

เก็บข้อมูลเป็นรายปี แต่สถิติแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา มีอัตราการหมุนเวียน (ในแต่ละปี) สูงมาก และโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่มีสถิติแพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ทำให้เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลที่ตอบกลับมา สถิติแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนและสถิติแพทย์ทั้งประเทศจะมีจำนวนมากกว่าความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ พบว่าจำนวนสถิติแพทย์จบใหม่ ๘๐-๘๕ คนต่อปี จำนวนสถิติแพทย์โดยรวมประมาณ ๒,๐๐๐ คน และมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา ด้วยข้อจำกัดของทุนศึกษาต่อ ทำให้ผู้วิจัยตัดสินใจไม่รายงานผลการศึกษาในประเด็นดังกล่าว

อภิปรายผล

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อพิจารณาสำคัญของการนำงานวิจัยชิ้นนี้ไปใช้คือ รายงานฉบับนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจแบบแผนการคลอດบุตร ๒ ครั้งในระยะเวลาห่างจากกัน ๗ ปี ถึงแม้ว่านักวิจัยจะพยายามให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกันมากที่สุดโดยใช้วิธีการสำรวจและแบบสอบถามที่เหมือนกันสำหรับการสำรวจทั้งสองครั้ง และพยายามคงไว้ซึ่งโครงสร้างของตัวอย่างในการสำรวจไว้ทุกประการ อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามค่อนข้างจะต่างกันมาก โดยการสำรวจในครั้งแรกมีอัตราการตอบกลับสูงกว่าเกือบเท่าตัว ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าอัตราการตอบกลับที่แตกต่างกันมากอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน โดยอัตราการตอบกลับของโรงพยาบาลเอกชนในการสำรวจครั้งแรกอยู่ที่ร้อยละ ๕๗ ส่วนในการสำรวจครั้งหลังอยู่ที่ร้อยละ ๒๔ ทั้งนี้คงเป็นได้ ด้วยเหตุผลสำคัญ ๓ ประการ คือ

๑) ในการวิจัยครั้งที่ ๒ ผู้วิจัยพยายามจะเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กที่มีเตียงระหว่าง ๑๐-๕๐ เตียง ซึ่งในการวิจัยครั้งแรกไม่ได้สำรวจ เพราะ

เห็นว่าในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากที่เปิดดำเนินการเป็นลักษณะโรงพยาบาลเอกชนขนาดดังกล่าว (ซึ่งส่วนใหญ่เพื่อรับดูแลผู้ป่วยประกันสังคม) ประกอบกับในระยะที่เศรษฐกิจกำลังรุ่งเรืองธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีขยายตัวอย่างรวดเร็ว การสำรวจในปี ๒๕๔๕ จึงใช้จำนวนตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนสูงถึง ๒๕๖ แห่ง ขณะที่จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามกลับมาโดยรวมพบว่าไม่ต่างจากการสำรวจครั้งแรกเท่าใดนัก จึงทำให้อัตราตอบกลับค่อนข้างต่ำในการสำรวจรอบที่สอง

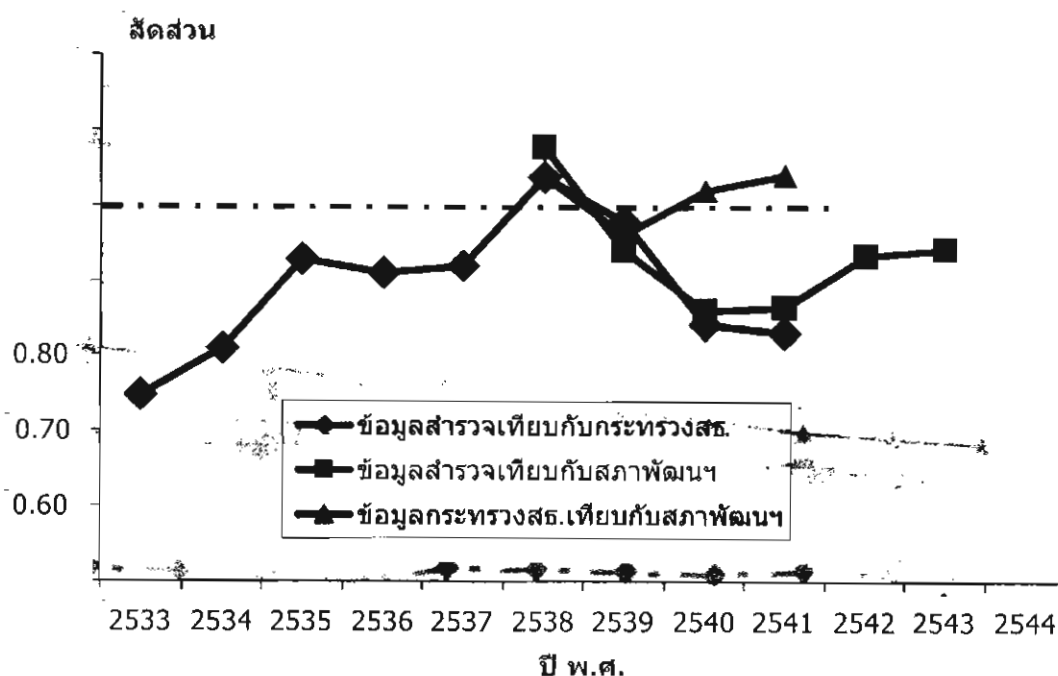
๒) ผู้วิจัยพบว่า มีแบบสอบถามจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ ๕) ได้รับกลับคืนมาหลังส่งไปโดยไม่มีผู้รับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนเพราะว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นปิดดำเนินการไปแล้ว

๓) ผลการวิจัยที่ได้จากการสำรวจครั้งแรกถูกนำไปใช้ในการอ้างอิงอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วของการผ่าตัดคลอด ดังนั้นจึงอาจมีผลกระทบ ต่อความร่วมมือในการสำรวจครั้งที่ ๒ มีโรงพยาบาลบางแห่งอาจไม่ยอมให้ข้อมูล เพราะเกรงว่าจะเกิดผลเสีย ซึ่งในประเด็นนี้ไม่สามารถพิสูจน์ทราบได้ ซึ่งหากเป็นจริงจะทำให้ผู้ใช้ข้อมูลนี้ยังต้องเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น เพราะจะมีปัญหาความลำเอียงในเรื่องข้อมูล (selection bias) โรงพยาบาลที่ไม่ตอบแบบสอบถามอาจจะมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่า โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม ทำให้อัตราที่ประมาณการได้ในรายงานนี้ ต่ำกว่าความเป็นจริง

เปรียบเทียบปริมาณการคลอດบุตรกับข้อมูลแหล่งอื่น

ในการสำรวจครั้งนี้มีการคำนวณด้วยการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้เป็นข้อมูลของทั้งประเทศ ผู้วิจัยต้องการตรวจสอบ (verify) จำนวนการคลอດบุตรเฉพาะในโรงพยาบาลที่ได้จากการประมาณการในงานวิจัยนี้กับข้อมูลจำนวนการคลอດบุตรที่ได้จากแหล่งข้อมูลอื่นว่ามีความสอดคล้องกันเพียงใด ผู้วิจัยใช้ข้อมูลสำคัญ ๒ แหล่งได้แก่

ก) จำนวนการการเกิดมีชีวิตทั้งประเทศของ



รูปที่ ๑ กราฟเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนการคลอดบุตรจากข้อมูลการสำรวจเทียบกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข* ข้อมูลการสำรวจเทียบกับข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ** และข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขเทียบกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

*อ้างอิงจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารฯ สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

**อ้างอิงจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข^(๒) ที่มีรายงานในระหว่างปี ๒๕๓๔-๔๑ ซึ่งใช้อ้างอิงในกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่

ข) ข้อมูลจำนวนการเกิดที่ใช้ในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่รายงานในระหว่างปี ๒๕๓๔-๔๓ ซึ่งอ้างอิงจากฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย^(๒๔)

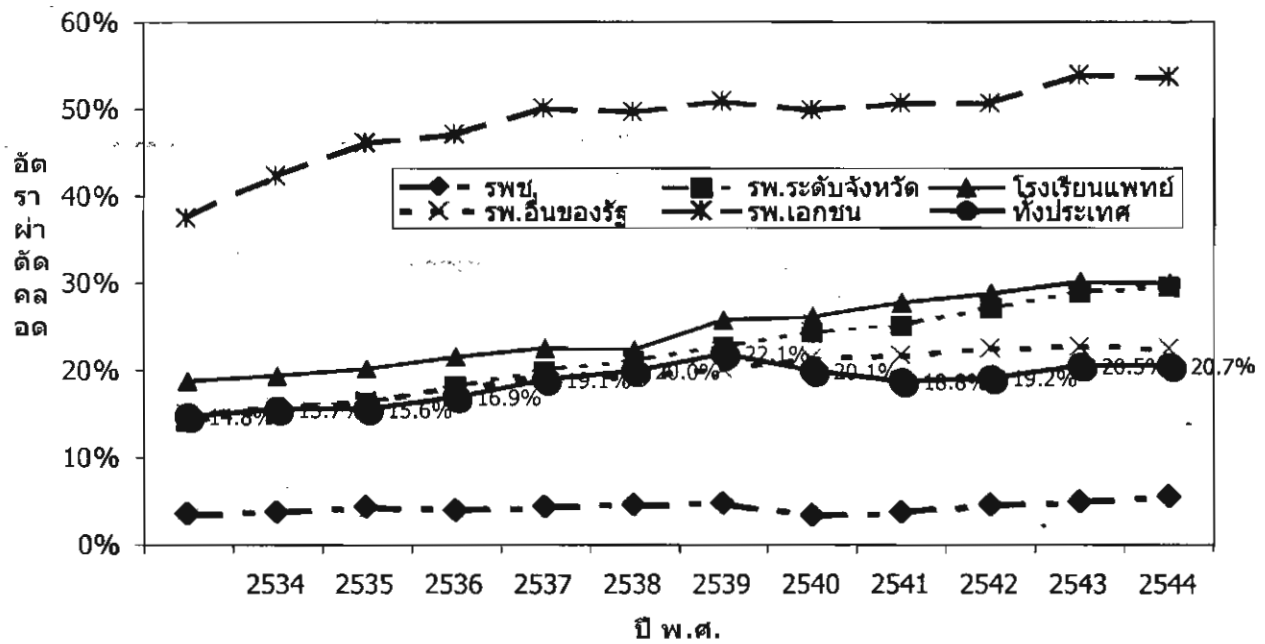
ข้อมูลจากทั้ง ๓ แหล่งมีแหล่งที่มาต่างกัน โดยแท้จริงแล้วจึงยากที่จะทำการเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตามหากนำมาเปรียบเทียบตามรูปภาพที่ ๑ จะพบว่าสัดส่วนของข้อมูลที่ยังอิงในกระทรวงสาธารณสุขกับที่ยังอิงในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (คำนวณจาก จำนวนการคลอดมีชีพรายปีของกระทรวงสาธารณสุขหารด้วย จำนวนคน

เกิดที่ยังอิงในข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แสดงในเส้นที่มีข้อต่อรูปสามเหลี่ยม) มีค่าใกล้เคียงกันค่อนข้างมาก (เข้าใกล้ ๑) เกือบทุกปี (๒๕๓๔ ถึง ๒๕๔๑) ซึ่งแสดงว่าประมาณการจำนวนการเกิดใกล้เคียงกัน

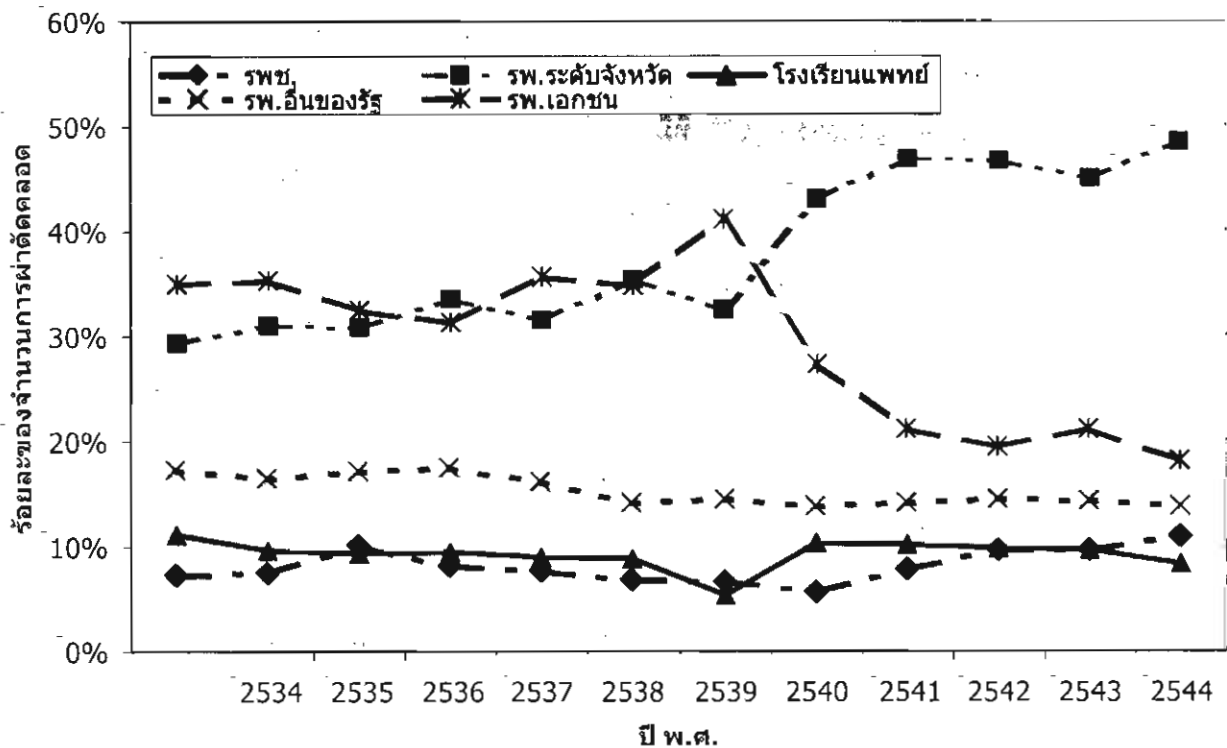
อย่างไรก็ตามจำนวนการคลอดบุตรที่ประมาณการจากการสำรวจในงานวิจัยนี้ พบว่าการประมาณการในปี ๒๕๓๓ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๗๕ ของจำนวนการคลอดมีชีพที่ยังอิงในกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่าหากเชื่อถือข้อมูลอ้างอิงของกระทรวงสาธารณสุข การประมาณการจากการสำรวจในรายงานฉบับนี้มีความครอบคลุมการเกิดเพียงร้อยละ ๗๕ เท่านั้น

อย่างไรก็ตามจำนวนการคลอดที่ประมาณการจากการสำรวจครั้งนี้ และจำนวนการเกิดมีชีพของ

รูปที่ 2 อัตราการผ่าตัดคลอดจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2533-2544



รูปที่ 3 ร้อยละของการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ปี 2533-2544



กระทรวงสาธารณสุข จะใกล้เคียงกันมากขึ้นเรื่อยๆ (เข้าใกล้ค่า ๑) จนมีจำนวนใกล้เคียงกันมากที่สุดในช่วงปี ๒๕๓๔-๓๕ ซึ่งเป็นสองปีสุดท้ายในการสำรวจครั้งแรกในการสำรวจครั้งที่ ๒ ก็เช่นกันพบว่าในปี ๒๕๔๐-๔๑ จำนวนการคลอดในการสำรวจรายงานเพียงร้อยละ ๔๕ ของข้อมูลจาก ๒ แหล่ง และสัดส่วนดังกล่าวใกล้เคียงกันมากขึ้นในการสำรวจปีหลังๆ เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขประมาณการจากการสำรวจนี้ กับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จุดอ่อนของการสำรวจนี้ คือการสำรวจข้อมูลย้อนหลังหลายๆ ปีด้วยกัน ถ้าการเก็บข้อมูลสถิติของสถานพยาบาลไม่ดี การสืบค้นข้อมูลจะทำได้ค่อนข้างยากหรือไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

ระดับสถานพยาบาลและการคลอดบุตรในหญิงไทย

การศึกษานี้ให้ข้อค้นพบสำคัญเชิงนโยบายคือ โรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญที่สุดในการให้บริการฝากครรภ์และคลอดบุตรของหญิงไทย ถึงร้อยละ ๓๐ ของการคลอดทั้งหมดในประเทศในปี ๒๕๓๓ นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ จากร้อยละ ๓๒.๙ ในปี ๒๕๔๐ เป็น ๔๐.๗ ในปี ๒๕๔๔ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีผลให้การใช้บริการรักษายาบาล รวมทั้งการคลอดบุตร การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค กับสถานพยาบาลปฐมภูมิมากขึ้น ดังนั้น หญิงไทยในชนบทจะใช้บริการคลอดบุตรในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ถ้าคุณภาพบริการเป็นที่ยอมรับ โรงพยาบาลชุมชนจะทวีความสำคัญของการให้บริการคลอดบุตรมากขึ้น

การที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ ๕) โดยส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัด และมีบทบาทในการให้บริการคลอดบุตรเพิ่มขึ้น (ตาราง ๓) จะทำให้ อัตราการผ่าตัดของประเทศชะลอการเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า อัตราผ่าคลอดทั้งประเทศชะลอลง โดยลดลงจากร้อยละ ๒๒.๑ ในปี ๒๕๓๕ เป็นร้อยละ ๒๐.๑๔.๔,

๑๙.๒, ๒๐.๕ และ ๒๐.๗ ในปี ๒๕๔๐-๒๕๔๔ ตามลำดับ

ในทางตรงกันข้าม อัตราการผ่าคลอดสูงถึงกว่าร้อยละ ๕๐ ในโรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่ปี ๒๕๓๗ เป็นต้นมา ส่งผลกระทบต่ออัตราการผ่าคลอดในระดับประเทศค่อนข้างนี้ เนื่องจาก โรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทไม่มากในการบริการคลอดบุตร โดยเฉพาะลดลงจากร้อยละ ๑๗.๔ ในปี ๒๕๓๕ เป็นร้อยละ ๗ ในปี ๒๕๔๔ อัตราผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๓๕ ส่งผลกระทบต่ออัตราผ่าคลอดของทั้งประเทศค่อนข้างมาก เนื่องจาก โรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนการคลอดสูงสุดถึงร้อยละ ๑๗.๔ ในปีดังกล่าว อัตราผ่าตัดคลอดทั้งประเทศในปี ๒๕๓๕ เท่ากับร้อยละ ๒๒.๑ เป็นอัตราสูงสุดในรอบ ๑๒ ปีที่ทำการศึกษา (รูปที่ ๒)

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจำนวนการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยจะพบการเปลี่ยนแปลงเช่นกันในปี ๒๕๔๐ โดยพบวก่อนปี ๒๕๔๐ การผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัด แต่ภายหลังปี ๒๕๔๐ สัดส่วนของการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ไปอยู่ที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด (รูปที่ ๓) เนื่องด้วยหลังปี ๒๕๔๐ จำนวนการคลอดในโรงพยาบาลระดับจังหวัดเพิ่มขึ้นและอัตราการผ่าตัดคลอดก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย แม้ว่าหลังปี ๒๕๔๐ การคลอดจะเพิ่มสูงขึ้นมาในโรงพยาบาลชุมชนแต่จากอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำจึงไม่ส่งผลให้สัดส่วนการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนเปลี่ยนแปลงมากนัก

ดังนั้น ในรูปที่ ๓ นี้ ระบุว่า การศึกษาว่าการผ่าตัดคลอด มีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร หรือการวิจัยปฏิบัติการเพื่อลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น ควรจะดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรอยู่ในเกณฑ์สูง และมีสัดส่วนการคลอดบุตรสูงรองจากโรงพยาบาลชุมชน

ปีแห่งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการคลอดบุตร

เห็นได้ชัดเจนว่าแบบแผนการคลอดบุตรของหญิง

ไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ๑๒ ปี มีจุดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปี ๒๕๔๐ ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสถานะเศรษฐกิจครั้งใหญ่ในประเทศ การตั้งครรภ์และคลอดบุตรเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ดังกล่าวเพราะโดยทั่วไปการตั้งครรภ์สามารถวางแผนล่วงหน้าได้และส่วนใหญ่ของคู่ครองที่ต้องการมีบุตรมักใช้ความพร้อมทางเศรษฐกิจเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจ ดังนั้นการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจจึงทำให้คู่ครองส่วนหนึ่งตัดสินใจเลื่อนการมีบุตรไปทำให้มีจำนวนการคลอดในแต่ละปีลดลงเป็นต้นมา นอกจากนี้ อุปสงค์ต่อบริการการคลอดบุตร เปลี่ยนแปลงไป โดยเลือกสถานลดปริมาณอุปสงค์ในโรงพยาบาลเอกชนลง และเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการคลอดในโรงพยาบาลรัฐบาล ทั้งโรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชนมาก

การเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ต่อบริการคลอดบุตรดังกล่าว ส่งผลดีในด้านการลดลงของอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในภาพรวมทั้งประเทศ ซึ่งแต่เดิมมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอด แต่จากสัดส่วนการผ่าตัดคลอดทุติยภูมิที่เพิ่มขึ้นซึ่งอาจเกิดจากการผ่าตัดคลอดในท้องแรกๆ มากขึ้นในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทุติยภูมิยังเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงแทบไม่ได้ในประเทศไทย ซึ่งทำให้การลดอัตราการผ่าตัดคลอดทำได้ยาก การคลอดทางช่องคลอดหลังการผ่าตัดคลอด (vaginal birth after Cesarean) ยังไม่เป็นที่นิยม และมีอุปสรรคปัญหาในการปฏิบัติค่อนข้างมาก^(๒๗)

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระบบข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการคลอดบุตรเป็นเรื่องสำคัญ ควรมีระบบรายงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรายงานใน internet หรือผ่าน webpage ที่มีหน่วยงานกลางรับผิดชอบ เพื่อให้เห็นภาพรวมของประเทศ ระบบข้อมูลจะมีความแม่นยำสูง ซึ่งสามารถทดแทนการสำรวจ ซึ่งมีความ

แม่นยำน้อยกว่า ข้อมูลในระดับประเทศ ภาควิชาสถิติระดับและประเภทโรงพยาบาล มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวางแผนในระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ระบบข้อมูลยังมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ในระดับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง นอกจากเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ กับโรงพยาบาลในระดับประเภทเดียวกัน (peer hospital comparison) ยังใช้เป็นฐานข้อมูลของการทบทวน ความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการผ่าตัดคลอดภายในโรงพยาบาลของตนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพด้วยกัน (peer review)

เป็นที่น่าเสียดายว่าในปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลแบบแผนการคลอดอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยเสนอให้ผู้เกี่ยวข้อง ๒ ฝ่ายใหญ่ๆ เป็นแกนนำในการสร้างระบบรายงานทาง electronic ซึ่งให้บันทึกการคลอดบุตรในสถานพยาบาล รัฐและเอกชนทุกระดับทันทีที่มีการคลอดบุตร ได้แก่

๑. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๒. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์

จากการวิจัยพบว่า ภาระงานบริการคลอดบุตรของโรงพยาบาลในภาครัฐที่ผ่านมาและปัจจุบันสูงขึ้น จึงควรที่ผู้บริหารจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรและจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้คงคุณภาพของบริการไว้ เช่น โรงพยาบาลชุมชน (ตั้งแต่ขนาด ๑๐ เตียงจนถึง ๖๐ เตียง) ที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ต่ำมาก ซึ่งเกิดจากความไม่พร้อมในการให้บริการผ่าตัดคลอด ทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐในระดับสูงขึ้น ซึ่งหากสามารถพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือขนาดเล็กที่อยู่ห่างไกลที่ไม่อาจส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัยได้ทันทั่วถึง ให้มีศักยภาพ และความสามารถให้บริการผ่าตัดคลอดได้อย่างปลอดภัย

ควรให้มีการศึกษาในลักษณะของการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือ (intervention study) เพื่อลดปริมาณการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นลง เนื่องจากก่อให้เกิดผล

เสียหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดค่อนข้างสูง การศึกษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ๒๙ แห่งเมื่อปี ๒๕๔๐ พบว่ามีการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นในโรงพยาบาลระดับจังหวัดจำนวนมาก^(๑๙) ซึ่งเป็นผลจากระบบการฝากพิเศษจังหวัดที่ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ นักวิจัย และผู้บริหารจะให้ความสำคัญสำหรับการลดการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับจังหวัดให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน ๓๕๖ และ ๒๗๓ แห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจทั้งสองครั้ง ขอขอบคุณราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ให้การสนับสนุนนักวิจัยในการศึกษาแบบแผนการคลอดบุตรตั้งแต่การสำรวจครั้งแรก

ผู้วิจัยขอขอบคุณแหล่งทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนแก่โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

๑. 2000 World Population Data Sheet. Population Reference Bureau. Washington DC 2000.
๒. กรมอนามัย. สถิติชีพ [Cited 2002 June 25]. Available from: URL; <http://www.anamai.moph.go.th/stat/index.htm>.
๓. วิโรจน์ คังเจริญเสถียร, งามจิตต์ จันทราธิติ, ชลดา สิทธิทรัพย์. ลักษณะการคลอดในโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี ๒๕๓๓-๒๕๓๕. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๔. Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton-Jones C, Cole S. Is a rising cesarean section rate inevitable? Br J Obstet Gynaecol 1998; 105:45-52.
๕. Cai WW, Marks JS, Chen CH, Zhuang YX, Morris L, Harris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. Am J Public Health 1998; 88:777-80.
๖. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to delivery by cesarean? Soc Sci Med 2000; 51:725-40.
๗. Wagner M. Choosing caesarean section. Lancet 2000; 356:1677-80.
๘. Padmadas SS, Kumar S, Nair SB, Kumari A. Caesarean section delivery in Kerala, India: evidence from a National Family Health Survey. Soc Sci Med 2000; 51:511-21.
๙. Ferriman A. Caesarean section rate hits 20% in 1999-2000. BMJ 2001; 322:1508.
๑๐. Gonzalez-Perez GJ, Vega-Lopez MG, Cabrera-Piviral C, Munoz A, Valle A. Caesarean section in Mexico: are there too many? Health Policy and Planning 2001; 16:62-7.
๑๑. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-7.
๑๒. Hall M, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet 1999; 354:776.
๑๓. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalisation. JAMA 2000; 283:2411-6.
๑๔. Mutryn CS. Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. Soc Sci Med 1993; 37:1271-81.
๑๕. Lagrew DC Jr, Morgan MA. Decreasing the cesarean section rate in a private hospital: success without mandated clinical changes. Am J Obstet Gynecol 1996; 174:184-91.
๑๖. Eckerlund I. Estimating the effect of cesarean section rate on health outcome. Evidence from Swedish hospital data. Intern J Technol Assessm Health Care 1999; 15:123-35.
๑๗. Smith J, Hernandez C, Wax J. Fetal laceration injury at caesarean delivery. Obstet Gynecol 1997; 90:344-6.
๑๘. Shearer EL. Cesarean section: medical benefit and costs. Soc Sci Med 1993; 37:1223-31.
๑๙. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of private practice in public hospitals on the cesarean section rate in Thailand. Human Resources for Development Journal 2000; 4:2-12.
๒๐. Kritchevsky SB, Braun BL, Gross PA, Newcomb CS, Kelleher CA, Simmons BP. Definition and adjustment of cesarean section rates and assessments of hospital performance. Int J Qual Health Care 1999; 11:283-91.
๒๑. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; ๒๕๔๑, ๒๕๔๓.
๒๒. กรมบัญชีกลาง. ศปรส พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง;

๒๕๕๔.
 ๒๓. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. ธุรกิจกับสุขภาพ: ผ่าตัดคลอด.
 นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
 ๒๔. Bornswift J. An early lesson in lack of choice. Postbag.
 Bangkokpost. July 1999.
 ๒๖. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 [Cited 2002 June 25]. Available from:URL; http://www.nesdb.go.th/data_index/social/population.html.
 Saropala N, Suthutvoravut S. The outcome of the first
 VBAC program in Thailand. Int J Gynaecol Obstet
 1998; 64:301-8.

