บทที่ 3

วิธีและโครงสร้างการวิจัย

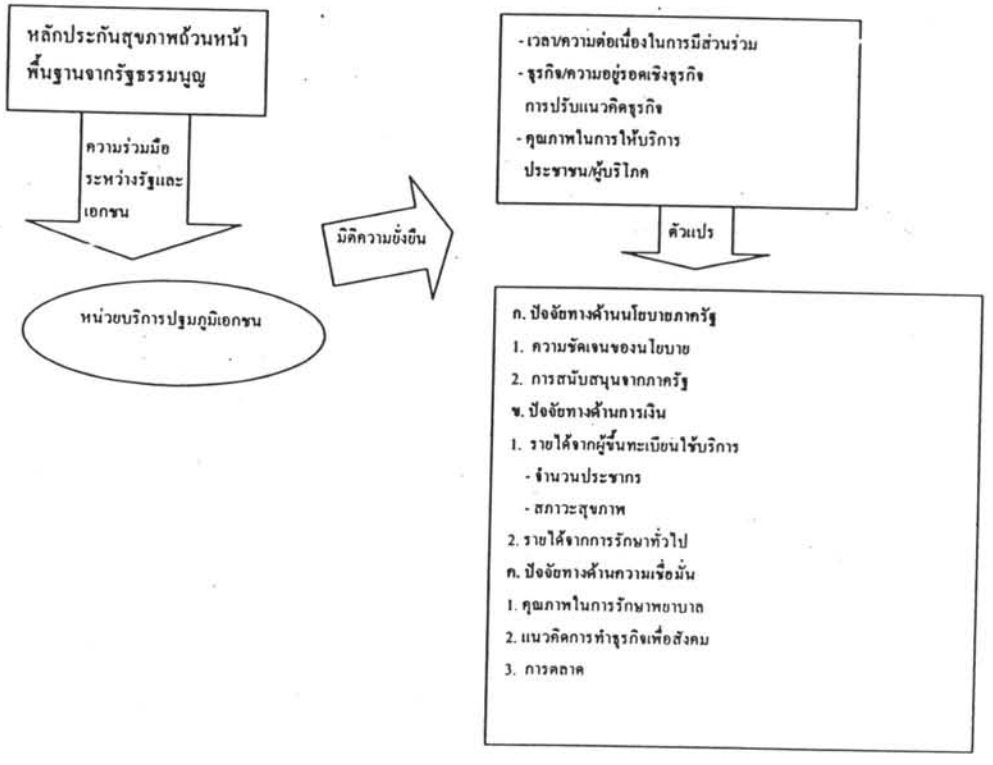
3.1 วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาในลักษณะของการพรรณาและวิเคราะห์ (descriptive and analytical approach) โดยนำข้อมูลจากการศึกษามาจาก

- 1 การศึกษาจากเอกสาร (documentary research) การรวบรวมข้อมูลและศึกษาข้อมูลในระดับทุติยภูมิ โดยการค้นคว้าจากเอกสารและสิ่งพิมพ์ต่างๆ

- 2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยการสัมภาษณ์บุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาให้ทราบถึงเรื่องราว ข้อเท็จจริงและข้อคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการให้บริการในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ยั่งยืน

แผนภาพที่ 3.1 แนวคิดการวิจัย



แนวคิดการวิจัยตามรูป แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงนโยบายจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาถึงคลินิกเวชกรรมเอกชน โดยผ่านแนวคิดของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน

(public private partnership) หรือยุทธศาสตร์เอกชนร่วมรัฐ (private public mix) นั่นเอง โดยชี้ว่าการที่เอกชนจะมีส่วนร่วมในการให้บริการได้อย่างยั่งยืนสืบต่อไปนั้น มีมิติต่างๆของความยั่งยืนที่ควรศึกษา และกระทำได้โดยศึกษาปัจจัยต่างๆที่ได้กำหนดหนดไว้จากการศึกษาเบื้องต้น

