

ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาต่อ  
โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บทรักษาทุกโรค)



นางสาวกนกวรรณ บุญอริยะ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-3602-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE OPINION OF THE MENTAL HEALTH PERSONNEL AT SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL  
TOWARDS THE UNIVERSAL COVERAGE PROJECT



Miss Kanokwan bunariya

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-3602-9



กนกวรรณ บุญอริยะ : ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน) (THE OPINION OF THE MENTAL HEALTH PERSONNEL AT THE SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL TOWARDS THE UNIVERSAL COVERAGE PROJECT) อ.ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสสา วัชรสินธุ ; 110 หน้า. ISBN 974-17-3602-9

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระ

เจ้าพระยาต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาจำนวน 355 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา T-test, F-test และ Stepwise multiple regression

ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละด้านพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 54.93 เห็นด้วยร้อยละ 45.07 โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 79.38 ส่วนด้านกระบวนการและผลลัพธ์ส่วนใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 88.45 และ 62.25 ตามลำดับ โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.73 และ 79.64 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชตามกลุ่มตัวแปรอิสระ พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน และการได้รับค่าจ้างรายละเอียดยของโครงการต่างกัน ทำให้บุคลากรมีความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตำแหน่งแพทย์ พยาบาลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความคิดเห็นต่อโครงการด้านกระบวนการได้ร้อยละ 3.1อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตำแหน่งแพทย์ พยาบาลและระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความคิดเห็นต่อโครงการด้านผลลัพธ์ได้ร้อยละ 6.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นในแต่ละด้าน พบว่าข้อที่บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยคือ ผู้ป่วยจิตเวชไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อมารับบริการ ร้อยละ 61.03 บุคลากรได้รับค่าจ้างเกี่ยวกับขั้นตอนระเบียบในการให้บริการผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน ร้อยละ 51.22 และผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น ร้อยละ 56.72

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2546	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม) .....

## 4475351130 : MENTAL HEALTH KEY WORDS :

KEY WORD : OPINION/ PERSONNEL / UNIVERSAL COVERAGE PROJECT

KANOKWAN BUNARIYA : THE OPINION OF THE MENTAL HEALTH  
PERSONNEL AT THE SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL TOWARDS THE  
UNIVERSAL COVERAGE PROJECT THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF.  
ALISA WACHARASINDHU, M.D. MRCPsych ; 110 pp. ISBN 974-17-3602-9

The objective of this research is to study opinions of mental health personnels at Somdet Chaopraya (Mental) Hospital towards the Universal Mental Health Coverage Project. Samples are 355 personnels who directly involve in giving services to mental health patients at Somdet Chaopraya (Mental) Hospital. Instruments used in collecting data are questionnaire about personal data and opinions towards the universal coverage project. Descriptive statistics, T-test, F-test and Stepwise multiple regression analysis were used to analyse data.

The results showed that 54.93% of personels did not agree with the input factors while 45.07% agreed with 79.38% moderately agreed 88.45% of personnels agreed with the process factors (55.73% moderately agreed) 62.25% of personnels agreed with the output factors (79.64% moderately agreed). Difference in working position duration of work having received, or not about the detailed explanations about the project were found to associated with different opinion at  $p < 0.05$ . Being doctors and nurses opinion about process factor 3.1% ( $p < 0.05$ ). Being doctors, nurse and duration of work are factors found to predict the opinion about output factors 6.2% ( $p < 0.05$ ).

Analysis of opinion found that 61.03% of personnels thought that mental health patients should 30 baht when receiving services. 51.22% of personnels thought that project clearly. 56.72% of personnels thought that mental health patients using universal coverage project card having to go to the named hospital in the card first increase time and travel expense.

Department Psychiatry Student's Signature.....

Field of study Mental health Advisor's Signature.....

Academic year 2003 Co-advisor Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอติสา วัชรสินธุ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำให้กำลังใจ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำชี้แนะ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 5 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ รองศาสตราจารย์มาลี ชรรมลิจิตกุล แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช คุณวนิดา โกมลฤทธิ และคุณมยุรี กลั้ววงษ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และบุคลากรทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณเพื่อน ๆ ร่วมหลักสูตรสุขภาพจิตทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา (ร.อ. สมยศ-นงคราญ บุญอริยะ) พี่น้อง บุคคลในครอบครัวของผู้วิจัยที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือต่าง ๆ และ คุณ บุญเลิศ พรหมอินทร์ ที่สละเวลาความสะดวกสบาย และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
<b>บทที่</b>	
1    บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2    เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวความคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น.....	7
แนวความคิดเกี่ยวกับโครงการประกันคุณภาพถ้วนหน้า และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
แนวคิดเกี่ยวกับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข.....	26

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
	รูปแบบการวิจัย.....	36
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
	ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย.....	38
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
	การรวบรวมข้อมูล.....	40
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
	ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางจิตเวช.....	43
	ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	46
	ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวช ตามกลุ่มตัวแปรอิสระ .....	66
	ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายความคิดเห็นต่อโครงการ.....	79
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	80
	สรุปผลการวิจัย.....	80
	อภิปรายผลการวิจัย.....	85
	ข้อเสนอแนะ.....	91
	รายการอ้างอิง.....	93
	ภาคผนวก.....	96
	ภาคผนวก ก. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	97
	ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	99
	ภาคผนวก ค. ตารางการวิเคราะห์.....	107
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	110



## สารบัญตาราง

	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามตำแหน่งในการปฏิบัติงาน.....	43
2 แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	44
3 แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้าจำแนกตามรายชื่อ.....	46
4 แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการ จำแนกตามรายชื่อ.....	50
5 แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ จำแนกตามรายชื่อ.....	54
6 แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	56
7 แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้าในแต่ละรายชื่อ.....	58
8 แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการในแต่ละรายชื่อ.....	61
9 แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้าในแต่ละรายชื่อ.....	64
10 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกตามเพศ.....	66
11 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกตามอายุ.....	67

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
12 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกตามสถานภาพสมรส.....	68
13 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกตามระดับการศึกษา	69
14 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ.....	71
15 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกตามตำแหน่งในสายงาน.....	73
16 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน.....	75
17 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกระหว่างผู้ที่ทราบและไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค.....	77
18 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจำแนกตามการได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการจากผู้รับผิดชอบโครงการ.....	78
19 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นด้านกระบวนการ.....	79
20 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นด้านผลลัพธ์.....	80

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
21	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นต่อโครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการระหว่างตำแหน่งเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe's..... 108
22	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นต่อโครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ระหว่างตำแหน่งเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe's..... 108
23	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นต่อโครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการระหว่างตำแหน่งเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe's..... 109

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย ( Background and Rationale )

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความมั่นคง ซึ่งการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแนวทางในการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพระบบสาธารณสุขได้ควบคู่กันไปด้วย ประเทศไทยยังมีประชากรประมาณ ร้อยละ 20 ที่ขาดหลักประกันสุขภาพและระบบประกันที่คุ้มครอง ยังมีความเหลื่อมล้ำกันมาก<sup>(1)</sup> ดังนั้นในภาวะของการปฏิรูประบบราชการและการสาธารณสุขในรัฐบาลของ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร จึงได้ประกาศนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน ไทยภายใต้ชื่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 หลังจากเข้ามารับ ตำแหน่ง โครงการนี้เริ่มดำเนินการในพื้นที่ 6 จังหวัดแรก ซึ่งเคยเป็นพื้นที่ทดลองการปฏิรูประบบ การจัดสรรเงินและการจ่ายค่าบริการแก่สถานบริการของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา พยาบาล (สปร.) ภายใต้โครงการเงินกู้การลงทุนด้านสังคมของธนาคารโลก (Social Investment Project ) ในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2544 ตามมาอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน และในเดือน ตุลาคมปีเดียวกันก็ได้ขยายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศไทยรวมถึงบางเขตของกรุงเทพมหานคร และ ขยายดำเนินงานเต็มพื้นที่ในเดือนเมษายน พ.ศ.2545<sup>(2)</sup>

ดังนั้นในภาวะของการปฏิรูประบบราชการและการสาธารณสุขในช่วงปีงบประมาณ 2544-2546 นี้ ทุกหน่วยราชการต่างจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยน เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ และเป็นช่วงแห่งการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) จึงเป็นนโยบายหลักในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งเป็นงานเร่งด่วนที่ทุกหน่วยงานต้องมีการประสานงานเพื่อการบริการประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์ หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุข ที่ได้ มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดย ไม่เสียค่าใช้จ่าย”<sup>(3)</sup>

กล่าวได้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคนี้ ได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้น ทำให้องค์ประกอบที่มีหลายอย่างของโครงการนี้ได้รับการถ่ายทอดนโยบายที่ไม่ดีพอ ก่อให้เกิดความสับสนและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติได้ ดังที่การศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ ได้กล่าวว่างค์ประกอบที่นอกเหนือจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ถูกสอดแทรกเข้ามาภายหลัง นอกจากนั้นการเร่งรัดจากส่วนกลางในลักษณะข่มขู่ก็ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีเจตคติด้านลบต่อโครงการโดยเฉพาะในประเด็นการบริหารจัดการโครงการ และการคลังและการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิของผู้ปฏิบัติ<sup>(2)</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกได้ดำเนินการตอบสนองตามนโยบาย ให้บริการระดับตติยภูมิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 “การจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care , CUT) มุ่งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือรองรับการจัดการกับปัญหาเฉพาะหรือใช้องค์ความรู้, เทคโนโลยี, ทรัพยากร และความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เช่น การแพทย์ด้านจิตและประสาท การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น โดยให้บริการในระบบรับส่งต่อกรณีที่เกิดขีดความสามารถของโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือสถานบริการสาธารณสุขประจำครอบครัว ”<sup>(4)</sup>

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาก็ได้ตอบสนองนโยบายและมีผู้ป่วยจิตเวชเข้ามารับบริการทางจิตเวช โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งบริการที่ได้รับนั้นเป็นบริการเฉพาะและมีการกล่าวถึงรายละเอียดต่าง ๆ ในการขอรับสิทธิน้อยมาก จึงจำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ให้บริการทางด้านจิตเวชที่มีความเฉพาะ ซึ่งมีความแตกต่างจากการบริการทางด้านสาธารณสุขโดยทั่วไป อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชนั้นต้องใช้เวลาในการรักษา เป็นโรคที่เรื้อรังต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายที่ว่า “รัฐบาลมุ่งที่จะสร้างระบบการบริการและคุ้มครองสุขภาพเพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เปิดโอกาสให้มีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้ มาตรฐานอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน” ในการรับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีความสำคัญและควรมีการปรับปรุงแก้ไข เปลี่ยนแปลง พัฒนาให้ระบบมีความเหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุดซึ่งเป็นสิ่งที่ควบคู่กันไปจำเป็นต้องมีการบริการตามมาตรฐาน (Standard) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการใช้สิทธิในการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านจิตเวชและจากการศึกษายังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับผู้ศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวทางจิตเวช ผู้วิจัย

เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่น่าสนใจโดยเฉพาะด้านการให้บริการแก่ประชาชนเพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยที่สำคัญและชัดเจนสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบดังกล่าวได้แก่ข้อมูลการแสดงความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสำคัญยิ่งข้อมูลที่ได้นำเสนอในการดำเนินงานเป็นประโยชน์แก่องค์กรในการจัดการวางแผนพัฒนาระบบการให้บริการทางจิตเวช เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### คำถามของการวิจัย ( Research Question )

บุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยมมีความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( 30 บาทรักษาทุกโรค ) ทางจิตเวช อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย ( Objectives )

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยมต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางจิตเวช ( 30 บาทรักษาทุกโรค )

### สมมุติฐานการศึกษา ( Hypothesis )

ไม่มี

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย ( Operational Definition )

1. ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง ผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตร 30 บาท หรือบัตรทอง ที่ใช้ตามขั้นตอนการส่งต่ออย่างเป็นระบบ หรือใช้สิทธิฉุกเฉิน
2. บุคลากรทางจิตเวช หมายถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการทางจิตเวช มีหน้าที่การให้บริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยมทั้งหมด 15 หน่วยงานจำแนกตามตำแหน่งที่ปฏิบัติงานรวมทั้งหมด 410 คน



3. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา หมายถึง สถานที่รักษาผู้ป่วยจิตเวช เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544

4. ความคิดเห็น ( Opinion ) หมายถึง การแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่มคน หรือสถานการณ์ โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม ซึ่งความคิดเห็นดังกล่าวอาจแสดงออกถึงการยอมรับหรือปฏิเสธ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ต้องการหรือไม่ต้องการ โดยแปลความหมายนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลและทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นในลักษณะของการประเมินค่า

### ขอบเขตของการวิจัย

#### 1. ขอบเขตของประชากร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะบุคลากร ที่ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 410 คน

#### 2. ขอบเขตของเนื้อหา

2.1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของบุคลากรซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย และการได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการ 30 บาทรักษาทุกคน

2.2 การศึกษาความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( 30 บาทรักษาทุกคน ) โดยศึกษาตามโครงสร้างระบบการบริหารสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

2.2.1 ปัจจัยนำเข้า ( Input ) ได้แก่ นโยบายของโครงการ ความครอบคลุมสิทธิทรัพยากร วิธีการบริหาร ระบบข้อมูลข่าวสาร

2.2.2 กระบวนการบริหาร ( Process ) ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยความสะดวกและบังคับบัญชา การประสานงาน งบประมาณ การบริหารบุคคล

2.2.3 ผลสัมฤทธิ์ ( Output ) ได้แก่ ผลผลิตหรือบริการที่ให้ ปัญหาและอุปสรรค ภาพรวมของโครงการ

### ข้อจำกัดในการวิจัย ( Limitations )

เนื่องจากการศึกษาการวิจัยทำในเวลาจำกัดและเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นการศึกษาเฉพาะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ทำให้ผลการวิจัยนั้นไม่ครอบคลุม แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกันได้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ( Expected Benefit and Application )

รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า เป็นอย่างไร ซึ่งสามารถนำผลที่ได้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขระเบียบ วิธีการบริหารจัดการ การจัดองค์กร การให้บริการ ตลอดจนหลักเกณฑ์เงื่อนไขต่างๆ ในการใช้สิทธิของผู้ป่วยทางจิตเวช เพื่อให้โครงการฯ ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ สอดคล้องตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ให้ประชาชนคนไทยทุกคนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีความเท่าเทียมกันในการรับบริการด้านทางแพทย์ การสาธารณสุขและการอนามัย รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล
- เพศ
- อายุ
- สถานภาพสมรส
- การศึกษา
- ลักษณะงานที่ปฏิบัติ
- ระยะเวลาปฏิบัติงานใน ร.พ.สมเด็จพระเจ้าพระยา
- ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน
- การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
- การได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของ โครงการจากผู้รับผิดชอบโครงการ



### ตัวแปรตาม

ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
1. ปัจจัยนำเข้า
- นโยบายของโครงการ
- ความครอบคลุมสิทธิ
- ทรัพยากร
- วิธีการบริหาร
- ระบบข้อมูลข่าวสาร
2. กระบวนการบริหาร
- การวางแผน
- การจัดองค์กร
- การบริหารบุคคล
- การอำนวยความสะดวกและบังคับบัญชา
- การงบประมาณ
- การประสานงาน
3. ผลสัมฤทธิ์
- ผลผลิต / บริการที่ให้
- ปัญหาและอุปสรรค
- ภาพรวมของโครงการ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาต่อไกร  
การประกันสุขภาพถ้วน ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวความคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. แนวคิดเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แนวคิดเกี่ยวกับโครงสร้างระบบการบริหารสาธารณสุข

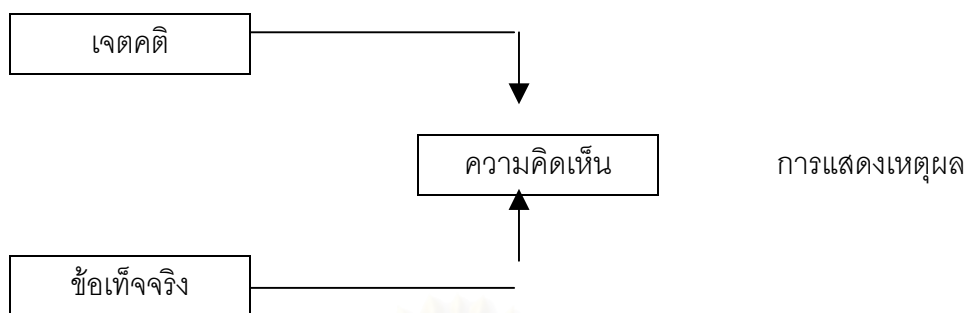
#### 1. แนวความคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความหมายของคำว่าความคิดเห็นนั้น มีผู้ศึกษาหลายท่านกล่าวไว้ดังนี้  
ความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง แต่เป็นลักษณะที่  
ไม่ลึกซึ้ง เช่นเดียวกับทัศนคติ คนเรามีความคิดเห็นแตกต่างกันออกไป และความคิดเห็นเป็นส่วน  
หนึ่งของทัศนคติทีเดียว<sup>(5)</sup>

สุชา จันทน์เอม(2524)<sup>(6)</sup> ได้ให้ความหมาย ความคิดเห็นว่า หมายถึง

1. ข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นจริงจากการใช้ปัญญาความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้อาศัย  
หลักฐานพิสูจน์ยืนยันได้เสมอไปก็ตาม
2. ทัศนคติ หรือ ประมวลการเกี่ยวกับปัญหาหรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง เช่น ทัศนะ  
เกี่ยวกับความเหมาะสมของนโยบายวางแผนครอบครัว
3. คำแถลงของผู้ที่ยอมรับนับถือกันว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อปัญหาที่มีผู้นำมาขอ  
ปรึกษา

สงวน สุทธิเลิศอรุณ(2523)<sup>(7)</sup> ได้ให้ความหมาย ความคิดเห็นว่า หมายถึง การแสดง  
ออกซึ่งวิจรรณญาณที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะความคิดเห็นมีความหมายที่แคบกว่าเจต  
คติ เพราะความคิดเห็นของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามข้อเท็จจริง (Fact) และเจตคติ (Attitude)  
ของบุคคล ในขณะที่เจตคติแสดงสภาพความรู้สึกทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และความคิด  
เห็นจะเป็นการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ



ความคิดเห็นเกิดจากการแปลงข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ได้พบเห็น แต่ลักษณะการแปลงข้อเท็จจริงนั้น ๆ ย่อมเป็นไปตามเจตคติของบุคคล และเมื่อคนนั้นถูกถามว่าทำไมจึงมีความคิดเห็นอย่างนั้น เขาจะพยายามให้เหตุผลไปตามที่เขาคิด

คอสเทลโล และคณะ(1993)<sup>(8)</sup> ได้ให้ความหมายของความคิดเห็นว่า เป็นการแสดงออกตามความเชื่อหรือบทสรุป แต่ไม่สามารถพิสูจน์ยืนยันได้ด้วยความรู้ ซึ่งในบางครั้งมีพื้นฐานจากความรู้

บุญธรรม คำพอ(2520)<sup>(9)</sup> สรุปได้ว่า ความคิดเห็นของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติประจำตัวของแต่ละบุคคลอีกด้วย ซึ่งคุณสมบัติประจำตัวของแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งคุณสมบัติประจำตัวบางอย่าง เช่น พื้นความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน และการติดต่อกันระหว่างบุคคล นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลและกลุ่มมีความคิดเห็นไปในทางใดทางหนึ่ง ทั้งนี้เพราะพื้นฐานความรู้อันเป็นกระบวนการของสังคมที่ได้รับจากการศึกษามาเป็นเวลาหลายปี จะเป็นรากฐานก่อให้เกิดความคิดเห็นต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ

ประสาธ หลักศิลา(2511)<sup>(10)</sup> ให้ความเห็นไว้ว่า มติ หรือความคิดเห็นต่าง ๆ ของคนเรานั้นได้จากการพบปะสังสรรค์ประจำวันของคนเรา แต่คนเราก็มีภูมิหลังทางสังคมจำกัดอยู่ ภูมิหลังทางสังคมของแต่ละคนย่อมเป็นผลถึงการที่คนเรากระทำตอบสนองต่อเหตุการณ์ และเกิดความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น เป็นต้นว่าในสมัยเริ่มสงครามโลกครั้งที่สองชาวไทยที่ได้รับการศึกษาจากยุโรปและอเมริกาส่วนมากไม่เชื่อว่าผู้ปวยจะเป็นฝ่ายมีชัยในความคิดเห็นไปในทางใดทางหนึ่ง ทั้งนี้เพราะพื้นฐานความรู้อันเป็นกระบวนการของสังคมที่ได้รับจากการศึกษามาเป็นเวลาหลายปีจะเป็นรากฐานก่อให้เกิดความคิดเห็นต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ

แมคไคว (1985)<sup>(11)</sup> ให้ความหมาย ความคิดเห็น หมายถึง การนำความนึกคิดของตนเองที่มีในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งการที่จะสามารถแสดงความคิดเห็นได้นั้นตนเองต้องมีความรู้ความสามารถใน

สิ่งดังกล่าวก่อน การแสดงความคิดเห็นนั้นคล้ายคลึงกับทัศนคติ โดยการแสดงความคิดเห็นนั้น เกี่ยวกับการตั้งคำถาม ตลอดทั้งสถานการณ์ที่ให้ตนเองแสดงความคิดเห็นด้วย

ออสแคมป์ (1991)<sup>(12)</sup> ให้ความหมาย ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงความรู้สึกที่ตนเอง มีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตของประชาชนและมีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการทุกระดับทั้งในระดับชุมชน ภูมิภาค ซึ่งการแสดงความคิดเห็นนั้นเป็นการแสดงความคิดเห็นร่วมกันทุกฝ่าย ทั้งนักการเมือง นักสังคมวิทยา นักมนุษยวิทยา นักวิจัย นักเศรษฐศาสตร์ หรือบุคคลอื่น ๆ โดยความคิดเห็นนั้นมีความหมายสัมพันธ์กับทัศนคติ บางทีก็มีความหมายคล้ายคลึงกันในบางสถานการณ์ แต่ความคิดเห็นมีส่วนคล้ายคลึงกับความเชื่อมากกว่าทัศนคติ เพราะทัศนคติมีพื้นฐานจากการรับรู้มากกว่า