Abstract Twelve Years of Pattern of Hospital Delivery in Thailand: 1990-2001: a national survey

Yot Teerawattananon, Viroj Tangcharoensathien, Sanya Srirattana, Pradsanee Tipyasothi
 International Health Policy Program, Thailand, Ministry of Public Health
Journal of Health Science 2003; 12:1-18.

The objective of this study is to demonstrate the pattern of hospital delivery in Thailand during the period of 1990-2001. A multi-stage non-proportional probability to size and systematic random sampling was used to identify sample hospitals for survey. Two consecutive self-administered mailed questionnaire survey to all public and private hospitals were performed in year 1997 and 2002 to solicit a 12 year series of hospital delivery pattern. The overall response rate was 64 and 36 percent respectively. We found that MOPH district and provincial hospitals had a lion share, 74% of total national hospital deliveries in 2001 with an increasing trend especially after the economic crisis in 1997. On the other hand, the share in private hospitals reached the peak in 1996 and then declined rapidly after facing an economic crisis. This is a result from shifting demand for delivery services from private to public hospitals, notably district hospitals.

During the past decade, rates of vaginal birth, forceps and vacuum extraction slightly decreased whereas cesarean section rate increase gradually. In 1990, the national cesarean section rate was 14.8%, this rate had increased continuously reaching the peak of 22.09% in 1996. After economic recession, the rate fell and then remains stable around 20% till now. In 2001, cesarean section rate in district hospitals was 5.6%, provincial hospitals 29.6%, other public hospitals 24.9% and private hospitals 53.9%. Secondary cesarean section contributed one third of total operations.

Even though the study provides a useful information on the pattern of hospital deliveries, some limitations remained. We recommended that Ministry of Public Health and Royal College of Obstetric and Gynecologists are responsible to set up a systematic database for the monitoring at the national level, and at micro-level, hospital could use for peer review and monitoring with peer hospitals

Key words: Thailand, pattern of delivery, cesarean section, forcept extraction, vacumm extraction, public hospital, private hospital

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย - คำถาม วิจัยที่สำคัญ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการเต็มพื้นที่ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เนื่องจากเป็นโครงการระดับชาติ การกำหนดและปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อให้โครงการฯ บรรลุวัตถุประสงค์ มีความจำเป็นจะต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยสนับสนุนอย่างกว้างขวางและรอบด้าน งานฉบับนี้นำเสนอและอภิปรายประเด็นโจทย์คำถามการวิจัยที่สำคัญ ๖ ด้าน ได้แก่ (๑) ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของโครงการ โดยเฉพาะการลดภาระรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนไทย (๒) การดำเนินโครงการและระบบบริการสุขภาพ (๓) กลไกการจ่ายเงินและการปรับตัวของระบบบริการสุขภาพ (๔) ผลกระทบต่อประชาชน (๕) ผลกระทบต่อระบบสุขภาพในภาพรวม (๖) แรงสนับสนุนและแรงต้านของโครงการ การตอบคำถามวิจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการ การพัฒนาให้มีกลไกเชื่อมต่อระหว่างผลการศึกษากับการตัดสินใจเชิงนโยบายมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าความพยายามตอบคำถามการวิจัยเหล่านี้

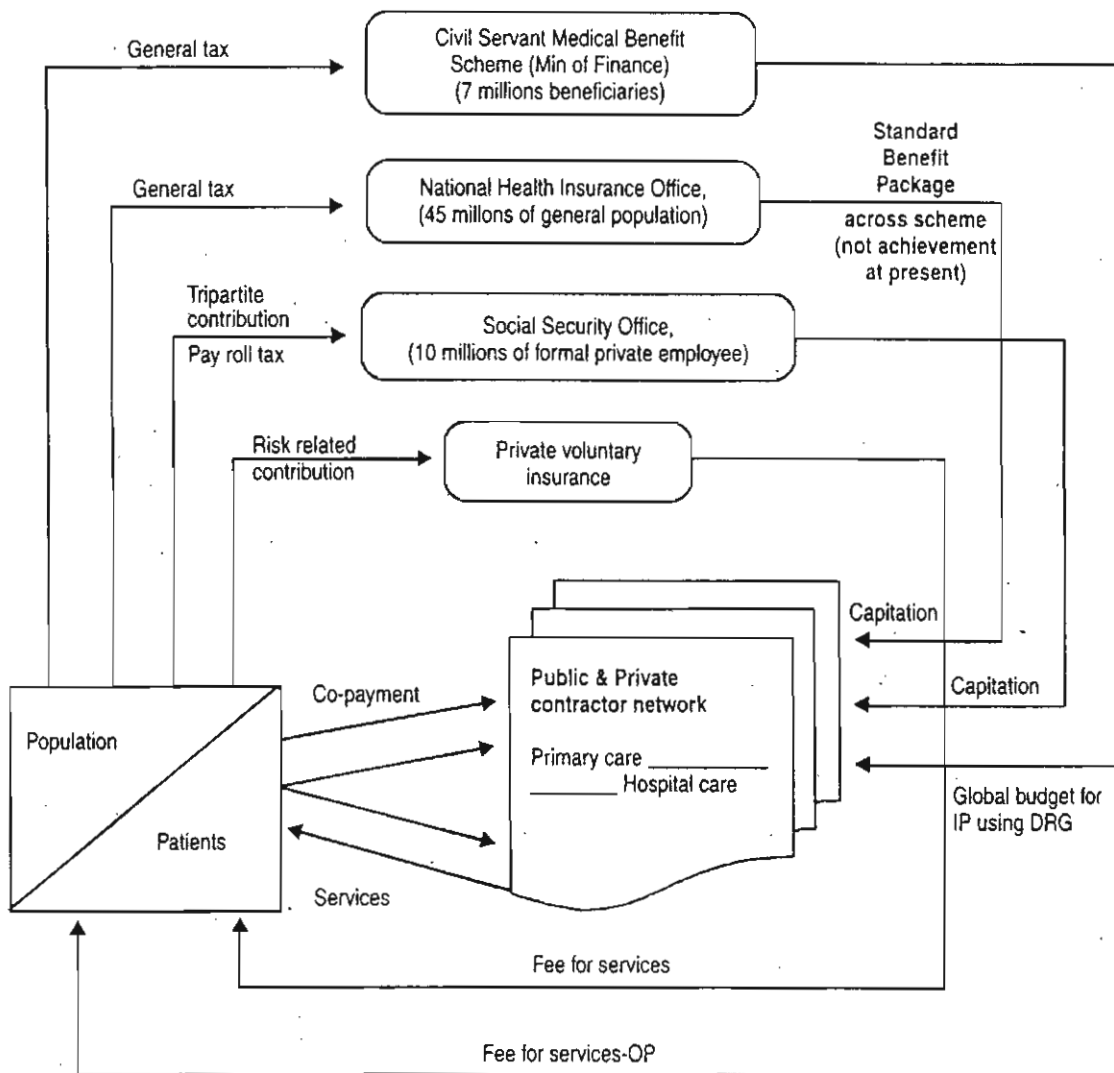
คำสำคัญ: การประกันสุขภาพ, คำถามวิจัยสำคัญ

บทนำ

รัฐบาลได้ดำเนินการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เต็มพื้นที่ทั้งประเทศ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๔ เป็นต้นมา โครงการนี้ได้รับการตอบสนองอย่างดีจากประชาชน โดยการสำรวจประชามติหลายสำนักรับรอง มีความสอดคล้องต้องกัน เนื่องจากเป็นความต้องการอย่างแท้จริงของประชาชน

รูปแบบของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากประสบการณ์การดำเนินการประกันสังคมในประเทศไทย ตั้งแต่ปี ๒๕๓๔ รูปแบบการจ้างเหมา (contract model) รูปที่ ๑ เพื่อให้สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน เป็นผู้จัดบริการสุขภาพแก่ผู้ประกันตน และจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามจำนวนผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้ นั้น นับว่าประสบ



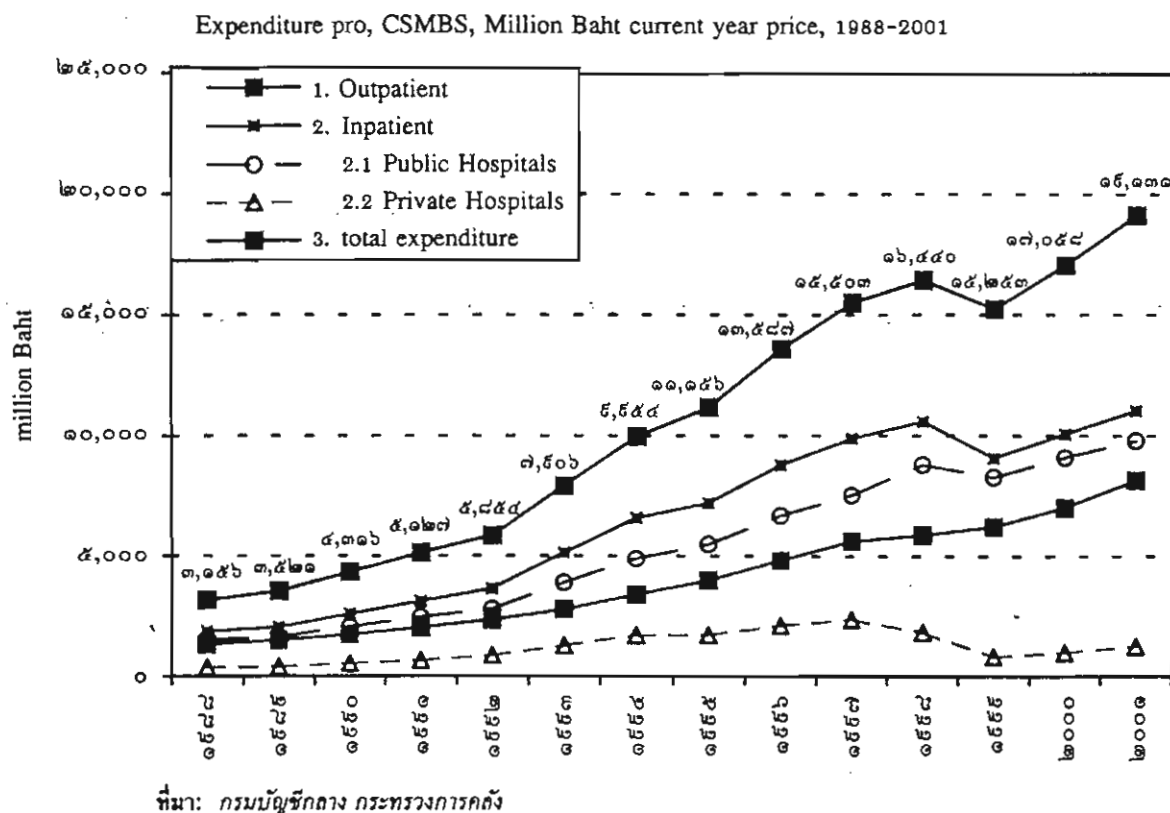
รูปที่ ๑ รูปแบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๕

ความสำเร็จพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการควบคุมรายจ่ายสุขภาพไม่ให้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ในทางตรงกันข้าม โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น มีการจ่ายแบบเบิกย้อนหลัง (reimbursement model) ตามรายการและปริมาณบริการรักษายาบาลที่ได้จัดให้ (fee for services) ซึ่งรูปแบบนี้ พบว่า มีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (รูปที่ ๒) จนไม่สามารถควบคุมได้ นับเป็นโครงการที่ด้อยประสิทธิภาพ และขาดกลไกที่มีประสิทธิผลในการ

กำกับ ควบคุมการใช้จ่ายค่ารักษายาบาล นอกจากนี้ โครงการนี้ยังไม่มีฐานข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิ และแบบแผนโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ ทั้งๆ ที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีรายจ่ายต่อปีถึงกว่า ๒๐,๐๐๐ ล้านบาท

จากประสบการณ์เหล่านี้ การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการคลังสาธารณสุข (health financing reform) ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น รัฐบาลจึงตัดสินใจเลือกรูปแบบการจ้างเหมา (contract



รูปที่ ๒ รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลโครงการสวัสดิการรักษายานาลข้าราชการ ปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๔๔

model) โดยใช้การเหมาจ่ายรายหัวเป็นกลไกหลักของประชาชนไทยที่เหลือทั้งหมดที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิตามสวัสดิการรักษายานาลข้าราชการหรือประกันสังคม

รูปที่ ๑ แสดงให้เห็นถึงการประกันสุขภาพ ระบบหลักในประเทศไทย ในเดือนตุลาคม ๒๕๔๔ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ เป็นการยกเลิกโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเหลือเกิน ยกเลิกโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) และรวมเอาผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพใดๆ เข้าอยู่ในรวมเดียวกัน^(๑) อัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ เท่ากับ ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี^(๒) และในปี ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑,๔๐๔ บาทต่อคนต่อปี^(๓)

สาระสำคัญของการปฏิรูป

การดำเนินการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพพร้อมๆ กันหลายด้านการปฏิรูปที่สำคัญ ๔ ด้านหลัก ได้แก่

- การปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณจากเดิมซึ่งมีลักษณะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามแบบแผนเดิม (historical incremental budgeting) การตั้งงบประมาณที่อาศัยข้อมูลด้านอุปทานของบริการสุขภาพ ได้ปฏิรูปไปเป็นการจัดสรรงบประมาณด้านอุปสงค์ โดยอ้างอิงจำนวนประชากรในความรับผิดชอบเป็นหลัก การปฏิรูปอย่างรวดเร็วและรุนแรงนี้ ก่อให้เกิดความไม่พอใจในหมู่ผู้บริหารโรงพยาบาลอยู่พอสมควร

- ภายใต้วิธีการงบประมาณที่เป็นปลายปิด แบบ

เหมาจ่ายรายหัว และผู้ป่วยไม่ต้องชำระเงิน นอกจากค่าธรรมเนียม ๓๐ บาทเท่านั้น ทำให้รายได้เงินนอกงบประมาณที่เคยเก็บจากบริการผู้ป่วยนั้นลดลง ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงการบริหารทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิรูปครั้งนี้ส่งสัญญาณที่สำคัญให้สถานพยาบาลต้องปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารและการบริการให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลอาจจะไม่ปรับประสิทธิภาพแต่ลดคุณภาพและปริมาณการให้บริการลงเสีย เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า cost and quality trade off ขึ้น ถ้าไม่มีมาตรการกำกับคุณภาพและมาตรฐานของบริการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ประชาชนคงจะไม่มีความรู้ความสามารถเข้าไปตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานบริการได้

- การบริหารงบประมาณตามด้านอุปสงค์นั้น เป็นแรงกดดันให้มีการปรับการจัดสรรทรัพยากรใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการบริการด้านสุขภาพ (health need and health care needs) โดยเฉพาะการทบทวนนโยบายการจัดสรรกำลังคน ซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตบริการที่สำคัญที่สุด ประมาณร้อยละ ๖๐-๖๕ ของต้นทุนการให้บริการเป็นเงินเดือนค่าจ้างและค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ การจัดสรรงบประมาณในระบบเดิม ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาค โดยจังหวัดในภาคกลางได้รับงบประมาณต่อหัวประชากรสูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมาก

- การปรับระบบบริการโดยให้ความสำคัญต่อการบริการปฐมภูมิ (primary care unit) และการปรับปรุงระบบการผลิตแพทย์โดยให้ความสำคัญแก่แพทย์ประจำครอบครัว (family medicine) การปรับปรุงนี้ อาจจะยังไม่สอดคล้องกับนิสัยและแบบแผนการใช้บริการของประชาชน ที่มักจะข้ามขั้นตอนการใช้บริการระดับปฐมภูมิไปยังบริการตติยภูมิที่มีต้นทุนสูงกว่า และทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ต้องให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่บริการปฐมภูมิสามารถดำเนินการได้ ทำให้ด้อยประสิทธิภาพ

ดังนั้น ในระยะแรกของการดำเนินการ มีปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากความไม่เป็นเอกภาพในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่เนื่องจากแรงผลักดันที่เข้มแข็งด้านการเมือง ซึ่งต้องการตอบสนองต่อสัญญาประชาคม ว่าสามารถและได้ดำเนินการตามนโยบายที่ให้สัญญาไว้กับประชาชนก่อนการเลือกตั้งได้ ประกอบกับความต้องการของภาคประชาชนและสังคมโดยรวม ทำให้ในส่วนของการข้าราชการประจำ และกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวมาจนกระทั่งปัจจุบันเป็นระยะเวลาเกือบสองปี (รวมทั้งช่วงการนำร่องใน ๖ และ ๑๕ จังหวัด) นอกจากนี้ ความคืบหน้าในทางด้านกฎหมายโดยวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎร ได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๔ แล้ว เมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม และ ๔ ตุลาคม ๒๕๔๔ ตามลำดับ และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วเมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๔ ระหว่างปี ๒๕๔๓-๒๕๔๔ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในระดับการพัฒนานโยบาย (upstream research) การวิจัยประเมินผลการดำเนินการตามนโยบาย (downstream research) โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และหุ้นส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง^(๔-๑๔) ค่อนข้างมาก

วัตถุประสงค์

เนื่องจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายใหม่และมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างมาก การปรับตัวของระบบ (system responses) เป็นไปได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่การตัดสินใจเชิงนโยบาย จะต้องอาศัยหลักฐานและข้อเท็จจริง (evidence based policy making) ผู้เขียนซึ่งมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในด้านประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบคือ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ การประกันสังคม และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เห็นว่ากรอบคำถามการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ จะเป็นประโยชน์

สำหรับนักวิจัยด้านระบบสาธารณสุข ทั้งในส่วนของระบบบริการ นักวิชาการในระดับนโยบาย ในมหาวิทยาลัย นักศึกษาในระดับปริญญาโท ปริญญาเอก อย่างน้อยในระยะ ๒-๓ ปีข้างหน้าที่มีการปรับตัวของระบบอย่างรวดเร็ว

บทความนี้ต้องการตั้งประเด็นโจทย์และคำถามการวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเศรษฐศาสตร์ และการคลังสาธารณสุข จากประสบการณ์ของผู้เขียน

คำถามการวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

๑. การบรรลุเป้าหมายของระบบประกันสุขภาพ

๑.๑ การเข้าถึงบริการ

ระบบประกันสามารถลดปัญหาการเข้าถึงและใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่ายได้หรือไม่ ในหัวข้อนี้หมายรวมถึงผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มาจากอุปสรรคด้านอื่นๆ ด้วย เช่นอุปสรรคด้านระยะทาง สถานที่ตั้งของสถานพยาบาลและการเลือกสถานพยาบาลที่ลงทะเบียน และอุปสรรคด้านกฎระเบียบฯ บุคคลต่างดาว ฯลฯ เป็นต้น

๑.๒ ลดความเสี่ยงด้านภาระค่าใช้จ่าย ระบบประกันสามารถจัดหาทรัพยากร และใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรมแล้วหรือไม่ ในข้อนี้หมายรวมถึง

๑.๒.๑ การจัดหาทรัพยากร และความเหมาะสมของงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ อัตราเงินจ่ายพอเพียงหรือไม่

• ความเป็นไปได้ และขนาดของการจัดเก็บเงินสมทบจากประชาชน ตามมาตรา ๓๙ วงเล็บ ๔ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ รูปแบบใดมีความเป็นไปได้ เช่น เงินสมทบคงที่อัตราเดียว หรือเงินสมทบหลายอัตรา ความถี่ของการจัดเก็บ ใครเป็นผู้จัดเก็บ นอกจากเงินสมทบแล้ว การจ่ายเมื่อรับ

บริการ ซึ่งขณะนี้อยู่ที่ ๓๐ บาทนั้น จะมีการปรับเปลี่ยนอย่างไร หรือการร่วมจ่ายในบริการบางชนิดเป็นต้น

• แม้ว่าประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพแล้ว แต่อาจจะไม่ได้ใช้ประโยชน์ตามระบบที่กำหนด ดังนั้น ค่าใช้จ่ายของประชาชน มีโครงสร้างแบบแผนอย่างไร เป็นการจ่ายสำหรับบริการพื้นฐานในชุดสิทธิประโยชน์, บริการเสริมพิเศษ, และค่าธรรมเนียม เมื่อดูว่ารายจ่ายสุขภาพโดยครัวเรือน เป็นร้อยละเท่าไรของรายได้ จำแนกตามชั้นช่วงของรายได้ เช่น ร้อยละ ๒๐ ที่จนที่สุด และร้อยละ ๒๐ ที่รวยที่สุด เป็นต้น (income quintile)

• เมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ครัวเรือนไทยยังมีรายจ่ายเพื่อสุขภาพที่แพงมาก* ทำให้ครัวเรือนเหล่านั้นต้องสิ้นเนื้อประดาตัว (catastrophic illnesses) หรือเป็นหนี้สินหรือไม่** เหตุการณ์นี้เกิดมากน้อยเพียงไร ในกลุ่มรายได้ (income quintile) ไตบ้าง

• เพื่อป้องกันมิให้มี catastrophic illnesses จะมีนโยบายและมาตรการอย่างไร เช่น ถ้าไม่มีกำลังความสามารถและงบประมาณที่จะขยายการคุ้มครองบริการราคาแพงมากๆได้ครบถ้วน อาจจะต้องพิจารณาลดการคุ้มครองชุดสิทธิประโยชน์กรณีบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งมีราคาไม่สูงมาก และอยู่ในศักยภาพที่ประชาชนทั่วไปสามารถจ่ายได้ โดยเฉพาะในกลุ่ม income quintile ที่ ๓, ๔ และ ๕ โดยที่คนจนใน income quintile ที่ ๑ และ ๒ ไม่ต้องจ่ายเงินที่ประหยัดได้นำมาอุดหนุนบริการ catastrophic illnesses ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนว่าเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ (cost effective interventions) เป็นต้น

* ไม่จำเป็นต้องแพงมากๆ เสมอไป แต่มากเมื่อเทียบกับรายได้ของครัวเรือนนั้นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับการผ่าตัดธรรมดา อาจจะเป็นภาระอย่างมากกับครัวเรือนยากจน การรักษาโรคมะเร็ง อาจจะเป็นภาระอย่างมากแม้แต่ครัวเรือนที่มีฐานะดี

** รายจ่ายนี้ อาจจะถูกหักจากสัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพต่อรายได้ หรือต่อรายได้เมื่อหักลดรายจ่ายเพื่ออาหารซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสูงสุดของมนุษย์

• ขณะนี้ การจ่ายร่วมเป็นการจ่ายแบบสัญลักษณ์ (nominal pay) ไม่สะท้อนต้นทุนของบริการแต่อย่างใด แต่เป็นเหตุผลทางการเมือง ในอนาคต การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนการจ่ายร่วมให้มากขึ้น เช่น สำหรับบริการบางประเภท เพื่อลดแรงจูงใจในการใช้บริการที่ไม่เหมาะสม และให้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ใช้ในบริการที่มีประสิทธิผลสูงกว่า

• คัดการณ์รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ทั้ง ๓ ระบบคือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการงบประมาณมากน้อยเพียงไร จำเป็นต้องหาแหล่งงบประมาณเพิ่มหรือไม่ และจากแหล่งใด