3.2 ประชากรศึกษา

ในการเลือกประชากรศึกษาเพื่อใช้ศึกษานั้น อาจจำแนกจากระดับการตัดสินใจ โดยจำแนกได้สองกลุ่มใหญ่คือ ผู้วางแผนและกำหนดนโยบายสาธารณสุข กับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการ[1] จึงได้เลือกที่จะทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนร่วมในนโยบายที่กำหนดมาจาก สปสช. และในส่วนของผู้ปฏิบัติงานก็เป็นตัวหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วม

การบริการปฐมภูมิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของภาคเอกชน อาจสามารถแยกลักษณะการให้บริการทางกายภาพออกเป็นสองรูปแบบ 1. เป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ไว้ให้บริการกับประชาชน และ 2. เป็นคลินิกเวชกรรมทั่วไป ที่ไม่ได้มีลักษณะทางกายภาพผูกติดกับโรงพยาบาล

สำหรับกลุ่มการศึกษาสำหรับการวิจัยนี้ ไม่เลือกศึกษาหน่วยบริการรูปแบบแรกที่มีลักษณะเป็นแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ในโรงพยาบาล เลือกศึกษาเฉพาะรูปแบบที่สองที่เป็นคลินิกเวชกรรมเอกชนอย่างเดียว เพราะคาดการจากการศึกษาว่าจะทำให้เห็นนโยบายของรัฐต่อผู้ให้บริการการสุขภาพในระดับที่พื้นฐานที่สุด มีการเข้าใกล้ถึงประชาชนที่สุด ตามแนวคิด "ใกล้บ้านใกล้ใจ" ซึ่ง ณ มกราคม 2549 มีอยู่จำนวน 115[2] แห่งในกรุงเทพมหานคร

ทั้งสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันที่ระบบการส่งต่อในกรณีที่การบริการขั้นปฐมภูมิไม่เพียงพอ จึงทำให้มีความแตกต่างต่องบประมาณรายประชากรที่ได้รับ

โรงพยาบาลและสถานพยาบาล นั้นสามารถมีการส่งต่อบริการขั้นทุติยภูมิ (secondary care) ที่เป็นของโรงพยาบาลเดียวกันเอง เพราะสามารถให้การรักษาในขั้นที่สูงกว่าระดับปฐมภูมิได้ จึงได้รับงบประมาณต่อหัวประชากรจากรัฐที่มากกว่าคลินิกเวชกรรม เพราะต้องต้องดูแลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนคลินิกเวชกรรมนั้นได้รับงบประมาณต่อหัวเฉพาะผู้ป่วยนอก ต้องส่งต่อการให้บริการในขั้นทุติยภูมิไปที่โรงพยาบาลที่ทำสัญญากันไว้

คลินิกเวชกรรมเอกที่ทำการศึกษาสามารถแบ่งลักษณะออกเป็น 2 ลักษณะตามความเป็นเจ้าของ (ownership) คือ

---

[1] สมคิด แก้วสนธิ, "เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข", พิมพ์ครั้งที่1(กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534).

[2] http://www.nhso.go.th/cgi-bin/Hospitalmain/IN_OUT/IN_OUT_SUM.htm ณ วันที่ 10 มีนาคม 2549

1. ภายใต้สังกัดหรือบริหารจัดการโดยโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง คือมีแยกตัวทางการภาพออกมาจากโรงพยาบาลเพื่อให้บริการนอกโรงพยาบาลตามพื้นที่ต่างๆ

2. เป็นคลินิก "เดี่ยว" (solo) ที่สมัครเข้าโครงการโดยตรง โดยไม่ได้เป็นคลินิกที่แยกตัวออกมาจากโรงพยาบาลใด

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเจาะจงไปที่คลินิกเวชกรรมที่อยู่ในกรุงเทพมหานครเท่านั้น

3.3 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

เพื่อข้อมูลในการศึกษาที่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการและปัญหาต่างๆที่คลินิกเวชกรรมต้องเผชิญ จึงทำการศึกษาเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ยังคงให้บริการอยู่ และกลุ่มที่ได้ออกไปจากการเป็นหน่วยบริการในสัญญาของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

ในกลุ่มที่ยังคงให้บริการอยู่เลือกมา 2 ตัวอย่าง

- ตัวอย่าง ก.

