

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

โชติกา คงพริ้ว

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต  
กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป  
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา  
เมษายน 2560  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ได้พิจารณางานนิพนธ์  
ของ โชติกา คงพริ้ว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(อาจารย์ ดร.เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ)

คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

  
.....ประธาน  
(อาจารย์ ดร.เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.กฤษฎา นันทเพชร)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.สุณี หงษ์วิเศษ)

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจอนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนีย์ ธารเสนา)  
วันที่...11...เดือน.....เมษายน.....พ.ศ....2560.....

## กิตติกรรมประกาศ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.กาญจนา บุญยัง ผู้อำนวยการรัตนา ไพบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบโป่ง และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ ตลอดจนนางสาวดาราศรีรัตน์ เพื่อนร่วมรุ่นสาขาวิชาการบริหารทั่วไป ปี พ.ศ. 2558 ภาคค่ำ ที่ได้คอยช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

เนื่องจกงานวิจัยเล่มนี้ส่วนหนึ่งได้ทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อรัฐพล คงพริ้ว คุณแม่ลำปาง คงพริ้ว ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแค้นบุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่านานนี้

โชติกา คงพริ้ว

58930197: กลุ่มวิชา: การบริหารทั่วไป; รป.ม. (การบริหารทั่วไป)

คำสำคัญ: การนำนโยบายไปปฏิบัติ/ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ หน่วยบริการปฐมภูมิ  
 โชติกา คงพริ้ว: ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
 ไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี (PROBLEMS AND OBSTACLES OF  
 IMPLEMENTING POLICIES ON UNIVERSAL COVERAGE SCHEME IN PRIMARY HEALTH  
 CARE UNITS) อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์: เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ, ปร.ด. 139 หน้า, ปี พ.ศ. 2560.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี และเพื่อเปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยบุคคลของบุคลากรและปัจจัยด้านองค์กร กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Independent sample t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และใช้ค่า Brown-Forsythe และค่า Welch วิเคราะห์ข้อมูลแทน หากพบว่า Levene's test ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบ Scheffe และ Dunnett T3 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคในด้าน โครงสร้างมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านสถานที่ ส่วนด้านวัสดุอุปกรณ์เป็นด้านที่เป็นปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด ผลการเปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ อายุราชการ อายุการทำงาน ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และงานที่รับผิดชอบที่แตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติไม่แตกต่างกัน แต่บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อจำแนกตามปัจจัยด้านองค์กร พบว่า จำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบและประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่แตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน จำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ และจำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ ที่แตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

58930197: MAJOR: GENERAL ADMINISTRATION; M.P.A.

(GENERAL ADMINISTRATION)

KEYWORDS: POLICY IMPLEMENTATION/ POLICY ON UNIVERSAL COVERAGE  
SCHEME/ PRIMARY HEALTH CARE UNITS

CHOTIGA KONGPREW: PROBLEMS AND OBSTACLES OF IMPLEMENTING  
POLICIES ON UNIVERSAL COVERAGE SCHEME IN PRIMARY HEALTH CARE UNITS.

ADVISOR: TIENKAEW LIEMSUWAN, Ph.D. 139 P. 2017.

The purpose of this study was to investigate the problems and obstacles in implementing policies on universal coverage scheme facing primary health care units. Also, this study intended to compare a level of problems and obstacles in implementing policies on universal coverage scheme facing primary health care units as classified by personal and organizational factors. The subjects participating in this study were 200 health care personnel working for primary health care units in Chon Buri Province. They were recruited by a cluster sampling technique. The instrument used to collect the data was a questionnaire. The descriptive statistical tests used to analyze the collected data included frequency, percentage, means, and standard deviation. To test the research hypotheses, the tests of independent sample t-test and One-way ANOVA were administered. Also, the test of Brown-forsythe and Welch was used if the violation to the assumption of Levene's test was found. The tests of Scheffe and Dunnett T3 were also administered to test the differences between pairs.

The results of this study revealed that the level of the problems and obstacles in implementing policies on universal coverage scheme faced by primary health care personnel was at a low level. When considering each aspect of problems and obstacles, the one in relation to structure was rated the highest, followed by the problems relating to personnel, budget, and venue, respectively. The problem in relation to medical tool /equipment was rated at the lowest level. In addition, based on the results from the comparisons, it was shown that there were no statistically significant differences in the level of problems and obstacles in implementing policies on universal coverage scheme among health care personnel who had different gender, age, work length, years in working, educational level, average amount of monthly income, work position, and responsible jobs. Moreover, a statistically significant difference was found in the level of

problems and obstacles in implementing policies on universal coverage scheme among health care personnel who had different marital status at a significant level of .05. When classified by organization factors, it was shown that there were no statistically significant differences in the level of problems and obstacles in implementing policies on universal coverage scheme among primary health care units where there were differences in the numbers of health care volunteers and population in responsibility. Finally, statistically significant differences were found in the level of problems and obstacles in implementing policies on universal coverage scheme among primary health care units where there were differences in the numbers of working personnel, numbers of responsible villages, and numbers of households at a significant level of .05.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ท
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	11
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	22
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ.....	33
ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	67
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	67
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	72
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	72
ส่วนที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ภาพรวมและรายด้าน.....	78
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขต จังหวัดชลบุรี .....	92
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	118
สรุปผลการวิจัย.....	118
อภิปรายผลการวิจัย.....	120
ข้อเสนอแนะ.....	123
บรรณานุกรม.....	125
ภาคผนวก.....	129
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	139



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 พัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพประเทศไทย.....	29
2-2 สัณเคราะห์เพื่อสรุปทบทวนวรรณกรรม.....	60
4-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	72
4-2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนองค์กร.....	75
4-3 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิในเขต จังหวัดชลบุรี ภาพรวมและรายด้าน.....	78
4-4 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านโครงสร้าง.....	80
4-5 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัด ชลบุรี ด้านบุคลากร.....	82
4-6 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัด ชลบุรี ด้านงบประมาณ.....	86
4-7 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัด ชลบุรี ด้านสถานที่.....	88
4-8 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ของ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัด ชลบุรี ด้านวัสดุอุปกรณ์.....	90
4-9 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัด ชลบุรี จำแนกตามเพศ.....	92

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-10 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามอายุ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี .....	93
4-11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติกับอายุของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	94
4-12 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามอายุราชการ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	94
4-13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับอายุราชการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	95
4-14 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามอายุ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	96
4-15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุการทำงานกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	96
4-16 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามระดับการศึกษา ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี .....	97
4-17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติกับระดับการศึกษาของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	98
4-18 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามสถานภาพ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	98

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-19 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของสถานภาพสมรสของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สาธารณสุขกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	99
4-20 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามสถานภาพ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	99
4-21 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วย บริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	100
4-22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและ อุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	101
4-23 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ จำแนกตามสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	102
4-24 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับปัญหา และอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	102
4-25 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	103
4-26 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ จำแนกตาม ตำแหน่งงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วย บริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	104

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับตำแหน่งงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี....	104
4-28 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามงานที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	105
4-29 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของงานที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	105
4-30 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	106
4-31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	107
4-32 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	107
4-33 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	108
4-34 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	109

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-35 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	109
4-36 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ กับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	110
4-37 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	111
4-38 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ กับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	111
4-39 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	112
4-40 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	113
4-41 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ กับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	113
4-42 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนครัวเรือน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	114
4-43 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน.....	115

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2-1 ตัวแบบยึดหลักเหตุผล.....	38
2-2 ตัวแบบด้านการจัดการ.....	39
2-3 ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร.....	40
2-4 ตัวแบบกระบวนการของระบบราชการ.....	40
2-5 ตัวแบบทางการเมือง.....	41
2-6 ตัวแบบสหองค์การ.....	42

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายด้านสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศไทย นับว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายนี้ทำให้โดยภาพรวมคนไทยมีสุขภาพดีขึ้นกว่าในอดีต ส่งผลให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างกว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาด้านเรื่องคุณภาพของการให้บริการ ทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังคงขาดแคลน และยังมีคนไทยอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังคงเผชิญกับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากโรคร้ายแรงต่าง ๆ (ธีรพร ชูรอด, 2557, หน้า 19) สำหรับการจัดรูปแบบระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะเป็นทางสายกลาง คือ การผสมผสานระหว่างทั้งสองแนวความคิด โดยประชาชน (ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและยอมรับภาระค่าใช้จ่ายได้เอง) สามารถมีสิทธิเลือกประกันสุขภาพได้ตามความสมัครใจด้วยตนเอง ในขณะที่เดียวกัน รัฐบาลก็เป็นผู้จัดหาประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ไม่มีความสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพร่วมด้วยอีกทางหนึ่ง (ปรากรม วุฒิพงษ์, 2533) ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยภาระค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรค ดังที่ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2534) ได้ให้แนวคิดในเรื่องหลักประกันสุขภาพไว้อย่างชัดเจนว่า

“การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพทุกประเภท โดยไม่ต้องกังวลถึงรายได้รายจ่าย หรือความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Access to personal health care)” ( สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2534)

การพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพของไทย ยังได้เพิ่มเติมคำว่า “ถ้วนหน้า” ไว้เพื่อเน้นย้ำว่า หลักประกันสุขภาพ ถือเป็นสิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน (คณะกรรมการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544, หน้า 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศไทยไม่เช่นนโยบายสงเคราะห์ที่หยิบยื่นให้แก่คนจนหรือทำให้ผู้มาใช้บริการรู้สึกว่าเป็นพลเมืองชั้นสองหรือชั้นสามของประเทศ อัมมาร สยามวาลา (2544) กล่าวให้ชัดเจน หมายถึง คนไทยทุกคน หากล้มป่วยจะต้องมั่นใจได้ว่า

จะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่ถูกจำกัดโดยเศรษฐกิจและฐานะของตน และการรักษาพยาบาลนั้นจะต้องได้มาตรฐานที่เหมาะสม ในการใช้มาตรการใดมาตรการหนึ่งในการรักษา แพทย์จะต้องไม่คำนึงถึงฐานะของผู้ป่วยอีกเช่นกัน”

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบผลสำเร็จ คือ ขั้นตอนกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation) ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการนโยบาย (Policy process) และเป็นกลไกในการบริหารจัดการให้เกิดการปฏิบัติงานให้บรรลุตามนโยบายที่ได้กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการใด ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมักมีผลแตกต่างจากแนวคิดแรกเริ่ม ทั้งนี้เพราะคุณลักษณะของตัวนโยบาย (Policy characteristics) บางเรื่องอาจก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วยความไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด จึงทำให้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปในลักษณะ “คิดไป-ทำไป” และเมื่อพบปัญหาก็มักแก้ปัญหาแบบ “ทำไป-แก้ไป” ดังนั้น การศึกษากระบวนการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จะเอื้อประโยชน์ต่อการกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อบริหารการเปลี่ยนแปลง สามารถป้องกันปัญหา หรือแก้ปัญหาอย่างทันการให้กับผู้ปฏิบัติ และจะมีส่วนช่วยให้ นโยบายสัมฤทธิ์ผล และยั่งยืนต่อไปได้ (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2555, หน้า 5)

สำหรับการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติได้ พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในประเทศ หน่วยบริการหนึ่งซึ่งถือว่ามีความสำคัญและใกล้ชิดกับประชาชน คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit) หรือ (PCU) ซึ่งทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตั้งแต่ก่อนป่วย ระบุเจ็บป่วย และหลังเจ็บป่วย ให้บริการทุกด้านอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็นของผู้ใช้บริการ ตลอดจน มีหน้าที่การประเมินสภาพ วินิจฉัยชุมชน การส่งต่อ ตลอดจนการเสริมสร้างศักยภาพ การดูแลตนเองและพึ่งพากันเองในชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม ผสมผสานองค์ความรู้และบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาล การดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะสำเร็จลุล่วงก็ต่อเมื่อนโยบายเหล่านั้นก่อให้เกิดระบบประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานทั้งในด้านคุณภาพของการให้บริการและความทั่วถึงของการกระจายทรัพยากร (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2555, หน้า 5)

ดังนั้น เพื่อให้การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลมีคุณภาพและมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการต่อประเด็นด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร



ด้านงบประมาณ และด้านสถานที่ และด้านวัสดุอุปกรณ์ เนื่องจากผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างตรงจุด ตลอดจนปรับปรุงการบริการให้ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ โดยการจำแนกตามปัจจัยบุคคลและปัจจัยด้านองค์กรของผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

### สมมติฐานการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเพศแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุราชการแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุการทำงานที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
5. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
6. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
7. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

8. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
9. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีตำแหน่งงานแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
10. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีงานที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
11. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากรในหน่วยงานแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
12. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
13. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
14. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน
15. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

### ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตไว้ดังต่อไปนี้  
 ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ  
 ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยมีตัวแปรด้านการศึกษา  
 ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent variables) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้เฉลี่ย  
 ต่อเดือน
2. ลักษณะส่วนองค์กร ได้แก่ งานที่รับผิดชอบ จำนวนบุคลากร ในหน่วยงาน จำนวน  
 อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวนประชากรในพื้นที่ และจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ

ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือ ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบาย  
 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี  
 ประกอบด้วย ปัญหาและอุปสรรคด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่  
 และด้านวัสดุอุปกรณ์

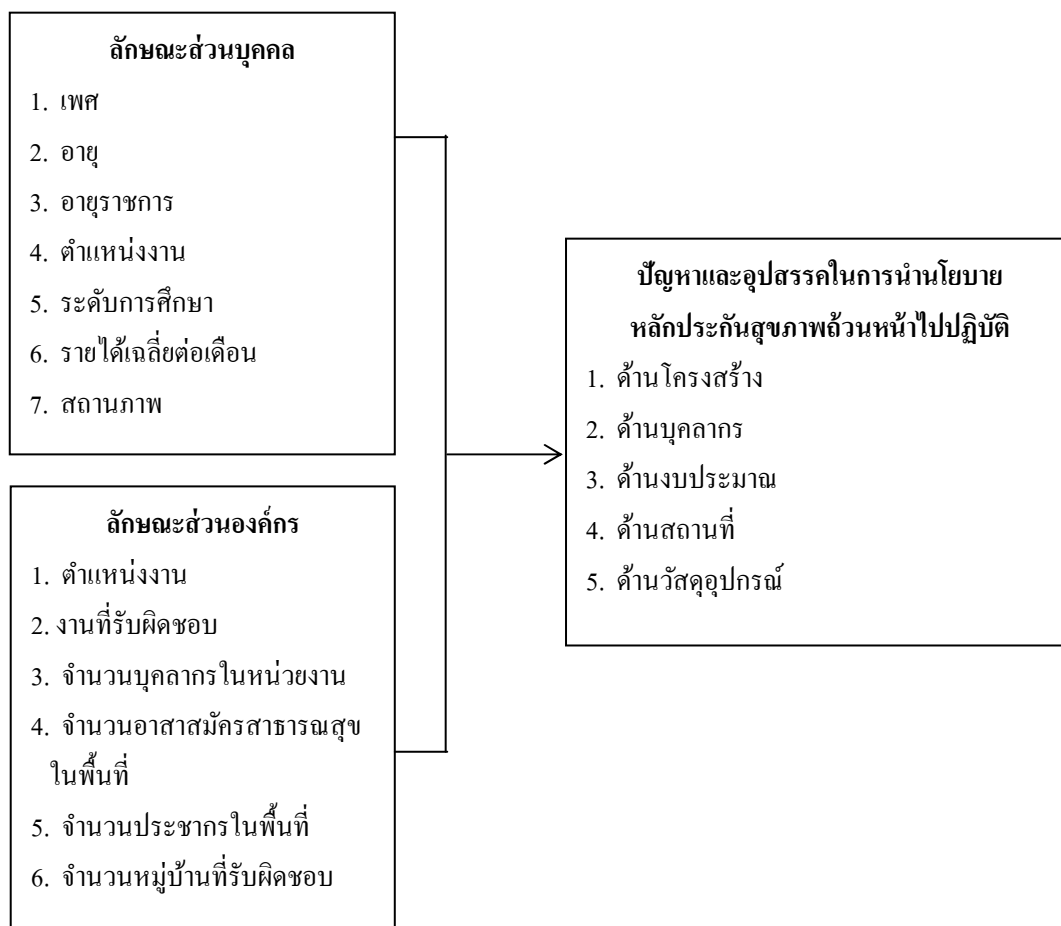
ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤษภาคม  
 พ.ศ. 2560

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ  
 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้นำตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตัวแบบ  
 ด้านการจัดการ (Management model) ของ วรเดช จันทรศร (2548) เพื่อนำมาจัดสร้างกรอบแนวคิด  
 การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังภาพที่ 1-1

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

ตัวแปรตาม (Dependent variable)



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด
2. ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี หรือหน่วยงานอื่นที่มีความสนใจ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่ประสบอยู่

## นิยามศัพท์เฉพาะ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง นโยบายที่รัฐบาลปัจจุบันกำหนดสิทธิประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนไทยทุกคน ให้ได้รับการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับสิทธินั้น

หลักประกันสุขภาพ หมายถึง สิทธิในฐานะพลเมืองไทย ที่รัฐต้องประกันให้กับประชาชนในประเทศเป็นบริการที่ได้มาอย่างชอบธรรม มีศักดิ์ศรี ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” หรือ “บริการราคาราคู” ไม่ใช่บริการที่แย่งกันสมัครหรือขอร้อง

การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการที่ผ่านการกลั่นกรองดีแล้ว นำไปปฏิบัติให้เห็นผลตามรูปธรรมตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติ หมายถึง ปัญหาของผู้ให้บริการสาธารณสุข ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ทำให้การปฏิบัติงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดอุปสรรคหรือความขัดข้อง การให้บริการด้านสุขภาพไม่ประสบผลสำเร็จ มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่ และด้านวัสดุอุปกรณ์

ปัญหาและอุปสรรคด้านโครงสร้าง หมายถึง ปัญหาการจัดวางโครงสร้างการปฏิบัติงานแผนปฏิบัติงาน ตลอดจนวิธีการปฏิบัติงานล่วงหน้า ปัญหาการจัดส่วนงานทั้งหมด ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ พิจารณารวมไปกับการปฏิบัติงาน หรือวิธีการจัดการเรื่องการจัดแบ่งส่วนงาน ซึ่งพิจารณาให้เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ

ปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากร หมายถึง ปัญหาการจัดการเกี่ยวกับบุคลากรภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์ให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยต้องเป็นบุคลากรที่มีความรู้มีความสามารถในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ จะต้องมีความรู้ด้านยา การตรวจรักษาเบื้องต้น มีความพร้อมในการให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว มีข้อมูลการให้บริการที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ปัญหาและอุปสรรคด้านงบประมาณ หมายถึง ปัญหาด้านการจัดทำงบประมาณของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี เพื่อวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา การจัดทำงบประมาณอย่างโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ การแจ้งข้อมูลงบประมาณให้ผู้บริหารและประชาชนทราบ

ตามความเหมาะสม รวมถึงการควบคุมการใช้งบประมาณให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และ  
การวางแผนการใช้งบประมาณไว้ล่วงหน้า เพื่อใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ปัญหาและอุปสรรคด้านสถานที่ หมายถึง ปัญหาด้านสถานประกอบกิจการด้านต่าง ๆ  
ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี รวมถึงตัวอาคารและสภาพแวดล้อมโดยรอบ  
โดยต้องมีความสะดวก สะอาด ปลอดภัย และเพียงพอต่อผู้มารับบริการ

ปัญหาและอุปสรรคด้านวัสดุอุปกรณ์ หมายถึง ปัญหาด้านเครื่องมือเครื่องใช้ที่บุคลากร  
ผู้ให้บริการสาธารณสุขใช้ในการให้บริการแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ตามนโยบายหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยารักษาโรค ตลอดจนพาหนะนำส่งผู้ป่วย  
ในกรณีฉุกเฉิน โดยวัสดุอุปกรณ์ต้องอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน มีมาตรฐานและมีระบบป้องกันการ  
การติดเชื้อ

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด  
เน้นการบริการที่ครอบคลุม ผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ  
การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การจัดการบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท ได้แก่  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง ได้แก่ ศูนย์บริการ  
สาธารณสุขหรือศูนย์แพทย์ชุมชน

อายุราชการ หมายถึง จำนวนปีการทำงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติตามนโยบายหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า การเข้ารับราชการในตำแหน่งต่าง ๆ โดยนับตั้งแต่วันแรกของการเข้าทำงาน  
จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

อายุการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง จำนวนปีที่บุคลากรเริ่มปฏิบัติงาน  
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จนถึงปัจจุบัน

ตำแหน่งงาน หมายถึง ลักษณะการทำงานของบุคลากรผู้ให้บริการตามโครงการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ได้แก่ แพทย์ พยาบาล  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

งานที่รับผิดชอบ หมายถึง ลักษณะงานที่บุคลากรพึงปฏิบัติในการทำงานภายในหน่วย  
บริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี รวมถึงงานที่รับผิดชอบประจำและงานที่รับผิดชอบชั่วคราว

จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน หมายถึง จำนวนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิในเขตจังหวัดชลบุรี ที่ยังปฏิบัติงานอยู่

จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ หมายถึง จำนวนของบุคลากรในตำแหน่ง  
อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ทุกคน

ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง จำนวนประชาชน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ในเขตจังหวัดชลบุรี รับผิดชอบทั้งหมด ในพื้นที่ที่มีสิทธิในการรักษาตามนโยบายหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล

หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง จำนวนหมู่บ้านที่หน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบ  
ดูแลด้านสาธารณสุข ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขต  
จังหวัดชลบุรี

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 1.1 ความหมายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 1.2 ความสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 1.3 ความจำเป็นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 1.4 ลักษณะที่พึงมีของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 1.6 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพของประชาชน
  - 1.7 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 2.1 ปรัชญาเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 2.3 การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ
  - 2.4 พัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
  - 3.1 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ
  - 3.2 ตัวแบบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ
  - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ
4. ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 4.1 ปัจจัยที่เป็นปัญหาของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
    - 4.1.1 ปัจจัยเกื้อหนุนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
    - 4.1.2 ปัจจัยทำลายในอนาคตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 4.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
    - 4.2.1 การระดมองค์ความรู้



#### 4.2.2 การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

#### ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องเข้าใจความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ถูกต้อง เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์นโยบายตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ประกอบงานวิจัยอย่างถูกต้อง ซึ่งความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คือ

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการบริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

#### ความสำคัญหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเพิ่มความเข้าใจในมุมมองของผู้เกี่ยวข้องกับการใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถแบ่งความสำคัญของการใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามมุมมองของผู้เกี่ยวข้องออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

1. หลักประกันสุขภาพในมุมมองของประชาชน
2. หลักประกันสุขภาพในมุมมองของสังคม
3. หลักประกันสุขภาพในมุมมองของรัฐ
4. หลักประกันสุขภาพในมุมมองของผู้ให้บริการ

#### หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของประชาชน

ในมุมมองของประชาชน การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องของการคุ้มครองสิทธิ การเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การสร้างความอุ่นใจแก่ประชาชน และการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

#### การเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิประการหนึ่งที่มนุษย์พึงมี การให้หลักประกันทางสุขภาพแก่ประชาชนเป็นความจำเป็นทางสังคมประการหนึ่ง que แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการทางสังคมของ

ประเทศในการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของสมาชิกในสังคม สอดคล้องกับที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ การใช้บริการสุขภาพไม่ควรเป็นเรื่องของการขอ และไม่ใช่ว่าการซื้อ-ขายในเชิงธุรกิจ แต่เป็นการที่ประชาชนมารับบริการอันพึงได้จากผู้ให้บริการสุขภาพและเป็นเรื่องของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์กันของสมาชิกในสังคม (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

การสร้างความอุ่นใจให้แก่ประชาชน

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนไม่ไหว้ได้รับความเดือดร้อนจากค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นในยามเจ็บป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต จึงอาจนับเป็นแนวทางในการยกระดับความเป็นอยู่และแก้ไขปัญหาค่าความยากจนของประชาชนได้เช่นกัน (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

การส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะกระตุ้นให้เกิดบริการสุขภาพที่เป็นองค์รวม ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายมีเครือข่ายของการบริการที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกลไกในการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของสังคม

ในมุมมองของประชาชน การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องของการคุ้มครองสิทธิ การเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การสร้างความอุ่นใจแก่ประชาชน และการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

การกระจายภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้านับเป็นการสร้างระบบและกลไกเพื่อกระจายภาระทางการคลังสาธารณสุขไปสู่กลุ่มคนต่าง ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นในระบบสุขภาพ โดยผู้ที่มีฐานะและมีโอกาสที่ดีกว่าในสังคมช่วยรับภาระของสังคมเป็นสัดส่วนมากกว่าผู้ด้อยโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชน ระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีจะเอื้อต่อการที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดการและการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ว่าได้ใช้ไปเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของคน

ในชุมชนและในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพเพียงไร (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของรัฐ

ในมุมมองของประชาชน การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องของการคุ้มครองสิทธิการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การสร้างความอุ่นใจแก่ประชาชน และการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

การทำหน้าที่ของรัฐตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

การเข้าถึงบริการสุขภาพและสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชน ประการหนึ่งที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้หมายความว่าเพียงแต่การประกันสุขภาพหรือให้ความคุ้มครองทางการเงินเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่านั้น

แต่ยังเป็นหลักประกันที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้าด้วยการสร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ในระบบการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเปิดโอกาสให้มีการจัดระบบการเงิน การคลังสาธารณสุขที่จะช่วยลดปัญหาการอุดหนุนข้ามระบบ และการถ่ายเททรัพยากร ไปใช้นอกวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การวางระบบที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน ยังทำให้สามารถติดตามต้นทุนและรูปแบบการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพได้ง่ายและชัดเจนกว่าเดิม (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545, หน้า 98-118)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของผู้ให้บริการ

ในมุมมองของประชาชน การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องของการคุ้มครองสิทธิ การเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การสร้างความอุ่นใจแก่ประชาชน และการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 28-36)

ความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ

การจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ผู้ให้บริการได้รับทรัพยากรสนับสนุนที่สัมพันธ์กับภาระงาน ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินของผู้ให้บริการและระบบบริการสุขภาพในภาพรวม และมีความยั่งยืนของการจัดบริการสุขภาพ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545, หน้า 98-118)

### โอกาสในการปรับปรุงคุณภาพของประชาชน

การมีหลักประกันทางสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านอื่น ๆ ด้วย นอกเหนือจากการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งหลายประเด็นมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น การวางสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองต่าง ๆ ของการให้หลักประกันสุขภาพมีส่วนในการส่งสัญญาณที่แสดงถึงการให้ความสำคัญที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อลดภาระของระบบบริการสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เสมือนเป็นกลไกเกื้อหนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545, หน้า 98-118)