• การใช้บริการสุขภาพของครัวเรือนไทย จำแนกตาม income quintile ต่างๆ และการกระจายภาระภาษีของครัวเรือนไทย มีความเป็นธรรมเพียงไร จะมีกลไกอย่างไรให้เป็นธรรมมากขึ้น เช่น การขยายบริการและเพิ่มเงินอุดหนุนแก่บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่คนจนส่วนใหญ่ใช้บริการมาก การลดการอุดหนุนบริการตติยภูมิ และ super-tertiary care เนื่องจากคนจนสามารถเข้าถึงและใช้บริการน้อยกว่าคนรวย เป็นต้น การศึกษาอุบัติการณ์ของผลประโยชน์ (benefit incidence) มีความสำคัญมากในการปรับเปลี่ยนนโยบายประกันสุขภาพให้บรรลุวัตถุประสงค์ความเสมอภาค

๑.๒.๒ การกระจายความเสี่ยง และขนาดของกองทุน ขนาดของประชากรในหนึ่ง Contractor Unit for Primary Care (CUP) หรือ fund holder (หมายถึง จังหวัด หรือเขต กรณีผู้ป่วยใน) ควรจะมีขนาดน้อยที่สุดเป็นเท่าไร ที่มีการเฉลี่ยความเสี่ยงมาก (risk pooling) และเกิดความเสี่ยงด้านการค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

• การเลือกสถานพยาบาลโดยประชาชนเอง (individual preferred choice) ควรมีแนวทางอย่างไรที่จะป้องกันมิให้สถานพยาบาลปฏิเสธผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโอกาสใช้บริการสูง

(selection bias) หรือในทางตรงกันข้าม การที่ผู้ที่มีความเสี่ยงในการใช้บริการสูงเหล่านี้ จะเลือกแต่สถานพยาบาลใดหนึ่งเท่านั้น

• ขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๙, ๑๐ และ ๑๑ เกี่ยวกับผู้มีสิทธิตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจ, องค์กรปกครองท้องถิ่น ควรเป็นอย่างไร

๑.๒.๓ การใช้จ่ายทรัพยากร หมายรวมถึงการจัดสรรทรัพยากรให้จังหวัดและการซื้อบริการ

• แรงจูงใจและอิทธิพลของวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง inclusive และ exclusive capitation ต่อแบบแผนการให้บริการ ต่ออัตราการให้บริการของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า*

• การกระจายทรัพยากร ทั้งงบประมาณ คน และสินทรัพย์ โดยแบ่งการพิจารณาเป็นหลายระดับ เช่น ปฐมภูมิ, การรักษาในโรงพยาบาล (hospital care) ตติยภูมิ และ excellence center เป็นต้น จะมีมาตรการแรงจูงใจอย่างไร เพื่อนำไปสู่การกระจายที่มีประสิทธิภาพและเสมอภาค รวมถึงการพิจารณาการประหยัดของขนาด (economy of scale)

• Technology advancement and use มีความกังวลมากกว่า เมื่อมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว จะไม่มิงบประมาณเพียงพอเพื่อการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น มีความจำเป็นต้องประเมินว่า การใช้เครื่องมือและการตรวจพิเศษต่างๆ เพิ่มขึ้นหรือลดลง อย่างไรหรือไม่ เปรียบเทียบกับก่อนมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคาดการณ์ไปในอนาคต

• Health care bypass ซึ่งผู้ประกันตนลดขั้นตอนของระบบสุขภาพ ใช้สถานบริการที่ต้นทุนสูง

* มีความเป็นไปได้สูงที่ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จะมีรูปแบบการจ่ายเงินแก่ CUP รูปแบบเดียวคือ exclusive capitation

กว่าความจำเป็น จะแก้ไขอย่างไร ปัจจัยที่กำหนดการข้ามขั้นตอนเหล่านั้นเป็นอย่างไร และแก้ไขได้อย่างไร

- การรักษาที่มีราคาแพงที่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ จะมีมาตรการใด ควรมีการศึกษา cost effectiveness และการจัดการให้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มีประสิทธิภาพสูงสุดอย่างไร

๒. การดำเนินโครงการ และการจัดบริการ

- การจัดการการซื้อบริการที่ระดับเขต หรือจังหวัด ควรมีการจัดการเป็นแบบใด purchaser/provider split แบบของไทยควรมีหน้าตาเป็นอย่างไร เงินค่าจัดบริการ กับค่าพัฒนาระบบแยกกันอย่างไร และการจัดการ บริการ non-UC ควรเป็นอย่างไร บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นอย่างไร

- ระบบ Primary Care Unit - PCU ซึ่งได้ทำกันมาจนถึงปัจจุบัน ได้ผลมากขึ้นเพียงใด สามารถลดต้นทุนของโรงพยาบาล และเป็นที่ยอมรับของประชาชนหรือไม่ ศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และสาเหตุของปัญหา

- การเปลี่ยนแปลงของทัศนคติของทั้งผู้ป่วย และผู้ให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข ก่อนและหลังมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปรับเปลี่ยนให้ทัศนคติดีขึ้น ควรดำเนินการอย่างไรด้าน information education and communication

- อัตราการใช้บริการตามกลุ่มรายได้ของประชากร กระจายอย่างเป็นธรรมหรือไม่ โดยพิจารณาในหลายระดับสถานพยาบาล เช่น ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของ benefit incidence analysis

- การปรับตัวและประสิทธิภาพของสถานพยาบาลเป็นอย่างไร รวมทั้งพิจารณาทัศนคติของผู้บริหารโรงพยาบาลว่ายุทธศาสตร์มุ่งเน้นไปในทาง ลดต้นทุน หรือเพิ่มรายรับ รวมทั้งการประเมินศักยภาพของโรงพยาบาลในการจัดการด้านการเงินการคลัง

- ต้นทุนต่อหน่วยของการจัดบริการ ในสถาน

พยาบาลระดับต่างๆ เปลี่ยนไปหรือไม่ มีประสิทธิภาพมากขึ้นหรือไม่

- ระบบการบริหารเวชภัณฑ์เป็นอย่างไร มีประสิทธิภาพ และคุณภาพเปลี่ยนแปลงอย่างไร

- Main contractors มีบทเรียนเกี่ยวกับการซื้อบริการ (outsourcing services) และการผลิตบริการเอง (in house services) อย่างไร ทางเลือกใดมีประสิทธิภาพสูงกว่า

๓. การประเมินกลไกการจ่ายเงิน

มีกลไกหลัก ๒ กลไก ได้แก่ fee for service สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ capitation สำหรับประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระหว่าง ๓ ระบบหลัก

- ประเมินแรงจูงใจของของแพทย์ ต่อคุณภาพบริการ

- ประเมินแรงจูงใจของแพทย์ต่อการสั่งใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การตรวจวินิจฉัยพิเศษ การสั่งใช้ยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ฯลฯ

- ประเมินแรงจูงใจของสถานพยาบาล ต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ ใน ๓ ระบบดังกล่าว

๔. ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

- การเปิดให้เลือกสถานพยาบาลเอง มีผลต่อพฤติกรรมการไปใช้บริการ และการใช้สิทธิ์อย่างไร เปรียบเทียบก่อนและหลังการมีนโยบายดังกล่าว อัตราการใช้บริการเปลี่ยนแปลงในทิศทางใด

- ค่านิยมและความคาดหวังของผู้รับบริการ เปลี่ยนไปหรือไม่ เกิดจากกลไกใดของรัฐไปมีอิทธิพลหรือไม่

- พฤติกรรมการข้ามขั้นตอน มีวิวัฒนาการไปอย่างไร ถ้าข้ามขั้นตอนต้องจ่ายเงินเอง กับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลที่ตนต้องไปใช้ตามระบบ (perceived quality of care)

๕. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

- ผลกระทบต่อสถานพยาบาลภาคเอกชนขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ถือ

บัตรประกันสุขภาพ ถ้าระบบมีการปรับตัวในด้านบวก กล่าวคือ คุณภาพบริการดีขึ้น สถานพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้บริการตามระบบจะเพิ่มขึ้น การข้ามชั้นตอนลดลง ระบบสุขภาพจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น รายจ่ายของครัวเรือนไทยเพื่อสุขภาพจะลดลง ภาครัฐจะมีส่วนแบ่งในการคลังสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น บริการภาคเอกชนจะพิจารณาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพมากขึ้น ถ้าระบบปรับตัวในทางลบ คุณภาพตกต่ำ ประชาชนไม่ไว้วางใจในการบริการตามระบบที่กำหนด การข้ามชั้นตอนมากขึ้น ประชาชนยินดีจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการที่ไม่ได้อยู่ในระบบมากขึ้น รายจ่ายครัวเรือนไม่ได้ลดลง ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพไม่ดีขึ้น การใช้บริการไม่สมเหตุสมผล บริการภาคเอกชนเติบโต ขาดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร การปฏิรูปครั้งนี้ล้มเหลว

- ผลกระทบต่อระบบยา อุตสาหกรรม และธุรกิจยา การเหมาจ่าย ส่งสัญญาณให้สถานพยาบาลที่รับสัญญา จะต้องใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ จะใช้วิจารณ์ญาณและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์มากขึ้น (rational use of health care resource) การลดต้นทุน การผลิต การสั่งซื้อเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพสูง ราคาต่ำ การร่วมกันต่อรองราคาในระดับจังหวัด ตามมาตรการ "สุขภาพดี ด้วยต้นทุนต่ำ" นั้น จะทำให้ธุรกิจและอุตสาหกรรมยา มีอัตรากำไรลดลง มีข้อกล่าวหาว่า สถานการณ์เช่นนี้ไม่เอื้ออำนวยให้อุตสาหกรรมยาในประเทศ ลงทุนเพื่อทำวิจัยและพัฒนา (research and development) ไม่สามารถสร้างศักยภาพในการแข่งขันได้ การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบต่างๆ ในบริบทนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

๖. การสนับสนุนและแรงต้าน

- ผลกระทบจาก พรบ.หลักประกันสุขภาพ และปฏิกริยาของฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง

- บริบททางการเมือง (political context) ของการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ไข พรบ. หลักประกันสุขภาพเป็นอย่างไร บทบาท จุดยืน และอำนาจ ของผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียต่างๆ เป็นอย่างไร

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ขณะนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้เปิด research program ด้านการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการประชุมระดมสมอง เพื่อกำหนดโจทย์การวิจัย จากหุ้นส่วนการวิจัยหลากหลายกลุ่ม เอกสารฉบับนี้น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการสานต่อความคิดสำหรับหุ้นส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขอาจจะทำหน้าที่เป็นแกนกลาง รวบรวมองค์ความรู้ (clearing house) สนับสนุนให้มีการวิจัย ทั้งในระดับบริหารเพื่อกำหนดนโยบาย ในระดับปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา และการประเมินผลนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่ให้ทุนอุดหนุน โครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว. และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่อุดหนุนการจัดตั้งและดำเนินการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

๑. Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, Auamkul N. Universal coverage and its impact on reproductive health service in Thailand. Rep Health Matters 2002; 10:59-69.
๒. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, บศ ศิริพัฒนานนท์, ญัตติ ประทองสาย. บทประมาณในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๓๘๑-๕๐.
๓. ญัตติ ประทองสาย, วลัยพร พัทธณมณ, กัญญา คิชฌามิ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๕๕๕-๖๑๓.
๔. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อเสนอแนะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.

๕. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ ประสพการณ์จาก ๑๐ ประเทศ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๖. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิษั เกษมทรัพย์, สุวรรณ มูเก็ม. ผู้มีรายได้น้อย กับการเข้าถึงบริการทดแทนไต: วิเคราะห์ และข้อเสนอเชิงนโยบาย วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ๒๐๐๐; ๖:๗๒-๘๐.
๗. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ชศ ศิริพัฒนานนท์, วิษั เกษมทรัพย์, สุวรรณ มูเก็ม. การวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้า. แพทยสมาคม ๒๕๔๔; ๓๐:๒๔๕-๒๖.
๘. กัญญา คิชยาธิคม, วลัยพร พัทธนกุล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. วิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลแบบมาตรฐาน และแบบลด. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๓๕๕-๖๗.
๙. วลัยพร พัทธนกุล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ภาระงานของบุคลากรและประสิทธิภาพการใช้เตียงโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ปี ๒๕๔๓. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๔๐๐-๑๐.
๑๐. ภูมิต ประทองสาย, วลัยพร พัทธนกุล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. สถานพยาบาลต้องปรับตัวอย่างไรภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า-กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๔๑๑-๒๒.
๑๑. วลัยพร พัทธนกุล, ภูมิต ประทองสาย, กัญญา คิชยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราหมาจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ ๒๕๔๖. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๕๘๒-๕๘.
๑๒. ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า จุดอ่อนของที่มา ๑๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๑๒๑-๖.
๑๓. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูมิต ประทองสาย, วลัยพร พัทธนกุล, กัญญา คิชยาธิคม. ตอบข้อสังเกตจุดอ่อนของที่มา ๑๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี. ของนพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิวและคณะ. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๑๕๕-๖๖.
๑๔. ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว. ปรึกษา ๓๐ บาทรักษาทุกโรคกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใกล้กันมากขึ้น หรือ ยิ่งห่างกันคนละทาง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๑๕. Tangcharoensathien V, Pitayarangsarit S, Vasavid C. Universal health care coverage and medium term financing implications. Paper presented at the annual technical seminar on "Medium Term Public Finance and Sustainable Development"; 2002 Sept 27; Prince Palace Hotel, Bangkok: National Economic and Social Development Board; 2002.
๑๖. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Lessons from the introduction of universal access to subsidized health care in Thailand. London: Office of Health Economics; 2002.
๑๗. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. ๓๐ บาทรักษาทุกโรค โชคหรือเคราะห์ของใคร หลากหลายมุมมอง จากผู้ให้ ผ่านผู้รับ สู่ผู้ประเมิน ถึงผู้อ่าน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๑๘. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญญา ณ ระนอง. จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าวิาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ ๓๐ บาท. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.

Abstract **Health Insurance Systems in Thailand: Major Research Questions**

Viroj Tangcharoensathien, Siriwan Pitayarangsarit

International Health Policy Program - Thailand

Journal of Health Science 2003; 12:159-68.

Universal health care coverage was implemented at a nationwide scale since Fiscal Year 2002. As this is a national scheme, there is a need to generate evidence for policy amendment in order to achieve the goals of the scheme effectively. This article proposes and discusses six areas of major research questions need attention by researchers and concerned stakeholders. This includes (1) ability of the scheme to achieve its goals, (2) scheme management and health service delivery systems, (3) payment mechanism and responses by health care providers, (4) impact on population, (5) impact on health systems as a whole, (6) political dimension-both proponents and opponents of the scheme. Development of an effective research - policy interface mechanism is as important as capacity to answer these questions.

Key words: health insurance system, major research questions.

ผลดี ผลเสีย การฝากครรภ์พิเศษ ในโรงพยาบาลของรัฐ

ยศ ตีระวัฒนานนท์*

ฐิติมา สุนทรสัจ**

สัณญา ศรีรัตน*

ปรีศนี ทิพโสถิตย*

วัชรวิ วัชรไพบูลย์*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

**ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากการทำเวชปฏิบัติของสูติแพทย์ฝากครรภ์พิเศษทั้งในมุมมองของผู้ใช้และแพทย์ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพและความเชื่อมั่นต่อบริการของหญิงที่ไม่ฝากครรภ์พิเศษ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้มาคลอดจำนวน ๑,๐๓๖ ราย ทั้งฝากและไม่ฝากครรภ์พิเศษ ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึง มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๕ และสูติแพทย์จำนวน ๑๐ รายจากโรงพยาบาลของรัฐ ๑ แห่งทั่วประเทศ ทำการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุสำคัญของการฝากครรภ์พิเศษ คือต้องการความมั่นใจในความปลอดภัยและคุณภาพของบริการคลอดบุตร และความสะอาดสบาย และจากตัวอย่างที่สำรวจมีสัดส่วนของการฝากพิเศษหนึ่งในสาม (ร้อยละ ๓๓) ในกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจครรภ์ด้วยเครื่องคลื่นเสียง (ultrasound) มากกว่า (๓.๑ ครั้ง) กลุ่มไม่ฝากครรภ์พิเศษ (๒.๕ ครั้ง) นอกจากนี้ อัตราการผ่าตัดคลอด (cesarean section rate) สูงกว่า (๕๑.๖%) กลุ่มไม่ฝากครรภ์พิเศษ (๑๕.๖%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้สูติแพทย์จะได้รับผลตอบแทนทางการเงินจากการฝากครรภ์พิเศษ แต่ต้องสนองต่อความคาดหวังและการเรียกร้องที่สูงกว่าทั่วไป จึงสร้างแรงกดดันต่อสูติแพทย์ไม่น้อย ในปัจจุบันยังขาดการควบคุมดูแลจากผู้เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันผลกระทบจากการทำเวชปฏิบัติในลักษณะนี้ สูติแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะให้ผู้บริหารโรงพยาบาลราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและแพทย์สภาเข้ามามีบทบาทในการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ฝากและไม่ฝากพิเศษ

คำสำคัญ: การฝากครรภ์, การคลอดบุตร, ฝากครรภ์พิเศษ, การผ่าตัดคลอด, โรงพยาบาลรัฐ

บทนำ

การฝากครรภ์พิเศษ หรือฝากพิเศษเป็นข้อตกลง โดยความสมัครใจระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสูติแพทย์

หรือแพทย์ผู้ทำคลอดในโรงพยาบาลรัฐเพื่อให้ดูแลตนเองเป็นพิเศษทั้งระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดโดยแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนเป็นสินน้ำใจ

เด็กไทยเกิดปีละประมาณ ๔ แสนราย เมื่อเทียบกับแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูติกรแพทย์มีเพียง ๑,๔๐๐ คนทั่วประเทศ การคลอดบุตรปกติของหญิงไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่วนใหญ่จึงอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลในขอบข่ายทั่วประเทศ โดยทั่วไปโรงพยาบาลรัฐบาลมอบให้พยาบาลหรือพยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งผ่านการฝึกอบรมมาแล้วให้บริการฝากครรภ์และคลอดบุตรสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งนี้มีข้อแนะนำให้พบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงต้นของการฝากครรภ์ นอกจากนี้ ในช่วงการคลอดบุตรก็มีระบบที่แพทย์ให้คำปรึกษาและทำคลอดในกรณีที่มีปัญหาและไม่สามารถทำคลอดโดยผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลได้

หญิงไทยซึ่งตั้งครรภ์และคลอดบุตรปีละกว่า ๔ แสนคน กว่าร้อยละ ๙๕ คลอดในโรงพยาบาล^(๑) การสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรโดย ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ^(๒) พบว่า การคลอดบุตรส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ ๔๐ ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งครอบคลุมเกือบทุกอำเภอทั่วประเทศ รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในระดับจังหวัดคิดเป็นร้อยละ ๓๒ มีการคลอดบุตรในโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ ๗ และโรงพยาบาลรัฐบาลอื่นร้อยละ ๒๐ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานบริการของรัฐบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการหลัก

ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และคณะ^(๓) สำรวจการคลอดบุตรในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๒๙ แห่ง ในปี ๒๕๔๐ พบว่าร้อยละ ๕๐ ของการคลอดให้บริการโดยแพทย์ ร้อยละ ๔๖ โดยพยาบาล และอีกร้อยละ ๔ โดยบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังพบว่าการฝากพิเศษเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ เพราะผู้ที่ฝากพิเศษซึ่งมีสัดส่วนมากถึงร้อยละ ๓๗ มีโอกาสถูกผ่าตัดคลอดมากกว่าผู้ที่ไม่ฝาก

พิเศษถึง ๓.๔ เท่า

มีข้อถกเถียงกันว่าการฝากพิเศษอาจส่งผลเสียต่อระบบการให้บริการฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ เช่น อาจทำให้ผู้คลอดที่ไม่ได้ฝากพิเศษเกิดความไม่มั่นใจในคุณภาพของการดูแลที่จะได้รับ และเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลรัฐ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการทำการศึกษาถึงผลกระทบของระบบการฝากพิเศษต่อการบริการสูติกรรมในสถานพยาบาลของรัฐ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์คือ

๑. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสาเหตุของการฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษของหญิงตั้งครรภ์ และความเห็นของสูติแพทย์

๒. เพื่อเปรียบเทียบขั้นตอนการดูแลและการตอบสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากและไม่ฝากพิเศษ

๓. เพื่อทราบผลสืบเนื่องของเวชปฏิบัติในการฝากครรภ์พิเศษต่อคุณภาพของการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด ความเชื่อมั่นต่อระบบการให้บริการของผู้ที่ไม่ได้ฝากพิเศษ และผลสืบเนื่องที่เกิดกับระบบและบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล

ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลครรภ์และคลอดบุตรที่เหมาะสมสำหรับหญิงไทยต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

เนื่องจากวิธีการวิจัยที่ใช้กันอยู่โดยทั่วไปทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ต่างมีจุดเด่นและจุดด้อยในแต่ละด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยในประเด็นที่ยังมีความรู้ในด้านนั้นไม่มาก หรือเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีความละเอียดอ่อนต่อผู้เกี่ยวข้อง การวิจัยเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ไม่ได้คำตอบที่แท้จริง^(๔) การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผู้วิจัยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็นสอง

ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง เป็นการเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามโดยนักวิจัยและการเก็บข้อมูลจากสมุดฝากครรภ์และเวชระเบียนในโรงพยาบาล เพื่อต้องการข้อมูลทั้งข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็น ทศนคติ เช่น ความเห็นต่อความปลอดภัยของการคลอดบุตรหรือเหตุผลสำคัญของการฝากหรือไม่ฝากพิเศษ และส่วนข้อมูลข้อเท็จจริง เช่น จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ การตรวจวินิจฉัย ข้อมูลการคลอด ค่าใช้จ่ายต่างๆ

ส่วนที่สอง เป็นการเก็บข้อมูลจากสูติแพทย์ ด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในสถานที่ที่โรงพยาบาล มีการบันทึกข้อมูลในเครื่องบันทึกเทปและทำการถอดบทสัมภาษณ์ภายหลัง ทั้งนี้การสัมภาษณ์แบบพูดคุยทั่วไปมิได้มีข้อคำถามเตรียมไว้ในเบื้องต้น แต่มีวัตถุประสงค์โดยรวมเพื่อทราบความคิดเห็นในมุมมองของสูติแพทย์ต่อการฝากครรภ์แบบพิเศษ รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่เกิดขึ้นกับสูติแพทย์และคนไข้ทั้งที่ฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษ ผู้วิจัยมีความประสงค์สัมภาษณ์ความเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอื่น ต่อการฝากพิเศษ แต่ผู้บริหารของโรงพยาบาลเหล่านั้น ไม่สะดวกใจและไม่อนุญาตให้สัมภาษณ์ เนื่องจากเกรงว่าจะเกิดผลกระทบในกลุ่มวิชาชีพเวชกรรมได้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้สัมภาษณ์ตามที่ตั้งใจ

การคัดเลือกตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของสูติแพทย์และประชาชน การขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลในการทำวิจัยจึงมิใช่เรื่องง่าย โรงพยาบาลตัวอย่างทั้งหมดผู้บริหารและหัวหน้าภาควิชา/แผนก/กลุ่มงานสูติฯ ต้องอนุญาตให้ทำการวิจัยได้ การเลือกตัวอย่างจึงทำแบบเจาะจงซึ่งได้โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน ๒ แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลแม่และเด็ก ๑ แห่ง และโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ๓ แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน ๗ แห่ง กระจายตามภูมิภาคดังนี้ ภาคเหนือจำนวน ๓ แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จำนวน ๑ แห่ง ภาคใต้จำนวน ๒ แห่ง และภาคกลางจำนวน ๑ แห่ง มีโรงพยาบาล ๑ แห่งปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษา การวิเคราะห์ผลการวิจัยจะไม่ได้แยกวิเคราะห์ตามลักษณะโรงพยาบาลหรือตามภูมิภาค เพราะขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่เพียงพอ

ตัวอย่างกลุ่มแรก เลือกหญิงที่มาคลอดบุตร (หญิงที่แท้งบุตรถูกตัดออกจากงานวิจัย) ในโรงพยาบาลรัฐบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึงมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์หญิงคลอดบุตรทุกรายที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านจนครบขนาดตัวอย่าง ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวที่โรงพยาบาลจัดให้ โดยไม่ได้ให้คำตอบแทนในการให้สัมภาษณ์ ตัวอย่างทุกรายรับทราบรายละเอียดเรื่องการวิจัยตามแบบขออนุญาตเก็บข้อมูลและเต็มใจให้ข้อมูล ตัวอย่างที่เก็บได้ในการศึกษาคครั้งนี้มีทั้งสิ้นจำนวน ๑,๐๓๖ ราย ทั้งฝากและไม่ฝากพิเศษ

ตัวอย่างกลุ่มที่สองทำการสัมภาษณ์แบบเจาะจงสูติแพทย์จำนวน ๑๐ ราย ทำการสัมภาษณ์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ โดยสูติแพทย์ ๕ ราย ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๕ ราย ปฏิบัติงานในโรงเรียนแพทย์ ทั้งหมดมีประสบการณ์ทำเวชปฏิบัติมากกว่า ๕ ปี และเคยมีประสบการณ์รับฝากพิเศษ ในจำนวนนี้มี ๓ รายที่ปัจจุบันเลิกทำเวชปฏิบัติดังกล่าว ๗ รายยังรับฝากพิเศษ ในจำนวนนี้มี ๒ รายที่ระบุชัดเจนว่าตนเองมีคนไข้ฝากพิเศษมาคลอดเป็นจำนวนมากกว่า ๑๐๐ รายต่อเดือน

ผลการศึกษา

๑. เหตุผลการฝากพิเศษในทัศนะของแพทย์และหญิงคลอดบุตร

สูติแพทย์ทั้งหมดเห็นตรงกันว่าการรับฝากครรภ์พิเศษในโรงพยาบาลรัฐบาลที่ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นสิ่งปรกติเพราะมีการปฏิบัติกันมาเป็นเวลานานและเชื่อว่างองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการให้บริการสุขภาพก็ทราบดี แม้จะไม่มี