ทรงเกียรติ บุญถึง(2540)<sup>(13)</sup> สามารถสรุปได้ว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกด้านความคิดที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ตนมีความรู้จากการศึกษา หรือประสบการณ์ที่ตนได้พบมาตามสภาวะแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลนั้น การแสดงออกมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์ สถานการณ์ที่เอื้อต่อการแสดงออก หรือมองไปถึงอนาคตว่าถ้าการแสดงออกนั้นไม่มีผลกระทบต่อตนเอง การแสดงออกนั้นจะตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และถ้าหากผู้ที่จะแสดงความคิดเห็นว่ามีผลกระทบต่อตนเองในอนาคตนั้น การแสดงออกในกรณีนี้มักไม่เป็นไปตามความจริงแต่จะเป็นการเอาตัวรอดของผู้แสดงออกได้ และอีกประการหนึ่งคือ การแสดงออกอาจขึ้นอยู่กับผู้ที่ขอให้แสดงความคิดเห็น ส่วนมากการศึกษาความคิดเห็นนั้นเป็นการศึกษาเพื่อนำไปปรับปรุงบริหารจัดการ เพราะเป็นการนำความคิดเห็นทุกคนที่เกี่ยวข้อง ความคิดเห็นมีความหมายคล้ายกับทัศนคติ ซึ่งความคิดเห็นไม่มีความหมายที่ลึกซึ้งเท่ากับทัศนคติ (สุชา และสุรางค์ จันทน์เอม,2520)<sup>(6)</sup> กล่าวว่าความคิดเห็นถือได้ว่าเป็นการแสดงออกทางทัศนคติโดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นส่วนประกอบที่มีปฏิริยาต่อการแสดงออกภายนอก (ประภาพัฒน์ สุวรรณ,2520)<sup>(14)</sup> และยังเป็นทัศนคติที่อยู่ภายในจิตสำนึกของตน เมื่อเกิดความรู้สึกหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดแล้วจะกระทำต่อสิ่งที่สอดคล้อง กับความรู้สึกภายในของตนต่อไป

การศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นมีประโยชน์และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะทำให้ทราบความต้องการด้านต่าง ๆ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยแต่ละคนจะแสดงความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกออกมา และนำเอาความคิดเห็นเหล่านั้นมาวิเคราะห์และวางแผนหรือทราบแนวความคิดที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายที่นำลงไปใช้ การศึกษาความคิดเห็นส่วนมากจะใช้วิธี

ศึกษาแบบวิจัยตลอด คือ การซักถาม สอบถาม และรวบรวมข้อมูลไว้ ซึ่งจะวิเคราะห์หรือออกมาอย่างไรก็ได้ อาจแสดงผลมาในลักษณะของร้อยละที่ออกความคิดเห็น ความคิดเห็นที่แสดงออกมานั้นผู้บริหารสามารถนำไปเป็นแนวทางเพื่อตัดสินใจในการบริหารองค์กรหรือบางที่อาจเป็นแนวทางในการจะล้มเลิกนโยบายขององค์กรก็ได้

การตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์เพื่อที่จะได้ความคิดเห็นนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่น จะต้องทำความเข้าใจระหว่างผู้ถูกสัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์เพราะถ้าไม่สามารถสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง ไม่ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์แล้วก็จะทำให้ความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้นไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ตอบได้ ซึ่งการที่คนเราจะแสดงความคิดเห็นต้องมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีปัจจัยหลายทาง

1. การจูงใจทางร่างกาย (biological motivation) ความคิดเห็นหรือทัศนคติของคนเกิดขึ้นได้จากความต้องการให้ได้รับสิ่งต่าง ๆ ตามความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งความคิดเห็นหรือทัศนคติที่ได้จากวิธีนี้อาจมีลักษณะดีและไม่ดี กล่าวคือ ถ้าความคิดเห็นนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ ความคิดเห็นหรือทัศนคตินั้นจะออกมาในลักษณะที่ดีในทางตรงกันข้ามถ้าโอกาสตอบสนองความต้องการของร่างกายไม่ดี ลักษณะของความคิดเห็นนั้นออกมาไม่ดี

2. ข้อมูลข่าวสาร (information) ความคิดเห็นส่วนมากจะอยู่บนพื้นฐานของการได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งของข้อมูลข่าวสาร ขนาดของข้อมูล โดยข้อมูลข่าวสารนั้นบางส่วนจะไปสร้างทัศนคติหรือความคิดเห็นได้

3. การเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (group affiliation) ทัศนคติหรือความคิดเห็นบางอย่างจะมาจากกลุ่ม โดยที่สมาชิกของกลุ่มจะแสดงออกมาเพื่อให้กลุ่มของตนเองอยู่รอดหรือสามารถดำรงอยู่และมีการพัฒนาตลอดทั้งเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกให้ได้มากที่สุดเช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มนักศึกษา กลุ่มนักกีฬา ชมรมต่าง ๆ เป็นต้น บางที่อาจจะมีการถ่ายทอดข้อมูลจากบุคคลหนึ่งไปอีกบุคคลหนึ่งของกลุ่มแล้วทำให้เกิดทัศนคติหรือความคิดเห็นได้

4. ประสบการณ์ (experience) ประสบการณ์แต่ละคนที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดย่อมมีส่วนทำให้บุคคลนั้นมีความคิดเห็นหรือมีทัศนคติได้มาก

5. ปัจจัยอื่น ๆ เพศของผู้แสดงความคิดเห็นหรือทัศนคติ เวลาของการแสดงความคิดเห็น มีส่วนทำให้ความคิดเห็นหรือทัศนคติเกิดขึ้นได้

โดยที่ความคิดเห็นหรือทัศนคติที่เกิดขึ้นนั้นมีได้มาจากทุกปัจจัยแต่จะมาจากหลาย ๆ ปัจจัยแล้วแต่ส่วนไหนจะมีมากกว่ากัน ซึ่งสามารถดูได้จากความคิดเห็นหรือทัศนคตินั้น



### ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็น

การแสดงความคิดเห็นเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ซึ่งความคิดเห็นของแต่ละคนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแม้เป็นเรื่องเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันเสมอและอาจแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่ได้รับมาจนมีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็น

Oskamp(1991)<sup>(12)</sup> ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความคิดเห็นดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรมและสรีระ คือ อวัยวะต่าง ๆ ของบุคคลที่ได้รับความรู้ความคิดปกติของอวัยวะ ความบกพร่องของอวัยวะสัมผัส ซึ่งมีผลต่อความคิดเห็นไม่ตีต่อบุคคลภายนอก
2. ปัจจัยด้านประสบการณ์โดยตรงของบุคคล คือ บุคคลได้ประสบกับเหตุการณ์ด้วยตนเอง การกระทำด้วยตนเองหรือได้พบเห็น ทำให้บุคคลมีความฝังใจและเกิดความคิดต่อประสบการณ์เหล่านั้นต่างกัน
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลของผู้ปกครอง คือ เมื่อเป็นเด็กผู้ปกครองจะเป็นผู้ใกล้ชิดและให้ข้อมูลแก่เด็กได้มาก ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมและความคิดเห็นของเด็กด้วย
4. ปัจจัยด้านทัศนคติและความคิดเห็นของกลุ่ม คือ เมื่อบุคคลเจริญเติบโตย่อมจะต้องมีกลุ่มและสังคม ดังนั้นความคิดเห็นของกลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง หรือการอบรมสั่งสอนของโรงเรียนหน่วยงานที่มีความคิดเห็นเหมือนกันหรือแตกต่างกัน ย่อมมีผลต่อความคิดเห็นของบุคคลด้วย
5. ปัจจัยด้านสื่อมวลชน โดยสื่อต่าง ๆ ที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของคนเรา ดังนั้นสื่อเหล่านี้ ซึ่งได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ นิตยสาร จึงเป็นปัจจัยอันหนึ่งที่มีผลต่อความคิดเห็นของบุคคล

กิตติ สุทธิสัมพันธ์(2542)<sup>(15)</sup> ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลแต่ละคนแสดงความคิดเห็นที่อาจเหมือนกัน หรือแตกต่างกันออกไป ปัจจัยดังกล่าวอาจสรุปได้ดังนี้คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่
  - 1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรมและร่างกาย คือ เพศ อวัยวะ ความครบถ้วนสมบูรณ์ของอวัยวะต่าง ๆ คุณภาพของสมอง
  - 1.2 ระดับการศึกษา การศึกษามีอิทธิพลต่อการแสดงออก ความคิดเห็นและการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ในเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น และคนที่มีความรู้มากมักจะมีความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล

1.3 ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติของบุคคลต่อเรื่องต่าง ๆ ซึ่งอาจจะได้จากการเรียนรู้จากกลุ่มบุคคลในสังคม หรือจากการอบรมสั่งสอนของครอบครัว

1.4 ประสบการณ์ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในหน้าที่ และความรับผิดชอบต่องาน ซึ่งจะส่งผลต่อความคิดเห็น

## 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่

2.1 สื่อมวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิดเห็นของบุคคล เป็นการได้รับข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล

2.2 กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคคล เพราะเมื่อบุคคลอยู่ในกลุ่มใดหรือสังคมใด ก็จะต้องยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่มหรือสังคมนั้น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีความคิดเห็นไปตามกลุ่มหรือสังคมที่อยู่

2.3 ข้อเท็จจริงในเรื่องราวต่าง ๆ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลแต่ละคนได้รับ ทั้งนี้เพราะข้อเท็จจริงที่แต่ละบุคคลได้รับแตกต่างกัน ก็จะมีผลต่อการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

Foster (อ้างถึงใน สุทธิภา งามสันติสุข)<sup>(16)</sup> ได้สรุปว่ามีปัจจัย 2 ประการ ที่ทำให้เกิดความคิดเห็น ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งของ คน หมู่คณะ เรื่องราวต่าง ๆ หรือสถานการณ์ความคิดเห็นเกิดขึ้นในตัวบุคคลจากการได้พบเห็น ความคุ้นเคย อาจถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ตรง และจากการได้ยินได้ฟัง ได้เห็นรูปถ่าย หรืออ่านจากหนังสือ โดยไม่ได้พบเห็นของจริง ถือว่าเป็นประสบการณ์ทางอ้อม

2. ระบบค่านิยมและการตัดสินใจ ค่านิยม เนื่องมาจากกลุ่มชนแต่ละกลุ่มมีค่านิยมและการตัดสินใจค่านิยมไม่เหมือนกัน คนแต่ละกลุ่มจึงมีความคิดเห็นในสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกัน

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็น

ทรงเกียรติ บุญถึง(2540)<sup>(5)</sup> ศึกษาความคิดเห็นของสมาชิกในการดำเนินงานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสงจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดเห็นคือ เพศ อายุ และระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพ ประสบการณ์ การเคยเป็นสมาชิกของกองทุนหรือกลุ่มต่าง ๆ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็น

ปติมา นิสัจจะ(2544)<sup>(17)</sup> ศึกษาความเห็นของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชนต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตสาธารณสุข 3 พบว่า เพศ ภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสาธารณสุข ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ และบทบาทที่ต่างกัน มีผลต่อความคิดเห็นการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามสภาพเป็นจริงในปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกัน ไม่มีผลกับความคิดเห็น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## 2. แนวคิดเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 2.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“หลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” จึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1. ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูกลง” หรือ “บริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้น
2. ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับหากจำเป็นต้องเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน
3. ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ

### 2.2 ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน...ตามที่กฎหมายกำหนด” ซึ่งยังไม่มีการกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้แต่อย่างใด

2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเอง ครอบครัวไทยราวร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก (และในบางกรณี ค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้)

3. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคน ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม หรือผู้มีฐานะดีพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า ซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ

5. ตลอดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบ ที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการการประกันสุขภาพข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ชัดเจนนั่น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

6. แม้การเพิ่มรายได้แก่ประชาชนจะทำได้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลสิ้นเนื้อประดาตัวและเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจน

### 2.3 วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน

2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึงระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care networks) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ

3. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย<sup>(18)</sup>

## 2.4 การประกาศใช้นโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 3 (เดือนตุลาคม 2544) ซึ่งขยายการดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ และบางพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร และมีเป้าหมายขยายเขตให้บริการในกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นให้ครบทุกเขต รวมทั้งโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยต่อไปภายใน 1 เมษายน 2545

เดิมกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีความเคลื่อนไหวที่จะดำเนินงานการปฏิรูประบบสุขภาพให้เกิดอย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นประเด็นในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการงานวิจัยต่าง ๆ และมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ทำหน้าที่จัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกำหนดเวลาไม่เกิน 3 ปี นับจากปี 2543 ในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นมีประเด็นของการปฏิรูปอยู่หลายประเด็น เช่น การปฏิรูปแพทยศาสตร์ศึกษา การปฏิรูประบบบริการฉุกเฉิน และโดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพดีถ้วนหน้าเชิงรุก หรือเรียกว่า การปฏิรูปให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในขณะที่คณะทำงานการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำลังศึกษาแนวทางอยู่นั้น พรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งภายในคำขวัญ “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” แต่ทางพรรคไม่ได้มีการร่างแผนปฏิบัติการไว้ เมื่อ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรครับตำแหน่งนายกรัฐมนตรี จึงมอบหมายนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งดำเนินการประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ชื่อ “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” โดยเร็ว<sup>(19)</sup>

กล่าวได้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนี้ ได้ถูกนำไปใช้ปฏิบัติอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้น ประสิทธิภาพของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การปรับตัว และผลกระทบของนโยบายดังกล่าวทั้งต่อสถานบริการและประชาชน นับเป็นประเด็นสำคัญที่ควรต้องมีการประเมินเพื่อนำไปสู่การปรับกระบวนการบริหารในการดำเนินงานอันจะนำไปสู่ความยั่งยืนของนโยบาย และการแปลงไปสู่การปฏิบัติ ทั้งด้านประชาชนและบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี ได้บทสรุปสำหรับผู้บริหารดังนี้

ข้อสรุปสำคัญที่ได้จากข้อค้นพบของการศึกษานี้คือ

1. องค์ประกอบนโยบายและการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในส่วนกลาง

นโยบายนี้มีองค์ประกอบสี่อย่างด้วยกันคือ 1) การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) การจัดสรรทรัพยากรและการซื้อบริการ 3) การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิและเวชปฏิบัติครอบครัว และ 4) การสร้างเสริมสุขภาพ องค์ประกอบเหล่านี้คือ รูปแบบของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นโครงการนี้ก็คือ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั่นเอง อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปดังกล่าวยังขาดความรอบด้าน ส่วนที่ขาดหายไปคือ การปฏิรูประบบโครงสร้างและการบริหารจัดการ และการปฏิรูประบบกำลังคน ทำให้มีข้อจำกัดต่อประสิทธิผลของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ด้วยองค์ประกอบที่มีหลายอย่างของโครงการ ประกอบกับขาดแผนการปฏิรูปที่ชัดเจน ความเร่งรีบในการดำเนินโครงการ และกระบวนการถ่ายทอดนโยบายที่ไม่ดีพอ ก่อให้เกิดความสับสนและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในจังหวัด และมองว่าองค์ประกอบที่นอกเหนือจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ถูกสอดแทรกเข้ามาภายหลัง นอกจากนั้นการเร่งรัดจากส่วนกลางในลักษณะข่มขู่ก็ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีเจตคติด้านลบต่อการดำเนินการโดยเฉพาะในประเด็นการบริหารจัดการโครงการและการคลัง และการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิของผู้ปฏิบัติ

การใช้ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (war room) เป็นศูนย์กลางในการสั่งการและตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ เป็นการบั่นทอนอำนาจของผู้บริหารและอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในกลุ่มผู้บริหารระดับสูง ผลตามมาคือขาดความเป็นเอกภาพในตัวนโยบายและการดำเนินงาน นอกจากนี้องค์ประกอบของศูนย์ปฏิบัติการที่มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเข้ามาเป็นกรรมกรก็ทำให้เกิดกลายเป็นสถานที่ของการต่อรองและความขัดแย้งทั้งหลาย แทนที่จะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการกลั่นกรองแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูป

ระบบสนับสนุนการดำเนินงานของส่วนกลางที่ขาดประสิทธิภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการทำงานของส่วนภูมิภาค นับแต่การให้แนวทางการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจนและมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง การขาดงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการโครงการในช่วงแรก ข้อจำกัดด้านศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง และการขาดเอกภาพในการสั่งการ

## 2. การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในส่วนภูมิภาค

ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวคิดและหลักการขององค์ประกอบของนโยบายในภาพรวมแล้วส่วนใหญ่ค่อนข้างเห็นด้วยและเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่ที่มีปัญหาดูจะเป็นการบริหารจัดการโครงการที่เกิดขึ้นในระดับจังหวัดประกอบกับการเร่งรัดจากส่วนกลางโดยที่หน่วย

งานยังขาดความพร้อมโดยเฉพาะในด้านบุคลากร และในบางจังหวัดยังมีการแทรกแซงจากภาคการเมืองให้เข้าร่วมโครงการภายใต้ความไม่พร้อมของจังหวัดตั้งแต่แรก อย่างไรก็ตามในด้านหลักประกันสุขภาพยังคงมีผู้บริหารทั้งในระดับจังหวัดและหน่วยบริการส่วนหนึ่งมองว่า ควรเป็นสวัสดิการให้กับคนเฉพาะกลุ่มมากกว่าจะเป็นสิทธิของพลเมืองไทยทุกคน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเพราะไม่มั่นใจต่อความสามารถของรัฐบาลในการแบกรับงบประมาณในระยะยาว เนื่องจากงบประมาณที่ใช้ทั้งหมดมาจากระบบภาษีทั่วไปเพียงแหล่งเดียว ขณะที่ประเทศยังประสบปัญหาเศรษฐกิจ

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพของจังหวัดคือ การรับรู้และเจตคติของผู้บริหารต่อโครงการ ศักยภาพขององค์กรในการบริหารจัดการ และโครงสร้างองค์กรที่ยังขาดความเหมาะสม โดยปัญหาส่วนหนึ่งเป็นผลจากกระบวนการสนับสนุนของส่วนกลาง ประเด็นปัญหาหลักในช่วงแรกของการดำเนินโครงการคือการขึ้นทะเบียนและออกบัตร เนื่องจากขาดฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเป็นภาระค่อนข้างมากของเจ้าหน้าที่ที่ต้องทำงานในลักษณะสามโนประชากรหรือสำนักทะเบียนราษฎร

แต่ที่เป็นจุดอ่อนซึ่งควรต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งคือ ระบบข้อมูล กระบวนการกำกับตรวจสอบ และการพิทักษ์สิทธิประชาชน เนื่องจากไม่มีระบบข้อมูลที่มีคุณภาพและพร้อมใช้ในการตรวจสอบและกำกับการทำงานของเครือข่ายบริหาร หน่วยงานที่รับผิดชอบเองก็ขาดศักยภาพในการดำเนินงานด้านนี้ นอกจากนั้นกระบวนการคุ้มครองสิทธิให้กับประชาชนก็ยังไม่เป็นจริงเนื่องจากโครงสร้างองค์กรขาดความเหมาะสมโดยภาคประชาชนเชื่อมั่นว่าหน่วยงานสาธารณสุขด้วยกันจะเห็นแก่ความเป็นพวกพ้องมากกว่าจะยื่นอยู่ข้างประชาชน และการดำเนินงานก็เป็นไปเพื่อการประชาสัมพันธ์หรือเพื่อการไกล่เกลี่ยเป็นการยุติปัญหาหรือป้องกันการร้องเรียนมากกว่าจะเป็นการพิทักษ์สิทธิประชาชน

กระบวนการจัดสรรงบประมาณให้จังหวัดที่ผูกติดกับจำนวนการขึ้นทะเบียนของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพ ทำให้มีปัญหาในทางปฏิบัติค่อนข้างมากในช่วงแรกเนื่องจากขาดฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ประกอบกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่ใช้ก็มีปัญหาในตัวเอง ซึ่งการจัดสรรงบประมาณแก่จังหวัดนั้นสามารถใช้จำนวนประชากรคาดเกณฑ์แต่การจ่ายเงินให้เครือข่ายบริการไม่ควรใช้วิธีการเดียวกับการจัดสรรงบประมาณ นอกจากนั้นการจัดสรรงบประมาณในอัตราเดียวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนโดยมิได้พิจารณาปัจจัยด้านอุปทานและอุปสงค์อื่น ๆ ร่วมด้วย ก็มีผลกระทบต่อจังหวัดที่มีขนาดประชากรและระบบบริการต่างกัน รวมทั้งบริบทอื่น ๆ ด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมและทำให้ระบบไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นในระยะ



เปลี่ยนผ่าน สำหรับการซื้อบริการนั้นไม่เป็นจริงโดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐ เนื่องจากโครงสร้างองค์กรไม่เอื้อ

ส่วนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการคลังภายในจังหวัดนั้นกับศักยภาพและภาวะผู้นำของผู้บริหาร ศักยภาพขององค์กร ความสัมพันธ์เชิงกลไกในอดีต และบริบทของระบบบริการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดระดับของการตัดเงินเดือน รูปแบบการจ่ายเงินให้แก่เครือข่ายบริการ และการจัดสรรเงินภายในเครือข่ายบริการเอง การตัดเงินเดือนที่ระดับเครือข่ายและการจัดสรรแบบ Inclusive capitation นั้น ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบมากกว่าการตัดเงินเดือนระดับจังหวัดและการจัดสรรเงินแบบ Exclusive ทั้งในด้านความสัมพันธ์เชิงกลไกระหว่างเครือข่ายสถานภาพของบุคลากร ระบบการส่งต่อ และการเข้าถึงบริการของประชาชน รวมถึงผลกระทบต่อรายได้ของสถานีนอนามัยในเครือข่ายที่มีปัญหาด้านการเงิน อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะการตัดเงินเดือนและการจ่ายเงินจะเป็นแบบใด ล้วนไม่เหนี่ยวนำให้เกิดการเกลี้ยบุคลากรหรือการช่วยเหลือระหว่างเครือข่าย

สำหรับการจัดสรรเงินภายในเครือข่ายที่มีความหลากหลายซึ่งขึ้นกับความสัมพันธ์ในอดีตภายในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ก่อให้เกิดความสับสนอลหม่านในกลุ่มสถานีนอนามัย รูปแบบการจัดสรรตามค่าใช้จ่ายในอดีตอาจมีผลในด้านความมั่นคงและการดำเนินงานของระบบแต่ก็มีข้อเสียที่ไม่เหนี่ยวนำให้เจ้าหน้าที่ต้องมีการปรับตัว การจัดสรรในรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างค่าใช้จ่ายพื้นฐานและตามปริมาณบริการน่าจะมีเหมาะสมและมีผลดีมากกว่าการจัดสรรให้ตามค่าใช้จ่ายพื้นฐานในอดีตเพียงอย่างเดียว

การจัดสรรค่า การจัดสรรค่าบริการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว ประกอบกับขาดกระบวนการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการ การตามจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกในกรณีที่ส่งต่อในลักษณะอัตราเดียว (flat rate) ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่บริการนั้นมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าอัตราที่กำหนดและเกิดการผลักผู้ป่วย ส่วนการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRGs โดยที่มีได้นำจำนวนวันนอนและต้นทุนบริการมาปรับก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมสำหรับโรงพยาบาลต่างระดับกัน และเป็นปัญหาหลักของโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป

ประเด็นปัญหาหลักของการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิคือข้อจำกัดด้านกำลังคนทำให้สภาพการดำเนินงานที่เป็นอยู่ไม่ต่างจาก extended OPD หรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ต้องหมุนเวียนแพทย์ไปให้บริการปฐมภูมิซึ่งในเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไปมักเป็นแพทย์เฉพาะทาง (เกิดความด้อยประสิทธิภาพในระบบบริการด้วยคือใช้บุคลากรไม่เหมาะสมกับความ

