

พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง
ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา



นางสาววิยะดา เยาวรัตน์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-2049-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH CARE UTILIZATION BEHAVIORS OF PEOPLE UNDER UNIVERSAL COVERAGE PROGRAM:
THE CASE OF PHAYAO

Miss Wiyada Yaowarat



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Economics in Economics

Faculty of Economics

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-2049-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์ พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในโครงการหลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา
โดย นางสาว วิยะดา เยาวรัตน์
สาขาวิชา เศรษฐศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. โสติกร มัลลิกะมาส)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นวรัตน์ ตริรัตน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชเนษฐวัลลภ ชุมทอง)

วิยะดา เยาวรัตน์ : พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา (HEALTH CARE UTILIZATION BEHAVIORS OF PEOPLE UNDER UNIVERSAL COVERAGE PROGRAM: THE CASE OF PHAYAO) อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์.ดร. วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ, 200 หน้า. ISBN 974-53-2049-8

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง โดยใช้แบบจำลองโลจิสติก (Binary Logit Model) ในการวิเคราะห์ ข้อมูลที่นำมาใช้เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดพะเยาจำนวน 500 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา มีผู้ที่ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยร้อยละ 5.4 ส่วนผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยพบว่า ร้อยละ 4.2 ซึ่งยอมรับประทานเอง ร้อยละ 45.0 เข้ารับบริการในสถานพยาบาลโดยไม่ใช้สิทธิบัตรทอง และร้อยละ 45.4 เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรทอง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจากญาติหรือเพื่อนบ้าน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง การรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง และความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้สิทธิบัตรทอง

โดยที่ ผู้ที่มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ ผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจากญาติหรือเพื่อนบ้าน ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อยหรือปานกลาง ผู้ที่เคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรมาก่อน ผู้ที่รู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง และผู้ที่มีความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับจากบัตรทองในระดับสูง

สาขาวิชา.....เศรษฐศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2547.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4485580129: MAJOR ECONOMICS

KEY WORD: HEALTH CARE UTILIZATION BEHAVIORS / UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

WIYADA YAOWARAT: HEALTH CARE UTILIZATION BEHAVIORS OF PEOPLE

UNDER UNIVERSAL COVERAGE PROGRAM: THE CASE OF PHAYAO.

THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. WATTANA S. JANJAROEN, Ph.D.,

200 pp. ISBN 974-53-2049-8

The objectives of this thesis are to study the health care utilization behaviors of people under universal coverage program and to study the factors determine the health care utilization behaviors of people under universal coverage program by using binary logit model. As for the observations, the data was collected by interviewing 500 people under universal coverage program in Phayao province by using multi-Stage Random Sampling.

The results show that, in an annually period, 5.4 percent of the observations has not been sick, 4.2 percent bought the medicine without any prescription from a physician, 45.0 utilized the services in hospital by using gold card in hospital and other 45.4 utilized the services in hospital by not using gold card in hospital. The factors that influence the utilization behaviors of people under universal coverage program significantly are the stage of chronic, the number of family members, the program 's information accessibility from relatives or neighborhoods, the program 's information accessibility from community leader or public health volunteers, the perceive of the severity of disease, the getting of services from the registered hospital, the being well acquainted with the registered hospital and the expectation of benefit by using gold card.

The universal coverage program is in favor of people who have chronic disease, expansion family and appropriate information from relatives, neighborhoods, community leader and public health volunteers; moreover, people who perceive of the severity of disease, ever used service in the registered hospital, known the registered hospital and have high expectation of benefit by using gold card.

Field of study.....EconomicsStudent's signature.....

Academic year.....2004.....Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งท่านได้สละเวลาให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังได้รับความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลน้อย ตริรัตน์ ที่ให้เกียรติเป็นประธานการสอบวิทยานิพนธ์และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความเรียบร้อยสมบูรณ์ พร้อมกันนั้นขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ชเนษฐวัลลภ ขุมทอง เป็นอย่างสูงที่ข้อคิดเห็นต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณประสาทร ล้อมลาย คุณนิศาชล ลีรัตนากร คุณคมกริช วงศ์แข และคุณอัศวิน เอื้อตระการวิวัฒน์ ที่ได้สละเวลาให้ความรู้และความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา

ตลอดจนขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ซึ่งได้ให้การสนับสนุนด้านการศึกษาและเป็นกำลังใจแก่ผู้เขียนมาโดยตลอด

คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้เขียนขอบแต่ บิดา มารดาและอาจารย์ทุกๆ ท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้เขียน หากมีข้อผิดพลาดประการใดผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญรูป	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	7
1.3 ขอบเขตการศึกษา.....	7
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างประเทศ	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย	19
บทที่ 3 แนวคิดทฤษฎี และวรรณกรรมปริทัศน์.....	39
3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	39
3.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข.....	39
3.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัย.....	47
3.2 วรรณกรรมปริทัศน์	55
บทที่ 4 วิธีการศึกษา	76
4.1 แนวคิดในการศึกษา.....	76
4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	78
4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	81
4.4 แบบจำลองที่ใช้ในการประมาณค่า	82
4.5 การประมาณค่าพารามิเตอร์.....	84
4.6 การทดสอบค่าพารามิเตอร์	86
4.7 ตัวแปรและสมมติฐานเบื้องต้นที่ใช้ในงานวิจัย.....	88

	หน้า
บทที่ 5 ผลการศึกษา.....	101
5.1 ข้อมูลปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ	101
5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	109
5.3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ เจตคติ และความเชื่อของผู้มีบัตรทอง.....	123
5.4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ.....	130
5.5 ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้บริการ.....	131
5.6 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ใช้สิทธิบัตรทอง.....	133
5.7 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการ เข้ารับบริการทางการแพทย์.....	137
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	148
6.1 สรุปผลการศึกษา	148
6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	152
6.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	153
รายการอ้างอิง.....	154
ภาคผนวก.....	164
ภาคผนวก ก ตัวอย่างแบบสอบถามสัมภาษณ์.....	165
ภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยรู้สึkJเจ็บป่วยใน รอบหนึ่งปีที่ผ่านมา.....	182
ภาคผนวก ค ผลการประมาณค่าโดยใช้ Binary Logit Model	190
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	200

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1	ความครอบคลุมการประกันสุขภาพระบบต่างๆ ในประเทศไทย 2
ตารางที่ 1.2	ความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษายาบาล..... 3
ตารางที่ 2.1	เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของระบบการคลังสาธารณสุขแต่ละประเภท 15
ตารางที่ 4.1	จำนวนตัวอย่างจำแนกเป็นรายหมู่บ้าน 80
ตารางที่ 4.2	ตัวอย่างการคำนวณ The Overall Percent Correctly Estimated 87
ตารางที่ 5.1	ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์..... 95
ตารางที่ 5.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพก่อนมีบัตรทอง 105
ตารางที่ 5.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการ เข้ารับการรักษาพยาบาล 110
ตารางที่ 5.4	ข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ประเภทบัตรทอง และการรู้จัก สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองของกลุ่มตัวอย่าง 113
ตารางที่ 5.5	ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลในรอบ1 ปี และการรับรู้ความรุนแรง ของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด จำแนกตามการไม่ใช้และการใช้สิทธิบัตรทอง 115
ตารางที่ 5.6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของ การไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล 116
ตารางที่ 5.7	ข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล..... 117
ตารางที่ 5.8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองจำแนกตาม เหตุผลของการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ 118
ตารางที่ 5.9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของ การใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล 120
ตารางที่ 5.10	ข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล 110
ตารางที่ 5.11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการใช้สิทธิบัตรทอง ในอนาคต..... 121