กล่าวถึงอย่างเป็นทางการรวมทั้งไม่มีการออกกฎหรือระเบียบเพื่อควบคุม ทั้งนี้ในความรู้สึกส่วนตัวของแพทย์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดถือว่าเป็นสิทธิของสูติแพทย์ที่จะทำเวชปฏิบัติดังกล่าวได้ สำหรับเหตุผลที่สูติแพทย์รับฝากพิเศษที่สำคัญมีสองประการ คือ

๑. สูติแพทย์เชื่อว่าการฝากพิเศษมีประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความปลอดภัย จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่สามารถจ่ายได้และต้องการความมั่นใจเรื่องความปลอดภัยมากขึ้น

อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากความปลอดภัย สูติแพทย์ส่วนหนึ่งก็ยอมรับเช่นกันว่าคุณภาพของบริการด้านอื่นๆ ที่จัดให้ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษและไม่ได้ฝากพิเศษมีความแตกต่างกัน เช่น เรื่องของความใกล้ชิด ความผูกพัน ความเป็นกันเอง การตอบสนองความต้องการ หรือความรู้สึกรับผิดชอบที่มีมากกว่า

“คนไข้จะมั่นใจว่า จะได้รับการดูแลเป็นพิเศษก็เหมือนดาบ ๒ คมเหมือนกันว่าต้องดูแลพิเศษแต่ถ้าไม่เป็นไปตามนั้น จะเป็นผลเสียกับตัวแพทย์มากกว่า เพราะเขาตั้งความหวังว่าถ้าฝากพิเศษแล้วต้องได้ทุกอย่าง ทั้งความปลอดภัย ความสะดวกสบาย บางคนเรียกร้องมาก แต่บางคนก็ไม่เรียกร้องอะไรเลย แต่ถ้าลูกเขาออกมาไม่ดีหรือมีปัญหา คนไข้จะโวยว่าฝากพิเศษแล้วทำไมถึงเป็นแบบนี้”

“เหนื่อย บางคนก็เรียกร้องเยอะมาก ก็ขึ้นอยู่กับแพทย์ บางคนก็บริการให้เขาได้มากทุกอย่าง แต่บางคนก็ไม่มาก สำหรับตัวเราไม่มากนักนั่นให้ตามความเหมาะสมตามหลักของเรา”

“เหมือนเป็นความรับผิดชอบของเรา ถ้าเขาฝากพิเศษ เราต้องทำให้ดีที่สุดและเขาคงต้องการพิเศษที่มาฝากกับเรา มันเหมือนความรับผิดชอบแต่จะบอกที่ไม่ฝากพิเศษไม่รับผิดชอบก็ไม่ใช่ มันจะเป็นอีกความรู้สึกหนึ่ง”

“คงต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ตามความเข้าใจของตัวเอง แต่บางคนตั้งใจอยู่แล้วจะผ่าคลอด

คนไข้บางคนไม่มั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลเป็นพิเศษในโรงพยาบาลรัฐบาล เลยตัดสินใจฝาก”

๒. รายได้ของสูติแพทย์จากการฝากพิเศษมีสัดส่วนเป็นจำนวนไม่น้อยเมื่อเทียบกับรายได้ประจำที่ได้รับจากระบบราชการ ผลตอบแทนที่ได้รับจากการฝากพิเศษนี้ถือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญอันหนึ่งที่ทำให้สูติแพทย์รับฝากพิเศษ และเรื่องรายได้ที่มีจำนวนไม่น้อยนี้แพทย์ในสาขาวิชาอื่นและแพทย์ที่จบใหม่ๆ ต่างก็รับทราบเช่นกัน สูติแพทย์บางท่านถึงกับเชื่อว่ามีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อจบไปเป็นสูติแพทย์ต่อไป

สูติแพทย์ที่รับฝากพิเศษ “การฝากพิเศษก็มีทั้งข้อดีกับคนไข้และแพทย์ รายได้โดยรวมต่อเดือนก็มาจากการรับฝากพิเศษประมาณครึ่งหนึ่ง”

สูติแพทย์อีกท่านที่รับฝากพิเศษจำนวนประมาณ ๑๐๐ รายต่อเดือน “ค่าตอบแทนที่ได้รับมากกว่าเงินเดือนหลายเท่า ไม่ควรบอกว่าเท่าไร แต่มีผลต่อการวางแผนชีวิต”

สูติแพทย์ที่ปัจจุบันเลิกรับฝากพิเศษ “เงินเป็นเรื่องสำคัญเพราะเวลาที่เขาพูดกันจะพูดแต่เรื่องรายได้ต่างๆ หลายคนที่มาเรียนด้านสูติเพราะหวังจะมาทำคลอดเพราะรู้ว่าเงินดี”

หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าการฝากพิเศษเป็นบริการที่ทำให้ตนเองมีความปลอดภัยมากขึ้นเช่นกัน จากการ

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบความเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้จากการฝากพิเศษ

	กลุ่มฝากพิเศษ (ร้อยละ)	กลุ่มไม่ฝากพิเศษ (ร้อยละ)
ทำให้ปลอดภัยกว่า	๘๕	๔๓
ไม่น่าจะแตกต่างกัน	๓	๗
อันตรายมากกว่า	๐	๒
ไม่คุ้มกับค่าใช้จ่าย	๐	๕
ไม่ขอให้ความเห็น	๘	๔๒

สอบถามเห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ที่ฝากพิเศษเชื่อว่าตนเอง จะได้รับบริการที่มีความปลอดภัยมากขึ้น เมื่อเทียบกับการเป็นคนไข้ในระบบบริการปกติ (ตารางที่ ๑) มีเพียงร้อยละ ๓ เท่านั้นที่คิดว่าการเป็นคนไข้ฝากพิเศษ ไม่ได้ทำให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

ขณะเดียวกันความเห็นของกลุ่มที่ไม่ได้ฝากพิเศษ พบว่าร้อยละ ๑๔ เท่านั้นที่เห็นว่าการเป็นคนไข้ฝากพิเศษไม่มีประโยชน์ ไม่คุ้มค่า หรืออาจส่งผลเสีย ขณะที่ร้อยละ ๔๓ เชื่อเช่นกันว่าการฝากพิเศษทำให้มีความปลอดภัยกว่า อย่างไรก็ตามมีจำนวนถึงร้อยละ ๔๒ ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ปฏิเสธที่จะให้ข้อคิดเห็น

จากการสอบถามหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษถึง เหตุผลสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจฝากพิเศษ พบว่าส่วนใหญ่ ต้องการความมั่นใจว่าการคลอดของตนเองจะปลอดภัย เหตุผลสำคัญรองลงมาคือความสะดวกสบายที่ได้รับโดยเฉพาะในเรื่องของการที่สามารถไปรับบริการที่ คลินิกนอกเวลาราชการ รวมถึงความรวดเร็วในการรับ บริการ มีร้อยละ ๑ ต้องการฝากพิเศษเพราะต้องการ

ผ่าตัดคลอด (ตารางที่ ๒)

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากพิเศษ (ตารางที่ ๓) พบว่าร้อยละ ๔๐ เห็นว่าไม่มีความจำเป็นหรือบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันระหว่างฝากกับไม่ฝาก รองลงมา ร้อยละ ๓๕ ไม่สะดวกในเรื่องของค่าใช้จ่ายสำหรับการ ฝากพิเศษ และร้อยละ ๒๓ ไม่รู้จักการฝากพิเศษมาก่อน อย่างไรก็ตามพบว่ามีร้อยละ ๒ ของผู้ที่ไม่ฝากพิเศษเคย ฝากพิเศษมาก่อนและไม่ประทับใจบริการที่เคยได้รับจึง ตัดสินใจไม่ฝากพิเศษในท้องนี้

จากข้อมูลในส่วนนี้อาจสรุปได้ว่าการฝากพิเศษ สำหรับสูติแพทย์และหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษต่างเป็น ผู้ได้รับประโยชน์ด้วยกันทั้งสองฝ่าย โดยมีเหตุผลสำคัญ ที่ทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกันคือการให้บริการที่ปลอดภัย และสะดวกสบาย ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากพิเศษ เพราะเห็นว่าไม่จำเป็นและไม่สะดวกเรื่องการเงินมี จำนวนใกล้เคียงกัน

๒. สถานการณ์การฝากพิเศษ

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากหญิงคลอดบุตรจำนวน

ตารางที่ ๒ เหตุผลสำคัญของการฝากพิเศษ

เหตุผลของการฝากพิเศษ	ร้อยละ
เพราะรู้สึกว่าการฝากพิเศษจะทำให้คลอดอย่างปลอดภัยกว่า/คิดว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีความเสี่ยงสูง	๖๓
จำเป็นต้องดูแลโดยแพทย์	
สะดวกสบาย โดยเฉพาะบริการฝากครรภ์ที่คลินิก	๓๕
ต้องการผ่าตัดคลอด	๑
ประสบการณ์ครั้งที่แล้วไม่ประทับใจการคลอดในระบบปกติ	๑

ตารางที่ ๓ เหตุผลสำคัญที่ไม่ฝากพิเศษ

เหตุผลของการไม่ฝากพิเศษ	ร้อยละ
ไม่สะดวกเรื่องการเงิน	๓๕
รู้สึกว่าไม่จำเป็น/รู้สึกว่าบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันระหว่างฝากกับไม่ฝาก	๔๐
ไม่ประทับใจบริการฝากพิเศษครั้งที่แล้ว	๒
ไม่รู้จักหรือเพิ่งรู้ว่าการฝากพิเศษ	๒๓

๑,๐๓๖ ราย พบว่ามีสัดส่วนของผู้ฝากพิเศษคิดเป็นร้อยละ ๓๓ ของหญิงคลอดบุตรทั้งหมด เมื่อทำการเปรียบเทียบลักษณะด้านต่างๆ ของผู้ที่ฝากพิเศษและผู้ที่ไม่ฝากพิเศษ พบว่า อายุ รายได้ และหลักประกันสุขภาพของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ ๔

จากตารางที่ ๔ พบว่ากลุ่มที่ฝากพิเศษมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากพิเศษ ๒.๗ ปี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนก็สูงกว่า ๒ เท่าตัว สำหรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลประเภทข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนการฝากพิเศษสูงที่สุดคือฝากพิเศษร้อยละ ๖๔ ไม่ฝากเพียงร้อยละ ๓๒ รองลงมาได้แก่ประกันสังคมฝากพิเศษร้อยละ ๓๒ กลุ่มจ่ายค่ารักษายาพยาบาลเองและผู้มีบัตรทองและบัตรสุขภาพ ฝากพิเศษคิดเป็นร้อยละ ๒๕ และ ๒๔ ตามลำดับ

ในส่วนของผู้ให้บริการ เนื่องจากจำนวนของสูติแพทย์ถูกจำกัดด้วยความสามารถของการฝึกอบรมในแต่ละปี ซึ่งมีจำนวนประมาณ ๔๐-๔๕ คนต่อปี ทำให้ปัจจุบันมีสูติแพทย์ประมาณ ๑,๔๐๐ คนทั่วประเทศ ประกอบกับความต้องการฝากพิเศษที่มีจำนวนมากถึง ๑

ใน ๓ ของจำนวนผู้มาคลอดในโรงพยาบาลที่สำรวจ ทำให้สูติแพทย์บางท่านรับดูแลคนไข้ฝากพิเศษจำนวนมากกว่าร้อยละยี่สิบต่อเดือน อย่างไรก็ตามขณะที่สูติแพทย์บางท่านก็อาจจำกัดการรับคนไข้ฝากพิเศษของตนเองให้มีจำนวนที่จะสามารถบริหารเวลาได้ หรือบางแห่งก็พบว่ามีสัดส่วนของผู้ฝากพิเศษไม่มาก ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าจำนวนคนไข้ฝากพิเศษของสูติแพทย์แต่ละรายมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ด้วยองค์ประกอบหลายประการ

“สูงสุดของสูติแพทย์ที่นี่ รับฝากพิเศษเดือนละประมาณ ๑๕๐ ราย บางครั้งผ่าตัดคลอดวันละ ๖-๗ ราย”

“ที่นี่คนไข้ฝากพิเศษไม่มากประมาณ ๔-๕ ราย หรือบางคนอาจถึง ๑๐ รายต่อเดือน”

“ที่นี่มีแพทย์ไม่รับฝากพิเศษสองคน รายหนึ่งเพิ่งจบมาอีกท่านทางบ้านฐานะดีและไปทำงานด้านวิชาการ”

“คนไข้พิเศษของตัวเองมีประมาณ ๔-๕ คนต่อเดือน แต่มีบางคนที่มีระดับตัวเลข ๑๐๐ รายต่อเดือนขึ้นไป ที่เหลือก็จะไม่มากเท่านี้ มีหลายคนก็ไม่รับ”

“บางรายเราก็ปฏิเสธที่จะรับฝากพิเศษเพราะว่าเขามีความเสี่ยงสูงมาก โอกาสที่จะมีปัญหาเยอะ เราจะไม่รับ”

ตารางที่ ๔ ลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มฝากและไม่ฝากพิเศษ

	ฝากพิเศษ (ร้อยละ)	ไม่ฝากพิเศษ (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
จำนวนตัวอย่าง	๓๔๓ (๓๓)	๖๕๓ (๖๗)	๑,๐๓๖ (๑๐๐)
อายุเฉลี่ย (ปี)	๒๕.๓	๒๖.๖	
รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน*)	๑๖,๐๐๐	๗,๕๐๐	
สวัสดิการด้านรักษายาพยาบาล			
- จ่ายเงินเอง	๘๑ (๒๕)	๒๔๐ (๓๕)	๓๒๑ (๑๐๐)
- สวัสดิการข้าราชการ	๑๐๗ (๖๘)	๕๐ (๓๒)	๑๕๗ (๑๐๐)
- ประกันสังคม	๘๒ (๓๒)	๑๗๕ (๖๘)	๒๕๗ (๑๐๐)
- ประกันสุขภาพเอกชน	๒	๑	๓
- บัตรทอง (๓๐ บาท) และบัตรสุขภาพ	๗๑ (๒๔)	๒๒๗ (๓๖)	๒๙๘ (๑๐๐)

*ใช้ median เพราะมีข้อมูลที่เป็ outlier จำนวนหนึ่ง

๓. เปรียบเทียบลักษณะบริการสำหรับผู้ฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษ

จากการสอบถามสูติแพทย์พบว่า การฝากพิเศษมีจุดเด่นที่แพทย์ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ดี จึงสามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสม สำหรับตัวสูติแพทย์เองนอกเหนือจากค่าตอบแทนที่ได้รับยังได้ความศรัทธา ความมั่นใจในการทำเวชปฏิบัติด้วย

“คนไข้ได้ประโยชน์เพราะดูแลโดยแพทย์คนเดียว จะเข้าใจผู้ป่วยดีกว่า ถ้าดูตามระบบจะแล้วแต่เวรแพทย์จะเปลี่ยนกันมาดูแล ถ้าเป็นแพทย์คนเดียวมาดูแลจะรู้ตลอดไม่ต้องมาเริ่มใหม่”

“คนไข้บอกว่าดีเพราะได้พบหมอคนเดียว ฝากครรภ์กับหมอคนเดียวตลอด รู้สึกผูกพันมากกว่ากับการที่จะต้องเปลี่ยนหมอใหม่ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์และวันมาคลอดไม่รู้ว่าจะพบหมอคนไหนที่จะมาทำคลอดให้ แต่การฝากพิเศษคือได้พบหมอคนเดียว ค่อนข้าง มีปัญหาอะไรถามได้ และมั่นใจในตัวหมอเวลาที่มาคลอด”

“สำหรับแพทย์หากรับฝากพิเศษจะได้รับความศรัทธา มีชื่อเสียง มีความมั่นใจมากขึ้น เรื่องที่จะทำอะไรกับคนไข้ไม่ได้คิดมากแล้วแต่คนไข้จะให้”

“ตอนที่อาจารย์ไปทำคลอดนักเรียนแพทย์ก็ได้เรียน”

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่เก็บได้จากการสอบถามและวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ฝากพิเศษและกลุ่มที่ไม่ได้ฝากพิเศษในตารางที่ ๕ พบว่าจำนวนครั้งของการดูแลครรภ์ก่อนคลอดของกลุ่มฝากพิเศษมากกว่าอย่างชัดเจน แต่ก็พบว่าหากเปรียบเทียบกับอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ก็จะพบว่าความห่างของการนัดตรวจครรภ์ไม่น่าจะแตกต่างกัน แต่ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนได้แก่ สัดส่วนของการได้พบสูติแพทย์ในการมาตรวจครรภ์ พบว่า ในกลุ่มฝากพิเศษเกือบร้อยละ ๑๐๐ ได้พบแพทย์หรือสูติแพทย์ กลุ่มไม่ฝากพิเศษได้พบแพทย์ร้อยละ ๔๐ ของการมาฝากครรภ์

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกเหนือ

จากการคัดกรอง HIV, VDRL เบาหวาน ซึ่งทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจอย่างเหมาะสมไม่มีความแตกต่างกัน พบว่าการตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรือ ultrasound ในกลุ่มที่ฝากพิเศษ สูติแพทย์ได้ตัดสินใจส่งตรวจ ultrasound ให้มากกว่าคือเฉลี่ยรายละ ๒.๔ ครั้ง ขณะที่กลุ่มไม่ฝากพิเศษสูติแพทย์ส่งตรวจรายละ ๑.๖ ครั้ง แต่สำหรับการตรวจ ultrasound ในกรณีที่คนไข้ร้องขอทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการแปลผลในส่วนนี้ต้องพึงระวังเพราะอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มที่ฝากพิเศษอาจเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า จึงควรได้รับการตรวจด้วย ultrasound มากกว่าก็ได้

เรื่องการทราบเพศของทารกซึ่งอาจมองได้ว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่มีผลต่อคุณภาพการดูแลการฝากครรภ์และการคลอดบุตร แต่ในที่นี้ได้ถูกยกเป็นตัวชี้วัดในเรื่องของการตอบสนองของแพทย์ต่อความต้องการต่อผู้ป่วย (patient responsiveness) ซึ่งพบว่ากลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษมีความคาดหวังสูงกว่าคือ มีสัดส่วนของความต้องการทราบเพศทารกก่อนคลอดมากกว่าคิดเป็นร้อยละ ๖๐ ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากพิเศษต้องการทราบเพศทารกก่อนคลอดเพียงร้อยละ ๔๐ เท่านั้น และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษได้รับการตอบสนองที่ดี คือ มีสัดส่วนของผู้ที่ได้ทราบเพศทารกร้อยละ ๖๔ เทียบกับกลุ่มไม่ฝากพิเศษที่ทราบเพศทารกก่อนคลอดร้อยละ ๒๗ (ตารางที่ ๕)

๔. ข้อเสียของการฝากพิเศษ

ต่อแพทย์และผู้ฝากพิเศษ

ข้อเสียของการฝากพิเศษที่ชัดเจนคงเป็นที่ตัวสูติแพทย์ที่ต้องพยายามให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้มาฝากครรภ์พิเศษ บางรายต้องรับมือกับการเรียกร้องที่มาก ซึ่งความกดดันนี้มีผลต่อการตัดสินใจของสูติแพทย์ ที่เห็นได้ชัดเจนคือ การผ่าตัดคลอดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มที่ฝากพิเศษมีอัตรา การผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ ๕๗.๖ ขณะที่กลุ่มไม่ฝากพิเศษมีอัตราผ่าตัดคลอดที่ร้อยละ ๑๙.๖

สัดส่วนการผ่าตัดคลอดที่แตกต่างกันมากเช่นนี้ไม่

ตารางที่ ๕ เปรียบเทียบแบบแผนเวชปฏิบัติของสูติแพทย์สำหรับกลุ่มผ่าและไม่ผ่าพิเศษ

	หน่วย	ผ่าพิเศษ	ไม่ผ่าพิเศษ
อายุครรภ์ที่เริ่มผ่าครรภ์	สัปดาห์	๓๐.๖	๓๗.๔
จำนวนครั้งของการผ่าครรภ์ก่อนคลอด	ครั้ง/ราย	๕.๕	๘.๖
จำนวนครั้งของการผ่าครรภ์ที่ได้พบแพทย์	ครั้ง/ราย	๕.๕	๗.๐
จำนวนครั้งของการตรวจ ultrasound ที่หญิงคลอดบุตร ขอให้แพทย์ตรวจให้	ครั้ง/ราย	๑.๓	๑.๓
จำนวนครั้งของการตรวจ ultrasound ที่แพทย์ตรวจให้โดยที่หญิง คลอดบุตรไม่ได้ร้องขอ	ครั้ง/ราย	๒.๔	๑.๖
ต้องการทราบเพศทารก	ร้อยละ	๖๐	๔๐
ได้ทราบเพศทารกก่อนคลอด	ร้อยละ	๖๘	๒๗

สามารถอธิบายได้จากความแตกต่างเนื่องจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น และเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (primary cesarean section) เท่านั้น พบว่ากลุ่มผ่าพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ร้อยละ ๔๔.๒ ขณะที่กลุ่มไม่ผ่าพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ร้อยละ ๑๕.๒ อัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ ๑๕.๒ นี้ใกล้เคียงกับอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าในประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศพัฒนา เชื่อชาติใดก็ตาม อัตราการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสมควรอยู่ที่ร้อยละ ๑๕

นอกจากนี้ระบบการผ่าพิเศษ ยังเป็นการผ่ากับแพทย์รายเดียว ทำให้เกิดปัญหาในกรณีที่ผู้หญิงผ่าพิเศษมาแล้วตามสูติแพทย์ผู้รับผ่าไม่ได้ ทำให้แพทย์อื่นไม่กล้าให้บริการ ด้วยเกรงจะก้าวก่ายกัน นอกจากนี้ การดูแลหญิงคลอดบุตรเพียงคนเดียวทำให้ขาดความเห็นที่สอง (second opinion) ไม่มีแพทย์อื่นช่วยดู อาจทำให้การตัดสินใจบางอย่างผิดพลาดได้

“ข้อเสียสำหรับคนไข้เหมือนกันโดยเฉพาะถ้าแพทย์ที่รับผ่ายังไม่มาหรือไม่อยู่ แพทย์ท่านอื่นอาจไม่กล้าทำคลอดให้ ซึ่งแก้ไขได้ด้วยการก็ต้องฝากแพทย์คนอื่นดู เช่น ในกรณีไปต่างประเทศ”

“การผ่าตัดจะค่อนข้างสูง เพราะคนไข้มีความคาดหวังสูง กดดันสูติแพทย์ บางรายคาดว่าจะมีปัญหา เช่น การตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูง ท้องใหญ่มากคาดว่าทารกน้ำหนักมาก ก็อาจต้องรีบตัดสินใจผ่าทั้งที่อาจคลอดเองได้”

การผ่าพิเศษทำให้สูติแพทย์ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง จะต้องให้บริการผู้ป่วยตลอดเวลา “สำหรับสูติแพทย์ต้องเหนื่อยมากกว่าปกติและงานประจำก็เยอะ ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง”

นอกจากนี้ ความคาดหวังและความต้องการของผู้ผ่าพิเศษ เป็นแรงกดดันที่สำคัญพอสมควร “บางรายคนไข้เรียกร้องแปลกๆ เช่น ตอนผ่าตัดคลอดขอให้เอาไขมันหน้าท้องออกไปด้วย หรือขอผ่าตัดติ่งนีสอง เพราะดูดวงมาว่าฤกษ์ดี ซึ่งต้องอธิบายว่าทำไม่ได้”

ต่อผู้ที่ไม่ได้ผ่าพิเศษ

เป็นข้อโต้แย้งมานานพอสมควรในกลุ่มสูติแพทย์ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการผ่าพิเศษว่า การผ่าพิเศษจะส่งผลเสียต่อผู้ที่ไม่ผ่าพิเศษหรือไม่ อย่างไรก็ตามในการสัมภาษณ์สูติแพทย์ก็มีเหตุผลสนับสนุนที่รับฟังได้ทั้งสองด้าน

“คิดว่าไม่ เพราะเป็นคนไข้เหมือนกันทั้งสามัญและพิเศษ ในความคิดของเราตรงจุดนี้ไม่มีการเลือก

ปฏิบัติ (discriminate) เท่าไร”

“คิดว่าไม่ เพราะมีมาตรฐานการดูแลที่เหมือนกัน ส่วนใหญ่การฝากครรภ์ไม่ค่อยมีอะไรที่ต่างกันหรือมีผลเสียเยอะ”

“มีเหมือนกันคนไข้สามัญร้องเรียนว่าดูแลไม่เท่ากันระหว่างคนไข้ที่ฝากกับไม่ฝากพิเศษ”

“นับวันจะมีแนวโน้มฝากพิเศษมากขึ้น เพราะเป็นการสร้างวัฒนธรรม ถ้าไม่ฝากพิเศษจะได้รับการดูแลจากนักเรียนแพทย์ แต่ถ้าฝากแล้วอาจารย์จะเป็นคนดูแลเอง การตัดสินใจจะรวดเร็วกว่า และจะบอกตลอดเวลาว่าการฝากพิเศษไม่ใช่การปฏิบัติ ๒ มาตรฐาน (double standard) แต่สำหรับตัวเองแล้วเห็นว่าเป็น double standard เพราะว่าถ้ามาตามปกติตามอาจารย์มาได้เลยหรือไม่ อาจารย์จะไม่ลงมา จะให้แพทย์เวร แพทย์ใช้ทุนลงมา แต่ถ้าฝากพิเศษ ถ้ารู้ล่วงหน้าว่าจะมาเพราะได้โทรมาบอกก่อนแล้ว”