### ความจำเป็นของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการศึกษาข้อมูลจากราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พบว่า รัฐบาลไทยมองเห็นความจำเป็นที่ประเทศยังคงต้องใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากเหตุผล 6 ประการ ดังต่อไปนี้ (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545, หน้า 41-46)

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด” ซึ่งยังไม่มีความหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้แต่อย่างใด
2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเอง ครอบครัวไทยราวร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก (และในบางกรณี ค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าจะแบกรับได้)
3. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคน ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคน ได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดคุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน
4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีไข้ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม หรือผู้มีฐานะดีพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า ซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งหมด
5. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชนขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบ

ที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการการประกันสุขภาพ ข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ชัดเจนขึ้น ดังจะเห็นได้จากบาทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

6. แม้การเพิ่มราย ได้แก่ ประชาชนจะทำได้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถลดรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ปัญหาความยากจน (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, 2545, หน้า 41-46)

#### **ลักษณะที่พึงมีของระบบและกลไกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความจำเป็นและเป็นประโยชน์อย่างลึกซึ้งกับประชาชนไทย จากการศึกษา พบว่า ลักษณะที่พึงมีและระบบกลไกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมีลักษณะ 8 ประการ ดังต่อไปนี้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545, หน้า 72-74)

1. ประชาชนเข้าถึง ทำความเข้าใจได้ง่าย เป็นระบบและกลไกที่แปลงความซับซ้อนของการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง การบริหารจัดการ และการบริการให้ง่ายต่อประชาชนในการใช้ประโยชน์ มีทางเลือกและระบบส่งผลต่อเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่อเนื่อง มีการดำเนินการที่เป็นไปได้ และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม

2. มีกฎหมายเป็นหลักยึด โดยกำหนดให้การได้รับบริการสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนมีการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และเอื้อต่อการสร้างระบบและกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเป็นธรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการมีส่วนร่วมของคนในสังคม

3. มีทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถกำหนดคสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชนได้อย่างครบถ้วน ทำให้ผู้ให้บริการสามารถปรับตัวเพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง ซึ่งอาจกระทำได้โดยมีการกำหนดกรอบสนับสนุนงบประมาณหรือการจัดสรรเงินขึ้นต่ำจากระบบภาษีไว้เป็นการเฉพาะ (Earmarked tax)

4. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ อันจะช่วยกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ ซึ่งประชาชนอาจมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่าย (Cost sharing) โดยทางตรงสำหรับบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้บริการอย่างเหมาะสม และรู้คุณค่า รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายกำกับ การบริหารและการตรวจสอบ เพื่อให้ระบบดำเนินไปด้วยความโปร่งใส และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้

5. มีระบบบริหารจัดการในแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและสอดคล้องกันในวิธีปฏิบัติ มีความโปร่งใสและง่ายต่อการตรวจสอบ และมีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม

6. มีระบบตรวจสอบและประเมินผลด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนมีระบบการคานอำนาจที่เหมาะสมระหว่างฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการแบ่งแยกบทบาทของหน่วยงาน ผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) เพื่อลดการผูกขาด และส่งเสริมให้มีการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพ

7. มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล (Rational consumption) มีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ มีความเป็นไปได้ด้านการเงินและงบประมาณ รวมถึงการมีฐานข้อมูลตรงความเป็นจริงของโครงสร้างต้นทุนในการให้บริการทั้งในส่วนของการดำเนินการ (Operation) และการลงทุน (Capital) มีการกำหนดวิธีปฏิบัติด้านการคลังสาธารณสุข และมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนง่าย

8. มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม ไม่ให้ประชาชนละทิ้งสิทธิในระบบของประเทศและเลือกทำประกันภาคเอกชนเพียงระบบเดียว (Opt-out) แต่ระบบควรอนุญาตให้สามารถซื้อสิทธิประโยชน์จากภาคเอกชนเพิ่มเติมได้สำหรับคนที่ต้องการ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545, หน้า 72-74)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเครื่องมือหนึ่งในการปรับการจ้ดระบบบริการสุขภาพของประเทศ การที่จะทำให้ระบบดำเนินไปได้จะต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิให้สามารถอ้างอิงได้ เป็นจริง และเหมาะสมกับทรัพยากรของประเทศที่มีอยู่จำกัด รวมทั้งการจัดกลไกในการบริหารจัดการต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ทั้งผู้คุมกฎ ผู้บริหารกองทุน ผู้ซื้อบริการ ผู้จัดเก็บเงินสมทบกองทุน และการสนับสนุนทางวิชาการและสารสนเทศ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545, หน้า 79-80)

#### **แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคม ได้กำหนดให้มีการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพครอบคลุม ทัวถึงและเป็นธรรมควบคู่กับการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนทุกช่วงวัย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544, หน้า 54-57)

ดังนั้น การให้หลักประกันสุขภาพจึงเป็นมาตรการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไทยทุกคนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้โดยไม่มีเศรษฐกิจเป็นตัวกีดกัน เนื่องจากระบบประกัน

สุขภาพเป็นกระบวนการให้ทุนสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขรูปแบบหนึ่ง ตั้งแต่การเป็นแหล่งเงินให้กับผู้ให้บริการ (Allocation of finance to insurers or payers) วิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ (Allocation methods or payment to providers) และระบบบริการ นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และหมวดที่ 5 ว่าด้วยนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 บัญญัติไว้ว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นก้าวที่สำคัญหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะเป็นกลไกที่ทำหน้าที่สิทธิในด้านสุขภาพของคนไทยเป็นยุทธศาสตร์หลักในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วถึงประสิทธิภาพด้วยมาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน ตลอดจนเป็นเครื่องมือทางการเงินการคลังจูงใจให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนไทยได้อย่างทั่วถึง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554, หน้า 54-57)

#### แนวคิดเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพของประชาชน

การศึกษาข้อมูลที่ผ่านมา ทำให้ทราบว่าหัวใจสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ “ประชาชน” ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษารูปแบบการใช้บริการสุขภาพของประชาชน เพื่อเป็นแนวทางประกอบข้อมูลให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจเนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัยเลือกศึกษาแนวคิดการใช้บริการสุขภาพของประชาชนของ Aday and Anderson ซึ่งทั้งสองคนได้สร้างรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาการใช้บริการสุขภาพทั้งระบบ เริ่มต้นจากนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดสรรอัตราค่าจ้าง การจัดทำองค์กรสาธารณสุขและระบบการให้บริการสาธารณสุข ลักษณะระบบ การให้บริการสาธารณสุขและลักษณะผู้ใช้บริการ ดังต่อไปนี้ (วลีรัตน์ ใจสูงเนิน, 2551, หน้า 12-16)

1. ลักษณะของระบบการให้บริการสาธารณสุข (Characteristic of health delivery system) ปัจจัยทางด้านนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขของสถานบริการแต่ละด้าน แต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรทั้งในด้านปริมาณ ความเพียงพอ การกระจาย ตลอดจนการพิจารณาถึงความครอบคลุมของการให้บริการอีกด้วย นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงองค์กรสาธารณสุขในด้านระบบการให้บริการและลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่

จะมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและลักษณะของผู้ใช้บริการ (วลีรัตน์ ใจสูงเนิน, 2551, หน้า 12-16)

2. ลักษณะของประชาชนผู้ให้บริการเป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม จิตวิทยาของผู้ให้บริการ ได้แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

2.1 ปัจจัยนำเข้า (Predisposing factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม เช่น เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา เป็นต้น และความนิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.2 ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถนำไปใช้บริการได้ ปัจจัยนี้ ได้แก่ รายได้หรือทรัพยากรของครอบครัวและแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

2.3 ปัจจัยด้านความจำเป็น (Need for health services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสมด้วย ปัจจัยด้านนี้ ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพและประเมินการเจ็บป่วย นอกจากนี้ได้สรุปรวบรวมแนวคิดของนักวิจัยหลาย ๆ คน เกี่ยวกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยกำหนดการให้บริการสุขภาพ (วลีรัตน์ ใจสูงเนิน, 2551, หน้า 12-16)

#### แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชน

เมื่อรัฐบาลนำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดตลอดจนการจัดบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อต้องการทราบความเหมือนและความแตกต่างของการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ของระบบสาธารณสุขไทย ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546, หน้า 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 2)

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพ เป็นการจัดบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยรวมถึงทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Professional care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Non-professional care) การจัดระบบบริการสุขภาพควรมีความเหมาะสม สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการและสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการ

การจัดระบบบริการสุขภาพ เริ่มด้วยการกำหนดความจำเป็น ความต้องการ ตลอดจนสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพที่ต้องการหรือมุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไข หลังจากนั้นจึงทำการออกแบบระบบบริการสุขภาพรวมทั้งการดูแลทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม



ซึ่งรูปแบบการรักษาพยาบาลมีทั้งการดูแลตนเอง การจัดบริการในสถานพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในรูปแบบต่าง ๆ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546, หน้า 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 2)

1. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรเป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health care system) ที่มีหลักการและคุณสมบัติสำคัญคือ ให้บริการที่ครอบคลุมทั้งคุณภาพเชิงสังคมและเชิงเทคนิค ครอบคลุมบริการที่จำเป็นทั้งหมด ไม่มีความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับ เป็นการเชื่อมโยงทั้งการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วย โครงสร้างระบบสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วยบริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ บริการระดับศูนย์การแพทย์เฉพาะทางและระบบส่งต่อ นอกจากนี้ยังควรมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ ระบบสนับสนุนทรัพยากร ระบบสนับสนุนวิชาการและการวิจัย และระบบข้อมูลข่าวสาร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546, หน้า 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 2)

1.1 การบริการปฐมภูมิ (Primary care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเมืองอาจเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครหรือศูนย์แพทย์ชุมชน

1.2 การบริการทุติยภูมิ (Secondary care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยากซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม

1.3 การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary care and excellent center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ หรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ ระบบส่งต่อผู้ป่วยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง กระทรวงสาธารณสุข ใช้นโยบาย 3 ประการ คือ

1.3.1 การพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

### 1.3.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน

### 1.3.3 ระบบส่งต่อและเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข

## 2. เป้าประสงค์ของการจัดบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีหลักและเป้าหมายที่สำคัญ คือ ความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล เป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป มีลักษณะเป็นการบริการที่ผสมผสาน มีความต่อเนื่อง มีความครอบคลุมเข้าถึงได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและชุมชน ทำให้เกิดความพึงพอใจ และมีความรับผิดชอบต่อสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546, หน้า 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 6)

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง บริการสาธารณสุขอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตของมนุษย์ ที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับความเป็นอยู่และเป็นที่ยอมรับของสังคม เข้าถึงชุมชน ครอบคลุม และทั่วบุคคล โดยชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และสามารถทำนุบำรุง ให้เจริญก้าวหน้าต่อไปได้อย่างมั่นคงตามหลักการพึ่งตนเองและการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ยังมี การบริการสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้นในชุมชน

### 2.1 การดูแลและบริการสุขภาพที่บ้าน

2.2 การจัดหน่วยบริการสุขภาพ บริการแพทย์และสาธารณสุขเคลื่อนที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546, หน้า 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 7)

## 3. แนวคิดและวิธีการจัดบริการสุขภาพในสถานพยาบาล

การจัดบริการสุขภาพในสถานพยาบาลสามารถแบ่งออกได้ตามประเภท ลักษณะ ระดับของสถานพยาบาล หรือบริการที่จัดให้มีขึ้น ทั้งนี้หากแบ่งตามระดับของการใช้บริการและระดับของสถานพยาบาล คือ บริการสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ บริการสุขภาพในสถานพยาบาลทุติยภูมิ และตติยภูมิ (บริการในโรงพยาบาล) โดยแต่ละหน่วยบริการมีรายละเอียดการให้บริการ ดังนี้

การบริการปฐมภูมิ (Primary care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนและชุมชนมากที่สุด เน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเขตเมืองอาจเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครหรือศูนย์แพทย์ชุมชน

การบริการทุติยภูมิ (Secondary care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม

การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary care and excellent center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ หรือหรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ระบบส่งต่อผู้ป่วย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546, หน้า 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 7)

#### 4. ลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิที่ดี

เป็นด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการสะดวก ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกโรคตามมาตรฐาน

4.1 เป็นบริการที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย จนถึงขณะป่วย ตั้งแต่เกิดจนตาย

4.2 เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

4.3 เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546, หน้า 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 7)

#### 5. บริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ

5.1 ด้านการรักษาพยาบาล

5.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

5.3 ด้านการฟื้นฟูพื้นฐานครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการกระตุ้นการพัฒนาเด็ก

5.4 ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวัง

5.5 ด้านการสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ

5.6 ด้านการบริการฯ ตั้งแต่การจัดหายา จ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 8)

## แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### ปรัชญาเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปรัชญาว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแนวคิดที่มีที่มาหลากหลาย ตั้งแต่แนวความคิดจากซีกซ้ายสุดไปจนถึงขวาสุด ประเทศต่าง ๆ ในแทบทุกภูมิภาคที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบต่าง ๆ ก็มีความแตกต่างทั้งในด้านปรัชญาและการปฏิบัติ (ซึ่งสะท้อนความแตกต่างในเชิงปรัชญาในเรื่องนี้ด้วยเช่นกัน) จากการศึกษา พบว่า สามารถแบ่งปรัชญาซึ่งเป็นที่มาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแนวต่าง ๆ ออกเป็น 4 แนวทางใหญ่ ๆ คือ (พิทยา บวรวัฒนา, 2529, หน้า 1-14)

1. แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ (Marxian socialism) ซึ่งเน้นบทบาทของรัฐในแทบทุกด้าน รวมทั้งด้านการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลด้วย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าประเทศเหล่านี้มักให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในด้านอื่น ๆ เสียมากกว่า
2. แนวทางสังคมนิยมเสรี (Fabian socialism) ซึ่งเป็นปรัชญาพื้นฐานของประเทศกลุ่มที่มีแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare state) เช่น ประเทศในยุโรปกลุ่มแอสกันดิเนเวีย แนวทางนี้ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม แต่ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐ ในการจัดบริการที่ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (ตามแนวคิดที่ว่ารัฐจะต้องดูแล “ตั้งแต่เมื่อเริ่มชีวิตเป็นเด็กแบเบาะไปจนถึงเมื่อเข้าหลุมศพ” หรือ “From cradle to grave” ซึ่งศาสตราจารย์ป๊วย อึ้งภากรณ์ ได้นำมาขยายเป็นแนวคิดเรื่อง “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน หรือ From womb to tomb” อันโด่งดังในประเทศไทย) แนวทางนี้ใช้มาตรการด้านภาษีมากระจายรายได้ใหม่ โดยประเทศเหล่านี้มักเก็บภาษีเงินได้ในอัตราที่ก้าวหน้ามาก เป็นที่น่าสังเกตว่ามีบางประเทศในซีกโลก ตะวันตกที่ไม่ได้ใช้แนวทางสังคมนิยมเสรีหรือรัฐสวัสดิการในการบริหารประเทศ ก็ได้นำแนวทางนี้มาใช้ ในด้านการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย (เช่น อังกฤษ และแคนาดา)
3. แนวทางการประกันสังคมแบบบังคับ (Social security) ซึ่งมีจุดเริ่มมาจากแนวคิดสายอนุรักษนิยมยุค Bismarck ประเทศเยอรมัน เป็นแนวคิดที่ให้ผู้ที่ได้รับประโยชน์ จากโครงการ (เช่น นายจ้าง ลูกจ้าง และอาจรวมถึงรัฐบาลด้วย) ร่วมกันจ่ายเบี้ยประกันสังคมสำหรับ โครงการสวัสดิการด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาล แนวทางนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

ทั่วทุกภูมิภาคของโลก (รวมทั้งในโครงการประกันสังคมในประเทศไทยด้วย) (พิทยา บวรวัฒนา, 2529, หน้า 1-14)

4. แนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก แม้ว่าโดยทั่วไปแล้วเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก (ซึ่งพัฒนาขึ้นในระบบเศรษฐกิจทุนนิยม) จะสนับสนุนกลไกตลาดและระบอบเศรษฐกิจแบบเสรี แต่เศรษฐศาสตร์กระแสหลักเองก็ตระหนักถึงความล้มเหลวของกลไกตลาด ในบางสถานการณ์ เช่น ในสถานการณ์ที่มีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูล (Asymmetric information เช่น ในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยกับแพทย์มีความรู้ไม่เท่ากัน) หรือในกรณีที่เกิดกรรมบางอย่างมีผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสังคม (Externality หรือ Spill-over effect เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคได้) หรือในกรณีที่ไม่มีตลาดที่ทำหน้าที่ประกันความเสี่ยงในบางด้าน (เช่น ไม่มีตลาดประกันสุขภาพของเอกชนที่ประชาชนโดยทั่วไปสามารถไปซื้อบริการได้อย่างกว้างขวาง โดยในบางกรณี ผู้ที่จะซื้อประกันสุขภาพสำหรับตนเองจะถูกบังคับให้ซื้อประกันชีวิต ควบกันไปด้วย) ซึ่งปัญหาประการหลังนี้มักจะเกิดตามมาจากปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูลด้วย ตัวอย่างเช่น ในกรณีประกันสุขภาพของเอกชน ที่ผู้ซื้อประกันสุขภาพมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี บริษัทจึงมักคิดเบี้ยประกันในอัตราที่สูงค้ำหน้าเอาไว้ก่อน และอาจต้องบังคับให้ ผู้ซื้อประกันต้องตรวจสอบสุขภาพก่อนด้วย ในขณะที่โครงการประกันสุขภาพของภาครัฐที่ครอบคลุมทุกคน (หรือในโครงการประกันสังคม ซึ่งรัฐบังคับให้ลูกจ้างทุกคนเข้าโครงการ) จะไม่ประสบปัญหาที่ถูกเลือกโดยผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เหมือนโครงการเอกชนที่โครงการของรัฐครอบคลุมทุกคนแบบถ้วนหน้าทำให้รัฐสามารถมีโครงการประกันสุขภาพที่สามารถเฉลี่ยความเสี่ยงและ “เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข”

โดยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหาข้อมูลด้านสุขภาพของปัจเจกชนแต่ละราย ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงในวงกว้างกว่าของเอกชน และทำให้มีโอกาสมากที่จะทำโครงการประกันต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าภาคเอกชน แนวทางนี้จึงสนับสนุนให้ใช้ระบบประกันสุขภาพหรือประกันสังคมของรัฐแทนในกรณีที่รัฐสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า (พิทยา บวรวัฒนา, 2529, หน้า 1-14)

#### แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการศึกษา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ทราบถึงหลักของการประกันสุขภาพและแนวคิดการใช้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งมีเนื้อหา ดังต่อไปนี้ (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2555, หน้า 6-39)

หลักของการประกันสุขภาพ คือ การกระจายความเสี่ยงในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพื่อให้สมาชิกได้รับความคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายและเป็นหลักประกันสำหรับแพทย์ด้วยว่าจะได้รับการชำระค่ารักษาพยาบาล การประกันสุขภาพสามารถทำได้ 3 ระบบ คือ (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2555, หน้า 6-39)

1. บริษัทธุรกิจเอกชนเป็นผู้รับประกัน โดยที่บริษัทผู้รับประกันจะเป็นผู้จัดทำสถานบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้เอาประกันเวลาเจ็บป่วย โดยผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันให้แก่บริษัทผู้รับประกันตามที่ตกลงกันได้
2. รัฐบาลเป็นผู้รับประกันเอง คือ เป็นโครงการประกันสุขภาพระดับชาติ (National health insurance) เช่น ในประเทศอังกฤษ รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่จะต้องประกันสุขภาพ โดยรัฐบาลจะเป็นผู้ดำเนินการ รัฐบาลจะจัดเก็บเบี้ยประกันจากทุกคนมาจัดสรรใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนในสหรัฐอเมริกา โครงการ Medicaid มุ่งช่วยผู้มีรายได้น้อย โดยประชาชนไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกัน
3. องค์กรกึ่งรัฐบาลเป็นผู้เอาประกัน ซึ่งการเอาประกันนี้ไม่ได้บังคับให้ทุกคนเอาประกัน ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เอาประกัน (Voluntary insurance) แหล่งที่มาของเงินมาจากรัฐและจากผู้เอาประกัน โดยผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันแก่องค์กร ซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างต่ำ และเมื่อเจ็บป่วยของค์การผู้รับประกันจะต้องช่วยออกค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นตามแต่ตกลงกัน สอดคล้องกับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่กล่าวว่า การประกันสุขภาพเป็นการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่ใช้สิทธิความคุ้มครองดังกล่าวจะต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าให้กับกองทุนประกัน ความเสี่ยงทำให้ปริมาณเงินที่แต่ละคนต้องจ่ายมีค่าเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันจะได้รับเมื่อเจ็บป่วยจริง ดังนั้น การระดมทุนเช่นนี้ จึงมีเงินไปใช้ในการจัดจ้ดบริการให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะของการจ่ายเงินสนับสนุนช่วยเหลือของรัฐ เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ รัฐจะต้องสามารถหาเงินและมีเงินหรือสามารถนำไปพัฒนางานด้านป้องกันโรค จึงจะถือว่าการประกันสุขภาพนั้นสำเร็จผล ณ จุดรับบริการนั้น

ผู้เอาประกันจะจ่ายเงินสมทบค่ารักษาพยาบาลบางส่วน (Cost sharing) ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับเงื่อนไขของการทำสัญญาในการประกันสุขภาพนั้น ๆ นับได้ว่าการประกันสุขภาพเป็นประเภทหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งอาศัยหลัก ได้แก่ หลักการสงเคราะห์หรือสาธารณูปการ (Social welfare) หลักการบริการสังคม (Social service) เช่น การจัดโครงสร้างพื้นฐานการบริการและหลักประกันสังคม (Social insurance) เป็นโครงการการบริการทางสังคมที่รัฐเป็นผู้จัดดำเนินการ

เพื่อให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชนมิให้ได้รับความเดือดร้อน ซึ่งในส่วนขององค์การอนามัยโลกผู้รับผิดชอบในด้านสาธารณสุข ได้เสนอเกณฑ์สำหรับการประกันสุขภาพ ไว้ดังนี้

3.1 การประกันสุขภาพต้องประหยัดและคุ้มค่าให้ผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป ควรมีราคาถูกและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัว

3.2 การประกันสุขภาพป้องกันไม่ให้เกิดค่าใช้จ่ายเกินจำเป็น

3.3 การประกันสุขภาพขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการ โดยผู้ให้ประกัน และการให้บริการโดยรัฐ เพื่อให้บริการทั้งสองประเภท สามารถผสมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว

3.4 เงื่อนไขของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสมและสะดวกต่อผู้เอาประกัน แนวคิดการใช้สิทธิประโยชน์ให้มีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย 3 แนวคิด ดังต่อไปนี้

1. เป็นแนวทางพิจารณารากฐานเสรีนิยมที่มุ่งให้เสรีภาพในการตัดสินใจ และดำเนินการเป็นของแต่ละบุคคลโดยสมบูรณ์ ภายใต้แนวคิดนี้รัฐพึงดำเนินการใด ๆ ให้น้อยที่สุด การตัดสินใจและดำเนินการเป็นของแต่ละบุคคลโดยสมบูรณ์ ภายใต้แนวคิดนี้รัฐพึงดำเนินการใด ๆ ให้น้อยที่สุด การปล่อยให้เสรีภาพของแต่ละบุคคลจะพึงเลือกเองภายใต้โอกาสทางเศรษฐกิจที่ตนมีอยู่ นับตั้งแต่ข้อมูลข่าวสารการตัดสินใจ ตลอดจนความสมบูรณ์ในความสามารถ ที่จะประกันสุขภาพด้วยตนเอง หากบุคคลประสงค์เช่นนี้

2. แนวคิดสังคมนิยม ที่ถือว่ารัฐพึงจัดให้มีการประกันสุขภาพ ในรูปของรัฐสวัสดิการ โดยไม่คิดมูลค่าและต้องจัดสวัสดิการเช่นนี้ให้ครอบคลุมประชาชนทั้งหมดอย่างเท่าเทียมทุกคน

3. แนวคิดเสรีนิยมและสังคมนิยม เป็นความคิดที่คำนึงถึงสายกลางที่ผสมผสานระหว่างแนวคิดทั้งสองดังกล่าว ผสมให้มีทั้งรัฐสวัสดิการและโอกาสที่ประชาชนจะเลือกประกันสุขภาพด้วยตนเอง (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2555, หน้า 6-39)

จากความหมาย หลักการ และแนวคิดการใช้สิทธิประโยชน์มีหลักประกันสุขภาพนี้ แสดงให้เห็นถึงพันธะ หรือความผูกพันระหว่างประชาชนผู้ใช้บริการ การมีส่วนร่วมระดมทุน และหน่วยงานการให้บริการของรัฐที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนทางด้านสุขภาพของประชาชน เช่น สถานีอนามัยและโรงพยาบาลทุกระดับ สำหรับประเทศไทยมีรูปแบบการประกันสุขภาพในลักษณะผสมผสานทั้งแนวคิดสังคมนิยม และเสรีนิยม เพื่อความเหมาะสมสำหรับวัฒนธรรมไทย เพราะเป็นเรื่องของสวัสดิการที่รัฐจัดให้ และการมีส่วนร่วมของประชาชน

### การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ

จากการศึกษา พบว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสำคัญต่อประชาชนไทย แต่รายละเอียดของกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัตินั้น รูปแบบขั้นตอนยังคงเปลี่ยนแปลงอยู่ทุกยุคทุกสมัย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงขั้นตอนการดำเนินงานของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทำให้ทราบถึงรายละเอียดของขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2550, หน้า 125-140)

กระบวนการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่ไม่สามารถแยกออกจากกระบวนการพัฒนาสาระนโยบายได้ แม้ว่ารัฐบาลได้กำหนดหลักสำคัญของรูปแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ในคำแถลงนโยบายรัฐบาล แต่รายละเอียดของระบบยังต้องอาศัยเวลาในการการออกแบบอย่างรอบด้าน เพื่อความสำเร็จของการนำไปปฏิบัติ ในช่วงเริ่มต้นผู้บริหารโครงการต้องการให้ภาคส่วนต่าง ๆ มีส่วนร่วมมากที่สุด โดยต้องจัดตั้งองค์กรที่มีความคล่องตัวเป็นองค์กรอิสระ

ด้วยเหตุนี้ จึงมีความพยายามดึงให้ภาคส่วนต่าง ๆ ที่อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น แต่ไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวสำเร็จ เพราะไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ในส่วนของการปฏิบัติจริง จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานเฉพาะกิจหลายชุด ในที่สุดได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ก่อนที่จะจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ คณะกรรมการต่าง ๆ เกิดขึ้นตามลำดับ ดังนี้