สามารถ) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความเข้าใจในแนวคิดที่ถูกต้องของนโยบายและต้องเร่งดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดจึงจำเป็นต้องดำเนินการในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้สถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในชุมชนหนาแน่นและการคมนาคมสะดวกโดยเฉพาะสะดวกที่จะไปใช้บริการที่อื่น เหตุผลหนึ่งคือ เพื่อคัดคนไข้ไว้ไม่ให้ไปใช้บริการที่อื่น แต่ไม่ว่าศูนย์สุขภาพจะดำเนินการในลักษณะใดก็ตาม ประชาชนล้วนได้ประโยชน์ในการเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น โดยเฉพาะคนที่มีโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาในการเดินทาง

### 3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การปฏิรูปที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องเป็นการปฏิรูปแบบเบ็ดเสร็จรอบด้าน (comprehensive reform) การปฏิรูปเฉพาะส่วนที่เกิดขึ้นในโครงการนี้ ก่อให้เกิดอุปสรรคในการแปลงไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบกำลังคนและระบบโครงสร้างการบริหารจัดการร่วมด้วย

2. ในการแปลงไปสู่การปฏิบัติจำเป็นต้องมีแผนการปฏิรูปที่ชัดเจน แน่นนอน เป็นรูปธรรม มีการระดมความคิดเห็นและสร้างการมีส่วนร่วมจากกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการยอมรับและความเป็นเอกภาพ การขาดแผนการปฏิรูปที่ชัดเจนและแน่วนอนทำให้เกิดความไม่มั่นใจในนโยบาย เกิดความสั่นคลอนในกลุ่มเจ้าหน้าที่และอาจเกิดแรงต้านและเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ

3. เนื่องจากการปฏิรูปมักมีผลกระทบต่อสถานภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติการถ่ายทอดนโยบายจึงควรต้องเป็นเอกภาพและเป็นไปในเชิงบวกทั้งกับผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับปฏิบัติ โดยต้องเป็นการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน ไม่เป็นไปในทางใดทางหนึ่งเพียงด้านเดียว

4. ต้องสร้างและระดมแนวร่วมในการปฏิรูป ทั้งในกลุ่มผู้บริหารในส่วนกลาง จังหวัด ระดับปฏิบัติ และภาคประชาชน รวมถึงการสร้างแนวคิดและความเข้าใจที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องสิทธิของประชาชนระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโครงการระดับต่าง ๆ

5. กระบวนการตรวจสอบกำกับและการพิทักษ์สิทธิประชาชนขาดประสิทธิภาพและไม่เป็นจริงและขาดความเชื่อถือจากประชาชน เนื่องจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่นี้ขาดศักยภาพและอยู่อย่างภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการเดียวกันกับหน่วยบริการ จึงควรแยกบทบาทและองค์กรที่ทำหน้าที่ในการซื้อบริการและให้บริการจากกัน (Purchaser-Provider split)

6. ปัญหาศักยภาพขององค์กรและการขาดรูปแบบและแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจนในระดับจังหวัดเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ของโครงการ ดังนั้นจำเป็นต้องมีแผนการพัฒนาศักยภาพและรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนในด้านการบริหารจัดการโครงการ การบริหารจัดการระบบข้อมูล การจัดบริการปฐมภูมิ การสร้างเสริมสุขภาพ และอื่น ๆ

7. ศักยภาพและภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับจังหวัดและเครือข่ายถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบริหารจัดการโครงการ ดังนั้นผู้บริหารระดับจังหวัดและเครือข่ายควรผ่านกระบวนการคัดเลือกและการฝึกอบรมให้สามารถสร้างทักษะและความสามารถในการบริหารจัดการได้อย่างแท้จริง ภายใต้บริบทที่แตกต่างกันไป

8. การจัดสรรงบประมาณให้จังหวัดควรคำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านอุปสงค์และอุปทานที่สัมพันธ์กับความจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและให้ระบบสุขภาพสามารถดำเนินไปได้ในระยะเปลี่ยนผ่าน รวมทั้งต้องมีแผนการเกลี้ยกำลัคนและทรัพยากรที่เหมาะสม

9. ประชาชนควรมีสิทธิเลือกขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายใด ๆ และมีสิทธิเลือกจะใช้สิทธิของตนหรือไม่ หากจะให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการขึ้นทะเบียนควรกำหนดให้มีการตรวจสอบสุขภาพเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการเป็นโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย

10. รูปแบบการจัดสรรเงินให้เครือข่ายแบบ inclusive capitation ที่รวมเงินเดือนส่งผลลบบต่อคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการของประชาชน เนื่องจากเครือข่ายส่วนใหญ่ไม่มีศักยภาพในการให้บริการจนถึงที่สุดการรักษา การจ่ายแบบ exclusive จึงมีผลเสียน้อยกว่า

11. รูปแบบการจ่ายเงินในกรณีส่งต่อข้ามจังหวัดและกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่กำหนดให้ในอัตราเฉลี่ยเดียวนั้นไม่เหมาะสม เนื่องจากงูใจให้เกิดการจำกัดบริการและมีผลกระทบต่อประชาชน ควรให้เป็นการเรียกเก็บในอัตราที่สะท้อนต้นทุนของหน่วยให้บริการ

12. ระบบข้อมูลการประกันสุขภาพถือเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารและการจัดหลักประกันสุขภาพ ทั้งในการกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดทำงบประมาณ และกระบวนการตรวจสอบกำกับเครือข่ายบริการ โดยระบบข้อมูลที่จำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์พร้อมใช้งานคือ ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ การบริการ และต้นทุนการให้บริการแต่ละประเภท

ฐิติ ชัยนาม(2545)<sup>(19)</sup> ทำการศึกษาเรื่อง กระบวนการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบกระบวนการในการกำหนดนโยบายปัจจัยและบทบาทของกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีผลผลักดันนโยบายนี้ การศึกษา



ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยอาศัยแหล่งข้อมูลจากเอกสาร และการสัมภาษณ์บุคคล หรือตัวแทน กลุ่มชนชั้นนำ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มงานสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้มีการเคลื่อนไหวศึกษาแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาก่อนช่วง 3-4 ปี สืบเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7-8 ที่มุ่งสร้างหลักประกัน 100% แก่ประชาชน ประกอบกับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ค้ำประกันสิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียม ยังรวมถึงกระแสการปฏิรูปการเมือง การศึกษา ระบบราชการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข

ในขณะที่คณะทำงานฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขดำเนินอยู่นั้น พรรคไทยรักไทยได้นำแนวความคิดนี้ไปประกาศเป็นนโยบาย ภายใต้คำขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยไม่มีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน เมื่อ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี จึงต้องเร่งผลักดันให้นโยบายออกมาเป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติอย่างเร่งด่วน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีบทบาทในการรับสนองนโยบาย แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายนี้ เช่น โรงเรียนแพทย์ สำนักงานประกันสังคม กลับมีบทบาทในการร่วมคิดร่วมทำด้วย

นโยบายนี้จึงเป็นนโยบายที่ขาดความสมเหตุสมผลในทางวิชาการอยู่ เพราะมีแรงผลักดันจากฝ่ายการเมืองเป็นสำคัญ

ข้อเสนอจากการศึกษาครั้งนี้คือ การที่รัฐบาลจะกำหนดนโยบายทุกครั้ง ควรมีการปรึกษาหารือเพื่อวางแผนแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนจากผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่าย เพื่อให้นโยบายนี้มีการดำเนินไปได้ด้วยดี อย่างไรก็ตาม ปัญหาในทางปฏิบัติที่อาจพบได้หลายประการ เช่น ระบบฐานข้อมูลประชากรที่ซ้ำซ้อน การเปลี่ยนวิธีการจ่ายงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลรูปแบบใหม่ อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพงานบริการโดยตรง ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของประชาชนอาจจะไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความสับสน สร้างความขัดแย้งได้ งบประมาณในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านอาจจำเป็นต้องจัดหาเพิ่มเติมไว้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน องค์การที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแลคุณภาพต้องทำงานอย่างจริงจัง เข้มแข็ง และรัฐควรมีมาตรการรองรับกรณีที่สถานพยาบาลบางแห่งอาจต้องปิดกิจการ หรือรองรับการโอนย้าย ผ่องถ่ายบุคลากรเพื่อความเหมาะสม สุดท้ายนั้น โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค อาจเป็นเพียงแค่การสร้างความอบอุ่นใจให้หลักประกันแก่ผู้ยากจนผู้ด้อยโอกาสเท่านั้น แต่ไม่สามารถพัฒนาสู่

แนวความคิดการ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ หรือแม้กระทั่งผู้ที่ได้ประโยชน์ที่แท้จริง อาจเป็นคนที่มีความรู้ ซึ่งส่วนมากมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ศุภลลิตี พรพรรณารุณทนต์ และคณะ(2543)<sup>(1)</sup> ได้ศึกษาความเป็นไปได้และทางเลือกของ ระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่ความเร่งด่วนยังอยู่ใน ระดับปานกลางถึงมาก ลักษณะที่ควรเป็นของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ครอบคลุมคนไทย ทุกคนด้วยวิธีการภาคบังคับ จึงต้องตราเป็นพระราชบัญญัติ แหล่งการคลังการผสมผสาน แต่ จากภาครัฐเป็นหลักใหญ่ เช่น 75% มาจากภาครัฐ สิทธิการคุ้มครองเริ่มจากสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานและขยายไปสู่การเจ็บป่วยถึงขั้นล้มละลาย ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้เอกชนเข้ามาแข่งขันให้บริการ แต่ต้องมีการควบคุมรายจ่ายอย่างเหมาะสม องค์การที่รับผิดชอบนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ควรเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐและเมื่อวิเคราะห์งบประมาณด้านสุขภาพที่ใช้อย่าง กระจัดกระจายในปัจจุบัน มีมากถึง 8 หมื่นล้านบาท ดังนั้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีความเป็นไปได้ทางการเงิน และด้วยทางเลือกที่เหมาะสม

กรวิก ช.สรพงษ์ และคณะ(2544)<sup>(20)</sup> ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินนโยบายหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคกรณีศึกษา : จังหวัดยโสธร ปี 2544 พบว่า ผลการ ศึกษาในกลุ่มผู้บริหาร มีความเห็นด้วยและยอมรับนโยบายว่ามีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา ของภาพรวมประเทศและจังหวัดยโสธร จึงได้มีการสนองตอบต่อนโยบายโดยการนำไปปฏิบัติใน พื้นที่ตนเองอย่างเต็มความสามารถ ปัจจัยที่คิดว่าจะสามารถช่วยให้พื้นที่ดำเนินการได้ค่อนข้าง ราบรื่น และประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความชัดเจนของนโยบาย การสนับสนุนทรัพยากรให้ทัน เวลาและเพียงพอ การกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การประสานงาน และความร่วมมือของหน่วยงานอื่น ๆ ภาคเอกชนและประชาชน อีกทั้งการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เช่น การวางแผนการทำงาน การเตรียมพร้อมด้านฐานข้อมูล อีกทั้งการติดตามเพื่อให้มีการแก้ไข ปัญหาอย่างทัน่วงที

ผลการศึกษาในกลุ่มบุคลากรและกลุ่มประชาชน พบว่า มีการยอมรับนโยบายและเห็นว่าเป็นนโยบายที่สามารถเพิ่มหลักประกันให้กับประชาชนได้ อีกทั้งกลุ่มบุคลากรและประชาชน ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำงานอยู่ในเกณฑ์มาก ในการปฏิบัติตามนโยบายครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสามารถปฏิบัติได้ถึงแม้ว่าจะยังไม่ได้รับการสนับสนุน

ทรัพยากรใด ๆ เพิ่มเติมในช่วงแรกของการดำเนินการเลยก็ตาม อาจจะมีปัญหาในเชิงปริมาณของทรัพยากรที่ให้ความเห็นว่าเป็นเพียงพอ เช่น บุคลากร ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ งบประมาณและค่าตอบแทน สวัสดิการ แรงจูงใจ เป็นต้น ส่วนด้านคุณภาพของบุคลากรนั้น จากข้อมูลสนับสนุนว่าบุคลากรมีความพร้อมด้านคุณภาพ โดยที่มีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอในการบริการ

ปัจจัยด้านโครงสร้างขององค์กรกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าโครงสร้างเดิมเหมาะสมสามารถปฏิบัติตามนโยบายได้ แต่ควรมีการปรับเปลี่ยนกรอบอัตรากำลัง ความก้าวหน้า ให้ยืดหยุ่นเหมาะสมกับแต่ละหน่วยงานได้ และจากที่มาของนโยบายที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชน ทำให้พรรคการเมืองนำมาชูกเป็นนโยบายในการหาเสียงจนได้รับเอกเป็นรัฐบาลนำมาสู่การปฏิบัติ ก่อให้เกิดกระแสตื่นตัวประชาชนให้ความสนใจและการมีส่วนร่วมของประชาชน และหน่วยงานอื่น ๆ จะอยู่ในรูปการช่วยด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ในส่วนความคิดเห็นของประชาชน ก็เห็นว่าหน่วยงานได้จัดให้มีโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการอยู่ในเกณฑ์มาก

ในกระบวนการดำเนินงาน พบว่า จังหวัดยโสธรมีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนและค่อนข้างครอบคลุม ได้แก่ การขึ้นทะเบียนและออกบัตร การจัดหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบโดยเฉพาะ การประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ สามารถสรุปจุดเด่นและจุดด้อยในการดำเนินงานหลายประการ ที่สามารถนำไปเป็นประโยชน์หรือข้อควรตระหนักในการเตรียมความพร้อมของพื้นที่อื่น ๆ ได้

การศึกษาครั้งนี้ได้วัดผลผลิตใน 2 ประเด็น คือ จังหวัดยโสธรสามารถให้หลักประกันสุขภาพประชาชนได้อย่างครอบคลุม และวัดระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มาก ในทุก ๆ ด้าน อาทิ ความสะดวกสบายในการรับบริการคุณภาพการให้บริการ เวลาในการบริการ ฯลฯ

อিবรอฮีม เชะบากอ(2544)<sup>(21)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขต่อโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดยะลา พ.ศ.2544 โดยศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชน ได้แก่ เพศ, ศาสนา, ภูมิฐานะ, การรับรู้ข้อมูล, แหล่งข้อมูลประชาสัมพันธ์ และความรู้เกี่ยวกับโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 และส่วนของบุคลากร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของบุคลากร ได้แก่ เพศ, สถานที่ปฏิบัติงาน พื้นที่ในการปฏิบัติงาน และความรู้เกี่ยวกับโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

เลิศศักดิ์ อ่อนสอาดและสุจิตรา นิลเลิศ(2545)<sup>(22)</sup> การศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุข และการประเมินความพึงพอใจของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี ภายหลังจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) มาแล้ว 6 เดือน จำนวน 3,201 หลังคาเรือน พบว่า ทางด้านพฤติกรรมการใช้บริการถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยรับบริการที่สถานีนอมาัยร้อยละ 56.6 และเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงรับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 77.6 โดยมีเหตุผลคือสะดวกใกล้บ้าน เสียค่าใช้จ่ายน้อย มีการใช้สิทธิรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการร้อยละ 99.4 ส่วนที่ไม่ใช้สิทธิมีเหตุผลว่า กลัวได้รับการรักษาไม่ดี ไม่ใช่สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร และยังไม่เห็นหลักประกันสุขภาพ ในส่วนความคิดเห็นต่อโครงการฯ ร้อยละ 80 ควรออกบัตรให้กับคนไทยทุกคนไม่ว่าคนจนหรือคนรวย , ต้องใช้หลักฐานแสดงความเป็นคนไทย , สถานพยาบาลในโครงการฯ ให้บริการที่ดีมีคุณภาพ, ให้ยาที่ดีมีคุณภาพ และหากต้องการอยู่ห้องพิเศษต้องจ่ายค่าห้องเอง, ควรให้สถานพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนที่มีแพทย์เป็นผู้ตรวจรักษาเข้าร่วมโครงการ ฯ, โครงการ 30 บาท ได้ผลดีมาก, ควรให้ประชาชนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลเอง, การส่งเสริมสุขภาพเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยดีกว่าปล่อยให้เจ็บป่วยก่อนแล้วมารักษา

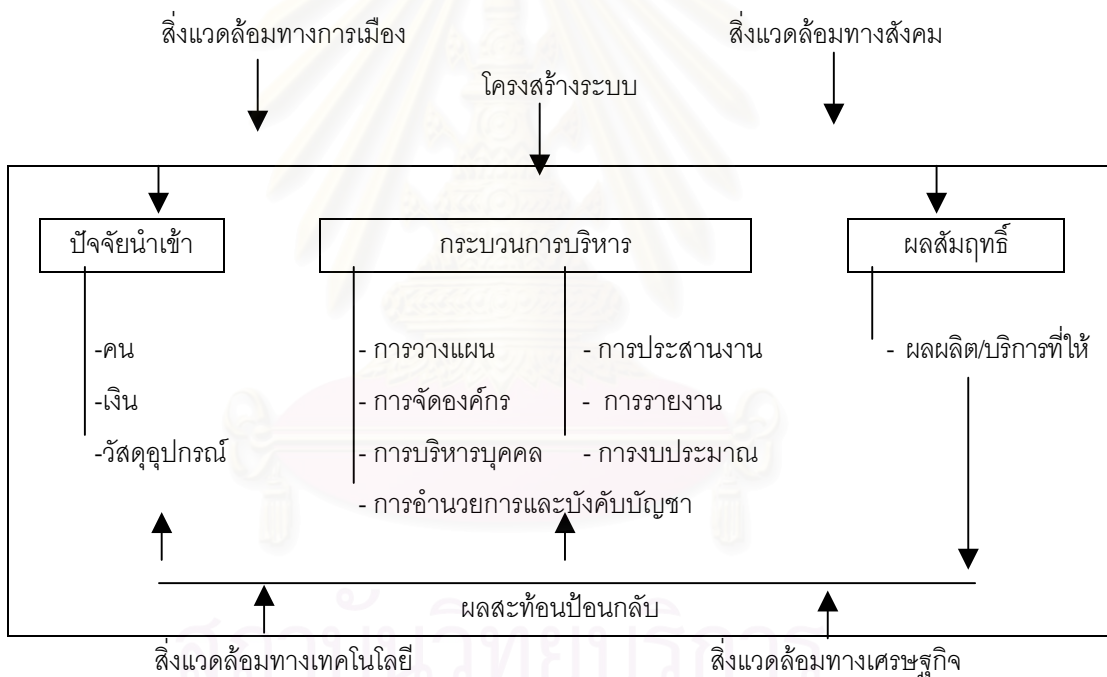
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับโครงสร้างระบบการบริหารสาธารณสุข

แนวคิดที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการแสดงความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ โครงสร้างระบบการบริหารสาธารณสุข การบริหารสาธารณสุขนั้นมีส่วนประกอบของโครงสร้างเหมือนกับการบริหารงานอื่น คือ มีลักษณะเป็นระบบ อันประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ที่สำคัญ 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

- 1) ปัจจัยนำเข้า (input)
- 2) กระบวนการ (process)
- 3) ผลสัมฤทธิ์ (output)

นอกจากนี้ส่วนต่าง ๆ ทั้ง 3 ส่วนดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลกระทบจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก ดังแผนภูมิระบบการบริหารต่อไปนี้



1. **ปัจจัยนำเข้า** เป็นส่วนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการบริหาร สำหรับในระบบการบริหารสาธารณสุขนั้น ปัจจัยนำเข้าหมายถึง ทรัพยากรการบริหาร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข งบประมาณสาธารณสุข วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ซึ่งรวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ สถาบันบริการสาธารณสุขและวิธีการบริหารที่เหมาะสมกับระบบงานสาธารณสุข

2. **กระบวนการบริหาร** เป็นขั้นตอนการจัดการที่ช่วยให้งานดำเนินไปบรรลุตามวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวกและ การบังคับบัญชา การประสานงาน การรายงาน และการงบประมาณ สำหรับงานสาธารณสุข



นั้นก็ขึ้นตอนของกระบวนการบริหารเช่นเดียวกันกับการบริหารงานอื่น ๆ คือ เริ่มด้วยการวางแผนงานสาธารณสุขโดยยึดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก จากนั้นก็จัดองค์การสาธารณสุขต่าง ๆ ตามหลักการจัดองค์การที่ดีโดยมีการตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกัน กำหนดตัวบุคลากรตามความรู้ ความสามารถ มอบหมายอำนาจหน้าที่ตามความเหมาะสมและวางแผนการควบคุม บัญชาให้ถืออำนาจต่อการประสานงานและการรายงานผลการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงาน

**3. ผลสัมฤทธิ์** หมายถึง ผลผลิตหรือบริการที่ให้แก่ประชาชน ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวแปรในการประเมินผลงานโดยการนำไปเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ สำหรับงานสาธารณสุขนั้นผลสัมฤทธิ์ก็คือบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้แก่ประชาชนซึ่งส่งผลกระทบต่ออนามัยของชุมชนหรือประเทศชาตินั่นเอง

ผลสัมฤทธิ์นี้จะเป็นสิ่งบ่งชี้ให้ทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารสาธารณสุข รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งอาจใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงการจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรการบริหารและ/หรือขั้นตอนของกระบวนการบริหารสาธารณสุขต่อไป

นอกจากนี้ความสำเร็จของระบบการบริหารสาธารณสุขอาจได้รับอิทธิพลกระทบจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกอีกหลายประการ เช่น

3.1 ระบบการเมือง ได้แก่ การปกครอง กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เป็นต้น

3.2 ระบบสังคม ได้แก่ โครงสร้างประชากร ทัศนคติ ความต้องการ การศึกษา ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยม เป็นต้น

3.3 ระบบเศรษฐกิจ ได้แก่ การซื้อขาย การลงทุน แรงงาน ค่าจ้าง รายได้ ผลผลิต นโยบายเกี่ยวกับงบประมาณและภาษีเงินได้ เป็นต้น

3.4 เทคโนโลยีสมัยใหม่ ได้แก่ วิทยาการทางอุตสาหกรรม และสมองกล เป็นต้น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อระบบการบริหารงานอย่างมาก เพราะระบบงานส่วนมากมีลักษณะเฉพาะคือ เป็นระบบเปิดที่ประกอบขึ้นด้วยระบบหรือส่วนย่อย ๆ หลายส่วนโดยแต่ละส่วนมีลักษณะเป็นพลวัตคือ เปลี่ยนแปลงเสมอ และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันและกัน ซึ่งก็มีความหมายว่า หากส่วนหนึ่งส่วนใดของระบบได้รับอิทธิพลกระทบย่อมมีผลต่อส่วนอื่น ๆ ภายในระบบด้วยเช่นกัน