๕. ผลกระทบกับระบบหรือส่วนอื่นของโรงพยาบาล

มีหลักฐานปรากฏในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความขัดแย้งระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลในเรื่องของการใช้ทรัพยากร ตั้งแต่ระดับผู้บริหารซึ่งบางแห่งมีผู้ฝากพิเศษใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรี เช่น บัตร ๓๐ บาทหรือบัตรสุขภาพ เป็นจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มนี้เมื่อมีอัตราการผ่าตัดสูงทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูงขึ้นด้วย เพราะผู้ใช้บริการไม่ต้องจ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาล แต่สามารถจ่ายค่าฝากพิเศษกับสูติแพทย์ได้ แต่เห็นได้ว่าบางแห่งที่มีผู้ฝากพิเศษใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งเบิกค่าผ่าตัดได้หมด หรือผู้มีสิทธิประกันสังคมและผู้ที่ไม่ได้ใช้สิทธิซึ่งทั้งสองกลุ่มต้องจ่ายค่าผ่าตัดเองทั้งหมดก็จะไม่พบข้อขัดแย้งกับผู้บริหาร

สำหรับห้องผ่าตัดก็เป็นปัญหาสำคัญในทุกโรงพยาบาลที่ศึกษาเพราะมักมีจำนวนจำกัดและต้องใช้ร่วมกับแพทย์สาขาอื่นๆ และต้องการเจ้าหน้าที่

จำนวนมากในการทำผ่าตัด ทำให้เกิดข้อขัดแย้งอยู่บ่อยๆ

สูติแพทย์ที่ทำหน้าที่บริหาร “คนไข้กลุ่มนี้ (ฝากพิเศษ) จะผ่าตัดคลอดสูง ซึ่งระยะหลังคนไข้ฝากพิเศษจะมีสิทธิบัตรต่างๆ มากขึ้นซึ่งจะไม่เสียค่าใช้จ่าย ทางโรงพยาบาลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้สูงขึ้น (ถ้าคลอดปกติจะไม่มีค่าใช้จ่ายมากเท่าการผ่าตัดทำคลอด)”

สูติแพทย์ “จะเป็นเรื่องการแย่งห้องผ่าตัดกัน คือห้องผ่าตัดของเราจะไม่มีเฉพาะของสูติฯ ที่รุนแรงที่สุดคือมาดู chart ว่าเราผ่าตัดมีข้อบ่งชี้จริงหรือไม่ เหมือนกับว่าเค้ามายับยั้งเราว่า emergency cesarean จริงหรือไม่ รอได้หรือเปล่า ที่นี้เลยแก้ปัญหาด้วยการขยาย (จำนวน) ห้องผ่าตัด”

สูติแพทย์ “ปัญหาการใช้ห้องผ่าตัด แผนกอื่นก็ต้องมารอใช้ห้องผ่าตัดต่อจากเรา เพราะทีมผู้ช่วย (ผ่าตัด) มีน้อย ต้องรอผ่าตัดคลอดเสร็จก่อน เป็นการใช้ทรัพยากรมากไป และแพทย์ที่ผ่าตัดคลอดมากๆ ก็ไม่มีเวลาดูคนไข้ปกติ”

สูติแพทย์ “แพทย์ประจำบ้านที่อบรมอยู่ไม่มีการดูแล เวลาพูดถึงจริยธรรมก็แปลจากหนังสืออังกฤษ ผมก็ไม่ค่อยเห็นด้วยที่จะเอามาพูดกัน (เรื่องฝากพิเศษ) ในที่เรียน ส่วนเรื่องการฝากพิเศษที่จะผ่าคลอดนั้นก็บอกว่ามีข้อบ่งชี้จึงผ่าได้ แต่ก็อย่างที่เห็น”

๖. ความต้องการใช้บริการในอนาคต

เมื่อสอบถามตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยคำถามสมมุติว่า หากต้องคลอดบุตรอีกครั้งในอนาคต มีความต้องการกลับมาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งนี้หรือไม่ และต้องการฝากพิเศษหรือไม่ ทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ ๔๐ ต้องการกลับมาคลอดอีก ขณะที่ร้อยละ ๓ และร้อยละ ๖ ของคนไข้ฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษไม่ต้องการกลับมาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งนี้ (ตารางที่ ๖)

สำหรับความต้องการฝากพิเศษพบว่าร้อยละ ๔๐ ของผู้ที่ฝากพิเศษยังต้องการฝากพิเศษอีก ขณะที่ร้อยละ ๖๗ ของผู้ที่ไม่ได้ฝากพิเศษต้องการคลอดโดยไม่ฝากพิเศษ มีร้อยละ ๑๗ ของผู้ที่ไม่ฝากพิเศษต้องการเปลี่ยนมา

ตารางที่ ๖ ร้อยละของความต้องการมาคลอดที่โรงพยาบาล
แห่งเดิม และความต้องการฝากพิเศษในการ
ตั้งครรภ์ครั้งหน้า

	ฝากพิเศษ ร้อยละ	ไม่ฝากพิเศษ ร้อยละ
ต้องการมาคลอดที่รพ.เดิม		
• ต้องการ	๘๓	๘๑
• ไม่ต้องการ	๓	๖
• ไม่แน่ใจ	๑๔	๑๓
รวม	๑๐๐	๑๐๐
ต้องการฝากพิเศษ		
• ต้องการ	๕๑	๑๗
• ไม่ต้องการ	๔	๖๗
• ไม่แน่ใจ	๕	๑๖
รวม	๑๐๐	๑๐๐

ฝากพิเศษในครั้งหน้า

๗. สถานการณ์อนาคตและการควบคุม

อนาคตการฝากพิเศษจะเป็นอย่างไร ใน
สถานการณ์ที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ใน
ประเทศ ควรจะมีการควบคุมอย่างเป็นระบบหรือไม่
เป็นคำถามสำคัญที่สุติแพทย์ให้ความเห็นแตกต่างกัน
อย่างไรก็ตามสุติแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการรับฝาก
พิเศษบางครั้งอาจทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อบริการ
และภาพลักษณ์ของแพทย์และสุติแพทย์ได้ เช่น การ
รับฝากพิเศษจำนวนมากผิดปรกติของแพทย์บางท่าน
หรือการรับฝากพิเศษที่มีข้อกำหนดล่วงหน้ากับหญิง
ตั้งครรภ์ว่าต้องผ่าคลอดเท่านั้น (มีฉะนั้นจะไม่รับ
ฝาก) หรือเรียกเก็บเงินก่อนการคลอด ซึ่งมีความ
จำเป็นที่หน่วยงาน เช่น แพทยสภา ราชวิทยาลัยสูติ-
นรีแพทย์ หรือองค์กรแพทย์ต้องเข้ามาให้การดูแล
กำหนดขอบเขตของการทำเวชปฏิบัติรับฝากพิเศษที่
เหมาะสม

“ขึ้นกับเศรษฐกิจด้วยว่าเป็นอย่างไร คนที่เคยฝาก
แล้วอาจไม่ฝากหากไม่มีรายได้หรือไม่มีงานทำ”

“ฝากพิเศษในกลุ่มเป้าหมาย คือ ข้าราชการเยอะ
กลุ่มอื่นก็ไม่มีผลเท่าไร ยกเว้นว่าเค้าเปลี่ยนระบบเงิน
กันใหม่ ถ้า ๓๐ บาทจริงๆ ถ้าใช้สิทธิตรงนี้แล้วมาฝาก
เสียเงิน (เป็นค่ารักษาพยาบาลให้โรงพยาบาล) น้อยลง
อาจมาจ่ายให้หมอ (สำหรับการฝากพิเศษ) ได้”

“แนวโน้มจะมากขึ้นเพราะสังคมเริ่มรู้ว่ามี double
standard คงรู้ว่าเอาเงินมาซื้อจะดีกว่า ถ้าไปตามชั้น
ตอนก็แล้วแต่เวรแต่กรรม”

“คนที่เคยทำมากๆ ก็ลดลงแล้ว แต่ก็จะมีรุ่นใหม่
ขึ้นไปต่อ”

“ควรจะคุมบ้าง แต่การที่เขาทำเยอะๆ ก็เหมือน
เป็นการควบคุมไปในตัวอยู่แล้วเพราะจะเหนื่อยล้า
หรือถ้าทำพลาดรายหนึ่ง อาจจะมีผลทั้งต่อคนไข้ เพื่อน
ร่วมงาน และตัวเขาเอง เขาก็จะคิด และจะลดลงเอง
โดยอัตโนมัติ”

“เราสามารถที่จะเลือกเองได้ที่จะมีคนไข้ฝาก
พิเศษมากหรือน้อย ถ้าไม่ยากที่จะมีคนไข้ฝากพิเศษ
มากก็จะหลีกเลี่ยงการออกตรวจนอกเวลาราชการหรือ
บอกรพ. เพราะเราไม่ได้เปิดร้านเอง แต่ถ้าคนมี
ร้านแล้วส่วนใหญ่จะเสี่ยงไม่ได้”

“ต้องกำหนดให้อยู่ในระดับที่ดีและมีคุณภาพ
ประมาณ ๑๐ รายต่อเดือน, ๓ วัน มีทำคลอดกลุ่ม
ฝากพิเศษ ๑ ราย ถ้ามากกว่า ๑๐ อาจมีปัญหา”

“ไม่ควรเกิน ๓๐ รายต่อเดือน เฉลี่ยแล้ววันละ ๑
ราย”

“เราต้องมาคิดกันว่าเราอยู่ในฐานะอะไร จะทำ
อย่างไร มันเป็นเรื่องระดับชาติ ไม่ใช่แค่ระดับ
โรงพยาบาล เป็นเรื่องระดับสังคม”

“ในช่วง ๒๐ ปี ที่โรงพยาบาลเปิดมาไม่เคยนำมา
คุยแบบเปิดเผย เพิ่งจะนำมาคุยเมื่อ ๓ เดือนที่แล้ว
เพราะบางอย่างมันล่อแหลมเกินไป ต้องปรับให้ดีขึ้น เช่น
การฝากพิเศษโดยการเรียกเก็บเงินก่อนไม่น่าจะทำ
ต้องมีเวชปฏิบัติที่เหมาะสมอยู่ในกรอบที่รับได้ไม่ถูกบังคับ
คนไข้พอใจ”

“สำหรับกระทรวงสาธารณสุขนำไปทำเรื่องอื่นที่

สร้างสรรค์มากกว่านี้ (อย่ามาวิจัยเรื่องนี้) แพทย์สภาต้องเข้ามาฟังเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไรบ้างสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาลเป็นจุดที่ต้องรับผิดชอบให้มาก ต้องพยายามกระตุ้นเสมอว่าอย่าทำอะไรที่เป็นการเบี่ยงเบนมากนัก เสียเงินไปไม่คุ้มต้องคอยช่วยเหลือกัน ต้องทำเป็นทีม”

“แพทย์สภาต้องทำในเชิงรุก เช่น เรื่องฝากครรภ์กับสูติแพทย์จะมีปัญหาเยอะ ต้องมาทำ มาแก้ไขให้ดีขึ้นเป็นขั้นตอน สูติแพทย์เองก็ต้องรับผิดชอบดูแล”

สรุปและวิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นที่ได้ทำการศึกษาข้อคิดเห็นและข้อเท็จจริงของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายอย่างรอบด้าน ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร สูติแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษ และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากพิเศษ

อย่างไรก็ตามจุดด้อยที่สำคัญของการศึกษาวิจัยนี้ก็คือ การเลือกตัวอย่างเป็นไปอย่างจำเพาะเจาะจง ดังนั้นข้อมูลหลายประการอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนข้อมูลในระดับประเทศได้ เพราะโรงพยาบาลหรือจังหวัดที่อนุญาตให้ทำการศึกษามีลักษณะพิเศษต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มการฝากพิเศษหรือการทำเวชปฏิบัติที่เบี่ยงเบนมาก อาจไม่ต้องการเป็นตัวอย่างในการวิจัย

อัตราการฝากพิเศษร้อยละ ๓๓ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถใช้อ้างอิงเป็นอัตราการฝากพิเศษของทั้งประเทศได้ เนื่องจากตัวอย่างโรงพยาบาลมิได้เป็นการเลือกแบบสุ่มและจำนวนข้อมูลที่เก็บค่อนข้างน้อย

ในหลายรายงานจากต่างประเทศที่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า มีความแตกต่างของการบริการทางสูติกรรมเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษ เช่น Roberts และคณะ^(๖) ศึกษาในออสเตรเลีย พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำที่ฝากพิเศษในโรงพยาบาลเอกชนจะมีการทำคลอดโดยใช้เข็ม เครื่องดูดสุญญากาศ และตัดแผลฝีเย็บ สูงที่สุด รองลงไปคือกลุ่มที่ฝากพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐและกลุ่มที่ไม่ฝาก

พิเศษในโรงพยาบาลของรัฐตามลำดับ Murray และคณะ^(๗) จากซิติ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยฝากพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ ๕๗-๕๙ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลโดยพยาบาลผดุงครรภ์และแพทย์เวรในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำกว่ามาก นอกจากนี้อัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ยังสูงถึงร้อยละ ๓๐-๖๔ ในกลุ่มที่ฝากพิเศษ เปรียบเทียบกับร้อยละ ๑๒-๑๔ ในกลุ่มที่ไม่ได้ฝากพิเศษ Wright และคณะ^(๘) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ฝากพิเศษมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลในช่วงคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฝากพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาที่ยกมาอ้างมีความสอดคล้องกับผลบางประการของการศึกษานี้ แม้จะแตกต่างกันในระเบียบวิธีวิจัยและการคัดเลือกกลุ่มประชากร

อย่างไรก็ตามผลของการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการฝากครรภ์พิเศษในโรงพยาบาลของรัฐมีความนิยมอย่างมาก หญิงตั้งครรภ์ที่เลือกเป็นตัวอย่างไม่ศึกษาถึงหนึ่งในสามเป็นผู้ฝากพิเศษ โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ ความต้องการความมั่นใจว่าจะได้รับความปลอดภัยมากกว่าการฝากครรภ์และคลอดในระบบปกติ สถานการณ์ดังกล่าวทั้งสูติแพทย์และหญิงตั้งครรภ์ได้รับความพึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย (win-win situation) อย่างไรก็ตามผลของการวิจัยก็แสดงให้เห็นบางส่วนว่าระบบการฝากพิเศษทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐต่อผู้ที่ไม่ฝากพิเศษ และยังส่งผลต่อการบริหารทรัพยากรของภาครัฐ เช่น อาจมีการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียง (ultrasound) ที่เกินจำเป็น

นอกจากนี้การฝากพิเศษอาจทำให้สูติแพทย์มีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปรกติน้อยลง ซึ่งอาจส่งผลให้ความไว้วางใจในระบบบริการปรกติลดลงด้วย ทำให้การฝากพิเศษอาจจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต ดังนั้นแม้กระทั่งสูติแพทย์เองส่วนใหญ่ก็มีความเห็นว่าควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในหลาย

ระดับตั้งแต่ในกลุ่มสูติแพทย์ โรงพยาบาล และระดับชาติ เข้ามาดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการทำ เวชปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นจากการฝากพิเศษ

สำหรับทีมนักวิจัยคิดว่าผู้เกี่ยวข้องควรจะต้องตอบ คำถามสามประการที่สำคัญ ได้แก่ หนึ่งควรให้การฝาก พิเศษมีอยู่ต่อไปหรือไม่ในโรงพยาบาลของรัฐ? หากยังมีระบบฝากพิเศษอยู่ต่อไป จะมีมาตรการอย่างไรในการ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ที่ไม่ฝากพิเศษ? และประการ สุดท้ายจะอย่างไรเพื่อควบคุมผลกระทบด้านลบจาก การฝากพิเศษ? โดยใคร?

คำถามแรกควรให้มีการฝากพิเศษมีอยู่ต่อไปหรือไม่? หากเลือกตอบในมุมมองของสาธารณสุขย่อมต้องตอบ ว่าไม่ควร เพราะเป็นที่ชัดเจนว่าทำให้เกิดความไม่ ยุติธรรมสำหรับการใช้ทรัพยากรร่วมกันในสังคม และ เกิดผลเสียหลายประการต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ แม้กระทั่งผู้ฝากพิเศษเองก็ตาม เพราะเป็นที่ชัดเจน มีเอกสารอ้างอิงมากมายว่าการผ่าตัดคลอดโดยไม่มี ข้อบ่งชี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารก^(๔-๖) แต่หากต้องตอบตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงก็พบว่า เป็นเรื่องยากหรือแทบเป็นไปไม่ได้ที่จะควบคุมการ ฝากพิเศษเพราะการฝากพิเศษเป็นความสมัครใจของ ผู้คลอดเอง และเป็นความยินยอมของทั้งสองฝ่าย การควบคุมโดยตรงจึงแทบเป็นไปไม่ได้ จึงคิดว่าระบบ การฝากพิเศษจะยังคงมีอยู่ต่อไป มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การใช้มาตรการทางอ้อมของผู้ที่เกี่ยวข้อง

คำถามประเด็นที่สองจะมีมาตรการอย่างไรในการ สร้างความมั่นใจหรือควบคุมมาตรฐานการรักษาให้ เหมือนกันกับผู้ไม่ฝากพิเศษ? เพราะจากข้อมูลเห็นได้ อย่างชัดเจนว่าในกลุ่มผู้ไม่ฝากพิเศษร้อยละ ๔๓ ก็เชื่อ ว่าการฝากพิเศษจะทำให้ได้รับบริการที่ปลอดภัยกว่า ระบบปกติ แสดงให้เห็นถึงการขาดความมั่นใจบริการ ระบบปกติ ดังนั้นถึงวันนี้ นักวิจัยเชื่อว่าจำเป็นอย่างยิ่ง ที่อย่างน้อยหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ แพทยสภา รวมถึงสถาบันรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล ต้องเข้าดูแล ไม่เพียงแต่กำหนด

แนวทางการรักษาพยาบาล (clinical practice guide- line) ที่มีมาตรฐานเท่านั้น แต่ต้องไม่ทำให้เกิดความ เหลื่อมล้ำในทางปฏิบัติระหว่างผู้ฝากพิเศษและผู้ไม่ฝาก พิเศษในโรงพยาบาลเดียวกัน ซึ่งส่งผลต่อความไม่มั่นใจ ในระบบบริการปรกติด้วย

ประการสุดท้ายควรทำอย่างไรเพื่อควบคุม ผลกระทบด้านลบจากการฝากพิเศษ และโดยใคร ผู้วิจัยเห็นว่ามาตรการแรกๆ ที่ควรให้ความสำคัญได้แก่ การผ่าตัดคลอดที่เกินความจำเป็นในกลุ่มฝากพิเศษ เพราะส่งผลเสียต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก นอกเหนือ จากการใช้ทรัพยากรโดยไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ที่ทำหน้าที่ ดังกล่าวก็ต้องไม่ใช่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งแต่ต้อง ประกอบด้วยหลายหน่วยงานและต้องทำงานเสริม มาตรการของกันและกัน เช่น โรงพยาบาลควรทำการ เก็บข้อมูลเพื่อติดตาม กำกับอัตราการผ่าตัดคลอดของ กลุ่มฝากพิเศษ หน่วยงานบางแห่งต้องให้ความรู้แก่ หญิงตั้งครรภ์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมต่อการ ผ่าตัดคลอด (แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ ๑ เท่านั้นที่เลือกฝาก พิเศษเพราะต้องการผ่าตัดคลอด) แพทยสภาและ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยต้องเพิ่ม มาตรการกำกับสูติแพทย์ ให้เห็นถึงความเอาใจจริงเอาใจ และต่อเนื่องขององค์การวิชาชีพต่อประเด็นนี้ อาจมีการ ทำการศึกษาเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์อย่างชัดเจนว่า สูติแพทย์หนึ่งท่านควรให้บริการรับฝากครรภ์พิเศษ ประมาณกี่รายต่อเดือนเพื่อให้มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพทั้งต่อผู้ฝากพิเศษและภารกิจประจำของ โรงพยาบาล

สุดท้ายโรงเรียนแพทย์ก็ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ สูติแพทย์ที่จะได้รับการอบรมและซึมซับแนวคิด ตัวอย่างแม่แบบ และความตระหนักในค่านิยมของการ ทำเวชปฏิบัติจากสถาบันนั้นๆ เพื่อเป็นสูติแพทย์ที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

(สกว.) สำหรับการสนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว. ระยะที่สองของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการจัดตั้งและดำเนินการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ นักวิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลสติตแพทย์ และผู้มาคลอดในโรงพยาบาลตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

๑. Kanshana S, Thewanda D, Teeraratkul A, Limpakarnjanarat K, Amornwichet P, Kullerk N, et al. Implementing short-course zidovudine to reduce mother-infant HIV transmission in a large pilot program in Thailand. *AIDS* 2000; 14:1617-23.
๒. บศ ศิริพัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศัญญา ศรีรัตนะ, ปรีศนิ ทิพย์โสคติ แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ ๑๒ ปี (พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๔๔) วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖; ๑๒:๑-๑๘.
๓. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of private practice in public hospitals on the cesarean section rate in Thailand. *Human Resources for Development Journal* 2000; 4:2-12.
๔. Bowling A. Research methods in health. 2nd ed., London: Open University Press. 2002.
๕. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; ii:436-7.
๖. Roberts LC, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *BMJ* 2000; 321:137-41.
๗. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000; 321:1501-5.
๘. Wright CH, Gardin TH, Wright CL. Obstetric care in a health maintenance organization and a private fee-for-service practice: a comparative analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149:848-56.
๙. Wagner M. Choosing cesarean section. *Lancet* 2000; 358:1677-80.
๑๐. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354:776.
๑๑. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal re-hospitalisation. *JAMA* 2000; 283:2411-6.

Abstract Pros and Cons of Private Obstetric Practice in Public Hospitals

Yot Teerawattananon*, Thitima Suntharasaj**, Sanya Srirattana*, Pradsanee Tipyasothi*, Wachra Reupiboon*, Viroj Tangcharoensathien*

*International Health Policy Program, Thailand, Ministry of Public Health, **Obstetrics and Gynecology department, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Thailand
Journal of Health Science 2003; 12:496-508.

Using both patient's and physician's point of views, this study aimed to determine the causes and effects of private obstetric practice in public hospitals, on the perception of quality of care and patient's confidence on obstetric care among the non-private cases. In purposive selected seven public hospitals, 1,036 consecutive postpartum women were face to face interviewed by trained interviewers. In addition, ten obstetricians were in-depth interviewed by the researchers. The major reasons of being private patient were to ensure quality and safety of obstetric services and convenience. One third of the sampled patients were private cases. Private cases had higher rate of ultrasonographic examination (3.7 services for private vs. 2.9 services for non-private). In addition, the cesarean section rate of private cases was significantly higher than that of the non-private cases (57.6% vs.19.6%). Even though obstetricians gained financial incentives from private practice, high patients' expectation and demands put a substantial pressure on obstetricians. There is no regulation for private obstetric practice to prevent the potential negative impacts. Most obstetricians agreed that private obstetric practice should be managed explicitly by hospital director, the Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists and Medical Council.