คณะทำงาน 10 คณะ ได้รับการแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการศึกษารายละเอียด ขั้นตอน วิธีการ และองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการดำเนินงาน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการดำเนินงานในการดำเนินการนำร่องใน 6 จังหวัด คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ให้สอดคล้องกันนโยบายและแผนด้านสุขภาพของประเทศ คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในด้านนโยบายแห่งชาติเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านต่าง ๆ คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ทำหน้าที่ดูแลการดำเนินการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นการจัดกลไกและหาความร่วมมือเพื่อขยายการดำเนินการ



กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าในระยะแรกเป็นการสั่งการจากรัฐมนตรี และปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงมีผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นกลุ่มเล็ก ๆ แต่ผู้ปฏิบัติมีจำนวนมาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เป็นผู้ปฏิบัติงานการขึ้นทะเบียนประชาชนเพื่อขยายหลักประกันสุขภาพ ประกอบกับการดำเนินงานเป็นไปอย่างเร่งรัด ขณะที่การขยายการจัดบริการปฐมภูมิค่อยเป็นค่อยไป โดยผู้ปฏิบัติในพื้นที่มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิที่ระดับพื้นที่

อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่าการดำเนินงานขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีบริบทสำคัญหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานของเครือข่ายงานกระทรวงสาธารณสุข ที่มีทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนระดับตำบล และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการมีระบบฐานข้อมูลของสำนักงานทะเบียนราษฎร ถือเป็นรากฐานสำคัญให้การพัฒนาฐานข้อมูลผู้มีสิทธิอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า คุณลักษณะของตัวนโยบาย ทรัพยากร และบริบทที่อาจเป็นตัวกำหนดให้การปฏิบัติงานบรรลุตามนโยบาย ถึงแม้ว่านโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายที่ชัดเจน แต่มีประเด็นที่ซับซ้อนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และมีจำนวนผู้ปฏิบัติที่ต้องเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วยความเร่งรีบในการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการสร้างความร่วมมือและความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การตัดสินใจขยายการดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศอย่างรวดเร็วของรัฐบาล ทำให้ขาดการพัฒนากระบวนการสถานพยาบาลปฐมภูมิที่ให้ประชาชนเข้าถึงแพทย์ได้ แต่ทั้งนี้อาศัยความพร้อมของระบบสถานพยาบาลปฐมภูมิที่ให้ประชาชนเข้าถึงแพทย์ได้ แต่ทั้งนี้อาศัยความพร้อมของระบบเดิมที่มีสถานอนามัยกระจายอย่างทั่วถึง และองค์ความรู้เดิม ทำให้สามารถดำเนินงานตามนโยบายทันที กล่าวได้ว่า การดำเนินงานที่เร่งรีบและความไม่ชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ ได้ก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติของดำเนินการในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติพร้อม ๆ กันกับกระบวนการพัฒนานโยบาย

การนำนโยบาย ๆ ไปปฏิบัตินั้น พบว่า คุณลักษณะของตัวนโยบาย ๆ นี้ บางเรื่องก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน แต่รัฐบาลก็มีการดำเนินกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นข้อสังเกต ดังนี้

1. เรียนรู้โดยการปฏิบัติ แล้วปรับให้ทันนโยบายสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย และการทำงานของจังหวัดต่าง ๆ
2. เปิดเวทีให้มีการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น การจัดให้มี War room และการจัดตั้งคณะทำงานต่าง ๆ เป็นต้น

3. มีกระบวนการตัดสินใจปัญหาและแก้ไขปัญหาเร่งด่วนอย่างมีส่วนร่วม
4. คงภาวะความเป็นผู้นำไว้ที่ตัวรัฐมนตรีกระทรวง ซึ่งทำให้ทิศทางของนโยบายไปในทางเดียว
5. สร้างความยั่งยืนและความชอบธรรมให้โครงการ โดยผ่านกระบวนการออกเป็นพระราชบัญญัติการจักระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ ซึ่งช่วยลดแรงกดดันของผู้ที่ไม่พึงพอใจ และยังสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการได้อีกด้วย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2550, หน้า 125-140)

### สรุป

คุณลักษณะของตัวนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการบริหารงานบางเรื่องก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ความเร่งรีบที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเห็นผล เป็นต้น ในขณะที่รายละเอียดของนโยบายมีความซับซ้อน และไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด รวมทั้งในระยะแรกการสื่อสารจากส่วนกลางมักเป็นการสื่อสารทางเดียว ซึ่งเป็นจุดอ่อน ทำให้ผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจ แต่รัฐบาลมีการดำเนินกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่อาจเป็นอุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น การเรียนรู้แล้วรีบปรับการตัดสินใจอย่างทันท่วงที การเปิดพื้นที่ให้ผู้ปฏิบัติได้มีการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในขณะทำงานต่าง ๆ ซึ่งมีผลในรูปของการประนีประนอม ส่งผลเกิดความยืดหยุ่นในการนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังจักระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ ซึ่งช่วยลดแรงกดดันของผู้ที่ไม่พึงพอใจ และยังสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการได้อีกด้วย เป็นต้น

ต่อมา ความสำเร็จอย่างรวดเร็วของการนำนโยบายฯ นี้ไปสู่การปฏิบัติ อาจเป็นผลจากการปรับปรุง/พัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ อาทิ 1) การพัฒนาการสื่อสารนโยบายไปสู่การสื่อสาร 2) ทางเพื่อความเข้าใจในหลักการ รวมถึงเพิ่มโอกาสให้จังหวัดได้พิจารณาและวิเคราะห์ข่าวสารเพื่อการตัดสินใจให้เหมาะสมกับจังหวัดได้อีกระดับหนึ่ง

การเปิดโอกาสให้ระดับปฏิบัติได้มีโอกาสต่อรองหรือปรับการปฏิบัติให้สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทของตนเอง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ แต่ต้องยอมรับผลของความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ เป็นต้น

นอกจากนี้ ต้องยอมรับว่าความสำเร็จของการดำเนินนโยบายฯ ในครั้งนี้ เกิดขึ้นจากปัจจัยหลักสำคัญ คือ การกำหนดวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนของผู้นำทางการเมือง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็งของปลัดกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการอย่างมีทักษะและเต็มไปด้วยความยืดหยุ่นทั้งต่อการผลักดันและตอบโต้กับแรงต่อต้านที่เกิดจากการไม่เห็นด้วยของข้าราชการและบุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่ม ซึ่งเป็นผลมาจากผลกระทบด้านงบประมาณ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่ใช้กลไกทางการเงินมาผลักดันให้เกิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมากขึ้น การเปลี่ยนระบบงบประมาณอย่างกะทันหัน ย่อมส่งผลกระทบต่อการเงินของโรงพยาบาลและความเชื่อมั่นของบุคลากร แต่สถานการณ์ดังกล่าวได้คลี่คลายในเวลาต่อมา ภายหลังจากระบบปรับสมดุลภายในตัวของระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐและระบบการจ่ายเงินด้วยแรงดึงและแรงดันของฝ่ายต่าง ๆ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2550)

พัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพประเทศไทย (นพพวรรณ ทองเต็ม, 2547, หน้า 36-39)

ตารางที่ 2-1 พัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพประเทศไทย

ยุคสมัย (รัฐบาลสมัยต่าง ๆ)	ชื่อนโยบาย	จุดเด่นของนโยบาย	จุดด้อยของนโยบาย
ยุคแรก (เป็นการบริหารงาน โดยกระทรวง สาธารณสุข ไม่ใช่โดยรัฐบาล)	ประกันสุขภาพ ด้วยความสมัครใจ ราคา 500 บาท	1. ในช่วงแรกทำให้ ประชาชนได้รู้จัก การประกันสุขภาพ โดยมี การออกบัตรสุขภาพ แก่ประชาชนที่เจ็บป่วย 2. เน้นโครงการโดย การจัดตั้งเป็นกองทุน เพื่อให้ชุมชนบริหารจัดการ เงินประกันสุขภาพภายใน ชุมชน	1. กองทุนในชุมชน ไม่สามารถบริหารจัดการ การเงินได้อย่างมี ประสิทธิภาพ เนื่องจาก ยังขาดประสบการณ์ที่ เพียงพอ 2. มีการนำเงินกองทุนไป ใช้ในด้านอื่น 3. ประชาชนใช้บัตรเฉพาะ เมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น 4. มีความแตกต่างเรื่องยา สำหรับผู้ใช้สิทธิ และผู้จ่าย เต็มจำนวน

ตารางที่ 2-1 (ต่อ)

ยุคสมัย (รัฐบาลสมัยต่าง ๆ)	ชื่อนโยบาย	จุดเด่นของนโยบาย	จุดด้อยของนโยบาย
ยุครัฐบาล (ทักษิณ ชินวัตร)	นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	1. เป็นหลักประกันสุขภาพ ให้ประชาชนไทย สามารถ รับบริการรักษาโดยจ่ายเงิน เพียง 30 บาท 2. เปิดโอกาสให้ประชาชน ได้ใช้สิทธิของตนใน การเข้ารับการรักษามากขึ้น 3. ประชาชนกล้าเข้ามาใช้ บริการสาธารณสุข โดย ไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	1. เงินที่ใช้ในโครงการ ยังค่อนข้างต่ำ 2. โรงพยาบาลที่รักษา มาตรฐาน เกิดภาวะขาดทุน 3. ยาที่กำหนดให้ใช้ใน โครงการค่อนข้างต่ำ 4. มีการเอื้อประโยชน์ต่อ บางหน่วยงาน หรือ บางบริษัท
ยุครัฐบาล (สุรยุทธ์ จุลานนท์)	นโยบาย ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า โดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย	1. เป็นนโยบายที่สนับสนุน แนวคิด การประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า โดยยังคงไม่เสีย ค่าใช้จ่ายใดใดทั้งสิ้น 2. ยกเลิกค่าใช้จ่าย 30 บาท และเพิ่มประโยชน์เรื่อง การบริการเกี่ยวกับไต ซึ่งใช้ งบประมาณสูง	1. ใช้งบประมาณสูงยิ่งขึ้น 2. เมื่อไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำ ให้ประชาชนยังเข้ามาใช้ บริการจำนวนมากขึ้น 3. เกิดปัญหาคนไข้ล้น โรงพยาบาล 4. โรงพยาบาลต้องเฉลี่ย เงินงบประมาณ เพื่อให้ เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย 5. ต้องนำเงินส่วนอื่นมา สมทบนโยบายนี้
ยุครัฐบาล (อภิสิทธิ์ เวชชา ชีวะ)	นโยบาย บัตรประชาชน ใบเด็กรักษาฟรี ทั่วประเทศ	1. สิทธิประโยชน์มีความ ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ มากขึ้น เช่น การตรวจ สุขภาพ, การทำทันตกรรม เป็นต้น	1. งบประมาณยังคง บานปลาย เนื่องจากมี การทุ่มงบประมาณ โดย ภาครัฐไม่ได้รับค่าตอบแทน เท่าที่ควร

ตารางที่ 2-1 (ต่อ)

ยุคสมัย (รัฐบาลสมัยต่าง ๆ)	ชื่อนโยบาย	จุดเด่นของนโยบาย	จุดด้อยของนโยบาย
		<p>2. เกิดความสะดวกราบรื่น เนื่องจากใช้เพียงเลข ประชาชนจากเลขฐาน ในระบบเท่านั้น</p> <p>3. มีการใช้เทคโนโลยี ในการปฏิรูประบบ สาธารณสุขมากขึ้น</p>	<p>2. ยังคงแก้ปัญหาคน ใช้สิน โรงพยาบาลไม่ได้</p>
ยุครัฐบาล (ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร)	นโยบาย ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า 30 บาท รักษา ทุกโรค (นำกลับมาใช้อีก ครั้ง)	<p>1. ช่วยให้ระบบปรับปรุง นโยบายไม่ไห้คนไข้มา กระจุกตัวอยู่กับแพทย์ มากขึ้น</p> <p>2. ยังคงเป็นนโยบาย ประชานิยม ที่จำเป็นต่อ คนไทย</p>	<p>1. มีมาตรการลดคุณภาพยา และค่ารักษาเพื่อป้องกัน งบประมาณไม่ไห้บานปลาย คุณภาพยาจึงต่ำ</p> <p>2. มีการลดคุณภาพยา โดยรัฐจ่ายยาต่ำกว่า มาตรฐาน</p> <p>3. เป็นนโยบายที่มีลักษณะ ไม่สอดคล้องกับ ความเป็นจริง</p> <p>4. งบประมาณรายหัวถูก ปรับลดลง เนื่องจากปัญหา น้ำท่วม ทำให้ประชาชน ไม่มั่นใจในนโยบาย</p> <p>5. ทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่อง ในระยะยาว</p>

ตารางที่ 2-1 (ต่อ)

ยุคสมัย (รัฐบาลสมัยต่าง ๆ)	ชื่อนโยบาย	จุดเด่นของนโยบาย	จุดด้อยของนโยบาย
สมัยรัฐบาล (คณะรักษา ความสงบ แห่งชาติ)	นโยบาย หลักประกัน สุขภาพ ถ้วนหน้า ยกระดับคุณภาพ บริการ ด้านสาธารณสุข	1. มีการพัฒนาระบบ การบริหารสุขภาพ โดย เน้นการป้องกันโรค มากกว่าการรักษาโรค อย่างเดียว 2. สร้างกลไกจัดการ คุณภาพแทนการกระจุกตัว อยู่ในศูนย์กลาง ในที่นี้คือ กระจายการรักษาออกสู่ สาธารณสุขระดับท้องถิ่น มากขึ้น 3. ปรับระบบการทำงาน กระจายบุคลากรทาง สาธารณสุขให้เหมาะสม กับท้องถิ่น 4. สนับสนุนความร่วมมือ ของรัฐและเอกชนใน การพัฒนาระบบทาง การแพทย์ 5. ประสานงานการทำงาน ระหว่างส่วนต่าง ๆ ใน สังคม 6. เพิ่มสวัสดิการโรค ร้ายแรงให้ประชาชน มีสิทธิในรักษาพยาบาล เช่น มะเร็ง	ประชาชนยังคงเชื่อมั่น ในโรงพยาบาลศูนย์กลาง มากกว่าโรงพยาบาลระดับ ท้องถิ่น จึงมีปัญหา การกระจุกตัวของ ประชาชนในโรงพยาบาล ศูนย์กลาง

## แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

### ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ความรู้ของนักวิชาการเกี่ยวกับกระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัตินั้นยังมีไม่มากเมื่อเทียบกับความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย ที่เป็นเช่นนี้เพราะแต่เดิมนักวิชาการถือว่าการปฏิบัติตามนโยบายนั้นเป็นเรื่องทางเทคนิค ผู้ปฏิบัติตามนโยบายเปรียบได้กับหุ่นยนต์ คอยรับคำสั่งจากหัวหน้าผู้ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย เมื่อรับคำสั่งมาแล้ว ผู้ปฏิบัติจะทำงานไปตามหลักเกณฑ์ที่องค์กรได้วางไว้เท่านั้น เป็นที่เข้าใจกันแต่เดิมว่า ผู้ปฏิบัติทำหน้าที่บริหารนโยบายไม่ได้ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย มีการแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัตินโยบายอย่างชัดเจน การศึกษาเรื่องกระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัติจึงไม่มีประโยชน์เท่าใด เพราะขั้นตอนเป็นที่เข้าใจกันอยู่แล้ว

ต่อมาปรากฏว่า นักวิชาการเริ่มตระหนักถึงความเป็นจริงที่ว่า กระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัตินั้นสลับซับซ้อนกว่าที่คิด การบริหารงานไม่ได้แยกเด็ดขาดออกจากการเมือง แม้แต่ระดับของฝ่ายปฏิบัติการก็ยังหลีกเลี่ยงการแทรกแซงจากการเมืองไม่ได้ อย่างไรก็ตาม นักวิชาการจึงจะเสนอความคิดใหม่เพื่อหารูปแบบการเอานโยบายไปปฏิบัติเมื่อต้นทศวรรษ 1970 นี้เอง ในปี ค.ศ. 1973 นักวิชาการสองท่าน คือ Jeffrey L. Pressman และ Aaron Wildavsky ได้ทำการศึกษาความพยายามของ EDA (Economic/ Development administration) ในการสร้างงานให้กับคนว่างงานที่ยากจนในเมือง Oakland รัฐ California ในฐานะเป็นตัวอย่างการนำเอานโยบายไปปฏิบัติอย่างผิดพลาด นักวิจัยทั้งสองได้เสนอความคิดที่ว่า ในความเป็นจริงแล้ว เรื่องการนำเอานโยบายไปปฏิบัติผูกพันใกล้ชิดกับนโยบาย ผู้กำหนดนโยบายต้องพิจารณาถึงวิธีการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนวางไว้ด้วย การปฏิบัติตามนโยบายจะมีหวังสำเร็จได้ ถ้าไม่มีการเปลี่ยนตัวผู้นำบ่อยนัก คือ มีความต่อเนื่องในตัวผู้นำ และในทางปฏิบัติควรทำให้เห็นนโยบายเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายเข้าใจได้ง่าย

ในปี ค.ศ. 1975 Van Horn and Van Meter ได้เสนอกรอบการมองกระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ คำว่า “การนำเอานโยบายไปปฏิบัติ” ในความเห็นของนักวิชาการทั้งสอง หมายถึง การกระทำของข้าราชการและประชาชน ซึ่งมีผลเป็นการส่งเสริมหรือขัดขวางความพยายามของรัฐในการบรรลุเป้าหมายของนโยบายบางประการที่ถูกกำหนดไว้แล้วล่วงหน้า กรอบการมองที่เสนอ ประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ กล่าวคือ (ชนวัฒน์ พิมลจินดา, 2558, หน้า 61-74)

## 1. นโยบาย หมายถึง

1.1 ทรัพยากร (Resources) เช่น เงินทุนอุดหนุนที่นักปฏิบัติได้รับสำหรับการปฏิบัติตามนโยบายนั้น ๆ

1.2 มาตรฐาน (Standards) ที่กำหนดกรอบการทำงานของข้าราชการผู้ปฏิบัติตามนโยบายว่าพวกเขาต้องทำงานตามนโยบายแค่ไหน อย่างไร และพวกเขามีช่องว่างเป็นของตัวเองสามารถตัดสินใจตามใจ ชอบได้มากน้อยแค่ไหน บางครั้งในทางปฏิบัตินั้นมาตรฐานนโยบายจะมีลักษณะคลุมเครือ เพราะผู้กำหนดคนนโยบายตกลงกันไม่ได้ หรือเป็นเพราะผู้กำหนดคนนโยบายอยากให้ข้าราชการนักปฏิบัติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นต้น

2. การติดต่อ (Communications) หมายถึง การติดต่อระหว่างผู้กำหนดคนนโยบาย และผู้ปฏิบัติตามนโยบายเกี่ยวกับมาตรฐานของนโยบายในองค์กรขนาดใหญ่ ซึ่งประกอบด้วยคนจำนวนมาก การส่งข่าวเรื่องนโยบายระหว่างข้าราชการเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน นโยบายของผู้กำหนดคนนโยบายอาจมีลักษณะที่ไม่ชัดเจนหรืออาจมาถึงมือผู้ปฏิบัติตามนโยบายล่าช้าไปได้

3. การบังคับ ให้ผู้ปฏิบัติตามนโยบาย ทำตามนโยบาย (Enforcement) ผู้กำหนดคนนโยบายต้องออกนโยบายโดยพิจารณาล่วงหน้า ระบบการจูงใจและการลงโทษภายในองค์กร เหล่านี้มีส่วนสนับสนุนนโยบายของตนมากน้อยแค่ไหนอย่างไร

4. ลักษณะของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบาย อาจมีผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงานนั้น เช่น โครงสร้างของหน่วยงานเกื้อหนุนนโยบายหรือไม่

5. สภาพแวดล้อมทางการเมืองของหน่วยงานฝ่ายปฏิบัติ ผู้นำองค์กรและกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ในสังคมสนับสนุนนโยบายนั้นขนาดไหน

6. สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ชุมชนต้องการนโยบายนั้นมากแค่ไหน และชุมชนมีทรัพยากรเพียงพอที่จะสนับสนุนนโยบายนั้นหรือเปล่า

7. ความคิดความอ่านและจิตใจของผู้ปฏิบัติตามนโยบายทั้งหลาย ผู้ปฏิบัติตามนโยบายเห็นด้วยกับนโยบายนั้นแค่ไหน นโยบายนั้นขัดต่อผลประโยชน์ส่วนตัว ค่านิยมความเชื่อของนักปฏิบัติและธรรมเนียมขององค์กรหรือไม่ เป็นต้น

8. การปฏิบัติตามนโยบาย (Performance) ของนักปฏิบัติ นักปฏิบัติทำตามนโยบายที่ผู้กำหนดคนนโยบายเบื้องต้นสั่งมาแค่ไหน (ธนะวัฒน์ พิมลจินดา, 2558, หน้า 61-74)

นักวิชาการอีกท่านหนึ่งชื่อ McLaughlin ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการมองผู้ปฏิบัติตามนโยบายเป็นบุคคลที่มีชีวิตจิตใจ ไม่ใช่หุ่นยนต์ โดยเสนอให้พิจารณารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้กำหนดคนนโยบายและผู้ปฏิบัติสามรูปแบบ คือ



1. การปรับตัวร่วมกัน คือ มีการปรับโครงการและหน่วยงานปฏิบัติการไปพร้อม ๆ กัน เป็นกรณีทีนโยบายประสบความสำเร็จในทางปฏิบัติ
2. การปรับเฉพาะตัวโครงการ เพื่อให้เข้ากับสภาพหน่วยงาน ฝ่ายปฏิบัติการและความต้องการของนักปฏิบัติ
3. ไม่มีการปรับตัว ซึ่งเกิดจากการที่โครงการไม่ปรับตัวและนักปฏิบัติไม่สนใจโครงการจากการศึกษาในระยะหลัง ดูเหมือนเป็นที่เข้าใจกันมากขึ้น ผู้ปฏิบัติตามนโยบายแท้จริงแล้วเป็นตัวแสดงที่สำคัญยิ่งในกระบวนการนโยบาย ในกระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ ปรากฏว่านักปฏิบัติเผชิญกับหลักการที่ขัดกันสามหลักการ ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ กล่าวคือ
  1. หลักการปฏิบัติที่ถูกกำหนดโดยกฎหมาย จะต้องเชื่อฟังคำสั่งของผู้บังคับบัญชา เบื้องบน
  2. หลักการปฏิบัติที่ถูกกำหนดโดยค่านิยมของราชการว่าอะไรคือสิ่งที่ถูกต้อง อะไรคือสิ่งที่เป็นไปได้และทำได้ ซึ่งมักนำไปสู่การปกป้องหน่วยงานของตน
  3. หลักการปฏิบัติที่ถูกกำหนดความต้องการและอิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ มีผลทำให้นักปฏิบัติพยายามปฏิบัติตามนโยบายในลักษณะประนีประนอม เป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่าย เข้าลักษณะ “บัวไม่ให้ช้ำ น้ำไม่ให้ขุ่น”

ต่อมาในปี ค.ศ. 1980 Robert T. Nakamura และ Frank Smallwood ได้เสนอกรอบวิเคราะห์กระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ โดยให้มองกระบวนการนโยบายเป็นระบบ (System) แยกกระบวนการนโยบายออกเป็นสามกระบวนการ คือ การกำหนดนโยบาย การนำเอานโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย แต่ละกระบวนการจะมีสภาพแวดล้อมเฉพาะของคนส่งอิทธิพลต่อกระบวนการนโยบายนั้น ๆ แต่ละสภาพแวดล้อมจะประกอบด้วยตัวแสดงนโยบายและเวทีนโยบายต่าง ๆ สภาพแวดล้อมทั้งสามเชื่อมโยงกัน โดยมีการติดต่อและมีการเชื่อฟังกันระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ตัวแสดงในสภาพแวดล้อมหนึ่ง อาจเข้าไปมีอิทธิพลอยู่ในสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ได้ นโยบายอาจเกิดขึ้นได้จากทั้งสามสภาพแวดล้อม (ชนวัฒน์ พิมลจินดา, 2558, หน้า 61-74)

จากคำกล่าวของ Wilson (1987) การเมืองทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ข้าราชการมีหน้าที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ในการศึกษารัฐประศาสนศาสตร์ หรือ การบริหารรัฐกิจ ในความหมายที่เข้าใจอย่างง่าย คือ การดำเนินกิจกรรมของรัฐบาลเพื่อจัดการบริหารกิจการสาธารณะหรือปฏิบัติงานตามนโยบายสาธารณะ ดังนั้น ความหมายตามนัยยะทางการเมืองจึง หมายถึง การบริหารตามนโยบายเป็นสิ่งที่รัฐบาลกระทำการปฏิบัติงานของข้าราชการ กิจกรรมดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนทั้งในทางบวกและทางลบ โดยทางบวกได้แก่ การสร้างถนน สะพาน การเก็บขยะเพื่อสร้างความนิยมจากประชาชน เป็นต้น ขณะที่

ผลในทางลบ ได้แก่ การข่มเหงหรือละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานโดยซ่อนรูปในการสร้างความชอบธรรม ภายใต้รูปแบบของความมั่นคง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เพื่อประโยชน์ในการศึกษาทำความเข้าใจและการประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งตัวแบบในการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ในส่วนนี้ขอกล่าวถึงความหมายและความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Walter (1971) กล่าวว่า ความสามารถขององค์กร คือ ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนั้น การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะขององค์กรในการปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

Pressman and Wildavsky (1979) กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การดำเนินงานให้ลุล่วง ให้ประสบความสำเร็จ ให้ครบถ้วน ให้เกิดผลผลิต และให้สมบูรณ์ ซึ่งถือเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างการกำหนดเป้าประสงค์และการปฏิบัติเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์

Van Horn and Van Meter (1976) ได้ให้ความหมายว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ ครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดที่กระทำโดยรัฐบาลเอกชน ทั้งปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคล ซึ่งมีผลต่อการบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าจากการตัดสินใจนโยบาย

Mazmanian and Sabatier (1980) เห็นว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการนโยบายสาธารณะ หมายถึง การนำการตัดสินใจนโยบายที่ได้กระทำไว้ไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ (สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2550, หน้า 61-74)

ตามความหมายที่นักวิชาการแต่ละท่านได้ให้ไว้ แสดงให้เห็นถึงจุดเน้นสำคัญในแง่มุมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้หากสรุปความหมายการนำนโยบายไปปฏิบัติในภาพรวม สามารถสรุปได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบาย ซึ่งอาจเป็นกฎหมายหรือคำสั่งของรัฐบาล หรือคณะรัฐมนตรีให้เป็นแนวทาง แผนงาน โครงการ และกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ประกอบด้วย การวางแผนงานและโครงการเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ที่กำหนด การจัดจัดหาทรัพยากรทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อการดำเนินการการออกแบบของค์การ การพัฒนาสมรรถนะขององค์กร พฤติกรรมองค์กร ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและกลุ่มบุคคล และการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางดำเนินงานที่กำหนดไว้ โดยสามารถจำแนกความแตกต่างของบทบาทระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับผู้ปฏิบัติได้ ดังนี้ (สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2550, หน้า 61-74)