ตารางที่ 5.12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้เงื่อนไขบริการ และสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง	124
ตารางที่ 5.13	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคาดหวัง ในประโยชน์ที่จะได้รับ จากการไปใช้บริการบัตรทอง.....	126
ตารางที่ 5.14	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ คุณภาพการบริการของสถานพยาบาล	128
ตารางที่ 5.15	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสะดวก ในการเข้าถึงบริการ	130
ตารางที่ 5.16	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอิทธิพลของ บุคคลอื่นต่อการใช้บริการ	132
ตารางที่ 5.17	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจ ในบริการของสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง	135
ตารางที่ 5.18	ผลการประมาณค่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทาง การแพทย์ของผู้มีบัตรทอง แบบจำลองที่ 1	141
ตารางที่ 5.19	การเปรียบเทียบผลการพยากรณ์พฤติกรรมการใช้บริการทางการ แพทย์ที่ได้จากการสำรวจ.....	147
ตารางที่ 6.1	สรุปผลการศึกษา.....	151
ตารางที่ ข.1	ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทอง แต่ไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล	183
ตารางที่ ข.2	ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทอง แต่ไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล	187
ตารางที่ ข.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองซึ่งไม่เคยรู้สึก เจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล	188
ตารางที่ ข.4	ข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ประเภทของบัตรทอง และการรู้จัก สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วย จนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล.....	189

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 3.1	อิทธิพลของค่านิยมต่อพฤติกรรมของมนุษย์..... 41
รูปที่ 3.2	ความสัมพันธ์ของค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 41
รูปที่ 3.3	รูปแบบการใช้บริการสุขภาพ 45
รูปที่ 3.4	อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์..... 53
รูปที่ 4.1	กรอบแนวคิดในการศึกษา..... 77
รูปที่ 4.2	กราฟของโลจิสติก..... 83



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานะสุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ ดังจะเห็นได้จากในระหว่างปี พ.ศ.2507-2539 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นโดยผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 69.97 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 74.99 ปี อัตราตายของทารกอายุต่ำกว่าหนึ่งปีต่อเด็กเกิดมีชีพหนึ่งพันคนลดลงอย่างมากจาก 84.3 ในปี พ.ศ.2507 เหลือ 26.1 ในปี พ.ศ.2539 เช่นเดียวกับ อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพหนึ่งแสนคนที่ลดลงจาก 37.2 ในปี พ.ศ.2505 เหลือ 14.7 ในปี พ.ศ.2545 รวมถึงอัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อพื้นฐานได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไอกรน คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค หัด และตับอักเสบบี ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยมีความครอบคลุมถึงร้อยละ 90 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาและกระจายตัวอย่างกว้างขวาง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2543)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในภาพรวมของระบบสุขภาพในประเทศไทยแล้วยังพบปัญหาอยู่ค่อนข้างมาก กล่าวคือ สังคมไทยยังให้ความสำคัญกับสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพมากกว่าการพัฒนาเชิงรุกที่เน้นการสร้างสุขภาพดี และคนไทยป่วยและตายเป็นจำนวนมากจากโรคหรือปัญหาที่ควรจะสามารถป้องกันได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคจิตโรคประสาท หรือติดสารเสพติด และในส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโดยปี พ.ศ.2523 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่า 25,315 ล้านบาท และเพิ่มเป็น 283,571 ล้านบาทในปี พ.ศ.2541 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 11 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2544) นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันก็มีปัญหาทั้งในเรื่องคุณภาพมาตรฐานการรักษาที่แตกต่างกัน โดยมีโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง ไม่มีระบบเชื่อมโยงที่ร่วมกันรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง และปัญหาที่สำคัญถึงแม้ว่าระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการสุขภาพที่มีอยู่จะสามารถครอบคลุมประชาชนคนไทยถึงร้อยละ 80 แต่ประชาชนร้อยละ 20 หรือประมาณ 18 ล้านคนขาดหลักประกันสุขภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ความครอบคลุมการประกันระบบสุขภาพระบบต่างๆ ในประเทศไทย พ.ศ. 2535 - 2543

ระบบประกันสุขภาพ	ความครอบคลุม (ร้อยละ)					
	2535	2538	2540	2541	2542	2543
1. สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	35.9	43.9	44.7	45.1	42.1	40.8
2. สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	11.3	11.0	10.8	10.8	10.8	12.0
3. ประกันสุขภาพภาคบังคับ	4.4	7.3	7.6	8.5	9.2	9.4
- ประกันสังคมและกองทุนทดแทนแรงงาน	4.4	7.3	7.6	8.5	9.2	9.4
4. ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ	3.9	9.8	15.3	15.9	15.8	17.5
- บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	2.3	7.8	13.3	13.9	13.8	14.2
- ประกันสุขภาพภาคเอกชน	1.6	2.0	2.0	2.0	2.0	3.3
รวมผู้ได้รับการประกันสุขภาพ	55.5	72.0	78.4	80.3	77.9	79.7
รวมผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	44.5	28.0	21.6	19.7	22.1	20.3

ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2543)

ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ยอมรับว่าการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์อย่างเท่าเทียมกันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนรวมทั้งประเทศไทย โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยมาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ทั้งนี้การให้หลักประกันสุขภาพถือได้ว่าเป็นมาตรการหนึ่งในการเข้าถึงบริการของประชาชน นั้นหมายความว่าคนไทยทุกคนควรมีหลักประกันสุขภาพที่สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข

นอกเหนือจากปัญหาความไม่ครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพแล้ว ระบบการประกันสุขภาพแต่ละประเภท ยังมีงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน ทำให้มาตรฐานด้านการบริการทางสุขภาพแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 ความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษายาบาล

ระบบประกันสุขภาพ	ค่าใช้จ่ายต่อหัวต่อปี (บาท)	สิทธิประโยชน์และความคุ้มครอง			
		การเลือกสถานพยาบาล	เงินสด	ตั้งครุฑ/คลอดบุตร	การป้องกันโรค/ส่งเสริมสุขภาพ
1. สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	244	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	ไม่มี	จำกัด
2. สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	2,106	รัฐ/เอกชน	ไม่มี	มี	มี
3. ประกันสุขภาพภาคบังคับ					
- ประกันสังคม	1,060	คู่สัญญา	มี	มี	มีบ้าง
- กองทุนทดแทนแรงงาน	n.a.	คู่สัญญา	มี	ไม่มี	ไม่มี
4. ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ					
- บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	446	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	เป็นไปได้อ	เป็นไปได้อ
- ประกันสุขภาพภาคเอกชน	1,667	อิสระ	ตามกรณี	แล้วแต่	แล้วแต่

ที่มา: จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543)

ความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในด้านประสิทธิภาพและความเสมอภาค ในด้านหลักประกันสุขภาพและการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ เกิดเป็นปัญหาของการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ กล่าวคือ การขาดความทัดเทียมในสิทธิประโยชน์ และการสนับสนุนงบประมาณของรัฐ ใช้จ่ายต่อหัวของประชาชนภายใต้โครงการสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) นั้นต่ำกว่ากลุ่มข้าราชการถึง 8.6 เท่า การขาดความต่อเนื่องของหลักประกัน การให้หลักประกันแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ นั้นผูกพันกับเงื่อนไขที่อาจขาดตอนได้ เช่น ผู้สูญเสียอาชีพก็มักจะสูญเสียหลักประกันสุขภาพด้วย บุตรของข้าราชการเมื่ออายุเกิน 18 ปี เป็นต้น ความซ้ำซ้อนของการมีหลักประกันประเภทต่างๆ เนื่องจากเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ประชาชนจึงแสวงหาหลักประกันมากกว่าหนึ่งประเภท ทำให้เกิดการปฏิเสศหรือเกี่ยงการจ่ายระหว่างระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ที่พบบ่อยคือ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ และการได้รับการที่ไม่เท่าเทียมกันของประชาชน หรือถูกเลือกปฏิบัติจากสถานพยาบาล เช่น การให้ยา การให้บริการ เป็นต้น เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มถูกมองว่าเป็นภาระของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ระบบประกันสุขภาพส่วนมากยังขาดการมีส่วนร่วมของ

ประชาชนในการวางนโยบายหรือบริหารจัดการ ทำให้เกิดความอ่อนด้อยในเรื่องความรับผิดชอบ ต่อสังคม ความสามารถในการตรวจสอบและติดตามการดำเนินงาน กลไกการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบต่างๆ ยังมีข้อจำกัดและขาดความชัดเจน รวมถึงไม่มีการตรวจประเมินคุณภาพบริการอย่างเป็นรูปธรรม

จากสภาพปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขพร้อมทั้งนักวิชาการต่างๆ ได้มองเห็นปัญหาและมีความพยายามที่จะปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นเป็นระยะเวลากว่า 20 ปีมาแล้ว โดยความพยายามที่เห็นเป็นรูปธรรม คือ เมื่อปี พ.ศ.2535 ได้มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นเป็นองค์กรอิสระภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสาธารณสุขพร้อมกันนี้ในส่วนของกรมการกระจายอำนาจได้มีการออกพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 เพื่อกำหนดให้รัฐดำเนินการกระจายอำนาจอย่างจริงจังและเป็นขั้นตอนรวมถึงงานทางด้านสุขภาพด้วย นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2543 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูปสุขภาพทั้งระบบ ที่เน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพมากกว่าการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นฝ่ายเลขานุการ และในช่วงต้นปี พ.ศ. 2544 เครือข่ายประชาชนเพื่อรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการหารายชื่อประชาชนเพื่อสนับสนุนการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพที่ภาคประชาชนจัดร่างขึ้น และในที่สุดประเทศไทยก็มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า แม้กระบวนการปฏิรูปสุขภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งระบบสุขภาพที่คนไทยทั้งประเทศวาดฝันจะมีอุปสรรคและเป็นไปด้วยความยากลำบาก แต่ด้วยความตั้งใจที่แน่วแน่ และความปรารถนาดีต่อบ้านเมืองของกลุ่มนักวิชาการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงภาคประชาชนที่มีการเคลื่อนไหวต่างๆ ภาพฝันนั้นก็เริ่มชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทั้งแนวคิดและการปฏิบัติ กล่าวคือ เมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2544 มีการเลือกตั้งทั่วไป ซึ่งเป็นการเลือกตั้งครั้งแรกตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พรรคไทยรักไทยได้เสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคมาเป็นประเด็นหาเสียงสำคัญของพรรค ซึ่งได้รับชัยชนะอย่างท่วมท้นในการเลือกตั้งและเป็นแกนนำในการจัดตั้งรัฐบาล ก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพในส่วนขอระบบบริการสุขภาพและระบบการเงินด้านสุขภาพขึ้น

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีจุดเด่นที่สำคัญหลายประการ กล่าวคือ มีการจัดระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชากรซึ่งเป็นการสร้าง

ความเท่าเทียมให้กับผู้คนในสังคมตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ การรวมเอากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ในชุดบริการหลักควบคู่กับการรักษาพยาบาล และกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว การพยายามสร้างกลไกพัฒนาและควบคุมสถานบริการทุกระดับให้เป็นสถานพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ควบคู่ไปกับการสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภค การจัดระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อเป็นจุดแรกขอใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในระดับที่สูงกว่า นอกจากนี้ยังจะเปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านอื่นๆ ระบบการพึ่งพาตนเองของประชาชน ตลอดจนระบบร้านขายยาเข้าร่วมโครงการในอนาคตด้วย (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

การดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 ใน 6 จังหวัดนำร่อง ประกอบด้วย พะเยา ยโสธร นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา และวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2544 ได้ดำเนินโครงการในระยะที่ 2 ในพื้นที่ 15 จังหวัด ประกอบด้วย แพร่ สระบุรี ภูเก็ต สุรินทร์ อ่างนาจเจริญ อุบลราชธานี นราธิวาส นนทบุรี สุโขทัย สระแก้ว นครราชสีมา เชียงใหม่ ศรีสะเกษ เพชรบุรี และหนองบัวลำภู ต่อมาได้ดำเนินโครงการในระยะที่ 3 ซึ่งให้ความครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร และได้ขยายการดำเนินการให้ครอบคลุมครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2545 เมื่อพิจารณาถึงแนวคิดและหลักการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแล้ว ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อประชาชนอย่างยิ่ง ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน และความยากลำบากของคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วประเทศ

อย่างไรก็ตาม โครงการดังกล่าวเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย แม้แนวคิดและหลักการจะได้รับการยอมรับ แต่เมื่อนำมาปฏิบัติยังไม่ทราบว่า จะได้ผลตามที่คาดหวังหรือไม่ ทั้งนี้บทเรียนในอดีตเกี่ยวกับเรื่องการประกันสุขภาพในประเทศ มีปัญหาที่น่าสนใจหลายกรณี เช่น การเบิกค่ารักษาได้เฉพาะตัวเองเท่านั้น ไม่รวมคนในครอบครัว การเป็นโรคร้ายแรงหรือมีอาการเจ็บป่วยหนัก เมื่อใช้เงินตามสิทธิหมดไปแล้วแต่ความเจ็บป่วยไม่หมดต้องมีการรักษาต่อเนื่องใครจะจ่ายให้ ปัญหาความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ ความไม่พึงพอใจในบริการ และความไม่เสมอภาคระหว่างระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ดังที่กล่าวมา ทำให้ประชาชนบางส่วนต้องหันไปใช้บริการกับสถานพยาบาลเอกชน เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน หรือการซื้อยากินเอง เป็นต้น ไม่เว้นแม้แต่ผู้ถือบัตรสปร. ในเขตเมืองที่นิยมใช้บริการทางการแพทย์จากภาคเอกชนมากกว่าไปใช้บริการกับสถานพยาบาลของรัฐ (ศุภสิทธิ์ พวรรณารุโณทัย และประดิษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุล, 2540) หรือผู้

ประกันตนในโครงการประกันสังคมเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยได้ใช้สิทธิประโยชน์จากการประกันสังคม ทั้งที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนสังคมเป็นประจำทุกเดือน (ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ, 2541)

จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งใน 6 จังหวัดนำร่องของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และเป็นจังหวัดที่ร่วมการวิจัยปฏิบัติการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในปี พ.ศ.2541 และต่อมาเข้าสู่โครงการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขภายใต้โครงการเงินกู้ธนาคารโลกด้านการลงทุนทางสังคม (Social Investment Project: SIP)¹ จึงน่าจะมี ความพร้อมในด้านต่างๆ เพื่อรองรับโครงการ ซึ่งปัจจุบันจังหวัดพะเยาได้ดำเนินการในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมาเป็นระยะเวลา 4 ปีแล้ว โดยพบว่าจังหวัดพะเยามีความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพของประชาชน ร้อยละ 96.08 ของประชากรตามทะเบียนราษฎร และในส่วนของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) มีจำนวนรวม 438,262 คน คิดเป็นร้อยละ 78.8 ของประชากรตามทะเบียนราษฎร ซึ่งมีข้อมูลการใช้บริการแบ่งเป็น ผู้ป่วยนอก 363,157 คน คิดเป็น ร้อยละ 82.9 ของผู้มีบัตรทองทั้งจังหวัด โดยมีจำนวนครั้งของการใช้บริการ 1,065,624 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยในมีผู้ใช้บริการ 36,521 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ของผู้มีบัตรทองทั้งจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2545) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลจะเห็นว่าจังหวัดพะเยามีสัดส่วนของผู้ไปใช้สิทธิในโครงการค่อนข้างมาก ซึ่งต่างจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติที่พบว่า มีผู้ใช้สิทธิในบัตรทองเพียงร้อยละ 50.7 ของผู้มีบัตรทองทั่วประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) ซึ่งถือว่าน้อยมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะลักษณะการดำเนินการในส่วนที่จะถือปฏิบัติในจังหวัดของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของแต่ละจังหวัด² ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองมีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า สำนักงานประกันสุขภาพได้รับเรื่องร้องเรียนผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข 1330, ทาง e-mail, หนังสือร้องเรียน และบุคคลที่มาติดต่อด้วยตัวเองตลอดปีงบประมาณ 2545 จำนวนทั้งสิ้น 2,735 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่พอใจมาตรฐานและคุณภาพการรักษา รองลงมา ได้แก่ การถูกเรียกเก็บเงินจากการไปใช้บริการทั้งที่ใช้สิทธิบัตรทอง เรื่องสิทธิประโยชน์ และไม่พอใจการให้บริการของเจ้าหน้าที่

¹ เป็นโครงการซึ่งมีแนวคิดที่จะพยายามรวมแหล่งเงินภาครัฐ ได้แก่ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพเข้าด้วยกัน และปฏิรูปกลไกจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิและระดับโรงพยาบาล ด้ายอัตราเหมาจ่ายรายหัวและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นข้อมูลประกอบ

² คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือ กสพ. ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งแล้ว

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546) เช่นเดียวกับจังหวัดพะเยาที่มีประชาชนและผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาได้ขอรับคำปรึกษาและร้องเรียนเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ 2546 จำนวนทั้งสิ้น 676 ราย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิซ้ำซ้อน และการตรวจสอบสิทธิ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2546)

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนผู้มีบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดพะเยา เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้หรือไม่ใช้บริการทางการแพทย์ดังกล่าว และเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาการดำเนินงานของโครงการให้มีประสิทธิภาพ เสมอภาค และเป็นธรรม อันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง

1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะประชาชนผู้มีบัตรทองในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพะเยา

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง
2. ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาโครงการ ตลอดจนปรับปรุงสิทธิและเงื่อนไขต่างๆ ของบัตรทองให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างประเทศ

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างประเทศ

แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มต้นมีมานานตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 แต่เดิมหลักสุขภาพจัดตั้งเพื่อเป็นวิธีการทดแทนเงินเลี้ยงชีพขณะเจ็บป่วย ต่อมาได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นการสร้างหลักประกันของการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน หลักประกันสุขภาพเริ่มดำเนินการในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีฝีมือและชาวนาที่ฐานะปานกลาง กลุ่มคนเหล่านี้มีรายได้ต่ำเกินกว่าจะสามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพแก่ภาคเอกชนหรือโรงพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น จึงมีการเก็บเงินเป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือน เพื่อจัดตั้งกองทุนขณะที่ไม่เจ็บป่วย (จิราภา รัตนเพ็ญตระกูล, 2543)

การมีหลักประกันสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วย โดยไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคขัดขวาง นับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับ และได้รับการยอมรับและปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งแต่เดิมจะเกิดขึ้นเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed countries) และประเทศที่มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับสูงเท่านั้น แต่ในปัจจุบันประเทศที่กำลังพัฒนาได้มองเห็นถึงความสำคัญและพยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยศึกษาจากประสบการณ์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว และสามารถดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ สาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาต่างให้ความสำคัญ เพราะการประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกกำหนดเป็นเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน ในรายงานประจำปีขององค์อนามัยโลกปี พ.ศ. 2542 เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาบอกว่า ระบบสาธารณสุขที่ปราศจากการบริหารจัดการจะไม่สามารถตอบสนองของความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Equity) และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย

ในระบบของสังคมนั้นประกอบด้วยประชาชนที่มีฐานะร่ำรวย ปานกลางและยากจน โดยทั่วๆ ไปแล้วคนในสังคมจะสามารถจัดการกับความเสี่ยงในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลครอบครัวหรือตัวเองเมื่อเจ็บป่วย

ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่มีฐานะยากจน การให้ความดูแลของรัฐบาลแก่คนเหล่านี้จะต้องมีความเป็นธรรมและสามารถทำให้คนเหล่านี้เข้าถึงบริการที่จัดได้ การให้บริการด้านสุขภาพของทุกประเทศมีความเป็นไปได้ที่จะให้ประชาชนจ่ายจากกระเป๋าของตนเองหรือของครัวเรือนในการไปใช้บริการบางอย่าง แต่ก็มีปัญหาในประชาชนบางกลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย ทำให้อาจเข้าไม่ถึงบริการและมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ระบบการผลิตและความมั่นคงของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้วที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นั้น จะมีรูปแบบการคลังสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับบริการสุขภาพโดยทั่วหน้านั้น มุ่งหวังในการกระจายความเป็นธรรมในสังคมสองประการ คือการกระจายความเสี่ยงหรือลดความเสี่ยงของบุคคลในการที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (การกระจายภาระค่าใช้จ่าย) และทำหน้าที่ในการกระจายความมั่งคั่งและความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในสังคมกล่าวคือประชาชนทุกคนควรเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็นโดยที่ฐานะด้านเศรษฐกิจไม่เป็นตัวกีดกันการเข้าถึงบริการ

การประกันสุขภาพเป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk sharing) ที่บุคคลในสังคมจะมาร่วมดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยที่ผู้สุขภาพดีก็จะถือว่าได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่มีฐานะดีก็จะมาร่วมดูแลผู้ที่ยากจนกว่า อย่างไรก็ตามดีสักวันหนึ่งเมื่อสมาชิกในสังคมที่ร่วมประกันสุขภาพเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ก็จะได้หลักประกันว่าสังคมจะให้การดูแลรักษาตนเองบ้าง ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความทุกข์และความทุกข์ (Law of average or social solidarity) ในหมู่ประชาชนด้วยกันเอง โดยมีรัฐเป็นเสมือนผู้เสริมแรง (Enforcer) การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคมซึ่งเป็นการส่งเสริมความมั่นคงของสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองทุกประเภท (Comprehensive coverage) ได้แก่การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย การคลอดบุตร ฯลฯ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการ (Access to personal health care) เมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วยโดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

นอกจากนี้จากประกันสุขภาพยังเป็นกลไกในการบริหารทางการเงิน เพื่อที่จะกระจายภาระต้นทุนในการให้บริการ การรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยไปสู่กลุ่มบุคคลที่มาประกันร่วมกัน ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะจัดหรือลดอุปสรรคทางการเงินในการให้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วย โดยมีเหตุผลที่สำคัญของการจัดประกันสุขภาพ คือ

1. ลักษณะของการเจ็บป่วย ไม่ได้มีขึ้นตอนอย่างสม่ำเสมอ และไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการผันผวนของการใช้จ่าย เพื่อรับการรักษาพยาบาล ณ เวลาหนึ่ง ๆ

2. เพื่อเป็นการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างผู้ที่เจ็บป่วยกับผู้ที่ไม่เจ็บป่วยขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคคลในแง่ที่ว่าบุคคลสามารถเข้ารับการักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่าย

3. เพื่อเป็นการส่งเสริมสวัสดิการของบุคคลในด้านสุขภาพอนามัย และสนับสนุนให้บุคคลได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ

การประกันสุขภาพ มีรูปแบบการจัดดำเนินการหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองของแต่ละประเทศ Abel Smith ผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้เสนอเอาไว้ว่า การประกันสุขภาพแบบใด ๆ ก็ควรมีเกณฑ์พิจารณา โดยยึดหลักการดังต่อไปนี้

1. ประหยัดและคุ้มค่า กล่าวคือ ให้ผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป นอกจากนี้ควรมีราคาถูกลงและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย

2. มีการป้องกันไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น

3. จะต้องขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการ โดยผู้ให้ประกันกับการให้บริการโดยรัฐเพื่อที่จะทำให้การจัดบริการทั้งสองประเภทสามารถที่จะผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว

4. เงื่อนไขต่าง ๆ ของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสม สอดคล้องกับผู้ประกันและเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างที่จะยินดีจ่ายเงินสมทบ (Contribution) เป็นค่าของการประกันสุขภาพ

นอกเหนือจากเกณฑ์เหล่านี้แล้วสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาด้วยคือ

1. Affordability กล่าวคือ มีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรร และระบบการบริหารดีพอที่จะดำเนินการได้ ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวรวมถึงทรัพยากรทุกประเภทที่ต้องใช้เพื่อการประกันสุขภาพ เช่น แหล่งที่มาของเงินที่จะนำมาใช้จ่ายดำเนินงาน บุคลากรต่างๆ สถานบริการสาธารณสุข วัสดุ และอุปกรณ์ข้อมูลข่าวสาร วิทยาการ เวลา เป็นต้น

2. Accessibility กล่าวคือ เปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันแสวงหาบริการได้อย่างเพียงพอหรือผลประโยชน์ทางการให้บริการแก่ผู้เอาประกันมีมากพอ

3. Acceptability วิธีการ เงื่อนไขของการประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน รัฐบาลและบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีความสอดคล้องทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศ

4. Accountability มีกลไกที่สามารถใช้ตรวจสอบควบคุม มิให้เกิดความประพฤติมิชอบของผู้ให้บริการ ผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

5. Adaptability การดำเนินงาน เงื่อนไขต่างๆ ควรมีลักษณะที่ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เข้ากับสถานการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สิ่งที่สำคัญคือต้องครอบคลุมทั้งประชากรภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม การขยายความครอบคลุมแก่ภาคนอกเกษตรกรรมจะประสบความสำเร็จต้องสร้างระบบต่างๆ ให้เกิดขึ้น ได้แก่ ระบบการเงินการคลัง องค์กรและขบวนการในการให้บริการ การจัดหารายได้อื่นเสริมจากงบประมาณรัฐ และบทบาทการซื้อบริการที่เข้มแข็ง

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน วินัย สีสมินท์ และศุภศิทธิ พรรณารุโณทัย, 2542) ได้เสนอว่าหลักประกันสุขภาพที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ

- มุ่งให้เกิดการกระจายความเสี่ยง (Pooling of Risk) เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการมีผู้สุขภาพไม่ดีมากเกินไป (Adverse Selection) สำหรับผู้ประกันตน
- มีการกำหนดระยะเวลาการประกันสุขภาพที่ชัดเจนเหมาะสม
- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการคัดกรองผู้ป่วยจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- ครอบคลุมถึงการให้บริการด้านการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ
- มีการบริหารจัดการกองทุนอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะเงินเฟ้อ

ระบบการคลังสุขภาพ การเฉลี่ยความเสี่ยง และกลไกการจ่ายเงินเพื่อสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเกือบทั้งหมดให้เข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่สามารถทำให้ประชาชนเกือบทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพด้วยนโยบายของรัฐ จัดบริการด้วยภาษีจากรัฐ (General Tax) การล่มสลายของกลุ่มประเทศสังคมนิยมในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศสังคมนิยมลดลง ประชาชนต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเองหรือครัวเรือนมากขึ้น ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนหนึ่งกำลังก้าวเข้าสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

ระบบการคลังสาธารณสุขที่ให้หลักประกันด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกคนในประเทศต่างๆ นั้นสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระบบใหญ่ๆ คือ ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Services System) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) และระบบการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service)

ประเทศอังกฤษเป็นตัวอย่างที่ดีของการคลังในรูปแบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติหรือที่เรียกว่า Beveridge Model ตามชื่อ Sir William Beveridge ผู้เสนอแนะให้รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งประเทศอย่างเต็มที่ กล่าวคือ รัฐบาลเป็นผู้จัดทุนสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขเอง ระบบสาธารณสุขจะได้รับการงบประมาณจากรัฐบาลจากภาษีอากรและให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเอง หรือสถานบริการที่รัฐให้การสนับสนุนเงินทุนหรือคลินิกในรูปแบบนี้จะทำให้สามารถคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพได้ และทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกัน และได้รับการยอมรับว่าเป็นระบบที่ส่งเสริมความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคมและมีความเป็นธรรม (Solidarity and equity) ระบบนี้จะแพงหรือถูกขึ้นอยู่กับความยินดีของรัฐบาลว่าจะจัดสรรเงินให้กับบริการสาธารณสุขมากน้อยเท่าใด

ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาตินี้จะทำให้รัฐบาลต้องรับภาระที่หนักมาก และมีบทบาทมากทั้งในด้านการคลังและการจัดบริการ ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลโดยตรงต่อคุณภาพและปริมาณของบริการที่ต้องจัดให้เพียงพอ ระบบนี้จะมีการเมืองเข้ามาแทรกได้มากเมื่อเทียบกับระบบอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากต้องอาศัยเงินงบประมาณมาสนับสนุนการจัดบริการ นอกจากนั้นการที่ใช้งบประมาณที่จำกัดและแน่นอนทำให้การนำเอาเทคโนโลยีใหม่เข้ามานั้นสามารถทำได้ช้า และแน่นอนว่าทางเลือกสำหรับประชาชนก็ต้องจำกัดไปด้วย

2. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม ต้นแบบคือประเทศเยอรมันนี้เรียกรูปแบบนี้ว่า Bismarck Model ตามชื่อของ Otto Von Bismarck ผู้เป็นต้นคิดของระบบนี้ ปรัชญาสำคัญของระบบนี้คือแนวคิดด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (Social Solidarity) กล่าวคือคนรวยช่วยคนจน คนมีสุขภาพดีช่วยคนมีสุขภาพด้อยกว่า คนหนุ่มสาวช่วยเด็กและคนชรา ลักษณะสำคัญของระบบนี้คือประชาชนทุกคนที่มีรายได้ต้องมีการจ่ายเงินจำนวนหนึ่งของรายได้ของตนเพื่อการประกันสุขภาพสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว รวมถึงกลุ่ม

คนที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือได้น้อยเพื่อครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ เช่น บริการด้านสุขภาพอื่นๆ โดยอัตราการจ่ายจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายด้วยนั้นปกติ คือ นายจ้าง หรือในบางประเทศรัฐบาลก็เข้าไปร่วมจ่ายด้วย และลูกจ้างก็จะได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กำหนดและรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วย (กรณีของไทยที่ปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมไปถึงครอบครัว) ระบบนี้ต่างจากระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติเพียงวิธีการบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งเงินทุนเท่านั้น สำหรับการบริหารจัดการนั้นอาจดำเนินการโดยรัฐเอง หรืออาจเป็นองค์กรเอกชนก็ได้ รัฐเพียงควบคุมกำกับและปกติผู้ให้บริการก็อาจเป็นได้ทั้งภาครัฐและเอกชน

รูปแบบนี้ถูกแทรกแซงจากระบบการเมืองน้อยกว่ารูปแบบแทรก เนื่องจากการบริหารจัดการภายใต้กฎหมายของตนเอง มีความแน่นอนในด้านรายรับมากกว่ารูปแบบแรก เนื่องจากไม่ต้องไปแข่งขันกับกระทรวงอื่น ๆ ในด้านงบประมาณ และประชาชนก็ยินดีที่จะจ่ายมากกว่าการเพิ่มภาษี ทั้งนี้เนื่องจากมองเห็นชัดเจนถึงวัตถุประสงค์ของการจ่าย แต่ข้อจำกัดของระบบนี้จะมีค่าบริหารจัดการที่สูงกว่าระบบแรก เนื่องจากต้องมีการเก็บเบี้ยประกันแยกต่างหาก นอกจากนี้ในประเทศที่มีประชาชนทำงานอยู่นอกระบบมาก ไม่มีรายได้ประจำจะทำให้การเก็บเบี้ยประกันมีความยากลำบากมากขึ้น ขณะเดียวกันปัญหาด้านเศรษฐกิจก็อาจมีผลกระทบต่ออำนาจการจ่ายเบี้ยประกันของประชาชน อย่างไรก็ตามระบบนี้ก็มีความมั่นคงกว่าระบบแทรก เนื่องจากประกันสังคมมีเงินสำรองที่เก็บจากผู้ประกันตนอยู่มากเมื่อเทียบกับภาระที่ต้องของงบประมาณจากรัฐบาล

3. ระบบบัญชีการออมเพื่อบริการสุขภาพ (Medical Saving Account)

รูปแบบนี้จะต้องมีบัญชีการออมของประชาชนทุกคนหรือทุกครัวเรือน เพื่อการใช้จ่ายสำหรับบริการด้านสุขภาพ แนวคิดหลักคือถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน แต่ความจำเป็นด้านสุขภาพก็เชื่อว่าไม่สามารถคาดการณ์ได้ทั้งหมด ปกติความจำเป็นด้านสุขภาพของคนจะมีสูงขึ้นเมื่อวัยมากขึ้น ดังนั้นการออมเพื่อบริการด้านสุขภาพจึงเป็นการวางแผนตั้งแต่วันที่ยังมีสุขภาพดีอยู่ เป็นการให้ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพของตนเองตลอดช่วงอายุขัยของตนเองระบบนี้มีข้อดีอยู่ที่ว่าการที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพจากบัญชีการออมของตนเองนั้นจะช่วยไม่ให้มีการใช้บริการที่เกินจำเป็นได้ อย่างไรก็ตามการออมอย่างเดียวก็อาจไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่าบริการได้ หากประสบกับการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพงมาก ดังนั้น ในระบบนี้สิ่งที่จะต้องมีความคู่ไปด้วยคือการประกันสำหรับการเจ็บป่วยที่อาจทำให้ถึงกับล้มละลาย (Catastrophic Insurance) ระบบนี้ถือถือว่าเป็นการประกันสุขภาพสำหรับตนเองใน

อนาคตและคาดว่าระบบนี้จะแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับประกันสังคมเมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนทุกคนรับผิดชอบอนาคตของตนเอง สำหรับในกรณีของประชาชนที่มีฐานะยากจน อาจไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการออก ก็จำเป็นต้องมีระบบรองรับซึ่งก็ไม่พ้นรัฐต้องเข้าไปจัดการโดยอาศัยระบบภาษีเข้ามาช่วย ในกรณีของสิงคโปร์ก็จะมี Medifund สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้หรือบัญชีเงินออมมีไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

บัญชีการออมเพื่อสุขภาพ เป็นกลไกในการสะสมทุนสำหรับการใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพที่กำหนดเท่านั้น ระบบคล้ายกับการกองทุนบำเหน็จบำนาญ กล่าวคือมีการออมในขณะที่ยังมีรายได้อยู่และสามารถถอนออกมาใช้ได้สำหรับบริการสุขภาพตามข้อกำหนด การที่ต้องออมเพื่อใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพเท่านั้น อาจทำให้คนไม่มีแรงจูงใจในการออมพอ ดังนั้น จึงมีมาตรการเสริม เช่น ให้ใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพของบุคคลในครอบครัวด้วย หรือการจ่ายชดเชยเมื่อเจ็บป่วย

อย่างไรก็ดี การที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการได้ถ้วนหน้าไม่ว่าจะจะเป็นระบบใดก็ตาม สิ่งที่เหมือนกันประการหนึ่งคือ รัฐต้องเข้าไปจัดการให้เกิดขึ้น โดยอาจเป็นการเข้าไปจัดให้มีขึ้นเอง เช่น ในกรณีของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ หรือการออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพในกรณีของรูปแบบประกันสังคมและการออมเพื่อสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบระบบการคลังสาธารณสุขแต่ละประเภท จะเห็นว่าต่างก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน กล่าวคือ ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาตินั้นมีข้อเด่นด้านบริหารจัดการต่ำและมีความเป็นธรรมเนื่องจากระบบภาษีรายได้ส่วนใหญ่เป็นในอัตราก้าวหน้า แต่ก็มีข้อด้อยคือภาระทั้งหมดจะอยู่ที่ภาครัฐแต่ฝ่ายเดียวหรือเป็นส่วนใหญ่ หากรัฐบาลประสบปัญหาการจัดเก็บถึงแม้จะประสบกับปัญหาเศรษฐกิจก็ยังมีกองทุนสำรองอยู่ ต่างจากระบบงบประมาณและประชาชนยินดีจ่ายมากกว่าการจ่ายภาษี นอกจากนี้ยังสามารถดำเนินงานและกำหนดนโยบายได้อิสระกว่าระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ เนื่องจากการเมืองแทรกแซงได้น้อยกว่ามีกฎหมายรองรับ แต่ก็มีค่าบริหารจัดการสูงและหากมีประชาชนทำงานนอกระบบมากก็จะมีปัญหาด้านการจัดเก็บเบี้ยประกัน สำหรับระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพนั้น มีข้อเด่นตรงสามารถป้องกันการให้บริการเกินจำเป็นของประชาชนได้ เนื่องจากการจ่ายจากบัญชีตนเอง สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั่วหน้าได้โดยบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องมีการออกเพื่อสุขภาพ และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและสุขภาพของตนเอง แต่ก็มีข้อด้อยตรงที่ไม่ได้มีการกระจายความเสี่ยงและทรัพยากรระหว่างกลุ่มคนในสังคม คนที่มีฐานะยากจนจะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ทำให้อาจมีปัญหาด้านการขาดความเป็นธรรมได้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของระบบการคลังสาธารณสุขแต่ละประเภท

ระบบการคลัง	ข้อดี	ข้อด้อย
ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริหารจัดการต่ำ เนื่องจากไม่ต้องมีการจัดเก็บเบี้ยประกัน 2. มีความเป็นธรรม ถ้าระบบภาษีโดยรวมมีลักษณะก้าวหน้าซึ่งระบบภาษีที่เป็นธรรม จะประกอบด้วยภาษีรายได้ที่มีอัตราก้าวหน้าตามรายได้เป็นส่วนประกอบหลัก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความไม่แน่นอนของไปแข่งขันกับกระทรวงอื่นในการของบประมาณ 2. ถูกการเมืองแทรกแซงได้ง่ายและมาก 3. มีปัญหาเรื่องการขาดประสิทธิภาพของระบบราชการ และการไม่ค่อยตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน
ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความแน่นอนของเงิน สำหรับบริการสุขภาพ 2. ประชาชนมักยินดีจ่ายมากกว่า ภาษีเนื่องจากมีวัตถุประสงค์และได้ผลกลับคืนมาชัดเจน 3. ค่อนข้างตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนดี 4. ผู้ให้บริการมีรายได้ที่แน่นอน และดีขึ้นเมื่อเทียบกับระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริหารจัดการสูง 2. ถ้าประชาชนส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบไม่ได้มีเงินเดือนประจำ จะมีปัญหาในการบริหารจัดการค่อนข้างมาก 3. ในสังคมที่สัดส่วนผู้สูงอายุมาก จะทำให้ภาระการจ่ายเงินของคนทำงานเพิ่มขึ้น
ระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่บริการเกินจำเป็น 2. ลดภาระของรัฐและสังคม โดยรวมเนื่องจากทุกคนรับผิดชอบเฉพาะครอบครัวตนเอง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคล (หากไม่มีระบบเสริม) ซึ่งจะมีปัญหาด้านความเป็นธรรม 2. มีปัญหาด้านการบริหารจัดการเหมือนประกันสังคม

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมศิริวัฒน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์ (2543)

2.1.2 วิวัฒนาการของการริเริ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างประเทศ

ประเทศแคนาดา มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีวิวัฒนาการมาจากระบบประกันโรงพยาบาล (Hospital Insurance) และในปี ค.ศ.1956 ได้ออกเป็นกฎหมาย Hospital Insurance and Diagnostic Service (HIDS) เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนที่รับบริการจากโรงพยาบาล และในปี ค.ศ.1966 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ปรับเปลี่ยนเป็นระบบบริการ สุขภาพแห่งชาติตามกฎหมาย Medical Care Act

ประเทศอังกฤษ ประชากรทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเจ็บป่วยมีสิทธิใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการตั้งแต่ปี ค.ศ.1948 มีการออกพระราชบัญญัติ National Health Service Act และก่อตั้ง National Health Service เป็นองค์กรหลักในการบริหารงานด้านสุขภาพ

ประเทศออสเตรเลีย ในการดำเนินนโยบายเพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นได้มีการจัดตั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำหนดของกฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายสาธารณสุขชื่อ National Health Act และดำเนินงานภายใต้ระบบบริการชื่อ Medicare Program

ประเทศเยอรมันนี มีการประกันสังคมเกิดขึ้นเป็นประเทศแรก คือตั้งแต่ปี ค.ศ.1881 ภายใต้การปกครองของ Bismarck ซึ่งต้องการให้ประชาชนในความปกครองที่เป็นลูกจ้างได้รับบำนาญโดยให้นายจ้างและรัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายของการประกันสังคมและในปี ค.ศ.1883 ได้ตรากฎหมายประกันสังคมฉบับแรกขึ้นบังคับใช้เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้ทุพพลภาพและคนชรา

ประเทศญี่ปุ่น เริ่มจากการออกกฎหมายประกันสุขภาพในปี ค.ศ.1928 โดยใช้ระบบประกันสุขภาพแบบเยอรมันนี และได้มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมขึ้นในปี ค.ศ.1938 เพื่อดูแลด้านสุขภาพประชาชนหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และอิทธิพลจากประเทศอเมริกาได้ทำให้ญี่ปุ่นประกาศกฎหมายรัฐธรรมนูญ ซึ่งบัญญัติให้รัฐบาลรับผิดชอบด้านสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข

ประเทศไต้หวัน ระบบประกันสุขภาพแรงงานเป็นระบบแรกที่มีในไต้หวัน หลังจากนั้นก็มีระบบประกันสังคมและประกันข้าราชการ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนได้ทั้งหมดด้วยปัจจัยการเติบโตของเศรษฐกิจ และการขัดแย้งทางการเมืองของระบบกับฝ่ายค้าน ผลักดันให้รัฐบาลสร้างความมั่นคงทางการเมืองโดยรัฐบาลได้กำหนดให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี ค.ศ.2000 (Health Insurance