Key words: obstetric care, private obstetric practice, cesarean section, public hospitals

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นไปถึงการศึกษาลักษณะของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ว่าจะเป็นจุดมุ่งหมาย จุดยืน ความต้องการ ความสนใจ องค์ประกอบของกลุ่ม อำนาจหน้าที่ อิทธิพลและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ในการทำความเข้าใจในระบบหรือหน่วยงานต่างๆ การวางแผนพัฒนาองค์กร การวางแผนนโยบาย และกลวิธีที่จะทำให้นโยบายดังกล่าวประสบผลสำเร็จ ความสนใจในการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีการใช้ในสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่น การศึกษาเรื่องการจัดสรรการใช้ทรัพยากร การพิจารณาผลดีผลเสียของโครงการใหญ่ๆ ที่มีผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่อย่างมาก นอกจากนี้การวิเคราะห์ในแนวทางนี้ ยังเป็นวิธีหนึ่งในการนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติตามนโยบาย

บทความฉบับนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขั้นตอนวิธีในการทำ รวมถึงตัวอย่างของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป

คำสำคัญ:

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

บทนำ

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างความเข้าใจของระบบ เพื่อการจัดการปัญหา พัฒนาและปรับปรุงระบบ หรือวางแผนนโยบายเพื่อการปฏิบัติ โดยอาศัยข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในระบบนั้น ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์ ผู้ที่เสียประโยชน์ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ที่มี

ความสนใจ ผู้ที่รับภาระทางการเงิน ฯลฯ โดยมีความเชื่อว่า ถ้าเรารู้จักผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบทุกฝ่าย รู้ลักษณะ หน้าที่ จุดประสงค์และผลงานของแต่ละหน่วย เข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานอย่างถูกต้อง สามารถอธิบายปัญหา สาเหตุของปัญหารวมถึงแนวทางในการจัดการปัญหาหรือแนวทางในการดำเนินนโยบายได้ถูกต้อง นอกจากนี้การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ส่วนได้ส่วนเสีย ยังสามารถประเมินการตอบสนองของกลุ่มต่าง ๆ ต่อโครงการหรือนโยบายใหม่^(๑,๒)

ในความเป็นจริงนั้นได้มีการใช้การวิเคราะห์นี้มาเป็นเวลาอันยาวนานแล้ว ไม่ว่าในทางการเมือง การสงคราม สังเกตได้ว่า ผู้นำที่เข้มแข็งในสมัยก่อนเห็นความสำคัญของเสนาธิการที่มีความรู้ความสามารถเพื่อมาทำหน้าที่เพื่อการ "รู้เขารู้เรา รบร้อยครั้งชนะร้อยครั้ง"

นอกจากนี้ในขั้นตอนของการศึกษา นักวิจัยมีโอกาสร่วมรู้ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบาย การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการนำผลการศึกษาวิจัยไปสู่นโยบายและการปฏิบัติ (Gripp: getting policy into policy and practice)

บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในหลักการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อดี ข้อเสีย ประโยชน์และข้อระวังของการวิเคราะห์ รวมถึงขั้นตอนในการวิเคราะห์ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถที่จะทำการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้

ใครคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) คือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหรือมีความสัมพันธ์ต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ที่เรากำลังพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นคนที่ได้ประโยชน์ เสียประโยชน์ บุคคลหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงในประเด็นนั้น หรือผู้ที่มีความสนใจ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มดังกล่าวต่อประเด็นที่เราสนใจอาจเกิดจากความใกล้ชิดทางภูมิประเทศ การพึ่งพาทรัพยากรจากแหล่งเดียวกัน งานในหน้าที่ที่ใกล้เคียงกันหรือแข่งขันกัน ยกตัวอย่างในการประเมินโครงการธนาคารเพื่อคนยากจน ผู้ที่ได้ประโยชน์คือ คนยากจนที่ต้องการกู้เงินเพื่อนำมาลงทุนประกอบอาชีพ เจ้าหน้าที่ที่ดูแลคือธนาคารของรัฐและกระทรวงการคลัง ผู้ที่เสียประโยชน์คือ นายทุนนอกกรอบที่เคยปล่อยกู้ให้กับชาวบ้านในอัตราดอกเบี้ยที่สูงมาก นอกจากนี้ผู้ได้ประโยชน์อื่น ๆ อีก เช่น รัฐบาลได้เสียงสนับสนุนจาก

ชาวบ้านในการเลือกตั้งทั่วไป ร้านค้าทั่วไปที่น่าจะขายของได้มากขึ้น เนื่องจากประชาชนที่นำเงินไปลงทุนและประสบความสำเร็จ ก็จะมีเงินมาซื้อสินค้าอุปโภคบริโภคมากขึ้น

จากการที่มีการนำเอาการวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียไปใช้ในหลายวงการ เช่น การค้าและพาณิชย์ การบริหารจัดการ การจัดการทรัพยากรสิ่งแวดล้อม รวมถึงการเมืองและนโยบาย^(๓) ดังนั้น จึงมีความแตกต่างกันบ้างในรายละเอียดของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและความสัมพันธ์ เช่น ในทางการเงิน จะมองผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในลักษณะเจ้าหนี้ ลูกหนี้ ผู้บริโภค ลูกจ้าง เจ้าของธุรกิจ ในการจัดการทรัพยากรสิ่งแวดล้อมหรือการพัฒนาชนบท จะมีการแบ่งในลักษณะของกลุ่มคนในชุมชน กลุ่มองค์กรอิสระ (NGOs) กลุ่มตัวแทนประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรเอกชนอื่น ๆ ส่วนในวงการค้า ก็มองว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญคือ ลูกค้า ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่ติดต่อกับลูกค้า เจ้าของทุน เป็นต้น

หัวใจที่สำคัญของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือการศึกษามุมมองหรือหน่วยงานเหล่านั้นอย่างลึกซึ้งพยายามเข้าถึงความสนใจ พฤติกรรม ความต้องการ ความรู้ จุดประสงค์ของการทำงาน อิทธิพล อำนาจหน้าที่ที่มี จุดยืนต่อประเด็นที่กำลังพิจารณา รวมไปถึงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อนำข้อมูลมาคาดการณ์รูปแบบการตอบสนองหาแนวทางในการเพิ่มการสนับสนุน ลดการต่อต้าน คัดค้าน รวบรวมกลุ่มที่มีความเห็นเหมือนกัน แยกกลุ่มที่มีความเห็นแตกต่างหรือคัดค้าน เพื่อให้โครงการที่เราต้องการประสบความสำเร็จ^(๔)

การจำแนกประเภทผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

จะสามารถแบ่งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้หลายวิธี โดยพิจารณาตามประเด็นที่การศึกษา และลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น

๑. การแบ่งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับการ

บริหารหรือการปรับปรุงองค์กร มีการแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

๑.๑ บุคคลหรือหน่วยงานภายในองค์กร (internal stakeholder) เป็นบุคคลที่ทำงานภายใต้ขอบเขตขององค์กร ได้แก่ ผู้จัดการ ลูกจ้าง

๑.๒ บุคคลหรือหน่วยงานที่เป็นคนกลางระหว่างองค์กร (interface stakeholder) เป็นบุคคลที่มีบทบาททั้งภายในและภายนอกองค์กรเฉพาะในประเด็นที่สนใจ เช่น คณะกรรมการบริหาร

๑.๓ บุคคลหรือหน่วยงานภายนอกองค์กร (external stakeholder) เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับหน่วยงานในประเด็นต่าง ๆ การให้ทุน ให้ข้อมูล การเป็นคู่แข่ง หรือหน่วยงานการศึกษาที่มีความสนใจในเรื่องดังกล่าว

๒. แบ่งตามความใกล้ชิดกับโครงการหรือนโยบาย เช่น

๒.๑ Primary stakeholder เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลักที่เกี่ยวข้องกับระบบโดยตรง ได้ประโยชน์หรือเสียประโยชน์ ต้องเสียสละทุนหรือกำลังในการทำงาน^(๑)

a) Direct primary stakeholder เช่น ชาวบ้านที่ได้ประโยชน์จากโครงการธนาคารคนจน นายทุนเงินกู้ที่เสียประโยชน์จากโครงการดังกล่าว

b) Indirect primary stakeholder เป็นกลุ่มที่ได้ประโยชน์หรือเสียประโยชน์ แต่ไม่ได้ในลักษณะที่ตรงไปตรงมา เช่น รัฐบาลที่น่าจะได้รับความนิยมหรือฐานคะแนนเสียงจากโครงการธนาคารเพื่อคนจน

๒.๒ Secondary stakeholder เป็นหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบในระดับรอง ๆ ลงมาและไม่มากเท่ากับ primary stakeholder เช่น หน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลโครงการ องค์กรเอกชนที่ทำหน้าที่คุ้มครองดูแลคนจน ตัวอย่างในโครงการธนาคารคนจนคือ ธนาคารออมสิน กระทรวงการคลัง

ส่วนคำว่า key stakeholder หมายถึงผู้ที่มี

ความสำคัญหรืออิทธิพลต่อโครงการมาก ถ้าไม่มี key stakeholder โครงการดังกล่าวมีโอกาสที่จะประสบความล้มเหลวอย่างสูง

การแบ่งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นกลุ่มต่าง ๆ มีประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจ และลดความสับสนในการวางแผนการปฏิบัติการ เพราะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละกลุ่มจะมีวิธีการจัดการที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ที่ส่วนได้ส่วนเสียในองค์กร จะแตกต่างจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่อยู่นอกองค์กร อนึ่งการแบ่งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ถ้าเป็นประเด็นหรือกรอบที่มีขนาดใหญ่มาก แต่เราต้องการศึกษาเฉพาะประเด็นที่เราสนใจซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกรอบใหญ่ การแบ่งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียอาจจะไม่เหมือนกัน

ผู้ที่จะทำการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การวิเคราะห์นี้ นักวางแผนโครงการ นักวิเคราะห์ผู้จัดการ องค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเองหรือนักวิจัย สามารถทำได้ โดยมีจุดประสงค์ที่ต่างกัน เช่น ต้องการพัฒนาองค์กร ต้องการเพิ่มกำไร ต้องการแก้ปัญหาให้สังคม ต้องการลดความขัดแย้งระหว่างชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ต้องการนำนโยบายหรือโครงการต่าง ๆ มาปฏิบัติ หรือต้องการหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ ดังปัญหาที่บ้านเมืองเราเผชิญอยู่

ผู้ที่ทำการศึกษาผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นได้ทั้งคนที่อยู่ในระบบ (insider) และนอกระบบ (outsider) โดยจะมีข้อดีและข้อเสียที่ต่างกัน เช่น ถ้าเป็นคนที่อยู่นอกวงการ จะมีข้อดีคือ มีความเป็นกลาง สามารถมองปัญหาจากแง่มุมที่เป็นกลางไม่มีอคติ แต่มีข้อเสียคือ ขาดความคุ้นเคยต่อระบบ ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้วัฒนธรรมขององค์กรและความรู้เฉพาะ ขาดความเข้าใจในระบบพื้นฐาน และต้องใช้เวลาในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ทำการศึกษาและผู้ให้ข้อมูล ส่วนถ้าเป็นคนในก็จะมีข้อดีคือเสียที่ตรงข้ามกัน

ผู้ที่ต้องการทำการวิเคราะห์ควรฝึกฝนทักษะใน

การสนทนา พยายามให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงความ คิดเห็นและจุดยืนที่แท้จริงโดยสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ควรมีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กรในสังคมที่แตกต่างออกไป ผักผ่อนทักษะในการดำเนินการประชุม ระดมสมอง การสร้างความสัมพันธ์และจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คุณสมบัติที่ขาดไม่ได้คือต้องมีความเป็นกลาง ความโปร่งใสในการเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูล และความอดทน

ขั้นตอนในการทำการวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย^(๖)

แม้ว่าคนส่วนใหญ่จะมีแนวความคิดของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่ในใจของตนอยู่บ้างแล้ว บ้าง แต่เนื่องจากระบบและโครงการส่วนใหญ่มีความซับซ้อนทั้งในด้านจำนวนผู้ที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประเด็นต่าง ๆ ดังนั้นการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอนอย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถรวบรวมประเด็นที่สำคัญได้อย่างครบถ้วน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในภายหลัง

ลำดับขั้นตอนที่สำคัญได้แก่

๑. ระบุจุดประสงค์ที่ชัดเจน รวมถึงวิธีการศึกษา และการสร้างความเข้าใจเบื้องต้นต่อระบบที่ต้องการศึกษา
 ๒. ค้นหาผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย
 ๓. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ความสนใจ บทบาทหน้าที่ จุดประสงค์ในการทำงาน และส่วนที่เกี่ยวข้อง
 ๔. นำข้อมูลที่ได้มาศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มต่าง ๆ
 ๕. ประเมินอำนาจ ความสนใจและอิทธิพลของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ
 ๖. การนำเสนอผลการศึกษาและการนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
- อนึ่งขั้นตอนที่ ๓, ๔ และ ๕ มีความสำคัญกัน อย่างใกล้ชิด ผู้ที่ทำการศึกษควรวางแผนให้ชัดเจนว่า ต้องการข้อมูลใดบ้าง ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประเมินอำนาจ ความสนใจ และอิทธิพล เพื่อที่จะเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน และเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ใน ๒ ขั้นตอนหลัง

ขั้นตอนที่ ๑ ระบุวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาและความเข้าใจเบื้องต้นต่อระบบ

ผู้ที่ทำการศึกษต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการทำการวิจัย ต้องมีคำถามหรือปัญหาที่ชัดเจน ต้องรู้รายละเอียดว่าเป็นการศึกษาเพื่อประเด็นใด ขอบเขตของการศึกษา เงื่อนไขของเวลาทำการศึกษา แนวทางการศึกษา สิ่งเหล่านี้จะช่วยในการประมาณขนาดของการศึกษา เวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย งบประมาณ รวมถึงกำลังคนที่ต้องการ นอกจากนี้วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน จะมีส่วนช่วยลดความสับสนในประเด็นที่ศึกษาระหว่างการเก็บข้อมูลหรือการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษบางเรื่องต้องทำภายใต้เงื่อนไขเวลาที่ผู้กำหนดนโยบายวางไว้ ถ้าผลการวิจัยเสร็จสิ้นในช่วงเวลาที่กำหนด ก็จะถูกนำไปใช้ แต่ถ้าเสร็จไม่ทันก็ไม่ได้ใช้ ดังนั้นนักวิจัยต้องเลือกขนาดของงานวิจัยที่เหมาะสมกับเงื่อนไขเวลาที่ถูกกำหนด

วิธีหนึ่งที่ใช้ในการระบุปัญหาและทำความเข้าใจต่อระบบคือการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ (key stakeholder) บางท่าน ซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างสะดวก ได้ข้อมูลที่ค่อนข้างตรงประเด็น แต่ก็มีข้อเสียที่จะได้ประเด็นและข้อมูลเฉพาะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคนนั้นมีความสนใจหรือรับรู้เท่านั้น ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมครอบคลุมทั้งหมด

ขั้นตอนที่ ๒ ค้นหาผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

การค้นหาผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทำได้หลายวิธี เช่น การศึกษาจากเอกสาร การใช้ snow ball technique (ให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ช่วยระบุผู้ที่สามารถให้ข้อมูลรายต่อไปแก่นักวิจัย) การจัดสัมมนากลุ่มและการลงประกาศตามสื่อ แต่ละวิธีจะมีข้อดีข้อเสียต่าง ๆ กัน เช่น การลงประกาศจะได้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเฉพาะผู้ที่

ต้องการมีบทบาท ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญแต่ไม่
อยากแสดงบทบาทในสาธารณะและผู้ที่ไม่ค่อยมี
บทบาทจะไม่ถูกรวมเข้ามาในการศึกษา แต่มีโอกาสที่
จะได้คนจากหลายแหล่งเข้ามาร่วม

คำถามที่ช่วยในการระบุผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้
ครบถ้วน ได้แก่ ใครที่มีหน้าที่รับผิดชอบทั้งทางตรงและ
ทางอ้อม มีความสนใจ มีความรู้ หรืออยู่ในแวดวงใกล้
เคียง หน่วยงานหรือบุคคลใดที่จะได้หรือเสียประโยชน์
ใครเป็นเจ้าของเงินทุน ข้อมูล หรือวัตถุดิบ หน่วยงาน
ใดที่จะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงหรือนโยบายนั้น ๆ

ในระบบที่มีขนาดใหญ่หรือซับซ้อนมาก อาจ
จำแนกแจกแจงให้เป็นระบบย่อย ๆ ตามกระบวนการ
ทำงานหรือแผนก แล้วระบุผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียใน
ระบบย่อยเหล่านั้นก่อน เมื่อได้ครบถ้วนแล้วจึงนำมา
ประกอบกัน โดยต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง
ระบบย่อยต่าง ๆ ด้วย

ปัญหาต่อไปคือ ในกรณีที่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น
หน่วยงานหรือองค์กร ในการสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กร
ผู้ทำการศึกษาดึงต้องแน่ใจว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ต้องเป็น
ตัวแทนองค์กรได้ ความเห็นมีส่วนขับเคลื่อน หรือเป็น
ความเห็น จุดยืนของหน่วยงานนั้น ควรสัมภาษณ์ผู้ที่
เป็นหัวหน้าองค์กร ตัวแทนที่มีหน้าที่โดยตรง หรือ
สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หลาย ๆ คน ตัวอย่างขององค์กรดัง
กล่าวคือ องค์กรที่อยู่ในรูปคณะกรรมการ ซึ่งอาจจะมี
ความเห็นและจุดยืนที่หลากหลาย

ขั้นตอนที่ ๓ ศึกษาลักษณะของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในด้าน
ความสนใจ บทบาทหน้าที่ จุดประสงค์ในการทำงาน และ
ส่วนที่เกี่ยวข้อง

ผู้ทำการศึกษาดึงต้องพยายามหาข้อมูลเพื่อนำมา
ประเมิน ดังนี้ ลักษณะของหน่วยงาน การบริหารงาน
การตัดสินใจ จุดมุ่งหมาย ผลงาน กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
มุมมอง ความเห็นของหัวหน้าองค์กร สิ่งที่เคยคาดว่าจะได้
หรือเสีย ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร

วิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังกล่าวประกอบ
ด้วย การประชุมระดมสมอง การสัมภาษณ์ ที่ใช้
แบบสอบถามทั้งปลายปิดร่วมกับปลายเปิด การส่ง
แบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็น การค้นคว้าเอกสาร
ควรนำข้อมูลจากหลายแหล่งมาเปรียบเทียบกันเพื่อ
ประเมินความถูกต้อง

ประเด็นอื่น ๆ ที่สำคัญคือ การหาจุดมุ่งหมายที่
แฝงเร้น (hidden agenda) ซึ่งเป็นเรื่องยากแต่เป็นสิ่งที่
จำเป็น และการศึกษาบริบทของสังคม วัฒนธรรม
และประวัติศาสตร์ควบคู่ไปด้วย เนื่องจากไม่สามารถ
ประเมินองค์กรหรือสังคมได้โดยไม่ให้ความสนใจกับ
เรื่องดังกล่าว

ขั้นตอนที่ ๔ ศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มี
ส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มต่าง ๆ

ในขั้นตอนนี้ต้องพยายามประเมินลักษณะความ
สัมพันธ์ระหว่างองค์กรว่าเป็นในลักษณะใด เช่น เป็นคู่
แข่ง พันธมิตร คู่ค้า มีการพึ่งพาแหล่งทุน เป็นความ
สัมพันธ์อย่างเป็นทางการหรือไม่ และความสัมพันธ์ลึก
ซึ้งเพียงใด ในระบบราชการอาจมีความสัมพันธ์ในเชิง
การสั่งงาน การควบคุมตามลำดับชั้น ข้อมูลที่ได้จาก
ขั้นตอนนี้ สามารถที่จะนำมาประเมินแนวโน้มการ
สร้างความร่วมมือภายในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือ
ประเมินแนวทางในการจัดการกรณีที่ต้องสลายการ
ร่วมมือของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขั้นตอนที่ ๕ ประเมินอำนาจ ความสนใจและอิทธิพลของผู้ที่
มีส่วนได้ส่วนเสีย

นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนข้างต้นมาศึกษาระดับ
ความสนใจ อำนาจ และผลกระทบจริงที่เกิดขึ้นจากผู้ที่มี
ส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีจุดประสงค์เพื่อประเมินความ
สำคัญของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและหาแนวทางในการ
ปรับปรุงพัฒนา

อำนาจ (power) ขององค์กรคือ ความสามารถที่
จะตัดสินใจให้คุณหรือโทษ อำนาจมาจากลักษณะของ

องค์กร บทบาทหน้าที่ กฎระเบียบที่รองรับ นอกจากนี้ อำนาจ ยังมีความหมายในแง่อื่น ๆ เช่น อำนาจที่เกิดจากกำลังกาย เงิน ความรู้ และข้อมูล นอกจากนี้ยังหมายถึงอำนาจในการรวมกลุ่มเพื่อต่อรอง เช่น การเดินขบวนเพื่อต่อต้านหรือสนับสนุนของกลุ่มประชาชนด้วย

ความสนใจ (interest) ขององค์กรหมายถึง การให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามนโยบายในประเด็นดังกล่าวในระดับต้น ๆ หรือการให้ความสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นเนื่องจากประเด็นดังกล่าวเป็นพันธกิจหลักของหน่วยงาน ความสนใจของนักการเมือง ผู้บริหารชั้นสูง หรือของนักวิชาการ ในการดำเนินโครงการหรือนโยบายในระยะยาว ความสนใจอย่างต่อเนื่องของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากในความยั่งยืนของโครงการ

อิทธิพล (influence) คือความสามารถในการสร้างผลกระทบต่อนโยบายหรือหน่วยงานอื่น เป็นผลรวมระหว่าง "ความสนใจ" และ "อำนาจ" สิ่งสองอย่างนี้มีผลให้หน่วยงานหรือบุคคลมีอิทธิพลต่อระบบอย่างไรก็ดี การมีอำนาจเพียงอย่างเดียว แต่ขาดความสนใจก็จะเป็นเหมือนยักษ์ที่หลับใหล ไม่มีผลกระทบใดต่อระบบ แต่ความสนใจนั้น ถ้าสร้างให้เกิดขึ้น ไม่ว่ากับกลุ่มชนหรือบุคคลก็อาจจะสร้างอิทธิพลที่ปราศจากอำนาจได้

ประเด็นที่ควรใส่ใจเวลาที่ประเมินอำนาจและอิทธิพลของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียคือ การพึ่งพากันระหว่างหน่วยงาน หน่วยงานที่เป็นเจ้าของแหล่งทุนมีแนวโน้มที่จะมีอิทธิพลเหนือกว่าหน่วยงานอื่น ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของหน่วยงาน ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับผู้กำหนดนโยบาย ความสำคัญของปัญหาที่หน่วยงานรับผิดชอบ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่ออำนาจและอิทธิพลได้ระบุไว้ในตารางที่ ๑

การประเมินอำนาจ และอิทธิพลมีความสำคัญมากเพราะเป็นแนวทางที่สำคัญในการวางกลยุทธ์ในการปรับปรุงระบบ หรือโครงการต่าง ๆ ดังที่จะแสดงในตารางที่ ๒ กลยุทธ์ต่าง ๆ ได้แก่ การสร้างความร่วมมือระหว่างพันธมิตรให้แน่นแฟ้น การลดศักยภาพและบทบาท การเฝ้าดูอย่างใกล้ชิด และการสร้างเสริมศักยภาพเพื่อคงความสนใจและอิทธิพลไว้

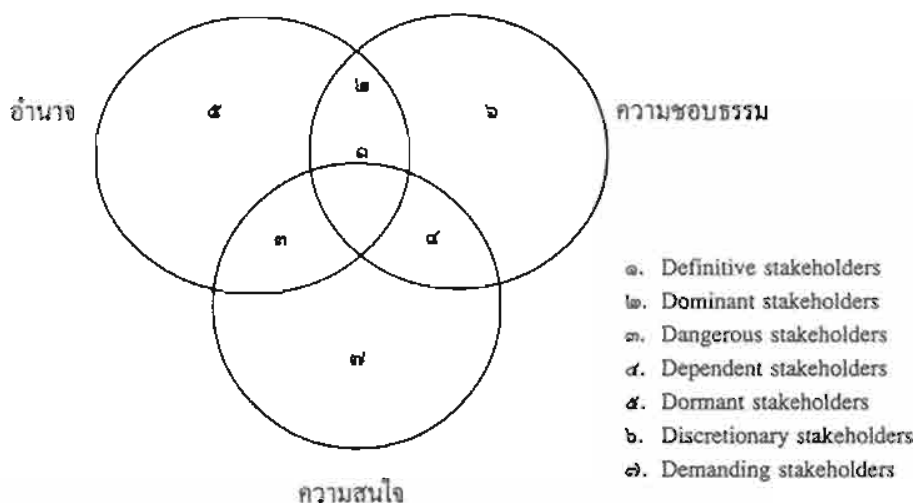
นอกจากการประเมินหน่วยงานโดยวิธีข้างต้นแล้ว อาจใช้วิธีอื่น เช่น การพิจารณาคุณสมบัติ ๓ อย่าง^(๓) ได้แก่ อำนาจหน้าที่ที่มีตามกฎหมาย (legal status) ความชอบธรรม (legitimacy) ในการเกี่ยวข้อง เช่น การมีความรู้ การมีทุน หรือการยอมรับจากกลุ่มอื่น ๆ และความสนใจ (interest) ซึ่งจะแบ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เป็น ๗ กลุ่ม ตามรูปที่ ๑ ได้แก่ หน่วยงานที่มีทั้งอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย มีความชอบธรรม และมีความสนใจ ซึ่งเรียกว่า definitive stakeholder ถือว่าเป็นหน่วย

ตารางที่ ๑ ปัจจัยที่มีผลต่ออำนาจ อิทธิพลของหน่วยงาน

องค์กรที่มีระบบระเบียบแบบแผนในการจัดการระบบบังคับบัญชา งบประมาณ	องค์กรที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน
ภาวะการเป็นผู้นำ	สถานะทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ ความเป็นผู้นำในกลุ่ม
การควบคุมแหล่งทุนการกระจาย และผู้ที่ควบคุมการกระจาย	ระบบขององค์กร ระบบการเสนอความเห็น
การมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ และผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายอื่น ๆ	การควบคุมและกระจายแหล่งทุน
อำนาจการต่อรองกับกลุ่มอื่น ๆ	ผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายอื่น ๆ
	การอาศัยพึ่งพา การต่อรองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายอื่น ๆ

ตารางที่ ๒ แนวทางในการจัดการกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่างลักษณะ

ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย	อิทธิพลสูง	อิทธิพลต่ำ
อำนาจสูง	สร้างความร่วมมืออย่างแน่นแฟ้น	ลดบทบาท ลดอำนาจ หรือต่อต้าน
อำนาจต่ำ	เข้าร่วม เสริมสร้างศักยภาพ และพยายามยกระดับ ความสนใจ และสถานการณ์ที่มีอิทธิพลสูงไว้	เฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงจุดยืน



รูปที่ ๑ ประเภทของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยพิจารณาจากอำนาจความสนใจและความเหมาะสม

งานที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ เพราะมีอำนาจหน้าที่ มีความสนใจ และมีความรู้ มีทุนในการดำเนินการ ส่วนหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ มีความชอบธรรมแต่ขาดความสนใจ ที่เรียกว่า dormant stakeholder ต้องประเมินว่า การเพิ่มความสนใจนั้นเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหรือไม่ ต้องใช้แนวทางใดในการกระตุ้นความสนใจ ส่วนหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่และความสนใจ แต่ไม่มีความรู้หรือทุนในการปฏิบัติ เรียกว่า dangerous stakeholder เนื่องจากมีโอกาสที่จะทำให้โครงการประสบปัญหาได้เพราะขาดความรู้ความเข้าใจหรือทุนในการดำเนินงาน เป็นต้น

ประโยชน์ที่ได้จากการแบ่งวิธีดังกล่าวคือ ผู้ศึกษาสามารถประเมินได้ว่าบุคคลหรือหน่วยงานใดที่น่าจะมี

บทบาทสำคัญต่อการคงอยู่ของโครงการ เป็น definitive stakeholder หรือ key person ถ้าในระบบยังไม่มีหน่วยงานที่มีคุณสมบัติดังกล่าว อาจพิจารณาสนับสนุนหน่วยงานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงและสามารถผลักดันขึ้นมาทำหน้าที่เป็น definitive stakeholder ได้

ขั้นตอนที่ ๖ การประเมินแนวทางและนำสิ่งที่ได้จากการศึกษามาใช้

ขั้นตอนนี้จะนำเสนอแยกเป็น ๒ ประเด็น คือวิธีการนำเสนอผลการศึกษาและการประเมินข้อมูลรวมถึงการนำไปใช้

