

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการหมุนเวียนบุคลากร ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา ในจังหวัดชัยนาท ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์

ส่วนที่ 3 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

กระแสการปฏิรูประบบและองค์กรต่าง ๆ กำลังเป็นกระแสสำคัญไปทั่วโลก ไม่เว้นแม้แต่ในประเทศไทยซึ่งก็ได้รับผลกระทบจากกระแสการปฏิรูปนี้ด้วย ประเทศไทยได้ดำเนินการทั้งในระดับนโยบาย การจัดกระบวนการศึกษา และการกำหนดทิศทางการปฏิรูป รวมไปถึงการดำเนินการปฏิรูปไปแล้วหลายส่วน อาทิ ความพยายามในการดำเนินการปฏิรูปทางการเมือง

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย (นิวัตร สุวรรณพัฒนา, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์)

กระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก อันเป็นผลกระทบอย่างต่อเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ (globalization) บางแห่งเรียกว่าเป็นกระแสครอบโลก ทำให้เกิดการปรับตัวขนานใหญ่ของระบบ และความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ทั้งในเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีโดยเฉพาะทางด้านข้อมูลข่าวสาร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวคิดเรื่องการปรับตัวของระบบและองค์กรต่าง ๆ

เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงที่จะต้องประกอบไปด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วนด้วยกันคือ

1. การรื้อปรับระบบ (re-engineering) ซึ่งจะต้องเริ่มตั้งแต่ การปรับแนวคิด (re-think) การปรับวางระบบการทำงานใหม่ (re-design) การปรับเครื่องมือใหม่ (re-tool) และการพัฒนาบุคลากรแบบใหม่ (re-train) ทั้งนี้เพื่อให้มีการปรับปรุงระบบบริการขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อการอยู่รอดท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงยุคโลกาภิวัตน์

2. การสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่ (reinventing government) จะต้องเริ่มต้นตั้งแต่การปรับแนวคิดใหม่ในการทำงานทั้งหมด คือแทนที่ระบบราชการจะทำเองทั้งหมดก็เปลี่ยนบทบาทมาเป็นชี้นำทิศทางและกำกับนโยบาย โดยอาจเป็นการให้ภาคเอกชนทำงานให้แทน ระบบราชการจะต้องคำนึงถึงว่าจะชี้นำทิศทางและกำกับนโยบายอย่างไรให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพที่สุด มีความพึงพอใจมากที่สุด และประเทศชาติโดยรวมใช้งบประมาณน้อยที่สุด นั่นหมายถึงการปรับเปลี่ยนระบบจากระบบเดิมที่ใหญ่โต รัฐกำกับทิศทางเอง และลงมือทำเอง ซึ่งมีแต่จะต้องทำให้ระบบราชการขยายตัวใหญ่โตขึ้นเรื่อย ๆ ก็ปรับมาสู่ระบบใหม่ให้มีขนาดเล็กลง ปรับตัวเข้าสู่ระบบตลาดที่มีการแข่งขันและการร่วมมือกัน เพื่อทำให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด พึงพอใจสูงสุด แต่จ่ายน้อยที่สุด โดยรัฐก็ทำหน้าที่ในการกำกับนโยบาย กำกับทิศทางแต่ปล่อยให้ห้องค์กรอื่น ภาค/ส่วนอื่น ๆ ในสังคมเข้ามาดำเนินการแทน บนแนวทางการปรับเปลี่ยนเช่นนี้ ก็มีความเชื่อว่าระบบใหม่นี้จะมีอิสระมากขึ้น คล่องตัวมากขึ้น

3. การปฏิรูป (reform) การปฏิรูปเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีอยู่ให้ดีขึ้นกว่าในปัจจุบัน โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างและนโยบาย ซึ่งจะต้องเริ่มต้นด้วยการปรับกรอบคิดใหม่ (new paradigm)

แนวคิดสองกระแสหลักเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ

แนวคิดพื้นฐานสำคัญ 2 แนวคิดหลักที่ถูกนำมาใช้ในการอธิบาย และกำหนดเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างและพัฒนาระบบบริการสุขภาพคือ แนวคิดแบบเสรีนิยม และแนวคิดแบบสวัสดิการสังคม

1) แนวคิดแบบเสรีนิยม ให้ความสำคัญกับเสรีภาพของประชาชน และมีฐานความคิดที่เชื่อว่า ประชาชนมีเสรีภาพในการตัดสินใจเลือกใช้บริการได้เอง โดยรัฐจะมีบทบาทเพียงแค่การช่วยเหลือเฉพาะประชาชนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เช่น คนจน ผู้สูงอายุ ประเทศที่ใช้แนวคิดนี้ในการจัดระบบบริการสุขภาพคือ สหรัฐอเมริกา

2) แนวคิดแบบสวัสดิการสังคม มีฐานความคิดที่เชื่อว่า บริการสุขภาพเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับทุกคนที่จะต้องได้รับ หากแต่บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขซึ่งอยู่ในระบบบริการสุขภาพมีความเฉพาะและซับซ้อนมากเกินกว่าที่ประชาชนจะสามารถทำความเข้าใจ และมีความรู้เพียงพอถึงระดับที่จะมีการตัดสินใจได้เอง อีกประเด็นหนึ่งก็คือ กลไกตลาดจะทำให้คน(จน) เข้าไม่ถึงบริการและอาจจะได้รับบริการราคาแพง จึงเป็นเหตุสำคัญให้รัฐต้องเข้าไปมีบทบาทในการตัดสินใจและจัดระบบบริการสุขภาพให้ ประเทศที่ใช้แนวคิดนี้ในการจัดระบบบริการสุขภาพคือ สหราชอาณาจักร (อังกฤษ)

สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขได้ทำการศึกษาเรื่อง “การปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย” และได้จัดทำพิมพ์เป็นหนังสือเผยแพร่ โดยได้กล่าวถึงสภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย ซึ่งมีลักษณะการดำเนินงานกรอบแนวคิดที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของวิถีคิดทางการแพทย์และสาธารณสุขของตะวันตกอยู่ค่อนข้างมาก โดยแสดงให้เห็นจากสภาพปัญหาที่สำคัญ ๆ 10 ประการดังนี้

1. ความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป จากสภาพความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประเทศไทยอันเนื่องมาจากความพยายามพัฒนาประเทศจากประเทศเกษตรกรรมไปสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านความคาดหวังในระบบบริการสุขภาพของประชาชนใน 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1) ความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น อันเป็นผลมาจากการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารของประชาชนที่เพิ่มขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจมาเป็นตัวเสริมให้เกิดความต้องการด้านคุณภาพของการบริการเพิ่มขึ้น ในขณะที่สถานบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงได้ทันกับความต้องการของประชาชน

2) ความต้องการบริการสุขภาพลักษณะใหม่ที่สอดคล้องกับโรคของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบบริการสุขภาพตามระบบเดิมเน้นการดูแลโดยการรักษาพยาบาล โดยการใช้ยาในสถานบริการสุขภาพที่เป็นโรงพยาบาล ซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนน้อย ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในสภาพทางสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยและปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในยุคนี้ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งพฤติกรรมการกินการอยู่ การออกกำลังกาย ไปจนถึงพฤติกรรมทางเพศ เช่น โรคเอดส์

2. ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมีราคาแพง พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทั้งในระดับรายบุคคล และระดับชาติโดยรวม สภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ประมาณการณ่ว่าค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2533 อยู่ที่ประมาณ 6 % ของรายได้ประชาชาติ และจะปรับตัวเพิ่มสูงขึ้นเป็น 8.1 % ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศอื่นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกับไทย เช่น มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ ก็จะเห็นได้ว่ามีส่วนที่สูงกว่ากันมากอย่างเห็นได้ชัด

3. รัฐบาลน้อยประชาชนจ่ายมาก สำหรับประเทศไทย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วนี้มีลักษณะที่แตกต่างไปจากประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน คือประชาชนเป็นผู้ที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึง 74 % สูงกว่าภาครัฐที่เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเพียง 26 % เท่านั้น (จากตัวเลขการศึกษาของธนาคารโลก ในปี 2538) ในขณะที่ประเทศฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย และสิงคโปร์นั้น รัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายสูงถึง 44 % 51 % และ 67 % ตามลำดับ

4. ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงทุกคน จากรายงานของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2538 พบว่า อย่างน้อยยังมีประชาชนอีกไม่น้อยกว่า 15 ล้านคนทั่วประเทศที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะได้พยายามส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการผ่าน โครงการสวัสดิการรักษายาบาลต่าง ๆ อาทิ โครงการสำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0 – 12 ปี ผู้พิการ ข้าราชการ บัตรสุขภาพหรือโครงการประกันสังคม ซึ่งในความเป็นจริงแล้วกลุ่มคนจนผู้มีรายได้น้อย คนด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ซึ่งควรจะเป็นผู้ที่รัฐบาลต้องให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มคนอื่นกลับได้รับงบประมาณความช่วยเหลือน้อยกว่าคนกลุ่มอื่นในสังคม

5. การขาดคุณภาพของบริการ ถือเป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง แสดงให้เห็นได้จาก ข้อร้องเรียนของประชาชนในเรื่องคุณภาพของบริการสุขภาพทั้งคุณภาพในเชิงสังคมและคุณภาพด้านการแพทย์โดยเฉพาะจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งประเทศไทยเองยังไม่มีกลไกที่จะคอยกำกับคุณภาพให้เป็นไปตามหลักวิชาการที่ดี ในขณะที่ต่างประเทศให้ความสำคัญกับกระบวนการตรวจสอบการให้บริการทางการแพทย์ (medical audit) มาก แต่ในประเทศไทยกำลังพึงจะมีการเริ่มใช้กระบวนการนี้

6. การดูแลรักษา “ไข้” มากกว่ารักษา “คน” ระบบบริการสุขภาพโดยส่วนใหญ่ยังไม่ถือว่าเป็นระบบที่ดีอันเนื่องมาจากสถานบริการด้านสุขภาพและแพทย์จะทำหน้าที่ในการดูแลอาการเจ็บป่วยของประชาชนเป็นคราว ๆ ไป ไม่มีความต่อเนื่องเป็นระบบ ทำให้เกิดจุดอ่อนใน

7. การขาดประสิทธิภาพของระบบ แม้ว่าประเทศไทยจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมสูงถึงกว่า 6% ของรายได้ประชาชาติต่อปี แต่ประชาชนก็ยังไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึงเท่าที่ควร เนื่องจากการขาดประสิทธิภาพของระบบ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญอยู่ 2 ประการคือ ความไม่เป็นเอกภาพในการดำเนินงานของโครงการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย โครงการประกันสังคม ฯลฯ ซึ่งขาดการจัดระบบที่ดี ทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างกระจัดกระจายไม่มีการประสานงานที่ดี และการขาดการใช้ และการกระจายเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพง ๆ เป็นจำนวนมากแต่กลับกระจุกตัวอยู่ในเมืองหลวง และเมืองใหญ่บางแห่งเท่านั้น อีกทั้งเทคโนโลยีด้านการใช้ยา ซึ่งมีแนวโน้มการใช้ที่สูงเกินความจำเป็นในหลาย ๆ ด้าน

8. การขาดแคลนกำลังคนที่เหมาะสม ระบบบริการสุขภาพของไทยประสบกับปัญหาทางด้านกำลังคนอย่างน้อย 2 ประการคือ การขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในชนบทอย่างรุนแรงและการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรระดับสถานีนอมนัยยังไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง

9. การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในยุคของข่าวสารข้อมูลที่ประชาชนเริ่มมีการรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลทำให้เกิดการเปรียบเทียบการได้รับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการหลาย ๆ แห่ง และทำให้เกิดคำถามกับคุณภาพของบริการสุขภาพที่ตนเองได้รับ จึงเริ่มมีการร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์ พยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ตนเองไปใช้บริการเพิ่มสูงขึ้น และหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาาระบบรองรับโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการกำกับคุณภาพการบริการ สถานการณ์ด้านการร้องเรียนก็จะเพิ่มมากขึ้น

10. การขาดการประสานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลรัฐและเอกชน แผนตะวันออก กับแผนตะวันตก เนื่องจากสังคมไทยมีระบบบริการสุขภาพที่ค่อนข้างหลากหลาย ทั้งรูปแบบของบริการ เช่น สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน และแนวทางการบริการสุขภาพ เช่น แผน

ทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (นิวัตร์ สุวรรณพัฒนา, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์)

นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือที่มีผู้เสนอให้ใช้คำว่าสุขภาวะทางปัญญา อันหมายถึงว่าสุขภาพอยู่ในการพัฒนามนุษย์ และสังคมทั้งหมดอย่างบูรณาการ สุขภาพจึงควรเป็นอุดมการณ์ของชาติ ไม่ใช่ GDP หรือเศรษฐกิจ สุขภาพอยู่เหนือเศรษฐกิจ แต่ในสุขภาพมีเศรษฐกิจด้วย