### ปัจจัยด้านกำลังคน

กำลังคนหรือบุคลากรสาธารณสุข หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารหน่วยงานสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุข การสอนวิชาการสาธารณสุข และการศึกษาวิจัยทางสาธารณสุขในหน่วยงานของรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ เทศบาลและเอกชน ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

กำลังคน อาจแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ตามตำแหน่งหน้าที่และความชำนาญเฉพาะทางได้มากมายหลายประเภทด้วยกัน ซึ่งรวมทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรง เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผดุงครรภ์ โภชนาการ นักสุขศึกษา นักสุขภาพบาล พยาบาลเชิงปฏิบัติ พยาบาลสาธารณสุข เป็นต้น และนอกจากนี้ยังมีผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือหรือสนับสนุนบริการรักษาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงอีกจำนวนมาก เช่น เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ เจ้าหน้าที่เทคนิค เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ฯลฯ

จากการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วนั้น ก็พบว่ายังไม่สามารถทำให้งานสาธารณสุขสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างเต็มที่ เพราะชุมชนยังไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ฉะนั้นเพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543 ตามคำขวัญขององค์การอนามัยโลก การพัฒนางานสาธารณสุขตามหลักของการสาธารณสุขมูลฐานจึงมุ่งเน้นที่ความร่วมมือของชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขทุกขั้นตอนตั้งแต่การค้นหาปัญหา การตัดสินใจเลือกปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การดำเนินงาน และการประเมินผลงาน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นจุดเริ่มต้นให้มีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านขึ้นอีก 2 ประเภท เรียกว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งปฏิบัติงานภายใต้การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขในรูปของอาสาสมัคร

นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งสังกัดกระทรวงอื่น ๆ อีกหลายประการ เช่น หมออาสาสมัครหมู่บ้านของกระทรวงกลาโหม แพทย์ประจำตำบลของกระทรวงมหาดไทย เจ้าหน้าที่ทางการเกษตรของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และผู้ที่ทำการสอนตามสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัย เป็นต้น

ฉะนั้นจะเห็นได้ว่างานสาธารณสุขนั้นเป็นงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของบุคลากรมากมายหลายประเภทด้วยกัน ไม่แต่เพียงเฉพาะบุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ยังรวมถึงเจ้าหน้าที่ของกระทรวงอื่น ๆ ตลอดจนฝ่ายเอกชนและอาสาสมัครในชุมชนอีกด้วย ดังนั้น

การบริหารทรัพยากรกำลังคนสาธารณสุขจึงมีความยุ่งยากสลับซับซ้อน และสำคัญที่สุดสำหรับผู้บริหารงานสาธารณสุขทุกระดับ

โดยปกติ ทรัพยากรด้านกำลังคนนั้นนับว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดสำหรับการบริหารงาน คือ สำคัญกว่าเงินหรืออุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้หรือวิธีการบริหารต่าง ๆ เพราะว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในอดีตหรือกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นผลจากการกระทำของมนุษย์ทั้งสิ้น ฉะนั้นหากไม่มีทรัพยากรกำลังคนแล้ว ทรัพยากรการบริหารอื่น ๆ ก็จะไม่มีความหมายใด ๆ เลย

เหตุผลอีกประการหนึ่งที่สนับสนุนว่าการบริหารทรัพยากรกำลังคนมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนและสำคัญที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการบริหารทรัพยากรประเภทอื่นก็คือ คนที่ปฏิบัติงานทุกคนนั้นมีชีวิตจิตใจ มีความรู้สึกนึกคิดเป็นของตัวเอง มีความต้องการและทะเยอทะยานที่แตกต่างกัน ฉะนั้นการบริหารทรัพยากรกำลังคนจึงต้องคำนึงถึงหลักความจริงที่ว่า คนไม่ใช่สิ่งของมีส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน การกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกทุกอย่างมีสิ่งกระตุ้นหรือเหตุจูงใจเสมอ

ส่วนความสำเร็จในการบริหารทรัพยากรกำลังคนนั้นมีหลักปฏิบัติสำคัญที่ผู้บริหารงานจำเป็นต้องทราบและดำเนินการ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1. *การวางแผนกำลังคน (Manpower Planning)* เป็นกระบวนการตีความระหว่างวัตถุประสงค์และความต้องการของหน่วยงาน เพื่อดำเนินการกำหนดแผนการใช้กำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต โดยอาศัยหลักการประสานกิจกรรมของงานทำให้เกิดการประสานกลมกลืนกันระหว่างงานและผู้ร่วมงานตลอดถึงการคาดคะเนฐานะทางเศรษฐกิจและการตลาดทำการวิจัยเพื่อการพัฒนาและแก้ไขแผนให้เหมาะสม

2. *การทรัพยากรกำลังคน (Manpower Forecasting)* ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความต้องการด้านกำลังคนทั้งจำนวนประสิทธิภาพความชำนาญงานและการผสมผสานของอาชีพ รวมไปถึงการโยกย้าย การเลื่อนขั้น และการศึกษาเพิ่มเติม

3. *การใช้กำลังคน (Manpower Utilization)* โดยการพิจารณาถึงความรู้ ความสามารถ การศึกษา ความชำนาญงานและความถนัด ทั้งนี้ก็เพื่อประสิทธิภาพในการมอบหมายและแต่งตั้งให้ตรงกับคุณสมบัติของบุคคล

4. *การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development)* ควรพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้ ความชำนาญ และความสามารถ มีการเสริมสร้างให้บุคคลมีทักษะและสามารถพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับการงานอาชีพและสังคมแวดล้อม รู้จักปรับตัวในทุกสถานการณ์



ในงานสาธารณสุขก็เช่นเดียวกันจะต้องใช้หลักการบริหารบุคลากรสาธารณสุขเหมือนกับการบริหารกำลังคนประเภทอื่น ๆ คือ การวางแผนกำลังคน การพยากรณ์กำลังคน การใช้กำลังคน และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

### ปัจจัยด้านการเงินและงบประมาณ

การเงินเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญประการหนึ่งต่อการบริหารงาน เพราะการที่จะให้ได้มาซึ่งกำลังคนที่ดีมีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะปฏิบัตินั้นต้องอาศัยเงินหรืองบประมาณเพื่อเป็นค่าจ้างเนื่องจากไม่มีผู้ใดจะเต็มใจทำงานโดยไม่รับค่าตอบแทน และนอกจากนี้เงินยังเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการซื้ออุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เพื่อการดำเนินงานของสำนักงานอีกด้วย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเงินเป็นทรัพยากรการบริหารที่จำเป็นอีกประการหนึ่งซึ่งเปรียบเสมือนน้ำมันหล่อลื่นที่ช่วยให้กลไกอื่นในระบบการบริหารมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้นนั่นเอง

“งบประมาณ” ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 หมายถึง “บัญชีหรือจำนวนเงินที่กำหนดไว้เป็นรายรับและรายจ่าย” ฉะนั้นการงบประมาณก็คือการจัดการเกี่ยวกับเงิน ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญประการหนึ่งของผู้บริหารงานทุกระดับ

การงบประมาณนี้ นอกจากจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหารที่จะต้องจัดการแล้ว ยังอาจใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารงานได้อีกด้วย เพราะการงบประมาณมีประโยชน์ทั้งในด้านการวางแผนและการควบคุมงานคือมีส่วนช่วยในการ

1) คาดคะเนให้ทราบถึงความต้องการและทรัพยากรที่จะต้องใช้ในอนาคตของหน่วยงานและ

2) จัดสรรและวางระบบการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นกรป้องกันการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ประหยัดทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดและทำให้เกิดการประสานงานที่ดี

ผู้บริหารงานสาธารณสุขทุกคนก็เหมือนกับผู้บริหารงานประเภทอื่น ๆ ที่ต่างต้องรับผิดชอบในการจัดหาและจัดทำงบประมาณสาธารณสุข พร้อมทั้งบริหารและควบคุมการใช้จ่ายต่างๆ ให้อยู่ในขอบเขตแห่งอำนาจที่กฎหมายกำหนดให้ สำหรับแหล่งที่มาของงบประมาณสาธารณสุขนั้นก็เช่นเดียวกันกับงบประมาณอื่น ๆ คือ ส่วนใหญ่มาจากงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการจัดสรรตามลักษณะความจำเป็นและนโยบายของประเทศ โดยปกติงบประมาณสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนาจะอยู่ระหว่างร้อยละ 3-6 ของงบประมาณแผ่นดิน

แหล่งเงินที่สำคัญนอกเหนือจากงบประมาณแผ่นดินได้แก่เงินรายได้ เงินบริจาคของภาคเอกชน และความช่วยเหลือจากองค์การต่างประเทศหรือระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ องค์การเอไอดี เป็นต้น

### การจัดทำงบประมาณ

ในการจัดทำงบประมานนั้น ผู้บริหารจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- 1) ความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานในปัจจุบัน
- 2) ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการขยายกิจการของหน่วยงานในอนาคต
- 3) ความต้องการในการประสานกิจกรรมของงานที่กำลังกระทำอยู่และที่จะกระทำ

ในอนาคตให้สมดุลซึ่งกันและกัน

**กระบวนการจัดทำงบประมาณ** มีขั้นตอนสำคัญที่ผู้บริหารต้องทราบ 3 ประการ ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** เป็นการจัดเตรียมขั้นแรกโดยให้แต่ละแผนกหรือหน่วยงานย่อยร่างงบประมาณสำหรับหน่วยงานของตนอย่างหยาบ ๆ แสดงถึงกิจกรรมและวงเงินที่ต้องการในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เสนอขึ้นมาตามระดับชั้นการบริหารงาน เพื่อนำมาประชุมพิจารณาถึงความเหมาะสมเป็นงบประมาณรวมของหน่วยงานหรือองค์การ

2. **ขั้นนำเสนองบประมาณ** เป็นการเสนอแผนการใช้จ่ายเงินขององค์การต่าง ๆ ไปยังหน่วยงานกลางคือสำนักงบประมาณ เพื่อวิเคราะห์และตรวจสอบความเป็นไปได้ในการใช้จ่ายเงินขององค์การต่าง ๆ ก่อนที่จะนำเสนอต่อรัฐสภาเพื่อขออนุมัติ

3. **ขั้นดำเนินการตามงบประมาณ** เมื่อได้รับอนุมัติเงินงบประมาณแล้วหน่วยงานหรือองค์การต่าง ๆ ก็จะดำเนินงานตามแผนการที่กำหนดไว้ต่อไป

ในการบริหารการเงินและงบประมาณด้านสาธารณสุขก็เช่นเดียวกัน จะต้องยึดหลักการจัดทำงบประมาณ 3 ขั้นตอน ซึ่งได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นนำเสนอ และขั้นดำเนินการ เพื่อการได้มาซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารกิจกรรมสาธารณสุขทุก ๆ ระดับ

### ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และสถานบริการ

นอกจากปัจจัยทรัพยากรการบริหารด้านกำลังคนและเงินแล้ว วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และสถานบริการก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการบริหารสาธารณสุข

ให้เป็นไปตามแผนและบรรลุมิติวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพราะการดำเนินงานทุกประเภทรุนั้นถึงแม้จะมีคนและเงินพร้อม แต่ถ้าขาดวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ก็ไม่สามารถดำเนินไปสู่จุดหมายตามที่ตั้งใจไว้ได้ โดยเฉพาะงานทางด้านสาธารณสุขด้วยแล้ว การปฏิบัติงานเกือบทุกขั้นตอนต้องใช้เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีลักษณะเฉพาะหลายชนิด เช่น เครื่องเอกซเรย์ เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องทำฟัน เครื่องช่วยหายใจ เครื่องถ่ายเลือด และเครื่องมือพิเศษชนิดอื่น ๆ ที่ใช้ช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาโรคและความผิดปกติต่าง ๆ นอกจากนี้วัสดุและอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น ยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ ตลอดจนเครื่องมือใช้ที่จำเป็นสำหรับสำนักงานต่าง ๆ ก็มีส่วนช่วยในการสนับสนุนให้การบริหารสาธารณสุขดำเนินไปอย่างราบรื่นด้วย

อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ดังกล่าวอาจเรียกรวมกันว่า “พัสดุ” ซึ่งหมายถึงสิ่งจำเป็นทั้งปวงที่จัดหาไว้ในหน่วยงานเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภทดังต่อไปนี้

1. **ครุภัณฑ์** หมายถึง เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งของต่าง ๆ ที่มีอายุการใช้งานนาน ๆ มีความหมายทนถาวร และส่วนใหญ่มีราคาค่อนข้างแพงเมื่อเทียบราคาต่อหน่วย

2. **วัสดุ** หมายถึง เครื่องใช้และสิ่งของที่สิ้นเปลืองต่าง ๆ ที่มีอายุการใช้งานสั้น และมักจะมีราคาถูกเมื่อเทียบราคาต่อหน่วย

การแยกประเภทของพัสดุว่าเป็นครุภัณฑ์หรือวัสดุนี้ ส่วนใหญ่พิจารณาจากอายุการใช้งานเป็นหลัก สำหรับราคารุนั้นไม่ค่อยแน่นอนเท่าใดนัก เพราะวัสดุที่ใช้ในทางการแพทย์บางชนิดมีราคาแพงแต่จัดอยู่ในประเภทวัสดุ เพราะเป็นสิ่งที่ใช้แล้วหมดไปหรือที่เรียกเป็นของใช้สิ้นเปลือง

อย่างไรก็ตามพัสดุที่ใช้ในงานสาธารณสุขทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นครุภัณฑ์หรือวัสดุสิ้นเปลืองผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงในการจัดการก็คือ ผู้บริหารสาธารณสุขทุกระดับ ที่จะต้องมีความรอบรู้สามารถบริหารพัสดุต่าง ๆ ให้ดีที่สุดโดยต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพและการประหยัดเป็นสำคัญ

การบริหารพัสดุนั้นมีขั้นตอนที่ผู้บริหารสาธารณสุขต้องทราบ 5 ประการ ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** เป็นการประมาณปริมาณพัสดุที่ต้องการใช้ในหน่วยงานทุกประเภท ซึ่งสามารถทำได้โดยอาศัยข้อมูลรายงานด้านพัสดุที่มีอยู่และ/หรือการพยากรณ์หรือคาดคะเนว่า จะต้องใช้ของอะไรมากน้อยเพียงใดในช่วงเวลาที่กำหนด

**ขั้นตอนที่ 2** เป็นการจัดหาพัสดุตามปริมาณ และชนิดของสิ่งของให้ตรงตามรายละเอียดที่ระบุไว้ ซึ่งอาจเป็นการสั่งซื้อโดยตรง หรือการยื่นซองประกวดราคาขึ้นอยู่กับกฎระเบียบเกี่ยวกับพัสดุที่กำหนดไว้

**ขั้นตอนที่ 3** เป็นการแจกจ่ายพัสดุให้หน่วยงานอื่น ๆ ตามที่ต้องการหลังจากได้ตรวจสอบสภาพเรียบร้อยแล้ว

**ขั้นตอนที่ 4** เป็นการบำรุงรักษาพัสดุ ซึ่งรวมถึงการกระทำทุกอย่างที่มุ่งเพื่อระวังรักษาป้องกัน หรือแก้ไขเครื่องมือเครื่องใช้ให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ตลอดเวลา

**ขั้นตอนที่ 5** เป็นการจำหน่ายพัสดุ อันหมายถึง การปลดเปลื้องความรับผิดชอบเกี่ยวกับวัสดุและครุภัณฑ์ที่ชำรุดใช้การไม่ได้ เนื่องจากเสื่อมสภาพ ล้าสมัย หรือสูญหาย โดยการตัดยอดออกจากบัญชีควบคุมพัสดุด้วย การขาย แลกเปลี่ยน ทำลายหรือโอนให้กับหน่วยงานอื่น

ส่วนสถานบริการหรือสถาบันทางการสาธารณสุขนั้นก็มีความสำคัญต่อการบริหารสาธารณสุขมากเช่นเดียวกับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้อื่น ๆ เพราะเป็นถาวรวัตถุที่มีราคาสูง และการก่อสร้างต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ตลอดเวลา

### **ปัจจัยด้านเทคนิคและวิธีการ**

เทคนิคและวิธีการบริหารเป็นปัจจัยนำเข้าไปที่สำคัญประการหนึ่งสำหรับระบบการบริหารงานที่ผู้บริหารทุกคนจะต้องศึกษาให้เข้าใจอย่างละเอียด เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์และใช้ในการบริหารจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรด้านกำลังคน เงิน และวัสดุเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ดังที่กล่าวแล้วในตอนต้นว่าการบริหารงานนั้นเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ของการจัดการ ฉะนั้นเพื่อสะดวกต่อการศึกษาควบรวมการบริหารออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นวิธีการบริหารหรือเป็นศาสตร์ และส่วนที่เป็นเทคนิคและศิลปะการบริหาร

#### **1. วิธีการหรือศาสตร์ของการบริหาร**

วิธีการหรือศาสตร์ของการบริหาร หมายถึง หลักหรือกระบวนการบริหารที่เป็นที่รู้จักและยอมรับกันทั่วไปในวงการนักบริหาร ดังที่ศาสตราจารย์กิลลิค (Luther Gulick) และศาสตราจารย์เออร์วิค (Lundal Urwick) ได้สรุปไว้ใน “Paper on the Science of Administration” ในปี พ.ศ. 2480 (ค.ศ.1937) ว่ามีกิจกรรมที่สำคัญ 7 ประการ หรือที่เรียกกันย่อ ๆ ว่า “POSDCORB Model” ดังต่อไปนี้

1.1 การวางแผน (P = Planning) ว่าต้องการจะทำอะไร ทำไมจะต้องทำ จะทำที่ไหน จะทำเมื่อใด จะทำอย่างไร และใครจะเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2 การจัดองค์การ (O = Organizing) ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดโครงสร้างของหน่วยงาน กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดตำแหน่งงาน ประสานงาน มอบอำนาจ และหน้าที่ ความรับผิดชอบ

1.3 การบริหารงานบุคคล (S = Staffing) ด้วยการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้เหมาะสมและเพียงพอกับงานที่จะต้องปฏิบัติโดยพิจารณากรอบอัตรากำลังคนที่กำหนด การคัดเลือก บรรจุ ปฐมนิเทศ และพัฒนาทักษะ

1.4 การอำนวยการ (D = Directing) หรือการบังคับบัญชา ซึ่งรวมทั้งการควบคุมงานนิเทศงาน สร้างมนุษยสัมพันธ์และจูงใจ รวมถึงการตัดสินใจเพื่อการวินิจฉัยสั่งการที่ถูกต้อง

1.5 การประสานงาน (CO = Coordinating) เพื่อดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและราบรื่น ช่วยแก้ปัญหาข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ เชื่อมอำนาจสนับสนุนเกื้อกูลกันและกัน ไม่ซ้ำซ้อนหรือเกิดช่องว่าง ผู้ร่วมงานทุกคนมีความเข้าใจกัน ทั้งด้านการปฏิบัติงานและการดำรงชีพ

1.6 การรายงานผลการปฏิบัติงาน (R = Reporting) เป็นส่วนหนึ่งของระบบการติดต่อสื่อสารที่จำเป็นของหน่วยงานที่ต้องจัดให้มีขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้สำหรับการประเมินผลความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน

1.7 การงบประมาณ (B = Budgeting) ซึ่งเป็นการจัดการเกี่ยวกับระบบการเงินของหน่วยงานอันรวมถึงการเตรียมขออนุมัติ การจัดสรร การใช้จ่าย และการตรวจสอบงบประมาณ

กิจกรรมการบริหารทั้ง 7 ประการนี้ เป็นวิธีที่ยอมรับกันว่าเป็นศาสตร์ของการบริหารงาน ซึ่งมีระเบียบและขั้นตอนการปฏิบัติที่แน่นอนและพิสูจน์ได้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการบริหารงานเมื่อยึดหลักเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้

## 2. เทคนิคและศิลปะของการบริหาร

เทคนิคและศิลปะของการบริหารเป็นสิ่งที่ผู้บริหารนำมาใช้ประกอบหรือเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารกิจกรรมที่รับผิดชอบให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่มีหรือไม่มีหลักเกณฑ์การปฏิบัติที่แน่นอนก็ได้ สำหรับการนำไปใช้ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับทักษะหรือประสบการณ์ของผู้บริหารที่จะต้องพิจารณาและวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมเพื่อให้สอดคล้องกับประเภทของงานและความต้องการของผู้ร่วมงานและสังคมแวดล้อม ฉะนั้นการเลือกใช้เทคนิคและศิลปะของ



การบริหารงานนั้นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมเป็นสำคัญ เพราะเทคนิคที่ดีและก้าวหน้าที่สุดบางครั้งอาจจะไม่เหมาะสมก็ได้ เช่น อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไป หรือยากต่อการเข้าใจ และไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เป็นต้น

ส่วนเทคนิคการบริหารที่นักบริหารนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารนั้นมีมากมายหลายประการ แต่ที่สำคัญและนิยมใช้กันทั่วไป มีดังต่อไปนี้

1. เพิร์ต เทคนิค (PERT = Program Evaluation and Review Technique)
2. โอดี เทคนิค (OD = Organization Development)
3. โออาร์ เทคนิค (OR = Operation Research)
4. พีพีบีเอส เทคนิค (PPBS = Program Planning Budgeting System)
5. คิวซีซี เทคนิค (Q.C.C. = Quality Control Circle)
6. พีมิส เทคนิค (PMIS = Planning and Management of information System)
7. เอ็มบีโอ เทคนิค (MBO = Management By Objective)
8. ซีพีเอ็ม เทคนิค (CPM = Critical Path Method)

สำหรับศิลปะของการบริหารนั้นเป็นสิ่งที่ไม่มีหลักเกณฑ์กำหนดไว้เพราะเป็นคุณสมบัติพิเศษของผู้ที่เป็นหัวหน้าหรือผู้นำโดยเฉพาะ ไม่สามารถถ่ายทอดให้กันได้ เปรียบเสมือนพรสวรรค์ประจำตัวของผู้บริหารแต่ละคน ฉะนั้นศิลปะของการบริหารงานจึงเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารโดยอาศัยข้อยกเว้นหรือที่เรียกว่า เอ็มบีอี (MBE = Management By Exception)

การบริหารสาธารณสุขก็มีลักษณะเช่นเดียวกับการบริหารงานอื่นที่ทุกขั้นตอนต้องใช้การตัดสินใจซึ่งเป็นการเลือกระหว่างทางเลือกหลาย ๆ ทางที่มีอยู่แต่สิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการสาธารณสุขนั้นก็คือ ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ประกอบกับผู้ตัดสินใจหรือผู้บริหารที่มีความรู้ ความสามารถ และมีอำนาจสิทธิ์ขาดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสาธารณสุขอย่างแท้จริง โดยการประยุกต์วิธีการและเทคนิคการบริหารงานที่จำเป็นดังกล่าวไปใช้ให้เหมาะสมกับกิจกรรมสาธารณสุขที่จัดขึ้นเพื่อบริการประชาชนซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ<sup>(23)</sup>



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย ( Research Design )