เป็นตัวอย่างที่แทนกลุ่มคลินิกเวชกรรมที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการโดยโรงพยาบาลที่เป็นเจ้าของคลินิก หรือเป็นหน่วยบริการคลินิกเวชกรรมที่เป็นคลินิกย่อยของโรงพยาบาลเอกชน

- ตัวอย่าง ข.

เป็นตัวอย่างที่แทนกลุ่มคลินิกเวชกรรมที่เป็นคลินิกเดี่ยวๆ ไม่ได้เป็นคลินิกในการบริหารของโรงพยาบาลใด และได้รับคำชมเชยจากสปสช.ในด้านการให้บริการและเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ โดยที่มีสมมุติฐานว่าคลินิกดังกล่าวจะมีปัจจัยที่ให้ความสำคัญในการบริหารเพื่อความอยู่รอดบางปัจจัย

ในกลุ่มหน่วยบริการคลินิกเวชกรรมที่เคยเข้ามาเป็นหน่วยบริการในสัญญา และได้ขอถอนตัวไปแล้วเลือกมา 2 ตัวอย่างเช่นเดียวกัน เพื่อใช้เป็นจำนวนที่ทำการศึกษาจริงรวมเป็นจำนวน 4 แห่ง แต่เนื่องจากประสบปัญหาในการหาข้อมูลจากคลินิกที่อยู่ภายใต้สังกัดหรือความเป็นเจ้าของของโรงพยาบาลอื่นนั้น จึงต้องทำการศึกษาเฉพาะคลินิกเวชกรรมเดี่ยว (solo) ที่บริหารจัดการงานด้วยตัวเองเท่านั้น โดย

- ตัวอย่าง ค. และ ง.

เป็นตัวอย่างของคลินิกเวชกรรมเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมและได้ออกไปจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว

3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.4.1 ปัจจัยทางด้านนโยบายภาครัฐ

การที่โครงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีลักษณะเป็นการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน เป็นการสะท้อนถึงนโยบายการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ซึ่งเห็นได้จากคลินิกเวชกรรมต่างๆที่มีอยู่ทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงนโยบายก็อาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยทางเศรษฐกิจและการเมือง เช่นขาดงบประมาณที่เหมาะสม ผลัดเปลี่ยนรัฐบาล ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจไม่เข้าใจระบบโดยรวมดีพอ และมุ่งเน้นแต่นโยบายเพื่อคะแนนทางการเมือง

3.4.2 ปัจจัยทางด้านการเงิน

รายได้จากผู้ขึ้นทะเบียนใช้บริการ

- จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน

จำนวนประชากรที่ลงทะเบียนขึ้นกับคลินิกเวชกรรมต่างๆเพื่อเป็นหน่วยบริการของตนนั้น เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมาก เพราะมีผลต่องบประมาณที่จะได้จากโครงการเพื่อเป็นค่าบริหารจัดการของผู้ป่วยที่พึงจะได้รับจากจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมินั้น

โครงสร้างงบเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2549

ในปีงบประมาณ 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 1,659.20 บาทต่อประชากร เพื่อใช้ในการจัดบริการประเภทต่างๆ

หน่วยบริการปฐมภูมินั้นจะได้เงินจากในส่วนของประเภทบริการ

- ผู้ป่วยนอก OPD เป็นจำนวน585.11 บาท/ประชากร
- งบส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาล (PP ใน) เป็นจำนวน 111.34 บาท/ประชากร (หลังหักไว้บริหารส่วนกลาง 23.95 บาท/ประชากร)
- งบส่งเสริมป้องกันในชุมชน/PCU (PP นอก) เป็นจำนวน 37.50 บาท/ประชากร (หน่วยบริการสามารถเลือกสมัครทำ PP นอกหรือไม่ก็ได้)

