าหมายของนโยบาย ความซับซ้อนของโครงสร้าง และความพร้อมของทรัพยากรที่สามารถรวมกันอธิบายความรวดเร็วในการให้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหนือระดับ 0.05

5. ประสิทธิผลในมิติของความเสมอภาคในการให้บริการ พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรรวมกันสามารถอธิบายประสิทธิผลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหนือระดับ 0.05

6. ตัวแปรความชัดเจนในเป้าหมายของนโยบายที่สามารถอธิบายความเป็นธรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหนือระดับ 0.01 นอกนั้นไม่สามารถอธิบายได้ ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติเหนือระดับ 0.05

มันวาท สุวรรณเรือง (2536) เป็นการศึกษาการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำนโยบายป้องกันปราบทุจริต เลือกตั้งของโครงการ ท.ม.ก. ไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ที่อยู่ในสถานการณ์ของการรณรงค์เลือกตั้ง โดยปฏิบัติการตามรูปแบบ (Model) ใหม่ที่มีประสิทธิผลสูงเหมาะสมต่อสถานการณ์การเลือกตั้งของไทยมากที่สุด จากการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติของ ท.ม.ก. นั้น มีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำทั้งปริมาณและคุณภาพ ทั้งเป้าหมายการรับรู้และเป้าหมายพฤติกรรม โดยการวิจัยนั้นยึดถือตัวแปรหลัก 3 ตัวแปร คือ

1. ด้านนโยบาย โดยเน้นความแจ่มชัดของนโยบาย และการถ่ายทอดเป้าหมายนโยบาย โดยจำแนกเป้าหมายเป็นเป้าหมายรับรู้ และเป้าหมายพฤติกรรม

2. ด้านกระบวนการบริหารนโยบายนั้น ให้ความสำคัญกับตัวแปรย่อยอีก 8 ตัวคือการสื่อสารและสื่อข้อความ การเพิ่มศูนย์รับแจ้งเบาะแสในท้องถิ่น การวิเคราะห์และสืบเสาะเบาะแสที่แจ้งการระดมส่วนร่วมหรือความร่วมมือของประชาชน การนำพาสู่กระบวนการของระบบราชการ การให้หลบภัยและสร้างความอุ่นใจแก่ประชาชน การปลดปล่อยประชาชน และการติดตามเรื่องและการเยี่ยมเยียนประชาชน

3. ด้านทรัพยากรการบริหาร ได้แยกประเด็นตามแนวคิด M4 อันประกอบด้วยบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และขวัญกำลังใจ

สรุปได้ว่า การนำนโยบายต่าง ๆ ไปปฏิบัติ โดยเฉพาะนโยบายที่มาจากรัฐบาลเบื้องบนชนชั้นปกครองจะไม่มีประสิทธิผลถ้าขาดความเข้าใจประชาชนที่แท้จริง และถ้าขาดการมองปัจจัยต่าง ๆ ให้รอบด้าน ดังเช่นการวิจัยปฏิบัติการครั้งนี้ การนำนโยบายนั้น ๆ มาปฏิบัติจะกลายเป็นการสูญเปล่า

อุไรวรรณ พันธุ์ประพันธ์ (2532) ศึกษาการวิเคราะห์นโยบายการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กว่ามีความชัดเจนหรือไม่ และมีความสมบูรณ์เพียงพอแล้วหรือยัง เมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติแล้วได้ผลประการใด มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง เพื่อจะได้แสวงหาแนวทางในการปรับปรุงนโยบายดังกล่าวให้เหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังศึกษาทัศนคติของพนักงานเจ้าหน้าที่กรมประชาสงเคราะห์ และข้าราชการตำรวจต่อหน่วยงาน ต่อผู้บริหารของหน่วยงานและต่องานที่ปฏิบัติ ตลอดจนเปรียบเทียบทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานทั้งสองกลุ่มดังกล่าว ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. นโยบายการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กขาดความชัดเจน
2. สภาพแวดล้อมทางการเมือง ทางสังคม ลักษณะของหน่วยงาน หรือระบบราชการของ องค์การ ความพอเพียงของทรัพยากร การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยงาน ตลอดจนความร่วมมือของเด็กที่มีปัญหา ความประพฤติในการมารับคำปรึกษาแนะนำจากพนักงานเจ้าหน้าที่ตามนัด ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก มีเพียงปัจจัยทางด้านทัศนคติของพนักงาน เจ้าหน้าที่ และความร่วมมือของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็กในการเปลี่ยนท่าที และวิธีปฏิบัติต่อเด็กเท่านั้นที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้
3. ทัศนคติของพนักงานเจ้าหน้าที่กรมประชาสงเคราะห์ และข้าราชการตำรวจต่อหน่วยงาน และต่อผู้บริหารหน่วยงานมีความแตกต่างกัน แต่ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของงานที่ปฏิบัติ