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางจิตเวช ( 30 บาทรักษาทุกโรค ) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ตำแหน่งในการปฏิบัติ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจากผู้รับผิดชอบโครงการ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ( Population and sample selection )

**ประชากรเป้าหมาย ( Target Population )** คือ บุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาทั้งหมด 845 คน ในปีพ.ศ. 2546

**ประชากรตัวอย่าง ( Sample Population )** คือ บุคลากรทางจิตเวชที่ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงในโรงพยาบาลสมเด็จพระยามีจำนวนทั้งหมด 410 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน ภารโรง เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพ ฯลฯ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

1. เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในปีพ.ศ. 2546
2. มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาไม่น้อยกว่า 3 เดือน
3. เป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

**กลุ่มตัวอย่าง** บุคลากรทางจิตเวชที่ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในปีพ.ศ.2546 ทั้งหมด 410 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของตัวอย่าง

### ขนาดกลุ่มตัวอย่างประชากรสรุปได้ดังนี้

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)
แพทย์	18
พยาบาลวิชาชีพ	73
พยาบาลเทคนิค	27
เจ้าหน้าที่พยาบาล	7
ผู้ช่วยทันตแพทย์	4
เภสัชกร	4
เจ้าพนักงานเภสัช	15
นักเทคนิคการแพทย์	2
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	8
นักสังคมสงเคราะห์	10
นักจิตวิทยา	7
นักกายภาพบำบัด	3
พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	2
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	2
นักรังสีการแพทย์	1
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	1
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	204
คนงาน	22
<b>รวม</b>	<b>410</b>

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Yamane (อุทุมพร, 2530)<sup>(24)</sup>

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ  $n$  = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากรทั้งหมดเท่ากับ 845 คน

$e$  = ระดับความเชื่อมั่นซึ่งในการวิจัยกำหนดค่าเท่ากับ 0.05

$$\text{เมื่อแทนค่า } n = \frac{845}{1+(845) \times (0.05)^2}$$

$$n = 271.48 = 272$$

เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อ Drop out เพราะฉะนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 299 คน

**การสุ่มตัวอย่าง** ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยจะเก็บบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในปีพ.ศ.2546 ทั้งหมด 410 คน และยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

### ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 16-30 มิถุนายน 2546

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บและรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่รพ.สมเด็จพระฯ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค , การได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จากผู้รับผิดชอบโครงการ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากร ทางจิตเวชที่มีต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( 30 บาทรักษาทุกโรค ) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 45 ข้อซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด คำตอบแบ่งเป็น 2 คำตอบคือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ถ้าเห็นด้วยจะมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ แต่ถ้าไม่เห็นด้วยมีคะแนน= 0 โดยแบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านปัจจัยนำเข้า 17ข้อ ซึ่งได้แก่ นโยบายของโครงการ สิทธิความครอบคลุมทรัพยากร วิธีการบริหารจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสาร

2. ด้านกระบวนการ 15 ข้อ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารบุคคล การอำนวยความสะดวกและการบังคับบัญชา การประสานงาน การงบประมาณ

4. ด้านผลลัพธ์ 13 ข้อ ได้แก่ ผลผลิตหรือบริการที่ให้ประชาชน ปัญหาและอุปสรรคภาพรวมของโครงการ

### เกณฑ์การให้คะแนนความคิดเห็น

การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert Scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-5 คะแนน การคิดคะแนนในคำถามเชิงบวก ( ข้อ 1 ,2 ,4 ,5 ,7 ,8 ,9 ,10 ,11 ,12 ,13 ,18 ,19 ,20 ,21, 22 ,23 ,24 ,25 ,26 ,27 ,28 ,29 ,30 ,31 ,32 ,33 ,34 ,35 ,36 ,40 ,41 ,42 ,43 ,44 ,45 )และ เชิงลบ (ข้อ 14,15,16,17,37,38,39) ให้คะแนนดังต่อไปนี้

	เชิงบวก	เชิงลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	= 5	0	คะแนน
เห็นด้วยมาก	= 4	1	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	= 3	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	= 2	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	= 1	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 0	5	คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-225 แบ่งเกณฑ์การวัดระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับโดยผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ยของบุคลากรที่มีต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ค่าของ The best (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)<sup>(25)</sup> ดังนี้

$$\text{Range} = \frac{\text{Max} - \text{Min}}{I}$$

$$\text{Max} = \text{คะแนนสูงสุด}$$

$$\text{Min} = \text{คะแนนต่ำสุด}$$

$$I = \text{จำนวนอันดับภาคชั้น}$$

ดังนั้นจึงแบ่งระดับความคิดเห็นด้วยกับโครงการด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ เป็น 3 ระดับดังนี้

เห็นด้วยน้อย คือ มีคะแนนของความคิดเห็นตามแบบสอบถามอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด + Range

เห็นด้วยปานกลาง คือ มีคะแนนของความคิดเห็นตามแบบสอบถามสูงกว่าคะแนนต่ำสุด + Range ถึง คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range

เห็นด้วยมาก คือ มีคะแนนของความคิดเห็นตามแบบสอบถามสูงกว่าคะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range ถึงคะแนนสูงสุด

ได้คะแนนตามผลดังนี้

ความคิดเห็นต่อโครงการ	Range	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	$\frac{85 - 17}{3}$	17- 39.66	36.67 – 62.33	62.34 -85
ด้านกระบวนการ	$\frac{75 - 15}{3}$	15 – 35	35.01 - 55	55.01 - 75
ด้านผลลัพธ์	$\frac{65 - 13}{3}$	13 – 30.33	30.34 - 47.67	47.68 - 65

ในแต่ละด้าน ถ้ากลุ่มตัวอย่างคนใดตอบไม่เห็นด้วยมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป เท่ากับ ไม่เห็นด้วยต่อโครงการในด้านนั้นๆ

### การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาสาระเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยศึกษาระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2544 ตลอดจนทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาสาระเพื่อสร้างแบบสอบถาม โดยขอคำปรึกษาจากงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จากนั้นจึงทำการสร้างแบบสอบถามนำไปให้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นจึงได้นำมาปรับปรุง

3. นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ( Reliability ) โดยวิธีของ Cronbach 's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง 0.81

### การเก็บรวบรวมข้อมูล ( Data Collection )

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือจากภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อ

ขอ อนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามที่กำหนดไว้ นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล ( Data Analysis )

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ( Descriptive Statistic ) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไป

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ( Inferential Statistic ) ได้แก่ เปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรที่เห็นด้วยต่อโครงการตามตัวแปร โดยตัวแปรที่มี 2 กลุ่มจะใช้ T-Test ถ้ามีมากกว่า 2 กลุ่ม จะใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ( One – way Anova ) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe Procedure

3. วิเคราะห์เพื่อหาความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคลเพื่อทำนายความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ( Stepwise multiple regression )



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางจิตเวช โดยการส่งแบบสอบถามให้บุคลากรทางจิตเวชกลุ่มที่เป็นประชากรตัวอย่างทั้งหมดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 410 คน มีผู้ส่งแบบสอบถามกลับคืนมา 355 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 ดังตารางที่ 1 จากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวมาตรวจความสมบูรณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ ผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางเรียงตามลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางจิตเวช
- ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชตามกลุ่มตัวแปรอิสระ
- ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวนแบบ สอบถามที่ส่ง	จำนวนที่ส่งกลับมา	
		จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	18	10	2.43
พยาบาลวิชาชีพ	73	71	17.31
พยาบาลเทคนิค	27	24	5.85
เจ้าหน้าที่พยาบาล	7	4	0.97
ผู้ช่วยทันตแพทย์	4	2	0.48
เภสัชกร	4	1	0.24
เจ้าพนักงานเภสัช	15	14	3.41
นักเทคนิคการแพทย์	2	1	0.24
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	8	6	1.46
นักสังคมสงเคราะห์	10	8	1.95
นักจิตวิทยา	7	5	1.21
นักกายภาพบำบัด	3	1	0.24
พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	2	2	0.48
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	2	2	0.48
นักรังสีการแพทย์	1	1	0.24
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	1	1	0.24
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	204	193	47.07
คนงาน	22	11	2.68
รวม	410	355	86.59

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาด้านจำนวนผู้ส่งกลับมาตามตำแหน่งในการปฏิบัติงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ส่งแบบสอบถามกลับมาส่วนใหญ่คือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 47.07 ของจำนวนผู้ส่งกลับมาทั้งหมด 355 คน รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ 71 คน คิดเป็นร้อยละ 17.31 ของจำนวนผู้ส่งกลับมาทั้งหมด 355 คน

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางจิตเวช**

**ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามข้อมูลทั่วไป**

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n = 355)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	113	31.8
หญิง	242	68.2
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า 31 ปี	80	22.4
31-40 ปี	117	33.0
41-50 ปี	106	29.9
51-60 ปี	55	14.6
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	132	37.0
สมรสแล้ว	223	63.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
มัธยมศึกษา/ปวช.	117	49.9
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/ปวส.	57	15.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	91	25.6
สูงกว่าปริญญาตรี	33	9.3
<b>ลักษณะงานที่ปฏิบัติ</b>		
ให้บริการผู้ป่วยใน	258	72.7
ให้บริการผู้ป่วยนอก	47	13.2
ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและนอก	50	14.1
<b>ตำแหน่งในสายงาน</b>		
แพทย์	10	2.8
พยาบาล	95	26.8
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	193	54.4
คนงาน	11	3.1
อื่น ๆ	46	13.1

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n = 355)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)</b>		
น้อยกว่า 10 ปี	136	38.3
10-19 ปี	107	30.2
20-29 ปี	84	23.6
มากกว่า 29 ปี	28	8.0
<b>การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของ การดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค</b>		
ทราบ	305	85.9
ไม่ทราบ	50	14.1
<b>การได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการ จากผู้รับผิดชอบ</b>		
ได้รับ	144	40.6
ไม่ได้รับ	211	59.4

จากตารางที่ 2 พบว่าข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 355 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 มีอายุระหว่าง 31.40 ปี จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 33 มีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 49.9 ปฏิบัติให้บริการผู้ป่วยในจำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 มีตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ 193 คน คิดเป็นร้อยละ 54.4 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 0-9 ปี จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3 เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จำนวน 305 คน คิดเป็น ร้อยละ 85.9 และไม่ได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการจากผู้รับผิดชอบโครงการ จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4

## ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้า จำแนกตามรายชื่อ

หัวข้อ	ปัจจัยนำเข้าของโครงการ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)							SD
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	รวมผู้ที่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
<b>นโยบายของโครงการ</b>									
1.	โครงการ 30 บาทฯ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และจิตเวชได้อย่างถ้วนหน้า	14.4	25.4	38.9	11.8	3.1	93.2	6.8	1.00
2.	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เท่าเทียมกับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิการรักษาแบบอื่น	14.9	32.4	29.9	14.9	4.8	96.9	3.1	1.07
<b>สิทธิความครอบคลุม</b>									
3.	ไม่ควรให้สิทธิผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้เลือกสถานพยาบาลทางจิตเวชเอง	11.3	12.4	17.7	13.8	14.1	69.3	30.7	1.36
4.	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียเงินค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อมารับบริการ	10.7	10.7	15.5	10.7	14.9	62.5	37.5	1.40
5.	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาลหลัก ในการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในได้ 15 วัน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	20.0	23.7	26.2	11.3	7.6	88.7	11.3	1.21

**ตารางที่ 3** (ต่อ) แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้า จำแนกตามรายชื่อ

หัวข้อ	ปัจจัยนำเข้าของโครงการ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)							SD
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	รวมผู้ที่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
6.	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับบริการทางจิตเวชนอกสถานพยาบาลหลัก ในกรณีฉุกเฉินได้ 2 ครั้งต่อปี	20.0	24.2	25.1	10.4	8.2	87.9	12.1	1.22
7.	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรได้รับยาและเวชภัณฑ์ฟรีเฉพาะตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น	19.7	21.7	22.3	14.1	7.3	85.1	14.9	1.25
8.	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้าต้องการอยู่ห้องพิเศษ ควรชำระเงินค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ไม่มีสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายใด ๆ จากบัตร	47.9	17.7	21.1	7.6	6.2	91.1	8.7	1.27
<b>ทรัพยากร</b>									
9.	ในปัจจุบันงบประมาณของรัฐเพียงพอที่จะให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนไทยได้ทั่วถึง	8.7	16.3	22.5	20.0	12.1	79.7	20.3	1.22
10.	รัฐมีสถานพยาบาลทางจิตเวชที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึงในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10.4	21.4	25.9	18.9	11.0	87.6	12.4	1.20
11.	โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่มีแผนกจิตเวชมีจำนวนบุคลากรทางจิตเวชเพียงพอในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7.3	1.32	23.9	25.9	13.2	83.7	16.3	1.17



**ตารางที่ 3** (ต่อ) แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้า จำแนกตามรายชื่อ

หัวข้อ	ปัจจัยนำเข้าของโครงการ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)							SD
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	รวมผู้ที่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
<b>วิธีการบริหารจัดการ</b>									
12.	โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่มีแผนกจิตเวชมียาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชีหลักแห่งชาติที่มีคุณภาพ สำหรับให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7.8	23.7	30.1	17.5	10.1	90.1	9.9	1.14
13.	โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคมีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจนผู้ให้บริการสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย	6.5	20.8	34.9	21.1	9.0	92.4	7.6	1.06
14.	ระเบียบปฏิบัติในการให้บริการทางจิตเวชตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ปัจจุบันมีความแน่นอน	7.6	5.4	17.7	34.4	19.2	84.2	15.8	1.30
15.	ขั้นตอนการมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีความยุ่งยาก	5.6	9.9	13.8	31.5	21.7	82.5	17.5	1.34
16.	ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบการรับบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างจากผู้ป่วยโรคทั่วไป	10.1	7.3	11.5	25.4	24.8	79.2	20.8	1.38
<b>ข้อมูลข่าวสาร</b>									
17.	รัฐให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการรับบริการรักษาโรคทางจิตเวชตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแก่ประชาชนชัดเจน	4.2	5.4	13.2	26.2	27.3	76.3	23.7	1.24

ข้อ 14, 15 , 16, 17 เดิมเป็นคำถามเชิงลบในแบบสอบถาม เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบจึงได้กลับเป็นคำถามเชิงบวกในการนำเสนอผล

จากตารางที่ 3 พบว่า บุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยามีความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านปัจจัยนำเข้าดังนี้

ข้อที่บุคลากรตอบเห็นด้วยมากที่สุดคือ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาแบบอื่นร้อยละ 96.9 โครงการ 30 บาททำให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการรักษาทางจิตเวชได้อย่างถ้วนหน้า ร้อยละ 93.2 โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคมึนโนบาย การดำเนินงานที่ชัดเจนผู้ให้บริการสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่ายร้อยละ 92.4 ควรให้ผู้ป่วยจิตเวชชำระเงินค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดเมื่อต้องการอยู่ห้องพิเศษ ร้อยละ 91.1 โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่มีแผนกจิตเวชมียาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชีหลักแห่งชาติที่มีคุณภาพ สำหรับให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90.1

ข้อที่บุคลากรตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียเงินค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อมารับบริการร้อยละ 37.5 ไม่ควรให้สิทธิผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้เลือกสถานพยาบาลทางจิตเวชเองร้อยละ 30.7 รัฐให้ข้อมูลความรู้ในการรับบริการรักษาโรคทางจิตเวชแก่ประชาชนชัดเจนร้อยละ 23.7 ไม่ควรเปลี่ยนแปลงระเบียบการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชให้แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไปร้อยละ 20.8 ในปัจจุบันงบประมาณของรัฐเพียงพอที่จะให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนไทยได้ทั่วถึงร้อยละ 20.3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 4** แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวช ต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการ จำแนกตามรายชื่อ

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)								
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	รวม ผู้ที่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	SD
18. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ควรมี การประชาสัมพันธ์วิธีการใช้บัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเพื่อ ให้ใช้ได้ถูกต้อง		44.5	31.3	17.5	5.4	1.4	100	0	.97
19. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ควรมี การจัดตั้งกล่องรับความคิดเห็นเกี่ยวกับ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค		47.9	34.4	11.8	4.2	1.1	99.4	0.6	.90
20. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มี ระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนแก่บุคลากรใน การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างถูกต้อง		15.8	29.6	31.5	11.8	5.4	94.1	5.9	1.08
21. ท่านได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน ระเบียบในการให้บริการผู้ป่วยในโครง การ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างชัดเจน		8.2	18.6	35.2	18.9	11.5	92.4	7.6	1.12
22. ท่านมีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วย จิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ		15.8	33.5	28.5	13.8	5.9	97.5	2.5	1.10
23. ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถาน พยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ สามารถให้ คำปรึกษาแก่ท่านได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับ การใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของผู้ป่วย		18.3	33.5	30.4	11.0	5.1	98.3	1.7	1.08

**ตารางที่ 4** (ต่อ) แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการ จำแนกตามรายชื่อ

หัวข้อ	กระบวนการ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)							SD
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	รวมผู้ที่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
24.	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการรับทราบและพิจารณาปัญหา จากการใช้บริการผู้ป่วยที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	32.4	35.8	21.1	6.2	3.1	98.6	1.4	1.03
25.	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีบุคลากรเพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7.9	23.4	34.1	19.2	7.0	91.5	8.5	1.06
26.	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16.6	33.0	31.8	12.7	2.8	96.6	3.1	1.02
27.	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีการพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	29.3	42.0	19.7	6.5	1.7	99.2	0.8	.95
28.	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีการติดตามแก้ไขอุปสรรคเมื่อเกิดปัญหาจากการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13.2	33.2	35.5	13.8	4.2	98.0	2.0	1.02
29.	ท่านได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากผู้บริหารในการให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12.7	27.0	39.2	13.0	6.5	98.3	1.7	1.06

**ตารางที่ 4** (ต่อ) แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการ จำแนกตามราย

หัวข้อ	กระบวนการ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)							SD
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	รวมผู้ที่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
30.	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าถ้ามีอาการทางจิตรุนแรงก่อนมาพบจิตแพทย์ควรเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน (ในกรณีใช้สิทธิฉุกเฉินเกิน 2 ครั้งต่อปี)	24.2	24.2	18.3	9.6	9.3	85.6	14.4	1.30
31.	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	22.3	33.8	30.1	9.6	2.5	98.3	1.7	1.02
32.	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ มีระบบรองรับการให้บริการฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	20.3	37.7	26.2	10.1	3.7	98.0	2.0	1.04

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยมมีความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการดังนี้

ข้อที่บุคลากรตอบเห็นด้วยมากที่สุดคือ โรงพยาบาลควรมีการประชาสัมพันธ์วิธีการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ผู้รับบริการร้อยละ 100 โรงพยาบาลควรมีกล่องรับความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 99.4 โรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยมมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเสมอร้อยละ 99.2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยมมีการตั้งคณะกรรมการรับทราบและพิจารณาปัญหาจากการใช้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 98.6 ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ สามารถให้คำปรึกษาแก่ท่านได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยร้อยละ 98.3

ข้อที่บุคลากรตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้ามีอาการทางจิตรุนแรงก่อนมาพบจิตแพทย์ควรเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน (ในกรณีใช้สิทธิถูกเงินเกิน 2 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 14.4 สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มี บุคลากรเพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 8.5 บุคลากร ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับระเบียบขั้นตอนในการให้บริการผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างชัดเจนร้อยละ 7.6 สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนแก่ บุคลากรในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างถูกต้องร้อยละ 5.9 สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มียา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 3.1



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตารางที่ 5** แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของบุคลากรทางจิต ต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ จำแนกตามรายชื่อ

หัวข้อ	ผลลัพธ์	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)							SD
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	รวมผู้ที่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
33.	ท่านให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่น	45.1	30.1	17.5	3.9	1.4	98.0	2.0	.95
34.	ท่านให้ข้อมูลต่าง ๆ กับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่น	39.2	29.6	18.9	7.6	2.3	97.5	2.5	1.06
35.	ในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงพอ	16.9	20.3	38.3	15.2	5.6	96.3	3.7	1.11
36.	ผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจในการรับบริการทางจิตเวชตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16.3	22.0	41.1	11.5	3.7	94.6	5.4	1.03
37.	การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียเวลามากขึ้น	9.6	4.5	8.5	28.7	25.4	76.6	23.4	1.27
38.	การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น	9.9	5.9	9.6	23.1	27.3	75.8	24.2	1.32
39.	โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการดูแลจากญาติน้อยลงขณะอยู่บ้าน	20.3	9.3	18.9	26.5	16.6	91.5	8.5	1.60
40.	โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่ดีแก่ผู้ป่วยจิตเวช	23.4	31.0	25.1	9.3	5.4	94.1	5.9	1.13

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ จำแนกตามรายชื่อ

หัวข้อ	ผลลัพธ์	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)							SD
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	รวมผู้ที่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
41. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถูกส่งเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีจำนวนลดลง		7.0	16.1	25.4	16.6	11.8	76.9	23.1	1.18
42. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีหลักประกันสุขภาพครบทุกคน		14.6	24.2	36.3	9.9	8.5	93.5	6.5	1.13
43. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิพื้นฐานของตนเอง ในการรักษาพยาบาลทางจิตเวช		11.0	31.5	32.1	16.1	4.5	95.5	4.5	1.04
44. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ทุกข์ของญาติและผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาลดลง		27.0	39.7	18.6	6.5	3.4	95.2	4.8	1.02
45. ควรให้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีความยั่งยืนต่อไป		29.3	27.9	23.9	7.6	4.2	93.0	7.0	1.12

ข้อ 37, 38, 39 เดิมเป็นคำถามเชิงลบในแบบสอบถาม เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบจึงได้กลับเป็นคำถามเชิงบวกในการนำเสนอผล

จากตารางที่ 5 พบว่า บุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชมีความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านผลลัพธ์ดังนี้

ข้อที่บุคลากรตอบเห็นด้วยมากที่สุดคือ บุคลากรให้บริการผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่นร้อยละ 98.0 รองลงมาคือ บุคลากรให้ข้อมูลต่าง ๆ กับผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่นร้อยละ 97.5 ในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงพอ

ร้อยละ 96.3 โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคทำให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิพื้นฐานของตนเอง ในการรักษาพยาบาลทางจิตเวช ร้อยละ 95.5 โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคทำให้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยและญาติลดลงร้อยละ 95.2

ข้อที่บุคลากรตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือ การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้นร้อยละ 24.2 การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน ไม่ทำให้เสียเวลามากขึ้น ร้อยละ 23.4 โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคทำให้มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถูกส่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ลดลงร้อยละ 23.1 โครงการนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการดูแลจากญาติน้อยลงร้อยละ 8.5 ควรให้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีความยั่งยืนต่อไปร้อยละ 7.0

#### ความคิดเห็นโดยรวมของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการวิจัยเรื่อง การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ในแต่ละด้านดังนี้