1. ผู้กำหนดนโยบาย หรือ หน่วยงานในส่วนกลาง ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมนโยบาย โดยใช้มุมมองในระดับมหภาค มีบทบาทที่สำคัญ คือ

### 1.1 ทำความเข้าใจในบริบทและสาระของนโยบาย

1.2 แปลงนโยบายให้เป็นแนวทาง แผนงาน โครงการ

1.3 มอบหมายหรือส่งมอบแนวทาง แผนงาน โครงการสู่หน่วยปฏิบัติ

2. ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ หรือ หน่วยงานส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยใช้มุมมองในระดับจุลภาค มีบทบาทสำคัญ คือ

2.1 ขอมรับนโยบาย รับแนวทาง แผนงาน โครงการเป็นส่วนหนึ่งของงาน

2.2 การระดมสรรพกำลัง ทรัพยากร และเครือข่ายความร่วมมือ

2.3 การดำเนินการปฏิบัติ ตรวจสอบ ติดตาม และการสร้างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ จะสังเกตได้ว่า การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม และความมั่นคง เป็นต้น ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อบุคคลหลายฝ่ายหลายกลุ่ม เช่น ผู้ตัดสินใจในนโยบาย หน่วยงานที่ปฏิบัติตามนโยบาย กลุ่มเป้าหมายของนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบาย เป็นต้น

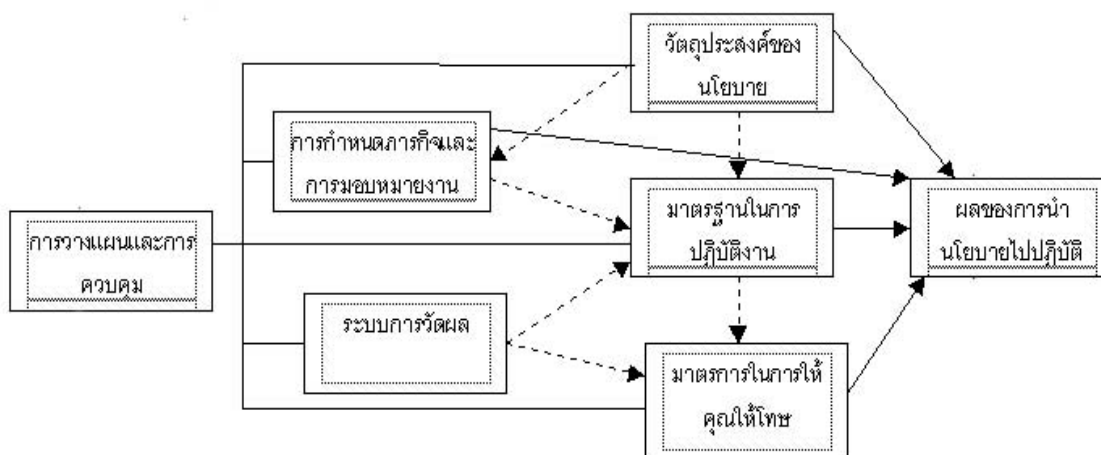
จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถสรุปเป็นกระบวนการหรือขั้นตอนของนโยบาย ตั้งแต่จุดเริ่มต้นไปสู่จุดเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนผ่านรูปของนโยบายในการนำไปปฏิบัติ จนกระทั่งถึงจุดสิ้นสุดที่ผลผลิตของนโยบายได้รับการมอบสู่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกำหนดและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบได้ (สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2550, หน้า 61-74)

### ตัวแบบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ

ตัวแบบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยที่ตัวแบบแต่ละตัวจะสะท้อนจุดเน้นสำคัญในแง่มุมที่แตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาตัวแบบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงเป็นประโยชน์สำหรับการทำความเข้าใจในเชิงทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ โดยสามารถสรุปตัวแบบต่าง ๆ ที่สำคัญได้ ดังนี้ (วรเดช จันทรศร, 2548)

#### 1. ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rational model)

ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rational model) เป็นตัวแบบที่มุ่งเน้นการสร้างประสิทธิภาพในการวางแผนและควบคุม โดยยึดฐานคิดว่า “นโยบายที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีกระบวนการวางแผนและการควบคุมผลงาน” (Planning and controlling system) การกำหนดวัตถุประสงค์และภารกิจที่ชัดเจน มีการมอบหมายงานและกำหนดมาตรฐานการทำงานให้แก่หน่วยงานย่อยต่าง ๆ ขององค์กร มีระบบวัดผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนระบบการให้คุณให้โทษ”

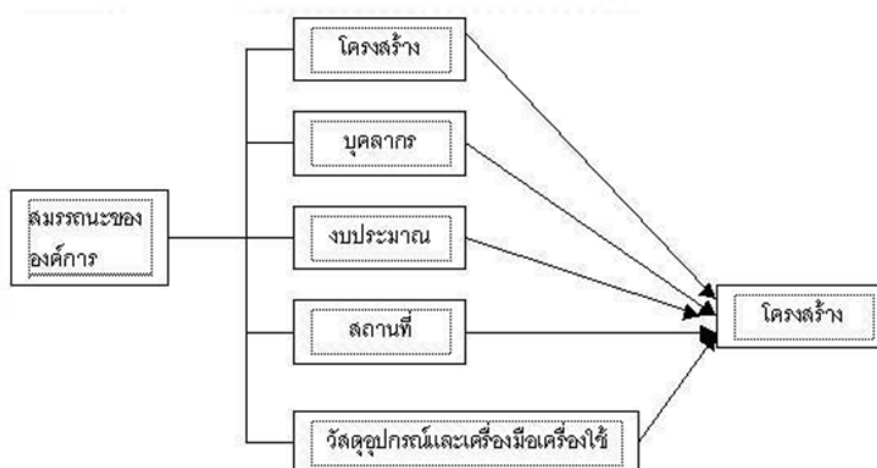


ภาพที่ 2-1 ตัวแบบยึดหลักเหตุผล

ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเริ่มต้นจากการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าจะทำอะไรคือเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการ และผู้ปฏิบัติงานจะได้กำหนดภารกิจหรือกำหนดความรับผิดชอบเฉพาะของแต่ละฝ่ายให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายซึ่งจะช่วยให้การประสานงานเป็นไปด้วยความราบรื่น ส่วนการกำหนดมาตรฐานการทำงานย่อมจะเกิดประโยชน์ในการตรวจสอบควบคุมและการประเมินผล การปฏิบัติงานของแต่ละฝ่ายได้ และระบบการประเมินผลที่สมบูรณ์และการมีมาตรฐานในการทำงานที่เด่นชัด ย่อมส่งผลให้ระบบการให้คืนให้โทษเป็นไปอย่างเป็นธรรมชาติมากยิ่งขึ้น ซึ่งทั้งหมดดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

## 2. ตัวแบบด้านการจัดการ

ตัวแบบด้านการจัดการ (Managerial model) นี้ ให้ความสนใจไปที่สมรรถนะภายในองค์กร (Internal capacity) ที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ว่ามีขีดความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความคาดหวังเพียงใด หรือมีจุดแข็งและจุดอ่อนในด้านต่าง ๆ หรือไม่อย่างไร ด้วยจุดเน้นตามตัวแบบนี้ นโยบายจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน บุคลากรที่มีศักยภาพ งบประมาณที่เพียงพอ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและเพียงพอ ตลอดจนเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ



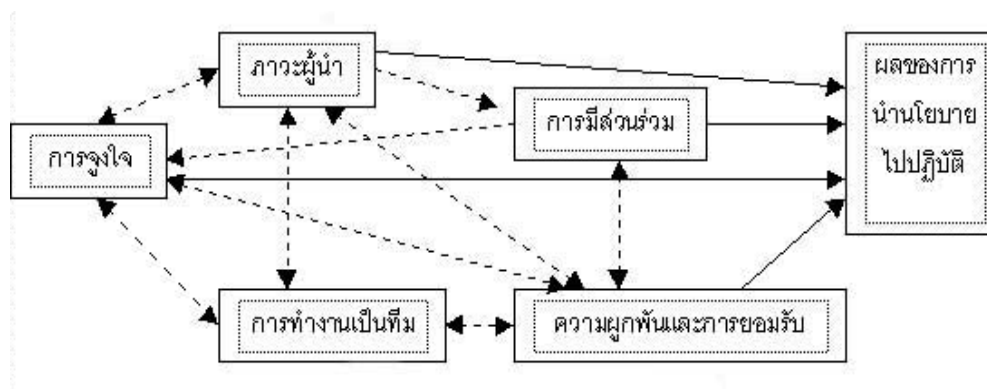
ภาพที่ 2-2 ตัวแบบด้านการจัดการ

หน่วยงานที่มีสมรรถนะภายในค่อนข้างสูงจะมีโอกาสที่จะนำเอานโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก ในทางตรงกันข้าม หากหน่วยงานที่มีสมรรถนะภายในค่อนข้างต่ำ จะส่งผลทำให้การนำเอานโยบายไปปฏิบัติไม่ประสบความสำเร็จ ตัวแบบนี้จึงเป็นความพยายามที่จะศึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยการแก้ไขที่ตัวองค์กร เช่น การขาดงบประมาณ การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ความล่าช้าในการสรรหาบุคลากร ความล่าช้าในการจัดตั้งระบบงานต่าง ๆ และการขาดวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

ผู้วิจัยเลือกใช้ตัวแบบด้านการจัดการ เนื่องจากเป็นตัวแบบที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยตรง ทำให้ทราบปัญหาที่เกิดจากนโยบายว่ามีปัญหาในด้านใดบ้าง เพื่อให้สามารถแก้ไขได้อย่างตรงจุด ทั้งนี้ตัวแบบด้านการจัดการจะช่วยให้เห็นถึงจุดบกพร่องของนโยบายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงนโยบายให้มีประสิทธิภาพในอนาคต ผู้วิจัยนำตัวแบบด้านการจัดการมาพัฒนาเป็นเครื่องมือในการทำวิจัย แล้วนำผลที่ได้มาเสนอเพื่อปรับปรุงและพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

### 3. ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร (Organizational development model)

ตัวแบบนี้มุ่งเน้นเรื่องการมีส่วนร่วมและการสร้างความผูกพันและการยอมรับในองค์กร การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ การนำนโยบายหรือโครงการไปปฏิบัติให้เกิดความสำเร็จจึงเป็นเรื่องของการตั้งใจ การใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างความผูกพันโดยวิธีการให้สมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการยอมรับ ตลอดจนการสร้างทีมงานมากกว่าการมุ่งการใช้การควบคุมหรือใช้อำนาจ

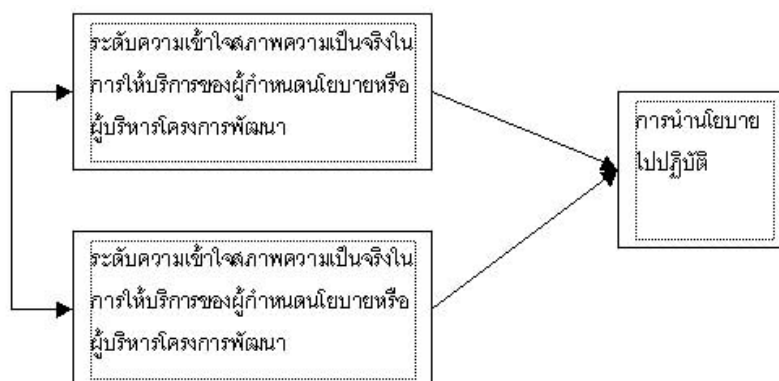


ภาพที่ 2-3 ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร

นอกจากนี้ ตัวแบบนี้เห็นว่าความสำเร็จของนโยบาย คือ ความสำเร็จของผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน จึงน่าจะส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติมากกว่ากลยุทธ์อื่นๆ กล่าวอีกนัยหนึ่ง การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องของกระบวนการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดหรือวางกรอบนโยบาย โดยถือว่านโยบายเหล่านั้นมาจากตัวผู้ปฏิบัติเองโดยตรง

#### 4. ตัวแบบกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic process model)

ตัวแบบนี้ พัฒนามาจากแนวคิดของนักสังคมวิทยาขององค์กรที่พยายามจะสร้างกรอบการมองหาสภาพความเป็นจริงทางสังคมในองค์กร โดยเชื่อว่าอำนาจขององค์กรไม่ได้อยู่ที่ตำแหน่งทางรูปนัย แต่มีอยู่กระจัดกระจายในองค์กร ในทัศนะนี้หมายความว่า สมาชิกในองค์กรทุกคนมีอำนาจในแง่ของการใช้วิจารณญาณ โดยเฉพาะข้าราชการที่มีหน้าที่ให้บริการประชาชน โดยที่ผู้บังคับบัญชาไม่อาจควบคุมได้

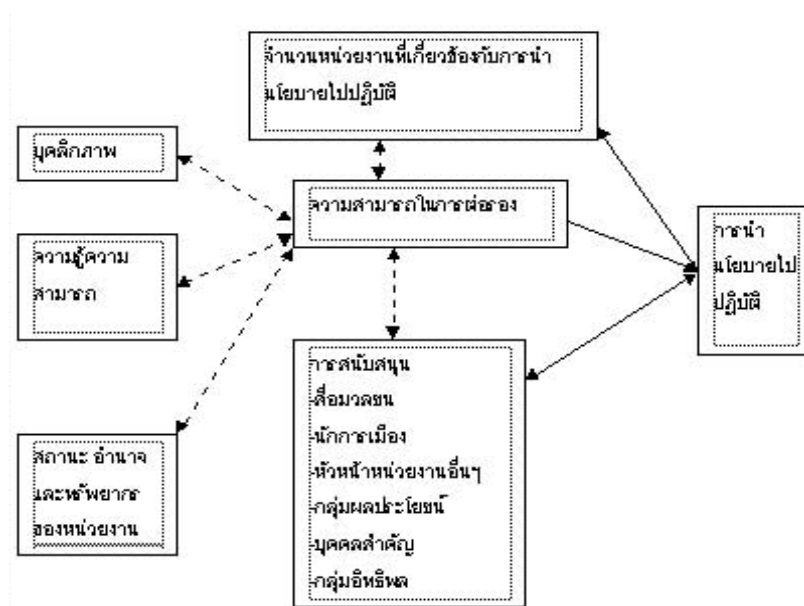


ภาพที่ 2-4 ตัวแบบกระบวนการของระบบราชการ

ดังนั้น การกำหนดและสั่งการนโยบายใหม่ ๆ ย่อมมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือวิถีชีวิตประจำวันของข้าราชการ นอกเสียจากข้าราชการหรือผู้ปฏิบัติงานยอมรับหรือปรับนโยบายเหล่านั้นเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติ กล่าวคือ หากเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการเกิดการต่อต้านไม่ยอมรับเอานโยบายมาแปลงสู่ภาคปฏิบัติในฐานะเป็นงานประจำของตน เจ้าหน้าที่ดังกล่าวอาจจะเพิกเฉยในการปฏิบัติตามหรืออาจจะใช้อำนาจดุลยพินิจของการตัดสินใจในลักษณะที่ไม่เอื้อต่อตัวนโยบายได้

#### 5. ตัวแบบทางการเมือง (Political model)

ตัวแบบทางการเมืองนี้เชื่อว่า ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดจากความสามารถของผู้เล่น (Players) หรือบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กร กลุ่ม หรือสถาบัน และปัจจัยภายนอกองค์กร



ภาพที่ 2-5 ตัวแบบทางการเมือง

ดังนั้น ตัวแบบนี้ จึงเน้นที่ความสามารถในการเจรจาต่อรองและการประนีประนอมของบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับนโยบายนั้น ๆ ทั้งนี้บุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายจะเข้ามาใช้อิทธิพลของตนเอง เพื่อสร้างเงื่อนไขต่อรองให้มีกาปฏิบัติตามนโยบายในลักษณะที่จะทำให้ตนเองได้รับผลประโยชน์มากขึ้นหรือเสียผลประโยชน์น้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นไป ในรูปของการใช้ความสามารถเพื่่ออ้างเหตุผลความชอบธรรม การโฆษณาประชาสัมพันธ์ชวนเชื่อ หรือการสร้างพลังมวลชนเพื่่อก่อให้เกิดแรงกดดัน เป็นต้น ดังนั้น ความสามารถในการเจรจาต่อรอง

ประนีประนอม แสวงหาแรงสนับสนุนจากภายนอกในการนำเอานโยบายไปปฏิบัติกับบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบาย

#### 6. ตัวแบบสหองค์การ

ตัวแบบ เชื่อว่าผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับปัจจัย ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ปัจจัยหลัก องค์ประกอบของแต่ละส่วน สามารถอธิบายแจกแจงได้ ดังนี้

6.1 วัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องแยกให้ชัดเจนว่ามีอะไรบ้าง ซึ่งจะเป็นส่วนขยายของเป้าหมายรวมของนโยบายให้ชัดเจนและง่ายขึ้นต่อความเข้าใจ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จ หรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

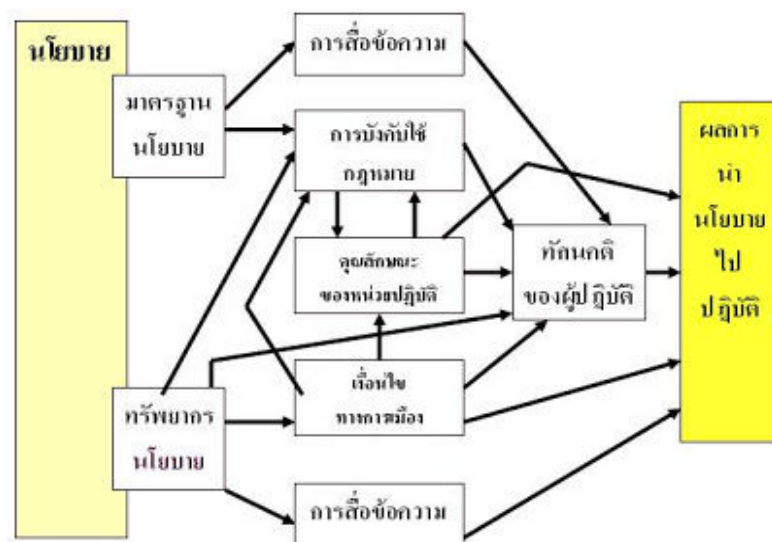
6.2 ต้องมีการระบุทรัพยากรที่จำเป็นต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณที่คล่องตัว

6.3 การติดต่อสื่อสารระหว่างองค์การและกิจกรรมการนำนโยบายไปปฏิบัติต้องตรงกัน ถูกต้อง รวดเร็ว ต่อเนื่อง และไม่ปิดบังข่าวสารซึ่งกันและกัน

6.3 ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

6.5 สภาพสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

6.6 ปัจจัยด้านความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติ (วรเดช จันทรศร, 2548)



ภาพที่ 2-6 ตัวแบบสหองค์การ



### ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติข้างต้น สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ ดังต่อไปนี้ (ธนวัฒน์ พิมลจินดา, 2558, หน้า 61-74)

#### 1. แหล่งที่มาของนโยบาย

แม้ว่านโยบายผ่านกระบวนการกำหนดนโยบายจนกระทั่งปรากฏเป็นนโยบายเพื่อนำไปปฏิบัติ ทว่าประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา คือ

1.1 นโยบายอยู่ในรูปของประกาศ แถลงการณ์ หรือมติของรัฐมนตรี ซึ่งผ่านขั้นตอนกระบวนการกำหนดนโยบายมาแล้ว จึงเป็นผลผลิตของระบบการเมือง ซึ่งมีผลโดยชอบด้วยกฎหมาย ดังนั้น นโยบายที่ดีต้องมีความชอบธรรม (Legitimacy) และสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม (Social values)

1.2 เนื้อหาสาระที่อยู่ในรูปของกฎหมายต่าง ๆ ที่ได้รับความเห็นชอบจากฝ่ายนิติบัญญัติต้องสอดคล้องกับเงื่อนไขในการนำไปปฏิบัติ

1.3 ความร่วมมือกันระหว่างฝ่ายบริหารกับฝ่ายนิติบัญญัติในประเด็นสำคัญ เช่น การจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงาน

#### 2. ความชัดเจนของนโยบาย

วัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องมีความชัดเจน สามารถวัดได้ (Measurable) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementable) การปฏิบัติได้และวัดได้ ถือเป็นมาตรฐานสำคัญสำหรับวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย ถ้าวัตถุประสงค์ของนโยบายที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจน ย่อมเป็นปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ เช่น นโยบายเผยแพร่ประชาธิปไตย เป็นนโยบายที่วัดได้ยาก เพราะไม่รู้ว่าจะใช้อะไรเป็นเครื่องวัดว่าประชาชนรู้และเข้าใจประชาธิปไตย ในทางกลับกัน ถ้ากำหนดวัตถุประสงค์ไว้ชัดเจนหรือมีรายละเอียดมากเกินไป ก็อาจเป็นการผูกมัดและทำให้การปฏิบัติไม่ยืดหยุ่นเท่าที่ควร

#### 3. การสนับสนุนนโยบาย

หน่วยปฏิบัติ คือ ระบบราชการ ซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญยิ่งในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ถ้าทิศทางของการสนับสนุนเป็นลักษณะการยอมรับและเต็มใจปฏิบัติตามการนำนโยบายไปปฏิบัติก็ย่อมสำเร็จได้ง่าย แต่ถ้าหากการสนับสนุนของหน่วยปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ ก็ย่อมจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นคงจะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ยาก หรือบางครั้งยินยอมรับนโยบายไปปฏิบัติแต่ขาดความรับผิดชอบ ขาดจิตสำนึก ขาดความรอบคอบ ละเลยต่อหน้าที่ ประพฤติไม่ชอบ หรืออาจตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ

ก็ย่อมจะส่งผลทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่บรรลุผลสำเร็จหรือนโยบายล้มเหลวได้ นอกจากนี้ การสนับสนุนนโยบายใด แสดงว่านโยบายนั้นสอดคล้องกับค่านิยมและความต้องการของประชาชน การสนับสนุนจากประชาชนจะเป็นพลังสำคัญในการผลักดันให้การนำนโยบายไปปฏิบัติบรรลุเป้าหมาย

#### 4. ความซับซ้อนในการบริหารงาน

การนำนโยบายไปปฏิบัติในมิติของการประสานงานระหว่างองค์กรต่าง ๆ แต่ละองค์กร อาจมีการเพิ่มวัตถุประสงค์ส่วนตัวเข้าไป ทำให้นโยบายมีการเบี่ยงเบนไปจากเดิม เพื่อให้มั่นใจว่าโครงการต่าง ๆ ถูกนำไปปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ จึงต้องมีการประเมินผลโครงการ การกำหนดเป้าประสงค์ และการพิจารณาเรื่องปัจจัยกระตุ้นและสิ่งจูงใจของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่สำคัญ การนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับโครงสร้างการบริหารงานขององค์กร และจะต้องหลีกเลี่ยงลักษณะองค์กรที่มีความซับซ้อนสูง หรือมีสายบังคับบัญชายาวเกินไป เพราะจะส่งผลต่อการบิดเบือนวัตถุประสงค์ของนโยบาย

#### 5. สิ่งจูงใจผู้ปฏิบัติงาน

ภาวะผู้นำและพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างการจูงใจเชิงบวก การสร้างการมีส่วนร่วม การทำให้เกิดความผูกพันและการยอมรับของสมาชิกโครงการ และการทำงานเป็นทีม ตลอดจนการใช้มาตรการที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้อื่นร่วมมือและทำตามได้สำเร็จ และเพื่อให้ผู้ที่ตั้งใจไม่ร่วมมือไม่สามารถทำได้ ความเสียหายให้กับโครงการได้ ดังนั้น การสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติในแต่ละระดับ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำในการจูงใจ วิธีการที่เลือกใช้ในการจูงใจ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้

#### 6. การจัดสรรทรัพยากร

ทรัพยากรที่นำมาใช้ในการดำเนินงานตามนโยบาย จะต้องมืออยู่อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ การนำนโยบายไปปฏิบัติอาจจะล้มเหลวถ้าขาดทรัพยากรทางการบริหารที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน ที่สำคัญต้องมีงบประมาณสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม นโยบายใดที่ไม่มีงบประมาณสนับสนุน นโยบายนั้นจะไม่มีโอกาสเป็นจริง แต่จะเป็นได้เพียงการแสดงความตั้งใจหรือการพูดที่ไม่มีการกระทำ กรณีเช่นนี้ไม่เรียกว่าเป็นนโยบายสาธารณะ เพราะนโยบายสาธารณะ ในส่วนที่รัฐบาลเลือกจะกระทำ ต้องกระทำให้เป็นรูปธรรมและปรากฏเป็นจริงซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเหมาะสมเท่านั้น

การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ 2 ของกระบวนการนโยบาย ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนนี้โดยตรง คือ ระบบราชการหรือข้าราชการ โดยมีฝ่ายการเมืองทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับ ดูแลการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย อีกทั้งอาจจะมีหน่วยงานภาคเอกชนซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่สนับสนุนนโยบายหรือดำเนินการตามนโยบายที่รัฐบาลกำหนด เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนซึ่งเป็นผู้รับผลของนโยบาย ดังนั้น เพื่อให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องทำความเข้าใจในสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้น ๆ ทั้งสภาพแวดล้อมภายในองค์กรและภายนอกองค์กร โดยสามารถประยุกต์ใช้ตัวแบบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกรอบการวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางและวิธีการดำเนินการ เพื่อเป็นการรับประกันผลของการนำนโยบายนั้น ๆ ไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ปัญหาและอุปสรรคที่ต้องพิจารณา คือ ปัญหาด้านสมรรถนะขององค์กร ปัญหาด้านการควบคุม ปัญหาด้านการร่วมมือ และการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง และปัญหาด้านการสนับสนุนขององค์กรที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

### ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ถึงแม้ว่าระบบประกันสุขภาพจะมีอยู่คู่กับคนไทยมาในระยะเวลายาวนาน เป็นนโยบายที่ได้รับความนิยมจากคนไทย แต่ในเวลาต่อมาปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนเกิดนโยบายและหลังจากนำนโยบายสู่การปฏิบัติไปแล้ว สร้างทั้งผลดีและผลเสียตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ ซึ่งผู้วิจัยได้แยกศึกษาในเชิงปัจจัยที่เป็นปัญหาและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคออกจากกัน โดยปัจจัยที่เป็นปัญหา สามารถแบ่งได้ ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาเงินนโยบาย
2. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน
3. ปัจจัยเกี่ยวพันของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. ปัจจัยท้าทายในอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ต่อมาคือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค สามารถแบ่งได้ ดังต่อไปนี้

1. การระดมองค์ความรู้
2. การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