เพราะหน่วยบริการนั้นคงไม่ได้กำไรจากการให้บริการด้วยเงิน 30 บาทที่คนไข้จ่ายเป็นเงิน co-payment หากแต่อยู่ได้ด้วยงบประมาณที่มาจากการที่มีประชากรขึ้นทะเบียนกับ

หน่วยบริการนั้นๆ เงินร่วมจ่าย 30บาทเป็นเพียงการป้องกันการพึ่งพิงการใช้บริการที่มากเกินไป (over utilization)

การที่มีจำนวนประชากรขึ้นทะเบียนที่มากนั้น นอกจากหมายถึงความรับผิดชอบที่มีต่อประชาชนในพื้นที่นั้นๆมากขึ้นแล้ว ยังหมายความถึงการบริหารความเสี่ยงในเรื่องของงบประมาณที่ได้มาที่ง่ายขึ้นสำหรับหน่วยบริการนั้น เพราะการมาใช้บริการรักษาพยาบาลของแต่ละคนนั้นไม่เหมือนกันและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดการเจ็บป่วยเมื่อไหร่ ในหนึ่งปีอาจจะมีประชากรกลุ่มหนึ่งที่ไม่เคยมาใช้บริการเลย และก็มีอีกกลุ่มหนึ่งที่มาใช้บริการเป็นประจำก็ได้ จึงถือว่าเป็นการเฉลี่ยต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในการให้บริการ

- สภาวะสุขภาพ

ถ้าประชากรกลุ่มที่หน่วยบริการรับผิดชอบนั้นเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยหรือต้องเข้ารับการบริการบ่อย เช่นผู้สูงอายุ หรือ เด็ก หรือเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นจำนวนมาก ก็ย่อมทำให้คลินิกต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลมากขึ้น นอกจากการเจ็บป่วยที่เกินจากการรักษาพยาบาลขั้นปฐมภูมิซึ่งต้องถูกส่งต่อไปรักษาในสถานพยาบาลขั้นทุติยภูมิแล้ว หน่วยบริการไม่สามารถเลือกที่จะรักษาประชาชนในรายที่เฉพาะไม่เจ็บป่วยรุนแรง หรือไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษามากนักได้ ลักษณะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จึงเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรของหน่วยบริการ

ฐานะการเงินและความเป็นอยู่ของประชากรก็เป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งเช่นกัน ยังคงมีประชาชนเป็นจำนวนมากที่เลือกที่จะไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยเหตุผลต่างๆกันเช่น ไม่มั่นใจในคุณภาพการรักษาพยาบาลหรือสถานที่ หรือมีแพทย์ที่รักษาเป็นประจำโดยอยู่แล้ว ทำให้ไม่มาใช้บริการกับหน่วยบริการในเวลาเจ็บป่วย ซึ่งหน่วยบริการก็ยังได้รับค่าหัวจากสปสช.ตามสัญญาอยู่ดี ในทางกลับกันถ้าประชากรในพื้นที่ดังกล่าวมีฐานะการเงินที่ไม่ดีนัก ย่อมมีความต้องการใช้บริการหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนนั้นๆมากกว่า

รายได้จากการรักษาทั่วไป

คลินิกเวชกรรมที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ไม่จำเป็นต้องให้บริการเฉพาะประชาชนที่มีสิทธิบัตรทอง นั่นคือมีทั้งประชากรที่มาใช้บริการในรูปแบบ 1. ที่ชำระเต็มอัตรา หรือไม่ต้องการใช้สิทธิ 2. เป็นผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิกับคลินิกนั้นๆ นั่นคืออาจจะมีประชาชนทั้งมีสิทธิและไม่มีสิทธิในการขอรับบริการตามโครงการ มาใช้บริการในลักษณะชำระเต็ม (walk-in) แทนที่จะชำระค่าบริการ 30 บาท หรือไม่ชำระเลยตามสิทธิที่มี