**ตารางที่ 6** แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ระดับความคิดเห็น									
	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านปัจจัยนำเข้า	195	54.93	160	45.07	24	15.00	127	79.38	9	5.63
2. ด้านกระบวนการ	41	11.35	314	88.45	10	3.18	175	55.73	129	41.08
3. ด้านผลลัพธ์	134	37.75	221	62.25	14	6.33	176	79.64	31	14.13

จากตารางที่ 6 พบว่าความคิดเห็น ของบุคลากรต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 54.93 เห็นด้วยร้อยละ 45.07 ซึ่งมีการกระจายจำนวนบุคลากรตามระดับการแสดงความเห็นคือ บุคลากรตามระดับการแสดงความเห็นคือ บุคลากรที่เห็นด้วยมากมีร้อยละ 5.63 เห็นด้วยปานกลางร้อยละ 79.38 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 45.07

ด้านกระบวนการพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 88.45 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 11.55 ซึ่งมีการกระจายจำนวนบุคลากรตามระดับการแสดงความคิดเห็นคือ บุคลากรที่เห็นด้วยมากร้อยละ 40.08 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 55.73 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 3.18

ด้านผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 62.25 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 37.75 ซึ่งมีการกระจายจำนวนบุคลากรตามระดับการแสดงความคิดเห็นคือ บุคลากรที่เห็นด้วยมากมี ร้อยละ 14.03 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 79.64 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 6.33



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้าในแต่ละรายชื่อ

ข้อที่	ปัจจัยนำเข้า	ไม่เห็นด้วย (N = 195)	
		จำนวน	ร้อยละ
1	โครงการ 30 บาท ทำให้ผู้ป่วยจิตเวช ทุกคนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และ จิตเวชได้อย่างถ้วนหน้า	21	10.77
2	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เท่าเทียมกับ ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิการรักษาแบบอื่น	11	5.64
3	ไม่ควรให้สิทธิผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้เลือกสถานพยาบาลทางจิตเวชเอง	94	48.21
4	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียเงินค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อมารับบริการ	119	61.03
5	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาลหลัก ในการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในได้ 15 วัน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	39	20.00
6	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับบริการทางจิตเวชนอกสถานพยาบาลหลัก ในกรณีฉุกเฉินได้ 2 ครั้งต่อปี	39	20.00
7	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรได้รับยาและเวชภัณฑ์ฟรีเฉพาะตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น	52	26.67
8	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้าต้องการอยู่ห้องพิเศษ ควรชำระเงินค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ไม่มีสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายใด ๆ จากบัตร	29	14.87
9	ในปัจจุบันงบประมาณของรัฐเพียงพอที่จะให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนไทยได้ทั่วถึง	66	33.85

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้าในแต่ละรายชื่อ

ข้อที่	ปัจจัยนำเข้า	ไม่เห็นด้วย (N = 195)	
		จำนวน	ร้อยละ
10	รัฐมีสถานพยาบาลทางจิตเวชที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึงในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	43	22.05.
11	โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่มีแผนกจิตเวช มีจำนวนบุคลากรทางจิตเวชเพียงพอในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	54	27.69
12	โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่มีแผนกจิตเวชมียาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชีหลักแห่งชาติที่มีคุณภาพ สำหรับการให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	35	17.95
13	โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคมีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจนผู้ให้บริการสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย	27	13.85
14	ระเบียบปฏิบัติในการให้บริการทางจิตเวชตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ปัจจุบันมีความแน่นอน	52	26.67
15	ขั้นตอนการมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีความยุ่งยาก	57	29.23
16	ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบการ รับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างจากผู้ป่วยโรคทั่วไป	67	34.36
17	รัฐให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการรับ บริการรักษาโรคทางจิตเวชตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแก่ประชาชนชัดเจน	71	36.41



จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างของบุคลากรที่ไม่เห็นด้วยต่อโครงการด้านปัจจัยนำเข้าทั้งหมด 195คนพบว่าข้อที่บุคลากรไม่เห็นด้วยมากที่สุด 5อันดับแรกคือ

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียเงินค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อมารับบริการร้อยละ 61.03
2. ไม่ควรให้สิทธิผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้เลือกสถานพยาบาลทางจิตเวชเองร้อยละ 48.21
3. รัฐให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการรับ บริการรักษาโรคทางจิตเวชตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคแก่ประชาชนชัดเจนร้อยละ 36.41
4. ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบการรับบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างจากผู้ป่วยโรคทั่วไปร้อยละ 34.36
5. ในปัจจุบันงบประมาณของรัฐเพียงพอที่จะให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนไทยได้ทั่วถึง ร้อยละ 33.85



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการในแต่ละรายข้อ

ข้อที่	กระบวนการ	ไม่เห็นด้วย (N = 41)	
		จำนวน	ร้อยละ
18	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ควรมีการประชาสัมพันธ์วิธีการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ใช้ได้ถูกต้อง	0	0
19	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ควรมีการจัดตั้งกล่องรับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	1	2.44
20	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนแก่บุคลากรในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างถูกต้อง	15	36.59
21	ท่านได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนระเบียบในการให้บริการผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างชัดเจน	21	51.22
22	ท่านมีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ	9	21.95
23	ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ สามารถให้คำปรึกษาแก่ท่านได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของผู้ป่วย	5	12.20
24	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการรับทราบและพิจารณาปัญหา จากกรให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2	4.88
25	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีบุคลากรเพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16	39.02
26	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มียา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10	24.39
27	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีการพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษา พยาบาลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3	7.32

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการในแต่ละรายชื่อ

ข้อที่	กระบวนการ	ไม่เห็นด้วย (N = 41)	
		จำนวน	ร้อยละ
28	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีการติดตามแก้ไข อุปสรรคเมื่อเกิดปัญหา จากการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6	0.41
29	ท่านได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากผู้บริหารในการ ให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	5	12.20
30	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าถ้ามีอาการทาง จิตรุนแรงก่อนมาพบจิตแพทย์ควรเริ่มรักษาที่โรงพยาบาล หลักที่ระบุในบัตรก่อน (ในกรณีใช้สิทธิฉุกเฉินเกิน 2 ครั้ง ต่อปี)	20	48.78
31	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ มี ระบบส่งต่อผู้ป่วย จิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง	5	12.20
32	สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีระบบรองรับการให้ บริการฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วน หน้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	6	14.63

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 8 จากกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรที่ไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้าด้านกระบวนการทั้งหมด 41 คนพบว่า ข้อที่บุคลากรไม่เห็นด้วยมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ

1. ท่านได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนระเบียบในการให้บริการผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างชัดเจนร้อยละ 51.22
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าถ้ามีอาการทางจิตรุนแรงก่อน มาพบจิตแพทย์ควรเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน (ในกรณีใช้สิทธิฉุกเฉินเกิน 2 ครั้งต่อปี)ร้อยละ 48.78
3. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีบุคลากรเพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 39.02
4. ท่านได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนระเบียบในการให้บริการผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างชัดเจนร้อยละ 36.59
5. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีบุคลากรเพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 24.39

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ในแต่ละรายข้อ

ข้อที่	ผลลัพธ์	ไม่เห็นด้วย (N = 134)	
		จำนวน	ร้อยละ
33	ท่านให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่น	6	4.50
34	ท่านให้ข้อมูลต่าง ๆ กับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่น	7	5.22
35	ในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงพอ	10	7.46
36	ผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจในการรับ บริการทางจิตเวชตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	15	11.19
37	การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียเวลามากขึ้น	76	56.72
38	การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น	76	56.72
39	โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการดูแลจากญาติน้อยลงขณะอยู่บ้าน	23	17.16
40	โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่ดีแก่ผู้ป่วยจิตเวช	17	12.69

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ในแต่ละรายชื่อ

ข้อที่	ผลลัพธ์	ไม่เห็นด้วย (N = 134)	
		จำนวน	ร้อยละ
41	โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถูกส่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จฯ มีจำนวนลดลง	62	46.27
42	โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีหลักประกันสุขภาพครบทุกคน	22	16.42
43	โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิพื้นฐานของตนเอง ในการรักษาพยาบาลทางจิตเวช	12	8.96
44	โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ทุกซ์ของญาติและผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาลดลง	15	11.19
45	ควรให้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีความยั่งยืนต่อไป	25	18.66

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างของบุคลากรที่ไม่เห็นด้วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ ทั้งหมด 134 คน พบว่าข้อที่บุคลากรไม่เห็นด้วยมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ

1. การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน ไม่ทำให้เสียเวลามากขึ้นร้อยละ 56.72 และการที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้นร้อยละ 56.72
2. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถูกส่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จฯ มี จำนวนลดลงร้อยละ 46.27
3. ควรให้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีความยั่งยืนต่อไปร้อยละ 18.66
4. โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการดูแลจากญาติน้อยลงขณะอยู่บ้านร้อยละ 18.66
5. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีหลักประกันสุขภาพครบทุกคนร้อยละ 16.42



**ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชใน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยาต่อโครงการประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้าของบุคลากรทางจิตเวชกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่**

**ตารางที่ 10** แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวม  
ทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามเพศ

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	df	t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
ชาย	47	41.6	66	58.4	48.46	158	-0.024	.981
หญิง	148	61.2	94	38.8	48.50	146.55		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
ชาย	8	7.1	105	92.9	52.35	312	-.630	.529
หญิง	33	13.6	209	86.4	53.03	203.25		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
ชาย	42	37.2	71	62.8	39.26	219	-1.863	.064
หญิง	92	38.0	150	62.0	41.22	132.46		

จากตารางที่ 10 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตาม  
เพศพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่เพศชายเห็นด้วยร้อยละ 58.4 เพศหญิงส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย  
ร้อยละ 61.2 ส่วนด้านกระบวนการและผลลัพธ์พบว่า ส่วนใหญ่เพศชายและเพศหญิงเห็นด้วยกับ  
โครงการร้อยละ 92.9 และ ร้อยละ 86.4 ตามลำดับ

เมื่อนำกลุ่มบุคลากรที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการ พบว่าบุคลากร  
เพศชายและเพศหญิง มีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยต่อโครงการด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ  
 และด้านผลลัพธ์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แสดงว่า ความแตกต่าง  
ทางเพศ ไม่มีผลทำให้ความคิดเห็นของบุคลากรแตกต่างกัน

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามอายุ

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	S.D.	F	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
น้อยกว่า 31 ปี	45	52.3	41	47.7	49.58	6.93	.392	.759
31-40 ปี	60	54.1	51	45.9	48.29	8.05		
41-50 ปี	60	56.6	46	43.4	48.10	8.93		
51-60 ปี	30	57.7	22	42.3	47.68	6.22		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
น้อยกว่า 31 ปี	6	7.0	80	93.0	54.36	8.38	1.294	.277
31-40 ปี	16	14.4	95	85.6	51.71	10.38		
41-50 ปี	14	13.2	92	86.8	52.85	9.03		
51-60 ปี	5	9.6	47	90.4	52.27	7.92		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
น้อยกว่า 31 ปี	32	37.2	54	62.8	42.44	7.18	1.554	.202
31-40 ปี	42	37.8	69	62.2	39.78	7.44		
41-50 ปี	41	38.7	65	61.3	40.13	8.06		
51-60 ปี	19	36.5	33	63.5	40.18	5.41		

จากตารางที่ 11 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่ทุกกลุ่มอายุไม่เห็นด้วย เป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 31ปีร้อยละ 52.3 อายุ 31-40ปี ร้อยละ 54.1 อายุ 41-50ปีร้อยละ56.6 และอายุ51-60ปีร้อยละ57.7

ด้านกระบวนการส่วนใหญ่ทุกกลุ่มอายุเห็นด้วย เป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 31ปีร้อยละ 93.0 อายุ 31-40ปี ร้อยละ 85.6 อายุ 41-50ปีร้อยละ86.8 และอายุ51-60ปีร้อยละ90.4

ด้านผลลัพธ์ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มอายุเห็นด้วย เป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 31ปีร้อยละ 62.8 อายุ 31-40ปี ร้อยละ 62.2 อายุ 41-50ปีร้อยละ61.3 และอายุ51-60ปีร้อยละ63.5

เมื่อนำกลุ่มบุคลากรที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรที่มีอายุแตกต่างกันมีความเห็นต่อโครงการไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p > 0.05$ ) แสดงว่าอายุของบุคลากรไม่ไม่มีผลทำให้ความคิดเห็นของบุคลากรแตกต่างกัน

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามสถานภาพสมรส

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	df	t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
โสด	70	53.0	62	47.0	48.01	158	-608	.544
สมรสแล้ว	125	56.1	98	43.9	48.78	115.10		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
โสด	12	9.1	120	90.9	53.27	312	.714	.476
สมรสแล้ว	29	13.0	194	87.0	52.52	237.46		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
โสด	53	40.2	79	59.8	41.27	219	1.029	.305
สมรสแล้ว	81	36.3	142	63.7	41.21	144.41		

จากตารางที่ 12 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรสพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด และสมรสแล้วไม่เห็นด้วยร้อยละ 53.0 และ ร้อยละ 56.1

ด้านกระบวนการพบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด และสมรสแล้วส่วนใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 90.9 และ ร้อยละ 87.0 ตามลำดับ

ด้านผลลัพธ์พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด และสมรสแล้วส่วนใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 59.8 และ ร้อยละ 63.7 ตามลำดับ

เมื่อนำกลุ่มบุคลากรที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยต่อโครงการด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แสดงว่า สถานภาพสมรส ไม่มีผลทำให้ต่อความคิดเห็นของบุคลากรแตกต่างกัน

**ตารางที่ 13** แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามระดับการศึกษา

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	S.D.	F	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
มัธยมศึกษา/ปวช.	87	49.2	90	50.8	49.33	7.33	2.211	.089
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	29	53.7	25	46.3	48.96	10.08		
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	56	61.5	35	38.5	47.51	7.28		
สูงกว่าปริญญาตรี	23	69.7	10	30.3	43.10	4.97		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
มัธยมศึกษา/ปวช.	20	11.3	157	88.7	51.76	9.45	1.848	.138
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	6	11.1	48	88.9	54.77	8.24		
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	11	12.1	80	87.9	53.02	8.28		
สูงกว่าปริญญาตรี	4	12.1	29	87.9	54.62	10.16		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
มัธยมศึกษา/ปวช.	60	33.9	117	66.1	40.49	6.8	.086	.968
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	22	40.7	32	59.3	40.28	7.99		
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	37	40.7	54	59.3	41.01	6.84		
สูงกว่าปริญญาตรี	15	45.5	18	54.5	40.55	10.77		

จากตารางที่ 13 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตามกลุ่มระดับการศึกษาพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่กลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช.ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 50.08 นอกนั้นเห็นด้วยเป็นกลุ่มประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 53.7 ปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 61.5 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ69.7

ด้านกระบวนการส่วนใหญ่ทุกกลุ่มเห็นด้วย เป็นกลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ88.7 กลุ่มประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 88.9 ปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 87.9 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ87.9

ด้านกระบวนการส่วนใหญ่ทุกกลุ่มเห็นด้วย เป็นกลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ66.1 กลุ่มประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 59.3 ปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 59.3 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ54.5

เมื่อนำกลุ่มบุคลากรที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรที่มี ระดับการศึกษาต่างกัน มีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยต่อโครงการด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) แสดงว่าระดับการศึกษาต่างกัน ไม่มีผลทำให้ต่อความคิดเห็นของบุคลากรแตกต่างกัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	S.D.	F	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
บริการผู้ป่วยใน	128	49.6	130	50.4	48.39	7.83	1.614	.202
บริการผู้ป่วยนอก	29	61.7	18	38.3	50.94	6.63		
บริการทั้งผู้ป่วยในและนอก	38	76.0	12	24.0	48.53	8.41		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
บริการผู้ป่วยใน	23	8.9	235	91.1	52.42	9.25	1.163	.314
บริการผู้ป่วยนอก	11	23.4	36	76.6	54.86	6.89		
บริการทั้งผู้ป่วยในและนอก	7	14.0	43	86.0	53.18	9.73		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
บริการผู้ป่วยใน	88	34.1	170	65.9	40.90	6.75	.864	.423
บริการผู้ป่วยนอก	18	38.3	29	61.7	40.20	7.79		
บริการทั้งผู้ป่วยในและนอก	28	56.0	22	44.0	38.77	10.43		

จากตารางที่ 14 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่ กลุ่มที่บริการผู้ป่วยในเห็นด้วยร้อยละ 50.4 ส่วนกลุ่มที่บริการผู้ป่วยนอกและกลุ่มที่บริการทั้งผู้ป่วยในและนอกส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 61.7 และร้อยละ 76.0 ตามลำดับ

ด้านกระบวนการ ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มเห็นด้วย เป็นกลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วยในเห็นด้วยร้อยละ 91.1 ส่วนกลุ่มที่บริการผู้ป่วยนอกร้อยละ 76.6 และกลุ่มที่บริการทั้งผู้ป่วยในและนอกส่วนใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 86.0

ด้านผลลัพธ์ ส่วนใหญ่กลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วยในเห็นด้วยร้อยละ 65.9 กลุ่มที่บริการผู้ป่วยนอกร้อยละ 61.7 ส่วนกลุ่มที่บริการทั้งผู้ป่วยในและนอกส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 56.0



ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p>0.05$ ) แสดงว่าลักษณะงานที่ปฏิบัติแตกต่างกันของบุคลากรไม่มีผลทำให้ความคิดเห็นของบุคลากรแตกต่างกัน

เมื่อนำกลุ่มบุคลากรที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรที่มีลักษณะงานที่ปฏิบัติต่างกัน มีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยต่อโครงการด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) แสดงว่าลักษณะงานที่ปฏิบัติ ไม่มีผลทำให้ความคิดเห็นของบุคลากรแตกต่างกัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามตำแหน่งในสายงาน

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	S.D.	F	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
แพทย์	8	80.0	2	20.0	44.50	4.94	1.376	.245
พยาบาล	55	57.9	40	42.1	48.87	7.82		
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	100	51.8	93	48.2	49.05	8.10		
คณงาน	3	27.3	8	72.7	49.25	6.54		
อื่น ๆ	29	63.0	17	37.0	44.58	5.93		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
แพทย์	0	0	10	100.0	58.30	7.10	2.529	.041*
พยาบาล	9	9.5	86	90.5	54.67	7.99		
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	23	11.9	170	88.1	51.91	9.73		
คณงาน	0	0	11	100.0	51.54	6.54		
อื่น ๆ	9	19.6	37	80.4	51.45	8.70		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
แพทย์	6	60.0	4	40.0	32.58	12.39	2.664	.034*
พยาบาล	32	33.7	63	63.3	42.38	7.48		
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	73	37.8	120	62.2	39.82	7.34		
คณงาน	2	18.2	9	81.1	40.66	3.67		
อื่น ๆ	21	45.7	25	54.3	41.12	5.90		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.05$

จากตารางที่ 15 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตามตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วยเป็นกลุ่มแพทย์ร้อยละ 80.0 กลุ่มพยาบาลร้อยละ 57.9 กลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ร้อยละ 51.8 กลุ่มอื่น ๆ ร้อยละ 63.0 ส่วนกลุ่มคณงานส่วนใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 72.7

ด้านกระบวนการ ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มเห็นด้วย เป็นกลุ่ม แพทย์ร้อยละ 100.00 กลุ่มพยาบาลร้อยละ 90.5 กลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ร้อยละ 88.1 กลุ่มคณงานเห็นด้วยร้อยละ 100.00 และกลุ่มคณงานร้อยละ 80.4

ด้านผลลัพธ์ ส่วนใหญ่เห็นด้วยเป็นกลุ่มพยาบาลร้อยละ63.3 กลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ร้อยละ 62.2 กลุ่มคนงานร้อยละ 81.1 กลุ่มอื่นๆร้อยละ54.3 ส่วนกลุ่มแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ60.0

เมื่อนำกลุ่มบุคลากรที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการด้วยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียว ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรที่มีลักษณะงานที่ปฏิบัติต่างกัน มีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยต่อโครงการด้านกระบวนการ และด้าน ผลลัพธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้าพบว่า บุคลากรที่มี ลักษณะงานที่ปฏิบัติต่างกัน มีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยต่อโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) และเมื่อทดสอบความแตกต่างกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe พบ คู่ที่แตกต่างกันคือ ด้านกระบวนการ พบกลุ่มแพทย์กับกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้และอื่นๆ กลุ่ม พยาบาลกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มแพทย์กับกลุ่มอื่นๆ กลุ่มแพทย์กับกลุ่มพยาบาลและผู้ ช่วยเหลือคนไข้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยพบว่า กลุ่มแพทย์มี คะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มพยาบาล กลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้และอื่นๆ กลุ่มพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้ ด้านผลลัพธ์พบกลุ่มพยาบาลกับกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้และกลุ่ม แพทย์ กลุ่มอื่นๆกับกลุ่มแพทย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยพบว่า กลุ่มพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้และกลุ่มแพทย์ กลุ่มอื่นๆมีคะแนน เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มแพทย์ (ดังตารางที่ 21 และ 22 ในภาคผนวก)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	S.D.	F	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
น้อยกว่า 10 ปี	74	54.4	62	45.6	49.67	7.82	1.443	.232
10-19 ปี	56	52.3	51	47.7	47.49	7.41		
20-29 ปี	51	60.7	33	39.3	47.00	7.10		
มากกว่า 29 ปี	14	50.0	14	50.0	50.35	9.94		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
น้อยกว่า 10 ปี	12	8.8	124	91.2	53.74	9.50	1.075	.360
10-19 ปี	17	15.9	90	84.1	51.48	9.37		
20-29 ปี	10	11.9	74	88.1	52.91	7.81		
มากกว่า 29 ปี	2	7.1	26	82.9	52.61	9.47		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
น้อยกว่า 10 ปี	53	39.0	83	61.0	42.38	6.57	2.892	.036*
10-19 ปี	37	34.6	70	65.4	39.10	8.42		
20-29 ปี	32	38.1	52	61.9	40.11	7.02		
มากกว่า 29 ปี	12	42.9	16	57.1	49.43	5.46		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.05$

จากตารางที่ 16 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่ทุกกลุ่มไม่เห็นด้วย เป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 54.4 10-19ปี ร้อยละ 52.3 20-29ปี ร้อยละ 60.7 มากกว่า 29 ปี ร้อยละ 50.0

ด้านกระบวนการ ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มเห็นด้วย เป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 91.2 10-19ปี ร้อยละ 84.1 20-29ปี ร้อยละ 88.1 มากกว่า 29 ปี ร้อยละ 82.9

ด้านผลลัพธ์ ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มเห็นด้วย เป็นกลุ่มเป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.0 10-19ปี ร้อยละ 65.4 20-29ปี ร้อยละ 61.9 มากกว่า 29ปี ร้อยละ 57.1

เมื่อนำกลุ่มที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบความคิดเห็นด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า บุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p>0.05$ ) ส่วนด้านผลลัพธ์พบว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p<0.05$ ) และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Scheffe พบว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน น้อยกว่า 10 ปี กับ กลุ่ม 10-19ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p>0.05$ ) โดยพบว่า ด้านผลลัพธ์กลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่ม 10-19ปี (ดังตารางที่ 23 ในภาคผนวก )