## ปัจจัยที่เป็นปัญหาของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 1. ปัญหาเงินโยบาย

1.1 ความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่ามีกลุ่มบุคคลยากไร้และด้อยโอกาสอันเป็นกลุ่มบุคคลที่รัฐพึงเข้าช่วยเหลือเป็นลำดับแรกไม่ได้รับสิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากไม่มีเลขหลักประจำตัว 13 หลัก อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขึ้นทะเบียนเพื่อรับบัตรทอง ซึ่งอาจจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนชรา กลุ่มเด็กเร่ร่อน และกลุ่มบุคคลที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย (โดยเฉพาะในเขตจังหวัดที่ติดกับชายแดน)

1.2 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดยุทธศาสตร์ในการกระจายบุคลากรทางด้านสาธารณสุขผ่านการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายหัว (Capitation) โดยสถานพยาบาลที่มีบุคลากรสูงกว่าอัตราเฉลี่ยมากเงินงบประมาณที่ได้รับจะไม่เพียงพอต่อการบริหารงาน เงินงบประมาณจะเป็นองค์ประกอบผลักดันให้มีการเกลี้ยบุคลากรไปยังพื้นที่สถานพยาบาลที่มีประชาชนจำนวนมากและมีบุคลากรน้อยแต่การดำเนินโครงการมีปัญหาที่ค่อนข้างมากทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณรายหัว โดยแยกค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรออกจากงบประมาณรายหัว ในครั้งหลังของปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ซึ่งทำให้ขาดแรงผลักดันให้เกิดการกระจายบุคลากร

1.3 แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์ต้องปฏิรูประบบสุขภาพโดยเน้นการ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” โครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit: PCU) ที่มีคุณภาพ ในการดำเนินโครงการที่ผ่านมามีปัญหาอันเนื่องมาจากความจำกัดของบุคลากรงบประมาณ และการขาดเอกภาพของการบังคับบัญชา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 13-26)

### 2. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินโครงการ

2.1 การตรวจสอบและใช้สิทธิของผู้ป่วย ในการตรวจสอบสิทธิจะตรวจสอบผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งฐานข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลง โดยตลอดการตรวจสอบสิทธิจึงเป็นภาระต่อเจ้าหน้าที่มาก

2.2 การรับภาระค่าใช้จ่ายของคนไข้อนาตา ในอดีต สถานพยาบาลของรัฐเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้เข้ารับบริการและนำมาชดเชยกับค่าใช้จ่ายของคนไข้อนาตา ปัจจุบันรายได้ของสถานพยาบาลจะมาจากค่าหัวตามบัตรทองในลักษณะเป็นปลายปิดสถานพยาบาลใดที่มีคนไข้อนาตาเป็นจำนวนมากย่อมมีปัญหาด้านการเงิน

2.3 การรับภาระค่าใช้จ่ายของคนไข้อนาคตส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลในกรณีผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจากรถ สถานพยาบาลทุกแห่งไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกรณีผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจากรถได้ครบถ้วน เนื่องจากความยุ่งยากทางด้านเอกสารและการปกปิดของผู้ประสบอุบัติเหตุ (บางรายยืมรถผู้อื่นมาใช้ บางรายผู้ก่ออุบัติเหตุกับผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นญาติพี่น้องกันและรถที่ใช้ประสบอุบัติเหตุไม่มีประกัน หรือประกันขาดอายุ) โดยมุ่งใช้สิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแทนซึ่งไม่เป็นธรรมต่อสถานพยาบาลซึ่งต้องตัดค่าใช้จ่ายส่วนนี้เป็นหนี้สูญ

2.4 ขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากภาวะความจำกัดของรายได้ (จากงบประมาณและรายได้อื่น ๆ)

2.5 สถานพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีงบประมาณเหลือในการจัดหาหรือซื้ออุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อทดแทนของเดิมที่หมดอายุการใช้งาน หรือการซ่อมแซมอาคารสถานที่เพราะงบประมาณที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายของบุคลากรเกือบทั้งหมด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 13-26)

### 3. ปัจจัยเกื้อหนุนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การเลือกวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว และตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้กับสถานพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นอีกครั้งหนึ่งที่ระบบสุขภาพไทยตัดสินใจเชิงนโยบายบนพื้นฐานขององค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based policy decision) ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของรูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่กล่าวข้างต้น ซึ่งให้เห็นว่า การจ่ายแบบตามรายการรักษาพยาบาล ไม่น่าจะมีความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ในขณะที่ระบบเหมาจ่ายรายหัวและการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยกำหนดเพดานงบประมาณ (Global budget) กรณีผู้ป่วยใน น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในด้านประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยส่วนรวม มีความสมเหตุสมผลของการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด และมีความเป็นไปได้ เนื่องจากประกันสังคมและการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ใช้วิธีจ่ายเงินทั้งสองรูปแบบนี้มาเป็นระยะเวลานานจนเป็นที่ยอมรับพอสมควรจากผู้ประกันตน และจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตาม มีแรงเสียดทานอยู่มากจากผู้บริหารสถานพยาบาลระดับ โรงเรียนแพทย์และสมาคมโรงพยาบาลเอกชนบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับวิธีเหมาจ่ายในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากปัจจัยแวดล้อมทางการเมือง อันเนื่องมาจากบทบัญญัติหลายมาตราที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน และการเคลื่อนไหวของภาคประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในขั้นตอนด้าน

นิติบัญญัติของการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก ในการเกื้อหนุนให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการรองรับด้วยกฎหมาย ขยายความ ปัจจัยเกื้อหนุนด้านระบบสุขภาพ (Health system determinants) ดังต่อไปนี้

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สะท้อนให้เห็นธรรมชาติของข้อหนึ่งว่า “เมื่อมีสิ่งนี้ สิ่งนี้จึงเกิด” เป็นเหตุปัจจัยต่อเนื่องกัน เช่น รูปแบบเหมาจ่าย Contract model มีความเป็นไปได้ เนื่องจากประเทศไทย ได้ขยายระบบบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางจนครอบคลุมทุกพื้นที่ แม้แต่ใน ชนบทที่ห่างไกล โดยการจัดตั้งสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งทั้งหมดนี้มีบุคลากรสาธารณสุขปริญญาให้บริการที่มี คุณภาพ ส่วนในเขตเมืองก็มีสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนให้เลือก (Choice)

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีศักยภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอทางเลือกต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นในขั้นตอนการกำหนดนโยบายสุขภาพที่สมเหตุสมผล (Rational policy formulation) เช่น ศักยภาพการคำนวณวิเคราะห์ด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการตรวจทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และต้นทุนต่อหน่วยของ การบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ซึ่งได้สะสมความรู้ ตัวเลข ข้อมูล ประสบการณ์ รวมทั้งการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ต้นทุนได้อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้การออก บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนถึง 46 ล้านคน และการจัดทำฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิ (Beneficiaries) แล้วเสร็จ เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งได้ สะสมประสบการณ์จากโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นโครงการประกัน สุขภาพแบบสมัครใจ และโครงการ สปร.

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ความต่อเนื่องการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งและ บทบาทของระบบบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าตัดสินใจใช้เครือข่ายสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิเป็นคู่สัญญาหลัก แตกต่างจากระบบ ประกันสังคมซึ่งใช้สถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นระดับตติยภูมิเป็นคู่สัญญา การตัดสินใจดังกล่าว ส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยซึ่งมีความครอบคลุม (Coverage) ต่อเนื่อง (Continuity) และบูรณาการ (Integration) มีความเข้มแข็งมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2556, หน้า 13-26)

#### 4. ปัจจัยท้าทายในอนาคตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประสบความสำเร็จในการนำนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติได้ในระยะเริ่มแรก โดยสามารถรักษาปรัชญาในการสร้างระบบสุขภาพที่มี

ประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความเป็นธรรมในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัจจัยสำคัญที่ทำทลายอนาคตของโครงการ ดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 35-42)

#### 4.1 จุดอ่อนของระบบเหมาจ่าย

ถึงแม้ประสิทธิภาพและความสมเหตุสมผลของการใช้ทรัพยากรเป็นจุดแข็งของรูปแบบ Capitation contract model ดังกล่าวข้างต้น แต่ก็มิใช่ว่าระบบเหมาจ่ายจะไม่มีจุดอ่อนแต่อย่างใด จุดอ่อนสำคัญ คือ การให้บริการที่ขาดคุณภาพเพื่อแสวงหาผลกำไร (Cost quality trade-off) หรือการปฏิเสธการให้บริการที่พึงประสงค์ให้แก่ผู้ป่วย ผู้วิเคราะห์ที่มีสมมติฐานซึ่งต้องการพิสูจน์ในอนาคตว่า ผู้รับสัญญา (Contractor) สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระดับอำเภอ (District health system) อันประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยเป็นผู้ให้บริการประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสถานพยาบาลเหล่านี้เป็นผู้ให้บริการที่ไม่ “ค้ากำไร” แตกต่างจากสถานพยาบาลเอกชนซึ่งมุ่งกำไรสูงสุดและต้องอยู่รอดได้ในธุรกิจที่แข่งขัน ดังนั้น สถานพยาบาลภาครัฐเหล่านี้ จึงมีแนวโน้มน้อยกว่าในการมีพฤติกรรมเพื่อมุ่งกำไร โดยจำกัดการให้บริการ จำกัดการให้ยา ปฏิเสธการรักษา ตรงข้ามกับระบบประกันสังคม ซึ่งสถานพยาบาลครึ่งหนึ่งเป็นภาคเอกชน อาจจะมีพฤติกรรมเหล่านี้มากกว่า

มาตรการป้องกันเหตุการณ์เหล่านี้ ได้แก่ การกำหนดอัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสมกับต้นทุนและอัตราการใช้บริการ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสม สำนักงานงบประมาณจะต้องใช้ข้อเท็จจริงมากขึ้นในการตัดสินใจ เพื่อการจัดสรรงบประมาณประจำปี หากการจัดสรรงบประมาณต่ำกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่เหมาะสม คุณภาพบริการจะถดถอยตามลำดับ อัตราการใช้สิทธิจะต่ำลง คุณภาพการบริการชั้นสองการข้ามขั้นตอนบริการมีมากขึ้น คราวเรือนจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น

มาตรการอื่น ๆ ได้แก่ กลไกการร้องทุกข์ของผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า กลไกการจัดการเมื่อพฤติกรรมบริการที่ไม่ถูกต้อง การเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิเลือกหรือเปลี่ยนสถานบริการคู่สัญญาได้ และกลไกการรับรองคุณภาพ (Accreditation) สถานพยาบาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 35-42)

#### 4.2 ความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ (Constructive engagement)

การเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาล (Free choice) นั้นมีความเป็นไปได้สูงเฉพาะในเขตเมือง ส่วนในเขตชนบท ด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ในระดับอำเภอ สถานพยาบาลระดับอำเภอเป็นผู้บริการรายเดียว หรือน้อยรายในอำเภอนั้น ๆ (Geographical monopoly or oilgopoly) ไม่มีทางเลือกบริการภาคเอกชนในระดับอำเภอที่มีคุณภาพ และสามารถจัดบริการทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วย

ใน บริการส่งเสริมคุณภาพและป้องกัน โรคครบวงจรมากนัก ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สภาและสมาคมวิชาชีพจะต้องคิดค้นมาตรการเพื่อพัฒนาศักยภาพ และศูนย์บริการของสถานพยาบาลระดับอำเภอ ให้สามารถให้บริการที่มีคุณภาพทั้งด้านการแพทย์ และอื่น ๆ (Clinical and non-clinical quality of care) เป็นบริการที่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ของ ประชาชนในท้องถิ่นนั้นตลอดไป การกระตุ้นเพื่อให้เกิดการแข่งขันระหว่างบริการภาครัฐและ เอกชนในระดับอำเภอ (Competitive engagement) ไม่น่าจะเป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่มี ประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากต้องลงทุนในระบบสุขภาพเอกชนมากด้วยข้อจำกัดของ Geographical monopoly ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นจะต้องพัฒนารูปแบบและระบบการดำเนินการ ที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ (Constructive engagement) ระหว่างผู้ซื้อ บริการคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบบริการระดับอำเภอของกระทรวง สาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 35-42)

#### 4.3 การคลังระยะยาว

แหล่งการคลังตาม มาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 นั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อาศัยงบประมาณประจำปีทั้งหมดมาโดยตลอด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา งบประมาณประจำปีเป็นกระบวนการทางการเมือง ซึ่งอาจจะ ไม่มีหลักประกันว่า จะได้รับงบประมาณตามข้อเท็จจริงทางวิชาการ ซึ่งสะท้อนอัตราการให้บริการ ของผู้มีสิทธิ และต้นทุนการให้บริการ ในอนาคต 5 ปีข้างหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ จะต้องวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี เงินทุนมาจากหลายแหล่งเงิน (Diversified sources) เพื่อความมั่นคงในระยะยาว ให้หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเป็นของคนไทยทุกคน เป็นของหมู่บ้านคู่มือง ไม่ใช่เป็นของรัฐบาลหรือพรรค การเมืองใดพรรคหนึ่ง แต่เป็นของคนไทยทุกคน ที่จะประคับประคองให้กองทุนนี้สนองประ โยชน์ แก่ประชาชนให้มากที่สุด

การคลังระยะยาวของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรจะต้องพิจารณาความเป็นไป ได้ของการเก็บเงินสมทบ (Contribution) จากผู้มีสิทธิ 46 ล้านคน การศึกษาของ วลัยพร พัทธนฤมล (2558, หน้า 74) พบว่า มีประมาณ 16 ล้านคน ที่อยู่เหนือเส้นความยากจน มีงานทำมีรายได้ และ สามารถจ่ายเงินสมทบได้

นอกจากนั้น แม่บ้าน นักเรียน ผู้สูงอายุ และผู้ไม่มีงานทำ จากการศึกษาี้ สามารถ ระบ้อัตราการจ่ายเงินสมทบรูปแบบต่าง ๆ ตามสัดส่วนรายได้ อัตราเดียวหรือหลายอัตรา และ วงเงินงบประมาณสามารถประหยัดได้ แต่ในระดับปฏิบัติการมีความยากลำบากมากในการระบุว่า ใครต้องจ่ายเงินสมทบตามระดับรายได้ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายเพื่อจ่ายเงินสมทบ



นอกจากการเก็บเงินสมทบจะมีปัญหาในการปฏิบัติแล้ว ยังเป็นนโยบายที่มีความเป็นไปได้ทางการเมืองต่ำ เนื่องจากอาจต้องเผชิญกับความคิดเห็นของประชาชนบางส่วนที่ต้องจ่ายเงินสมทบ ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแหล่งการคลังสุขภาพเพิ่มเติมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควบมาจากภาษีทั้งทางตรงและทางอ้อมมากกว่าการเก็บเงินสมทบ โดยการพิจารณาดังกล่าวถึงจะเป็นที่ยอมรับจากสังคม ด้วยเหตุผลนี้ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะพิจารณาศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการจัดเก็บภาษีเฉพาะสินค้าบริการหรือภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 35-42)

#### 4.4 การแก้ปัญหาความไม่เหมาะสมในการกระจายทรัพยากรสุขภาพ

ด้วยเหตุปัญหการกระจายทรัพยากรสุขภาพทั้งบุคลากรสาธารณสุขและสถานพยาบาล มีความไม่เหมาะสม และไม่เป็นธรรมตั้งแต่ก่อนเริ่มนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ส่งผลให้ออกาสในการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกัน แม้ว่าภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกระทรวงสาธารณสุข จะพยายามใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา เช่น การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานจำนวนบุคลากรในหน่วยงานปฐมภูมิ การกำหนดการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลโดยรวมค่าใช้จ่ายเงินเดือนบุคลากรในระยะเริ่มต้นของโครงการ รวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการทดแทน (Capital replacement) เพื่อเพิ่มการกระจายตัวของสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสม แต่มาตรการอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านการเงินยังไม่สามารถทำให้การบริการด้านสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขมีการกระจายตัวไปสู่พื้นที่ที่มีความขาดแคลนได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น การพยายามแสวงหามาตรการทั้งด้านการเงินและมาตรการอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านการเงิน ที่จะกระตุ้นให้เกิดการแก้ไขปัญหาในการกระจายทรัพยากรสุขภาพให้มีความเป็นธรรมทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนในแต่ละภูมิภาคมีโอกาสได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพ จึงเป็นประเด็นปัญหาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเร่งดำเนินการแสวงหาคำตอบเพื่อแก้ไขปัญหาของโครงการต่อไปในอนาคต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 35-42)

#### 4.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

##### 4.2.1 การสะสมองค์ความรู้

การสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายการคลังสุขภาพของประเทศ ไทย โดยเฉพาะการศึกษาถึงจุดแข็งจุดอ่อนและผลกระทบของวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล

ในรูปแบบต่าง ๆ อัน ได้แก่ การจ่ายแบบตามรายการรักษาพยาบาล (Fee for service) แบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาหลายปี หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผลกระทบด้านลบของวิธีการจ่ายเงินตามรายการรักษาพยาบาลในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการใช้ยาและการตรวจวินิจฉัยอย่างฟุ่มเฟือย ขาดประสิทธิภาพ มีการเบิกเท็จ ในขณะที่โครงการประกันสังคม ซึ่งจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นหลัก สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายสามารถควบคุมค่ารักษาพยาบาลได้ดีมาตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยที่คุณภาพบริการสุขภาพในระบบประกันสังคมอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ นอกจากนี้ประสบการณ์สุขภาพเอกชนภาคสมัครใจ ซึ่งใช้ระบบการจ่ายตามรายการรักษาพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารบริษัทประกันภัยพบว่า มีรายจ่ายและอัตราส่วนสูญเสีย (Loss ratio) เพิ่มขึ้นรวดเร็ว บางโรงพยาบาลมีการคิดค่ารักษาพยาบาลเกินจริง (Overcharge)

การศึกษาประสบการณ์ต่างประเทศ เช่น ระบบประกันสังคมของเกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ซึ่งใช้ระบบการจ่ายเงินตามการรักษาพยาบาล (Fee-for-service) ต่างประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถควบคุมได้ มีการใช้ทรัพยากรอย่างขาดเหตุผล โดยผู้ป่วยในเกาหลีใต้ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลถึงร้อยละ 50 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ประสบการณ์ของ Philippines health insurance corporation ซึ่งใช้ระบบการจ่ายเงินตามรายการรักษาพยาบาล พบว่า มีการใช้ทรัพยากรอย่างขาดเหตุผลเช่นเดียวกัน มีการผ่าตัดคลอดบุตรสูงมาก เนื่องจากระบบประกันสังคมให้เบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับการผ่าตัดคลอดบุตรได้มากกว่าคลอดบุตรปกติ จึงจูงใจแพทย์ให้ผ่าตัดคลอดมากกว่าคลอดธรรมชาติ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย จึงมีความพยายามที่จะใช้รูปแบบการคลังสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินที่สนับสนุนให้เกิดความเป็นธรรมและควมมีประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นของระบบสุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 44)

#### 4.2.2 การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์

การเลือกวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว และตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้กับสถานพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นอีกครั้งหนึ่งที่ระบบสุขภาพไทยตัดสินใจเชิงนโยบายบนพื้นฐานขององค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based policy decision) ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของรูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่กล่าวข้างต้น ซึ่งให้เห็นว่า การจ่ายแบบตามรายการรักษาพยาบาล ไม่น่าจะมีความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ในขณะที่ระบบเหมาจ่ายรายหัวและการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยกำหนดเพดานงบประมาณ (Global budget) กรณีผู้ป่วยใน น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในด้าน

ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวม มีความสมเหตุสมผลของการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด และมีความเป็นไปได้ เนื่องจากประกันสังคมและการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ใช้วิธีจ่ายเงินทั้งสองรูปแบบนี้มาเป็นเวลานานจนเป็นที่ยอมรับพอสมควรจากผู้ประกันตน และจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตาม มีแรงเสียดทานอยู่มากจากผู้บริหารสถานพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์และสมาคมโรงพยาบาลเอกชนบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับวิธีเหมาจ่ายในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556, หน้า 45)

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งศึกษาในมุมมองของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ งานวิจัยของ ถนอม คะตะวงค์ (2552) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเสริมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรของการวิจัยประกอบด้วย นายกององค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ขนาดตัวอย่างมีจำนวน 609 คน ตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วยตัวแปรอิสระคือ ลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลมี 5 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย
2. ปัจจัยด้านทรัพยากรองค์กร
3. ปัจจัยด้านสมรรถนะของหน่วยงานที่ปฏิบัติ
4. ปัจจัยด้านการได้รับความร่วมมือจากประชาชน
5. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนผู้รับบริการ ส่วนตัวแปรตามคือผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test F-test Pearson's correlation และ Multiple regression ผลการวิจัยสรุปได้ 6 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. ผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีผลการดำเนินการมากที่สุดคือ หน่วยงานมีผลการดำเนินงานการเยี่ยมกลุ่มผู้ด้อยโอกาส รองลงมาคือ หน่วยงานมีผลการดำเนินงานการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายตามพื้นที่ และหน่วยงานมีผลการดำเนินงานการตรวจสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสมรรถนะของหน่วยงานที่ปฏิบัติ และปัจจัยด้านการได้รับความร่วมมือจากประชาชน
3. ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความชัดเจนของนโยบาย ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง ด้านทรัพยากรองค์กร ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง รายได้ และขนาดขององค์การบริหารที่สังกัด ด้านสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง รายได้ และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง ด้านการได้รับความร่วมมือจากประชาชน พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง รายได้ และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง ด้านสภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้รับบริการ พบว่า สถานภาพสมรส และตำแหน่ง
5. ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีจำนวน 5 ตัวแปร คือ ความชัดเจนของนโยบาย ( $X_1$ ) ( $r = 0.260$ ) ทรัพยากรองค์กร ( $X_2$ ) ( $r = 0.159$ ) สมรรถนะของหน่วยงานที่ปฏิบัติ ( $X_3$ ) ( $r = 0.416$ ) การได้รับความร่วมมือจากประชาชน ( $X_4$ ) ( $r = 0.548$ ) และสภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้รับบริการ ( $X_5$ ) ( $r = 0.536$ )
6. ปัจจัยที่มีน้ำหนักในการอธิบายผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยพิจารณาจากค่า  $\beta$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เรียงลำดับความสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านการได้รับความร่วมมือจากประชาชน ( $X_4$ ) 2) ด้านสภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้รับบริการ ( $X_5$ ) 3) ด้านทรัพยากรองค์กร ( $X_2$ ) 4) ด้านสมรรถนะของหน่วยงานที่ปฏิบัติ ( $X_3$ ) สามารถร่วมกันอธิบาย ผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไป

ปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล ได้ร้อยละ 38.7 ( $R^2 = 0.387$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.622

งานวิจัยของ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (2554) ศึกษาเรื่อง นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรียนรู้โดยการปฏิบัติจากการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่เริ่มต้นจนนำไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยนำกรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี เพื่อสร้างความเข้าใจตลอดกระบวนการ

ผลการศึกษา พบว่า มีคุณลักษณะบางเรื่องก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ความเร่งรีบ นโยบายมีความซับซ้อน และไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด รวมทั้งการสื่อสารจากส่วนกลางเป็นการสื่อสารทางเดียว แต่รัฐบาลมีการดำเนินกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในอันที่จะแก้ไขปัญหาก็อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน เช่น การเรียนรู้แล้วรีบปรับการตัดสินใจในขณะทำงานต่าง ๆ การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีความยืดหยุ่นสูง นอกจากนี้ยังจัดระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ ซึ่งจะช่วยลดแรงกดดันของผู้ที่ไม่พึงพอใจ และยังสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการได้อีกด้วย ปัจจัยหลักในความสำเร็จของการดำเนินนโยบาย คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ที่แสดงอย่างชัดเจนของผู้นำทางการเมือง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็งของปลัดกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการอย่างมีทักษะและเต็ม ไปด้วยความยืดหยุ่น ผลักดันและตอบโต้กับแรงต่อต้านที่เกิดจากการไม่เห็นด้วยของข้าราชการ และบุคคลทางการแพทย์บางกลุ่ม ซึ่งเป็นผลมาจากผลกระทบด้านงบประมาณ

งานวิจัยของ วิชชุดา สาธิตพร (2557) ศึกษาเรื่อง นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: พัฒนาการแนวโน้มน และการสำรวจมาตรฐานด้านสุขภาพของไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทิศทางของนโยบายภายหลังจากการเข้ามาบริหารงานของรัฐบาล ร่วมกับการประเมินเกี่ยวกับมาตรฐานด้านสุขภาพในปัจจุบันของประเทศ ไทย อาศัยข้อมูลจากรายงานการพัฒนามนุษย์ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

ผลการศึกษา พบว่า ประเทศไทยมีการพัฒนาเรื่องระบบการประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน ส่งผลให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางกว่าในอดีต อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมา ยังไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าคนไทยจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากคนไทยยังมีความเสี่ยงต่อการติดต่โรคภัยแรงอยู่ ดังนั้น นอกจากการพยายามจัดสรรทรัพยากรและจัดบริการด้านการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและทั่วถึงแล้ว รัฐบาลยังต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพแก่ประชาชนด้วย

งานวิจัยของ วลีรัตน์ ใจสูงเนิน (2551) ศึกษาเรื่อง การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การรับรู้สิทธิ หน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบและเข้าใจได้ถูกต้องตามข้อกำหนดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อกล่าวถึงรายละเอียดของสิทธิหน้าที่ บางประการ พบว่า ประชาชนบางส่วนยังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าสามารถทำได้หรือไม่ แสดงว่าการประชาสัมพันธ์ สิทธิหน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอ และจากการหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ, อายุ, ระดับการศึกษาสูงสุด, อาชีพหลัก, รายได้ส่วนตัว และเขตที่พักอาศัยในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สิทธิประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยของ ดนุพัฒน์ ภัทชาดา (2555) ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระดับความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม และเพื่อศึกษาแนวทางและหาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ประชากรในการศึกษา ประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น 379 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มารับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 41-50 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท และมีจำนวนครั้งที่มารับบริการ 1-5 ครั้งต่อปี ส่วนระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอุปกรณ์อาคารและสถานที่ รองลงมาคือ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ และด้านขีดความสามารถในการให้บริการ ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีระดับความคิดเห็นต่อการให้บริการที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการจัดการ

งานวิจัยของ ไพโรจน์ อุทรส (2552) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตำบลยางน้อย จำนวน 40 คน ได้มาด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ แผนปฏิบัติการ พัฒนาการดำเนินงานกองทุนแบบมีส่วนร่วม แบบสอบถาม และแบบบันทึกกิจกรรมตาม แผนปฏิบัติการ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารและอนุกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น ได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีส่วนร่วม ในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนตาม แผนปฏิบัติการ ทำให้ระดับการพัฒนาดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น โดยรวมและรายค่ายุทธศาสตร์อยู่ในระดับสูง กระบวนการดำเนินงานเกี่ยวกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < .001$ )