ถึงแม้ว่าจะมีการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวของประชากรในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย เพื่อเป็นจำนวนเงินที่คลินิกพึงจะได้ต่อ 1 หัวประชากรเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนแล้ว แต่จำนวนเงินดังกล่าวก็เป็นที่เข้าใจกันว่า "น้อย" สำหรับการบริหารหรือการกระจายความ

เสี่ยงที่คลินิกต้องรับผิดชอบ การที่คลินิกมีแต่ผู้ใช้บริการตามสิทธิและไม่มีคนไข้ที่จ่ายอัตราเต็มมาใช้บริการย่อมส่งผลการทบต่อการดำเนินการไม่มากก็น้อย ดังนั้นจำนวนผู้ใช้บริการในลักษณะที่ชำระเต็มอัตราตามการรักษาจริงจึงย่อมยังมีความสำคัญต่อคลินิก การที่คลินิกต่างๆมีสัดส่วนของประชากรทั้งสองกลุ่มที่ต่างกันไปจึงย่อมหมายถึงตัวแปรทางที่ต่างกันไปเช่นกัน

3.4.3 ตัวแปรด้านการบริการ

คุณภาพการให้บริการ

- ทางด้านการรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการให้นั้นต้องให้ได้ไม่ต่ำกว่ากฎเกณฑ์มาตรฐานและข้อบังคับตามที่ สปสช. ตั้งไว้ หากไม่ได้ตามดังกล่าว ผู้ไปใช้บริการก็สามารถร้องเรียนไปที่สปสช.ได้ หรือเมื่อสปสช.ตรวจคุณภาพโดยซึ่งมีขึ้นเป็นประจำหรือเพื่อทำการให้สัญญาในการให้บริการต่อก็อาจมีสิทธ์ถูกเพิกถอนจากการต่อสัญญาเป็นหน่วยบริการในระบบได้

- ทางด้านทางเลือกของผู้ป่วย

เนื่องจากประชาชนสามารถเลือกหน่วยบริการที่อยู่ใกล้บ้านได้เอง หน่วยบริการต่างๆในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ๆมีผู้ให้บริการหลายราย จึงต้องมีการบริหารจัดการในการให้บริการให้พอเพียงต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ถ้าหน่วยบริการ บริการไม่ดี ผู้ป่วยไม่ชอบไม่พอใจ ก็สามารถไปเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการอื่นได้ ทำให้ได้งบประมาณน้อยลงตามจำนวนประชาชนที่ขึ้นทะเบียน โดยไม่เปลี่ยนได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

3.4.4 ตัวแปรด้านการตลาด

- การตลาดในการหาประชากร

เนื่องจากจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับรายได้ หน่วยบริการจึงต้องทำการหาประชากรที่มีสิทธิในการขึ้นทะเบียนมาลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ เพราะเพียงแต่การที่ประชาชนในพื้นที่เลือกที่จะมาขึ้นทะเบียนอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของหน่วยบริการ

หน่วยบริการจึงต้องทำการตลาดเชิงรุก (active/aggressive Marketing) ในการเข้าไปถึงชุมชนพื้นที่ในเขตการให้บริการของตน

- การตลาดในเรื่องของภาพลักษณ์

ผู้ให้บริการแต่ละแห่งมีตัวแปรที่สนับสนุนความต้องการที่จะดำรงอยู่ในตลาดการให้บริการนี้ต่อไปที่ไม่เหมือนกัน การเข้าร่วมในโครงการอาจจะเป็นเพราะต้องการมีส่วนร่วมใน

ระบบการให้บริการที่เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบสาธารณะสุขไทย เพื่อที่จะตาม "กระแส" ของการเปลี่ยนแปลงและไม่ให้เสียเปรียบคู่แข่งในการดำรงอยู่ในตลาดการให้บริการ ประกอบกับการที่ได้ชื่อว่าเป็น "คลินิกชุมชนอบอุ่น" ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีขึ้นต่อสถานบริการ ทำให้มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักมากขึ้นในสังคม