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพคือ การปรับโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมมากขึ้น เป้าหมายของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่สะท้อนมาจากปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน โดยอาจจำแนกเป้าหมายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นประเด็นใหญ่ ได้ดังนี้คือ

- 1) ความเสมอภาค (equity) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ที่ประชาชนทุกคนควรจะเข้าถึง และได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น ในด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลได้ โดยไม่มีปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม เชื้อชาติ เพศ ฯลฯ เป็นอุปสรรค
- 2) ประสิทธิภาพ (efficiency) คือ การที่ระบบมีการใช้จ่ายทรัพยากรเพื่อให้เกิดผลตอบแทนทางด้านสุขภาพสูงสุด โดยมีการใช้จ่ายทรัพยากรน้อยที่สุด
- 3) คุณภาพ (quality) บริการที่มีคุณภาพนี้ ควรครอบคลุมทั้งคุณภาพทางด้านเทคนิค (technical quality) และคุณภาพเชิงสังคมจิตวิทยา (psycho-social quality)

ตลอดช่วงเวลากว่าทศวรรษที่กระแสการปฏิรูปภาคสุขภาพ (health sector reform) เกิดขึ้นทั่วโลก ด้วยนานาเหตุผล ทั้งสถานะทางสุขภาพที่ยังไม่น่าพึงพอใจ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น การขาดหลักประกันของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ท่ามกลางกระแสการปฏิรูปนี้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยก็ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมด้วย และดูเหมือนจะเป็นกระบวนการที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนกับการปฏิรูปภาคสุขภาพในประเทศต่างๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2547) หลังจากที่ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ส่งผลให้มีการขับเคลื่อน การปฏิรูปในระบบต่างๆ ตามมา ระบบสุขภาพก็เช่นกัน คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดทำรายงานระบบสุขภาพ

1) การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2543) รัฐบาลออกกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ดูแลการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการปฏิรูประบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยงานเลขานุการ

2) การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี 2544 มีการตราพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (ปี พ.ศ. 2543 ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพก่อน) โดยกองทุนนี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรง สุขภาพจิตสมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของสังคมไทย ที่มีผลต่อการปฏิรูปความคิดด้านสุขภาพ จากสุขภาพแบบชีวการแพทย์ (biomedical) ไปสู่สุขภาพแบบชีวสังคม (biosocial) หรือสุขภาพแบบสุขภาพและจากการเน้นซ่อมสุขภาพเสียมาสู่การสร้างสุขภาพดี ปฏิรูปวิธีการทำงานด้านสุขภาพจากที่ทำโดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก มาสู่การดำเนินงานโดยทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม และแสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานด้านสุขภาพในมิติ ที่กว้างขวางทั้งด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ)

3) การขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพโดยรัฐบาล นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเด่นชัด มีการกำหนดนโยบายในปี 2545 เป็นปีเริ่มต้นของการสร้างเสริมสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมพลังสร้างสุขภาพ การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ เดือนธันวาคม 2547 มีการประกาศวาระแห่งชาติเรื่องคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง

4) การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นระบบย่อยที่สำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความพยายามปฏิรูปมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับ การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขถ้วนหน้า (universal coverage) โดยมีการทำงานวิชาการ และผลักดันการปฏิรูปจนกระทั่งมีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมารองรับการดำเนินงานนโยบาย 30

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการที่รัฐบาลมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 50 และตามแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย โดยกำหนดเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ว่าคือ เป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชน ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือ “สิทธิ” ขึ้นพื้นฐานของประชาชน และมีเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพอยู่ที่การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” โดยประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพิงตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแล และบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (all for health and health for all) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ (ปิยะนารอด จาติเกตุ และคณะ, 2544)

ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

ดังนั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่ใช่สิ่ง ต่อไปนี้

1. ไม่ใช่บริการสงเคราะห์ หรือบริการราคาถูก เพียงเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเฉพาะหน้าเท่านั้น แต่เป็นบริการที่ต้องมีมาตรฐาน
2. ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการ “สมัคร” หรือ “ร้องขอ” จึงจะได้รับบริการ แต่เป็นสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับ
3. ไม่ใช่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นของประชาชนทุกคน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ได้ทำการศึกษาวิจัย และสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพขึ้นมา จนนำไปสู่การเกิดแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้กำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ไว้ 4 ประการด้วยกัน โดยที่ต่อมาทางรัฐบาลได้หยิบยกรุ่นเอาเนื้อหาของส่วนนั้นมาใช้ร่วมกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลเอง (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาประกาศบังคับใช้ กล่าวคือ

1. ความเสมอภาค (equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึง การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า และเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอภาค และเพื่อให้ประชาชนไม่ต้องกังวลใจในเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อจะไปใช้บริการทางการแพทย์ และได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมีคุณภาพ และได้มาตรฐานการรักษาที่เสมอภาคไม่มีการแบ่งแยก

2. ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (primary care network) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนที่ต่ำ

3. ทางเลือกในการรับบริการ (choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลาย จากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal health care) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุข ที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด

2. เมื่อยามเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเอง ครอบครัวยาวร้อยละ 60 เคยประสบ ความเดือดร้อน

3. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคน ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคน ได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครอง ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำหลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีไข้ข้าราชการผู้มีประกันสังคม หรือ ผู้มีฐานะดีพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า ซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ

5. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูล และความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพ โดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการประกันสุขภาพ ขอบบพร่องของกลไกตลาด ยิ่งประจักษ์ชัดเจนนขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

6. แม้การเพิ่มรายได้แก่ประชาชนจะทำให้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถลดค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้บุคคลล้มเนื้อประดาตัว และเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศ ในการแก้ไขปัญหาค่าความยากจน (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

ลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ประชาชนสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในด้านความจำเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในระดับที่สมเหตุสมผล

2. มีการบริหารจัดการที่จัดความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติ และป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบ และคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกุ กติกา ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบ

3. มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการ จัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (claim processing) การตรวจสอบ (auditing) และพัฒนาคุณภาพการให้บริการได้อย่างรัดกุม ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

4. มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (payment method) แก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุผล และควบคุมพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพ อันส่งผลลัพท์ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม
5. มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพ เข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาด โดยไม่ก่อผลเสียต่อหลักการกระจายความเสี่ยง
6. เปิดโอกาสให้สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเข้ามาแข่งขัน ให้บริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม
7. ระบบเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม (คณะกรรมการพัฒนา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

ภาพลักษณ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ ควรมีลักษณะดังนี้ (ultimate scenario)

1. ครอบคลุมประชาชนทุกคน (universal coverage) ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเท่าเทียมกัน โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน
2. ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core package) ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (cost effectiveness) โดยให้ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคล และครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริม และการป้องกันโรคด้วย เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักเป็นระยะๆ ด้วยข้อมูลที่มีหลักฐานสนับสนุน
3. ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 3.1 เน้นการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้สถานพยาบาลปฐมภูมิ (primary care) ใกล้บ้านใกล้ที่ทำงานทั้งนี้กำหนดให้ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิที่ใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำตัว และครอบครัว สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านจะทำหน้าที่เป็น gate keeper ที่เชื่อมโยงไปยังสถานพยาบาลอื่นหรือระดับอื่นๆ ในระบบต่อไป ประชาชนที่ไม่ใช้บริการตามขั้นตอนดังกล่าวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

3.2 ให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ที่ทำงาน เป็นผู้รับสัญญาหลัก (main contractor) ในการจัดบริการสุขภาพ

3.3 สนับสนุนให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านกับสถานพยาบาลใกล้บ้านอื่น และสถานพยาบาลระดับอื่นร่วมกันให้บริการในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยสามารถเป็นเครือข่ายร่วมของภาครัฐ-เอกชน (public-private mix) ได้

3.4 มีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ (health care accreditation) (คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล, 2544)

สิทธิประโยชน์ของการรับบริการทางการแพทย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549)

บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

1. การตรวจและการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการส่งเสริมสุขภาพสตรีหลังคลอด
2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง
4. การวางแผนครอบครัว เช่น การทำหมัน การฉีดยาคุมกำเนิด รับประทานยาคุมกำเนิด
5. ยาด้านไวรัสเอดส์ กรณีการป้องกันการแพร่กระจายจากแม่สู่ลูก
6. การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพ
8. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะ และลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

บริการทางการแพทย์

1. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
2. การคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีบุตรมีชีวิตอยู่ นับตั้งแต่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. การรักษาโรคจิตประสาท ผู้ป่วยนอกไม่จำกัดจำนวนครั้ง แต่ผู้ป่วยในไม่เกิน 15 วัน

4. การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบคลุมทั้งการรักษาโรคแทรกซ้อน การให้ยาป้องกันโรคแทรกซ้อน และรับยาต้านไวรัสเอดส์

5. ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ

6. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

7. ยา และเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

8. การส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลระหว่างหน่วยบริการ

บริการที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่

1. การรักษาภาวะมีบุตรยาก

2. การผสมเทียม

3. การเปลี่ยนเพศ

4. การกระทำใดๆเพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

5. การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

6. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

กลุ่มบริการที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ หรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น

7. โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

8. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยสารเสพติด

9. การบาดเจ็บจากการประสบภัยจากรถ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วย

การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นเป็นผู้จ่าย

กลุ่มบริการอื่นๆ

10. โรคเดียวกันที่ต้องใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้น กรณีที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

11. การบำบัดทดแทนไต ในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (Peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemo dialysis) การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplant)

ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หลังจากที่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่เดือน เมษายน 2544 จนถึงปัจจุบัน เกิดผลกระทบอย่างมากมายทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบของระบบบริการสุขภาพ และสาธารณสุข

ผลกระทบของระบบบริการสุขภาพที่ได้รับจากการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาการแสดงออกที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พบปัญหาสำคัญ คือ

1) การดำเนินงานเพื่อให้เกิดหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นจุดเน้นสำคัญในการทำงานเชิงรุก ของระบบบริการสุขภาพยังเป็นไปในวงจำกัด ยังขาดการพัฒนาอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในเชิงปริมาณที่มีแนวโน้มการพัฒนาที่ลดลง และเชิงคุณภาพมาตรฐาน ที่มีความหลากหลาย ทั้งด้าน โครงสร้างของหน่วยบริการ กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินการทำงาน ตั้งแต่ สถานีอนามัย คลินิก และหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาล

2) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ที่ได้รับแรงกดดันจากการให้บริการเนื่องจากความคาดหวังที่สูงขึ้นของภาคประชาชน แต่มีบุคลากรทางการแพทย์ลดลง มีการสูญเสียแพทย์โดยเฉลี่ย 42% ของจำนวนที่เพิ่มมาใหม่ในแต่ละปี ในขณะที่มีจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 63% ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นต่ำกว่าปีละ 10% นอกจากนี้ ยังมีการร้องเรียนเรียกค่าชดเชยผ่านกองทุนที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ทำให้ปัญหาความขัดแย้งนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์ที่พบ คือ กลุ่มผู้ให้บริการมีความเครียดมากขึ้น

3) ปัญหาคุณภาพบริการ ทั้งระบบประกันคุณภาพ คุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ คือ ได้รับบริการตามสิทธิ รวดเร็ว และการต้อนรับ รวมทั้งระบบการส่งต่อ การสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และขาดกลไกที่ลดภาระความเสี่ยงทางการเงินให้กับหน่วยบริการที่ชัดเจน

4) การวางแผนกำหนดเครือข่ายหน่วยบริการทั้งเขตชนบทและเขตเมือง ที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการ ในแต่ละระดับให้ทั่วถึงทุกพื้นที่ ที่ปัจจุบันยังยึดตามการแบ่งขอบเขตการปกครองมากกว่าความหนาแน่นของประชากร ทำให้มีผลกระทบต่อการจัดสรรเงินปัจจุบัน

5) ความไม่ชัดเจนของการกำหนดขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้มีช่องว่างของการใช้บริการตามสิทธิของประชาชน มีการเรียกเก็บเงินจากช่องว่างนี้และนำไปสู่ความขัดแย้งหรือส่งเสริมให้เกิดระบบบริการหลายมาตรฐาน

6) ขาดการจัดการและการทำงานในส่วนของการบริการสาธารณสุขที่มุ่งให้เกิดแผนงานโครงการที่มีประโยชน์ ในระดับประชากร ไม่ใช่ระดับปัจเจก การรวมงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเข้าไปในการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะแผนงานสำคัญๆ เช่น การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสอบสวนโรค การป้องกันโรคระบาด ฯลฯ ทำให้ขาดงบประมาณในการบริหารและประสานงานระดับจังหวัด ปัจจุบันต้องไปฝากความหวังกับหน่วยบริการ ซึ่งอาจจะทำบ้าง ไม่ทำบ้าง และไม่สามารถผลักดันการทำงานให้เกิดประสิทธิผลได้ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ, 2548)

2. ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อผู้ให้บริการและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อผู้ให้บริการ ทั้งในมิติเชิงระบบ และมิติกลไกการจัดการ ในมิติเชิงระบบ ประกอบด้วย การไม่ชัดเจนของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความไม่สมานฉันท์ของการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย ความไม่แน่นอนของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนความไม่นิ่งของการจัดสรรงบประมาณ ผลกระทบที่เกิดกับผู้ให้บริการในมิติกลไกการจัดการประกอบด้วย ความเร่งรัดการเตรียมความพร้อม และการประสานงาน การเพิ่มขึ้นของงานเอกสาร การบีบคั้นของความจำเป็นที่ต้องประหยัดทรัพยากร การขาดแคลนการจัดสรรบุคลากร ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในการให้บริการส่งผลกับความเครียด และการลาออก (รุ่งทิwa มาบัว, 2547)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ พบว่าสถิติการร้องเรียน และการสอบถามเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทที่รวบรวมโดยสำนักงานบริการประชาชน ตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการนำร่องจนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2546 จำนวนการสอบถามและร้องเรียนโดยตรงไปยังสำนักบริการประชาชน ระหว่างปี 2545 และ 2546 เพิ่มขึ้นจาก 45,065 ราย เป็น 62,425 ราย (เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 37) แต่เฉพาะเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่าตัวจาก 1,815 ราย เป็น 3,688 ราย (แต่ข้อมูลส่วนนี้ไม่รวมการร้องเรียนไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ) แม้ว่าที่ผ่านมา การที่ผู้บริหารโครงการให้ความสำคัญกับการเปิดช่องทางการร้องเรียนน่าจะมีส่วนช่วยในการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ให้บริการแทบทุกรายไม่อยากถูกร้องเรียน จึงไม่แปลกที่บุคลากรจำนวนมากจะไม่พอใจ กับนโยบายการขยายช่องทางการร้องเรียน และวิธีการจัดการกับการร้องเรียนของโครงการ 30 บาท และความไม่พอใจนี้ลามไปถึง พรบ. หลักประกันสุขภาพ

3. ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ผลของโครงการ 30 บาทที่มีต่อการลดความยากจนนั้น สัดส่วนของคนจนจากการรักษาพยาบาลที่ลดลงจากการมีหลักประกันสุขภาพ ตกประมาณร้อยละ 1.44 ของครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งเมื่อคิดเป็นจำนวนประชากรก็ตกประมาณเกือบหนึ่งล้านคน หรือประมาณร้อยละ 16.7 ของคนจน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโครงการประกันสุขภาพมีส่วนลดจำนวนคนจนลงได้มากถึงร้อยละ 14 ซึ่งจำนวนที่มีนัยสำคัญมากในการแก้ไขปัญหาความยากจนของประเทศ จึงถือได้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพเหล่านี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงในด้านลดความยากจน ทั้งๆที่เป็นโครงการแบบถ้วนหน้า ที่ไม่ได้เจาะจงว่าจะให้บริการเฉพาะคนจน แต่กลับมีผลในด้านลดความยากจนมากกว่าหลายโครงการที่เจาะจงว่าจะช่วยคนจนเสียด้วยซ้ำ (วิโรจน์ ฌ ระนอง และคณะ, 2548) แม้ว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจาก เวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไป และไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรี หรือเก็บเงินน้อยเช่น โครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้อื่นๆจะให้ความสำคัญกับการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ และการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมีโครงการรักษาฟรีน้อยที่สุด (อัญชนา ฌ ระนอง, 2548)

4. ผลกระทบด้านการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรส่วนนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขค่อนข้างมาก ทั้งในด้านการเงินและระบบบริการ การได้รับงบประมาณจำกัดของโครงการ และหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินของกระทรวงสาธารณสุขที่เปลี่ยนจากการจัดสรรตามปัจจัยด้านอุปทานเป็นการจัดสรรตามปัจจัยอุปสงค์ มีผลทำให้จังหวัดและโรงพยาบาลที่มีบุคลากรมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรได้รับงบประมาณลดลง และมีผลกระทบต่อสภาพคล่องด้านการเงินของสถานพยาบาล ภายใต้งบประมาณที่ไม่เพียงพอ หลักเกณฑ์การจัดสรรที่เปลี่ยนไปเป็นการโยกปัญหาจากพื้นที่หนึ่งไปยังอีกพื้นที่หนึ่ง การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับประชาชนทำให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้น และภาระงานที่เพิ่มขึ้นขณะเดียวกันการให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นด่านหน้าในการให้บริการ ก็โยกการให้บริการไปยังโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยเพิ่มขึ้น การมีงบประมาณ และบุคลากรที่มีศักยภาพมากขึ้นไปให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัยทำให้คุณภาพบริการดีขึ้นอย่างไรก็ดีการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ และชะลอ ด้านการลงทุนอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมาอาจส่งผลด้านลบต่อ

5. ผลกระทบด้านปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นจากรายงานกิจกรรมการให้บริการสถานพยาบาลตามแบบ 0110 รง. 5 เฉพาะ สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 812 แห่ง (ไม่รวม กทม.) พบว่า จำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกในปี 2545 เพิ่มขึ้นจากปี 2544 มากกว่าหนึ่งเท่าตัว กล่าวคือ เพิ่มขึ้นจาก 60.85 ล้านครั้ง เป็น 120.93 ล้านครั้ง และมีข้อมูลที่แถลงโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ช่วงต้นปี 2546 เป็นต้นมา ระบุว่าผู้ป่วยนอกมาใช้บริการมากขึ้นประมาณร้อยละ 60 (วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ, 2547) ในส่วนของการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก พบว่าหลังการดำเนิน โครงการนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปทุมธานีมีผู้มารับบริการทันตกรรมของเพิ่มขึ้น โดยงานบริการหลัก คือ อุดฟันเพิ่มร้อยละ 25.3 ขูดหินปูนเพิ่มร้อยละ 25.1 และถอนฟันเพิ่มร้อยละ 16.2 การสะสมของคิวที่รอรับบริการทันตกรรม ณ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 มีคิวใส่ฟันปลอม 164 ราย รักษา รากฟัน 136 ราย การจัดสนทนากลุ่มในสวนผู้จัดบริการจะมีปัญหาเรื่องการตีความ การเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการ และงบประมาณที่ล่าช้าในส่วนการเบิกค่าทำฟันปลอม ในส่วนของผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการบริการรักษาโรคที่มีความเจ็บปวดและปัญหาการบดเคี้ยว (วิระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, 2546)

6. ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับกำลังคนรัฐบาลได้ใช้ศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit, PCU) เป็นกลไกหลักในการจัดบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งได้มีการกำหนดมาตรฐานไว้หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานกำลังคน เช่น

- 1) แพทย์ควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 10,000 คน และเน้นการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine)
- 2) พยาบาลควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 1,250 คน โดยในจำนวนดังกล่าวจะต้อง มีพยาบาลวิชาชีพไม่ต่ำกว่า 1: 50,000
- 3) ทันตแพทย์ควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 20,000 คน เป็นต้น

นำสู่การปฏิรูประบบกำลังคนครั้งยิ่งใหญ่ในระบบบริการสุขภาพ ทำให้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ มีการแก้ไขปรับปรุงระเบียบที่เกี่ยวข้อง กับระบบกำลังคน และการบริหารจัดการซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการบริหารจัดการบุคลากรที่มีแนวโน้ม ไปในทิศทางการปฏิรูป

อย่างไรก็ตามถึงแม้จะเป็นนโยบายที่ดี แต่เนื่องจากการจัดการระบบสุขภาพ และระบบกำลังคนมีความละเอียดซับซ้อนมาก ผลลัพธ์จึงขึ้นกับการบริหารจัดการค่อนข้างมาก

เนื่องจากตลอด 3 ปีนับตั้งแต่รัฐบาลภายใต้การนำของพรรคไทยรักไทยนั้น มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขทุกปี และเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบโครงการดังกล่าวทุกปี ผลลัพธ์ และทิศทางจึงมีทิศทางเปลี่ยนแปลงไปตลอดทั้ง 3 ปี ดังนี้

1. ปีที่ 1 (6 ก.พ. 2544-30 ก.ย. 2544)

เป็นช่วงแรกที่มีการทดลองนำนโยบายดังกล่าวมาใช้กับ 6 จังหวัด ในเดือนเมษายน 2544 ต่อมามีการขยายผลเพิ่มอีก 15 จังหวัด ในเดือนมิถุนายน 2544 หลังจากนั้นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบต่างๆ เพื่อรองรับต่อนโยบายมีการจัดสรรงบประมาณลงสู่จังหวัดต่างๆตามรายหัวประชากร (capitation)

การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนในปีส่วนใหญ่ เป็นการเตรียมการด้านการปรับปรุงแก้ไขระเบียบ และหลักเกณฑ์ที่ต้องใช้เวลา

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนโดยตรง เช่น การปรับสัดส่วนการจัดสรรแพทย์เฉพาะทาง ให้นั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้นจากเดิมมีผู้สมัครเพียงปีละ 8-30 คน ทำให้ปีดังกล่าวมีผู้สมัครเรียนถึง 120 คน นอกจากนี้ยังมีการปรับลดจำนวนแพทย์เฉพาะทางในภาพรวมลงจากเดิมมีโควตาแพทย์เฉพาะทาง รวมปีละประมาณ 700 โควตา เหลือเพียง 400 โควตาเศษเท่านั้น และเปลี่ยนสัดส่วนสังกัดโควตาแพทย์เฉพาะทางกระจายไปอยู่ในชนบทมากขึ้น เช่นจากเดิมโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเดิมเคยได้เพียงปีละ 25-50 โควตา ได้รับการปรับเพิ่มเป็น 150 โควตา ในขณะที่ปรับลดโควตาแพทย์เฉพาะทางในเขตเมืองลง โดยโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ จากเดิมเคยได้รับปีละ 600-700 โควตา ปรับลดเหลือเพียง 250 โควตา และเริ่มนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (geographic information system, GIS) มาใช้ในการกำหนดจำนวนแพทย์เฉพาะทาง และการกระจายบุคลากร เพื่อเตรียมการแก้ปัญหาด้านการกระจายทรัพยากรอื่นๆ ในอนาคต และในระหว่างนี้ ได้แก้ไขระเบียบหลักเกณฑ์ต่างๆ เช่น

1) ยกเลิกกรอบอัตรากำลังรอบที่ 3 ซึ่งเดิมกรอบนี้สร้างปัญหาให้กับหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานเป็นจำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งมีประชากรในความรับผิดชอบมากแต่อัตรากำลังมีน้อยมาก ไม่เพียงพอ และยังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมทั้งปัญหาอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่ตรงตำแหน่งก็ไม่สามารถเติบโตตามสายงานได้ ฯลฯ จึงได้มีการยกเลิกกรอบอัตรากำลังของสำนักงาน ก.พ. ดังกล่าว

ผลของการยกเลิกทำให้สามารถย้ายตำแหน่งให้ตรงตามผู้ปฏิบัติงาน ทำให้สามารถวิเคราะห์งบประมาณด้านบุคลากรได้ชัดเจนขึ้นและรองรับต่อวิธีการจัดสรรงบประมาณตามรายหัว

2) แก้ไขระเบียบการจ้างลูกจ้างชั่วคราวกับกรมบัญชีกลาง จนสามารถจ้างบุคลากรจากภายนอก เพื่อทดแทนการจัดสรร / การกระจายที่ไม่มีคุณภาพ ไม่เพียงพอในอดีตได้ สะดวก คล่องตัว ทันเวลามากขึ้น ทำให้การดำเนินการจ้างบุคลากร ลดขั้นตอนจากเดิมที่ทุกอัตรา ต้องผ่านกรมบัญชีกลาง ในปัจจุบันผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่สามารถอนุมัติการจ้างได้ทันที รวมทั้งการจ้างงานก็สอดคล้องกับความจำเป็น พื้นที่ที่ไม่ติดกับกรอบอัตรากำลังที่ ก.พ. กำหนดไว้เดิม ทำให้สามารถขยายการจ้างงานได้หลายวิชาชีพมากขึ้น เช่น หน่วยบริการสามารถจ้างนักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลฯลฯ เพื่อมาดูแลประชาชนในพื้นที่ได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

ในขณะที่ในอดีตนอกจากไม่มีงบประมาณแล้ว ถึงมีงบประมาณการจ้างแต่ละครั้งแต่ละตำแหน่งยากมาก เพราะต้องขอล่วงหน้าเป็นปี และบางครั้งกรมบัญชีกลางก็ไม่อนุมัติ เนื่องจากกรมบัญชีกลาง พิจารณาตามกรอบอัตรากำลังที่สำนักงาน ก.พ.กำหนด ซึ่งไม่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลก และไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

3) การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการคลัง สำนักงานงบประมาณ กรมบัญชีกลาง สำนักงานกฤษฎีกาฯลฯ เพื่อเปลี่ยนแปลงระเบียบเงินบำรุง และปรับปรุงระเบียบค่าตอบแทน และข้อบังคับว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนฯ จนสามารถลงนามได้ในเดือน ตุลาคม- พฤศจิกายน 2544 ในที่สุด โดยปรับระเบียบดังกล่าวให้ยืดหยุ่น คล่องตัว สอดรับกับความเป็นจริงมากขึ้น ทำให้พื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ได้รับความเป็นธรรม และสามารถจ้างบุคลากรมาบริการประชาชน (มีอำนาจการซื้อสูงขึ้น) มากขึ้น

2. ปีที่ 2 (1 ต.ค. 2544-30 ก.ย. 2545) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณตามหัวประชากรในระดับจังหวัด (capitation ระดับจังหวัด) แต่งบประมาณจากจังหวัดลงสู่อำเภอ (contracting unit for primary care, CUP) มีความหลากหลาย บางแห่งรวมเงินเดือนระดับอำเภอ (cup) บางแห่งรวมเงินเดือนระดับจังหวัด บางแห่งใช้แบบผสม (mix)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ในกรณีจังหวัดที่มีการรวมเงินเดือนระดับอำเภอ (cup) ผู้บริหารทั้งหมดเริ่มมีจิตสำนึกด้านการกระจายบุคลากรมากขึ้น ทำให้หน่วยงานที่มีบุคลากรมากเริ่มคลายบุคลากรออก และไม่รับบุคลากรที่จะย้ายเข้ามาใหม่ เช่น บางจังหวัดที่เห็นว่าตนมีบุคลากรเพียงพอแล้วจึงยินยอมกระจายโควตานักเรียนทุนจบใหม่ ให้กับจังหวัดอื่นที่ยังขาดแคลนบุคลากรอยู่ เช่น

เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานที่กำหนดหลายจังหวัดขาดแคลนบุคลากรมาก เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ไม่เพียงพอ ไม่ทันการ เมื่อมีงบประมาณเพียงพอ ก็แสวงหา และรับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น จังหวัดศรีสะเกษ ส่งรถบัสไปรับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ถึงมหาวิทยาลัย ขอนแก่นถึง 2 คัน จังหวัดนครราชสีมาใช้เงิน UC จ้างบุคลากรไปเรียนเพิ่มเติมจากโควตาที่ได้จัดสรรปกติหลายสิบคน โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งจ้างพยาบาล และบุคลากรอื่น เช่น นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ มาทำงานเสริมจากข้าราชการ และพนักงานของรัฐเป็นจำนวนมาก เพื่อให้เพียงพอต่อการรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชนในศูนย์สุขภาพชุมชน แต่เนื่องจากนโยบายเป็นไปอย่างกระท่อนกระแท่น ผู้บริหารบางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงไม่สามารถปรับตัวได้ทัน เช่น สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) ยังจัดสรรโควตานักเรียนของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในแบบเดิมคือ แปรตาม supply site โดยยังจัดทุนพยาบาลให้ภาคกลางที่มีบุคลากรมากแล้ว เท่ากับภาคอีสานที่ขาดแคลนบุคลากรมาก

กรณีการจัดสรรแพทย์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้ปรับให้สอดคล้องกับนโยบาย โดยจัดสรรตามจำนวนประชากร ทำให้หลายจังหวัดในอดีตที่ขาดแคลนแพทย์อย่างรุนแรงได้รับการจัดสรรให้มีความเสมอภาคกับจังหวัดอื่น เช่น จังหวัดหนองบัวลำภูได้รับการจัดสรรถึงกว่า 40 คน จังหวัดอุบลราชธานีได้รับการจัดสรรถึง 120 คน จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับการจัดสรรถึงกว่า 100 คน ซึ่งหากยึดกรอบเดิม ตามกรอบขนาดโรงพยาบาล จังหวัดเหล่านี้ก็จะแทบไม่ได้รับการจัดสรรแพทย์เลย

หลายหน่วยงานหลังจากที่ดำเนินงานไประดับหนึ่ง เริ่มกระจายบุคลากรลงสู่สถานีอนามัยมากขึ้น และพยายามพัฒนาให้เป็นไปตามนโยบายที่ต้องการให้เกิดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ จึงนำแพทย์ และบุคลากร ลงไปบริการยังศูนย์สุขภาพชุมชน บางแห่งกระจายพยาบาลไปอยู่สถานีอนามัย ได้อย่างมากมายเกือบเต็มอัตรากำลัง โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งสามารถขยายบริการนอกเวลาราชการมากขึ้น บางแห่งสามารถจ้างแพทย์เฉพาะทางมาดูแลผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลชุมชน โดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไกลๆ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น หลายหน่วยงานดำเนินงานเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างสุขภาพ ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ผู้ป่วยในลดลงอย่างมาก ค่าใช้จ่ายของประชาชน และรัฐลดลงอย่างมาก ทำให้เกิดประสิทธิภาพกับระบบโดยรวม

3. ปีที่ 3 (1 ต.ค. 2545-30 ก.ย. 2546) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข ที่มีอำนาจตาม บทเฉพาะกาลอีก 3 ปีได้เปลี่ยนแปลงแนวคิด และหลักการการจัดสรรงบประมาณตลอดเวลา ทำให้ ระดับพื้นที่สับสนเป็นอย่างมาก และไม่สามารถวางแผนการจัดการในระยะยาวได้ ปลายปี งบประมาณจึงเกิดความชัดเจนว่ากลับไปจัดสรรงบประมาณรูปแบบเดียวกับก่อนมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค

ทำให้จังหวัดหนองบัวลำภูที่ได้รับน้อยที่สุดในประเทศ อีกครั้งคือได้รับเพียง 752 บาท ต่อหัวประชากร (รวมเงินเดือน) ขณะที่บางจังหวัดกลับได้รับกว่า 2,000 บาทต่อหัวประชากร ทำให้ หลายหน่วยงานที่มีไฟในการพัฒนาเกิดความท้อถอย หหมดกำลังใจ ไม่มั่นใจในแนวทาง และทิศ ทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทำให้หน่วยบริการเกือบทั้งประเทศดำเนินการแบบกลับหลังหัน คือ ถอยและดึงแพทย์ พยาบาลและบุคลากร ที่ไปดูแลประชาชนแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ที่หน่วย บริการปฐมภูมิ หรือสถานีอนามัย กลับโรงพยาบาลเกือบหมดสิ้น เนื่องจากงบประมาณในการ ดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากต้องมีหนี้สิน ล้นพ้นตัว

ผลการจัดสรรงบประมาณ และทิศทางที่ไม่ชัดเจนดังกล่าว ร่วมกับการกระจายแพทย์ยัง ขาดความเป็นธรรมของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ปีนี้แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน มากกว่า 600 คนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน เนื่องจากขาดแรงจูงใจในโรงพยาบาลชุมชนในชนบท ทำให้ 22 จังหวัดทั่วประเทศ มีแพทย์ลดลง เช่น จังหวัดภูเก็ต แพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชนลดลงไป ร้อยละ 50 จังหวัดชุมพร แพทย์ลดลงร้อยละ 30 ในขณะที่ในภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุขกลับ จัดสรรแพทย์ ไปให้เพิ่มขึ้นอย่างมาก เช่น จังหวัดปทุมธานี นอกจากที่รับแพทย์ที่โยกย้ายมาแล้วยัง ได้รับจัดสรรแพทย์ปีที่ 1 อีก 100 คน เป็นต้น

นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชน ที่ห่างไกล ทุกคันดาร นอกจากจะไม่มีงบประมาณในการ ดำเนินงาน และการจ้างบุคลากรแล้ว แพทย์ที่ปฏิบัติงานยังมีโอกาสน้อยในการย้ายกับภูมิลำเนา เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขให้แพทย์รุ่นน้องไปอยู่ก่อนแล้ว และหากโยกย้ายไปอีก แพทย์ที่ เหลืออยู่ในโรงพยาบาลชุมชนไกลๆจะยังมีแพทย์ลดลง แพทย์ชนบทแต่ละคนก็ทำงานหนักมากขึ้น และยิ่งขาดแรงจูงใจก็ยิ่งลาออกมากขึ้น ในชนบทที่ยังขาดแคลนมากจนเป็นวงจรอุบาทว์ในที่สุด

ส่วนการกระจายโควตา พยาบาลที่จบใหม่ หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขส่งสัญญาณ ด้านการงบประมาณว่าไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายด้านกำลังคน เนื่องจากรวมเงินเดือนระดับประเทศ ทำให้โควตาพยาบาลที่จบในเดือน เมษายน 2546 กว่า 1,269 คน ซึ่งเกือบร้อยละ 100 เป็นของ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ จัดสรรให้โรงพยาบาลชุมชน เพียง 260 คนคิดเป็นร้อยละ 20 เท่านั้น (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, 2547)

ระบบการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550

1. แนวคิดการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จัดให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกันอย่างมีคุณภาพ การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการ หากการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข และกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะรูปแบบการจัดสรร / จ่ายเงินไม่ได้ถูกออกแบบอย่างเหมาะสม ดังนั้น การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีส่วนสำคัญในการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบการคลังสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือจัดให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสม แก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากร และให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังกล่าว การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550 ในส่วนงบเหมาจ่ายรายหัว จึงประกอบด้วยกรอบแนวคิดหลักสำคัญๆ ดังนี้

1.1 ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (differential capitation) ของประชาชนในแต่ละจังหวัดปรับเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2549 ที่คำนวณตามโครงสร้างอายุประชากร และการใช้บริการ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ การใช้บริการของผู้มีสิทธิ เพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างมั่นใจโดยเท่าเทียมกัน

1.2 ปกป้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อชีวิต และมีค่าใช้จ่ายสูง (high cost care) ปกป้องบริการค่าใช้จ่ายสูงบางรายการที่มีความสำคัญ ด้วยการกำหนดอัตราการจ่ายให้ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ แยกรายการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมให้สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพอื่น และราคาตลาด

1.3 จัดให้มีการบริหารจัดการโรคเฉพาะ และระบบการส่งต่อผู้ป่วย (disease management initiative and managed referral system) สำหรับโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลแพงมาก และต้องได้รับบริการต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วย โดยให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และสถานพยาบาล และจ่ายค่าบริการตามแผนการรักษาตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่กำหนด จัดระบบการส่งต่อ และมีการติดตาม กำกับเพื่อตรวจสอบมาตรฐาน การรักษาพยาบาล และคุณภาพบริการ

1.4 ปกป้องการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อข้ามจังหวัด เพื่อให้ประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับบริการผู้ป่วยนอก ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้รับการตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อข้ามจังหวัด

1.5 จัดให้มีการจ่ายเงินตามความครอบคลุม / ผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยกำหนดกลไกในการกระตุ้นผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการ โดยการจัดจ่ายเงินตามความครอบคลุม / ผลงานการให้บริการเพื่อให้มีการจัดบริการตามสิทธิประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6 คำนึงถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อต้นทุนการให้บริการ โดยจัดสรรเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่ประชาชนบางเบา และพื้นที่กันดาร พื้นที่ชายแดน และเสี่ยงภัยกรณีพิเศษ

1.7 สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ โดยจัดให้มีการจ่ายเงินตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการ เพื่อสร้างแรงจูงใจหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (positive reinforcement incentive) โดยสร้างกลไกการจัดการทางการเงินตามผลงาน (payment for performance) รวมถึงการสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (quality surveillance) เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์การจัดการบริการสาธารณสุข (health need management)

1.8 การสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ คือ นโยบายสร้างสุขภาพ โดยงบบริการส่งเสริมป้องกันจะต้องไม่น้อยกว่าเดิม ทั้งในภาพรวม และในส่วนที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการ การขยายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคาดว่าจะมีการให้บริการเพิ่มขึ้น และการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ รวมถึงการชดเชยการสูญเสียรายได้ของหน่วยบริการทุกระดับจากการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท

1.9 การจัดสรรเงินสำหรับการบริการผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดานวงเงิน (DRG with global budget) โดยคำนวณที่ระดับเขตพื้นที่

1.10 จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการไม่น้อยกว่าที่เคยได้รับในปีงบประมาณ 2549 ให้ทุกหน่วยบริการภาครัฐได้รับงบประมาณต่อประชากรผู้มีสิทธิหลังหักเงินเดือน เฉลี่ยจะต้องไม่น้อยกว่าปีที่ผ่านมา

1.11 หักเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ ตามที่สำนักงานงบประมาณหักเงินเดือนจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการหักเงินเดือนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขหักที่ระดับจังหวัด หน่วยบริการภาครัฐอื่นหักที่ระดับหน่วยบริการ โดยวงเงินเดือนที่หักแต่ละสังกัด วงเงินรวม 24,002 ล้านบาท (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 22,275 ล้านบาท หน่วยบริการภาครัฐอื่น 1,727 ล้านบาท)