2.5.3 ผลงานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์

วรารัตน์ ขาวเขียว (2540) ได้ศึกษาเรื่อง “ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคมเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่” โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อการให้บริการทางการแพทย์ตามโครงการประกันสังคม ณ โรงพยาบาลที่เลือก
2. เพื่อศึกษาถึงระดับความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ได้รับเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
3. เพื่อศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ประกันตนได้รับจากการรับบริการทางการแพทย์
4. เพื่อศึกษาหารูปแบบและแนวทางที่ผู้ประกันตนต้องการให้ดีขึ้นในโครงการประกันสังคม

จากการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ที่ไปใช้บริการตามสิทธิที่ได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตาม โครงการประกันสังคมจะไปใช้สิทธิในฐานะคนไข้ นอก และมีความพึงพอใจในโรงพยาบาลที่เลือกในระดับหนึ่งเท่านั้น แต่ยังคิดอยากที่จะเปลี่ยนสถานพยาบาลถ้ามีโอกาส โดยให้เหตุผลว่าอยากใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน เพราะโรงพยาบาลรัฐต้องรอนาน บริการไม่ดี ส่วนผู้ใช้โรงพยาบาลเอกชนก็ให้เหตุผลว่าอยากเปลี่ยนเพราะคิดว่าโรงพยาบาลของรัฐมีเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการรักษาพร้อมกว่าโรงพยาบาลเอกชน

ในด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ภายใต้ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2537 ผู้ประกันตนที่ใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมีความคิดเห็นที่ต่างกันในด้านขอบข่ายการให้บริการ การตรวจรักษา และด้านคุณภาพของการให้บริการ โดยผู้ใช้โรงพยาบาลของรัฐมีความคิดว่า โรงพยาบาลของเอกชนน่าจะให้บริการที่ดีกว่า โดยเฉพาะในเรื่องของการต้อนรับ ความสะดวก ความเอาใจใส่ต่อคนไข้ สถานที่ อุปกรณ์และคุณภาพของเวชภัณฑ์ ยกเว้นค่ารักษาพยาบาล ส่วนผู้ใช้บริการของเอกชนกลับมีความคิดว่าสถานพยาบาลเอกชนน่าจะให้บริการที่ดีกว่า มีอุปกรณ์ดีกว่า แม้จะเสียค่าใช้จ่ายสูงก็ตาม

ในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์และขั้นตอนในการปฏิบัติของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์ พบว่าที่ทราบและเข้าใจดีในเรื่องนี้คือ เรื่องแรกกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายสามารถรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตรรับรองสิทธิโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เรื่องที่สองคือการมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลได้ด้วยตนเอง และเรื่องสุดท้ายคือ หลักฐานที่ต้องนำติดตัวไปด้วย

ส่วนเรื่องของความคาดหวังของผู้ประกันตนต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์จะมีความคาดหวังอยู่ 2 ระดับคือ คาดหวังบางส่วน กับคาดหวังอย่างมาก โดยผู้ใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนจะคาดหวังอย่างมากกับทุกเรื่องเนื่องจากระดับการศึกษาของผู้ใช้บริการสูงกว่าจึงคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดีสูงด้วย และความคาดหวังในอันดับแรกของผู้ใช้บริการสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนเหมือนกันคือ ผู้ประกันตนมีความต้องการที่จะเลือกสถานพยาบาลของเอกชนมากกว่าของรัฐ

ทางด้านความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ประกันตนของทั้งสองสถานพยาบาลจะไม่ค่อยพอใจกับการบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะในด้านอัตราค่าบริการที่รวดเร็วทันเวลาที่ผู้ใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนจะมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐ ยกเว้นด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้ประกันตนทั้งสองสถานพยาบาลมีความพึงพอใจเหมือนกัน

รัชยา กุลวานิชไชยพันธ์ (2535) ได้ศึกษาเรื่อง “ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อ บริการทางการแพทย์ตามนโยบายประกันสังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ประกันตนในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยได้ศึกษาความพอใจ 6 ประเด็นคือ การบริการที่เจ้าหน้าที่มี ทัศนคติ มีความรวดเร็วทันเวลา มีความเพียงพอ มีความสะดวก มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายที่เสียไป ในการใช้บริการ โดยใช้แบบสอบถามพบว่า