การนำเสนอผลการศึกษา

การสื่อสารให้ผู้ที่ใช้ข้อมูลเข้าใจในผลการศึกษาเป็น

อีกขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากนักวิจัยไม่สามารถสื่อสารกับผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจได้ ผลการศึกษาจะไม่ถูกนำไปใช้ การนำเสนอมีหลายรูปแบบ ต้องคำนึงถึงผลการศึกษา ระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ฟัง เวลาประเด็นการเมือง เป็นต้น วิธีที่ใช้ในการนำเสนอมีหลายรูปแบบ เช่น การนำเสนอในรูปแบบของเอกสาร ตาราง แผนภาพ และการจัดสัมมนาระหว่างนักวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เนื่องจากส่วนหนึ่งของการทำการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงเป็นเรื่องไม่ยากที่นักวิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบ โดยมีจุดประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของข้อมูลและผลการศึกษา ประเมินผลการทำงานขององค์กร การนำเสนอจุดอ่อนจุดแข็งและข้อเสนอต่อการปรับปรุงหน่วยงานหรือโครงการ

การประเมินข้อมูล ประโยชน์และการนำไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนทั้งหมด สามารถนำมาประเมินความเสี่ยงและหาข้อสรุปได้โดยพิจารณาจากแบบแผนการตอบสนองของผู้ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์นั้น แนวโน้มและปัจจัยที่จะก่อให้เกิดการตอบสนองในด้านลบ มาตรการในการป้องกัน แก้ไข รวมถึงสู่ทางในการร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งจะมีผลให้โครงการมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จมากขึ้น

สำหรับแนวทางในการผลักดันผลของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติทางนโยบายมีหลายแนวทางไม่ว่าจะผ่านทางผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น ในระบบราชการ หรือผู้รับผิดชอบนโยบาย หรือทางการกดดันจากทางสื่อสารมวลชน และพลังประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั่นเอง

จุดอ่อนจุดแข็งและปัญหาของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความเข้าใจต่อระบบ และ

ช่วยให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถพัฒนาตนเองได้ เข้าใจสถานการณ์ การปรับตัว และจุดยืนของตน ช่วยทำให้เกิดความก้าวหน้าของหน่วยงาน นอกจากนี้ การติดต่อประสานงานกับองค์กรอื่นๆ จะช่วยสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งและสร้างอำนาจต่อรองกับผู้กำหนดนโยบายได้

ส่วนข้อจำกัดของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือความลำบากในการค้นหาเป้าหมายหรือวาระซ่อนเร้น (hidden agenda) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ ความลำบากในการเข้าถึงประเด็นปัญหาของระบบ ความเปลี่ยนแปลงของหน่วยงานที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม ความยากลำบากในการค้นหากลุ่มชายขอบ (marginal group) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ในปัจจุบันไม่มีความสำคัญ แต่มีแนวโน้มว่าจะมีความสำคัญถ้าสถานการณ์เปลี่ยนไป และการไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่สำคัญ หรือได้รับความร่วมมือแต่ไม่มีความต้องการที่จะพัฒนาอย่างจริงจัง

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือขาดความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลง และผู้เสียประโยชน์ซึ่งจะเป็นป้อนทำลายอยู่เบื้องหลัง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง การหาความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นคณะกรรมการทำได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะ การหาจุดยืน จึงต้องพยายามระบุผู้ที่มีอำนาจและอิทธิพลในการชี้แนะการตัดสินใจของคณะกรรมการ

ตัวอย่างการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้วิจัยได้ศึกษาระบบการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์ของประเทศไทย (medical error liability) จุดมุ่งหมายคือการศึกษากระบวนการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการดังกล่าว โดยเน้นหนักที่การศึกษาอำนาจหน้าที่ อิทธิพล ความสนใจ จุดแข็ง จุดอ่อนและความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่อการจัดการ

ความรับผิดชอบทางการแพทย์ การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์และประเมินนโยบาย (policy analysis and evaluation) แบบย้อนหลัง (retrospective) โดยให้ความสนใจในกระบวนการจัดการ (process) นโยบายและผลงานที่ผ่านมาของแต่ละหน่วยงาน

ขั้นตอนแรกคือการทบทวนเอกสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจเบื้องต้นกับการจัดการการรับผิดชอบทางการแพทย์ มีการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการจัดสัมมนากลุ่ม (focus group discussion) ข้อมูลที่สอบถามจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายและการปฏิบัติงาน ความสนใจของหน่วยงานโดยประเมินจากความเห็นของตัวแทนของหน่วยงานและผลงานที่ผ่านมา และความชอบธรรม โดยประเมินความรู้ความสามารถ ทุนและบุคลากรของหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากนี้ได้ทำการประเมินอิทธิพลของหน่วยงานต่าง ๆ โดยดูจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงานจริงและความเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่น ๆ มีการนำข้อมูลจากหลายแหล่งมาเปรียบเทียบกันเพื่อประเมินความถูกต้องและสุดท้าย ผู้วิจัยได้จัดสัมมนาระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญทุกฝ่าย เพื่อนำเสนอผลของการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำเสนอข้อเสนอนี้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

ประโยชน์ที่ได้จากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการศึกษาดังกล่าวได้เป็นภาพที่ชัดเจนในแนวทางการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจริง เช่น ผู้ป่วย แพทย์ หรือสื่อสารมวลชน รัฐบาลหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายเปรียบเทียบกับบทบาทหน้าที่ที่ทำได้จริง ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นทุกฝ่าย ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ มีโอกาสได้ทราบมุมมองของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งน่าจะมีประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือและลดความขัดแย้งระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากตัวอย่างดังกล่าวจึงได้แนวทางการจัดการการรับผิดชอบทางการแพทย์เป็น ๓ แนวทางหลัก คือการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้นในระดับโรงพยาบาล การร้องเรียนผ่านหน่วยงานที่ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง และการร้องเรียนผ่านหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ทั้ง ๓ แนวทางมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน โดยแนวทางที่ใช้มากที่สุดคือ แนวทางแรก ผู้ที่จะเข้าสู่แนวทางที่ ๒ และ ๓ ส่วนใหญ่ต้องเป็นผู้ที่รู้จักหรือมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่าง ๆ เหล่านั้น ดังนั้นการเสริมสร้างประสิทธิภาพหรือหาแนวทางที่ชัดเจนในการเจรจาเบื้องต้นในระดับโรงพยาบาลน่าจะเป็นช่องทางที่ช่วยเหลือประชาชนได้อย่างทั่วถึง มีส่วนช่วยให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้เสียหายและบุคลากรทางการแพทย์ และอาจให้การช่วยเหลือที่จำเป็นในเบื้องต้นได้ด้วย รวมถึงจะช่วยลดภาระของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ส่วน definitive stakeholder ในระบบนี้คือ แพทยสภา ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย มีความชอบธรรมและความสนใจในการดูแลในประเด็นนี้มากกว่าหน่วยงานอื่น ๆ แม้ว่าแพทยสภาจะทำงานในหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ แต่ก็มีคำวิพากษ์วิจารณ์ถึงการทำงานของแพทยสภาในด้านปกป้องวิชาชีพมากกว่าผู้ป่วย การสนใจในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ อาจช่วยปรับปรุงแนวทางการทำงานของแพทยสภาได้ดีขึ้น สิ่งที่มีส่วนได้ส่วนเสียคนอื่น ๆ ที่ต้องการให้แพทยสภาปรับปรุงการทำงานคือ ปรับปรุงแนวทางการติดต่อสื่อสารกับผู้เสียหาย ย่นระยะเวลาการดำเนินการสอบสวนและตัดสิน การมีส่วนร่วมของบุคคลภายนอกเพื่อแสดงถึงความโปร่งใสและให้ความยุติธรรมแก่ทุก ๆ ฝ่าย

แนวโน้มในอนาคต

ปัจจุบัน การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทมากขึ้นในหลายวงการ เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยที่รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้สนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิและส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะมีส่วนช่วยในการสร้างความร่วมมือความเข้าใจและสมานผลประโยชน์ระหว่างประชาชน การเมือง และข้าราชการ เพื่อความสำเร็จและยั่งยืนของนโยบายและโครงการที่จะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย (win-win solution)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นวิธีที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจในระบบ โดยอาศัยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างความเข้าใจต่อระบบและปัญหารวมถึงแนวทางการจัดการ ซึ่งจะมีส่วนในการสร้างความสำเร็จต่อโครงการที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีบทบาทมากขึ้นในหลายวงการ เช่น การบริหารและการปรับปรุงองค์กร การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ การเงินและการพาณิชย์

เนื่องจากรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันเน้นถึงสิทธิของประชาชน ดังนั้นการริเริ่มโครงการใด ๆ ควรมีการศึกษาถึงผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างชัดเจน มีการรายงานให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบก่อนที่จะเริ่มโครงการ และหาแนวทางการบริหารจัดการเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อความสำเร็จของนโยบายและผลประโยชน์ของประชาชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยที่ให้ทุนอุดหนุน โครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว. และสถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข ที่อุดหนุนการดำเนินงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Varvasovszky Z, Brugha R. How to do (or not to do)...a stakeholder analysis. *Health Policy and Planning* 2000; 15:338-45.
2. Brugha R, Varvasovszky Z. A stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning* 2000; 15:239-46.
3. Danish Environmental Protection Agency. Stakeholder identification and analysis in integration of environmental considerations at different levels of decision-making. (article online) [cited 2003 April 5] : [10 screens]. Available from:URL:http://www.mst.dk/default.asp?Sub=http://www.mst.dk/udgiv/publications/2000/87-7944-338-9/html/kap03_eng.htm
4. The Australian Government's Overseas Aid Program. The logical framework approach. 1.2 Analyzing the situation. 1.2.2 Stakeholder analysis. (article online) 2000 [cited 2003 March 20]: [6 screens]. Available from:URL: <http://www.ausaid.gov.au/ausguide/ausguidelines/1-2-6.cfm>
5. Tertia G, Caroline P. Toolbox: stakeholder analysis impact assessment & stakeholder analysis. (article online) 1998 [cited 2003 March 20]:[9 screens]. Available from: URL: <http://www.enterprise-impact.org.uk/informationresources/toolbox/stakeholderanalysis.shtml>
6. Mayers J. 'Power Tools' Tools for working on policies and institutions: series number:2 Stakeholder power analysis. (article online) 2001 June [cited 2003 April 5]: [8 screens]. Available from URL: <http://www.iied.org/forestry/tools>
7. Chevalier J. Stakeholder analysis and natural resource management. (article online) 2001 [cited 2003 Jun 5]: [1 screens]. Available from:URL:<http://www.carleton.ca/~jchevali/STAKEH2.html>

Abstract Stakeholder Analysis

Rachata Tungsiripat, Viroj Tangcharoensathien

International Health Policy Program - Thailand

Journal of Health Science 2003; 12:865-75.

Stakeholder analysis is an important research tool, it facilitates insights into the characteristic, objective, stance, power, legitimacy, interest and relationship among different stakeholders. The analysis can be applied to organization development, policy planning and implementation, situation analysis and natural resource management. It is one of the methods that enable bridging between research, policy, and practice. This paper reviews the content, method, procedures for conducting stakeholder analysis, including its strengths and weaknesses.

Key words: stakeholder, stakeholder analysis

การจัดการความรับผิดชอบจากการ รักษาทางการแพทย์

สมหญิง สายสนู*

รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์*

วงเดือน จินดาวัฒน์**

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

*สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม และการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้อัตราการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้นในกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) จึงจำเป็นต้องเข้าใจกลไกในการบริหารจัดการ การแก้ไขปัญหา และการชดเชยผู้ป่วยเมื่อเกิดกรณีดังกล่าวขึ้น

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกลไกการจัดการความรับผิดชอบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยการวิจัยเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ร้องเรียน แพทย์และผู้บริหารในโรงพยาบาลเอกชน บริษัทประกันวินาศภัย การอภิปรายกลุ่มในโรงพยาบาลรัฐ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางและมาตรการรองรับที่เหมาะสมในการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์

การศึกษพบว่า รูปแบบในการฟ้องร้องเมื่อเกิดกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ขึ้น มี ๓ แบบ คือ ๑) การตกลงประนีประนอมยอมความกันในระดับโรงพยาบาลโดยผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยในระดับที่ไม่เหมาะสมนัก ๒) การร้องเรียนอย่างเป็นทางการ โดยผ่านองค์กรที่ไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย และ/หรือ ๓) การร้องเรียนอย่างเป็นทางการ โดยผ่านหน่วยงานที่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายโดยตรง เพื่อจัดการความรับผิดชอบทางจริยธรรมทางการแพทย์ การรับผิดชอบและอาญา การร้องเรียนโดยผ่านหน่วยงานที่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายโดยตรงนั้น มีปัญหาเกี่ยวกับความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาตัดสิน ในกระบวนการทางศาล ผู้ฟ้องต้องแบกรับภาระในการพิสูจน์ มีค่าใช้จ่ายสูง และยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการชดเชยค่าเสียหายที่ชัดเจน ผู้ที่เข้าถึงระบบการร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นชนชั้นกลางหรือสูงกว่า และมีคนรู้จักที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับหน่วยงานดังกล่าว ผู้บริโภคทั่วไปโดยเฉพาะที่มีฐานะยากจนจะเข้าถึงกลไกในการจัดการความรับผิดชอบได้ยาก แพทย์สภาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ความชอบธรรมในการจัดการเรื่องนี้ และมีความสนใจต่อปัญหา จึงเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีปัจจัยครบสามองค์ประกอบ (definitive stakeholder) จุดอ่อนที่สำคัญของแพทย์สภาคือ ความล่าช้าในการบริหารความรับผิดชอบทางจริยธรรมของแพทย์ และถูกตั้งข้อสงสัยจากสังคมว่าปกป้องวิชาชีพของตัวเอง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรผลักดันให้วิธีประนีประนอมกันในระดับโรงพยาบาลมีระบบและมีลักษณะกึ่งทางการมากขึ้น รวมทั้งจัดให้มีกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้เสียหาย และมีหน่วยงานที่เป็นกลางและเป็นที่ยอมรับในการเจรจากับผู้ป่วย โดยรัฐเองจะต้องกำหนดหลักเกณฑ์การชดเชยค่าเสียหายให้มีมาตรฐานเดียวกันและเป็นธรรมกับทุกฝ่าย ซึ่งตรงกับการดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๕ มาตรา ๔๑

คำสำคัญ:

ความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์, จริยธรรมแพทย์, ความรับผิดชอบแพ่ง, ความรับผิดชอบทางอาญา, ประกันสุขภาพ

บทนำ

ในอดีตรายงานเกี่ยวกับปัญหาที่จะนำมาสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้องแพทย์ ในกรณีความผิดพลาดที่เกิดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (medical errors) มีน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยให้ความเชื่อถือและไว้วางใจในตัวแพทย์ผู้ให้การรักษา ต่อมาเมื่อสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป การขยายตัวของชนชั้นกลางและรายได้ประชากรเพิ่มขึ้น นำไปสู่อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพภาคเอกชนมากขึ้น ภาคเอกชนมุ่งกำไรสนองตอบต่ออุปสงค์ที่เพิ่มขึ้น และนำไปสู่การแข่งขันเชิงพาณิชย์ รวมถึงเวชปฏิบัติเชิงธุรกิจที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก

ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอันได้แก่^(๑)

- ๑) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จากความสัมพันธ์ในแนวตั้ง ในลักษณะอุปถัมภ์ เชิงอำนาจทางปัญญา ที่นักสังคมวิทยาเรียกว่า patron-client relationship (นายกับบ่าว, พ่อกับลูก, ผู้มีพระคุณกับผู้ได้รับพระคุณ) เป็นความสัมพันธ์เชิงพันธะสัญญา (contractual relationship) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ เสมือนสินค้าและบริการทั่ว ๆ ไป
- ๒) ความคาดหวังต่อผลการรักษาพยาบาลและการบริการ ย่อมสูงขึ้นตามค่ารักษาพยาบาล ผู้บริโภคไม่คำนึงถึงข้อจำกัดของแพทย์และโรงพยาบาล ว่าในความเป็นจริงจะสามารถให้การบริการได้ในระดับใด^(๒) เมื่อผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือมีผลเสียเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเนื่องจากสาเหตุใด ความเห็นอกเห็นใจหรือให้อภัยจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยย่อมมีน้อยลง นำมาซึ่งกรณีร้องเรียนที่เพิ่มมากขึ้น^(๓) การซื้อประกันความเสี่ยงจากการฟ้องร้องของผู้ป่วยเนื่องจากความผิดพลาดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (professional liability insurance) โดยแพทย์โดยเฉพาะในภาคเอกชน อาจจะเป็นแรงกระตุ้นให้มีการฟ้องร้องมากขึ้น ดังประสพการณ์ในต่างประเทศ

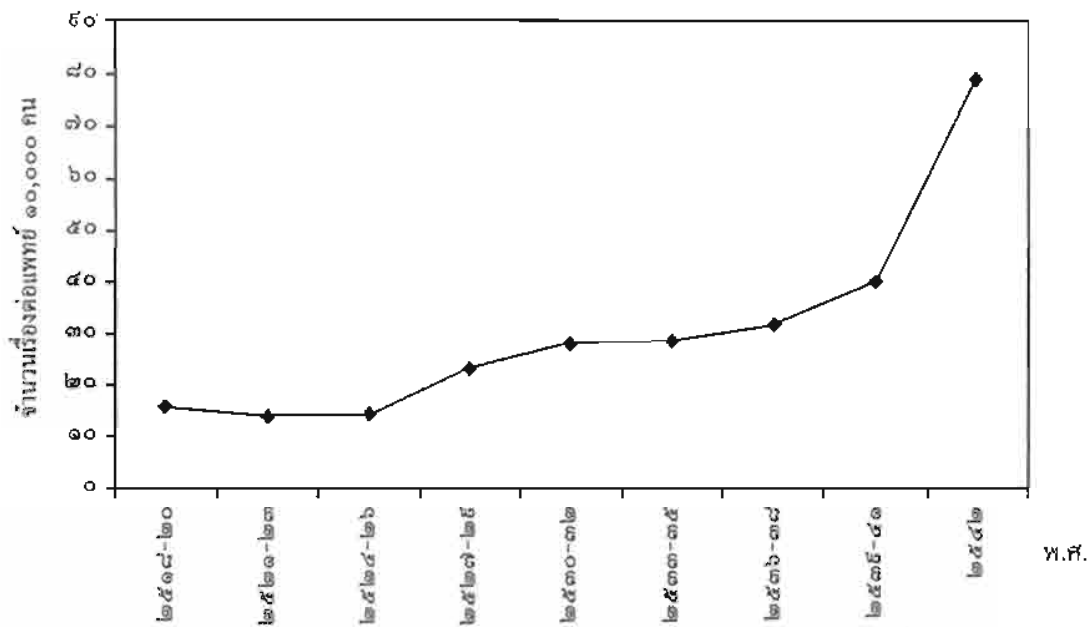
ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่

เปลี่ยนแปลงไป ช่องว่างที่กว้างขึ้นระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับระดับการบริการทางการแพทย์ที่ระบบสาธารณสุขสามารถให้บริการได้ ร่วมกับแรงผลักดันตามกระแสสิทธิมนุษยชนอันนำไปสู่การตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย^(๔) ทำให้การร้องเรียนหรือฟ้องร้องแพทย์ซึ่งแทบไม่ปรากฏในอดีต กลับเพิ่มจำนวนสูงขึ้น

สถิติการร้องเรียนแพทย์ที่เข้าสู่อการพิจารณาของคณะกรรมการแพทยสภาเพิ่มจากค่าเฉลี่ย ๑๓.๖๔ ราย/แพทย์ ๑๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๓ เป็น ๓๙.๖๐ รายต่อแพทย์ ๑๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๓ เป็นการเพิ่มขึ้น ๒.๕๐ เท่า^(๕) สถิตินี้ยังสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของเรื่องร้องเรียนในหนังสือพิมพ์รายวัน ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๔๐ ที่มีจำนวนสูงขึ้น โดยใน พ.ศ. ๒๕๓๙ และ ๒๕๔๐ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ ๒ เท่า เมื่อเทียบกับ พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๓๔^(๖)

รูปแบบที่ผู้ป่วยฟ้องร้อง หรือร้องเรียนและกลไกในการดำเนินการจัดการรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์มีหลายรูปแบบ กล่าวคือการดำเนินการด้านจริยธรรมของแพทย์ (ethical conduct) โดยผ่านกระบวนการทางองค์กรควบคุมวิชาชีพคือแพทยสภา ความรับผิดทางแพ่ง (civil liability) ความรับผิดจากการละเมิด ที่ดำเนินการโดยศาลแพ่ง ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และความรับผิดทางอาญา (criminal liability) ที่เกี่ยวข้องกับความผิดเมื่อกระทำโดยเจตนาหรือประมาท ที่เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือเสรีภาพของบุคคล ตามประมวลกฎหมายอาญา นอกจากมาตรการข้างต้นแล้ว ยังมีกลไกการชื้อประกันโดยแพทย์ (professional liability) หรือการประกันทุเรชปฏิบัติ (malpractice insurance) ซึ่งบริษัทประกันจะเป็นผู้จ่ายค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย

ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๔๑ มีสาระสำคัญคือ ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการในกรณีได้รับความเสียหายจาก



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ^(๒)

รูปที่ ๑ จำนวนเรื่องร้องเรียนแพทย์ต่อแพทย์ ๑๐,๐๐๐ คน ที่เข้าสู่แพทยสภาระหว่าง พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๗๑

การรักษาโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาได้แต่ยังมิได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร นับเป็นกลไกใหม่ล่าสุดของการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ข้อกังวลจากผู้ประกอบวิชาชีพคือมาตรการเหล่านี้จะกระตุ้นให้มีการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้นกว่าเดิม

การเข้าถึงกลไกที่หลากหลายดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและญาติ จึงมีคำถามว่า ระบบการจัดการดังกล่าวในปัจจุบันเป็นอย่างไร สามารถช่วยเหลือประชาชนได้ทุกระดับหรือไม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและจุดประสงค์ของกฎหมายระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนและจัดการการรับผิดชอบจากรักษาพยาบาล รูปแบบ วิธีการ เวลาในการดำเนินการฟ้องร้อง/ร้องเรียน การชดเชยค่าเสียหาย วิธีการจัดการปัญหาภายในของโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน

แนวโน้มของประกันทุเรชปฏิบัติ วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักถึงบทบาทหน้าที่ รวมทั้งระดมความเห็นจากองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อหาแนวทางและมาตรการรองรับที่เหมาะสมในการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ที่ใช้การวิจัยเอกสาร (document research) ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ได้แก่

๑. สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่ฟ้องร้อง/ร้องเรียนมายังแพทยสภา ศาลแพ่ง/อาญา สภานายความ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค หรือเสนอเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์รายวัน จำนวน ๑๐ ราย โดยได้รับการยินยอมให้ทำการศึกษาเป็นกรณีศึกษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (key stakeholders) ซึ่งได้แก่

กรรมการแพทยสภา กรรมการสภานายความ ผู้บริหารมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ผู้พิพากษาบางท่าน และสื่อมวลชนที่มีความชำนาญด้านสาธารณสุข องค์การละ ๒ ราย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน ๗ แห่ง, ผู้บริหารระดับสูงของบริษัทประกันวินาศภัยที่รับประกันทุเรช-ปฏิบัติ ๒ บริษัท

๒. การจัดอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) จำนวน ๔ ครั้ง ระหว่างผู้อำนวยการและแพทย์โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งสิ้น ๑๕ โรงพยาบาล ใน ๓ จังหวัดคือ นครบุรีชลบุรี และนครราชสีมา

๓. วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (stakeholder analysis)

๔. การประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก

ผลการศึกษา

๑. กลไกในการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ในประเทศไทย จากการศึกษา นักวิจัยได้แบ่งกลไกนี้ออกเป็น ๓ ระบบ คือ

ระบบที่ ๑ กลไกที่ไม่เป็นทางการ

การตกลงประนีประนอมยอมความกัน (informal settlement system) เป็นรูปแบบที่ใช้ปฏิบัติกันทั่วไปเมื่อผู้ป่วยหรือญาติไม่พอใจการรักษา จึงทำเรื่องร้องเรียนไปยังโรงพยาบาลที่ให้บริการเพื่อเจรจาหาข้อยุติตามปกติโรงพยาบาลพยายามที่จะให้เรื่องจบลงภายในโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ด้วยการยื่นข้อเสนอที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย ในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น การชดเชยค่าเสียหายในรูปตัวเงิน การยกเว้นหรือให้ส่วนลดค่ารักษาพยาบาล การให้ค่าเลี้ยงดูบุตรของผู้เสียชีวิต การร่วมงานศพเพื่อแสดงความเสียใจ ระดับความช่วยเหลือจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการเจรจาและความพอใจของทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า ไม่ว่าผู้เสียหายจะมีฐานะในสังคมอย่างไร ค่าชดเชยความเสียหายที่ได้รับเป็นเพียงส่วนหนึ่งของ

ความสูญเสียทางกาย (physical losses) และเงินที่ได้จ่ายไปในการรักษาพยาบาล (financial losses) เท่านั้น ไม่ได้พิจารณาถึงความสูญเสียทางจิตใจ (mental losses) รวมไว้ด้วย

การเจรจาหาข้อยุติจะสำเร็จลงได้ขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายอย่าง เช่น โรงพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ความสนใจและความเป็นผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาล คนกลางในการเจรจาไกล่เกลี่ย เช่น ผู้นำชุมชน ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้เป็นที่เคารพนับถือของชุมชน และสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจนแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย (good and clear communication and information) เมื่อหาข้อยุติได้ ผู้ร้องเรียนมักจะต้องตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรที่จะยุติการฟ้องร้องต่อไป