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 17** แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	df	t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
ทราบ	167	54.8	138	45.2	48.75	158	1.083	.280
ไม่ทราบ	28	56.0	22	44.0	46.81	30.90		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
ทราบ	28	9.2	277	90.8	52.81	312	.037	.970
ไม่ทราบ	13	26.0	37	74.0	52.75	45.82		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
ทราบ	111	36.4	194	63.6	40.67	219	.422	.673
ไม่ทราบ	23	46.0	27	54.0	40.03	37.59		

จากตารางที่ 17 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่บุคลากรกลุ่มที่ทราบและไม่ทราบไม่เห็นด้วยร้อยละ 54.8 และ ร้อยละ 56.0 ตามลำดับ

ด้านกระบวนการ พบว่าส่วนใหญ่บุคลากรกลุ่มที่ทราบและไม่ทราบเห็นด้วยกับโครงการร้อยละ 90.8 และ ร้อยละ 74.0 ตามลำดับ

ด้านผลลัพธ์ พบว่าส่วนใหญ่บุคลากรกลุ่มที่ทราบและไม่ทราบเห็นด้วยกับโครงการร้อยละ 63.6 และ ร้อยละ 54.0 ตามลำดับ

เมื่อนำกลุ่มบุคลากรที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการพบว่า บุคลากรที่ทราบข้อมูลกับไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของการดำเนินโครงการ 30 บาท มีความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แสดงว่า การรับทราบข้อมูลไม่มีผลทำให้ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชแตกต่างกัน



**ตารางที่ 18** แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมทุกด้านตามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำแนกตามการได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการจากผู้รับผิดชอบโครงการ

ความคิดเห็นต่อโครงการ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		Mean	df	t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>								
ได้รับ	76	52.8	68	42.7	49.86	158	1.944	.054
ไม่ได้รับ	119	56.4	92	43.6	47.46	121.13		
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
ได้รับ	13	9.0	131	91.0	54.02	312	2.011	.045*
ไม่ได้รับ	28	13.3	183	86.7	51.93	245.31		
<b>ด้านผลลัพธ์</b>								
ได้รับ	49	34.0	95	66.0	42.42	219	1.452	.148
ไม่ได้รับ	85	40.3	126	59.7	39.97	195.18		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.05$

จากตารางที่ 18 จากความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อจำแนกตามการการได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการจากผู้รับผิดชอบโครงการพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า ส่วนใหญ่บุคลากรกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับไม่เห็นด้วยร้อยละ 52.8 และ ร้อยละ 56.4 ตามลำดับ

ด้านกระบวนการ พบว่าส่วนใหญ่บุคลากรกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับเห็นด้วยกับโครงการร้อยละ 91.0 และ ร้อยละ 86.7 ตามลำดับ

ด้านผลลัพธ์ พบว่าส่วนใหญ่บุคลากรกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับเห็นด้วยกับโครงการร้อยละ 66.0 และ ร้อยละ 59.7 ตามลำดับ

เมื่อนำกลุ่มบุคลากรที่เห็นด้วยมาเปรียบเทียบ พบว่า บุคลากรที่ได้รับกับไม่ได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการ 30 บาท มีความคิดเห็นต่อโครงการด้านกระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยพบว่า บุคลากรที่ได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการ 30 บาท มีความคิดเห็นมากกว่าบุคลากรที่ไม่ได้รับคำชี้แจง ส่วนด้านปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์พบว่าบุคลากรที่ได้รับกับไม่ได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการ 30 บาท มีความคิดเห็นต่อโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

#### ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายความคิดเห็นต่อโครงการ

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นด้านกระบวนการ

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	P
แพทย์	.126	.016	6.479	2.231	.026*
พยาบาล	.177	.031	2.853	2.495	.013*
Constant			51.821	85.204	.000*

\* P < 0.05

จากตารางที่ 19 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อโครงการด้านกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกมีเพียงจำนวน 2 ตัวแปรได้แก่ ตำแหน่งแพทย์ พยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายทั้ง 2 ตัวแปรเท่ากับ .031 แสดงว่า ตำแหน่งแพทย์ พยาบาล สามารถเป็นตัวแปรในการทำนายความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการได้ร้อยละ 3.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นด้านผลลัพธ์

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	P
แพทย์	.155	.024	-8.071	-2.224	.027*
พยาบาล	.209	.044	2.741	2.508	.013*
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	.248	.062	-.185	-2.037	.043*
Constant			41.453	46.806	.000*

\* P < 0.05

จากตารางที่ 20 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อโครงการด้านผลลัพธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกมีเพียงจำนวน 3 ตัวแปรได้แก่ ตำแหน่งแพทย์ พยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายทั้ง 3 ตัวแปรเท่ากับ .062 แสดงว่า ตำแหน่งแพทย์ พยาบาลและระยะเวลาในการปฏิบัติงานสามารถเป็นตัวแปรในการทำนายความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ได้ร้อยละ 6.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางจิตเวช และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวช โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ บุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา มีจำนวนทั้งหมด 845 คน แล้วนำมาคัดเลือกเฉพาะกลุ่มที่ทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชจาก 410 คน ได้ขนาดเท่ากับ 299 คน แต่ในการเก็บจริงจะใช้ประชากรตัวอย่างทั้งหมด 410 คน มีผู้ที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามทั้งหมด 355 คนคิดเป็นร้อยละ 86.6 ผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 55คน คิดเป็นร้อยละ 13.40 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บและรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16-30 มิถุนายน พ.ศ.2546 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ใช้ t-test ถ้าตัวแปรตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe และหาปัจจัยส่วนบุคคลเพื่อทำนายความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Stepwise multiple regression การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปผลและอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

#### สรุปผลการศึกษา

##### 5.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 33 มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 57.5 จบระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 49.9 ลักษณะงานให้บริการผู้ป่วยใน ร้อยละ 72.7 ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 54.4 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา 0-9 ปี ร้อยละ 38.3 เคยได้รับทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับนโยบายของโครงการ 30 บาทรักษาทุกคน ร้อยละ 85.9 และไม่เคยได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการจากผู้รับผิดชอบโครงการ ร้อยละ 59.4

## 5.2 ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นต่อโครงการในแต่ละรายด้านดังนี้ ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 54.93 เห็นด้วยร้อยละ 45.07 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 79.38 รองลงมาเห็นด้วยน้อย ร้อยละ 15.00 และเห็นด้วยมาก ร้อยละ 5.63

ด้านกระบวนการ บุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 88.45 ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 11.55 โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.73 รองลงมาเห็นด้วยมาก ร้อยละ 15.00 และเห็นด้วยน้อย ร้อยละ 3.18

ด้านผลลัพธ์ บุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ 62.25 ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 37.75 โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 79.64 รองลงมาเห็นด้วยมาก ร้อยละ 62.25 และเห็นด้วยน้อย ร้อยละ 14.23 และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อ ได้ผลการวิจัยดังนี้

ความคิดเห็นเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านปัจจัยนำเข้าเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

### ด้านปัจจัยนำเข้า

ข้อที่บุคลากรตอบเห็นด้วยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาแบบอื่น ร้อยละ 96.9 โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงการรักษาทางจิตเวชได้อย่างถ้วนหน้า ร้อยละ 93.2 โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้ให้บริการสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย ร้อยละ 92.4 ควรให้ผู้ป่วยจิตเวชชำระเงินค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด เมื่อต้องการอยู่ห้องพิเศษ ร้อยละ 91.1 โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่มีแผนกจิตเวชมียาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชีหลักแห่งชาติที่มีคุณภาพ สำหรับให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90.1

ข้อที่บุคลากรตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียเงิน 30 บาท เมื่อมารับบริการ ร้อยละ 37.5 ไม่ควรให้สิทธิผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลทางจิตเวชเอง ร้อยละ 30.7 รัฐให้ข้อมูลความรู้ในการรับบริการรักษาโรคทางจิตเวชแก่ประชาชนชัดเจน ร้อยละ 23.7 ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชให้แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ร้อยละ 20.8 ในปัจจุบันงบประมาณของรัฐเพียงพอที่จะให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนไทยได้ทั่วถึง ร้อยละ 20.3

### ด้านกระบวนการ

ข้อที่บุคลากรตอบเห็นด้วยมากที่สุดคือ โรงพยาบาลจิตเวชควรมีการประชาสัมพันธ์วิธีการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ผู้รับบริการ ร้อยละ 100 โรงพยาบาลควรมีกล่องรับความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 99.4 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเสมอ ร้อยละ 99.2 โรงพยาบาลควรมีกรรมการรับและพิจารณาปัญหาจากการบริการผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 98.6 และ ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลที่ทำงานปฏิบัติงานอยู่สามารถให้คำปรึกษาแก่ท่านได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วย ร้อยละ 98.3

ข้อที่บุคลากรตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้ามีอาการทางจิตรุนแรงก่อนมาพบจิตแพทย์ควรเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน(ในกรณีใช้สิทธิฉุกเฉินเกิน 2 ครั้งต่อปี ) ร้อยละ 14.4 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยามีบุคลากรเพียงพอในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 8.5 บุคลากรได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับระเบียบขั้นตอนในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างชัดเจนร้อยละ 7.6 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยามีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนแก่บุคลากรในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 5.9 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยามียา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 3.1

### ด้านผลลัพธ์

ข้อที่บุคลากรตอบเห็นด้วยมากที่สุด คือ บุคลากรให้บริการผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่น ร้อยละ 98.0 รองลงมาคือ บุคลากรให้ข้อมูลต่าง ๆ กับผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่นร้อยละ 97.5 ในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงพอ ร้อยละ 96.3 โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคทำให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิพื้นฐานของตนเองในการรักษาพยาบาลทางจิตเวช ร้อยละ 95.5 โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคทำให้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยและญาติลดลง ร้อยละ 95.2

ข้อที่บุคลากรตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น ร้อยละ 24.2 การที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุ



ในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียเวลามากขึ้น ร้อยละ 23.4 โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถูกส่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยามีจำนวนลดลง ร้อยละ 23.1 โครงการนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการดูแลจากญาติน้อยลง ร้อยละ 8.5 ควรให้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีความยั่งยืนต่อไป ร้อยละ 7.0

### 5.3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับข้อมูลทั่วไป

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การรับทราบข้อมูล และการได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อโครงการด้านปัจจัยนำเข้าไม่แตกต่างกัน

ด้านกระบวนการ พบว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การได้รับคำชี้แจง รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อโครงการด้านกระบวนการแตกต่างกัน ส่วนบุคลากรที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน การรับทราบข้อมูล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อโครงการด้านกระบวนการไม่แตกต่างกัน

ด้านผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยามีแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน นอกนั้นพบว่า บุคลากรที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการได้รับคำชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อโครงการด้านผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน

### 5.4 ปัจจัยทำนายความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พบว่า ตำแหน่งแพทย์ พยาบาล เป็นปัจจัยในการทำนายความคิดเห็นต่อโครงการด้านกระบวนการได้ร้อยละ 3.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ส่วนด้านผลลัพธ์พบว่า ตำแหน่งแพทย์ พยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยามีเป็นปัจจัยในการทำนายความคิดเห็นต่อโครงการด้านผลลัพธ์ได้ร้อยละ 6.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายดังนี้

1. **ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป** ของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปฏิบัติงานในตำแหน่งช่วยเหลือคนไข้เป็นส่วนมากถึงร้อยละ 54 ส่วนตำแหน่งแพทย์มีน้อยที่สุดและกลุ่มพยาบาลก็มีเพียงครึ่งหนึ่งของกลุ่ม ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะรับผู้จาบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือ ปวช. อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี และส่วนมากได้รับรู้เกี่ยวกับข้อมูลโครงการ 30 บาทมาบ้าง แต่ไม่เคยได้รับคำชี้แจงรายละเอียดหรือทำความเข้าใจเพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อโครงการเลยซึ่ง กิตติ สุทธิสัมพันธ์<sup>(15)</sup> ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคคลที่ทำให้แต่ละคนที่คงความคิดเห็นที่อาจเหมือนกันหรือแตกต่างกันออกไป ปัจจัยดังกล่าวคือ เพศ คุณภาพของสมอง ระดับการศึกษา ความเชื่อค่านิยม เจตคติของบุคคลต่อเรื่องต่างๆซึ่งอาจจะได้จากกลุ่มบุคคลในสังคม ประสบการณ์ สื่อมวลชน กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง ข้อเท็จจริงในเรื่องราวต่างๆ โดยเฉพาะระดับการศึกษาเพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ในเรื่องต่างๆมากขึ้น และคนที่มีความรู้มากมักจะมีความคิดเห็นในเรื่องต่างๆอย่างมีเหตุผล รวมทั้งกลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคคลเพราะเมื่อบุคคลอยู่ในกลุ่มใดหรือสังคมใดที่จะต้องยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่มหรือสังคมนั้น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีความคิดเห็นไปตามกลุ่มหรือสังคมที่มีอยู่

### 2. การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระ

**เจ้าพระยาต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า**ในแต่ละรายด้านพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยต่อโครงการในด้านปัจจัยนำเข้าแต่จะเห็นด้วยในเรื่องของกระบวนการและผลลัพธ์ อาจเนื่องจากด้านปัจจัยนำเข้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับทรัพยากรที่จะนำมาบริหารจัดการในการดำเนินงานซึ่งประกอบไปด้วย คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการบริหาร ในระบบบริหารสาธารณสุขนั้นก็หมายถึงถึงบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ สถาบันบริการสาธารณสุขและวิธีการบริหารที่เหมาะสม<sup>(23)</sup> ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคลากรกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่างบประมาณของรัฐไม่เพียงพอที่จะให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนไทยได้ อีกทั้งสถานพยาบาลทางจิตเวชที่มีคุณภาพ มีจิตแพทย์และมียาที่สามารถรักษาได้นั้นยังมีไม่ทั่วถึงในทุกพื้นที่และระเบียบปฏิบัติในการให้บริการทางจิตเวชมีความไม่แน่นอน รวมทั้งขั้นตอนการรักษารักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตร 30 บาทรักษาทุกโรคก็ยังคงมีความยุ่งยากและรัฐบาลก็ให้ข้อมูลที่ไมชัดเจนแก่ประชาชนด้วยซึ่งสอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีอำรงค์สวัสดิ์และคณะ<sup>(2)</sup> ได้กล่าวว่า ระบบการสนับสนุน

การดำเนินงานของส่วนกลางที่ขาดประสิทธิภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการทำงาน นับแต่การให้แนวทางการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง และการขาดงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการโครงการ

เมื่อพิจารณากลุ่มที่เห็นด้วยต่อโครงการทุกด้าน พบว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางสอดคล้องกับ การศึกษาของอิมรอนิม เซะปะกะอ(2544)<sup>(21)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขต่อโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดยะลา พ.ศ.2544 พบว่าความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนี้ มีข้อจำกัดของเวลาในการเตรียมการ เพราะเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่ต้องการเปิดให้บริการตามโครงการภายใน 1 เมษายน 2544 ในพื้นที่ 6 จังหวัด นำร่องพร้อมกัน ตามมาอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน และในเดือนตุลาคมปีเดียวกันก็ได้ขยายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศไทย รวมถึงบางเขตในกรุงเทพมหานคร และขยายการดำเนินงานเต็มพื้นที่ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 ซึ่งกล่าวได้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้น อีกทั้งด้วยองค์ประกอบที่มีหลายอย่างของโครงการประกอบกับขาดแผนปฏิรูปที่ชัดเจน ความเร่งรีบในการดำเนินโครงการ และกระบวนการถ่ายทอดนโยบายที่ไม่ดีพอ ก่อให้เกิดความสับสน และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าบุคลากรได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนระเบียบในการให้บริการไม่ชัดเจนรวมทั้งได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับบริการตามโครงการที่รัฐให้แก่ประชาชนไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของกรวิก ช. สรพงษ์และคณะ(2544)<sup>(20)</sup> ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคกรณีศึกษาจังหวัดยโสธรปี 2544 พบว่าโครงการนี้ขาดความชัดเจนของนโยบาย ทำให้การดำเนินการบริหารจัดการไม่ได้เต็มที่ มีผลต่อความเข้าใจวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการปฏิบัติของบุคลากรและประชาชน และมองว่าองค์ประกอบที่นอกเหนือจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ถูกสอดแทรกเข้ามาภายหลัง นอกจากนั้น สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และคณะ(2545)<sup>(2)</sup> ได้กล่าวว่าการเร่งรัดจากส่วนกลางในลักษณะข่มขู่ก็ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีเจตคติด้านลบต่อโครงการ โดยเฉพาะในประเด็นการบริหารจัดการโครงการ การคลังและการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิของผู้ปฏิบัติ

### 3. เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าข้อที่ส่วนใหญ่บุคลากรตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุด และเป็นประเด็นที่น่าสนใจ

#### 3.1 ด้านปัจจัยนำเข้า ข้อที่บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่

3.1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียเงินค่าธรรมเนียม 30 บาท เมื่อมารับบริการอาจเป็นเพราะ บุคลากรคิดว่าควรรีให้ประชาชนหรือผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการร่วมจ่าย เพื่อควบคุมไม่ให้ประชาชนมีการใช้บริการที่เกินความจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการแบกรับรัฐบาลมากเกินไป สอดคล้องกับข้อเสนอแนะ มาตรการระยะยาวของรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุพล (2541)<sup>(26)</sup> ที่เสนอแนะไว้ในเรื่องของระบบการคลังสาธารณสุขและการจัดสรรเงิน เพราะปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจอยู่

3.1.2 ไม่ควรรีให้สิทธิผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลทางจิตเวชเอง อาจเนื่องจากบุคลากรได้รับทราบปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่จะต้องได้รับบริการที่สถานพยาบาลแล้วที่ระบุในบัตรว่าทำให้ ผู้ป่วยจิตเวชและญาติต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น เพราะในระบบบริการนั้นมีปัญหาในด้านการขาดสถานพยาบาล ระดับต้นที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตเวช ซึ่งจำเป็นต้องใช้การรักษาที่มีความเฉพาะทางด้านจิตเวชโดยตรง มีจิตแพทย์ และยารักษา

3.1.3 รัฐให้ข้อมูลความรู้ในการมารับบริการตามโครงการแก่ประชาชนชัดเจนซึ่งหมายความว่าบุคลากรส่วนใหญ่คิดว่าได้รับข้อมูลความรู้ไม่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลูติ ชัยนาม (2545)<sup>(19)</sup> ที่พบว่า การประชาสัมพันธ์ของรัฐบาลภายใต้ขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค” นั้นทำให้เกิดความสับสนและคาดหวังสูงจากประชาชน เกิดจากหลักการและแนวทางปฏิบัติงานอันจะนำไปสู่ความได้แก่ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้

#### 3.2 ด้านกระบวนการบริหาร ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เห็นด้วยมากและมีประเด็นที่น่าสนใจมีดังนี้

3.2.1 บุคลากรได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนระเบียบในการให้บริการผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างชัดเจน ซึ่งหมายความว่าบุคลากรได้รับการชี้แจงขั้นตอนระเบียบไม่ชัดเจนอาจจะเป็นเพราะว่า โครงการนี้ได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้น มีความเร่งรีบในการดำเนินโครงการและกระบวนการถ่ายทอดนโยบายที่ไม่ดีพอ ก่อให้เกิดความสับสน และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติได้<sup>(2)</sup>

3.2.2 ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าถ้ามีอาการทางจิตรุนแรงก่อนมาพบจิตแพทย์ควรเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน(ในกรณีที่ใช้สิทธิฉุกเฉินเกิน



2 ครั้งต่อปี)ที่ไม่เห็นด้วยอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการจิตรุนแรงคือผู้ป่วยที่เกิดมีความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือรุนแรงจนอาจทำให้เกิดผลเสียหายหรือ อันตรายแก่ทั้งตัวผู้ป่วยผู้อื่นและทรัพย์สินได้ จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ถูกต้องโดยเร่งด่วนทันที อันจะเป็นผลให้การรักษาในระยะยาวดีขึ้น (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)<sup>(27)</sup> ซึ่งการรักษาจะต้องใช้จิตแพทย์ใช้องค์ความรู้เทคโนโลยีทรัพยากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ในการดูแลรักษาผู้ป่วย<sup>(28)</sup> แต่ถ้าให้ญาติพาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงไปรักษายังสถาน พยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนจะพบว่าสถานพยาบาลหลักส่วนใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์บางแห่งมีบุคลากร ด้านจิตเวช ซึ่งถ้าหากหน่วยบริการใดมีจิตแพทย์อยู่ก็มักเน้นการรักษาด้วย แต่ถ้าไม่มีการให้ บริการก็จะเน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นหลักเท่านั้น (ประยุทธ์ เสรีเสถียร, 2544)<sup>(29)</sup> ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลศูนย์ดังกล่าวจะมีจิตแพทย์อยู่ ก็อาจไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการทางจิตรุนแรงได้ ก็จะต้องส่งต่อมายังโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งในการเดินทางไปมาของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่พบว่าญาติต้องเช่าเหมารถยนต์ในการเดินทางพาผู้ป่วยไปรักษา ไม่สามารถเดินทางโดยรถประจำทางได้ ดังนั้นในการที่จะต้องพาผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งไปยังอีก สถานที่หนึ่งค่อนข้างยากลำบาก ญาติจะต้องเสียเวลามากขึ้น และอาจต้องจ่ายเงินเพิ่มในการ เดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในด้านผลลัพธ์ที่บุคลากรเห็นด้วยว่า การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน ทำให้เสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น

3.2.3 บุคลากรได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนระเบียบในการให้บริการผู้ป่วยใน โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างชัดเจน ที่บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยอาจเนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับคำชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย ขั้นตอนการให้บริการ ระเบียบปฏิบัติต่างๆ ของโครงการ จากผู้รับผิดชอบโครงการไม่ว่าจากส่วนกลางหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่แต่พอจะรับรู้จากการ โฆษณา ประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชน และประกาศที่เป็นเอกสารส่งมา

**3.3 ด้านผลลัพธ์** ข้อที่บุคลากรส่วนใหญ่ ตอบไม่เห็นด้วยมากและมีประเด็นที่ น่าสนใจมีดังนี้

3.3.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนไม่ทำให้เสียเวลาหรือค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น ซึ่งหมายความว่าความที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนทำให้เสียเวลาและค่า