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ความรู้และความเข้าใจ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติหน้าที่ตาม บทบาทความรับผิดชอบ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชนแสดงออกถึง ความสามารถและความต้องการอย่างแท้จริง และการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา ปัญหาและอุปสรรค คือ คณะกรรมการบริหารและอนุกรรมการกองทุน บางคน ไม่ปฏิบัติตามตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ การประชาสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย ประชาชน บางส่วนยังขาดการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน และงบประมาณ ในการดำเนินงานน้อย

งานวิจัยของ ชญานี ประกอบชาติ และเสนาะ กลิ่นงาม (2559) ศึกษาเรื่อง การนำ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความสำเร็จของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติ 2) เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ 3) เพื่อหา แนวทางและข้อเสนอแนะในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามโดยการสุ่มประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลหัวหิน ได้กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 396 คน เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความสำเร็จในการนำนโยบายด้านการประกันสุขภาพไปปฏิบัติ ทั้ง 3 ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายด้านการประกันสุขภาพไปปฏิบัติ ได้แก่ ด้านสถานที่ (X4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (X5) ด้านงบประมาณ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ (X3) และด้านบุคลากร (X2) ที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จของการนำนโยบาย คิดเป็นร้อยละ 76.10 ( $R^2 = .761$ ) ดังสมการ  $tot = .431 + .252 (X4) + .232 (X5) + .218 (X3) + .193 (X2)$  3) แนวทางในการนำนโยบายด้านการประกันสุขภาพไปปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการประกันสุขภาพควรมีความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับสุขภาพเป็นอย่างดีควรได้รับการฝึกทักษะในการปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนสร้างทัศนคติที่ดีให้แก่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติและควรมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนให้ นโยบายสามารถดำเนินไปได้จนบรรลุเป้าหมายของการประกันสุขภาพ

งานวิจัยของ พจน์ อร่ามวัฒนานนท์, บุญทัน ดอกไธสง, สุดใจ ทูลพานิชย์กิจ และปิยะวรรณ เลิศพานิช (2554) ศึกษาเรื่องสัมฤทธิ์ผลของการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2554 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสัมฤทธิ์ผลของการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2554 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสัมฤทธิ์ผลของการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติ รวมทั้งเสนอแนะให้มีการปรับปรุงปัจจัยที่มีผลต่อสัมฤทธิ์ผลของการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิจัยแบบผสม ที่มีทั้งวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ โดยที่การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารระดับต่าง ๆ จำนวน 25 คน และการวิจัยเชิงปริมาณ ในการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มผู้รับบริการตามสถานพยาบาลต่าง ๆ ในทุกภาคของประเทศ ทั้งในสถานพยาบาลประจำจังหวัดและอำเภอ รวมจำนวน 300 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ 100 คน

ผลการวิจัย พบว่า 1) การนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2554 ทั้งกลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง และเห็นว่า การดำเนินงานตามโครงการเกิดสัมฤทธิ์ผลแล้ว ระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่มีผลต่อสัมฤทธิ์ผลของการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลของการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติในระยะต่อไป ประการแรก โดยการกำหนดให้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นวาระแห่งชาติ และดำเนินการ ต่อเนื่องทุกรัฐบาลและประชาชนทุกกลุ่มหรือส่วนใหญ่ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้รับ ประโยชน์ตามโครงการ รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของประชาชน จะส่งผลต่อ สัมฤทธิ์ผล ด้านการเมือง ประการที่สอง การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ และลดภาระ



ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนจะส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลด้านเศรษฐกิจ ประการที่สาม การทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ง่าย และประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ จะส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลด้านสังคม ประการที่สี่ การกำหนดให้ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีมาตรฐานการให้บริการที่เท่าเทียมกับหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ และมีบริการทุกสถานพยาบาล รวมทั้งมีงบประมาณและบุคลากรทางการแพทย์ เพียงพอ จะส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลด้านการบริหาร โครงการ ประการที่ห้า การให้ประชาชนสามารถตรวจสอบค่าใช้จ่ายตามโครงการได้เพื่อให้เกิดการใช้จ่ายงบประมาณอย่างคุ้มค่า จะส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลด้านความโปร่งใส ประการที่หก การให้บริการตามโครงการที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายทำให้มีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย จะส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลด้านชุมชนเข้มแข็ง ประการที่เจ็ด การที่จะทำให้อัตราสัมฤทธิ์ผล ด้านความพึงพอใจ จะต้องได้รับความพึงพอใจจากกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ให้บริการ และประการสุดท้ายการส่งต่อผู้ป่วยสะดวก รวดเร็ว และการเข้ารับบริการ ได้ทุกสถานพยาบาล จะส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลด้านการประสานงาน ซึ่งข้อเสนอแนะนี้ จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานตามโครงการนโยบายประชานิยม กรณี โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในระยะต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยของ อติญาณ์ ศรีเกษตริน (2558) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 15 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 15 เปรียบเทียบการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยการ ปฐมภูมิ จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การอบรม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในงาน นอกจากนี้ยังศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ชุมพร และระนอง จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

ผลการศึกษา พบว่า 1) การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับดี 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ฝึกอบรม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่างกัน มีการปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิไม่แตกต่างกัน ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีความพึงพอใจในงานต่างกันมีการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความพึงพอใจในงานสูง มีการปฏิบัติงานมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานปานกลางและต่ำ 3) พบปัญหาและอุปสรรคในด้านทักษะการให้บริการด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ด้านการบริหารจัดการด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานและด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานและค่าตอบแทน

ตารางที่ 2-2 ตั้งเคราะห์เพื่อสรุปบททวนวรรณกรรม

ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ ในการวิจัย	วิธีการ ดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างและ วิธีการสุ่ม	เครื่องมือที่ใช้ สำหรับการวิจัย	ผลการศึกษาที่ได้
1. ถนอม คตะวงค์ เรื่อง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับ การนำนโยบาย หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติของ องค์การบริหาร ส่วนตำบล จังหวัด อุบลราชธานี	เพื่อศึกษา การนำนโยบาย หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ขององค์การบริหาร ส่วนตำบล จังหวัด อุบลราชธานี	การวิจัยเชิง ปริมาณเสริม ด้วยการวิจัย เชิงคุณภาพ	นายกองค์การบริหาร ส่วนตำบล ปลัด องค์การบริหาร ส่วนตำบลประธาน สภาองค์การบริหาร ส่วนตำบล และ สมาชิกสภาองค์การ บริหารส่วนตำบล ในเขตจังหวัด อุบลราชธานี ขนาดตัวอย่างมี จำนวน 609 คน	แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน t-test F-test Pearson's correlation และ Multiple regression	ผลการนำนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของ องค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับ มาก ข้อที่มีผลการดำเนินการมากที่สุด คือ หน่วยงานมีผลการดำเนินงาน การเชื่อมกลุ่มผู้ด้อยโอกาส รองลงมา คือ หน่วยงานมีผลการดำเนินงาน การเชื่อมกลุ่มเป้าหมายตามพื้นที่ และ หน่วยงานมีผลการดำเนินงาน การตรวจสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ ในการวิจัย	วิธีการ ดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างและ วิธีการสุ่ม	เครื่องมือที่ใช้ สำหรับการวิจัย	ผลการศึกษาที่ได้
2. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ เรื่อง นโยบาย หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า: เรียนรู้โดยการ ปฏิบัติจากการนำ นโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าสู่ การปฏิบัติ	วิเคราะห์กระบวนการ น่านโยบายการสร้าง หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่เริ่มต้นจนนำไปสู่ การปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยนำกรณีศึกษา จังหวัดสระบุรีเพื่อ สร้างความเข้าใจตลอด กระบวนการ	การวิจัยเชิง คุณภาพ วิธีการ วิเคราะห์ปัญหา ในการปฏิบัติ	บุคลากรผู้ให้บริการ สาธารณสุขใน จังหวัดสระบุรี	การวิเคราะห์ข้อมูลจากตัว นโยบายสู่การปฏิบัติ	มีคุณลักษณะบางเรื่องก่อให้เกิด อุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ความเร่งรีบ นโยบายมีความซับซ้อน และไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด รวมทั้งการสื่อสารจากส่วนกลาง เป็นการสื่อสารทางเดียว
3. วิชชุดา สาธิตพร เรื่อง นโยบาย หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า:	ศึกษาพัฒนาการ ของนโยบาย หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ทิศทางของ	การวิจัยเชิง คุณภาพ วิธีการวิเคราะห์ การดำเนินงาน	รายงานการพัฒนา มนุษย์ของโครงการ พัฒนาแห่ง สหประชาชาติ	การวิเคราะห์ข้อมูลจาก รายงานการพัฒนามนุษย์ ของโครงการพัฒนา แห่งสหประชาชาติ	ประเทศไทยมีการพัฒนาเรื่องระบบ การประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่าย ด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ ในการวิจัย	วิธีการ ดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างและ วิธีการสุ่ม	เครื่องมือที่ใช้ สำหรับการวิจัย	ผลการศึกษาที่ได้
พัฒนา การแนวโน้ม และ การสำรวจ มาตรฐาน ด้านสุขภาพของไทย	นโยบายภายหลังจาก การเข้ามาบริหารงาน ของรัฐบาลร่วมกับ การประเมินเกี่ยวกับ มาตรฐานด้าน สุขภาพในปัจจุบัน ของประเทศไทย	ของรัฐบาล			เมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน ส่งผลให้ประชาชนชาวไทยสามารถ เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง กว่าในอดีต
4. วลีรัตน์ ใจสูงเนิน เรื่อง การรับรู้และ การใช้บริการ หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าของ ประชาชน: กรณีศึกษา อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ	ศึกษา การรับรู้สิทธิ หน้าที่ และ การประชาสัมพันธ์ ตามสิทธิ หลักประกัน สุขภาพ ถ้วนหน้า	การวิจัยเชิง ปริมาณด้วย วิธีการ สำรวจ โดยใช้สถิติ	ประชาชน ผู้รับบริการสุขภาพ ในอำเภอพระสมุทร เจดีย์ จังหวัด สมุทรปราการ	แบบสอบถามปรับมาจาก Leader Behavior Description Questionnaire (LBDQ) ของ Hemphill และ Coons	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบและ เข้าใจได้ถูกต้องตามข้อกำหนด โครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า แต่ยังไม่ทราบในสิทธิ บางประการที่รัฐบาลเพิ่มเติมภายหลัง

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ ในการวิจัย	วิธีการ ดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างและ วิธีการสุ่ม	เครื่องมือที่ใช้ สำหรับการวิจัย	ผลการศึกษาที่ได้
5. ดนูพัฒน์ ภักชดา เรื่อง ความคิดเห็นของ ผู้รับบริการที่มีต่อ โครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลชุมชน ห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม	ศึกษาถึงระดับความ คิดเห็นของประชาชน เกี่ยวกับการดำเนิน โครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าของ โรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐมและ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้บริการ	การวิจัยเชิง ปริมาณด้วย วิธีการสำรวจ โดยใช้สถิติ	ประชาชนภายใต้ โครงการ หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า โรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น จำนวน 379 คน	แบบสอบถามปรับมาจาก Leader Behavior Description Questionnaire (LBDQ) ของ Hemphill และ Coons	ความคิดเห็นของประชาชนต่อ การให้บริการภายใต้โครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ โรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ด้านที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุด คือ ด้านอุปกรณ์อาคารและ สถานที่ รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ผู้ให้บริการ และด้านขีดความสามารถ ในการให้บริการ ตามลำดับ ส่วนด้าน ที่มีระดับความคิดเห็นต่อ การให้บริการที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการจัดการ
6. ไพโรจน์ อูทรส เรื่อง การพัฒนา รูปแบบ	ศึกษาการพัฒนา รูปแบบ การดำเนินงานกองทุน	การวิจัยเชิง ปริมาณด้วย วิธีการ	ผู้ให้บริการสุขภาพ ในตำบลยางน้อย อำเภอโกสุมพิสัย	แผนปฏิบัติการพัฒนาการ ดำเนินงานกองทุนแบบมี ส่วนร่วม	คณะกรรมการบริหารและ อนุกรรมการ กองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับ

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ ในการวิจัย	วิธีการ ดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างและ วิธีการสุ่ม	เครื่องมือที่ใช้ สำหรับการวิจัย	ผลการศึกษาที่ได้
การดำเนินงาน กองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับ ท้องถิ่น อำเภอ โกสุมพิสัย จังหวัด มหาสารคาม	หลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น ตำบลยางน้อย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม	สำรวจ โดยใช้สถิติ	จังหวัดมหาสารคาม	แบบสอบถาม และแบบ บันทึกกิจกรรมตามแผน ปฏิบัติการ	ท้องถิ่น ได้รับการพัฒนาศักยภาพและ มีส่วนร่วมในการพัฒนาการ ดำเนินงานกองทุนตามแผนปฏิบัติการ ทำให้ระดับการพัฒนาคืบขึ้น
7. ชญานี ประกอบชาติ และ เสนาะ กลิ่นงาม เรื่อง การนำ นโยบาย หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าไป ปฏิบัติ ขอ โรงพยาบาลหัวหิน	ศึกษา 1. ความสำเร็จของ การนำนโยบาย หลักประกันสุขภาพ ไปปฏิบัติ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ ส่งผลสำเร็จของการนำ นโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าไป ปฏิบัติ	การวิจัยเชิง ปริมาณด้วย วิธีการสำรวจ โดยใช้สถิติ	ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วม โครงการ หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาล หัวหิน	แบบสอบถามปรับ มาจาก Leader Behavior Description Questionnaire (LBDQ) ของ Hemphill และ Coons	ความสำเร็จในการนำนโยบายด้าน การประกันสุขภาพไปปฏิบัติทั้ง 3 ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ ในการวิจัย	วิธีการ ดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างและ วิธีการสุ่ม	เครื่องมือที่ใช้ สำหรับการวิจัย	ผลการศึกษาที่ได้
จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	3. เพื่อหาแนวทาง และข้อเสนอแนะ ในการนำนโยบาย หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ				
8. พงษ์ อร่ามวัฒนานนท์ เรื่องสัมฤทธิ์ผลของ การนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุก โรคไปปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ. 2545- 2554	ศึกษาสัมฤทธิ์ผลของ การนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2554 และ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ สัมฤทธิ์ผลของการนำ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ไปปฏิบัติ	การวิจัยแบบ ผสม ที่มีทั้งวิจัย เชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิง ปริมาณ โดยที่ การวิจัยเชิง คุณภาพใช้ การสัมภาษณ์ เชิงลึก	ผู้บริหารระดับต่าง ๆ จำนวน 25 คน และ กลุ่มผู้รับบริการตาม สถานพยาบาลต่าง ๆ ในทุกภาคของ ประเทศ ทั้งในสถาน พยาบาลประจำ จังหวัด และอำเภอ รวมจำนวน 300 คน และกลุ่ม ผู้ให้บริการ 100 คน	แบบสอบถามปรับมา จาก Leader Behavior Description Questionnaire (LBDQ) ของ Hemphill และCoons	การนำ นโยบาย 30 บาท รักษาทุก โรค ไปปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ. 2544- 2554 ทั้งกลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่ม ผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจระดับ ปานกลาง และเห็นว่าการดำเนินงาน ตามโครงการเกิดสัมฤทธิ์ผลแล้ว

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ ในการวิจัย	วิธีการ ดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างและ วิธีการสุ่ม	เครื่องมือที่ใช้ สำหรับการวิจัย	ผลการศึกษาที่ได้
9. อติญาณ์ ศรเกษตริณ เรื่องการปฏิบัติงาน ของพยาบาล วิชาชีพในหน่วย บริการปฐมภูมิ ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 15	ศึกษาการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ในพื้นที่ สาธารณสุขเขต 15 เปรียบเทียบการ ปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยการ ปฐมภูมิ	การวิจัยเชิง ปริมาณด้วย วิธีการสำรวจ โดยใช้สถิติ	พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการปฐม ภูมิ ในพื้นที่ สาธารณสุข เขต 15 จำนวน 130 คน	แบบสอบถามปรับมาจาก Leader Behavior Description Questionnaire (LBDQ) ของ Hemphill และ Coons	การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยการบริการปฐมภูมิอยู่ใน ระดับดี พยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ฝึกอบรม และมี แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยใช้วิธีเชิงปริมาณ (Quantitative research) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี เพื่อสร้างเครื่องมือในการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บข้อมูลจากบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุข ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์และตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติ One-way ANOVA โดยกำหนดขนาดค่าอิทธิพล ดังนี้  $Effect\ size = 0.25$ ,  $Alpha = .05$ ,  $Power = .08$  โดยกำหนดให้มีจำนวนกลุ่มในการจำแนกเท่ากับ 5 กลุ่ม ด้วยตัวแปรสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.2 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 200 ตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยเลือกสุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด 7 แห่ง และเก็บข้อมูลจากทุกคนที่ปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จนได้จำนวนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยอาศัยแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลองค์กรของผู้ตอบแบบสอบถามของบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุข ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ อายุราชการ อายุการทำงาน การศึกษาสูงสุด สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สังกัดโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำแหน่งงาน งานที่รับผิดชอบ จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี คือ ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่ ด้านวัสดุอุปกรณ์) จำนวน 36 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับปัญหาและอุปสรรค	คะแนน
ปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด	5
ปัญหาและอุปสรรคมาก	4
ปัญหาและอุปสรรคปานกลาง	3
ปัญหาและอุปสรรคน้อย	2
ปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด	1

## การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี
2. สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาแต่ละด้านเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งจะสอบถามความคิดเห็นในแต่ละด้าน โดยใช้  
วัดความคิดเห็น ที่เกิดขึ้นเป็นตัวเลข 1-5 รวม 5 ระดับ

### วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้หาคุณภาพของแบบสอบถามโดยการหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ

1. ความเที่ยงตรง (Validity) การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามฉบับนี้  
ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมามีดำเนินการ ดังนี้

1.1 เสนอแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาได้ตรวจสอบความถูกต้อง

1.2 เสนอแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบ

ความชัดเจนเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหา ตลอดจนความชัดเจนและความเหมาะสม  
ในการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

1.3 นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและ  
นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขเป็นขั้นตอนสุดท้าย

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขและปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว  
ไปทดสอบ (Try out) กับบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุข ตำบลหนองคันทรอง อำเภอเมือง จังหวัด  
ตราด ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ จำนวน 30 ชุด โดยการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร  
สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach's alpha โดยใช้โปรแกรมสำหรับการวิจัยทดสอบเพื่อหาค่า  
ความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแต่ละ  
ด้านปัจจัยซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านโครงสร้าง	เท่ากับ .936
ด้านบุคลากร	เท่ากับ .936
ด้านงบประมาณ	เท่ากับ .936
ด้านสถานที่	เท่ากับ .936
ด้านวัสดุอุปกรณ์	เท่ากับ .936

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม  
แก่บุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี โดยขอความร่วมมือบุคลากรกรอกแบบสอบถาม โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือน และผู้วิจัยดำเนินการขอคืนแบบสอบถามด้วยตนเอง

2. เมื่อนำแบบสอบถามที่ได้รับคืน จำนวน 200 ฉบับ มาตรวจความสมบูรณ์และกำหนดให้คะแนนตามน้ำหนักของแต่ละข้อเพื่อนำไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูลและตอบวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. หาค่าความถี่ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลองค์กรของบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุข ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ได้แก่ เพศ อายุ อายุราชการ อายุการทำงาน การศึกษาสูงสุด สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำแหน่งงาน งานที่รับผิดชอบ จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ

2. หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัญหาและอุปสรรคในการนํานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่ และด้านวัสดุอุปกรณ์

3. การทดสอบสมมติฐาน การเปรียบเทียบตัวแปรสองกลุ่มใช้สถิติ Independent sample t-test และการเปรียบเทียบตัวแปรมากกว่าสองกลุ่มใช้สถิติ One-way ANOVA ค่า Welch Brown-Forsythe และทดสอบรายคู่ด้วยค่า Scheffe และค่า Dunnett T3

เกณฑ์การแปลผล

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

นำข้อมูลค่าเฉลี่ยจากการวิเคราะห์รายด้านและรายข้อมาแปลความหมาย จัดลำดับโดยใช้เกณฑ์ (บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว, 2535, หน้า 163) ดังนี้

- |           |         |  |
|-----------|---------|--|
| 4.21-5.00 | หมายถึง | มีปัญหาและอุปสรรคในการนํานโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด |
| 3.41-4.20 | หมายถึง | มีปัญหาและอุปสรรคในการนํานโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก       |
| 2.61-3.40 | หมายถึง | มีปัญหาและอุปสรรคในการนํานโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง   |

- 1.81-2.60 หมายถึง มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับ  
น้อย
- 1.00-1.80 หมายถึง มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับ  
น้อยที่สุด

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษา ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เก็บได้ จำนวน 200 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง ในด้าน โครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่ และด้านวัสดุอุปกรณ์

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	24	12.00
หญิง	176	88.00
2. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	2	1.00
21-30 ปี	43	22.50
31-40 ปี	70	35.00
41-50 ปี	56	25.00
50 ปีขึ้นไป	29	16.50

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3. อายุราชการ		
ไม่มีอายุราชการ	39	19.50
1-9 ปี	44	22.00
10-19 ปี	62	31.00
20-29 ปี	50	25.00
30-39 ปี	5	2.50
4. อายุการทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
ทำงานไม่ถึง 1 ปี	1	0.50
1-10 ปี	121	60.50
11-20 ปี	60	30.00
21-30 ปี	18	9.00
5. การศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	23	11.50
ปริญญาตรี	146	73.00
ปริญญาโท	31	15.50
6. สถานภาพ		
โสด	59	29.50
สมรส	111	55.50
หย่าร้าง	26	13.00
หม้าย	4	2.00
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 15,000 บาท	22	11.00
15,000-20,000 บาท	16	8.00
20,000-25,000 บาท	23	11.50
25,000 บาทขึ้นไป	139	69.50

จากตารางที่ 4-1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับปัญหาและอุปสรรคในการน่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยการแจกแจงจำนวนและค่าร้อยละ จำนวน 200 คน สามารถจำแนกตามตัวแปรได้ดังต่อไปนี้

1. จากข้อมูล เพศ ของกลุ่มตัวอย่างกับปัญหาและอุปสรรคในการน่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.00
2. จากข้อมูล อายุ ของกลุ่มตัวอย่างกับปัญหาและอุปสรรคในการน่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.00 ลำดับสุดท้ายคือ อายุต่ำกว่า 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.00 ตามลำดับ
3. จากข้อมูล อายุราชการกับปัญหาและอุปสรรคในการน่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุราชการอยู่ในช่วง 10-19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.00 รองลงมาคือ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00 ลำดับสุดท้ายคือ อายุราชการ 30-39 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.50 ตามลำดับ
4. จากข้อมูล อายุการทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับปัญหาและอุปสรรคในการน่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุการทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในช่วง 1-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.50 รองลงมาคือ อายุการทำงาน 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 ลำดับสุดท้ายคือ ทำงานไม่ถึง 1 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.50 ตามลำดับ
5. จากข้อมูล การศึกษาสูงสุดกับปัญหาและอุปสรรคในการน่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.00 รองลงมาคือ ระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 15.50 และลำดับสุดท้ายคือ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.50 ตามลำดับ
6. จากข้อมูล สถานภาพ ของกลุ่มตัวอย่างกับปัญหาและอุปสรรคในการน่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.50 รองลงมาคือ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 29.50 ลำดับสุดท้ายคือ สถานภาพหม้าย มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.00 ตามลำดับ
7. จากข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับปัญหาและอุปสรรคในการน่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง



มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 25,000 บาทขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.50 รองลงมาคือ รายได้ 20,000-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.50 ลำดับสุดท้ายคือ รายได้ 15,000-20,000 บาท มีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
8. สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
อำเภอบางละมุง	74	37.00
อำเภอเมืองชลบุรี	71	35.50
อำเภอศรีราชา	26	13.00
อำเภอพานทอง	14	7.00
อำเภอบ้านบึง	11	5.50
อำเภอพนัสนิคม	4	2.00
9. ตำแหน่ง		
เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข	38	19.00
พยาบาล	55	27.50
นักวิชาการสาธารณสุข	39	19.50
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	28	14.00
อื่น ๆ	40	20.00
10. งานที่รับผิดชอบ		
งานรักษาพยาบาล	156	77.50
งานสำนักงาน	42	21.50
อื่น ๆ	2	1.00
11. จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน		
4 คน	28	14.00
5 คน	64	32.00
6 คน	84	42.00
7 คน	11	5.50
มากกว่า 7 คน	13	6.50

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
12. จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่		
น้อยกว่า 100 คน	46	23.00
101-130 คน	75	37.50
131-160 คน	60	30.00
161-190 คน	6	3.00
มากกว่า 190 คนขึ้นไป	13	6.50
13. ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ		
ไม่เกิน 1,000 คน	7	3.50
1,001-3,000 คน	43	21.50
3,000-5,000 คน	14	7.00
5,001-7,000 คน	10	5.00
7,001-10,000 คน	40	20.00
มากกว่า 10,000 คนขึ้นไป	86	43.00
14. หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ		
5 หมู่บ้าน	13	6.50
6 หมู่บ้าน	12	6.00
7 หมู่บ้าน	21	10.50
8 หมู่บ้าน	91	45.50
9 หมู่บ้าน	17	8.50
10 หมู่บ้าน	32	16.00
มากกว่า 10 หมู่บ้านขึ้นไป	14	7.00
15. จำนวนครัวเรือนในพื้นที่		
ไม่เกิน 1,000 ครัวเรือน	56	28.00
1,001-3,000 ครัวเรือน	26	13.00
3,001-5,000 ครัวเรือน	41	20.50
5,001-7,000 ครัวเรือน	29	14.50
มากกว่า 7,001 ครัวเรือนขึ้นไป	48	24.00

จากตารางที่ 4-2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนองค์กรของกลุ่มตัวอย่างกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยการแจกแจงจำนวนและค่าร้อยละ จำนวน 200 คน สามารถจำแนกตามตัวแปรได้ ดังต่อไปนี้

1. จากข้อมูล สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างสังกัดอยู่ในอำเภอบางละมุงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.00 รองลงมาคือ อำเภอเมืองชลบุรี คิดเป็นร้อยละ 35.50 ลำดับ สุดท้ายคือ อำเภอพนัสนิคมมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.00 ตามลำดับ

2. จากข้อมูล ตำแหน่งกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งเป็นพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.05 รองลงมาคือ ตำแหน่งอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 20.00 ลำดับสุดท้ายคือ ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.00 ตามลำดับ