ในทางตรงกันข้ามหากไม่สามารถหาข้อยุติได้ ผู้ร้องเรียนอาจจะดำเนินเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย (formal non-legal system) และ/หรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่โดยตรงกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ (formal legal system) ต่อไป

ระบบที่ ๒ กลไกที่เป็นทางการ แต่ไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย

องค์กรที่ไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ (formal non-legal system) ได้แก่ สภานายความ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค หน่วยงานผู้ให้บริการ สื่อมวลชน ฯลฯ ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเจรจาหาข้อยุติ และ/หรือส่งเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรงในการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์ เช่น แพทยสภา ศาลยุติธรรม เพื่อดำเนินการต่อไป

ในกรณีที่เรื่องร้องเรียนถูกนำเสนอเป็นข่าวในสื่อสารมวลชน นอกจากจะเป็นที่สนใจของสาธารณชนแล้ว เรื่องดังกล่าวจะเข้าสู่แพทยสภาเพื่อพิจารณาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์โดยอัตโนมัติ โดยที่ผู้เสียหายไม่ต้องร้องเรียนมาที่แพทยสภาอย่าง

เป็นทางการ

การเข้าถึงระบบนี้คณะผู้วิจัยสังเกตว่า ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำหรือแรงกระตุ้นจากบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็น ญาติ เพื่อนฝูงที่รู้จักหน่วยงานดังกล่าว

ระบบที่ ๓ กลไกที่เป็นทางการ และมีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย

หน่วยงานที่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางแพทย์โดยตรง เช่น แพทยสภา เป็นนิติบุคคลที่ตามพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพให้ได้มาตรฐานและถูกต้องตามหลักจริยธรรมตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. ๒๕๒๖^(๓๔) มีคณะกรรมการและคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ทำหน้าที่แสวงหาข้อเท็จจริงและพิจารณาคดีเรื่องร้องเรียนทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์ ระดับของการลงโทษมีตั้งแต่การว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดแต่ไม่เกิน ๒ ปี และเพิกถอนใบอนุญาต โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ถูกเพิกถอนอาจขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นสองปีนับแต่วันที่ถูกเพิกถอน^(๓๕)

ศาลแพ่ง (ศาลชั้นต้น อุทธรณ์ และฎีกา) เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายโดยตรงที่เกี่ยวกับการรับผิดชอบจากการรักษาทางแพทย์ ผู้ที่ได้รับความเสียหายอาจฟ้องคดีแพ่งเพื่อเรียกสินไหมทดแทน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา ๔๒๐ ว่าด้วยเรื่องความรับผิดในการละเมิด (civil liability)^(๓๖) จากการทำเวชปฏิบัติโดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่อ ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายถึงแก่ชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน คดีแพ่งมีอายุความ ๑ ปีนับแต่วันรู้เหตุแห่งการละเมิด

การดำเนินคดีทางแพ่งมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ เช่น ค่าวางศาลร้อยละ ๒.๕ ของทุนทรัพย์ที่เรียกร้องแต่ไม่เกิน ๒ แสนบาท^(๓๗) โจทก์ที่ยากจนสามารถยื่นฟ้องอานาตาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนเมื่อ

ได้รับความเห็นชอบจากศาล หากโจทก์เป็นผู้ชนะคดี จำเลยจะต้องเป็นผู้ชดเชยให้แก่โจทก์ โดยที่เงินส่วนนี้จะตกเป็นรายได้ของแผ่นดิน ค่าทนายและค่าใช้จ่ายในระหว่างการดำเนินคดีเป็นความรับผิดชอบของโจทก์ หากโจทก์ชนะคดี จำเลยจะต้องชดเชยให้กับโจทก์ในจำนวนเงินขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศาล

การพิจารณาคดีแพ่งของศาลในประเทศไทย ใช้ระบบกล่าวหา (accusatory system) ที่ศาลจะต้องวางตัวเป็นกลางและพิจารณาคดีตามพยานหลักฐานของทั้งสองฝ่าย โจทก์จะต้องเป็นฝ่ายรับภาระการพิสูจน์ (burden of proof) ต้องแสวงหาพยานและหลักฐานเพื่อพิสูจน์ว่าความเสียหายที่เกิดเป็นผลจากการกระทำของแพทย์ซึ่งยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ และยากที่จะเข้าถึงข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ นอกจากนี้ ศาลเองก็ยังไม่มีความมั่นใจที่ชัดเจน ในการกำหนดวงเงินที่จำเลยจะต้องชดเชยค่าเสียหาย

อย่างไรก็ตาม หากเหตุการณ์เกิดขึ้นที่สถานพยาบาลของรัฐ ผู้เสียหายไม่สามารถฟ้องร้องต่อแพทย์ได้โดยตรง ตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๙ มาตรา ๕, ๘ และ ๑๐ ที่กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งการละเมิด ผู้เสียหายสามารถฟ้องหน่วยงานของรัฐได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ของรัฐโดยตรงไม่ได้และหากหน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบค่าเสียหายก็มีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดเชยค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้

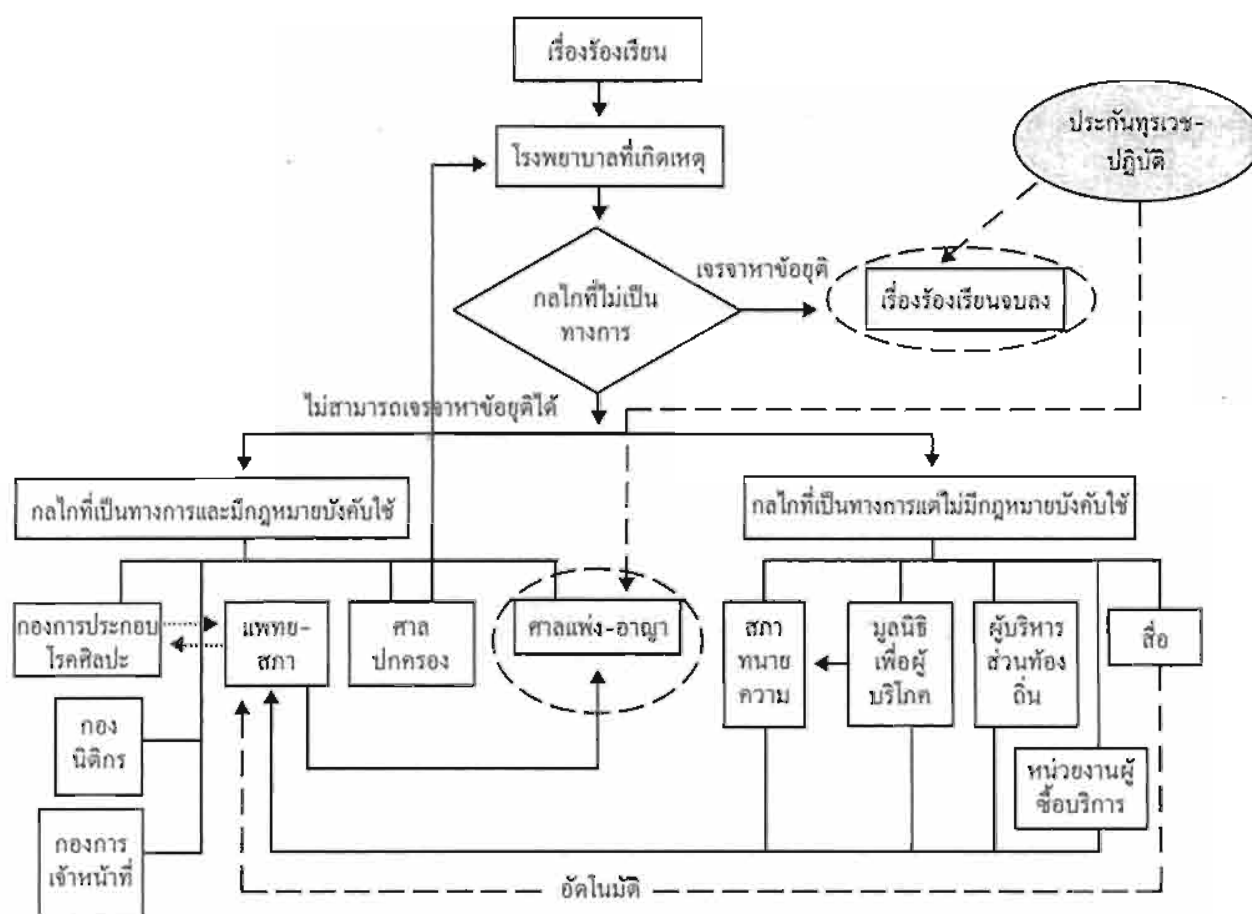
ศาลอาญา: ผู้เสียหายอาจฟ้องร้องแพทย์ในการรับผิดชอบทางอาญา (criminal liability) ตามประมวลกฎหมายอาญา โดยมีสาระสำคัญอยู่ที่การกระทำโดยเจตนาหรือการปฏิบัติโดยเจตนาจงใจ การฟ้องทางอาญาไม่มีค่าวางศาล มีแต่บทลงโทษตั้งแต่ปรับ จำหรือทั้งจำทั้งปรับ วิธีการดำเนินการฟ้องทางอาญาสามารถทำได้ผ่าน ๒ ช่องทางคือ ก) แจ้งความดำเนินคดีกับตำรวจเพื่อให้ตำรวจสืบสวน และทำสำนวนส่งอัยการ เมื่ออัยการเห็นว่าผิดจริง ศาลก็จะรับฟ้อง หรือ

ข) ผู้เสียหายทำการฟ้องเองโดยไม่ต้องแจ้งความตำรวจ โดยศาลจะต้องไต่สวนมูลฟ้องก่อนประทับฟ้อง

การพิจารณาคดีของศาลอาญา หากผู้ฟ้องอ้างว่า แพทย์ละเว้นการปฏิบัติ ในทางทฤษฎี ศาลใช้ระบบ ไต่สวน (inquisitorial system) วางตัวเป็นกลางและมี อำนาจเรียกหาพยานมานำสืบเองได้ แต่ในทางปฏิบัติ ศาลยังใช้ระบบกล่าวหาเช่นเดียวกับคดีแพ่ง ผู้ฟ้องนั้น ต้องแสดงให้ศาลรู้และเห็นในหลักการและหลักฐาน ซึ่ง ในทางปฏิบัติแพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาเท่านั้นที่รู้ดีที่สุด จึง เป็นการยากสำหรับผู้ป่วยหรือญาติที่จะหาหลักฐานมา แสดง การเอาผิดอาจกระทำได้ในทางการประมาท เลินเล่ออย่างร้ายแรง (แต่ไม่ได้เจตนา) ซึ่งผู้เสียหาย ต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าแพทย์ได้กระทำการประมาทเลินเล่อ

อย่างร้ายแรง แต่ด้วยลักษณะเฉพาะของวิชาชีพแพทย์ มีผลให้ผู้ป่วยหรือผู้เสียหายเกิดความยากลำบาก หากมี การฟ้องร้องกันจะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในทาง ปฏิบัติไม่มีผู้ใดอยากเป็นพยานหรือออกความเห็น อีกทั้งในทางวิชาการเอง ปัญหาบางเรื่องก็ยังไม่หาข้อสรุปที่ ชัดเจนไม่ได้

การดำเนินคดีในระบบศาลยุติธรรม (ศาลแพ่ง- อาญา) ใช้ระยะเวลายาวนาน เนื่องจากทั้งสองฝ่ายต่าง ต้องแสวงหาพยานหลักฐานทางการแพทย์มานำสืบ โดยเฉพาะโจทก์ต้องแบกรับภาระการพิสูจน์เป็นอย่างมาก หลักฐานทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะสลับซับซ้อน และ ไม่ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ รวมถึง บุคลากรทางการแพทย์ การพิจารณาคดีที่ยาวนานเป็น



รูปที่ ๒ กลไกในการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพิจารณาคดีของผู้พิพากษา เนื่องจากระบบการโยกย้ายหมุนเวียนของผู้พิพากษา ทำให้ไม่สามารถอำนวยความสะดวกได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตาม ภายใต้งานปฏิรูปตุลาการ พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นต้นไป มีการเปลี่ยนระบบการพิจารณาคดีโดยผู้พิพากษาจะรับผิดชอบคดีเดียวจนสิ้นสุดแล้วจึงรับพิจารณาคดีใหม่ แนวทางดังกล่าวอาจทำให้เวลาในการพิจารณาคดีสั้นลง

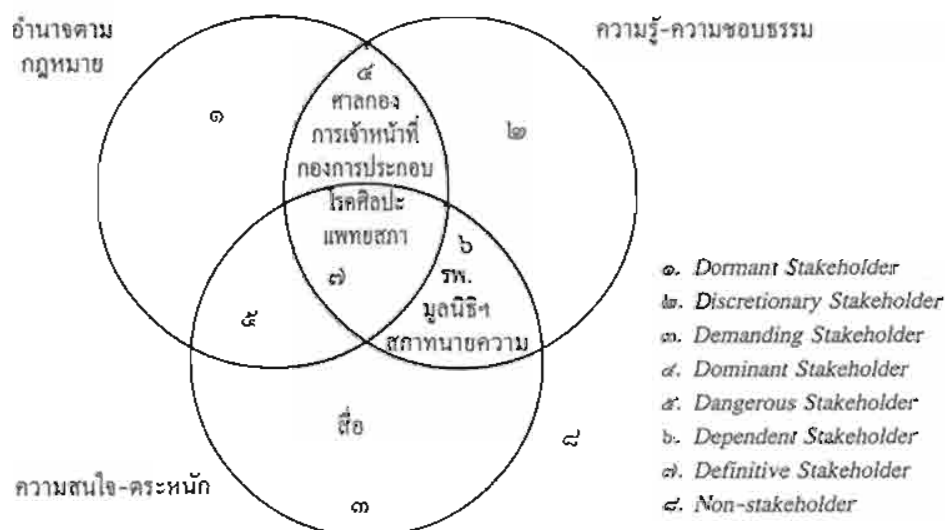
๒. การประกันทุรเวชปฏิบัติกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์

การประกันทุรเวชปฏิบัติมีขึ้นในประเทศไทยมาประมาณ ๓๒ ปี ดำเนินการโดยบริษัทประกันวินาศภัย ปัจจุบันมีบริษัทที่ได้รับใบอนุญาตหลายบริษัท แต่มีเพียง ๕ บริษัทเท่านั้นที่กำลังดำเนินการประกันทุรเวชปฏิบัติจากการศึกษาพบว่า มีจำนวนกรมธรรม์ในปัจจุบันอยู่ประมาณ ๑,๐๐๐ กรมธรรม์ (จากจำนวนแพทย์ ๒๗,๔๙๖ คน) แพทย์ที่ทำประกันทุรเวชปฏิบัติส่วนใหญ่ทำเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน เป็นการซื้อประกันด้วยความสมัครใจ (voluntary) เบี้ยประกันขึ้น

อยู่กับความเสี่ยงของแพทย์ในแต่ละสาขา สาขาที่มีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องสูง เช่น สูติ-นรีเวช ศัลยกรรม วิสัญญี จะมีเบี้ยประกันสูงกว่าสาขาอื่นที่มีความเสี่ยงต่ำกว่า

บริษัทประกันวินาศภัยมีวิธีการจัดการความรับผิดชอบจากเวชปฏิบัติอยู่ ๒ รูปแบบกว้าง ๆ ด้วยกันคือ การเจรจาประนีประนอมโดยทนายบริษัทหรือเจ้าหน้าที่สินไหมของบริษัท และดำเนินตามกระบวนการยุติธรรมปกติบนศาลแพ่ง โดยหากการเจรจาสำเร็จหรือแพทย์ผู้เอาประกันแพ้คดี บริษัทประกันจะเป็นผู้จ่ายให้ผู้เสียหายในวงเงินไม่เกินวงเงินเอาประกัน ส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง ๕ แสนถึง ๒.๕ ล้านบาทต่อครั้ง (ไม่เกิน ๑-๕ ล้านบาทตลอดระยะเวลาประกัน) สินไหมในส่วนที่เกินวงเงินเอาประกันนั้น แพทย์ผู้ทำเวชปฏิบัติจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

ประสบการณ์ของบริษัทฯ จากการชดเชยค่าเสียหายพบว่า เรื่องร้องเรียนส่วนใหญ่ สามารถจบลงได้ก่อนถึงศาล ประมาณร้อยละ ๒๐ ของจำนวนกรมธรรม์ได้เข้าสู่การพิจารณาของศาลแพ่ง และมีเพียงร้อยละ ๑๐



รูปที่ ๓ ประเภทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ของเรื่องเข้าสู่ศาลเท่านั้นที่แพทย์เป็นผู้แพคดี

๓. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis)

อาศัยกรอบแนวคิดของ Mitchell^(๔) ในการจัดประเภทผู้มีส่วนได้ส่วนเสียออกเป็น ๔ ประเภท โดยการประเมินการมีปัจจัยสำคัญ ๓ อย่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ก. อำนาจตามกฎหมาย ข. ความชอบธรรม และ ค. ความสนใจหรือความตระหนักในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง จากรูปที่ ๓ นักวิจัยได้วิเคราะห์ประเภทผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

๑. **Definitive stakeholders** เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีปัจจัยครบทั้งสามองค์ประกอบ

แพทยสภา

มีหน้าที่ตามกฎหมายโดยตรงในการพิจารณาความผิดทางจริยธรรมของแพทย์ (ethical misconduct) แต่ไม่เกี่ยวข้องในเรื่องการชดเชยค่าเสียหาย แพทยสภาได้ดำเนินการเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์มาโดยตลอด มีความรู้ในเรื่องการรักษาพยาบาลและการดำเนินการดังกล่าวเป็นอย่างดี มีความตระหนัก และมีความสนใจต่อปัญหาทุรเวชปฏิบัติมากกว่าหน่วยงานอื่น ๆ

แต่ด้วยคณะกรรมการแพทยสภาครึ่งหนึ่งเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง (ex-officio) และอีกครึ่งหนึ่งได้จากการเลือกตั้งโดยสมาชิก^(๕) ลักษณะการทำงานเป็นแบบไม่เต็มเวลา (part time work) และทำงานในลักษณะตั้งรับมากกว่าเชิงรุก จึงไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับจำนวนเรื่องร้องเรียนที่นับวันจะเพิ่มขึ้นเป็นเหตุให้การพิจารณาข้อร้องเรียนมีความล่าช้ามาก ส่งผลให้ภาพลักษณ์ของแพทยสภาไม่ดีนักในสายตาของผู้เสียหาย

แพทยสภาถูกตั้งคำถามจากสังคมค่อนข้างมากในระยะหลัง เกี่ยวกับความเป็นกลางและจุดยืน ระหว่างการปกป้องวิชาชีพโดยตรงหรือโดยอ้อม กับการปกป้องสวัสดิภาพของผู้ป่วย เนื่องจากกรรมการมาจาก

การเลือกตั้ง ซึ่งต้องตอบสนอง (responsive) ต่อผู้ออกเสียงเลือกตั้งในระดับหนึ่ง กรรมการที่เป็นโดยตำแหน่ง เช่น คณบดีคณะแพทยศาสตร์ เจ้ากรมแพทย์ในสังกัดทหารต่าง ๆ ปลัดกระทรวง อธิบดี ก็มี “ลูกศิษย์ลูกหา” ที่เป็นแพทย์เต็มบ้านเต็มเมือง ย่อมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในหมู่วิชาชีพด้วยกันโดยปริยาย นอกจากนี้ กรรมการแพทยสภายังไม่มีผู้แทนนอกวิชาชีพอื่นใดที่จะดุลยอำนาจของฝ่ายแพทย์ ในการวินิจฉัยเรื่องราวต่าง ๆ ในการฟ้องร้องแพทย์

๒. **Dominant stakeholders** เป็นผู้มีอำนาจตามกฎหมายและความรู้ความชอบธรรม แต่ยังขาดความตระหนัก ความสนใจในการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์

ศาลแพ่ง ศาลอาญา

มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายและความชอบธรรมจากรัฐ ในการพิจารณาคดีแพ่งและอาญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และประมวลกฎหมายอาญา แม้ว่าศาลจะเป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการพิจารณาคดี แต่ขาดความรู้ในเรื่องทางการแพทย์ซึ่งเป็นวิชาชีพเฉพาะทาง ต้องขอความร่วมมือช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น เช่น แพทยสภาหรือราชวิทยาลัยต่าง ๆ นอกจากนี้จำนวนคดีทางการแพทย์เมื่อเทียบกับคดีความอื่น ๆ แล้วมีสัดส่วนน้อยมาก การให้น้ำหนักความสนใจของศาลในประเด็นนี้จึงมีไม่มากนัก

ศาลปกครอง

เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๐ มีหน้าที่หลักในการตรวจสอบการใช้อำนาจทางราชการเพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชน มีอำนาจตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่จะพิจารณาข้อพิพาทระหว่างหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ/รัฐวิสาหกิจกับเอกชน หรือระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกันเอง อันเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ ในด้านการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์

ศาลปกครองมีหน้าที่เพิกถอนการกระทำหรือคำสั่งหน่วยงานของรัฐ อันเนื่องมาจากพระราชบัญญัติความ

รับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๙ ที่เปิดให้ผู้เสียหายยื่นเรื่องเพื่อให้หน่วยงานของรัฐชดใช้ค่าเสียหาย เมื่อผู้เสียหายไม่พอใจในการชดเชยค่าเสียหายของรัฐ (ไม่รวมเอกชน) ผู้ร้องสามารถไปฟ้องศาลปกครองภายใน ๙๐ วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง เพื่อให้หน่วยงานของรัฐชดใช้หรือพิจารณาใหม่อีกครั้งโดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมศาล ปัจจุบันยังไม่มีเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์จากผู้ป่วยหรือญาติไปถึงศาลปกครองแต่อย่างใด ความสนใจและตระหนักในเรื่องนี้ของศาลปกครองจึงไม่สูงนัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากศาลปกครองเป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่ มีเพียงศาลปกครองกลาง ๑ ศาล และศาลปกครองส่วนภูมิภาค ๑๖ ศาล (เริ่มเปิดทำการได้เพียง ๖ ศาล ณ ปี ๒๕๔๖) ครอบคลุมทั่วประเทศ^(๑) ประชาชนจึงไม่รู้จักบทบาทหน้าที่ศาลปกครองแพร่หลายนัก

กองการประกอบโรคศิลปะ

เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๐ ในการกำกับดูแลควบคุมมาตรฐานของสถานพยาบาลเอกชน ในการออกใบอนุญาต และต่อใบอนุญาตประจำปี เพื่อดำเนินการสถานพยาบาล (ไม่มีอำนาจกำกับดูแลสถานพยาบาลรัฐ) รวมถึงควบคุมดูแลการบริการของแพทย์ ให้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ๒๕๔๐ โดยมีบทลงโทษตามกฎหมาย ตั้งแต่จำ ปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับปริมาณของเจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับลักษณะของงานที่ควรมีการตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาล^(๑) ในทางปฏิบัติยังไม่มีสถานพยาบาลเอกชนใดถูกปิดโดยมีสาเหตุจากความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ อาจจะมีการเพิกถอนใบอนุญาตกรณีการกระทำผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๕ (การทำแท้ง)

ความสนใจและบทบาทในเรื่องนี้ยังไม่เต็มที่ เมื่อมีเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพหมากองฯ เรื่องนั้นจะถูกส่งต่อไปยังสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา โดยที่เรื่องร้องเรียนมายังกองฯ ส่วนมากเป็นเรื่องการให้บริการไม่รักษามาตรฐาน รองลงมาเป็นเรื่องค่ารักษาพยาบาลแพง และความไม่พอใจในการให้บริการ^(๑)

กองการเจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานประเภทเดียวกัน ในกระทรวงอื่น ๆ

เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับเรื่องและพิจารณาเรื่องร้องเรียนของระบบราชการ ซึ่งรวมถึงเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์และการดำเนินการทางวินัย เช่น การละเว้นหน้าที่นอกเวลาราชการ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่ามีความผิดจริงสามารถลงโทษทางวินัยได้ตามกฎระเบียบวินัยข้าราชการ ซึ่งมีตั้งแต่ ว่ากล่าวตักเตือน ตัดเงินเดือน ลดขั้นเงินเดือน ให้ออก และไล่ออก เนื่องจากเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์เป็นเรื่องส่วนน้อยของกองการเจ้าหน้าที่ ความสนใจในประเด็นนี้จึงน้อย แม้ว่าจะมีอำนาจหน้าที่ในการให้โทษผู้ที่กระทำผิดด้านวินัยได้ก็ตาม

๓. **Dependent stakeholders** เป็นผู้มีความรู้ความชอบธรรมและมีความสนใจ แต่ยังขาดการมีอำนาจตามกฎหมาย

สหภาพนายความ, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

สหภาพนายความเป็นนิติบุคคลทำงานประสานกับมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (NGO) มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้เดือดร้อนที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ยากไร้ และให้ความสำคัญกับเรื่องที่มีผลกระทบเป็นวงกว้างต่อส่วนรวม ทั้งสองหน่วยงานทำหน้าที่เชิงรับ (passive reaction) โดยรับเรื่องร้องเรียนและเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยหรือผู้เสียหายกับโรงพยาบาลในการหาข้อยุติ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคเริ่มมีบทบาทเชิงรุกในการให้ความรู้เรื่องสิทธิของผู้บริโภคและวิธีแก้ไขปัญหามานาน ในขณะที่ยุทธศาสตร์ความเป็นนายทุนให้กับผู้ฟ้องหากเรื่องถึงขั้นต้องดำเนินคดีในระบบศาลยุติธรรม

แม้ทั้งสององค์กรจะให้ความสนใจไม่สูงนักในการจัดการเรื่องนี้ ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์มีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอื่น ๆ ที่ร้องเรียนมายังองค์กรทั้งสอง กระทบกับเรื่องความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ไม่ส่งผลกระทบต่อสังคมวงกว้างมากนัก