2 กำหนดการบริหารงบประมาณโดยเน้นการบริหารจัดการในระดับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับหน่วยบริการในความรับผิดชอบ ของกระทรวงสาธารณสุข หลังสิ้นสุดบทเฉพาะกาลตามมาตรา 65

2.1 การบริหารงบประมาณในระดับประเทศ

1) จัดให้มีงบประมาณเพื่อความมั่นคงของหน่วยงาน (contingency fund) สำหรับหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในวงเงินจำนวน 400 ล้านบาท ก่อนการจัดสรรให้หน่วยบริการ โดยมีคณะอนุกรรมการฯรับผิดชอบในการพิจารณาหลักเกณฑ์

2) จัดให้มีกองทุนกลางสำหรับการบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายสูง (AE&HC) ในอัตราที่ไม่สูงกว่าปีงบประมาณ 2549 โดยใช้ข้อมูลผลการเบิกจ่ายปีงบประมาณ 2549 เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ

3) มีการจัดสรรงบประมาณของกองทุนที่กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายตามผลงานความครอบคลุมของบริการเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการตามข้อมูลการให้บริการ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4) จัดให้มีกองทุนกลาง สำหรับนโยบายสำคัญ เพื่อจัดสรรให้กับหน่วยบริการ และผู้ให้บริการโดยตรง ได้แก่ การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ และการบริหารกองทุนเฉพาะกิจ สำหรับปี 2550 คือ การชดเชยการยกเลิกค่าธรรมเนียม 30 บาทให้กับหน่วยบริการ

2.2 การบริหารงบประมาณในระดับพื้นที่

1) จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยในปกติ ตามจำนวนประชากร (ปรับด้วยโครงสร้างอายุและการใช้บริการ) และงบส่งเสริมสุขภาพในส่วนประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพจัดสรรตามจำนวนประชากร โดยจัดสรรตรงให้หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในส่วนงบส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของประชากรสิทธิอื่น จัดสรรให้สำนักงานฯสาขาจังหวัดบริหารจัดการภายใต้คณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด

2) จัดสรรงบบริการผู้ป่วยใน ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดานวงเงิน (DRG with global budget) โดยคำนวณที่ระดับเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โครงสร้างงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550

ปีงบประมาณ 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 1,899.69 บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิจำนวน 46.06 ล้านคน งบประมาณดังกล่าวจัดสรรเพื่อใช้ในการจัดบริการประเภทต่างๆ การลงทุนเพื่อการทดแทน และการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้น จากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ตามมาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีงบกองทุนเพิ่มเติมคือ กองทุนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการพัฒนาคุณภาพบริการ และการชดเชยยกเลิกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบโครงสร้างการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2546-2550

ประเภทบริการ	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	ปีงบประมาณ 2549	ปีงบประมาณ 2550
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	488.2	533.01	585.11	645.52
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	418.3	435.01	460.35	513.96
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	175	206	210	224.89	248.04
4. บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25	19.7	24.73	52.07	51.02
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32	66.3	99.48	190.00	209.56
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	6	10	6	6	10.00
7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	4	-	4	4	4.00
8. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.4	85	76.8	129.25	142.55
9. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร		10	7.07	7.00	30.00
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตาม มาตรา 41		5	0.2	0.53	0.53
11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ					0.40
12. คุณภาพบริการ					20.00
13. ชดเชยยกเลิกค่าธรรมเนียม 30บาท					24.11
รวม (บาท / ประชากร)	1,202.4	1,308.5	1,396.3	1,659.2	1,899.69

หมายเหตุ

รายการที่ 3 เป็นงบสำหรับการจัดบริการแก่ประชาชนทั้งสิทธิประกันสุขภาพและสิทธิอื่น ที่คำนวณตามฐานประชากรทั่วประเทศ

รายการที่ 4 ครอบคลุมบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกพื้นที่ การรับบริการครั้งแรกของกลุ่มสิทธิว่าง เด็กแรกเกิดคลอดที่ป่วย หรือเกิดต่างหน่วยบริการกับมารดา ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจาก พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ

รายการที่ 5 ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสูงสำหรับบริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผ่าตัดสมองอันเนื่องจากอุบัติเหตุ เคมีบำบัด และรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมากกว่า และเท่ากับ 4 การล้างไตกรณีไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อ *Cryptococcus meningitis* (เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ ระดับเขตพื้นที่ (สระบุรี), 2550)

การบริหารทรัพยากรมนุษย์

ทรัพยากรสุขภาพประกอบด้วย (1) กำลังคน (2) สถานบริการและเครื่องมือ (3) เวชภัณฑ์ (4) องค์ความรู้ โดยกำลังคนด้านสุขภาพนั้น เป็นทั้งผู้สร้างเทคโนโลยี และเป็นผู้นำเทคโนโลยีสุขภาพไปบริหารจัดการ และจัดระบบบริการเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน และเป็นทรัพยากรที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุด โดยทั่วไปจะสูงถึงร้อยละ 60-80 ของค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินการ ตัวอย่างปีงบประมาณ 2546 งบประมาณเฉพาะในส่วนเงินเดือน และค่าจ้างประจำของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานของรัฐ ในส่วนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็น 610 บาทต่อประชากรบัตรทอง (UC) หรือคิดเป็นร้อยละ 58 ของงบดำเนินการทั้งหมด (ไม่รวมค่าตอบแทนอื่นๆอีกประมาณร้อยละ 20)

ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปีพุทธศักราช 2540 ได้กำหนดประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ว่าด้วยสิทธิประชาชน และว่าด้วยหน้าที่ของรัฐบาล ที่จะให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่เสมอภาคทั่วถึง มีคุณภาพมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ

จากข้อเท็จจริงปรากฏว่ากำลังคนด้านสุขภาพ มีความไม่สมดุล ทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ ทั้งด้านลึกและด้านกว้าง ทั้งรูปแบบการผลิตและการกระจาย โดยปัญหาเหล่านี้ได้พอกพูนสะสมอย่างต่อเนื่องยาวนานซ้ำซาก จนเป็นหนึ่งในประเด็นที่มีการถกเถียง ได้แย้ง บาดหมางของผู้ให้บริการและทรัพยากรต่างๆ ตามขนาดของหน่วยบริการ (supply side) โดยไม่ได้คำนึงถึงด้านประชาชน (demand side)

กำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญของทั้งเหตุและผลลัพท์ที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย รัฐบาลโดยการนำของพรรคไทยรักไทย จึงได้ใช้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเครื่องมือชิ้นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นในประเทศไทย จนนำไปสู่การตราเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545

ลักษณะกำลังคนด้านสาธารณสุข

1. การคัดเลือกบุคลากรด้านสาธารณสุข (recruitment) ในอดีต และปัจจุบันการได้มาซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขได้มาจาก 2 แนวทางหลักๆ ดังนี้

1.1 ได้จากการบังคับขจัดใช้ทุนจากรัฐบาลผ่านสำนักงาน ก.พ. ซึ่งเรียกว่านักเรียนทุนคู่สัญญา ปัจจุบันประกอบด้วยวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร โดยต้องผ่านการสอบแข่งขันเข้ามหาวิทยาลัย (entrance) ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัย หรือแหล่งผลิตกำหนด ซึ่งแหล่งผลิตมักกำหนดเกณฑ์ตามคะแนนสอบซึ่งพิจารณาจากความสามารถ (ความเก่ง) ของผู้เรียนเป็นหลัก ซึ่งคุณสมบัติเช่นนี้ (ความเก่งในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย (entrance) มักมีอยู่ในนักเรียนที่มีเศรษฐกิจที่ดีและอยู่ในถิ่นที่มีโอกาส และมีความเจริญสูง เช่น ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล หรือในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่

วิธีการคัดเลือกคนโดยอาศัยคะแนนสอบ (entrance) เป็นหลัก จึงเสมือนหนึ่งเป็นการตัดสิทธิ์นักเรียนจากท้องถิ่นทุรกันดารจริงๆ (ระดับอำเภอ / ตำบล) ไปโดยปริยาย ทั้งที่พื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรอย่างมาก และซ้ำซากมาโดยตลอดนั่นก็คือ พื้นที่ห่างไกลทุรกันดารในชนบท (ระดับอำเภอ / ตำบล) ทำให้บุคลากรซึ่งมีภูมิลำเนาจากพื้นที่ที่เจริญในเขตเมืองเมื่อخذใช้ทุนหมด (2-3 ปี) ก็ลาออก หรือเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานใหม่ เพื่อกลับไปยังภูมิลำเนาที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลในเขตเมืองเท่านั้น

ทำให้ถือเสมือนหนึ่งว่า ในอดีตและปัจจุบันรัฐบาลผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เขตเมืองโดยให้ไปฝึกงานในชนบท การخذใช้ทุนในช่วง 2-3 ปีแรก จึงเป็นเพียงทางผ่านของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรخذใช้ทุน หรือเป็นเพียงการฝึกงานในชนบทเท่านั้น

ดังจะเห็นได้จากปัจจุบัน (พ.ศ. 2547) รัฐบาลผลิต บังคับแพทย์ใช้ทุนมาแล้ว 32 รุ่นๆ ละประมาณ 500-1,400 คน รวมผลิตมาแล้วถึง 19,568 คน (ไม่รวมแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1-3) กลับคงเหลือแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวแทนพื้นที่ชนบทเพียงประมาณ 1,200 คนเท่านั้น (ไม่ถึงร้อยละ 10) วิชาชีพทันตแพทย์ และเภสัชกรก็นับได้ว่ามีชะตากรรมไปในทิศทางเดียวกับแพทย์

1.2 ส่วนราชการต่างๆผลิตบางสาขาวิชาชีพนอกจากสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระดับอนุปริญญา และพยาบาลวิชาชีพเพื่อสนับสนุนหน่วยงานภายในของส่วนราชการตนเอง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร (กทม.) ภาคเอกชน (รวมสภาวิชาชีพ) เป็นต้น ซึ่งสามารถแก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ภายในส่วนราชการได้ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากกระบวนการคัดเลือกก็ยังคงนับว่าไม่แตกต่างจากกรณีแรกมากนัก (ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข จะเริ่มมีแนวคิดที่จะคัดเลือกคนจากท้องถิ่นในชนบทมากขึ้นแล้วก็ตาม) เนื่องจากโควตาที่กำหนดเป็นโควตาระดับจังหวัด ไม่ใช่โควตาระดับตำบล / อำเภอ (สาขาวิชาชีพระดับนี้ควรต้องกระจายลงไปถึงระดับตำบล/ อำเภอ)

กล่าวคือกระบวนการ และวิธีการคัดเลือกก็ยังเน้นหนักเรื่องความเก่งเช่นกัน วิธีนี้จึงมักจะได้อุคลากรที่มาจากเขตเมือง หรืออำเภอที่มีความเจริญสูง ทำให้กระทรวงสาธารณสุข (รวมส่วนราชการอื่น) ประสบปัญหาในการกระจายบุคลากรเหล่านี้ไปในเขตชนบทในระดับตำบลที่กันดาร และห่างไกล เช่น สถานีอนามัย เนื่องจากระบบดังกล่าว ทำให้ผู้มีภูมิลำเนาในอำเภอ / ตำบลที่ขาดแคลน ซึ่งมักจะมีความสามารถ / โอกาสในการแข่งขันน้อยกว่าผู้ที่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง ไม่สามารถผ่านเข้ามาในกระบวนการคัดเลือกนี้ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการ

จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่าทำไมเราจึงยังประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ชนบทอย่างรุนแรง และซ้ำซากมาโดยตลอด เหตุผลหลักๆน่าจะเป็นได้ชัดเจนว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการคัดเลือกคน (recruit) ไม่เหมาะกับงาน (คนในเขตเมืองมีเศรษฐฐานะดีมาทำงานในชนบทห่างไกลเร้นแค้น ยากลำบาก เช่น ในโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานีอนามัย)

2 การผลิต

ปัจจุบันมีการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมดมาจากมหาวิทยาลัย วิทยาลัยต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ซึ่งวิธีคิดและหลักสูตรเดิมมักอิงด้านการศึกษาเป็นหลัก (academic-based) ที่เน้นด้านการรักษาพยาบาล และบริการระดับสูง (ระดับทุติยภูมิ – ตติยภูมิ) ก่อนข้างมาก

องค์ประกอบที่สำคัญในการผลักดันนโยบาย (policy driven) ก็คือ งบประมาณ (ทุน) สนับสนุนในการผลิตบุคลากร โดยแหล่งทุนที่สนับสนุนการผลิต ได้มาจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ ตามแผนการผลิตของแต่ละมหาวิทยาลัย และงบประมาณที่แตกต่างหากจกงบบริการสาธารณสุข กล่าวคือ ในอดีต และปัจจุบันงบประมาณด้านการผลิตรัฐบาลจัดสรรให้กับสถาบันที่มีหน้าที่ผลิตโดยตรง การผลิตจึงมักกำหนดตามเงื่อนไขของผู้ผลิตเป็นสำคัญ ดังนั้นหากรัฐบาลใช้นโยบายเชิงงบประมาณ เพื่อจูงใจแหล่งผลิต ให้ผลิตตามผู้ใช้บริการ ก็จะทำให้ได้บุคลากรที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไปในอนาคต ทั้งนี้อาจมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการทำพันธะสัญญากับนักเรียนทุน ให้เหมาะสมต่อไป ในขณะที่เดียวกันหากไม่เปลี่ยน

3 การบริหารจัดการ (การใช้) และการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

ในอดีตและปัจจุบันสถานะของบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือการจ้างงาน ส่วนใหญ่เป็นในรูปแบบ

- 1) เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลาง เช่น เป็นข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรืออาจเป็นการจ้างแบบอื่นที่ไม่ใช่ราชการ เช่น ภาคเอกชน มูลนิธิ หรือ องค์กรต่างๆ
- 2) เป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม เช่น ข้าราชการท้องถิ่น หรือการจ้างงานรูปแบบอื่น
- 3) เป็นบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น ที่จ้างงานโดยชุมชนในท้องถิ่นนั้นๆ
- 4) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ประกอบอาชีพอิสระ
- 5) เจ้าหน้าที่ในองค์กรมหาชน

หรืออาจเป็นแบบผสมของทั้ง 5 แบบข้างต้น ขึ้นกับสาขาวิชาชีพ และลักษณะการทำงาน โดยอาจแบ่งเป็น

- ลักษณะวิชาชีพ หรืองานที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะสูง ก็อาจจำเป็นที่จะต้องให้มีความมั่นคงในวิชาชีพมาก (รัฐบาลต้องส่งเสริมสนับสนุนเป็นพิเศษ) เช่น บุคลากรที่ทำงานในระดับรากหญ้า เช่น สถานีอนามัย หรือในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

- ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลสูง ก็ควรปล่อยให้เป็นอิสระ ให้ชุมชนท้องถิ่นสนับสนุนเอง

ทั้งนี้ระบบการจ้างงาน เงินเดือน ค่าตอบแทน ส่วนใหญ่ได้มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดให้ตามภาระงานที่รับผิดชอบต่อประชากร ส่วนสวัสดิการ และประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ ก็อาจได้มาจากรัฐบาลกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจากชุมชนโดยตรง

โดยสรุปลักษณะกำลังคนดังกล่าว ทั้งระบบที่มา และการคัดเลือกร่วมกับการผลิต รวมทั้งกระแส/ ทิศทางระบบบริการสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน และระบบการบริหารจัดการ และพัฒนากำลังคนซึ่งเน้นภาคการผลิต ดังกล่าวทำให้ไม่สามารถรั้ง ชำรงรักษาให้บุคลากรคงอยู่ได้ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบกำลังคนด้านสุขภาพในหลายรูปแบบ เช่น

- ความไม่สมดุลด้านจำนวนต่อ ประชากร หรือภาระงานในภาพรวม

ส่วนที่ 2 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs)

มาสโลว์ ได้ตั้งสมมติฐานว่ามนุษย์มีความต้องการ ดังนี้

1. มนุษย์มีความต้องการ และความต้องการมีอยู่เสมอ ไม่มีที่สิ้นสุด
2. ความต้องการที่ได้รับการสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจสำหรับพฤติกรรมต่อไป ความต้องการที่ไม่ได้รับการสนองเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม
3. ความต้องการของคนซ้ำซ้อนกัน บางทีความต้องการหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้วยังไม่สิ้นสุดก็เกิดความต้องการด้านอื่นขึ้นอีก
4. ความต้องการของคนมีลักษณะเป็นลำดับขั้น ความสำคัญกล่าวคือ เมื่อความต้องการในระดับต่ำได้รับการสนองแล้วความต้องการระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนอง (จักรี นฤทุม, 2545)

มาสโลว์ มองความต้องการของมนุษย์เป็นลักษณะลำดับขั้น จากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด และสรุปว่าเมื่อความต้องการในระดับหนึ่งได้รับการตอบสนอง จะมีความต้องการอื่นในระดับสูงต่อไป

ขั้นของความต้องการไล่เรียงตั้งแต่ ขั้นแรกจนถึงขั้นสูงสุดมีอยู่ 5 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางร่างกาย (the physiological of needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น คนเราต้องการอากาศเพื่อหายใจ ต้องการน้ำและอาหาร ต้องการนอนหลับพักผ่อน ไม่ชอบความเจ็บปวด รวมถึงความต้องการทางเพศ ขั้นที่ 1 นี้เป็นที่ชุมนุมความต้องการพื้นฐานทุกประเภท

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง (the safety and security needs) หากตอบสนองขั้นที่หนึ่งแล้ว ก็จะเริ่มมีความรู้สึกสนใจในด้านความต้องการ ความปลอดภัย ต้องการการปกป้อง หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นความต้องการเพื่อบรรเทาความกลัวและกังวล ความต้องการลักษณะนี้ก็คือ ความต้องการบ้านที่ปลอดภัย การงานที่มั่นคง แผนการดำรงชีวิต หลังจากไร้ที่ลี้ภัยจากงานแล้ว หรือการมีกรรมธรรม์ประกันชีวิต และประกันภัย เป็นต้น

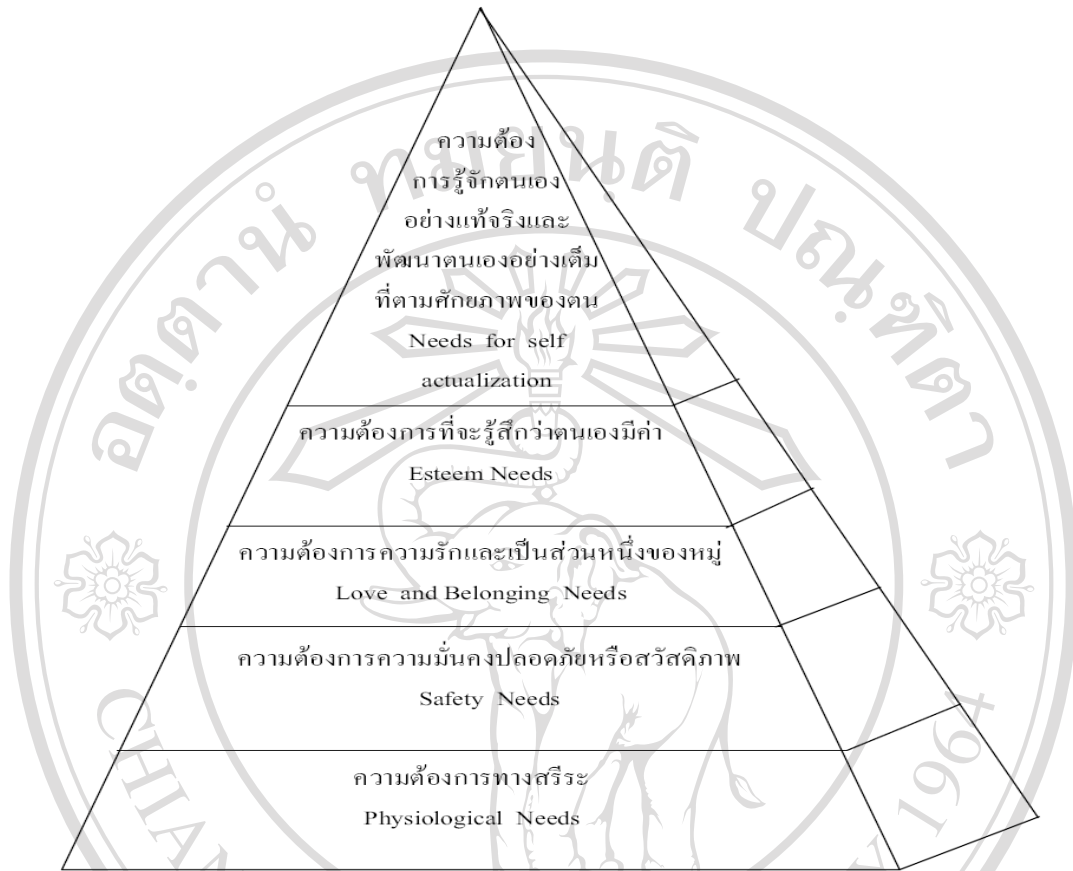
ขั้นที่ 3 ความต้องการความผูกพัน หรือการยอมรับ (the love and belonging needs) ความต้องการถัดมาหลังจากที่สองขั้นแรกได้รับการตอบสนองแล้ว จะเป็นความต้องการความรัก และความผูกพัน แต่ละคนจะเริ่มอยากมีเพื่อนสนิท มีคนรัก และเป็นที่รักของทุกคนที่รายรอบ หากมองในแง่ร้ายหน่อย ก็คือ ความกลัวที่จะอยู่อย่างโดดเดี่ยว และไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม ในชีวิตประจำวันความต้องการขั้นนี้จะแสดงออกด้วย ความต้องการที่จะแต่งงาน มีครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคม เป็นสมาชิกของแก๊ง หรือสมาชิกชมรมต่างๆ

ขั้นที่ 4 ความต้องการการยกย่อง (the esteem needs) มาสโลว์ได้ให้ความหมายไว้สองเวอร์ชัน คือ ความต้องการการยกย่องแบบต่ำ และแบบสูง แบบแรกเป็นการต้องการความเคารพจากผู้อื่น ต้องการมีหน้ามีตาในสังคม มีชื่อเสียง เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม แบบที่สองคือ ความต้องการความเคารพตัวเอง (self-respect) แสดงได้จากความต้องการที่จะเป็นคนที่มีความมั่นใจ ต้องการเอาชนะ อิศระ ยืนได้ด้วยตนเอง สาเหตุที่ความต้องการแบบที่สองนี้เป็นแบบที่สูงกว่า ก็เพราะเมื่อมีความรู้สึกเคารพตัวเองแล้ว ยากที่จะสูญเสียไป ไม่เหมือนกับแบบแรก

ความต้องการใน 4 ขั้นแรก มาสโลว์เรียกว่าเป็น Deficit Need หรือ D-need ถ้าไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ เราก็จะรู้สึก “ต้องการ” อยู่ทุกครั้งไป แต่เมื่อความต้องการแต่ละระดับถูกตอบสนองเราก็ไม่รู้สึกอะไร อีกนัยหนึ่ง ไม่มีแรงจูงใจอะไรที่จะทำให้เราต้องการ เหมือนกับคำพูดที่ว่า “เราไม่เคยคิดถึงน้ำ จนกระทั่งรู้สึกว่าจะกระหายน้ำ”

ขั้นที่ 5 ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (the self-actualization) เป็นขั้นความต้องการที่แตกต่างไปจาก 4 ขั้นแรก บางครั้งมาสโลว์เรียกความต้องการระดับนี้ว่า “Growth Motivation” หรือ “Being Needs (B-needs)” ซึ่งตรงข้ามกับ D-need “Self-actualization” เป็นความต้องการที่เมื่อเริ่มรู้สึกแล้วจะรู้สึกต่อไปเรื่อยๆ และถ้าเราตอบสนองความต้องการนี้ไปแล้ว มันก็มีพลังแรงเพิ่มขึ้นไปอีก ความต้องการนี้คือ ความปรารถนาที่จะเป็นอย่างที่คุณอยากจะเป็น อยากเป็นคนที่มีบุคลิกแบบเท่าที่คุณจะทำได้ ซึ่งความรู้สึกที่ว่าจะไม่เกิดขึ้นถ้าความต้องการที่ต่ำกว่ายังไม่ได้รับการตอบสนองเพียงพอ เพราะถ้ายังรู้สึกหิว ก็ต้องหาอาหารมาตอบสนองก่อน ถ้าไม่มีความรู้สึกภูมิใจในตนเองก็ต้องต่อสู้ เพื่อให้ได้มาหรือหาอย่างอื่นมาทดแทน ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองก็จะไม่มีกำลังที่จะไปเติมเต็ม ความต้องการขั้นที่ 5 นี้ได้ แต่เชื่อว่าทุกคนจะประสบความสำเร็จถึงขั้นนี้ได้ มาสโลว์เคยบอกไว้ว่ามีเพียง 2-3% ของคนบนโลกนี้เท่านั้นที่สามารถมีความรู้สึกของตัวเองประสบความสำเร็จ และเป็นอย่างที่ยอยากเป็นในชีวิต พวกเขาเหล่านี้สามารถที่จะมีความรู้ สันติภาพ ประสบการณ์ที่สวยงามได้ คนเหล่านี้มีความเหมือนที่เป็นลักษณะเฉพาะคือ เป็นคนลักษณะ Reality-centered หมายถึงว่าพวกเขาสามารถแยกแยะได้ว่าอะไรคือของปลอม อะไรคือความหลอกลวง อะไรคือจริง และเป็นคนที่มีลักษณะ Problem-centered หมายถึงว่า คนเหล่านี้มองว่าชีวิตคือ ความยากลำบาก หรือเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข ไม่ใช่ปล่อยให้ปัญหาผ่านไป นอกจากนั้นพวกเขาก็จะมีมุมมองที่แตกต่างสำหรับวิธีการดำเนินชีวิต และเป้าหมาย (different perception of means and ends) พวกเขาู้สึกว่าเป้าหมาย ไม่ใช่เป็นตัวกำหนดวิธีการดำเนินชีวิต แต่กลับเห็นว่าวิธีการดำเนินชีวิตต่างหากที่มีความสำคัญมากกว่า เป้าหมายของชีวิต (ทัศนคติ จิตใจ, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์)

ภาพที่ 1 ทฤษฎีลำดับขั้นตามความต้องการของ มาสโลว์



แหล่งที่มา : Maslow's Hierarchy of Needs "A Theory of Human motivation",
Psychological Review vol. 50 (1943) p. 370-396

ส่วนที่ 3 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิโรจน์ ฅ ระนอง และอัญชญา ฅ ระนอง (2548) ได้ศึกษาการหมุนเวียนของบุคลากรที่ให้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 (2546-2547) พบว่า ที่ผ่านมามีความพยายามจากหลายฝ่ายที่จะศึกษาเรื่องการลาออกของแพทย์ แม้ว่าการศึกษาต่างๆจะมีปัญหาบางประการ และได้ผลที่แตกต่างกันบ้าง รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย แต่พอจะประมวลผลและอนุมานได้ว่า สาเหตุการลาออกของแพทย์มีดังนี้

1. การลาออกของแพทย์ไม่ได้เกิดจากสาเหตุหนึ่งใดเป็นสาเหตุหลักสาเหตุเดียว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาเหตุที่มีการถกเถียงกันทางการเมือง เช่น การมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การมีมาตราใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือการไม่ได้รับบรรจุเข้าเป็นข้าราชการ

2. สาเหตุพื้นฐานที่สำคัญที่การศึกษาต่างๆ พบมักจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่อไปนี้ คือ ภาระงาน ค่าตอบแทน และโอกาสในการศึกษาต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่ต่างจากในอดีตมากนัก และในความเป็นจริงแล้ว ปัญหาการไม่สามารถรักษาแพทย์เอาไว้ในโรงพยาบาลชุมชน ในระยะยาวก็ เป็นปัญหาที่ประสบกันมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 ทศวรรษก่อนที่ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเมือง ข้างต้นจะเกิดขึ้น

3. ปัจจัยเรื่องค่าตอบแทนในลักษณะสัมพัทธ์ (เช่น ระหว่างรัฐกับเอกชน ระหว่าง เมืองใหญ่กับเมืองเล็ก หรือชนบท ฯลฯ) มีส่วนในการกำหนดการตัดสินใจในการลาออก (และ กลับเข้ารับราชการ) และปัจจัยเหล่านี้มักจะผันแปรไปตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศด้วย และ อาจจะได้รับผลกระทบจากนโยบายของรัฐบาลบางประการ (เช่น ความพยายามส่งเสริมไทยเป็น ศูนย์กลางทางการแพทย์ ซึ่งจะให้มีกำลังซื้อจากต่างประเทศมาแย่งดึงแพทย์ ออกไปสู่ โรงพยาบาลเอกชน)

4. ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางสังคม และประชากร ก็มีผลทำให้มีการลาออกมากขึ้นหรือเร็วขึ้น เช่น การมีสัดส่วนของนักศึกษาแพทย์ ที่มาจากกรุงเทพมหานคร และที่เป็นเพศหญิง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

5. ถึงแม้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเมืองที่กล่าวมาข้างต้น (เช่น โครงการ 30 บาท) อาจไม่ใช่ปัจจัยใดๆที่ทำให้แพทย์ลาออก แต่ก็อาจจะเป็นปัจจัยเสริมที่มีความสำคัญในการตัดสินใจของแพทย์จำนวนไม่น้อย ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆอยู่แล้ว ปัจจัยเหล่านี้จึงไม่ใช่สิ่งที่สามารถมองข้ามได้

ทฤษฎีพล ธรรมรังสี (2546) ได้ศึกษาการลาออกของแพทย์ ที่ลาออกจากสำนักงาน ปลัดกระทรวง ในปี 2544-2545 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยการส่งแบบสอบถามทาง ไปรษณีย์ จำนวน 288 คน พบว่า รูปแบบของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆมี 2 รูปแบบคือ กลุ่มแพทย์ (แพทย์ที่มีอายุน้อย และแพทย์โรงพยาบาลชุมชน) ที่มีการให้ความสำคัญกับโอกาสการศึกษาต่อ ระบบพนักงานของรัฐสูงกว่ากลุ่มแพทย์เฉพาะทาง (แพทย์อายุมากกว่า 30 ปี แพทย์โรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) ที่ให้น้ำหนักกับรายได้ ค่าตอบแทน และระบบการบริหารสูงกว่า โดยใน ภาพรวมทั้ง 2 กลุ่ม ปัจจัยที่มีน้ำหนักสูงสุด ได้แก่ ภาระงาน

การสัมภาษณ์แพทย์ลาออก จากสำนักงานปลัดกระทรวง ปี 2545-2546 ทางโทรศัพท์ จำนวน 100 คน พบว่า สาเหตุการลาออกของแพทย์ มีปัจจัยเกี่ยวกับอนาคตโดยเฉพาะการศึกษาต่อ มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือปัจจัยเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลอันดับ 3,4 ได้แก่

ทักษพล ชรรมรังสี (2547) ได้ศึกษาแพทย์ลาออก : เขาเป็นใคร โดยศึกษาลักษณะ ข้อมูลพื้นฐานของแพทย์ที่ลาออก จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2544-2545 จากการ สืบค้นข้อมูลจากแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุขปี 2546 จำนวน 743 ราย พบว่า แพทย์ที่ลาออกมี อายุน้อย (ค่าเฉลี่ย 30.63 ปี) อายุราชการสั้น ประกอบกับสัดส่วนการลาออกก่อนหมดพันธะสัญญา สูง โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ทั่วไป ลาออกก่อนครบพันธะสัญญาถึงร้อยละ 50.6 มีสัดส่วนแพทย์ ทั่วไปประมาณ 3 ใน 4 และลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน ประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งโรงพยาบาลชุมชน มีอัตราการสูญเสียสูงที่สุด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอายุราชการที่ยาวนานขึ้นในแพทย์กลุ่มนี้ คือ เพศ สถาบันการศึกษาในส่วนภูมิภาค ภูมิลำเนานอกเขตกรุงเทพมหานคร และการได้ปฏิบัติงานใน ภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหลังการอบรมแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ เพศ ภูมิลำเนาอกเขตกรุงเทพมหานคร และสถานที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติงานครบพันธะสัญญา ในกลุ่มแพทย์ทั่วไป ได้แก่ สถาบันการศึกษา ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน และ การได้ปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา ผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับคุณประโยชน์ของ แนวคิดการคัดเลือกคนจากชุมชน การศึกษาในเขตชนบท และการปฏิบัติงานในภูมิลำเนา

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ (2549) ได้สำรวจ ความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จาก 34 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่าสาเหตุที่ทำให้แพทย์ลาออก หรือคิดที่จะลาออกจากราชการมาก ที่สุด ได้แก่ ภาระงาน รongลงมาได้แก่ รายได้/ค่าตอบแทนไม่เพียงพอ และการร้องเรียนของ ประชาชน/ผู้รับบริการ

รุ่งทิวา มาบัว (2547) ศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มี ต่อผู้ให้บริการและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อผู้ให้บริการ ทั้งในมิติเชิงระบบ และมิติ กลไกการจัดการ ในมิติเชิงระบบ ประกอบด้วย การไม่ชัดเจนของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความไม่สมานฉันท์ของการดำเนินงานในรูปเครือข่าย ความไม่แน่นอนของการดำเนินงานศูนย์ สุขภาพชุมชน ตลอดจนความไม่นิ่งของการจัดงบประมาณ ผลกระทบที่เกิดกับผู้ให้บริการในมิติ กลไกการจัดการประกอบด้วย ความเร่งรัดการเตรียมความพร้อมและการประสานงาน การเพิ่มขึ้น

ทักษพล ธรรมรังสี (2548) การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ภาระของแพทย์จากบทบาทใหม่ๆ ในปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาระจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาระจากแนวทางการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการบริการทางสุขภาพของเอเชีย และ ภาระจากโครงการให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ HIV จากการวิเคราะห์และเปรียบเทียบ ระหว่างการประมาณการอุปสงค์และอุปทานข้างต้น โดยการประมาณการอุปสงค์ใช้วิธี อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ที่ปฏิบัติตามสภาพเศรษฐกิจและปัจจัยของระบบบริการในประเทศไทย จะพบว่า ในปี พ.ศ. 2548 ยังมีความขาดแคลนแพทย์ในระบบบริการ จำนวน 4,434 ราย และหากประมาณการไปในอนาคตโดยอาศัยกำลังการผลิตที่ได้วางแผนไว้ในปัจจุบัน จะถึงจุดสมดุลระหว่าง อุปสงค์ และ อุปทาน ในปี พ.ศ. 2558-2559 การประมาณในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยหากมีการเพิ่มอุปสงค์ต่อแพทย์ ทั้งจากบทบาทใหม่ด้านการรักษาพยาบาล เช่น โครงการให้ยาด้านไวรัส อุปสงค์ต่อการให้บริการแก่ชาวต่างชาติ รวมถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ และ บทบาทใหม่ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคเหล่านี้จะมีผลต่อการเข้าถึงจุดสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทานด้านจำนวนแพทย์ในประเทศไทยทั้งสิ้น

ชาญชัย โห้สงวน (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประกอบวิชาชีพ ในพื้นที่ขาดแคลนทันตแพทย์ในปี พ.ศ. 2545 โดยสำรวจทันตแพทย์ทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 1,225 คน สรุปได้ว่า ในปี 2545 หลังจากมีโครงการสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ทันตแพทย์ไทยยังคงมีการกระจายไม่เหมาะสม ทันตแพทย์ประมาณ 1 ใน 3 กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร ให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนร้อยละ 9.2 ของประชากร ทันตแพทย์ร้อยละ 27 ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนรวม 33 จังหวัด ให้การดูแลประชากรร้อยละ 51.5 ของประชากรทั้งประเทศ แบบจำลองของการปฏิบัติราชการในกรุงเทพมหานคร แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้คือ การเป็นทันตแพทย์เอกชน การสำเร็จการศึกษามากกว่า 3 ปี สำเร็จการศึกษาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหิดล การปฏิบัติงานในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ การปฏิบัติงานในสถานพยาบาลมากแห่ง และมีภาระงานเบา ในทางตรงข้ามแบบจำลองของการปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลน พบทันตแพทย์ที่มีลักษณะเป็นทันตแพทย์ในระบบราชการ มีอายุราชการไม่เกิน 3 ปี สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลขนาดเล็ก ในสถานพยาบาลจำนวนน้อยแห่ง และมีภาระงานหนัก แบบจำลองทั้ง 2 สะท้อนให้เห็นถึง โครงสร้าง 2 ชั้นของ

ชาญชัย โห้สงวน (2548) ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อหน้าที่การงานของทันตแพทย์ไทย ในปี 2547 โดยได้สอบถามทันตแพทย์ทั่วประเทศ ทั้งในภาครัฐและเอกชน สรุปได้ว่า เป็นการศึกษาที่พัฒนามาตรวัดความพึงพอใจต่อหน้าที่การงาน มาตรวัดนี้มีคุณสมบัติด้านความเที่ยงและความตรง ที่ดี ประกอบด้วยมิตีย่อย 4 ด้านคือ ด้านการบริหาร ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านลักษณะของเนื้อหา และด้านความก้าวหน้าในการงาน จากการวิเคราะห์พบปัจจัยพบว่า ทันตแพทย์ที่มีความพึงพอใจต่อหน้าที่การงานในระดับสูงมีลักษณะดังนี้คือ เป็นทันตแพทย์เอกชน มีอายุมาก ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร มีรายได้สูง และทำงานน้อยชั่วโมง ปัจจัยเหล่านี้สนับสนุนทฤษฎีความพึงพอใจ ในหน้าที่การงานที่จะใช้เป็นตัวอธิบายการโยกย้ายของทันตแพทย์จากระบบราชการ มาสู่ภาคเอกชน

สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการลาออกจากราชการ ของทันตแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำการเก็บข้อมูลจากทันตแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 126 คนพบว่า ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีภูมิลำเนาเดิมอยู่คนละจังหวัดกับโรงพยาบาลที่ทำงานในปัจจุบัน ยังไม่ได้ศึกษาต่อเฉพาะทาง ร้อยละ 88.9 อายุราชการส่วนใหญ่ทำงานมาน้อยกว่า 3 ปี มีรายได้รวมต่อเดือนระหว่าง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติต่อปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับที่ไม่ดี ร้อยละ 50 มีความต้องการลาออกจากราชการ ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบโลจิสติกพบว่า อายุราชการ ตำแหน่งบริหาร และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความต้องการลาออกจากราชการ

สุปรีดา อุดยานนท์ พัทธวรารณ ศรีศิลป์นันท์ และวรานุช ปิติพัฒน์ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำงานของทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา ได้สอบถามทันตแพทย์ผู้ทำสัญญารุ่น 1-3 ซึ่งสำเร็จการศึกษาปี 2532-2534 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกคือ ภูมิลำเนา โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร การเข้าเป็นนักศึกษาทันตแพทย์โดยไม่ได้รับตรงจากภูมิภาคที่มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ และเกรดสะสมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ปัญหาในการปฏิบัติราชการ โดยทั่วไปไม่มีผู้ไม่มากนัก และแตกต่างตามประเภทของหน่วยงานที่สังกัด ปัญหาด้านที่พักอาศัย และสถานที่ทำงานจะมากกว่าปัญหาอื่น ทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาคาดหวังต่อการคงอยู่ในระบบราชการภายหลังครบระยะเวลาสัญญา มีจำนวนร้อยละ 48.5 โดยผู้ที่มีภูมิลำเนา หรือจบการศึกษามหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค มีความ

พลสิทธิ บัวศรี และคณะ (2538) ได้ศึกษาการประมาณระยะเวลาเมื่อยกเลิกทันตแพทย์ คู่สัญญา ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการสำรวจทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาทุกคนที่ปฏิบัติงานใน กระทรวงสาธารณสุขปี 2536 จำนวน 800 คน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน การคมนาคมติดต่อระหว่างหน่วยงานสถานที่อื่นๆ และการเดินทางไปกลับภูมิภาค ได้สะดวก รวมทั้ง การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และการได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงานอื่น เป็นปัจจัยที่ทำให้ทันตแพทย์คู่สัญญาสามารถอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้

สุณี วงศ์คงคาเทพ (2549) ได้ศึกษาบทบาทวาระกรรมสถานการณ์ด้านกำลังทันตบุคลากร การจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย พบว่า แรงจูงใจด้านค่าตอบแทนไม่สามารถสร้างผลกระทบต่อการกระจายทันตแพทย์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทได้ในระยะยาว แรงจูงใจโดยเบี่ยงพิเศษมีผลต่อทันตแพทย์จบใหม่เข้าทำงานในเขตชุมชนในระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นมาตรการที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นำมาซึ่งแรงจูงใจให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งมีผลสัมฤทธิ์เป็นเพียงการชะลอการลาออกของทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบทได้ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และสินชัย ต่อวัฒนกิจกุล (2550) ได้ศึกษาผลการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ พบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข หลายประการด้วยกัน เช่น การเพิ่มปริมาณและภาระงานจากการ ให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทำให้ระบบการจัดบริการ และคุณภาพบริการดีขึ้น มีการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น ภาระงานเพิ่มขึ้นก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการลาออกของแพทย์เพิ่มขึ้น ในช่วงที่ผ่านมา

เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข ระพีพรรณ นลองสุข และสุวัฒนา จุฬาววัฒนทล (2549) ได้ศึกษาการศึกษาอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข: เกษชกรในประเทศไทย สำรวจเกษชกรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสาขาต่างๆ จากแบบสอบถามจำนวน 1,051 ชุด ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ร้านยา ผู้ผลิตยาแผนปัจจุบัน ผู้จัดการจำหน่ายยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า เหตุผลของความต้องการเกษชกรเพิ่มขึ้น เพราะมีภาระงานมากขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลและมีความต้องการพัฒนาคุณภาพงาน ซึ่งมีความต้องการเกษชกรมากขึ้นทั้งในภาคการผลิต งานคุ้มครองผู้บริโภค และงานบริการ เป็นที่น่าสังเกตว่า ร้านยาเป็นสาขาที่แสดงความต้องการ



สนั่น ไพบูลย์วัฒนกุล (2540) ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อความก้าวหน้าในอาชีพของเภสัชกรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาความคิดเห็นของข้าราชการเภสัชกรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 62 คน มีความคิดเห็นว่าการดำรงตำแหน่งบริหารมีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของเภสัชกรในระดับปานกลาง เภสัชกรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นนอกจากแพทย์แล้ว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเทคนิคการแพทย์ มีศักยภาพที่จะขึ้นดำรงตำแหน่งบริหารได้แต่ การที่บุคคลดังกล่าวได้รับ โอกาสให้ขึ้นดำรงตำแหน่งบริหารได้น้อย เภสัชกรร้อยละ 38.71 มีความเห็นว่าเป็นเกิดจากที่ผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขเกือบทั้งหมดมาจากสายงานแพทย์ และร้อยละ 35.48 มีความคิดเห็นว่าเป็นเกิดจากโครงสร้างทางการบริหารที่กำหนดไว้เช่นนั้น เภสัชกรมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยต่อผลกระทบในกรณีสายงานแพทย์ได้รับโอกาสให้ดำรงตำแหน่งบริหารมากกว่าสายงานอาชีพอื่นๆ ดังนี้ เป็นการผูกขาดตำแหน่งบริหารกับสายอาชีพ ความร่วมมือในทีมสาธารณสุขยังไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น เป็นการบั่นทอนขวัญและกำลังใจบุคลากรนอกสายงานแพทย์ที่ต้องการความก้าวหน้าในสายงานบริหาร และเป็นการสูญเสียแพทย์อย่างแฉ่ง ถ้าเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกสายงานอาชีพขึ้นดำรงตำแหน่งบริหารได้อย่างเสมอภาค จะทำให้เกิดการแข่งขันในการทำงาน เป็นการเพิ่มขวัญกำลังใจ ให้บุคลากรนอกสายงานแพทย์ที่ต้องการความก้าวหน้าในสายบริหาร ทำให้เกิดการพัฒนางานในหลายๆด้าน และเป็นมาตรการหนึ่งในการแก้ปัญหาการสูญเสียบุคลากรนอกสายงานแพทย์จากภาครัฐ

เภสัชกรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่องานที่ปฏิบัติว่า เป็นงานที่พัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะสูงขึ้น ปัญหาที่เภสัชกรพบมากในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การขาดความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน และการไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา

ธงชัย วัลลภกรกิจ (2545) ได้ศึกษาความต้องการกำลังคนด้านเภสัชกรของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามบทบาทหน้าที่ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปคาดหวัง ภายใต้บริบทการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งรวม 67 แห่ง พบว่าบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมดได้รับการคาดหวังในระดับปานกลางและสูง บทบาทด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล (มี 18 บทบาท) มีระดับความคาดหวังสูงสุด ภาระงานต่อปีของ เภสัชกรของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ซึ่งได้รับการคาดหวังให้ปฏิบัติงานให้ปฏิบัติมีทั้งหมด 29,913.40 ชั่วโมงการทำงานของคน และมีความต้องการกำลังคนเภสัชกรจำนวน 19 คน

จารุพร แสงเป่า (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 4 แห่ง จำนวน 530 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 20 ตัวแปร และตัวแปรแฝง 7 ตัวแปร ปัจจัยทั้งหมดที่นำมาศึกษาในโมเดล พบว่าส่วนใหญ่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อความตั้งใจที่จะลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีอิทธิพลทางตรงมากกว่าอิทธิพลทางอ้อม ตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยรวมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ความพึงพอใจ ความผูกพันต่อวิชาชีพ ปัจจัยคุณลักษณะของงาน บุคลิกภาพความเข้มแข็ง ความเหนื่อยหน่ายในงาน และการสนับสนุนทางสังคม

เยาวลักษณ์ หาญวชิรพงษ์ และคณะ (2545) ได้ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเส้นทางชีวิตเกษียณ ก่อนกำหนดของบุคลากรทางการพยาบาล ปี 2544 โดยใช้แบบสอบถาม บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 428 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุของการเปลี่ยนเส้นทางชีวิตเกษียณก่อนกำหนดของบุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเนื่องจาก ระยะเวลาปฏิบัติงานนานพอที่จะตัดสินใจเกษียณก่อนกำหนดในระดับมาก ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย 3.90 และเนื่องจากอายุ ในระดับมากด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย 3.79 มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง เนื่องจากสภาพร่างกาย และความเจ็บป่วยค่าคะแนนเฉลี่ย 3.31 ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติงานค่าคะแนนเฉลี่ย 3.16 สถานที่ปฏิบัติงานค่าคะแนนเฉลี่ย 3.14 การมีโครงการในอนาคตและธุรกิจส่วนตัวรองรับอยู่แล้วค่าคะแนนเฉลี่ย 3.14 กระแสปฏิรูประบบราชการค่าคะแนนเฉลี่ย 2.85 การมีโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิตของรัฐบาลคะแนนเฉลี่ย 2.75 และส่วนหนึ่งเนื่องจากเบื่อหน่ายต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ปัจจุบันเนื่องจากภาระงานที่มากขึ้นค่าคะแนนเฉลี่ย 2.69

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องการติดตามประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดเชียงใหม่ พิชญ์โลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544-2545 (ครึ่งปี) ที่ได้ข้อมูลจากการสำรวจทางโทรศัพท์ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เดือนมิถุนายน 2545 จากการคาดเดาว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ปริมาณการให้บริการสูงขึ้นมาก ประชาชนเรียกร้องสิทธิมากขึ้นทำให้แพทย์ลาออกจากราชการมากขึ้น การคาดเดาดังกล่าวยังไม่จริงกับกลุ่มจังหวัดที่ศึกษาระยะนี้ ตามข้อมูลดังนี้ จังหวัดเชียงใหม่ มีแพทย์ลาออก 7 คน ในจำนวนนี้ 2 คนลาออกเพื่อศึกษาต่อ 2 คน เพื่อทำงานภาคเอกชน 1 คน เพื่อกลับภูมิลำเนาเดิม 1 คน เพื่อการเลือกตั้งเป็นนักการเมือง และอีก 1 คนใช้เงินทุน จังหวัดนครราชสีมา ลาออก 6 คนเป็นการลาศึกษาต่อ 5 คน จังหวัดศรีสะเกษ ลาออก 3 คนเพื่อศึกษาต่อ จังหวัดปทุมธานี ลาออก 3 คน เพื่อดูแลครอบครัว 1 คนสังกัดตำรวจ 1 คน และการบินไทย 1 คน จังหวัดภูเก็ต ออก 1 คนเพื่อทำงานโรงพยาบาลเอกชน

เสวย เตียวประเสริฐ (2541) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุระหว่าง 28-32 ปี มีสถานที่ทำงานอยู่ในภูมิลำเนา มีระยะเวลาทำงาน 6-10 ปี และมีระยะเวลาที่จะทำงานต่อไปอีก 6-10 ปีโดยมีเหตุผลคือตรงกับความรู้ที่เรียนมา และต้องการได้รับการสนับสนุนในการศึกษาต่อ ต้องการมีความรู้สึกรักภูมิใจในการเป็นพยาบาล

ดร.ณ นุญหนา (2548) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขอย้ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ พบว่าความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนโดยรวมพบว่า มีความพึงพอใจในระดับกลาง การขอย้ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนโดยรวมพบว่า มีการขอย้ายอยู่ในระดับต่ำ

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยเงื่อนไข และบริบทที่เกี่ยวข้องกับการหมุนเวียนของบุคลากรทางการแพทย์ หลายประเด็นซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านอนาคต โดยเฉพาะการศึกษาต่อ ความก้าวหน้าในการทำงาน
2. ปัจจัยเกี่ยวกับงาน ได้แก่ ลักษณะงานที่ตรงกับความต้องการ ภาระงาน ชั่วโมงการทำงาน
3. ปัจจัยชีวิตส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ เวลาส่วนตัว ความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนของประชาชน/ผู้รับบริการ ภูมิลำเนา การคมนาคม สถานที่ปฏิบัติงาน/สภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่พักอาศัย ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน คุณภาพชีวิต
4. ปัจจัยรายได้/ค่าตอบแทน
5. ปัจจัยระบบบริหารจัดการ ความเข้าใจกับผู้บังคับบัญชา การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และการได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน และผู้ร่วมงานอื่น

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษามุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการหมุนเวียนบุคลากรระหว่างสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ภายในจังหวัดชัยนาท และจากจังหวัดอื่นๆมาจังหวัดชัยนาท โดยจะศึกษาบริบทการหมุนเวียนของบุคลากรทางการแพทย์ เฉพาะ แพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยรับรู้ผ่านมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์การหมุนเวียน และยังปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีประสบการณ์การหมุนเวียน ของจังหวัดชัยนาท ว่ามีปัจจัย หรือเงื่อนไขใดบ้าง ที่มีผลต่อการหมุนเวียนบุคลากร ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า