3. จากข้อมูล งานที่รับผิดชอบกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีงานที่รับผิดชอบ คือ งานรักษาพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.50 รองลงมาคืองานสำนักงาน คิดเป็นร้อยละ 21.50 และลำดับ สุดท้ายคือ งานอื่น ๆ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.00 ตามลำดับ

4. จากข้อมูล จำนวนบุคลากรในหน่วยงานกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน 6 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.00 รองลงมาคือ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 ลำดับสุดท้ายคือ 7 คน ร้อยละ 5.50 ตามลำดับ

5. จากข้อมูล จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบอยู่ในช่วง 101-130 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 และมีช่วงอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบอยู่ในช่วง 161-190 คน น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.00 ตามลำดับ

6. จากข้อมูล ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบอยู่ในช่วง 10,000 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.00 และลำดับสุดท้ายคือไม่เกิน 1,000 คน น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.50 ตามลำดับ

7. จากข้อมูล หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.50 และลำดับสุดท้ายคือ 6 หมู่บ้าน น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.00 ตามลำดับ

8. จากข้อมูล จำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 1,000 ครัวเรือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28 และลำดับสุดท้ายคือ 1,001-3,000 ครัวเรือน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.00 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ภาพรวมและรายด้าน

ตารางที่ 4-3 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ภาพรวมและรายด้าน (n = 200)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ	$\bar{X}$	SD	แปลความ
ด้านโครงสร้าง	2.41	0.73	น้อย
ด้านบุคลากร	2.34	0.64	น้อย
ด้านงบประมาณ	2.34	0.74	น้อย
ด้านสถานที่	2.09	0.68	น้อย
ด้านวัสดุอุปกรณ์	2.07	0.60	น้อย
ภาพรวม	2.26	0.68	น้อย

จากตารางที่ 4-3 พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมี ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.26$ ,  $SD = 0.68$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ในด้านโครงสร้างมากที่สุด ( $\bar{x} = 2.41$ ,  $SD = 0.73$ ) รองลงมาคือ ด้านบุคลากรและด้านงบประมาณมีจำนวนเท่ากัน รองลงมาคือ ด้านสถานที่ และลำดับสุดท้ายคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ตามลำดับ

ตารางที่ 4-4 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้าน โครงสร้าง (n = 200)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ด้านโครงสร้าง	ระดับความคิดเห็น					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ปัญหาและอุปสรรคของการวางแผน โครงสร้างการบริหารงานในหน่วยงาน	1 (0.50)	27 (13.50)	70 (35.00)	66 (33.00)	36 (18.00)	2.46	0.96	น้อย
2. ปัญหาและอุปสรรคของการ แบ่งความรับผิดชอบตามตำแหน่งงานในหน่วยงาน	1 (0.50)	23 (11.50)	86 (43.00)	69 (34.50)	21 (10.50)	2.57	0.85	น้อย
3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามแผน และชี้วัด KPI เป็นเป้าหมายในการทำงาน	1 (0.50)	32 (16.00)	57 (28.50)	68 (34.00)	42 (21.00)	2.41	1.01	น้อย
4. ปัญหาและอุปสรรคในการกำหนด วัสดุทัศนัให้สอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข	0 (0.00)	18 (9.00)	68 (34.00)	74 (37.00)	40 (20.00)	2.32	0.90	น้อย
5. ปัญหาและอุปสรรคของระยะเวลา ในการให้บริการประชาชนตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข	0 (0.00)	20 (10.00)	70 (35.00)	64 (32.00)	46 (23.00)	2.32	0.94	น้อย
รวม						2.41	0.73	น้อย

จากตารางที่ 4-4 พบว่า ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านโครงสร้าง อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.41, SD = 0.73$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การแบ่งความรับผิดชอบตามตำแหน่งงานในหน่วยงานมีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด ( $\bar{x} = 2.57, SD = 0.85$ ) รองลงมาเห็นว่า มีปัญหาและอุปสรรคของการวางแผนโครงสร้างการบริหารงานในหน่วยงาน ลำดับสุดท้ายเห็นว่าการกำหนดวิสัยทัศน์ให้สอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข และระยะเวลาในการให้บริการประชาชนตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-5 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข  
หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านบุคลากร (n = 200)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ด้านบุคลากร	ระดับความคิดเห็น					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ปัญหาและอุปสรรคในการให้ การส่งเสริมด้านสุขภาพแก่ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน	1 (0.50)	17 (8.50)	63 (31.50)	70 (35.00)	49 (24.50)	2.26	0.94	น้อย
2. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคให้กับ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน	2 (1.00)	26 (13.00)	63 (31.50)	72 (36.00)	37 (18.50)	2.41	0.96	น้อย
3. ปัญหาและอุปสรรคในการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่ม คน และชุมชน	0 (0.00)	15 (7.50)	77 (38.50)	69 (34.50)	39 (19.50)	2.34	0.88	น้อย
4. ปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพแก่ ประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน	1 (0.50)	20 (10.00)	63 (31.50)	75 (37.50)	41 (20.50)	2.33	0.93	น้อย



ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ด้านบุคลากร	ระดับความคิดเห็น					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
5. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลรับผิดชอบประชาชนที่มีภาวะ สุขภาพเสี่ยง	2 (1.00)	17 (8.50)	71 (35.50)	77 (38.50)	33 (16.50)	2.39	0.90	น้อย
6. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลรับผิดชอบผู้รับบริการที่มีภาวะ เจ็บป่วยเฉียบพลัน	1 (0.50)	21 (10.50)	68 (34.00)	75 (37.50)	35 (17.50)	2.39	0.91	น้อย
7. ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการดูแลรับผิดชอบผู้รับ บริการที่มีภาวะเจ็บป่วย เรื้อรังและพิการ	0 (0.00)	24 (12.00)	54 (27.00)	79 (39.50)	43 (21.50)	2.30	0.94	น้อย
8. ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวให้สามารถปรับตัว รับสภาพได้เหมาะสม	0 (0.00)	27 (13.50)	59 (29.50)	66 (33.00)	48 (24.00)	2.33	0.99	น้อย
9. ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการที่ผสมผสานทั้งด้าน การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู สภาพแก่ประชาชนผู้รับบริการ	0 (0.00)	23 (11.50)	84 (42.00)	62 (31.00)	31 (15.50)	2.50	0.89	น้อย
10. ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการด้านยารักษาโรค ตั้งแต่ การจัดหา การจ่ายยา และการให้ความรู้เรื่องยาแก่ประชาชน ผู้รับบริการ	0 (0.00)	25 (12.50)	72 (36.00)	56 (28.00)	47 (23.50)	2.38	0.98	น้อย

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ด้านบุคลากร	ระดับความคิดเห็น					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
11. ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจชั้นสูตรพื้นที่ด้วยตนเอง	1 (0.50)	24 (12.00)	59 (29.50)	62 (31.00)	54 (27.00)	2.28	1.01	น้อย
รวม						2.34	0.64	น้อย

จากตารางที่ 4-5 พบว่า ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านบุคลากร อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.34, SD = 0.64$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การให้บริการที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชนผู้รับบริการ มีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด ( $\bar{x} = 2.50, SD = 0.89$ ) รองลงมาคือ มีปัญหาและอุปสรรคในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และลำดับสุดท้าย เห็นว่า การให้การส่งเสริมด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนมีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-6 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข  
หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านงบประมาณ (n = 200)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ด้านงบประมาณ	ระดับความคิดเห็น					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำแผนงบประมาณภายในองค์กร	1 (0.50)	24 (12.00)	44 (22.00)	79 (39.50)	52 (26.00)	2.22	0.98	น้อย
2. ปัญหาและอุปสรรคในการวิเคราะห์ แผนงบประมาณ	3 (1.50)	22 (11.00)	71 (35.50)	73 (36.50)	31 (15.50)	2.47	0.93	น้อย
3. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำแผนงบประมาณที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้	2 (1.00)	24 (12.00)	56 (28.00)	73 (36.50)	45 (22.50)	2.33	0.99	น้อย
4. ปัญหาและอุปสรรคในการแจ้งข้อมูลงบประมาณประจำปี ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน) รับทราบ	4 (2.00)	19 (9.50)	63 (31.50)	82 (41.00)	32 (16.00)	2.41	0.94	น้อย
5. ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมการใช้งบประมาณ อย่างเหมาะสม	1 (0.50)	20 (10.00)	66 (33.00)	82 (41.00)	31 (15.50)	2.39	0.88	น้อย
6. ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนการ ใช้จ่ายเงินงบประมาณ ล่วงหน้าเพื่อจัดสรรงบประมาณในอนาคตให้มีประสิทธิภาพสูงสุด	1 (0.50)	15 (7.50)	63 (31.50)	80 (40.00)	41 (20.50)	2.28	0.89	น้อย
รวม						2.34	0.74	น้อย

จากตารางที่ 4-6 พบว่า ข้อมูลความคิดเห็นปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านงบประมาณ อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.34, SD = 0.74$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การวิเคราะห์แผนงบประมาณ มีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด ( $\bar{x} = 2.47, SD = 0.93$ ) รองลงมาเห็นว่า มีปัญหาและอุปสรรคในการแจ้งข้อมูลงบประมาณประจำปีให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ ลำดับสุดท้ายเห็นว่า การจัดทำแผนงบประมาณภายในองค์กรมีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-7 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข  
หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านสถานที่ (n = 200)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ด้านสถานที่	ระดับความคิดเห็น					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ปัญหาและอุปสรรคด้าน ความสะดวกของสถานที่ต่อการให้บริการ	0 (0.00)	6 (3.00)	52 (26.00)	67 (33.50)	75 (37.50)	1.95	0.87	น้อย
2. ปัญหาและอุปสรรคด้านความสะอาดของสถานที่ต่อการให้บริการ	0 (0.00)	14 (7.00)	56 (28.00)	86 (43.00)	44 (22.00)	2.20	0.86	น้อย
3. ปัญหาและอุปสรรคด้านความปลอดภัยของสถานที่ต่อการให้บริการ	0 (0.00)	11 (5.50)	60 (30.00)	70 (35.00)	59 (29.50)	2.12	0.90	น้อย
4. ปัญหาและอุปสรรคด้านความเพียงพอของสถานที่ต่อประชาชน ผู้มารับบริการ	1 (0.50)	9 (4.50)	52 (26.00)	90 (45.00)	48 (24.00)	2.13	0.84	น้อย
5. ปัญหาและอุปสรรคด้านความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมภายนอก	0 (0.00)	11 (5.50)	52 (26.00)	85 (42.50)	52 (26.00)	2.11	0.86	น้อย
รวม						2.09	0.68	น้อย

จากตารางที่ 4-7 พบว่า ข้อมูลความคิดเห็นปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านสถานที่อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.09$ ,  $SD = 0.68$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความสะอาดของสถานที่ต่อประชาชนผู้มารับบริการมีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด ( $\bar{x} = 2.20$ ,  $SD = 0.86$ ) รองลงมาเห็นว่า มีปัญหาและอุปสรรคด้านความเพียงพอของสถานที่ต่อการให้บริการ ลำดับสุดท้ายเห็นว่า ความสะดวกของสถานที่ต่อการให้บริการเป็นปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-8 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านวัสดุอุปกรณ์ (n = 200)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ด้านวัสดุอุปกรณ์	ระดับความคิดเห็น					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับระบบป้องกันการติดเชื้อของเครื่องมือ ทางการแพทย์ ที่ได้รับมาตรฐาน	0 (0.00)	8 (4.00)	46 (23.00)	66 (33.00)	80 (40.00)	1.91	0.89	น้อย
2. ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความเพียงพอของเครื่องมือทางการแพทย์ สำหรับผู้มารับบริการ	0 (0.00)	14 (7.00)	59 (29.50)	79 (39.50)	48 (24.00)	2.20	0.88	น้อย
3. ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับมาตรฐานของเครื่องมือทางการแพทย์ ความปลอดภัยตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข	0 (0.00)	10 (5.00)	62 (31.00)	61 (30.50)	67 (33.50)	2.08	0.92	น้อย
4. ปัญหาและอุปสรรคจากการชำรุดเสียหายของเครื่องมือทางการแพทย์ เนื่องจากใช้งานมานานและยังไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลงทดแทน	1 (0.50)	6 (3.00)	60 (30.00)	84 (42.00)	49 (24.50)	2.13	0.84	น้อย
5. ปัญหาและอุปสรรคของพาหนะในการรับส่งผู้ป่วย กรณีฉุกเฉิน ไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและไม่มีมาตรฐาน	2 (1.00)	9 (4.50)	57 (28.50)	82 (41.00)	50 (25.00)	2.16	0.87	น้อย
6. ปัญหาและอุปสรรคด้านความปลอดภัยของยารักษาโรคตามมาตรฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข	0 (0.00)	9 (4.50)	58 (29.00)	76 (38.00)	57 (28.50)	2.10	0.87	น้อย



ตารางที่ 4-8 (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ด้านวัสดุอุปกรณ์	ระดับความคิดเห็น					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
7. ปัญหาและอุปสรรคด้านความเพียงพอของยารักษาโรค	1 (0.50)	11 (5.50)	50 (25.00)	85 (42.50)	53 (26.50)	2.11	0.88	น้อย
8. ปัญหาและอุปสรรคด้านคุณภาพของยารักษาโรค	0 (0.00)	6 (3.00)	51 (25.50)	91 (45.50)	52 (26.00)	2.06	0.80	น้อย
9. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการด้านยารักษาโรคที่หมดอายุ อย่างมีมาตรฐาน ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข	0 (0.00)	4 (2.00)	54 (27.00)	77 (38.50)	65 (32.50)	1.99	0.82	น้อย
รวม						2.07	0.68	น้อย

จากตารางที่ 4-8 พบว่า ข้อมูลความคิดเห็นปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.07$ ,  $SD = 0.68$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความเพียงพอของเครื่องมือทางการแพทย์สำหรับผู้มารับบริการมีปัญหามากที่สุด ( $\bar{x} = 2.20$ ,  $SD = 0.88$ ) รองลงมาเห็นว่า มีปัญหาและอุปสรรคของพาหนะในการรับส่งผู้ป่วย กรณีฉุกเฉินไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและไม่มีมาตรฐาน ลำดับสุดท้ายเห็นว่าการจัดการด้านยารักษาโรคที่หมดอายุอย่างมี มาตรฐานตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมีปัญหาที่น้อยที่สุด ตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบาย

#### หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

ในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ทางสถิติในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรต้นที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่มมากกว่า 2 ตัวเลือก ตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณใช้ One-way ANOVA ค่าเฉลี่ยของตัวแปรต้นที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม 2 ตัวเลือก ตัวแปรตาม เป็นข้อมูลเชิงปริมาณใช้ Independent sample t-test ดังนั้น จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H1) ก็ต่อเมื่อค่า Sig. มีค่าน้อยกว่า .05

#### สมมติฐานที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี แตกต่างกัน

จากสมมติฐานที่ 1 สามารถแยกเป็นสมมติฐานย่อยได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเพศแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-9 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	Sig.
ชาย	24	2.27	0.48	0.14	0.96
หญิง	176	2.25	0.52	0.15	

จากตารางที่ 4-9 พบว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขเพศชาย มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากกว่าเพศหญิง เล็กน้อย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม ค่า  $t$  มีนัยสำคัญที่  $p > .05$  ดังนั้น กล่าวได้ว่า เพศที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.2 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-10 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามอายุ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

อายุ (ปี)	$\bar{x}$	SD
ต่ำกว่า 20 ปี	2.06	0.18
21-30 ปี	2.34	0.57
31-40 ปี	2.21	0.53
41-50 ปี	2.23	0.50
51 ปีขึ้นไป	2.31	0.47

จากตารางที่ 4-10 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของอายุกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากที่สุด ( $\bar{x} = 2.34$ ,  $SD = 0.57$ ) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-50 ปี รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี และลำดับสุดท้ายคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติกับอายุของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

Source of variance	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	0.65	4	0.16	0.61	0.66
ภายในกลุ่ม	52.25	195	0.27		
รวม	52.9	199			

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene's test มีค่า  $p \geq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่า ค่า  $p > .05$  แสดงว่า อายุที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุราชการแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-12 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามอายุราชการ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

อายุราชการ (ปี)	$\bar{x}$	SD
ไม่มีอายุราชการ	2.24	0.4
1-9 ปี	2.33	0.61
10-19 ปี	2.19	0.55
20-29 ปี	2.28	0.47
30-39 ปี	2.41	0.43

จากตารางที่ 4-12 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของอายุกับปัญหาและอุปสรรคในนำการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุราชการ 30-39 ปี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.41$ ,  $SD = 0.43$ ) รองลงมาคือ อายุราชการ 1-9 ปี ลำดับสุดท้ายคือ อายุราชการ 10-19 ปี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติน้อยที่สุดตามลำดับ

ตารางที่ 4-13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับอายุราชการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

Source of variance	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	0.67	4	0.17	0.63	0.64
ภายในกลุ่ม	52.23	195	0.27		
รวม	52.9	199			

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene 's test มีค่า  $p \geq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่าค่า  $p \geq .05$  แสดงว่า อายุราชการที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.4 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุราชการแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-14 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามอายุ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

อายุการทำงาน (ปี)	$\bar{x}$	SD
ไม่เกิน 4 ปี	2.27	0.52
5-9 ปี	2.21	0.48
10-14 ปี	2.23	0.6
15-19 ปี	2.34	0.51
20 ปีขึ้นไป	2.29	0.49

จากตารางที่ 4-14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุการทำงาน 15-19 ปี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากที่สุด ( $\bar{x} = 2.34$ ,  $SD = 0.51$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุการทำงาน 5-9 ปี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุการทำงานกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

Source of variance	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	0.4	4	0.1	0.37	0.83
ภายในกลุ่ม	52.5	195	0.27		
รวม	52.9	199			

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene 's test มีค่า  $p \geq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่า ค่า  $p > .05$  แสดงว่า อายุการทำงานที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.5 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-16 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามระดับการศึกษา ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

ระดับการศึกษา	$\bar{x}$	SD
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2.26	0.69
ปริญญาตรี	2.26	0.48
ปริญญาโท	2.25	0.55

จากตารางที่ 4-16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากที่สุด ( $\bar{x} = 2.26$ ,  $SD = 0.69$ ) รองลงมาคือ ระดับการศึกษาปริญญาโท และลำดับสุดท้ายคือ ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติกับระดับการศึกษา ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

Source of variance	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	.002	2	.001	.004	.996
ภายในกลุ่ม	52.9	197	0.27		
รวม	52.9	199			

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene's test มีค่า  $p \geq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่า ค่า  $p > .05$  แสดงว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.6 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-18 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามสถานภาพ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

สถานภาพ	$\bar{X}$	SD
โสด	2.36	0.6
สมรส	2.25	0.5
หย่าร้าง	2.06	0.33
หม้าย	2.22	0.28



จากตารางที่ 4-18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากที่สุด ( $\bar{X} = 2.36, SD = 0.6$ ) รองลงมาคือ สถานภาพสมรส และลำดับสุดท้ายคือ สถานภาพหย่าร้างน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-19 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของสถานภาพสมรสของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สาธารณสุขกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

	Statistic	df1	df2	Sig.
Welch	2.89	3	15.07	0.07
Brown-Forsythe	2.97	3	82.23	0.04

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด คือ ค่า Levene's test มีค่า  $p \leq .05$  ดังนั้น จึงใช้ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้ Brown-Forsythe และ Welch พบว่า ค่า  $p \leq .05$  แสดงว่า สถานภาพที่แตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4-20 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามสถานภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

สถานภาพ	โสด	สมรส	หย่าร้าง	หม้าย
โสด	-	0.10	0.30*	0.14
สมรส		-	0.19	0.04
หย่าร้าง			-	-0.16
หม้าย				-

\*  $p \leq .05$

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบ Dunnett T3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้าง

สมมติฐานที่ 1.7.1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-21 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

รายได้เฉลี่ย	$\bar{X}$	SD
น้อยกว่า 15,000 บาท	2.32	0.72
15,000-20,000 บาท	2.56	0.56
20,000-25,000 บาท	2.22	0.54
25,000 บาทขึ้นไป	2.26	0.46

จากตารางที่ 4-21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15,000-20,000 บาท มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.56$ ,  $SD = 0.56$ ) รองลงมาคือ รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท และลำดับสุดท้ายคือ รายได้ 20,000-25,000 บาท มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

Source of variance	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	1.83	3	0.61	2.34	0.08
ภายในกลุ่ม	51.07	196	0.26		
รวม	52.9	199			

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene's test มีค่า  $p \geq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่า ค่า  $p \geq .05$  แสดงว่า รายได้เฉลี่ยที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

**สมมติฐานที่ 2** ข้อมูลส่วนองค์กรที่แตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี แตกต่างกัน

จากสมมติฐานที่ 2 สามารถแยกเป็นสมมติฐานย่อยได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 2.1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-23 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	$\bar{x}$	SD
สังกัดอำเภอศรีราชา	1.99	0.37
สังกัดอำเภอเมืองชลบุรี	2.36	0.5
สังกัดอำเภอบางละมุง	2.27	0.56
สังกัดอำเภอพนัสนิคม	2.15	0.16

จากตารางที่ 4-23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สังกัด อำเภอเมืองชลบุรี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากที่สุด ( $\bar{x} = 2.36$ ,  $SD = 0.5$ ) รองลงมาคือ อำเภอบางละมุง และลำดับสุดท้ายคือ อำเภอศรีราชา มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-24 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

	Statistic	df1	df2	Sig.
Welch	4.544	4	15.360	.013
Brown-Forsythe	5.793	4	133.806	.000

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด คือ ค่า Levene's test มีค่า  $p \leq .05$  ดังนั้น จึงใช้ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้ Brown-Forsythe และ Welch พบว่า ค่า  $p \leq .05$  แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสังกัดที่แตกต่างกันมีปัญหา

และอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4-25 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

สังกัดโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	อำเภอ ศรีราชา	อำเภอ เมืองชลบุรี	อำเภอ พานทอง	อำเภอ บางละมุง	อำเภอ พนัสนิคม
อำเภอศรีราชา	-	-0.37*	-0.08	-0.27	-0.39
อำเภอเมืองชลบุรี		-	0.29	0.09	-0.03
อำเภอพานทอง			-	-0.20	-0.31
อำเภอบางละมุง				-	-0.12
อำเภอพนัสนิคม					-

\*  $p \leq .05$

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบ Dunnett T3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สังกัดอยู่ในอำเภอชลบุรี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดอยู่ในอำเภอศรีราชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดอยู่ในอำเภอเมืองชลบุรี มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สังกัดอยู่ในอำเภอศรีราชา

สมมติฐานที่ 2.2 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีตำแหน่งงานแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-26 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตาม ตำแหน่งงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

ตำแหน่งงาน	$\bar{X}$	SD
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	2.27	0.47
พยาบาล	2.28	0.52
นักวิชาการสาธารณสุข	2.17	0.51
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	2.25	0.53
อื่น ๆ	2.27	0.54

จากตารางที่ 4-26 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งงานพยาบาล มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.28$ ,  $SD = 0.52$ ) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่บริหารงาน ลำดับสุดท้ายคือ นักวิชาการสาธารณสุข มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับตำแหน่งงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

Source of variance	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	0.35	4	0.09	0.32	0.86
ภายในกลุ่ม	52.55	195	0.27		
รวม	52.9	199			

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene's test มีค่า  $p \geq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่าค่า  $p \geq .05$  แสดงว่า ตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีงานที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-28 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามงานที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

งานที่รับผิดชอบ	$\bar{X}$	SD
งานรักษาพยาบาล	2.20	0.49
งานสำนักงาน	2.39	0.59
งานอื่น ๆ	2.20	0.06

จากตารางที่ 4-28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบงานสำนักงาน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากที่สุด ( $\bar{X} = 2.39$ ,  $SD = 0.59$ ) รองลงมาคือ งานรักษาพยาบาล ลำดับสุดท้ายคือ งานอื่น ๆ มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-29 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของงานที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

	Statistic	df1	df2	Sig.
Welch	1.77	2	7.72	0.23
Brown-Forsythe	3.31	2	70.38	0.04

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene's test มีค่า  $p \leq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่า

ค่า  $p \geq .05$  แสดงว่า งานที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2.4 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากรในหน่วยงานแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-30 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน	$\bar{X}$	SD
4 คน	2.37	0.57
5 คน	2.23	0.52
6 คน	2.19	0.47
7 คน	2.70	0.51
มากกว่า 7 คน	2.16	0.52

จากตารางที่ 4-30 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน 7 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากที่สุด ( $\bar{X} = 2.70$ ,  $SD = 0.51$ ) รองลงมาคือ 4 คน และลำดับสุดท้ายคือ มากกว่า 7 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ



ตารางที่ 4-31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

Source of variance	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	3.06	4	0.77	2.99	0.02
ภายในกลุ่ม	49.84	195	0.26		
รวม	52.9	199			

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene's test มีค่า  $p \geq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่า ค่า  $p \leq .05$  แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุคลากรในหน่วยงานแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4-32 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

จำนวนบุคลากร ในพื้นที่	4 คน	5 คน	6 คน	7 คน	มากกว่า 7 คน
4 คน	-	0.14	0.18	-0.33	0.21
5 คน		-	0.04	-0.47	0.07
6 คน			-	-0.51*	0.03
7 คน				-	0.54
มากกว่า 7 คน					-

\*  $p \leq .05$

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบ Scheffe พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุคลากรในพื้นที่ 4 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคลากรในพื้นที่ 7 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุคลากรในพื้นที่ 4 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุคลากรในพื้นที่ 7 คน

สมมติฐานที่ 2.5 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-33 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

จำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบ	$\bar{X}$	SD
น้อยกว่า 100 คน	2.24	0.51
101-130 คน	2.31	0.53
131-160 คน	2.23	0.52
161-190	2.29	0.42
มากกว่า 190	2.16	0.52

จากตารางที่ 4-33 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบ 101-130 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.31$ ,  $SD = 0.53$ ) รองลงมาคือ 161-190 คน และลำดับสุดท้ายคือ จำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบมากกว่า 190 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-34 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กับจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

Source of variance	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	0.35	4	0.09	0.32	0.86
ภายในกลุ่ม	52.55	195	0.27		
รวม	52.9	199			

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene's test มีค่า  $p \geq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่าค่า  $p > .05$  แสดงว่า จำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2.6 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-35 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	$\bar{X}$	SD
ไม่เกิน 1,000 คน	2.51	0.89
1,001-3,000 คน	2.37	0.59
3,001-5,000 คน	2.19	0.44
5,001-7,000 คน	2.30	0.23
7,001-10,000 คน	2.30	0.54
มากกว่า 10,000 คน	2.14	0.43

จากตารางที่ 4-35 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 1,000 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากที่สุด ( $\bar{x} = 2.51, SD = 0.89$ ) รองลงมาคือ ไม่เกิน 1,001-3,000 คน และลำดับสุดท้ายคือ มากกว่า 10,000 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-36 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ กับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