เดินทางมากขึ้น ได้อภิปรายแล้วในด้านกระบวนการ และจากการที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปช.)<sup>(30)</sup> รับฟังความคิดเห็นประชาชนต่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ.2544 พบว่าประชาชนไม่เห็นด้วยกับเรื่องนี้ที่ว่า เมื่อประชาชนมีความจำเป็นเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขประชาชนต้องเข้ารับบริการที่สถานบริการระดับต้นซึ่งขึ้นทะเบียนกับสถานบริการระดับต้นหรือทั้งนี้อาจเกิดจากการที่นโยบายนี้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้น การประชาสัมพันธ์ของรัฐบาลภายใต้คำขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค” นั้นทำให้เกิดความสับสนและคาดหวังสูงจากประชาชนเกินจากหลักการและแนวทางปฏิบัติ<sup>(18)</sup> ประชาชนขาดความเข้าใจในการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เข้าใจขั้นตอน อีกทั้งการเจ็บป่วยทางจิตเป็นโรคที่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางเป็นผู้บำบัดรักษา

3.3.2 โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถูกส่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จฯมีจำนวนลดลง อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ ละหน่วยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้ลดจำนวนลง โดยเฉพาะบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยใน ของตึกผู้ป่วยสามัญ จะพบว่าจำนวนผู้ป่วยมียอดเกินจำนวนเตียงนอนที่มีอยู่ และจากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 – 2546 เปรียบเทียบก่อนและหลังในการมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้พบว่า ในปี พ.ศ.2543 – 2544 มีจำนวนผู้ป่วยใน 9990 คน และเมื่อมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2545 – 2546 มีจำนวนผู้ป่วยใน 10,055 คน<sup>(31)</sup> อีกทั้งโรงพยาบาลสมเด็จฯเป็นหน่วยงานที่ให้บริการเฉพาะทางด้านจิตและประสาททางแพทย์ฉุกเฉินโดยให้บริการในระบบรับการส่งต่อกรณีที่เกิดความ สามารถของโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือสถานบริการสาธารณสุขประจำครอบครัว<sup>(28)</sup> ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีผู้ป่วยที่ใช้สิทธิฉุกเฉินเข้ามาใช้บริการไม่ลดจำนวนลง

4. การเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับข้อมูลทั่วไป พบว่า ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาและการได้รับคำชี้แจงรายละเอียดจากผู้รับผิดชอบโครงการเป็นปัจจัยที่ทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างกัน โดยอธิบายตามข้อมูลทั่วไปดังนี้

**การได้รับคำชี้แจงรายละเอียดจากผู้รับผิดชอบโครงการ** ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลข่าวสารความรู้ อย่างหนึ่งเป็นผลส่งให้ความคิดเห็นของบุคลากรแตกต่างกันสอดคล้องกับแนวคิดของ ทรวงเกียรติ บุญถึง(2540)<sup>(13)</sup> กล่าวว่า ความคิดเห็นส่วนมากจะอยู่บนพื้นฐานของการได้รับ ข้อมูลข่าวสาร แหล่งของข้อมูลข่าวสาร ขนาดของข้อมูลข่าวสาร โดยข้อมูลข่าวสารนั้นบางส่วนจะ ไปสร้างทัศนคติหรือความคิดเห็นได้



**ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน** มีผลทำให้ความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการด้านผลลัพธ์แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอิบรอฮีม เซบาคอ (2544)<sup>(21)</sup> พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน บุคลากรมีความคิดเห็นต่อโครงการไม่แตกต่างกันอาจเนื่องจากบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาเป็นเวลานานย่อมผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ และรับรู้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า พบเห็นผู้ป่วยหลายประเภทหลายระดับ ที่มีความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ทำให้ได้เรียนรู้ ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยจิตเวช และญาติ รวมทั้งสามารถมองกาลไกลต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งได้มากกว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาในการทำงานน้อย สอดคล้องกับแนวคิดของ บุญธรรม คำพอ (2520)<sup>(9)</sup> ที่กล่าวว่าความคิดเห็นของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติประจำตัวของแต่ละบุคคลได้แก่ **พื้นความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานและการติดต่อกันระหว่างบุคคลนับเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลและกลุ่มมีความคิดเห็นไปในทิศทางหนึ่ง**

**ตำแหน่งในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน** ทำให้ความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน อาจเนื่องจาก การที่บุคลากรมีตำแหน่งบทบาทหน้าที่แตกต่างกันตั้งนั้นข้อเท็จจริงในเรื่องราวต่างๆ หรือสิ่งต่างๆ ที่บุคคลแต่ละคนได้รับในการทำงานไม่เหมือนกันซึ่งมีผลต่อการแสดงความคิดเห็น เช่นกลุ่มวิชาชีพพยาบาล เป็นผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุดเมื่อเทียบกับสาขาวิชาชีพอื่น และยังเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับญาติของผู้ป่วยด้วย ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลนอกจากให้การรักษาพยาบาล ป้องกัน ฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยแล้วยังมีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้รับบริการ เพื่อการแก้ไข ปัญหาของผู้รับบริการให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและรับข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติได้มากกว่ากลุ่มอื่นดังที่ กิตติ สุทธิสัมพันธ์(2542)<sup>(15)</sup> กล่าวว่า ข้อเท็จจริงในเรื่องราวต่างๆ หรือสิ่งต่างๆ ที่บุคคลแต่ละคนได้รับ ก็จะมีผลต่อการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง

**ส่วนข้อมูลอื่นๆได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา**แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะในปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่เทคโนโลยี ความรู้ประชากรสามารถศึกษาค้นคว้าได้ด้วยตนเอง อีกทั้งมีความทัดเทียมกันมากขึ้นทั้งในด้านโอกาสการศึกษาและการรับรู้ข่าวสาร ดังนั้นการที่บุคลากรมี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แตกต่างกันจึงไม่ส่งผลต่อความคิดเห็นของบุคลากร

**การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคถึงแม้บุคลากรส่วนใหญ่จะได้รับทราบข้อมูลแต่ก็มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้**

รับเนื่องจากข้อมูลมีความไม่ชัดเจนขาดการชี้แจงและทำความเข้าใจ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อความคิดเห็นของบุคลากร

### 5. ปัจจัยทำนายความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พบว่าตำแหน่ง แพทย์ กับพยาบาล สามารถทำนายความคิดเห็นของบุคลากรด้านกระบวนการได้ เนื่องจาก กลุ่มแพทย์ กับพยาบาล เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป ซึ่งระดับการศึกษามีผลต่อการแสดงออกของความคิดเห็น และการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ในเรื่องต่างๆมากขึ้นและคนที่มีความรู้มากมักจะมีความคิดเห็นในเรื่องต่างๆอย่างมีเหตุผล(กิตติ สุทธิสัมพันธ์, 2542)<sup>(15)</sup> และบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มนี้ส่วนมากมีหน้าที่ในการบริหารจัดการการเป็นผู้นำในการดำเนินงานต่างๆย่อมที่จะรับรู้ปัญหาในการดำเนินงานได้

ตำแหน่ง แพทย์ กับพยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สมเด็จพระยาสามารถทำนายความคิดเห็นของบุคลากรด้านผลลัพธ์ได้ เนื่องจากกลุ่มแพทย์ กับพยาบาล เป็นกลุ่มที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด และเป็นกลุ่มที่ต้องพบปะคนอื่น ๆ มีสัมพันธภาพ รับรู้เรื่องต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งFoster<sup>(16)</sup> ได้กล่าวว่าประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อหมู่คณะเนื่องจากราวต่างๆ หรือสถานการณ์ความคิดเห็นในตัวบุคคลจากการได้พบเห็น ความคุ้นเคย การได้ยินได้ฟัง เป็นผลทำให้เกิดความคิดเห็นได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ถือเป็นประสบการณ์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ความเข้าใจในหน้าที่และความรับผิดชอบต่องานซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความคิดเห็นได้(กิตติ สุทธิสัมพันธ์, 2542)<sup>(15)</sup>

การที่ผลการศึกษานี้ อาจเป็นการประเมินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางจิตเวชในระยะเริ่มต้นได้ ถึงแม้จะศึกษาถึงความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ ก็ตาม สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายของโครงการ หรือนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการพิจารณาปรับปรุงการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางจิตเวช ซึ่งนำไปสู่การปรับนโยบายให้ดีขึ้นและเหมาะสมต่อไป

### ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ควรมีการปรับปรุงปัจจัยด้านต่างๆของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อเพิ่มความร่วมมือ และความเห็นด้วยกับโครงการ เช่น รายละเอียดขั้นตอน การชี้แจงรายละเอียดให้มีความชัดเจนนำไปปฏิบัติได้ง่าย เนื่องจากผลการศึกษาคำความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับโครงการด้านปัจจัยนำเข้าและที่เห็นด้วยก็มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่าการได้รับข้อมูลขั้นตอนระเบียบในการให้บริการสำหรับโครงการนี้ยังไม่ชัดเจน

2. กลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติงาน ตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ควรเน้นกลุ่มเฉพาะทาง ได้แก่ กลุ่มแพทย์ กลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ และกลุ่มอื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เกษัชกรรม นักอาชีวบำบัด ฯ หรือเน้นงานที่ทำเช่น กลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียวเนื่องจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่มีความเห็นด้วยน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ เพื่อให้มีความคิดเห็นที่ดีขึ้นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงควรมีการชี้แจงรายละเอียดและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ และการบริการให้แก่ผู้ป่วยให้ชัดเจน

3. ควรมีการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคแก่ประชาชนให้ชัดเจน เช่น การประชาสัมพันธ์ภายในโรงพยาบาลจิตเวช หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง

4. ควรมีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงระเบียบการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชให้แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป เช่น ควรให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแทนการรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน เนื่องจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าบุคลากรเห็นด้วยว่าการที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อนทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางมากขึ้น ดังนั้นควรมีการปรับปรุงแก้ไขขั้นตอนการรับบริการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางจิตเวชในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ
2. การศึกษาความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางจิตเวชในบุคลากรเฉพาะกลุ่มในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความพึงพอใจ
3. ศึกษาความพึงพอใจ ความรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือเจตคติต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ใช้บริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

## รายการอ้างอิง

1. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ. **ความเป็นไปได้และทางเลือกของระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย**. รายงานวิจัยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2543.
2. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และคณะ. **การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ตสุโขทัย และอุบลราชธานี**. รายงานวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2545.
3. พิสิทธิ์ ศรีประเสริฐ และคณะ. **การศึกษาเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดน่าน**. รายงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน,2544.
4. สำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. **30 บาทรักษาทุกโรคสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. กระทรวงสาธารณสุข , 2544.
5. ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์ พรินต์ติ้งกรุ๊ป , 2532.
6. สุชา จันทน์เอม. **จิตวิทยาสังคม**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2524.
7. สงวน สุทธิเลิศอรุณ. **จิตวิทยาสังคม**. กรุงเทพมหานคร : ชัยศิริการพิมพ์, 2523.
8. Costello,Robert B. and Staff. **The American Heritage College Dictionary**. 3<sup>rd</sup> ed. Boston : Houghton Mifflin , 1993.
9. บุญธรรม คำพอ. **การศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้ยอมรับและไม่ยอมรับวิทยาการแผนใหม่ : ศึกษาเฉพาะกรณีมูลนิธิบูรณะชนบท หมู่ 10 ตำบลโพธิ์งาม อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท**. กรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2520.
10. ประสาท หลักศิลา. **สังคมวิทยา**. กรุงเทพมหานคร : ก้าวหน้า, 2511.
11. McGuri W.J. Attitude and attitude change. In.G. Lindzey & E. Aronson (Eds), **The hard book of social psychology**. New York : Random House, 1985.
12. Oskamp Stuart. **Attitude and opinions**. 2<sup>nd</sup> ed. A Division of Simon & Schuster Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall , 1991.

13. ทรงเกียรติ บุญถึง. **ความคิดเห็นของสมาชิกในการดำเนินงานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
14. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. **ทัศนคติการวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. กรุงเทพมหานคร .
15. กิตติ สุทธิสัมพันธ์. **ความคิดเห็นของตัวแทนออกของต่อพิธีการสุกการในการนำสินค้าเข้าจากต่างประเทศ : ศึกษากรณีการนำเข้าทางสำนักงานสุกการท่าอากาศยานกรุงเทพ**. กรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
16. สุณีภา งามสันติกุล. **ความคิดเห็นของประชาชนต่องานพัฒนาโครงการสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษาเฉพาะกรณีบางกะดีและบ้านปทุมจังหวัดปทุมธานี**. กรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.
17. ปติมา หิริสัจจะ. **ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน ต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตสาธารณสุข 3**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
18. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **ข้อเสนอระบบสาธารณสุขถ้วนหน้า นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.**
19. จิรุตติ ชัยนาม. **กระบวนการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาปรัชญา การเมืองและเศรษฐศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
20. กรวิก ช.สรพงษ์ และคณะ. **การประเมินผลการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค กรณีศึกษา : จังหวัดยโสธร ปี 2544**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2544.
21. อิบรอฮีม สะบากอ. **ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขต่อโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดยะลา พ.ศ. 2544**. รายงานการวิจัย , 2544.



22. เลิศศักดิ์ อ่อนสะอาด, สุจิตรา นิลเลิศ. **การศึกษาพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้บริการ  
สาธารณสุขและการประเมินความพึงพอใจของประชาชน จังหวัด  
สุพรรณบุรี ภายหลังจากมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท  
รักษาทุกคน) มาแล้วเป็นเวลา 6 เดือน (ตุลาคม-มีนาคม 2545).**  
รายงานการวิจัย, 2545.
23. สุขุทัยธรรมมาธิราช. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. **การบริหารสาธารณสุขทั่วไป.**  
กรุงเทพมหานคร : 2533.
24. อุทุมพร จามรมาถน. **การสุ่มตัวอย่างของการศึกษา(Sampling In Education).”การ  
กำหนดขนาดตัวอย่าง”** โครงการตำราวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรม, 2530.
25. วิเชียร เกตุสิงห์. **ค่าเฉลี่ยการแปลความหมาย:เรื่องง่ายที่บางครั้งก็พลาดได้.**ข่าว  
สารการวิจัยการศึกษา. 18(มีนาคม 2538) : 9—11.
26. ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. **หลักประกันสุขภาพกับความมั่นคงแห่งชาติ : ทางเลือกเชิง  
นโยบาย.** วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2541 .
27. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์.จิตเวชฉุกเฉิน. ใน มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์  
(บรรณาธิการ), **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** หน้า267-289. กรุงเทพมหานคร  
สวิชาการพิมพ์, 2544.
28. สำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. **ระเบียบ ประกาศที่ใช้ในโครงการ  
สร้างหลักประกันสุขภาพ,** 2545. (อัดสำเนา)
29. ประยุทธ์ เสรีเถียร.งานสุขภาพจิตในประเทศไทย. ใน มาโนช หล่อตระกูลและ  
ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ), **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** หน้า443-451.  
กรุงเทพมหานคร สวิชาการพิมพ์, 2544.
30. ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. **บริการใกล้บ้านใกล้ใจคนไทยรับแค่วัน.**  
นนทบุรี,(ม.ป.ป.).
31. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. **รายงานประจำปี2544-2545.**กรุงเทพมหานคร : ฝ่าย  
แผนงานและประเมินผล,2545.(อัดสำเนา)





# ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์มาลี ธรรมลิขิตกุล  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช  
หัวหน้าหน่วยจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา  
โกมลฉัตร
4. คุณวนิดา โกลลฤทธิ  
พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหน่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยา  
โกมลฉัตร
5. คุณมยุรี กลั้ววงษ์  
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบสอบถามการวิจัย

ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30บาท รักษาทุกโรค)  
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

#### สำหรับบุคลากรทางจิตเวช

#### แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำชี้แจง 1 กรุณาตอบคำถามทุกข้อและตอบตามความเป็นจริง

2 กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตามความเป็นจริงหรือเติมคำในช่องว่าง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ.....  1. ชาย  2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพการสมรส

1. โสด  
 2. คู่  
 3. หม้าย  
 4. หย่า / แยก

4. ระดับการศึกษา

1. มัธยมศึกษา / ปวช.  
 2. ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา / ปวส.  
 3. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
 4. สูงกว่าปริญญาตรี

## 5. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ให้บริการผู้ป่วยใน | <input type="checkbox"/> 2. ให้บริการผู้ป่วยนอก |
| <input type="checkbox"/> 3. จิตเวชชุมชน        | <input type="checkbox"/> 4. จิตเวชวัยรุ่น       |
| <input type="checkbox"/> 5. ร.พ. กลางวัน       | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆระบุ.....      |

## 6. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. แพทย์             | <input type="checkbox"/> 2. พยาบาล         |
| <input type="checkbox"/> 3. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆระบุ..... |

## 7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา.....ปี.....เดือน

## 8. การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

- |                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ทราบ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ |
|----------------------------------|-------------------------------------|

## 9. การได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคจากผู้รับผิดชอบโครงการ

- |                                       |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ    |
| <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรทางจิตเวชต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำชี้แจง ชัดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด
0	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย					ไม่เห็นด้วย
ปัจจัยนำเข้า ( Input )	5	4	3	2	1	0
<b>นโยบายของโครงการ</b>						
1. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนเข้าถึงบริการรักษาทางจิตเวชได้อย่างถ้วนหน้า						
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เทียบเท่ากับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิการรักษาแบบอื่น						
<b>สิทธิความครอบคลุม</b>						
3. ไม่ควรให้สิทธิผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้เลือกสถานพยาบาลทางจิตเวชเอง						
4. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคน ควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียเงินค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อมารับบริการ						
5. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาลหลัก ในการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในได้ 15 วัน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย						
6. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ารับบริการทางจิตเวชนอกสถานพยาบาลหลัก ในกรณีฉุกเฉินได้ 2 ครั้งต่อปี						
7. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรได้รับยาและเวชภัณฑ์ฟรีเฉพาะตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น						
8. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าถ้าต้องการอยู่ห้องพิเศษ ควรชำระเงินค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ไม่มีสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายใดๆจากบัตร						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย					ไม่เห็นด้วย
	5	4	3	2	1	0
<b>ทรัพยากร</b>						
9. ในปัจจุบันงบประมาณของรัฐเพียงพอที่จะให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนไทยได้ทั่วถึง						
10. รัฐมีสถานพยาบาลทางจิตเวช ที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึงในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
11. โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่มีแผนกจิตเวช มีจำนวนบุคลากรทางจิตเวชเพียงพอในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
12. โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่มีแผนกจิตเวช มียาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีคุณภาพ สำหรับการรักษาสผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
<b>วิธีการบริหารจัดการ</b>						
13. โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้ให้บริการสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย						
14. ระเบียบปฏิบัติในการให้บริการทางจิตเวชตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ปัจจุบันมีความไม่แน่นอน						
15. ขั้นตอนการมารับรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความยุ่งยาก						
16. ควรมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบ การรับบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างจากผู้ป่วยโรคทั่วไป						
<b>ข้อมูลข่าวสาร</b>						
17. รัฐให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการรับบริการรักษาโรคทางจิตเวชตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค แก่ประชาชนไม่ชัดเจน						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย					ไม่เห็นด้วย
	5	4	3	2	1	0
<b>กระบวนการ ( Process )</b>						
18. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ ควรมีการประชาสัมพันธ์วิธีการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ใช้ได้ถูกต้อง						
19. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ ควรมีการจัดตั้งกล่องรับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค						
20. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนแก่บุคลากรในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างถูกต้อง						
21. ท่านได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนระเบียบในการให้บริการผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างชัดเจน						
22. ท่านมีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ						
23. ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่สามารถให้คำปรึกษาแก่ท่านได้ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วย						
24. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการรับทราบและพิจารณาปัญหา จากการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
25. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
26. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มียา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเพียงพอ						
27. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีการพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ						
28. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีการติดตาม แก้ไขอุปสรรคเมื่อเกิดปัญหาจากการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย					ไม่เห็นด้วย
	5	4	3	2	1	0
<b>กระบวนการ ( Process )</b>						
29. ท่านได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากผู้บริหารในการให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
30. ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าถ้ามีอาการทางจิตรุนแรงก่อนมาพบจิตแพทย์ ควรเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน ( ในกรณีใช้สิทธิฉุกเฉินเกิน 2 ครั้งต่อปี )						
31. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง						
32. สถานพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ มีระบบรองรับการให้บริการฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ						
<b>ผลลัพธ์ ( Output )</b>						
33. ท่านให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่น						
34. ท่านให้ข้อมูลต่างๆ กับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างอื่น						
35. ในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงพอ						
36. ผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจในการรับบริการรักษาทางจิตเวชตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
37. การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้อง ไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน ทำให้ต้องเสียเวลามากขึ้น						
38. การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้อง ไปรักษาที่โรงพยาบาลหลักที่ระบุในบัตรก่อน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น						
39. โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการดูแลจากญาติน้อยลงขณะอยู่บ้าน						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย					ไม่เห็นด้วย
	5	4	3	2	1	0
<b>ผลลัพธ์ ( Output )</b>						
40.โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคเป็นนโยบายที่ดีแก่ผู้ป่วยจิตเวช						
41.โครงการ30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถูกส่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จฯ มีจำนวนลดลง						
42.โครงการ30บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีหลักประกันสุขภาพครบทุกคน						
43. โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ทำให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิพื้นฐานของตนเอง ในการรักษาพยาบาลทางจิตเวช						
44.โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคทำให้ทุกซ์ของญาติและผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาลดลง						
45. ควรให้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคมีความยั่งยืนต่อไป						

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตารางผลการวิเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 21 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านกระบวนการ ระหว่างตำแหน่งเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe's

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	Mean	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยเหลือ คนไข้	คณงาน	อื่น ๆ
แพทย์	30.50					
พยาบาล	43.02	.229				
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	44.69	.030*	.021*			
คณงาน	49.36	.087	.279	.894		
อื่น ๆ	36.58	.034*	.070	.779	.978	

\*P < 0.05

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ ระหว่างตำแหน่งเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe's

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	Mean	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยเหลือ คนไข้	คณงาน	อื่น ๆ
แพทย์	34.80	-				
พยาบาล	42.14	.007*				
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	38.74	.041*	.024*			
คณงาน	39.54	.054	.507	.737		
อื่น ๆ	37.76	.024*	.462	.416	.872	

\*P < 0.05

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านผลลัพธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe's

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	Mean	น้อยกว่า 10 ปี	10 – 19 ปี	20 – 29 ปี	มากกว่า 29 ปี
น้อยกว่า 10 ปี	45.41				
10 – 19 ปี	44.27	.006*			
20 – 29 ปี	40.45	.078	.445		
มากกว่า 29 ปี	34.33	.138	.867	.744	

\*P < 0.05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียน

นางสาวกนกวรรณ บุญอริยะ เกิดวันจันทร์ที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2511 ที่บ้านพักอาศัย  
ในปัจจุบัน สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์บัณฑิต เอกสุขศึกษา จากสถาบันราชภัฏ  
สวนสุนันทา ปี พ.ศ. 2535 และสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนือง) จากมหาวิทยาลัย-  
มหิดล เมื่อปี พ.ศ.2541 ประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 15 ปี ปัจจุบันทำงาน  
อยู่ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 เคยได้รับรางวัลพยาบาล  
เทคนิคดีเด่นของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา เมื่อปี พ.ศ. 2539.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย