บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะได้กล่าวเป็นประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ
4. การดำเนินงานด้านการให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

1.1 ความหมายของความคิดเห็น

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับความคิดเห็น ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

สวาท ชมพล (2535, หน้า 8) ได้กล่าวว่าความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึก หรือความเชื่อที่นำไปสู่การพิจารณาตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยอาศัยพื้นความรู้ประสบการณ์และสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ เป็นพื้นฐานในการแสดงออกเป็นการแสดงออกโดยไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว แต่จะขึ้นอยู่กับการพิจารณาตัดสินในสิ่งนั้น ๆ และลงความเห็นออกมาตามที่ได้คิดไว้ของแต่ละบุคคล

ปองปรีดา โยธา (2540, หน้า 23) กล่าวว่าความคิดเห็นเกิดจากการแปลข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ได้พบเห็นมา แต่ลักษณะของการแปลข้อเท็จจริงนั้นย่อมเป็นไปตามทัศนคติของบุคคลและเมื่อคนนั้นถูกถามว่าทำไมจึงจะมีความคิดเห็นอย่างนั้น บุคคลนั้นจะพยายามให้เหตุผลไปตามที่เขาคิด ซึ่งไม่เป็นการผิดหรือถูก และไม่สามารถบอกได้ว่าถูกต้องหรือไม่ ในเรื่องนั้น ๆ

พงษ์ไพบูลย์ ศิลาวราเวทย์ (2542, หน้า 25) ได้ให้ความหมายของความคิดเห็นไว้ว่าความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยการพูดหรือการเขียนโดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์และสภาพแวดล้อม ซึ่งการแสดงความคิดเห็นนี้อาจจะได้รับหรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้

วันชัย ฉัตรพัฒนากูล (2542, หน้า 21) ได้กล่าวว่าความคิดเห็นเกิดจากการแปลข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ได้พบเห็นมา แต่ลักษณะของการแปลข้อเท็จจริงนั้น ๆ ย่อมเป็นไปตามทัศนคติของบุคคล และเมื่อคนนั้นถูกถามว่าทำไมจึงมีความคิดเห็นอย่างนั้น เขาจะพยายามให้เหตุผลไปตามที่เขาคิด

วิทยา ศรีวิไล (2543, หน้า 37) ได้ให้ความหมายความคิดเห็นว่าเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เรื่องใดเรื่องหนึ่งและในการแสดงออกของความคิดเห็นจะเกี่ยวกับการประเมินค่าก่อนที่จะตัดสินใจแสดงความคิดเห็นในเรื่องนั้น ๆ

จากความหมายของความคิดเห็นดังกล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ความคิดเห็นเป็นเรื่องของความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งสามารถแสดงออกได้หลายด้าน และความคิดเห็นสามารถเปลี่ยนไปตามข้อเท็จจริงและเจตคติของบุคคล ไม่สามารถตัดสินได้ว่าถูกหรือผิด อาจได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้

1.2 องค์ประกอบของความคิดเห็น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (อ้างในนิศาชล ประสารสุข, 2540, หน้า 12) ได้แบ่งองค์ประกอบของความคิดเห็นเป็น 3 ส่วน ดังนี้คือ

1) องค์ประกอบด้านพุทธปัญญา (cognitive component) ได้แก่ความคิด ความเข้าใจ (thought or idea) เป็นการที่สมองของบุคคลรับรู้วิเคราะห์ และวินิจฉัยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับ ทำให้เกิดความคิดเห็นซึ่งแสดงออกในแนวคิดที่ว่าอะไรถูก อะไรผิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งที่แตกต่างกัน

2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component) ความรู้สึกหรืออารมณ์ที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อของบุคคลมีความรู้สึกเป็นตัวเร้าความคิดอีกต่อหนึ่ง คือถ้าบุคคลมีความคิดในทางที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ความคิดเห็นจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ ซึ่งแสดงออกมาโดยสีหน้า ท่าทางที่เขาคิดหรือพูดถึงสิ่งนั้น

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavioral component) เป็นความพร้อมหรือความโน้มเอียงล่วงหน้าที่จะกระทำหรือตอบสนอง (predispositions to act toward some aspect of his environment) ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง อันเป็นผลมาจากความคิดและความรู้สึก ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปการยอมหรือปฏิเสธการเข้าหาหรือถอยหนีเป็นการกระทำที่สามารถสังเกตได้

1.3 การวัดความคิดเห็น

ในการวัดความคิดเห็นของบุคคลสามารถทำได้หลายวิธี โดยจากการศึกษาของเบส (Best, J.W.1977, P. 171) ซึ่งได้กล่าวว่าวิธีที่ใช้กันทั่วไปคือการตอบแบบสอบถาม วิธีที่ง่ายที่สุดในการที่จะบอกถึงความคิดเห็นก็คือการแสดงให้เห็นถึงร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อความ เพราะจะทำให้เห็นว่าจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะได้สามารถทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้นได้ และจากการศึกษาของ มอร์แกน และ คิงส์ (Morgan and Kings, 1971, p. 516) ได้กล่าวว่าการที่จะให้ใครก็ตามออกความคิดเห็นควรถามกันต่อหน้า(face to face) ถ้าจะใช้แบบสอบถามสำหรับวัดความคิดเห็นจะต้องระบุให้ผู้ตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความที่กำหนดให้

2. แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 ปัญหาของระบบสุขภาพของไทย

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีการปรับปรุงพัฒนาตลอดจนเกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มีนักคิดหลายท่านศึกษาสภาพปัญหาของระบบสุขภาพของไทย ดังต่อไปนี้

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2543, หน้า 29 – 44) ได้กล่าวถึงสภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทยว่าความต้องการของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือจากเกษตรกรรมเปลี่ยนมาเป็นกึ่งอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ดังนั้นจึงต้องการคุณภาพบริการ ข้อมูลข่าวสารและความต้องการบริการสุขภาพลักษณะใหม่ที่สอดคล้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมีราคาแพง โดยที่รัฐบาลเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยแต่ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายมาก ประกอบกับประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง ตลอดจนการขาดคุณภาพของบริการ ให้การดูแลรักษาไข้มากกว่ารักษาคน ขาดประสิทธิภาพของระบบการให้บริการ ขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินงานของโครงการต่าง ๆ ขาดการใช้และการกระจายเทคโนโลยีที่เหมาะสม ขาดแคลนกำลังคนที่เหมาะสม เช่น ขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในชนบท ไม่มีการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ รวมทั้งการปฏิบัติงานในระดับสถานีอนามัยไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง เกิดการฟ้องร้องแพทย์ ประกอบกับบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และในการดำเนินงานยังขาดการประสานงานร่วมมือที่ดีระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคณะทำงานปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ได้วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ผ่านมา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (คณะทำงานปฏิรูประบบสาธารณสุข, 2540, หน้า 5)

จุดแข็ง

1) มีการขยายหลักประกันด้านบริการสุขภาพได้ครอบคลุมประชากรเพิ่มขึ้น แม้สถานการณ์หลังวิกฤติเศรษฐกิจ การสร้างหลักประกันด้านบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนก็ยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

2) ความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข และหน่วยงานวิชาการระดับเขตมีทั่วถึงทุกระดับ ประกอบกับสถานการณ์ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น

3) มีการขยายตัวขององค์กรด้านสุขภาพในทุกระดับ และมีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ส่วนองค์กรภาคประชาสังคมมีบทบาททั้งในด้านการสนับสนุน เสนอแนะ ตรวจสอบ และถ่วงดุล

4) ความก้าวหน้าของวิทยาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทันสมัยมากขึ้นและเปิดโอกาสให้มีทางเลือกด้านสุขภาพที่หลากหลายตามความจำเป็น

5) มีการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้เพื่อกำหนดนโยบายทิศทางการพัฒนาได้ดี

6) การพัฒนาด้านสุขภาพมีความก้าวหน้ามาเป็นลำดับ ทำให้คนไทยมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีต เด็กแรกเกิดมีโอกาสรอดมากขึ้น การขาดสารอาหารและโปรตีนในเด็กลดลง ทำให้ประชากรโดยรวมมีอัตราตายลดลง

จุดอ่อน

1) ระบบสุขภาพยังมีปัญหาพื้นฐานอยู่ที่การเน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ จึงทำให้ระบบโดยรวมที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นแบบตั้งรับ ขาดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพและสถานการณ์แวดล้อมการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรยังด้อยประสิทธิภาพทั้งยังมีลักษณะแยกส่วน คือ มองปัญหาสุขภาพแยกเป็นส่วน ๆ และแยกขาดจากมิติทางมนุษย์และจิตวิญญาณ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

2) ประชาชนเจ็บป่วยและตายโดยไม่จำเป็นหรือโดยสาเหตุที่ป้องกันได้อยู่เป็นจำนวนมาก เกิดโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ด้วยการปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องกับการปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและอาหารการกินและพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ตลอดจนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและทันการณ์

3) ยังขาดมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี เช่น สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ความปลอดภัยและความมั่นคงของระบบอาหาร ความปลอดภัยในอาชีพการงานและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการคุ้มครองความปลอดภัยด้านสุขภาพในผลิตภัณฑ์เพื่อการบริโภคต่าง ๆ

4) ระบบประกันสุขภาพยังไม่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนได้ในขณะที่ผู้มีการประกันสุขภาพก็ยังไม่พอใจหรือแน่ใจในคุณภาพของบริการที่ได้รับ นอกจากนั้นหลักประกันสุขภาพยังมีความหลากหลาย ส่งผลให้บริการในแต่ละระบบไม่เท่าเทียมกันและไม่เป็นธรรม

5) งบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐลดลง และมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการการใช้จ่ายเงินงบประมาณเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากงบประมาณสำหรับดำเนินการและการลงทุนมีสัดส่วนที่ลดลง นอกจากนี้การบริหารจัดการยังเป็นการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ราชการส่วนกลาง ทำให้ราชการส่วนภูมิภาค องค์การในระดับท้องถิ่นและชุมชนขาดความเป็นอิสระในการบริหารจัดการสุขภาพ

6) การใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพของคนไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ครอบครัวที่ยากจนใช้เงินเพื่อสุขภาพแต่ละปีสัดส่วนสูงมากเมื่อเทียบกับรายได้

7) ยังมีความไม่สมดุล และไม่เสมอภาคเป็นธรรมของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งสถานบริการสาธารณสุข บุคลากรและงบประมาณ ซึ่งมีลักษณะกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท

8) แม้สถานบริการสาธารณสุขและบุคลากรจะมีมากขึ้นและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าอัตราเพิ่มประชากร แต่ประชากรก็ยังประสบปัญหาและความลำบาก เกิดความทุกข์ในการไปใช้บริการ และไม่พอใจกับบริการที่ได้ บุคลากรผู้ให้บริการเองก็มีความทุกข์ เกิดความเครียดทั้งจากการที่ต้องเผชิญกับความคาดหวังของญาติคนไข้และของสังคม

9) การจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมายังไม่เป็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ขาดการประสานการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีสุขภาพ ขาดกลไกการนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ตลอดจนการติดตามประเมินผลก็ยังไม่สามารถวัดเชิงคุณภาพของผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นและยังไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับกลยุทธ์การดำเนินงาน

10) ขาดกลไกการตรวจสอบที่เป็นอิสระที่มีความเข้มแข็งเพียงพอในการกำกับตรวจสอบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขและคุณภาพของบริการทางการแพทย์ตลอดจนคุณธรรมและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการของภาคเอกชน

2.2 ประสบการณ์ของต่างประเทศ

สืบเนื่องจากการศึกษาถึงปัญหาระบบสุขภาพของไทย ตลอดจนจุดแข็ง จุดอ่อน ดังนั้นจึงได้มีคณะทำงานหลาย ๆ ฝ่าย ได้ร่วมกันศึกษาถึงประสบการณ์ของต่างประเทศ เพื่อจะนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยพบว่าจากการสรุปประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพใน 10 ประเทศที่ทำการศึกษาได้กล่าวถึงบทเรียนที่น่าสนใจทั้งในด้านของสาระโครงสร้างระบบและด้านกระบวนการการปฏิรูปไว้ว่า ด้านโครงสร้างระบบนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพต้องคำนึงถึงความเท่าเทียม คุณภาพและประสิทธิภาพในการกำหนดสิทธิประโยชน์บริการที่จะได้รับและภาระของผู้มีสิทธิและวิธีการจ่ายค่าบริการ แหล่งที่มาของงบประมาณสุขภาพและอัตราค่าเบี้ยประกันหรือภาษีที่เก็บต้องคำนึงถึงความชอบธรรม การกระจายภาระการคลัง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคม และประสิทธิภาพในการบริหารการคลัง นอกจากงบประมาณจะมาจากการเก็บจากสมาชิกของระบบและการสมทบแล้ว ภาษีจากสินค้าที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่และสุรา เป็นแหล่งงบประมาณเสริมที่สมเหตุสมผล กองทุนประกันสุขภาพควรมีกองทุนเดียวหรือมีจำนวนไม่มากนัก เพื่อประโยชน์ในการรวมความเสี่ยงและการบริหารจัดการ กองทุนควรทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการที่ชาญฉลาด ทำการคัดเลือก เจรจาต่อรอง ตลอดจนกำกับตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการ ไม่ใช่เป็นเพียงตัวกลางในการรวบรวมเงิน และผ่านเงินไปสู่ผู้ให้บริการเท่านั้น ระบบต้องมีมาตรการการจ่ายค่าบริการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมบริการทางด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลในการพัฒนาสุขภาพและประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว

ทางด้านกระบวนการปฏิรูปนั้นพบว่าโครงสร้างของระบบสุขภาพใหม่ที่นำเสนอ จะได้รับการยอมรับจากประชาชนหากมีความสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม หากโครงสร้างไม่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม โอกาสที่การปฏิรูปสำเร็จก็จะลดลง การปฏิรูประบบต้องแก้ไขปัญหาองค์ประกอบหลาย ๆ ส่วน หากมุ่งที่จะแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งหรือด้านใดด้านหนึ่ง อาจจะเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ในด้านอื่นๆ และสร้างปัญหาใหม่ตามมา ส่วนความสำเร็จของการปฏิรูปขึ้นกับการยอมรับและการให้ความร่วมมือของกลุ่มพลังต่าง ๆ ในสังคม ทั้งผู้บริโภค ผู้ให้บริการ และรัฐบาล ในขณะเดียวกันการเพียงผ่านกฎหมายปฏิรูปไม่ได้เป็นหลักประกันของความสำเร็จของการปฏิรูป แต่ต้องดำเนินการได้อย่างเป็นจริงในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติด้วย ฉะนั้นการเตรียมความพร้อมทางการเมืองและการสร้างความพร้อมทางเทคนิค จึงเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544, หน้า 140-141)

2.3 ความเข้าใจพื้นฐานของการประกันสุขภาพ (health insurance)

ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงการประกันสุขภาพให้เข้าใจ เพื่อจะเป็นพื้นฐานในการดำเนินงานดังกล่าวให้สำเร็จไปได้ด้วยดี ทั้งนี้เนื่องจาก การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่คาดการณ์ไม่ได้ หลายครั้งมักทำให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่แต่ละคนไม่สามารถแบกรับได้ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาความเสี่ยงของคนรวมกันเป็นกลุ่มก็สามารถพยากรณ์อัตราการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับกลุ่มได้ การนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม(risk pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกันไป จะช่วยลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มากนัก เสมือนเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของแต่ละคน ไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อยๆ แต่คงที่ กลไกที่ว่านี้คือการประกันสุขภาพ (health insurance)

การประกันสุขภาพเป็นการทำสัญญาระหว่างบุคคล 2 ฝ่ายคือ ฝ่ายผู้รับประกันภัย (insurer) กับฝ่ายผู้เอาประกันภัย (insured) โดยทั่วไปผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่งให้แก่ผู้รับประกันล่วงหน้าในอัตราที่กำหนดไว้เรียกว่า เบี้ยประกันภัย (premium) หรือ ค่าบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการประกันสุขภาพจึงเป็นกลไกหนึ่งที่เป็นการรวมความเสี่ยงทางการเงินอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วย มิใช่การรวมความเสี่ยงในเรื่องความเจ็บป่วยหรือสุขภาพโดยตรง กลไกดังกล่าวทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สำคัญอย่างน้อย 2 ส่วนที่ต้องคิดถึงเสมอ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ จึงเป็นเหตุผลทำให้คนซื้อประกันสุขภาพเพราะว่าไม่ชอบความเสี่ยง ทำให้ยอมรับความสูญเสียจำนวนน้อย ๆ แต่คงที่แน่นอน ได้มากกว่าความสูญเสียจำนวนมากที่ต้องเสี่ยงคือความไม่แน่นอน

ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจัดให้มีประกันสุขภาพ 3 ประการคือ

1) ประสิทธิภาพจากขนาด (economies of scales)

2) Moral hazard

3) การเลือกรับความเสี่ยง (risk selection)

ประสิทธิภาพจากขนาด เป็นปรากฏการณ์ที่ต้นทุนเฉลี่ยขององค์กรจะลดลงเมื่อปริมาณการผลิตมีมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผลผลิตจำนวนมากจะช่วยในการกระจายต้นทุนคงที่ของการผลิตออกไป นอกจากนี้กองทุนขนาดใหญ่ยังกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายและรองรับกรณีที่มีการเบิกจ่ายที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้ดีกว่า ส่วน Moral hazard เป็นปรากฏการณ์ซึ่งผู้มีประกันสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากขึ้นกว่าในกรณีที่ไม่มีประกัน ทั้งนี้การใช้บริการอาจเกิดขึ้นในกรณีที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นสาเหตุมาจากการมีประกันสุขภาพทำให้ภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันต้องรับ ณ จุดรับบริการน้อยลงหรือไม่มีเลย ทำให้เสมือนว่าบริการมี

ราคาถูก จึงมีการบริโภคบริการในปริมาณที่มากขึ้น นอกจากนี้เมื่อผู้เอาประกันทราบว่าตนเองมีประกัน ก็อาจใช้ความระมัดระวังในการดูแลสุขภาพตนเองลดน้อยลง ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้น ในขณะที่ฝ่ายผู้ให้บริการเองจะลดความถี่ถ้วนในการพิจารณาความจำเป็นของการตรวจรักษาลงเช่นกัน การแก้ปัญหามีหลายวิธี เช่น การให้ผู้เอาประกันได้มีส่วนร่วมจ่ายเมื่อมาใช้บริการ(cost-sharing) การชำระค่ารักษาพยาบาลแบบที่มีการกำหนดอัตราไว้ล่วงหน้า (prospective reimbursement)แทนการจ่ายแบบตามบริการ(fee-for-service) และการทบทวนการใช้บริการ (utilization review) เป็นต้น นอกจากนี้การเลือกรับความเสี่ยงเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญมากในการวางระบบประกันสุขภาพ และเกิดขึ้นได้ใน 2 กรณี คือ การรับความเสี่ยงมากกว่าและน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประชากร การที่กองทุนประกันต้องรับความเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรหรือเรียกว่า การรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ มักเกิดจากที่คนสามารถสมัครใจซื้อประกันสุขภาพได้และเบี้ยประกันภัยที่ตั้งไว้ในอัตราคงที่ เพราะฉะนั้นคนที่มีแนวโน้มว่าจะเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยอยู่แล้วจะซื้อประกันสุขภาพ ในขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจะไม่ซื้อประกันสุขภาพเนื่องจากเบี้ยประกันแพงจนเกินไปเมื่อเทียบกับความเสี่ยงของตน ส่วนกรณีการรับความเสี่ยงน้อยกว่า หรือเรียกว่าการรับความเสี่ยงที่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากความพยายามที่จะลดค่าสินไหมทดแทนที่กองทุนประกันสุขภาพต้องจ่ายออกไป โดยผู้รับประกันจะพยายามเลือกผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำกว่ามาประกัน ซึ่งอาจกระทำโดยกลไกทางการตลาด และการทำ medical underwriting เช่น การตรวจร่างกายก่อนทำประกัน การไม่รับประกันผู้ที่เป็นโรคประจำตัวบางอย่าง เป็นต้น (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2544, หน้า 37-40)

2.4 ปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลังจากได้มีการศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของประเทศไทย ตลอดจนจุดแข็ง จุดอ่อนของระบบสุขภาพ และได้ศึกษาสถานการณ์ที่ผ่านมาของต่างประเทศ ตลอดจนศึกษาถึงแนวคิดพื้นฐานของการประกันสุขภาพ จึงได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้น เป็นที่มาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังที่สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ (2545, หน้า 14-15) ได้กล่าวว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายของรัฐบาลอยู่ระหว่างการดำเนินการตราเป็นพระราชบัญญัติ และแม้ว่าแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมาภายหลังการปฏิรูปและการกระจายอำนาจ แต่เป็นโครงการที่มีการขยายการดำเนินงานอย่างรวดเร็วทั่วประเทศ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปรัชญา 3 ประการดังนี้

1) ประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินกับสถานบริการแต่รัฐบาลจ่ายเงินเป็นค่าบริการรายหัวประชากรให้กับสถานบริการ โดยรัฐบาลเป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน เพื่อให้เกิดมาตรฐานการ

บริการและกำกับให้เกิดบริการที่มีคุณภาพในทิศทางที่ต้องการ จึงต้องมีผู้กำกับทางวิชาการมาตรวจสอบ เพื่อให้ประชาชนไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ

2) ความผูกพัน ระบบบริการที่จะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน จะต้องเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และมีหมอประจำตัวหรือประจำครอบครัวของทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการต้องมีความผูกพันและมีพันธกิจต่อกันโดยประชาชนเป็นผู้เลือกลงทะเบียนเพื่อให้สถานบริการได้ค่าตอบแทนรายหัวประชากร และสถานบริการต้องจัดบริการที่เป็นการบริการที่ดี เพื่อความประทับใจของผู้รับบริการ

3) หลักประกันสุขภาพต้องมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เพราะหลักประกันสุขภาพเป็นการจ่ายค่าสุขภาพล่วงหน้า มิใช่เจ็บป่วยแล้วจึงมารักษา ดังนั้นถ้าจะให้สอดคล้องกับหลักการนี้ประชาชนต้องร่วมดูแลสุขภาพตนเองมิให้ป่วย เพื่อให้เงินหลักประกันเหลือและพอเพียงในการใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับหลักแห่งการพึ่งตนเอง และพึ่งบริการตามวิถีชีวิตมนุษย์ที่มีทั้งพึ่งตนเองและพึ่งบริการ โดยเราสามารถเสริมสร้าง สนับสนุนให้คนพึ่งตนเองมากขึ้นและจะมีการพึ่งบริการน้อยลง

2.5 ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544, หน้า 1) และสำเริง แหยงกระโทก (2544. หน้า 7) ได้ให้ความหมายของ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ไว้ว่า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น และนอกจากนี้ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ยังไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้คือ ไม่ใช่บริการสงเคราะห์ บริการกึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก หรือบริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้าเท่านั้น ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับ ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน

2.6 ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544, หน้า 1)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ ดังนั้นในการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงต้องทราบถึงความจำเป็นที่จะต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า " บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด" ซึ่งยังไม่มีกฎหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้แต่อย่างใด

2) เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่าย จนเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

3) ประชาชนไทยจำนวน 20 ล้านคน ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

4) ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และประชาชนบางกลุ่มรู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า

5) ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจที่จะเลือกซื้อบริการได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรองจึงเป็นการยากที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการการประกันสุขภาพ ข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งชัดเจนขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

6) แม้ว่าการเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชนจะทำได้ยากแต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถลดรายจ่ายของประชาชนและเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ ดังนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีส่วนสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจนของประชาชน

2.7 มุมมองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544, หน้า 19-21) ได้เสนอมุมมองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ 4 มุมมอง ได้แก่

1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของประชาชน

ในมุมมองของผู้บริโภค (ประชาชน) การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องของการคุ้มครองสิทธิ เป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสร้างความอุ่นใจให้แก่ประชาชน โดยจะให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนไม่ให้ได้รับความเดือดร้อนจากค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นในยามเจ็บป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต จึงอาจนับได้ว่าเป็นแนวทางในการยกระดับความเป็นอยู่และแก้ไขปัญหาความยากจนของประชาชนได้เช่นกัน ประกอบกับการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยการ

กระตุ้นการให้บริการสุขภาพที่เป็นองค์รวม ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยมีเครือข่ายของการบริการที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกลไกในการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค

2) หลักประกันสุขภาพในมุมมองของสังคม

การกระจายภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปสู่กลุ่มคนต่างๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นในระบบสุขภาพ โดยผู้ที่มีฐานะและมีโอกาสที่ดีกว่าในสังคมจะช่วยรับภาระของสังคมในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ด้อยโอกาส ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีจะเอื้อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดการและการตรวจสอบการให้ทรัพยากรต่างๆว่าได้ใช้ไปเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของคนในชุมชนและในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ เพียงไร

3) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของรัฐ

การทำหน้าที่ของรัฐตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ โดยการสร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในระบบ การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นการเปิดโอกาสให้มีการจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่จะช่วยลดปัญหาการอุดหนุนข้ามระบบ และการถ่ายเททรัพยากรไปใช้นอกวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการวางระบบที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน จะทำให้สามารถติดตามต้นทุนและรูปแบบการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพได้ง่ายและชัดเจนกว่าเดิม

4) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของผู้ให้บริการ

การจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วยให้ผู้ให้บริการได้รับทรัพยากรสนับสนุนที่สัมพันธ์กับภาระงาน ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินและระบบการให้บริการสุขภาพของผู้ให้บริการในภาพรวม และยังทำให้มีความยั่งยืนของการให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งหลายประเด็นมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น การวางสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองต่างๆ ของการให้หลักประกันสุขภาพเป็นการส่งสัญญาณที่แสดงถึงการให้ความสำคัญที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อลดภาระของระบบบริการสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เสมือนเป็นกลไกที่คอยเกื้อหนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2.8 วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544, หน้า 2-3) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าประกอบด้วย

1) ความเสมอภาค (equity) เป็นความเสมอภาคทั้งในแง่สิทธิตามกฎหมายและความเสมอภาคของการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม เป็นการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน มีระบบเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม

2) ประสิทธิภาพ (efficiency) เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด โดยเน้นการให้บริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งในด้านความเป็นเจ้าของการควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผลมีการบริหารจัดการที่ขจัดความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติและป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกฎกติกา ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบ มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (claim processing) การตรวจสอบ (auditing) และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างรัดกุมมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (payment method) แก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลและควบคุมพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพ อันส่งผลลัพธ์ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม

3) ทางเลือกในการรับบริการ (choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆรวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน นอกจากนี้ยังสามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพเข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาดโดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อหลักการกระจายความเสี่ยง เปิดโอกาสให้สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันให้บริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม

4) การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดี โดยจะไม่เป็นเพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น

5) เน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal health care) เป็นบริการที่ให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

2.9 หลักสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544, หน้า 12 – 13) ได้กล่าวถึงหลักสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไว้ดังต่อไปนี้

1) เป็นกระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชนโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง

2) ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรจะมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ เป็นสถานบริการที่ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

3) สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้บริการจะต้องมีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ(quality accreditation)โดยถือว่าการรับรองคุณภาพพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้น จะรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น

5) สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน

6) ระบบการเงินการคลัง ต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

7) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพกี่กองทุนก็ตาม

8) ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะ

ประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียวแต่ในระยะผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน

2.10 กลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไว้ว่าจะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นผู้ประกันตนที่ได้รับสิทธิประกันสังคม โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่ได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.10.1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม โดยจะออกให้แก่กลุ่มเป้าหมายดังนี้

1) ผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมทั้งบุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เว้นแต่บุตรที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีลงมา และอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์ บิดามารดา ของสามีหรือของภรรยา หรือบุตรของสามีภรรยา ซึ่งเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ที่บรรลุนิติภาวะและยังเป็นโสด ซึ่งอยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกับผู้นำชุมชน

2) ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกฯ ได้แก่ผู้มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน/คน หรือไม่เกิน 2,800 บาท/เดือน/ครอบครัว

3) ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ได้แก่ ผู้ที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์ บุคคลผู้พิการ ตาม พรบ.การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ทั้งนี้จะมีบัตรประจำตัวผู้พิการหรือไม่ก็ตาม พระภิกษุ สามเณร ในพระพุทธศาสนาซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรอง นักบวช นักพรต และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีหนังสือรับรองและบุคคลในครอบครัว ทหารผ่านศึกทุกระดับชั้น(ชั้น1-4)ที่มีบัตรทหารผ่านศึกและบิดามารดา คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญชัยสมรภูมิและทายาท และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

4) ประชาชนผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลตามระเบียบกระทรวงการคลัง ซึ่งเดิมมีบัตรสปร.และอยู่ในพื้นที่ดำเนินการ

5) ผู้มีสิทธิเดิมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2543 ได้แก่ ผู้มีสิทธิและครอบครัวของผู้มีสิทธิคือ บุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถยกเว้น บุตรบุญธรรม คู่สมรสของผู้มีสิทธิ บิดามารดาของผู้มีสิทธิ รวมทั้งผู้ที่ได้รับพระราชทาน

เหรียญงานพระราชสงครามในทวีปยุโรป ทหารและเจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งไปร่วมรบกับสหประชาชาติที่ประเทศเกาหลี หรือไปทำการรบที่สาธารณรัฐเวียดนาม อาสาสมัครมาลาเรีย ตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุขช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้านตามโครงการของกรมอนามัยผู้บริหารโรงเรียนและครูของโรงเรียนเอกชนที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับวิชาสามัญหรือวิชาชีพ ในเขตจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล สงขลา พัทลุง นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต และผู้มีสิทธิเฉพาะตัวผู้มีสิทธิ ได้แก่ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน ทหารและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับบาดเจ็บจากการปราบปรามผู้ก่อการร้าย บุคคลผู้ได้รับบาดเจ็บจากการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการปราบปราม สมาชิกผู้บริจาคโลหิตของสภากาชาดไทยซึ่งมีหนังสือรับรองจากสภากาชาดไทยว่าได้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 18 ครั้งขึ้นไป หมออาสาหมู่บ้านตามโครงการของกระทรวงกลาโหม อาสาสมัครคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม ผู้บริจาคเงินที่ดินหรือทรัพย์สินอื่นใดให้กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคำนวณเป็นเงินแล้วไม่น้อยกว่า 1,000,000บาท โดยมีการกำหนดระยะเวลาการหมดอายุของการใช้บัตรประกันสุขภาพแต่ละประเภทดังนี้ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชนและครอบครัว ให้กำหนดวันหมดอายุ 1 ปี (1 ตุลาคม – 30 กันยายน) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่มของผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ 2537 กำหนดวันหมดอายุ เป็นงวดทุก 3 ปี และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่มอื่นๆ กำหนดวันหมดอายุตามประเภทสิทธิของกลุ่มนั้น ๆ

6) นักเรียนทหารและทหารเกณฑ์

2.10.2 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทเสียค่าธรรมเนียม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียมในกลุ่มผู้นำชุมชน

โดยในส่วนของการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ได้ดำเนินงานให้บริการโดยพิจารณาตามความสะดวกและความเหมาะสมในการดำเนินงาน จึงแบ่งประเภทผู้มารับบริการตามสิทธิบัตรต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) บัตรประกันสุขภาพเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท

2) บัตรประกันสุขภาพยกเว้นค่าธรรมเนียม ซึ่งแบ่งออกเป็น

2.1) ผู้นำชุมชน

2.2) ผู้มีรายได้น้อย

2.3) ผู้สูงอายุ

2.4) นักเรียน

2.5) เด็กอายุ 0-12 ปี

2.6) พระภิกษุและผู้นำศาสนา

2.7) ผู้มีสิทธิเดิมตามระเบียบของกระทรวงฯ

3) ชำระเงินเองทั้งหมด

2.11 การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดเชียงราย (คณะกรรมการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดเชียงราย, 2544, หน้า 1 – 6)

จังหวัดเชียงรายได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมาโดยมีสถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง สถานีอนามัย 213 แห่ง และจากการสำรวจความครอบคลุมสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนในจังหวัดเชียงราย จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2544 พบว่ามีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,236,844 คน มีสิทธิต่างๆ ดังต่อนี้คือ

กลุ่มบัตรทองประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียม	713,640 คน	คิดเป็นร้อยละ 57.70
กลุ่มบัตรทองประเภทเสียค่าธรรมเนียม	405,297 คน	คิดเป็นร้อยละ 32.77
กลุ่มบัตรประกันสังคม	3,801 คน	คิดเป็นร้อยละ 1.92
กลุ่มข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5,810 คน	คิดเป็นร้อยละ 3.70
กลุ่มที่ยังไม่มาขอรับบัตรทอง	48,296 คน	คิดเป็นร้อยละ 39.0

โดยพบว่าจากผลการขึ้นทะเบียนและผ่านการตรวจสอบจากสำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจังหวัดเชียงรายมีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (สำรวจ 30 มิถุนายน 2544) จำนวน 1,260,532 คน ในที่นี้เป็นประชากรที่ได้รับสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ขึ้นทะเบียนไว้ทั้งหมดจำนวน 966,859 คน (สำรวจ เดือนธันวาคม 2544) โดยพบว่าเป็นประชากรที่ได้รับการจัดสรรให้ได้รับสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 801,054 คน และประชากรที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพเดิม (500 บาท) ที่ยังไม่หมดอายุ 109,505 คน (สำรวจเดือนพฤศจิกายน 2544) ในส่วนของสถานบริการสาธารณสุขที่เปิดให้บริการพบว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนทั้งหมด 49 หน่วย โดยมีการตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ตั้งอยู่ที่งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ภายหลังจากการเริ่มดำเนินการให้บริการพบว่ามีประเด็นการร้องทุกข์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ เช่น ผู้รับบริการเข้ารับบริการผิดโรงพยาบาลแต่ต้องการใช้สิทธิของตน ผู้รับบริการไม่ยื่นบัตรตั้งแต่แรกเข้ารับบริการพอโรงพยาบาลเรียกเก็บเงินจึงแจ้งว่ามีบัตร ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนของการรับบริการ

ในส่วนของการประชาสัมพันธ์ จังหวัดเชียงรายมีวิธีการประชาสัมพันธ์ เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมโดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสื่อมวลชนทุกแขนงในจังหวัดเชียงราย จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ คู่มือ ใบปลิว โปสเตอร์ ป้ายผ้า แผ่นป้าย สื่อบุคคล จัดรายการวิทยุ และป้ายประชาสัมพันธ์ต่างๆ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ซึ่งภายหลังจากการเริ่มให้บริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2544, หน้า 4)

1) การเข้าถึงโครงการของประชากรชาวเขาหรือต่างชาติ ที่ไม่มีบัตรประชาชนแต่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ทำให้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนบัตรทองได้ ทำให้สถานพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยบ่อยและป่วยด้วยโรคที่รุนแรง ซึ่งแนวทางแก้ไขปัญหาคือ แจ้งหน่วยบริการสำรวจข้อมูลและขึ้นทะเบียนไว้และนำเสนอปัญหาต่อผู้บริหารส่วนกลาง

2) การเข้าถึงโครงการของประชาชนที่ถูกต้องขังในเรือนจำ 2 แห่ง คือที่เรือนจำกลางจังหวัดเชียงรายและเรือนจำกลางอำเภอเทิง ประมาณ 6,000 คน โดยพบว่าส่วนใหญ่จะไม่มีบัตรทองทั้งคนไทยและต่างด้าว ซึ่งขณะนี้ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนรับบัตรได้ โรงพยาบาลจึงต้องรับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพให้กับประชาชนเหล่านี้ สำหรับแนวทางแก้ไขปัญหาคือ การประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวญาตินำหลักฐานบัตรประชาชนส่งไปให้ที่เรือนจำ และนำเสนอปัญหาต่อผู้บริหารส่วนกลาง

3) การขึ้นทะเบียนบัตรทอง จากการตรวจสอบพบว่าข้อมูลของผู้ขึ้นทะเบียนจากระดับอำเภอและจังหวัด กับสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตรวจสอบกับข้อมูลกับทะเบียนราษฎร์พบว่า ข้อมูลไม่ตรงกับจำนวนประชาชนที่อาศัยอยู่จริง ทำให้จังหวัดไม่ได้รับงบประมาณรายหัวที่เกิดจากฐาน ข้อมูลที่ส่วนกลางมีไม่ครบถ้วน สำหรับแนวทางแก้ไขปัญหาคือขอความร่วมมือกับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ให้ส่งข้อมูลประชากรที่เป็นปัจจุบันไปที่ส่วนกลาง

4) การเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์นอกเครือข่ายจังหวัด มีบางโรงพยาบาลไม่ยอมรับอัตราค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่พบว่าจะให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงทั้งหมด

5) การเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ กรณีเขตรอยต่อจังหวัด จากการที่ประชาชนข้ามไปใช้บริการโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อที่ถูกต้องตามขั้นตอน ทำให้หน่วยบริการเรียกเก็บเงินชดเชยไม่ได้

6) การจัดสรรเงินจากส่วนกลาง ขณะนี้ได้รับโอนเงินหมวดเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพของเดือนตุลาคมและพฤศจิกายน 2544 โดยที่ส่วนกลางไม่ได้ส่งข้อมูลประชาชนที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาให้จังหวัด ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ามีข้อมูลใดบ้างที่ไม่ถูกต้อง

โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงเป็นโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ภายใต้การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้เริ่มดำเนินการเปิดให้บริการมาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการที่ประชาชนจะได้รับ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลต้องมีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการเพื่อนำไปเป็นประโยชน์ในการปรุงปรุงคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

3.1 ความหมายของบริการ ได้มีผู้ให้ความหมายของบริการไว้ดังนี้

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (อ้างใน อรชร อาชาฤทธิ์, 2541, หน้า 9) ให้ความหมายคำว่า บริการ (service) ว่าหมายถึง กิจกรรม ผลประโยชน์หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการแก่ลูกค้า เช่น โรงเรียน โรงภาพยนต์ โรงพยาบาล โรงแรม ฯลฯ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (อ้างใน อรชร อาชาฤทธิ์, 2541, หน้า 9) ให้ความหมายคำว่า บริการ หมายถึง การปฏิบัติหรือการดำเนินการที่คนกลุ่มหนึ่งเสนอให้คนอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อสนองความต้องการ

นวลลักขณ์ บุษบง (2541, หน้า 11) ให้ความหมายคำว่า บริการ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในขณะเวลาหนึ่ง เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ

อรชร อาชาฤทธิ์ (2541, หน้า 9) ให้ความหมายคำว่า บริการ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการแก่ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการโดยมีความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

โคร์เตอร์ Kotter (อ้างใน นวลลักขณ์ บุษบง, 2541, หน้า 11) ได้กล่าวว่า บริการหมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือการปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตนและไม่มีผลในการเป็นเจ้าของผลลิตของบริการ อาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้

จึงสรุปได้ว่า บริการ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

3.2 ลักษณะของบริการ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (อ้างใน อรชร อาชาฤทธิ์, 2541, หน้า 9-11) กล่าวว่า คุณภาพบริการเป็นความสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยพบว่ามีความแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ทั่วไป ทั้งนี้เพราะว่าคุณภาพของผลิตภัณฑ์นั้นสามารถพิจารณาได้จากตัวผลิตภัณฑ์ได้โดยตรง โดยไม่ต้องคำนึงถึงกระบวนการผลิต แต่สำหรับการพิจารณาคุณภาพบริการจะมีความแตกต่างออกไป เนื่องจากการบริการแตกต่างจากผลิตภัณฑ์เพราะบริการไม่สามารถจับต้องได้ ไม่สามารถแบ่งแยก มีความหลากหลายในตัวเองไม่มีความแน่นอนหรือคงที่และไม่สามารถเก็บไว้ได้ ดังนั้นโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นสถานที่ให้บริการด้านสุขภาพประเภทหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของมนุษย์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะที่เจ็บป่วย ลักษณะของการให้บริการของโรงพยาบาลหากพิจารณาตามแนวคิดเชิงการตลาดจะพบว่ามีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการดังนี้ คือ

3.2.1 การให้บริการที่ไม่สามารถจับต้องได้ (Intangibility) เนื่องจากเป็นการให้บริการที่มีความแตกต่างจากผลิตภัณฑ์อื่นๆ เช่น สบู่ หรือ ยาสีฟัน ตรงที่ตัวบริการเป็นนามธรรม ไม่มีตัวตน ไม่สามารถจับต้องหรือสัมผัสใด ๆ ได้ แต่จะแสดงผลลัพธ์ออกมาในรูปของผลงานที่เกิดขึ้นภายหลังใช้บริการ ซึ่งก่อนที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพการบริการได้จากการนับ วัด หรือทดสอบโดยตรงได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงกำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการให้บริการจากสถานที่ ตัวบุคคล เครื่องมือ วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร สัญลักษณ์ และราคา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดหา เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถประเมินคุณภาพและตัดสินใจเลือกใช้บริการได้เร็วขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย

1) สถานที่ (place) ผู้ให้บริการต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความสะดวกให้เกิดกับผู้รับบริการ เช่น อาคารต้องใหญ่โตโอ่โถง ออกแบบให้เกิดความคล่องตัวแก่ผู้รับบริการ จัดหาที่นั่งให้เพียงพอ มีบรรยากาศที่จะสร้างความรู้สึกที่ดี รวมทั้งมีเสียงเพลงดนตรีประกอบด้วย

2) บุคคล (people) ผู้ให้บริการต้องมีการแต่งตัวที่เหมาะสม มีบุคลิกดี หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาดี เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ และเกิดความเชื่อมั่นว่าบริการที่ได้รับจะดีด้วย

3) เครื่องมือ (equipment) ผู้ให้บริการต้องจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ทันสมัยมีประสิทธิภาพในการให้บริการที่รวดเร็ว เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เช่น การออกบัตรตรวจผู้ป่วยนอกด้วยคอมพิวเตอร์ มีเคาน์เตอร์ โต๊ะ เก้าอี้ ที่ดูดี

4) วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร (communication material) ผู้ให้บริการต้องจัดหาสื่อและเอกสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ สามารถติดต่อประสานงานได้อย่างรวดเร็ว มีแผ่นโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่สวยงามทันสมัย มีการจัดนิทรรศการต่างๆเพื่อใช้ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นอย่างดี

5) สัญลักษณ์ (symbols) คือ เครื่องหมายการค้าหรือตราสินค้าที่ใช้ในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเรียกชื่อได้ถูกต้องควรมีลักษณะการสื่อความหมายที่ดีเกี่ยวกับบริการที่เสนอขาย

6) ราคา (price) ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาการให้บริการเหมาะสมกับระดับการให้บริการชัดเจน และง่ายต่อการจำแนกระดับบริการที่แตกต่างกัน

3.2.2 การบริการที่ไม่สามารถถูกแบ่งแยกให้บริการได้ (inseparability) การบริการเป็นทั้งการผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากผลิตภัณฑ์กล่าวคือ ผลิตภัณฑ์ต้องมีการผลิต จัดเก็บ และจำหน่าย โดยผ่านผู้แทนจำหน่ายแล้วจึงมีการบริโภคเกิดขึ้น แต่สำหรับการบริการผู้รับบริการจะต้องมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการผลิตบริการ โดยต้องปรากฏตัวต่อหน้าผู้ให้บริการ ซึ่งปรากฏตัวขณะใช้บริการทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์รูปแบบพิเศษทางการตลาดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กล่าวคือทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างก็มีผลต่อบริการ เช่น ถ้าแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้บริการดี ผู้รับบริการก็จะนิยมไปรับบริการมากขึ้น ซึ่งทำให้แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ต้องทำงานหนักขึ้นเพราะบริการการดูแลรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นรายบุคคล ไม่สามารถทำเป็นกลุ่มได้ และค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลก็สูงด้วย แนวทางแก้ไขปัญหาคือควรลดเวลาที่ให้กับผู้รับบริการแต่ละรายให้น้อยลง แต่จะต้องรักษาคุณภาพให้คงเดิมหรืออาจทำเป็นกลุ่ม เช่น การให้คำแนะนำเป็นกลุ่มแทนการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล

3.2.3 การบริการที่มีความหลากหลายในตัวเอง (variability) ลักษณะของการให้บริการมีความหลากหลายในตัวเอง คุณภาพของการให้บริการอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ให้บริการ หรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ ในการให้บริการเกิดขึ้นได้ยาก ทำให้สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเนื่องจากการรับรู้หรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ดังนั้นผู้รับบริการจะต้องรู้ถึงความหลากหลายในบริการและสอบถามผู้อื่นก่อนที่จะเลือกใช้บริการสำหรับผู้ให้บริการสามารถควบคุมคุณภาพได้ 2 วิธี วิธีแรกคือการตรวจสอบคัดเลือก และฝึกอบรมผู้ให้บริการเน้นด้านการให้บริการที่ดี และวิธีที่สอง คือ จะต้องสร้างความพอใจให้ผู้รับบริการ โดยเน้นการรับฟังคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ การสำรวจข้อมูลจากผู้รับบริการและการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้เพื่อนำไปแก้ไขปรับปรุงคุณภาพการให้บริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

3.2.4 การบริการที่ไม่สามารถเก็บไว้ได้ (perishability) บริการไม่สามารถเก็บไว้ได้เหมือนผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ซึ่งไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้าแล้วเก็บรักษาไว้ เพื่อจำหน่ายในภายหลังได้เหมือนผลิตภัณฑ์ ถ้าความต้องการมีความสม่ำเสมอ การให้บริการก็จะไม่มีปัญหาแต่ถ้าลักษณะความต้องการไม่แน่นอนจะทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว คือ เมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรและเตรียมความสามารถในการผลิตบริการไว้แล้ว เช่น การจ้างบุคลากร การจัดซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ การจัดเตรียมสถานที่ เมื่อถึงเวลามีผู้มารับบริการมากเกินไปหรือน้อยเกินไป จะทำให้เกิดปัญหาคือ การให้บริการไม่ทัน หรือกรณีที่ไม่มีผู้มารับบริการ เช่น โรงพยาบาลต้องมีการลงทุนในการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ และเตรียมให้มีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา เหมาะสำหรับช่วงที่มีจำนวนผู้มาบริการอย่างสม่ำเสมอ ขณะเดียวกันหากมีผู้มารับบริการมากเกินไป ก็จะทำให้บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และหากมีผู้มารับบริการน้อยเกินไป ก็จะทำให้เกิดปัญหาของการว่างงานของบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ ดังนั้นฝ่ายการพยาบาลจะต้องปรับปรุงคุณภาพบริการให้เพียงพอเฉพาะที่จะให้บริการไม่ปล่อยให้เตียงว่าง เตียงล้น พยาบาลว่างงานหรือล้นงาน

ซึ่ง อาทิตย์ อุไรรัตน์ และ อดุลย์ศักดิ์ ถีระจินดา (2529, หน้า 74) ได้กล่าวว่าการบริการของโรงพยาบาลสิ่งที่จะสร้างความสนใจดึงดูดให้เกิดแก่ผู้จะไปใช้บริการของกิจการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจการของภาครัฐหรือเอกชนก็คือ การสร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการ นอกจากนี้โรงพยาบาลจะต้องสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วย และผู้มาติดต่อกับโรงพยาบาล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ คือ 1) การได้รับการต้อนรับดูแลเอาใจใส่ และอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลทุกระดับด้วยอัธยาศัยไมตรีเป็นกันเอง เรียบร้อย รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 2) มีความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถและประสิทธิภาพของแพทย์และพยาบาลมีความเชื่อมั่นไว้วางใจในโรงพยาบาลว่าจะให้การตรวจรักษาในสิ่งที่จำเป็น 3) การให้บริการที่รวดเร็วสะดวกสบาย มีบรรยากาศที่ดีทำให้สภาพจิตใจผู้ป่วยดี จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหรือหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้นอีกส่วนหนึ่ง 4) ค่าใช้จ่ายเหมาะสม ไม่แพงจนเกินไป

จากแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการจะเห็นได้ว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านประชากรและสังคม รายได้ของครอบครัวและความต้องการด้านสุขภาพ ทำให้การบริการด้านการรักษาขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กัน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้มารับบริการ สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล และผู้ให้บริการ โดยการให้บริการจะต้องคำนึงถึงมาตรฐานของบริการเป็นหลักสำคัญ (วันเพ็ญ เจษฎาพรชัย, 2541, หน้า 33)

3.3 มาตรฐานของบริการ

โอมาโชนุ บ๊อป และโคเลอร์ (Omachonu, V.K., ; Bopp, and Kotler, อ้างใน นวลลักขณ์ บุษบง, 2541, หน้า 14) กล่าวถึงมาตรฐานของบริการเพื่อให้การบริการมีคุณภาพ ประกอบด้วยมาตรฐาน 2 ประเภท ได้แก่ มาตรฐานเชิงเทคนิคและมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 มาตรฐานเชิงเทคนิค (technical standard) เป็นคุณภาพเชิงเทคนิคที่ใช้ในการกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อควบคุมคุณภาพงาน และเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจว่าการรักษาพยาบาลและการบริการต่าง ๆ ที่ให้ไปนั้นเป็นการกระทำที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีความถูกต้องและความเป็นธรรมกับผู้รับบริการ โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพของงานบริการพยาบาลตามมาตรฐานสากลไว้ 3 ประการ คือ

1) มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (structure standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคคลโดยคำนึงถึงปรัชญา วัตถุประสงค์ รวมถึงนโยบายการปฏิบัติงาน การจัดองค์การ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร เครื่องมือ งบประมาณ นโยบายการปฏิบัติงาน เป็นต้น

2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล หรือเป็นขั้นตอนของกระบวนการรักษาพยาบาล โดยเน้นที่การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล และกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผลการปฏิบัติเกิดผลดีแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงลักษณะของผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มที่ตนปฏิบัติการพยาบาลอยู่

3) มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (outcome standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเพื่อบอกผลของการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย โดยพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการอาจจะเป็นไปในทางบวกหรือทางลบก็ได้ แต่ในการกำหนดคุณภาพการพยาบาลแล้วพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการมักจะแสดงออกมาในทางบวก เช่น อาการของโรคดีขึ้น

3.3.2 มาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ (interactive standard or quality in perception) ในธุรกิจการให้บริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งที่สำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ เนื่องจากบริการมีลักษณะที่แตกต่างจากผลิตภัณฑ์ทั้ง 4 ประการ คือ ไม่มีตัวตน จับต้องไม่ได้ ไม่สามารถแบ่งแยกได้ ไม่มีความแน่นอน และสามารถเก็บไว้ได้ ทำให้คุณภาพของบริการถูกประเมินจากทั้งกระบวนการให้บริการ (process) และผลลัพธ์ที่เกิดจากบริการนั้น (outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ซึ่งบางครั้งจะมีความสำคัญมากกว่าผลของการให้บริการ เนื่องจากผู้รับบริการไม่มีความรู้ทางเทคนิคเชิงวิชาชีพ

จึงไม่สามารถประเมินคุณภาพงานรักษาพยาบาลเชิงวิชาชีพได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงเกิดความคาดหวังในคุณภาพบริการจากความต้องการของผู้รับบริการเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการพูดปากต่อปาก จากประสบการณ์ในอดีต และจากการโฆษณาของธุรกิจการให้บริการ เพราะเมื่อผู้รับบริการมารับบริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวัง ถ้าพบว่าบริการที่ได้รับจริงนั้นมากกว่าบริการที่คาดหวัง ก็จะทำให้ผู้รับบริการก็จะเกิดความพึงพอใจประทับใจในบริการ และกลับมาใช้บริการอีก

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า คุณภาพของบริการมีความสำคัญกับความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ โดยคุณภาพบริการจะขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบของผู้รับบริการระหว่างบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้ากับบริการที่ได้รับจริง และการที่จะทำให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลประสบผลสำเร็จได้นั้น การให้บริการจะต้องมีคุณภาพตรงตามมาตรฐานทั้ง 2 แบบ เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน นั่นคือ สอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานเชิงเทคนิคและมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ (ศิริพร ตันติพูลวินัย อ้างใน นวลลักขณ์ บุษบง, 2541, หน้า 16)

3.4 คุณภาพบริการ ได้มีผู้ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

วีระพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์ และ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (อ้างใน อุบลศรี หาญเจริญกิจ, 2543, หน้า 2) ให้ความหมายคุณภาพบริการ คือ ความสอดคล้องของบริการกับความต้องการของผู้รับบริการ หรือระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

กองการพยาบาล (2544, หน้า 116) ให้ความหมาย คุณภาพบริการ ว่าคือ การให้บริการด้วยความถูกต้องเหมาะสม และตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการทันต่อเวลา

อุบลศรี หาญเจริญกิจ (2543, หน้า 12-21) กล่าวว่า คุณภาพบริการ หมายถึง การบริการที่มีคุณภาพในทัศนะของผู้รับบริการมีลักษณะเป็นการให้บริการที่ให้โดยฉับไว ไม่ชักช้า เสมอภาค เป็นบริการที่ให้ด้วยความรู้ ความชำนาญ ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม ใช้เทคนิคที่ถูกต้อง มีเหตุผล ให้ความปลอดภัย พยาบาลมีมารยาทและอัธยาศัยดีและให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ เอาใจใส่เอื้ออาทรเป็นบริการการรักษาพยาบาลที่ให้ผลได้เร็วที่สุด ช่วยให้ผู้รับบริการสิ้นเปลืองน้อยที่สุดในเรื่องค่าใช้จ่าย เวลาและพลังงาน

จึงสรุปได้ว่า คุณภาพบริการ คือการให้บริการที่ตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหลังจากได้รับบริการ

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการให้สอดคล้องและตองสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ ซึ่ง จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2544, หน้า 69–71) ได้เสนอแนวทางในการ

พัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพว่าจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1) การพัฒนาระบบและกระบวนการคุณภาพในการบริการ หมายถึง การสร้างระบบให้มีความสามารถในการตรวจสอบและประเมินตนเอง มีกระบวนการจัดการความเสี่ยง มีการประกันสุขภาพ มีกระบวนการที่เอื้อให้มีการปรับปรุงระบบและวิธีการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง แนวทางดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการปรับประบวนทัศน์ของผู้ให้บริการที่มีต่อการบริการ องค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ การสร้างทีมงาน แนวร่วมหรือภาคีที่ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตลอดจนองค์กรภายนอกที่เป็นกลางที่จะทำหน้าที่ติดตามและให้การรับรองคุณภาพบริการ

2) การพัฒนาทางวิชาการ และการเลือกใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง การสร้างกระบวนการทางวิชาการในการสร้างและประยุกต์องค์ความรู้เชิงระบบด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่นำมาสู่การปฏิบัติ อาจหมายถึงกระบวนการตัดสินใจในระดับต่าง ๆ ที่ต้องอาศัยความรู้ ข้อมูลและหลักฐานข้อเท็จจริงต่างๆเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ

3) การสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การสร้างระบบที่จะส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลในระดับต้นสู่ระดับสูงกว่า ในกรณีที่ไม่สามารถให้การรักษาได้ ตลอดจนการส่งผู้ป่วยจากสถานพยาบาลระดับสูงกลับสู่สถานพยาบาลระดับต้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีความจำเป็นเหมาะสมและต่อเนื่อง

4) การส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ หมายถึง การสร้างระบบให้มีกลไกในการดูแลส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ

5) การสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจ และให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้รับบริการ

จะเห็นได้ว่าทั้ง 5 องค์ประกอบเป็นแนวทางที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญ เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของระบบการให้บริการ ให้มีคุณภาพและสอดคล้องตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการ

ซึ่งเดวิท บูลเมนทอล (Blumental อ้างใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2541, หน้า 121-122) กล่าวว่าคุณภาพบริการสามารถวัดได้ 2 มิติ คือ

1) การให้บริการอย่างเหมาะสม คือ การตอบสนองต่อความต้องการอย่างมีคุณค่าของผู้รับบริการ

2) เจ้าหน้าที่ต้องมีความพร้อมและเต็มใจในการให้บริการ ได้อย่างสะดวก รวดเร็วและทันท่วงที

ในขณะเดียวกันพบว่า การให้บริการจะมีคุณภาพมากน้อยเพียงใดนั้น ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากกการประเมินจากผู้รับบริการ ซึ่ง ธงชัย สันติวงษ์ (2535, หน้า 87-88) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ที่ผู้รับบริการใช้ในการพิจารณาถึงคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งประกอบไปด้วย

1) การเข้าถึงลูกค้าหรือผู้รับบริการ (access) บริการที่ให้กับลูกค้าต้องอำนวยความสะดวกในด้านเวลา สถานที่ แก่ลูกค้า คือไม่ให้ลูกค้าต้องคอยนาน แสดงถึงความสามารถของการเข้าถึงลูกค้า

2) การติดต่อสั่งการ (communication) มีการอธิบายอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่ลูกค้าเข้าใจง่าย

3) ความสามารถ (competence) บุคลากรที่ให้บริการต้องมีความชำนาญและมีความรู้ ความสามารถในงานที่ให้บริการเป็นอย่างดี

4) ความมีน้ำใจ (courtesy) บุคลากรต้องมีมนุษย์สัมพันธ์เป็นที่น่าเชื่อถือ มีความเป็นกันเอง มีวิจารณญาณ

5) ความน่าเชื่อถือ (credibility) บริษัทหรือหน่วยงานและบุคลากรต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการบริการ โดยเสนอบริการที่ดีที่สุดแก่ลูกค้า

6) ความไว้วางใจ (reliability) บริการที่ให้กับลูกค้าจะต้องมีความสม่ำเสมอและถูกต้อง

7) การตอบสนองลูกค้า (responsiveness) ผู้ให้บริการจะต้องให้บริการและสามารถแก้ไขปัญหาให้กับลูกค้าอย่างรวดเร็วตามที่ลูกค้าต้องการ

8) ความปลอดภัย (security) บริการที่ให้ต้องปราศจากอันตราย ความเสี่ยงและปัญหาต่าง ๆ

9) การสร้างบริการให้เป็นที่รู้จัก (tangible) บริการที่ลูกค้าได้รับ จะทำให้เขาสามารถคาดคะเนถึงคุณภาพของการให้บริการ

10) การเข้าใจและรู้จักลูกค้า (understanding/knowing customer) ผู้ให้บริการต้องพยายามเข้าใจถึงความต้องการของลูกค้า และให้ความสนใจตอบสนองความต้องการของลูกค้า

นอกจากนี้ โอมาโชนุ (Omachonu, 1990, อ้างใน อุบลศรี หาญเจริญกิจ, 2543, หน้า 11) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพนั้นประกอบด้วยการปฏิบัติตามมาตรฐาน และการรับรู้ของผู้รับบริการ การประเมินคุณภาพจึงสามารถทำได้โดยการวัดทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งในส่วนของผู้รับบริการจะวัดได้จากการรับรู้ถึงระดับการบริการที่ได้รับ ซึ่งการ

รับรู้จะเกิดขึ้นภายหลังที่บุคคลได้รับบริการแล้ว ดังนั้นการประเมินคุณภาพบริการจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้การพัฒนาระบบบริการมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

3.5.1 การประเมินคุณภาพบริการ สามารถวัดได้หลายอย่างตามการให้ความหมายของคำว่า คุณภาพ ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลตามความเชื่อถือและค่านิยม ตามแนวคิดของพาราสุรามานและคณะ (พาราสุรามาน และคณะ อ้างใน อุบลศรี หาญเจริญกิจ, 2543, หน้า 12-21) ที่ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดคุณภาพบริการ สามารถวัดคุณภาพใน 5 ด้าน คือ

1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (tangible) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพเป็นภาพลักษณ์ที่เป็นรูปธรรมสัมผัสได้ มีความสำคัญยิ่งต่อความรู้สึก เป็นสิ่งที่ชัดเจนสามารถสัมผัสได้ทางใจและรับรู้ได้ทันทีได้แก่ สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เช่น มีที่จอดรถเพียงพอ ที่นั่งเพียงพอ ทางเดินและบริเวณตึกผู้ป่วยสะอาด มีความเป็นระเบียบ สวยงาม สดชื่น ปราศจากกลิ่น, เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริการ ควรมีความพร้อมที่จะใช้งานได้ทันที และมีความเที่ยงตรงในการจัดการด้านการเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการอย่างเพียงพอ มีคุณสมบัติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการใช้ ต้องมีการทำความสะอาดซ่อมแซมเก็บรักษาให้มีความพร้อมพร้อมใช้อยู่ตลอดเวลา บุคลากรที่ให้บริการ มีบุคลิกภาพดี แต่งกายสุภาพ สะอาด มีความสำรวมทั้งท่าทางกิริยาวาจา เป็นต้น เครื่องแต่งกายของผู้ให้บริการจึงเป็นหลักฐานอันหนึ่งที่ผู้ใช้บริการรับรู้ต่อคุณภาพบริการได้ นอกจากนี้การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ยังมีผลต่อความรู้สึกของตนเองว่ามีคุณค่าได้รับการยกย่อง ซึ่งก็จะเลยต่อไปถึงการปฏิบัติที่พวกเขาเหล่านั้นแสดงต่อผู้รับบริการ ซึ่งการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ หมายถึง เสื้อผ้าและเครื่องประดับตกแต่งต่าง ๆ เช่น ป้ายชื่อ เครื่องประดับ เสื้อ กระโปรงหรือเครื่องแบบต่างๆ ที่เจ้าหน้าที่สวมใส่ขณะทำงาน ตลอดจนอุปกรณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เช่น มีป้ายบอกทาง ใบนัด แผ่นพับ เอกสารแนะนำการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเอง ในส่วนของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงได้มีการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีการทำความเข้าใจเรื่องวิสัยทัศน์ พันธกิจ แนวปรัชญาของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจ และรับทราบนโยบายการดำเนินงานร่วมกัน มีการนำระบบ 5 ส. มาใช้ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วย สะสาง, สะดวก, สะอาด, สุขลักษณะ และเสริมสร้างลักษณะนิสัย มีการจัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งในกิจกรรมนี้ได้มีการปฏิบัติในส่วนของนโยบายและวิธีการปฏิบัติ การดูแลสิ่งแวดล้อม และอาคารสถานที่ การดูแลระบบงาน และกระบวนการให้บริการในแต่จุดที่ให้บริการ

2) ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ (reliability) หมายถึง การให้บริการตรงตามที่กำหนด เช่น ผ่าตัดถูกต้องกับโรคที่เป็น การวินิจฉัยโรคถูกต้อง ได้รับยาถูกต้อง การบันทึกข้อมูลถูกต้องตรงกับผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นสนใจในการช่วยแก้ปัญหาให้

แก่ผู้รับบริการ การรายงานผลการปฏิบัติการมีความถูกต้อง ทันเวลาที่กำหนด เมื่อผู้รับบริการมีปัญหาในการรับบริการเจ้าหน้าที่ได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว การบริการที่ได้รับไม่มีข้อผิดพลาด เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีการอธิบายให้ผู้รับบริการรับทราบถึงวิธีการ ขั้นตอนทุกครั้งก่อนให้บริการ และการที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือในการบริการที่ได้รับนั้น หน่วยงานควรมีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ซึ่ง สมชาติ กิจบรรยา (อ้างใน พนิดา คำยุ, 2538, หน้า 37) ได้ให้แนวคิดเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือไว้วางใจผู้ให้บริการ คือ การให้ความสนใจในตัวผู้รับบริการ มีความจริงใจที่จะให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และการให้บริการ การเป็นผู้รู้จักกาลเทศะ ระวังกิริยาท่าทาง การรักษาความลับของผู้รับบริการ ซึ่งถือว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามจรรยาบรรณของวิชาชีพมีความซื่อสัตย์ สุจริตในเรื่องเงินทอง รักษาเวลา รักษาคำพูด และรักษาสัญญา ส่วน ฮอฟลิง และคณะ (Hofling et al., อ้างใน นวลลักขณ์ บุษบง, 2541, หน้า 43) กล่าวว่า ความไว้วางใจจะนำไปสู่ความรู้สึกมั่นใจในบุคคลอื่น ซึ่งเป็นผลให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ผู้ป่วยก็จะรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ ให้ความร่วมมือและให้ความไว้วางใจในการรักษาซึ่งจะเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยแสดงเมื่อเขาป่วย โดยผู้ป่วยจะมีวิธีการทดสอบด้วยวิธีต่างๆ กับบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อดูว่าเขาจะไว้วางใจบุคคลเหล่านั้นได้เพียงใด สำหรับพยาบาลสามารถที่จะสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยได้ดังนี้ คือไม่ซักถามเรื่องราวส่วนตัวของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพ ให้ความเอาใจใส่ ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย ในขณะที่กระทำสิ่งต่างๆ ให้กับผู้ป่วยทั้งขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ไม่พูดเท็จกับผู้ป่วย เช่น ให้กำลังใจผู้ป่วยในสิ่งที่ตรงข้ามกับความเป็นจริง มีความเสมอต้นเสมอปลายทั้งคำพูดและการกระทำ รับฟังผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของเขาด้วยความตั้งใจ ไม่แสดงสีหน้าเบื่อหน่าย พูดเสริมหรือพูดทบทวนคำพูดของผู้ป่วยบ้าง ซักถามบ้างเมื่อไม่แน่ใจความหมายที่ผู้ป่วยพูด ฟังโดยไม่คัดค้าน หรือโต้แย้งความคิดเห็นความเชื่อของผู้ป่วย แต่จะพยายามช่วยผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความจริงด้วยตนเอง ไม่แสดงความวิตกกังวลใดๆ ให้ผู้ป่วยเห็นเพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลไม่สามารถช่วยเขาได้ พยาบาลจะต้องไม่ตัดสินใจว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมานั้นถูกหรือผิด ถ้าผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่พยาบาลเห็นว่าไม่ถูกต้อง พยาบาลต้องหาสาเหตุและพยายามหาทางแก้ไขสาเหตุนั้นๆ ถ้าผู้ป่วยแสดงท่าทีไม่สนใจการสนทนาหรือเงียบไปเป็นเวลานาน ๆ พยาบาลควรบอกกับผู้ป่วยว่าการเงียบของผู้ป่วย หรือการแสดงความไม่สนใจของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจ การพูดเช่นนี้ นอกจะช่วยให้คลายความอึดอัดลงแล้วยังแสดงให้เห็นว่าพยาบาลซื่อสัตย์ที่จะยอมรับความไม่สบายใจของผู้ป่วยและทำให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจในตัวพยาบาล

3) การตอบสนองต่อความต้องการบริการ (responsiveness) หมายถึง การให้บริการเพื่อตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม เช่น การให้บริการใน

เรื่องการนัดหมาย การรับโทรศัพท์ทันทีที่มีเสียงสัญญาณ การแก้ปัญหาให้แก่ผู้รับบริการทันที การให้บริการหรือให้ความสนใจทันทีที่ผู้รับบริการมาถึง ยินดีตอบข้อสงสัยให้กับผู้รับบริการทันทีที่ผู้รับบริการเกิดความสงสัยไม่เข้าใจในเรื่องนั้นๆ เป็นต้น

4) การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ (assurance) หมายถึง ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการบริการ ผู้ให้บริการมีความยิ้มแย้มแจ่มใส มีการต้อนรับที่ดี เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ และชำนาญงาน การสนองตอบต่อปัญหาของผู้รับบริการ มีความปลอดภัย มีระบบป้องกันความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด การให้บริการที่จะช่วยตอบสนองต่อความต้องการต้องความมั่นคง ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ โดยกระทำได้หลายรูปแบบทั้งการใช้บุคลิคภาพ ท่าทีที่แสดงออกของผู้ให้บริการ การใช้คำพูดให้ความมั่นใจ การให้ความรู้หรือความกระจ่างชัดกับผู้รับบริการ

5) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) หมายถึง การใส่ใจที่จะรับฟังปัญหาความคิดเห็นและความต้องการของผู้รับบริการ การให้บริการเป็นรายบุคคล การเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล การให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สามารถจดจำผู้มารับบริการได้ มีอัธยาศัยไมตรี สุภาพ ให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งมีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงใน กรณีที่ฉุกเฉิน

จะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านดังกล่าวสามารถที่จะบ่งบอกถึงคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพควรจะให้ความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานอยู่ตลอดเวลา เพื่อทำให้การให้บริการของหน่วยงานมีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

4. การดำเนินงานด้านการให้บริการสุขภาพโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง

โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ที่ตำบลแม่สลองใน อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย มีระยะทางห่างจากตัวจังหวัดเชียงรายประมาณ 70 กิโลเมตร สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นพื้นที่มีภูเขาล้อมรอบ ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขา ประกอบด้วยเผ่าอาข่า ลาหู่ มูเซอร์ ม้ง ลีซอ ไทยใหญ่ จีนฮ่อ เป็นต้น ซึ่งมีฐานะยากจน มีรายได้น้อย อาชีพหลักคือการเกษตรกรรม ไม่ได้รับการศึกษา เส้นทางการคมนาคมของประชาชนที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการไม่ค่อยสะดวก ขาดแคลนพาหนะในการเดินทางมารับบริการเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ซึ่งในการดำเนินงานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น พบว่าประชาชนบางกลุ่มยังไม่สามารถเข้าถึงบริการตามโครงการดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากเป็นชาวไทยภูเขาไม่มีบัตร

ประชาชน ทำให้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนรับบัตรตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ จึงทำให้ประชาชนกลุ่มนี้ไม่ได้รับสิทธิการรับบริการตามโครงการดังกล่าว

ปัจจุบันโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง มีบุคลากรทั้งหมด 77 คน เปิดให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา จัดบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยอาคารผู้ป่วยนอกได้จัดให้มีระบบการให้บริการทางเดียว คือ เมื่อผู้มารับบริการเข้ามารับบริการจะได้รับบริการจากห้องบัตร ห้องตรวจโรค ห้องยา เมื่อรับยาแล้วถือว่าสิ้นสุดการให้บริการผู้รับบริการสามารถกลับบ้านได้ ส่วนในกรณีที่แพทย์ต้องการตรวจพิเศษอื่นๆ ก็จะมีหน่วยงานที่ให้บริการ เช่น ห้องปฏิบัติการชันสูตรโรค ห้องเอกซเรย์ หรือกรณีที่ผู้รับบริการต้องการที่จะรับบริการในส่วนอื่น ๆ เช่น งานส่งเสริมสุขภาพและสุขาภิบาลป้องกันโรค งานทันตกรรม เป็นต้น สำหรับที่มีกรณีฉุกเฉินหรือแพทย์ให้ทำหัตถการต่างๆ ก็สามารถเข้ารับบริการได้ที่ห้องฉุกเฉินได้ทันที ในกรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลก็สามารถเข้ารับบริการที่งานผู้ป่วยใน ซึ่งการให้บริการของโรงพยาบาลในปัจจุบันมีการนำคอมพิวเตอร์ติดตั้งเป็นระบบเครือข่ายทุกจุดของหน่วยบริการเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งช่วยลดขั้นตอนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทำให้สามารถให้บริการได้รวดเร็วเพิ่มขึ้น โดยมีหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง ประกอบด้วย งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอดและห้องผ่าตัด งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ งานส่งเสริมสุขภาพและสุขาภิบาลป้องกันโรค แผนกเภสัชกรรม และแผนกทันตกรรม สำหรับในส่วนงานอื่น ๆ ถือว่าเป็นงานที่สนับสนุนงานด้านการให้บริการ

ในด้านการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้นโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบถึงนโยบายในให้บริการของโรงพยาบาลร่วมกัน ซึ่งเน้นการให้บริการที่รวดเร็วและเป็นธรรมให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้หลักการเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและมีความมุ่งมั่นในการควบคุมคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล ตลอดจนพัฒนาระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีการอบรมเรื่องขั้นตอนในการให้บริการที่มีคุณภาพแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล มีระบบการตรวจสอบภายใน และเริ่มกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงาน เพื่อมุ่งสู่ระบบประกันสุขภาพโรงพยาบาล จนได้รับการรับรองและประกันคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 โดยเน้นการให้บริการโดยคำนึงถึงคุณภาพบริการเป็นความสำคัญ ปัจจุบันโรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา ซึ่งการดำเนินการภายใต้โครงการดังกล่าว โรงพยาบาลพบปัญหา

ว่ามีประชาชนบางกลุ่มได้แก่ ชาวเขาเผ่าต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากประชาชนกลุ่มนี้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนรับบัตรทองตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ จากการที่ไม่มีบัตรประชาชน แต่ก็ต้องเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มนี้ ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่มารับบริการเนื่องจากความไม่สมดุลย์ระหว่างงบประมาณการดำเนินการที่ได้รับตามจำนวนประชาชนที่ขึ้นชื่อตามทะเบียนราษฎร์กับจำนวนประชาชนที่มารับบริการจริง และการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบปัญหาและอุปสรรคในหลาย ๆ ด้าน ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อทำให้ทราบถึงความคิดเห็นทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความคิดเห็นต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องใหม่ โดยได้เริ่มดำเนินการให้บริการทั่วประเทศมาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่คาดว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ งานวิจัยเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและงานวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการให้บริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. งานวิจัยเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาของประเสริฐ วันดี (2539, หน้า 7) เรื่องสถานการณ์การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าการดำเนินงานยังมีปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการและการบริหารจัดการในทัศนะของผู้ให้บริการและคณะกรรมการกองทุนบัตรประกันสุขภาพ โดยพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความไม่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการกับประชาชนผู้รับบริการสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศักดิ์ สูทกวาทิน (2544, หน้า 120) เรื่องการปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย พบว่าปัญหาที่เกิดจากระบบประกันสุขภาพ คือ การ

รับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องการกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด ประชาชนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ การให้บริการยังขาดความเสมอภาคและความเป็นธรรม ทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพของการบริการที่ประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมายจะได้รับ ในขณะที่การศึกษาของสำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยขอนแก่น (2544, หน้า 203) เรื่อง การประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 ผลการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ประเมินว่าคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศยังอยู่ในระดับต่ำ ยังไม่น่าพึงพอใจ โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงประมาณร้อยละ 30 เท่านั้นที่แสดงความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และจากการศึกษาของคณะทำงานสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะทำงานสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2543, หน้า 5) เรื่องการศึกษาสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องของ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.7 มีความเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการที่ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่จำเป็นจริงๆ อย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกันขณะที่ร้อยละ 23 มีความคิดเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพฟรี และร้อยละ 13.3 มีความคิดเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การที่ประชาชนทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพ ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 88.2 มีความคิดเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การให้บริการที่รวมถึงการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลและมีเพียงร้อยละ 4.9 ที่ให้ความคิดเห็นว่าไม่ควรมีการรวมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพไว้ในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนอีกร้อยละ 6.9 ไม่มีความเห็นเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ายังคงมีปัญหาในเรื่องของความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินงานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการ จึงทำให้การดำเนินงานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่บรรลุผลสำเร็จ เท่าที่ควร

2. งานวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการให้บริการ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ตามลักษณะความคิดเห็นที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการของพาราสุรามาน และคณะ (อ้างใน อุบลศรี หาญกิจเจริญ, 2541, หน้า 21) ซึ่งประกอบไปด้วย

2.1 ความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ การศึกษาของ สกาวดี ดวงเด่น (2539, หน้า 158) เรื่องคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังมากที่สุดคือ โรงพยาบาลมีอาคารสถานที่สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องน้ำสะอาด ไม่มีกลิ่น มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการ สอดคล้องกับ

การศึกษาของศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญผดุง (2538, หน้า 54) เรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าการมารับบริการต้องรอนาน ระบบการให้บริการยังไม่เป็นระเบียบที่ดีพอ อาคารสถานที่ของโรงพยาบาลยังไม่สะอาด สวยงาม เหมาะสมกับการเป็นสถานที่รักษาพยาบาล

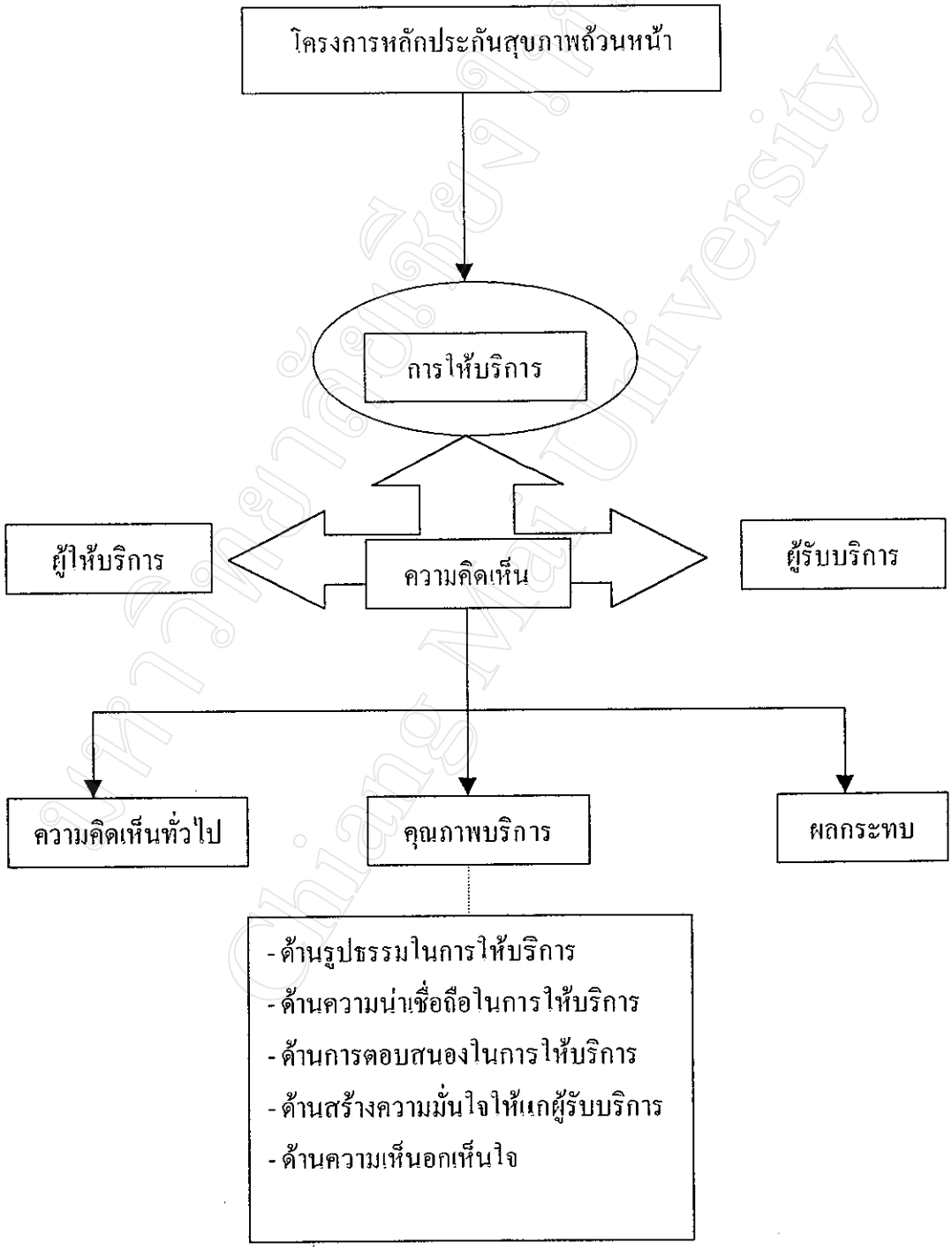
2.2 ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ การศึกษาของอำภา ดีสีปาน (2539, หน้า 77-88) เรื่องความคิดเห็นของผู้ป่วยประกันสังคมต่อระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี โดยพบว่าบริการในขั้นตอนการตรวจรักษาอยู่ในระดับดี การให้คำรึกษาและการรอตรวจอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี การยื่นบัตรและการรับยาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้ป่วยได้บอกปัญหาและอุปสรรคที่พบของการบริการ คือ แพทย์ตรวจร่างกายไม่ละเอียด และไม่บอกชัดเจนว่าเป็นโรคอะไร สอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง เพ่งสุวรรณ และคณะ (2541, หน้า 78) เรื่อง ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าพยาบาลแสดงอารมณ์โกรธง่ายและหงุดหงิดเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 31 โดยผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพของตนเองในระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือในตัวพยาบาล ตลอดจนการบริการที่ได้รับจากพยาบาล

2.3 การตอบสนองความต้องการบริการ การศึกษาของ สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์ (2536, หน้า 58-62) เรื่องการเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วยและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังและความต้องการให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้วยกิริยาสุภาพอ่อนโยน ใช้วาจาที่ไพเราะในการพูดคุยกับผู้ป่วย และให้ความสนใจกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อำภา ดีสีปาน (2537, หน้า 77-78) เรื่องความคิดเห็นของผู้ป่วยประกันสังคมต่อระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พบว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่พูดจาไม่สุภาพ ให้ความสนใจกับความต้องการของผู้ป่วยน้อย สนับสนุนการศึกษาของ พนิดา ดามาพงศ์ (2541, หน้า 38) เรื่อง ความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังและความต้องการที่จะได้รับบริการที่มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งชั้นวรรณะ เจ้าหน้าที่ควรให้ความสนใจความต้องการของผู้ป่วยในฐานะบุคคล และไม่ควรเปิดเผยความลับของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการและคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาลในด้านค่ารักษาพยาบาลที่คุ้มค่ากับบริการที่ได้รับ มีการลดหย่อนค่ายา ค่ารักษาพยาบาลตามควรแก่กรณี และสามารถปรึกษาหารือเรื่องค่ารักษาพยาบาลได้

2.4 การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ การศึกษาของ สุรางค์รัตน์ ณ บุญทอง (อ้างใน วันเพ็ญ เจษฎาพรชัย, 2541, หน้า 84) เรื่องการสำรวจความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยแผนกสามัญในโรงพยาบาล จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและความมั่นใจต่อบริการที่ได้รับในด้านของความรู้ความชำนาญในการให้บริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ด้านบุคลิกภาพพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจและมั่นใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีกร โพธิ์ศรี และคณะ (อ้างในวันเพ็ญ เจษฎาพรชัย, 2541, หน้า 84) เรื่องความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจต่อบริการที่ได้รับเรื่องของความรู้ความชำนาญของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการแผนกผู้ป่วยใน โดยรวมอยู่ในระดับดี

2.5 ความเห็นอกเห็นใจ ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง แต่จากการศึกษาเอกสารและตำรา พบว่า มีผู้ได้กล่าวถึง คุณภาพบริการเกี่ยวกับความเห็นอกเห็นใจของผู้รับบริการไว้ดังนี้คือ อาทิตย์ อุไรรัตน์ และอดุลย์ศักดิ์ ถีระจินดา (2529, หน้า 74) ได้กล่าวว่าการบริการในโรงพยาบาล สิ่งที่สร้างความสนใจ ดึงดูดใจผู้ที่จะไปใช้บริการของกิจการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจการของรัฐหรือเอกชน ก็คือสร้างความประทับใจให้แก่ผู้มารับบริการของโรงพยาบาล ต้องสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยและผู้มาติดต่อกับโรงพยาบาล และการต้อนรับดูแลเอาใจใส่ ให้ความสนใจและอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลทุกระดับด้วยอัธยาศัยไมตรีเป็นกันเอง เรียบร้อย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นอีกประการหนึ่งที่จะสร้างให้เกิดความพึงพอใจได้ ส่วน ธงชัย สันติวงษ์ (2535, หน้า 87-88) ได้กล่าวว่า คุณภาพการให้บริการ (service quality) ลูกค้าหรือผู้รับบริการจะใช้เกณฑ์พิจารณาถึงคุณภาพของการให้บริการ เช่น การเข้าใจและรู้จักลูกค้า (understanding /knowing customer) ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องพยายามเข้าใจถึงความต้องการของลูกค้า และให้ความสนใจตอบสนองความต้องการดังกล่าว เป็นต้น

5.2 กรอบแนวคิด

จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการให้บริการของโรงพยาบาล และส่งผลกระทบต่อบุคลากรผู้ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้บริการ รวมทั้งประชาชนผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิดเห็นทั่วไปต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความคิดเห็นต่อผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งคุณภาพบริการในที่นี้ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ

ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ ด้านการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจ ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้