	Statistic	df1	df2	Sig.
Welch	1.464	5	33.861	.227
Brown-Forsythe	1.368	5	25.346	0.27

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า เป็นไปตามข้อกำหนด คือ Levene 's test มีค่า  $p \leq .05$  และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดย ANOVA พบว่า ค่า  $p \leq .05$  แสดงว่า ประชากรที่ต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2.7 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-37 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

จำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ (หมู่)	$\bar{X}$	SD
5 หมู่	2.48	0.47
6 หมู่	2.32	0.55
7 หมู่	2.43	0.56
8 หมู่	2.22	0.55
9 หมู่	1.90	0.22
10 หมู่	2.34	0.42
มากกว่า 10 หมู่	2.08	0.33

จากตารางที่ 4-37 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 5 หมู่ มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากที่สุด ( $\bar{X} = 2.48$ ,  $SD = 0.47$ ) และลำดับสุดท้ายคือ 9 หมู่บ้าน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-38 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ กับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

	Statistic	df1	df2	Sig.
Welch	6.35	6	48.731	.000
Brown-Forsythe	3.314	6	90.372	0.01

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด คือ ค่า Levene's test มีค่า  $p \leq .05$  ดังนั้น จึงใช้ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้ Brown-

Forsythe และ Welch พบว่า ค่า  $p \leq .05$  ซึ่งมีผลสอดคล้องกับ ANOVA ดังนั้น แสดงว่า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 4-39 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ	5	6	7	8	9	10	มากกว่า 10
5	-	0.15	0.46	0.25	0.58*	0.13	0.40
6		-	-0.10	0.10	0.42	-0.01	0.24
7			-	0.20	0.52	0.09	0.35
8				-	0.32	-0.11	0.14
9					-	-0.43	-0.17
10						-	0.25
มากกว่า 10							-

\*  $p \leq .05$

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบ Dunnett T3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 5 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 9 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 5 คน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนหมู่บ้าน 9 คน

สมมติฐานที่ 2.8 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน

ตารางที่ 4-40 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

จำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ (ครัวเรือน)	$\bar{X}$	SD
ไม่เกิน 1,000 ครัวเรือน	2.35	0.62
1,001-3,000 ครัวเรือน	2.45	0.48
3,001-5,000 ครัวเรือน	2.11	0.44
5,001-7,000 ครัวเรือน	2.16	0.43
มากกว่า 7,000 ครัวเรือน	2.23	0.47

จากตารางที่ 4-40 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ 1,001-3,000 ครัวเรือน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.45$ ,  $SD = 0.48$ ) และลำดับสุดท้ายคือ 3,001-5,001 ครัวเรือน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 4-41 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ กับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

	Statistic	df1	df2	Sig.
Welch	2.71	4	87	0.04
Brown-Forsythe	2.71	4	179.7	0.03

จากการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด คือค่า Levene's test มีค่า  $p \leq .05$  ดังนั้น จึงใช้ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้ Brown-Forsythe และ Welch พบว่า ค่า  $p \leq .05$  ซึ่งมีผลสอดคล้องกับ ANOVA ดังนั้น แสดงว่า จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 4-42 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบาย  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนครัวเรือน ของเจ้าหน้าที่  
ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี

จำนวนครัวเรือน	ไม่เกิน 1,000 ครัวเรือน	1,001-3,000 ครัวเรือน	3,001-5,000 ครัวเรือน	5,001-7,000 ครัวเรือน	มากกว่า 7,000 ครัวเรือน
ไม่เกิน 1,000 ครัวเรือน	-	-0.10	0.24	0.19	0.11
1,001-3,000 ครัวเรือน		-	0.34*	0.29	0.21
3,001-5,000 ครัวเรือน			-	-0.05	-0.13
5,001-7,000 ครัวเรือน				-	0.07
มากกว่า 7,000 ครัวเรือน					-

\*  $p \leq .05$

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบ  
DunnnettT3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีครัวเรือนที่รับผิดชอบ ไม่เกิน 1,000 ครัวเรือน มีปัญหาและ  
อุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มี  
ครัวเรือนที่รับผิดชอบ 3,001-5,000 ครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่าง  
ที่มีจำนวนครัวเรือนไม่เกิน 1,000 ครัวเรือน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครัวเรือน 3,001-5,000 ครัวเรือน



ตารางที่ 4-43 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเพศแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย
3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุราชการแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอายุการทำงานที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย
5. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย
6. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย
7. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย

## ตารางที่ 4-43 (ต่อ)

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
8. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย
9. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีตำแหน่งงานแตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย
10. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีงานที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย
11. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากรในหน่วยงานแตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย
12. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนอาสาสมัครในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย
13. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 4-43 (ต่อ)

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
14. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย
15. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี และเพื่อเปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ โดยการจำแนกตามปัจจัยบุคคลและองค์กร ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรผู้ให้บริการสาธารณสุขตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเก็บข้อมูลจำนวนทั้งหมด 200 ชุด โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านข้อมูลส่วนบุคคลและด้านข้อมูลส่วนองค์กร

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 5 ด้าน จำนวน 36 ข้อ ตลอดจนข้อเสนอแนะที่ควรนำไปปรับปรุงแก้ไข

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เพื่อวัดปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ คำนวณค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบุคคลกับปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุข 5 ด้าน ใช้สถิติ t-test One-way ANOVA ค่า Welch และค่า Brown-Forsythe โดยทดสอบรายคู่ด้วยค่า Scheffe และค่า Dunnett T3

### สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มีอายุราชการอยู่ในช่วง 10-19 ปี และมีอายุการทำงานตั้งแต่ 1-10 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรส และมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนองค์กรของปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดอำเภอบางละมุง มีตำแหน่งงานคือ พยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบงานรักษาพยาบาล ซึ่งในหน่วยงานมีจำนวนบุคลากรเฉลี่ย 6 คน มีอาสาสมัครในพื้นที่ รับผิดชอบ 101-130 คน รับผิดชอบประชากรในพื้นที่จำนวน 10,000 คน 9 หมู่บ้าน 1,000 ครัวเรือน

3. ผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยภาพรวม พบว่า มีระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.26$ ,  $SD = 0.68$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติด้านโครงสร้างมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.41$ ,  $SD = 0.73$ ) รองลงมาคือ ด้านบุคลากรและด้านงบประมาณมีจำนวนเท่ากัน รองลงมาคือ ด้านสถานที่ และลำดับสุดท้ายคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขเพศหญิงที่มีอายุ 31-40 ปี มีระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากกว่าเพศชาย และผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีอายุราชการอยู่ในช่วง 31-40 ปี มีอายุการทำงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี มีระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากกว่าช่วงอายุอื่น นอกจากนี้ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีสถานภาพสมรส และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมาก จะมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติมากกว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มอื่น

5. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอบางละมุง ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบงานรักษาพยาบาล จะมีระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบาย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากกว่ากลุ่มผู้ให้บริการที่มีลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างออกไป นอกจากนี้บุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีจำนวนบุคลากรในหน่วยงานน้อยจะมีระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติมากกว่ากลุ่มที่มีจำนวนบุคลากรมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนประชากรที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งรับผิดชอบ หากมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบมาก จะยิ่งทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขมีระดับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติมากขึ้นตามไปด้วย

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบประเด็นที่ควรนำมาอภิปราย ดังนี้

การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี มีปัญหาและอุปสรรคใน 5 ด้าน สำคัญคือ ด้าน โครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่ และด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยทุกด้าน ผู้วิจัยจึงขออภิปรายผลเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านโครงสร้าง การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ และการวางแผนโครงสร้างการบริหารงาน ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชญาณี ประกอบชาติ และเสนาะ กลิ่นงาม (2559) ที่กล่าวว่า การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ในด้าน โครงสร้างมีปัญหาอยู่ในระดับน้อย แต่มีปัญหาในด้านการจัดระบบการบริการภายใน การจัดลำดับขั้นตอน ตลอดจนการให้บริการ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ถนอม คะตะวงส์ (2552) ที่กล่าวว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ เนื่องจากโครงสร้างของนโยบายไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่นำนโยบายมาปฏิบัติ คือผู้ให้บริการสาธารณสุขไม่สามารถปฏิบัติตามโครงสร้างของนโยบายได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

ด้านบุคลากร การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการให้บริการของบุคลากรที่ต้องผสมผสานด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเป็นปัญหามากที่สุดในการปฏิบัติงานของบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ถนอม คะตะวงส์ (2552) ที่กล่าวว่า ปัญหาในการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป เกิดจากการที่บุคลากรขาด

ความเข้าใจในตัวนโยบาย ขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติการ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในด้านความแตกต่างของลักษณะของหน่วยบริการในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีโครงสร้างองค์กรที่แตกต่างกันออกไป มีจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานไม่เท่ากัน ทำให้นโยบายมีประสิทธิภาพในการนำไปสู่การปฏิบัติแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ วรเดช จันทรศร (2554, หน้า 46-65) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านบุคลากรด้านนโยบายที่กำหนดขึ้นมีความต้องการบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเป็นจำนวนมากและเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามลักษณะงาน แต่ถ้าบุคลากรในระบบราชการมีไม่เพียงพอ หรือบุคลากรไม่มีความรู้ความสามารถในการเข้าร่วมปฏิบัติในนโยบายได้ ย่อมจะทำให้เกิดปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Van Horn and Van Meter (1976, pp. 445-486) ที่กล่าวว่า คุณสมบัติของบุคลากรที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลหรือมีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับมาก

ด้านงบประมาณ การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับภาวะหนี้แผ่นดิน งบประมาณ การแจ้งข้อมูลงบประมาณประจำปีให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบ เป็นปัญหาและอุปสรรคมากที่สุดในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Mazmanian and Sabatier (1980) ที่กล่าวว่า องค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติได้รับการสนับสนุนด้านการเงินเป็นทรัพยากรจำเป็นที่องค์กรจะต้องนำไปเป็นค่าจ้างค่าตอบแทนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพื่อการบริหารแผนงบประมาณ เพื่อควบคุมและกำกับการให้เป็นไปตามนโยบายที่องค์กรจะสามารถนำไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จโดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินและงบประมาณที่เพียงพอ

ด้านสถานที่ การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความสะดวกของสถานที่ เป็นปัญหามากในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของสมบัติ ชำรงชัยวงศ์ (2550) ที่กล่าวว่า สิ่งสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อมก็คือ ทรัพยากรในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งหมายรวมถึงสถานที่ปฏิบัติงานและ การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

ด้านวัสดุอุปกรณ์ การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความเพียงพอของเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นปัญหามากที่สุดในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชญาณี ประกอบชาติ และเสนาะ กลิ่นงาม (2559) ที่กล่าวว่า

การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ปัจจัยในความสำเร็จของนโยบาย ได้แก่ วัตถุประสงค์ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะคุณภาพของยาเวชภัณฑ์ วัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ความสะอาดทันสมัย ตลอดจนความเพียงพอของทรัพยากรต่อการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ วรเชษ จันทรศร (2554, หน้า 49-65) ที่กล่าวว่า ปัญหาด้านสมรรถนะของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะทวีมากขึ้น ถ้าขาดการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ และเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยเพียงพอ

#### อภิปรายผลการทดสอบสมมติฐาน

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล จากผลการวิจัย พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อายุราชการ อายุการทำงาน ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน งานที่รับผิดชอบ มีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ถนอม คະຕະວົງ (2552) ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ โดยผลการวิจัย พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรที่มีสถานภาพต่างกันจะมีปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ถนอม คະຕະວົງ (2552) ที่กล่าวว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ โดยผลการศึกษา พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสจะมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพโสด เนื่องจากบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสจะมีภารกิจหน้าที่บางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เช่น การอยู่เวรนอกเวลาราชการ เป็นต้น

ด้านปัจจัยส่วนองค์กร จากผลการวิจัยปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติด้านข้อมูลส่วนองค์กร ได้แก่ สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน จำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ และจำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติแตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ถนอม คະຕະວົງ (2552) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านทรัพยากรองค์กรมีความสัมพันธ์กับผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ได้แก่ ขนาดขององค์กร และสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติงาน



## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอแนะข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี ดังนี้

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากข้อมูลผลการศึกษา พบว่า ควรมีกระบวนการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับ ผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ให้บริการ สาธารณสุข ผู้สนับสนุน รวมทั้งการอธิบายสิทธิประโยชน์ที่ชัดเจนสำหรับหน่วยบริการ ตลอดจนมี ระบบการให้คำปรึกษา ระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ไม่สร้างภาระเพิ่มให้กับหน่วยบริการ เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นไปในลักษณะทิศทางเดียวกัน

### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จากข้อมูลผลการศึกษา พบว่า กระทรวงสาธารณสุขควรเพิ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้นเพื่อให้เกิดความเพียงพอต่อการให้บริการในทุก ด้าน และเพิ่มความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน จะส่งผลให้การ ดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาและอุปสรรคน้อยลง

2. จากข้อมูลผลการศึกษา พบว่า ควรมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับดำเนินงาน ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในตำบลที่ห่างไกล เนื่องจากหน่วยบริการดังกล่าวเมื่อได้รับงบประมาณจำนวนน้อย ทำให้มีประสิทธิภาพในการ ให้บริการประชาชนได้ไม่เท่ากับหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเขตชุมชน และยังส่งผลให้ผู้ให้บริการ สาธารณสุขปฏิบัติตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. จากข้อมูลผลการศึกษา พบว่า หากเลือกศึกษาในประเด็นเดิม ควรศึกษาปัญหาและ อุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติในด้านอื่น ๆ เช่น ความสอดคล้อง ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับบริบทท้องถิ่น ที่มีผลต่อการนำนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ หากเลือกศึกษาประเด็นอื่น ควรเลือกประเด็นที่ เกี่ยวกับระบบสาธารณสุขที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตของประเทศ เช่น ระบบประกันสุขภาพ สิทธิ ประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society)

ในเวลาอีกไม่นาน ดังนั้น หากมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าว จะสามารถเกิดประโยชน์สำหรับการพัฒนาประเทศต่อไปได้

2. จากข้อมูลผลการศึกษา พบว่า ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาความต้องการในมุมมองของผู้รับบริการสาธารณสุขบ้าง เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ

3. จากข้อมูลผลการศึกษา พบว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นลักษณะงานวิจัยเชิงปริมาณเพียงด้านเดียว ควรจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะอื่น ๆ ด้วย เช่น การสัมภาษณ์ เพื่อจะได้รับข้อมูลครบถ้วนและชัดเจนมากขึ้น

## บรรณานุกรม

- กมลธรรม แซ่ลิ่ม. (2548). การรับรู้ของราษฎรที่มีต่อการดำเนินงานตาม นโยบายหลักประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- กองบรรณาธิการหมออนามัย. (2554). ระบบบริหารจัดการสถานีอนามัยภายใต้ นโยบาย  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. หมออนามัย, 11(3), 6-12.
- คณะกรรมการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). ข้อเสนอหลักประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้า. เข้าถึงได้จาก <http://hdl.handle.net/123456789/1179>
- ชญาณี ประกอบชาติ และเสนาะ กลิ่นงาม. (2559). การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไป  
ปฏิบัติของโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. ม.ป.ท.
- ชมพูนุช สุจริตจันทร์. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพประชาชน  
ในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์  
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คนุพัฒน์ ภัคชาดา. (2555). ความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
โรงพยาบาลชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.thongsook.ac.th/main/admin/uploaded/FacultyOfGrad/027.pdf>
- ถนอม คะตะวงค์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติ.  
วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์,  
คณะรัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ธนวัฒน์ พิมลจินดา. (2558). การนำนโยบายการบริหารงานโรงพยาบาลไปปฏิบัติ: ศึกษากรณี  
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ณ ราชอาณาจักรกัมพูชา.  
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น, 10(3), 143-154.
- ธีรพร ชูรอด. (2557). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนไปสู่การเป็นเมืองที่น่าอยู่  
ของชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางขุนทอง อำเภอบางกรวย  
จังหวัดนนทบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป,  
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นพพวรรณ ทองเต็ม. (2547). *สิทธิประโยชน์ของประชาชนที่ใช้บริการตามโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุโรค จากศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลแหลมฉบัง*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานโยบายสาธารณะ, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. (2535). การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. *การวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม*, 3(1), 22-25.
- ปรากรม วุฒิพงศ์. (2533). *ระบบประกันสุขภาพของไทย*. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์บัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- พจน์ อร่ามวัฒนานนท์, บุญทัน ดอกไธสง, สุดใจ ทูลพานิชย์กิจ และปิยะวรรณ เลิศพานิช. (2554). สัมฤทธิ์ผลของการนํานโยบาย 30 บาท รักษาทุโรค ไปปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ. 2545. *วารสารวิชาการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*, 10(1), 191-204.
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545*. (2545). นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- พิทยา บวรวัฒนา. (2529). *ทฤษฎีองค์การสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ไพโรจน์ อุทรส. (2552). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 4(2), 132-145.
- ลือชัย วงษ์ทอง. (2555). *ความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยคอมพิวเตอร์ เพื่องานวิจัยทางสังคมศาสตร์*.  
. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรเดช จันทรศร. (2548). *ทฤษฎีการนํานโยบายสาธารณะ ไปปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สหายบลี้ออก.
- วลัยพร พัชรนฤมล. (2558). อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 1 เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 13(3), 428-439.
- วลัยพร พัชรนฤมล. (2558). อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 1 เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 13(3), 428-439.

- วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. (2551). *การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษา อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิชุดา สาธิตพร. (2557). การเมืองของนโยบายประกันสังคมในประเทศไทยภายใต้ระบอบทักษิณ. *วารสารการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน*, 21(2), 51-73.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2550). *หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. (2554). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล,
- สงวน นิตยารัมพงส์. (2534). *รายงานวิจัยเรื่อง การศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา ความขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันวิจัยสาธารณสุข. (2544). *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยสาธารณสุข. (2555). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์บุ๊กส์.
- สมชาติ โตรักษา. (2544). *การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มรูปแบบ*. กรุงเทพฯ: สมาคมบริหารโรงพยาบาลประเทศไทย.
- สมบัติ ชำรงชัญวงศ์. (2550). *การเมือง: แนวความคิดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2544). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544*. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข. (2544). *บริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ บริการสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2544). *พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2546) *สาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และระเบียบ ประกาศ กระทรวงสาธารณสุขที่มีผลใช้บังคับ ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2546*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สิริย์ลักษณ์ ไชยลังกา. (2545). *การรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ตำบลบ้านต่อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา*. การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรณี พิพัฒน์โรจน์กมล และอำพล จินดาวัฒน์. (2547). *มองทะลุ 30 บาท รักษาทุกโรค หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สุวิมล ชลอำนาจ. (2556). *การทำงานเป็นทีมของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริน. (2558). การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 15. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(3), 3-50.
- อัมมาร สยามวาลา. (2544). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: เป้าหมายเชิงนโยบาย*. ม.ป.ท.
- Mazmanian, D. A., & Sabatier, P. A. (1980). The implementation of public policy: A framework of analysis. *Policy Studies Journal Contents*, 8(4), 538-560.
- Van Horn, C. E., & Van Meter, D. S. (1976). *The implementation of intergovernmental policy*. California: Sage.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1979). *Implementation* (2<sup>nd</sup> ed.). Berkeley, California: University of California Press.
- Walter, W. (1971). *Social policy research and analysis: The experience in the federal social agencies*. New York: American Elsevier.
- Wilson, W. (1987). The study of public administration. *Political Science Quarterly*, 1(2), 197-222.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี  
“ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ  
กรณีศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี”

คำชี้แจง

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะถือเป็นความลับส่วนบุคคล ดังนั้นขอให้ท่านตอบด้วยความสบายใจให้ครบทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
2. คำตอบที่ได้จะไม่มีผลในทางลบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ในการนำผลการการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ มาศึกษาเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของบุคลากรผู้ให้บริการต่อไป
3. แบบสอบถาม จะประกอบด้วยข้อมูล 2 ตอน ได้แก่  
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านข้อมูลส่วนบุคคล และด้านข้อมูลส่วนการปฏิบัติงาน  
ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรที่มีต่อการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 5 ด้าน ตลอดจนข้อเสนอแนะที่ควรนำไปปรับปรุงแก้ไข

---

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.0.1.1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
- 1.0.1.2. อายุ.....ปี
- 1.0.1.3. อายุราชการ.....ปี
- 1.0.1.4. อายุการทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล .....
- 1.0.1.5. การศึกษาสูงสุด ( ) 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี ( ) 2. ปริญญาตรี  
( ) 3. ปริญญาโท ( ) 4. อื่น ๆ .....
- 1.0.1.6. สถานภาพ ( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส  
( ) 3. หย่าร้าง ( ) 4. หม้าย
- 1.0.1.7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( ) 1. น้อยกว่า 15,000 บาท ( ) 2. 15,000-20,000 บาท  
( ) 3. 20,000-25,000 บาท ( ) 4. 25,000 บาทขึ้นไป



### ข้อมูลส่วนการปฏิบัติงาน

8. สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....จังหวัดชลบุรี
9. ตำแหน่ง ( ) 1. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ( ) 2. พยาบาล  
 ( ) 3. นักวิชาการสาธารณสุข  
 ( ) 4. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน  
 ( ) 5. อื่น ๆ .....
10. งานที่รับผิดชอบ ได้แก่ .....
11. จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน .....คน
12. จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ.....คน
13. ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ .....คน
14. หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ.....หมู่.....ครัวเรือน

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรที่มีต่อการให้บริการ ในโครงการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี ด้านที่ 1 (โครงสร้าง)

ปัญหาและอุปสรรคด้านโครงสร้าง	ระดับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การวางแผนโครงสร้างการบริหารงาน ในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคมาก น้อยเพียงใด					
2. การแบ่งความรับผิดชอบตามตำแหน่งงาน ในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค มากน้อยเพียงใด					
3. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติงานตามแผน และชี้วัดKPI เป็นเป้าหมายในการทำงานมากน้อยเพียงใด					
4. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการกำหนดวิสัยทัศน์ให้สอดคล้องกับ แผนการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข มากน้อยเพียงใด					
5. ระยะเวลาในการให้บริการประชาชนตาม เกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เป็นมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการมาก น้อยเพียงใด					

ข้อเสนอแนะด้านโครงสร้าง

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรที่มีต่อการให้บริการ ในโครงการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี ด้านที่ 2 (บุคลากร)

ปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากร	ระดับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการให้การส่งเสริมด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนมาก น้อยเพียงใด					
2. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน มากน้อยเพียงใด					
3. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนมาก น้อยเพียงใด					
4. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการฟื้นฟูสภาพแก่ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนมากน้อย เพียงใด					
5. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการดูแลรับผิดชอบ ประชาชนที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงมากน้อยเพียงใด					
6. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการดูแลรับผิดชอบ ผู้รับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันมากน้อยเพียงใด					

ปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากร	ระดับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการให้บริการดูแลรับผิดชอบผู้รับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วย เรื้อรังและพิการมากน้อยเพียงใด					
8. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้สามารถปรับตัวรับสภาพได้เหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
9. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการให้บริการที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชนผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด					
10. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการให้บริการด้านยารักษาโรค ตั้งแต่การค้นหา การจ่ายยา และการให้ความรู้เรื่องยาแก่ประชาชนผู้รับบริการมากน้อย เพียงใด					
11. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรในการตรวจชั้นสูตรพื้นที่ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด					

### ข้อเสนอแนะด้านบุคลากร

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรที่มีต่อการให้บริการ ในโครงการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี ด้านที่ 3 (งบประมาณ)

ปัญหาและอุปสรรคด้านงบประมาณ	ระดับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการจัดทำแผนงบประมาณภายในองค์กร มากน้อยเพียงใด					
2. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการวิเคราะห์แผนงบประมาณ มากน้อยเพียงใด					
3. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการจัดทำแผนงบประมาณที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้มากน้อยเพียงใด					
4. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการแจ้งข้อมูลงบประมาณประจำปี ให้ผู้ที่มี ส่วนเกี่ยวข้อง (เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนและ ประชาชน) รับทราบ มากน้อยเพียงใด					
5. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการควบคุมการใช้งบประมาณอย่างเหมาะสม มากน้อยเพียงใด					
6. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการวางแผนการใช้จ่ายเงินงบประมาณล่วงหน้า เพื่อจัดสรรงบประมาณในอนาคตให้มี ประสิทธิภาพสูงสุดมากน้อยเพียงใด					

ข้อเสนอแนะด้านงบประมาณ

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรที่มีต่อการให้บริการ ในโครงการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี ด้านที่ 4 (สถานที่)

ปัญหาและอุปสรรคด้านสถานที่	ระดับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สถานที่ประกอบกิจกรรมภายในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านความสะดวกในการให้บริการมากน้อยเพียงใด					
2. สถานที่ประกอบกิจกรรมภายในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านความสะดวกในการให้บริการมากน้อยเพียงใด					
3. สถานที่ประกอบกิจกรรมภายในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านความปลอดภัยต่อการให้บริการมากน้อยเพียงใด					
4. สถานที่ประกอบกิจกรรมภายในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านความเพียงพอต่อประชาชนผู้มารับบริการมากน้อยเพียงใด					
5. สภาพแวดล้อมภายนอกของหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					

ข้อเสนอแนะด้านสถานที่

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรที่มีต่อการให้บริการ ในโครงการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี ด้านที่ (วัสดุอุปกรณ์)

ปัญหาและอุปสรรคด้านวัสดุอุปกรณ์	ระดับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับระบบป้องกันการติดเชื้อที่ได้รับมาตรฐานมากน้อยเพียงใด					
2. เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความเพียงพอสำหรับผู้มารับบริการมากน้อยเพียงใด					
3. เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด					
4. เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ในหน่วยงานของท่านมีการชำรุดเสียหายจากการใช้งานมานานและยังไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลงทดแทนมากน้อยเพียงใด					
5. พาหนะในการรับส่งผู้ป่วย กรณีฉุกเฉินของหน่วยงานของท่านไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและไม่มีมาตรฐานมากน้อยเพียงใด					
6. ยารักษาโรคในหน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานการตรวจสอบจากกระทรวง สาธารณสุขมากน้อยเพียงใด					
7. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านความเพียงพอของยารักษาโรค มากน้อยเพียงใด					

ปัญหาและอุปสรรคด้านวัสดุอุปกรณ์	ระดับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคด้านคุณภาพของยารักษาโรคมากน้อยเพียงใด					
9. หน่วยงานของท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการจัดการด้านยารักษาโรคที่หมดอายุอย่างมีมาตรฐาน ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด					

ข้อเสนอแนะด้านวัสดุอุปกรณ์

.....

.....

.....

.....