1. ผู้ประกันตนพึงพอใจกับบริการทางการแพทย์ด้านความเพียงพอต่ำสุดคือ ร้อยละ 64.67 และพึงพอใจด้านความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวกสูงสุดคือ ร้อยละ 71.58 ส่วน เกณฑ์ความพึงพอใจของผู้ประกันตนอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ

2. ผู้ประกันตนที่ไปใช้บริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลของรัฐ พึงพอใจในเรื่องความรวดเร็วทันเวลา ความเพียงพอในอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ เวลาเปิดให้บริการ และด้านความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก ต่ำกว่า ที่ไปใช้บริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลของ เอกชน

3. ปัจจัยทางสังคมของผู้ประกันตนที่ต่างกัน มีผลต่อระดับของความพึงพอใจที่ แตกต่างกันด้วยคือ

3.1 ผู้ประกันตนที่มีการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจกับบริการทางการแพทย์ด้าน ความรวดเร็วทันเวลา ด้านความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านค่าใช้จ่ายที่เสียไปในการ ใช้บริการ ต่ำกว่า ผู้ประกันตนที่มีการศึกษารอง ๆ ลงมา

3.2 ผู้ประกันตนที่มีรายได้เดือนละ 6,001 – 9,000 บาท มีความพึงพอใจในเรื่อง เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติ ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านค่าใช้จ่ายที่เสียไปในการ ใช้บริการและบริการที่มีคุณภาพ ต่ำกว่า ผู้มีรายได้เดือนละ 3,001 – 6,000 บาท

3.3 ผู้ประกันตนที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการทางการแพทย์จากที่อื่นมา ก่อนเข้าโครงการประกันสังคม มีความพึงพอใจด้านบริการที่เจ้าหน้าที่มีทัศนคติ บริการที่รวดเร็ว ทันเวลา ความเพียงพอ ด้านค่าใช้จ่ายที่เสียไปในการใช้บริการ และด้านบริการที่มีคุณภาพ ต่ำกว่า ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ประกันตนที่มาใช้บริการยังมีอุปสรรคในเรื่องอื่น ๆ อีก อาทิเช่น การขาดความรู้ความเข้าใจในกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอน และสิทธิที่พึงได้รับพร้อมกับผู้ประกันตน เสนอความต้องการที่จะเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง

กรรณา เยาวรัตน์ (2536) ได้ศึกษาค้นคว้าเรื่องความต้องการของประชาชนที่มีต่อ โรงพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ข้อคือ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการบริการในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ที่เคยและไม่เคยมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ที่มีต่อโรงพยาบาลเอกชน

การศึกษาครั้งนี้ได้ตัวอย่างจากประชาชนทั่วไปในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 260 รายพบว่า ความต้องการของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เคยมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ในบริการด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

ในด้านบริการของแพทย์ ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความต้องการให้แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการบ่อย ๆ แม้ว่าจะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ต้องการให้แพทย์อธิบายให้ทราบถึงแผนการรักษาการตรวจพิเศษต้องการให้แพทย์ตรวจตามดุลยพินิจของแพทย์ ต้องการให้แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการวันละ 2 ครั้ง และเวลาที่ต้องการให้แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการคือ เวลา 18.00 – 20.00 น.

ในด้านบริการของพยาบาล ความต้องการที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการอันดับ 1 ได้แก่ พยาบาลมีอัธยาศัยดี อันดับ 2 ได้แก่ หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส และอันดับ 3 ได้แก่ พยาบาลแสดงออกด้วยท่าทีเต็มใจและจริงใจ อันดับ 4 ได้แก่ พยาบาลมีความคล่องแคล่วนุ่มนวลขณะทำการพยาบาล และอันดับ 5 ได้แก่ พยาบาลสนใจดูแลความเจ็บป่วยเป็นอย่างดี

บริการในขณะที่มารับการตรวจรักษา ความต้องการที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการอันดับ 1 ได้แก่ ให้มีบริการที่รวดเร็วและทำการตรวจรักษาอย่างถูกต้อง อันดับ 2 ได้แก่ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ช่วยชี้แจงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี อันดับ 3 ได้แก่ มีแผนผังบอกขั้นตอนอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ที่เข้ารับการรักษาอย่างละเอียด อันดับ 4 ได้แก่ สถานที่นั่งรอตรวจสะอาดเรียบร้อย และอันดับ 5 ได้แก่ มีห้องน้ำบริการอย่างเพียงพอ

บริการด้านสวัสดิการสิ่งแวดล้อม ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการให้โรงพยาบาลจัดหาอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม และเครื่องอำนวยความสะดวกให้ ขณะเดียวกันประชาชนกลุ่มตัวอย่างต้องการให้ญาติดูแลขณะเจ็บป่วยมากกว่าให้พยาบาลพิเศษดูแล

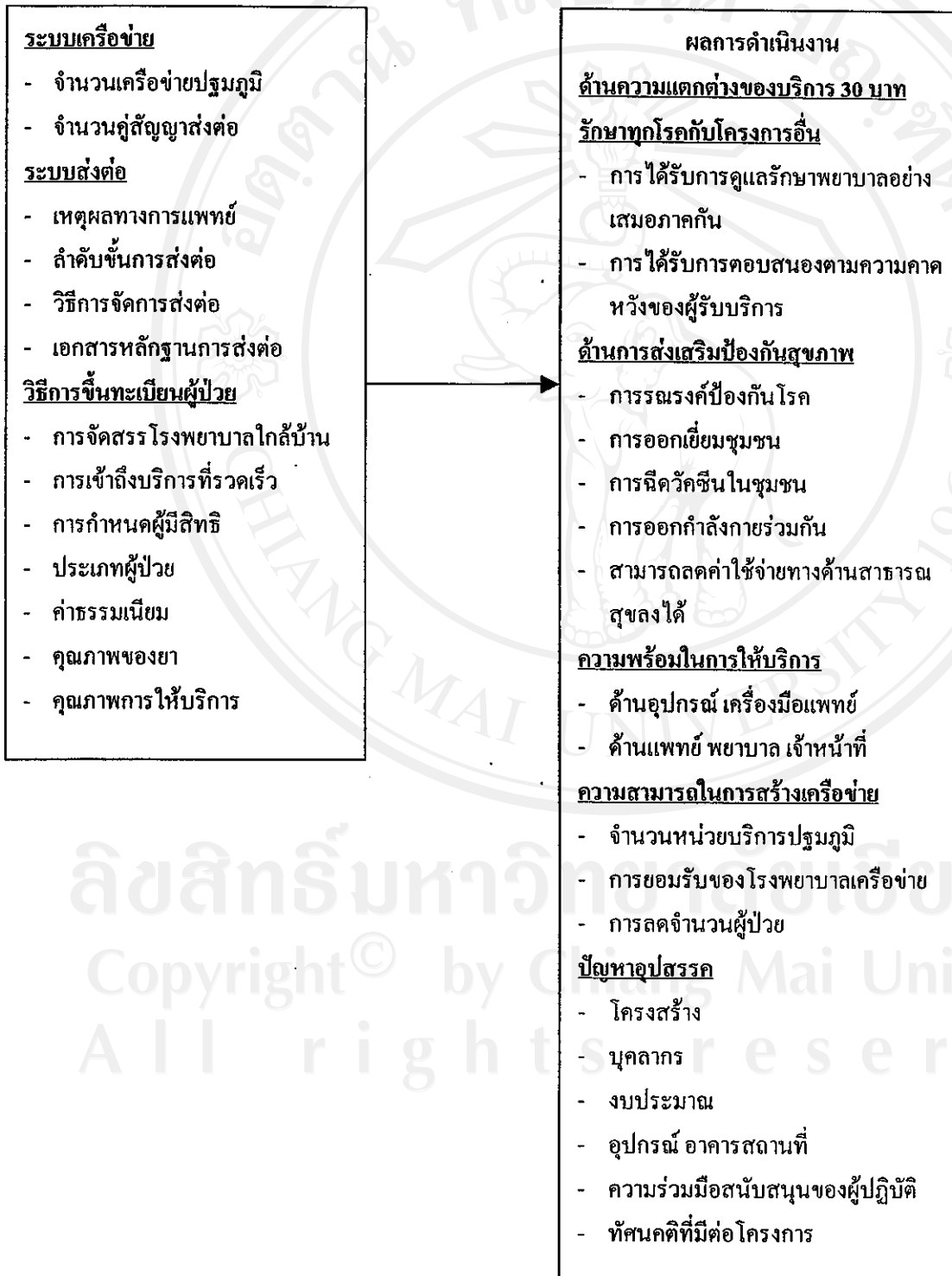
ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยมาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน เกี่ยวกับความเหมาะสมและไม่เหมาะสมของโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวนที่ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญเฉพาะในเรื่องค่าบริการ ส่วนในเรื่องสถานที่ ความสะดวกรวดเร็ว บริการของแพทย์ บริการของพยาบาล และสวัสดิการสิ่งแวดล้อม ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเอกชนเหมาะสมดีแล้ว

2.6 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

2.6.1 กรอบแนวคิดที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการให้บริการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



2.6.2 กรอบแนวคิดที่ 2 สำหรับประชาชนผู้รับบริการ

ประชาชนผู้รับบริการตามโครงการ
30 บาท รักษาทุกโรค ณ โรง
พยาบาลข้างเขื่อน