For All by the Year 2000) และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจึงได้จัดให้มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ขึ้น

ประเทศเกาหลีใต้ เริ่มมีระบบประกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพ ซึ่งมีรากฐานมาจากรูปแบบ Bismarck's Model หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี ค.ศ.1977 ได้ออกกฎหมายประกันสุขภาพโดยการบังคับให้โรงงานที่มีลูกจ้างมากกว่า 500 คน เข้าร่วมระบบประกันสังคม และในปี ค.ศ.1983 ได้มีกฎหมายประกันความเจ็บป่วยจากการทำงานในโรงงาน

ประเทศสิงคโปร์ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้ประกาศให้ความสำคัญกับเรื่องสาธารณสุขว่ามีความสำคัญเป็นอันดับห้า ถัดจากเรื่องความมั่นคงของประเทศ การจัดหางานทำ ที่พักอาศัยและการศึกษา

2.1.3 การครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ประเทศแคนาดา มีระบบบริการครอบคลุมบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานและบริการในโรงพยาบาล การบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของแคนาดาไม่มีการกำหนดไว้ชัดเจนว่าอะไรคือขั้นพื้นฐานที่จำเป็น รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดขอบเขตสิทธิประโยชน์ การดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ประเทศอังกฤษ ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคนใช้ระบบประกันที่เป็นภาคบังคับลักษณะหลักของระบบ Population-based สิทธิประโยชน์ครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การป้องกันฟื้นฟู สามารถเลือกแพทย์เวชปฏิบัติได้ แพทย์ปฏิบัติเป็นผู้ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางและโรงพยาบาล

ประเทศออสเตรเลีย จะมีโครงการ Medicare Program ซึ่งเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีสิทธิประโยชน์ประกอบด้วยบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การบริการ การตรวจรักษา การชันสูตร เอ็กซเรย์ และการผ่าตัดที่จำเป็นบางประเภท เช่น ผ่าตัดช่องปากบางรายการ การบริการในโรงพยาบาล รวมถึงค่าอาหารและค่าผ่าตัด สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้จะไม่ครอบคลุมรายจ่ายแว่นตา คอนแทคเลนส์ ทันตกรรมทั่วไป กายภาพบำบัด ตรวจร่างกายประจำปี ผ่าตัด ตกแต่ง จ่ายทดแทนเงินเดือนหรือค่าบริการสำหรับคนในครอบครัว แพทย์และผู้ร่วมงานแพทย์

ประเทศเยอรมันนี ในการจัดบริการจะครอบคลุมทั้งด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก อนามัยโรงเรียน จัดหาน้ำสะอาด กำจัด

ของเสีย อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเยอรมันนั้นจะมีการจัดบริการขั้นพื้นฐานครบถ้วนครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และค่าเดินทางเพื่อรับบริการ ส่วนบ้านพักผู้ป่วยเรื้อรังและบ้านพักคนชราจะอยู่นอกความรับผิดชอบของระบบประกันสุขภาพเป็นความรับผิดชอบขององค์กรท้องถิ่นหรือองค์กรการกุศล

ญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ employee-based, community-based, health program for elderly และ private managed insurance ซึ่งทั้ง 4 ประเภทนี้จะครอบคลุมผู้ประกันตนและครอบครัวโดยคุ้มครองการบริการทางการแพทย์ เช่น การตรวจร่างกายประจำปี และการคลอดบุตรนั้นไม่ได้รับการคุ้มครอง ยกเว้นในการผ่าตัดคลอดบุตร นอกจากนี้ยังมีสิทธิประโยชน์อื่นๆ อีก ได้แก่ ค่าบริการทางการแพทย์ เงินตอบแทนเงินเดือน การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเงินช่วยมารดา เงินตอบแทนแม่และเด็ก ค่าทำศพ และค่าเดินทางเพื่อรักษาบาดแผล

ไต้หวันมีระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพแรงงานสำหรับลูกจ้างโรงงานเอกชน ระบบประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและครอบครัว และระบบประกันสุขภาพสำหรับชาวนาทุกคน ทั้งสามระบบนี้ครอบคลุมประชาชนร้อยละ 58 ผู้ที่มีหลักประกัน ได้แก่ เด็ก นักเรียน สตรีทำงานนอกบ้าน และผู้สูงอายุ ส่วนประชาชนที่เหลือร้อยละ 43 เป็นทหารและครอบครัวที่มีระบบประกันสุขภาพทหารแยกต่างหาก สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้งหมดครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ทั้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและเรื้อรัง การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาการเจ็บป่วยทางจิตประสาท ทันตกรรม การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลที่บ้าน

เกาหลีใต้ สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของเกาหลีใต้นั้นค่อนข้างจำกัดกว่าของญี่ปุ่นมาก เนื่องจากมีเบี้ยประกันต่ำ ระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมด้านการบริการทางการแพทย์สำหรับการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อนามัยมารดา การผ่าตัด ยา บริการพยาบาล และค่าพาหนะในการนำส่งผู้ป่วย นอกจากนี้จะมีสิทธิประโยชน์ที่เป็นตัวเงินสำหรับการดูแลรักษาตัวและกรณีเสียชีวิตเป็นค่าทำศพ สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมประกอบด้วย การผ่าตัดเสริมสวย ค่าห้องเกินกว่าสิทธิประโยชน์ที่ให้ การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำร้ายตัวเอง การไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยตรงไม่ผ่านการส่งต่อ นอกจากนี้ก็มีการบริการหลายอย่างที่ไม่ครอบคลุมซึ่งผู้ป่วยต้องจ่ายเองเต็มราคา เช่น อาหาร เป็นต้น

สิงคโปร์ สิทธิประโยชน์ของระบบบัญชีการออมของสิงคโปร์นั้นค่อนข้างจำกัด เนื่องจากจะใช้เงินในบัญชานั้นได้ต้องเป็นการจ่ายสำหรับบริการที่รักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในและ

บริการที่มีราคาแพงในผู้ป่วยนอกบางประเภทเท่านั้น เดิมครอบคลุมเฉพาะเตียงสามัญเท่านั้น ต่อมาได้ครอบคลุมเตียงทุกประเภท รวมถึงการใช้จ่ายทางการแพทย์ของบุคคลในครอบครัว ในบริการผู้ป่วยนอกนั้นครัวเรือนต้องรับผิดชอบเอง ประชาชนมีสิทธิและทางเลือกในการไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ทั้งของรัฐและเอกชน ในภาครัฐนั้นจะมีการเก็บค่าบริการในอัตราคงที่ คือ ครั้งละ 7 เหรียญสำหรับผู้ใหญ่ และ 3.5 เหรียญสำหรับผู้สูงอายุและเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

2.2.1 วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

ในศตวรรษที่ผ่านมาประชากรส่วนใหญ่ของโลกรวมทั้งประเทศไทย ดูแลรักษาสุขภาพโดยวิธีดั้งเดิมที่พึ่งตนเองและครอบครัวเป็นหลัก นับจากเริ่มใช้ธรรมนูญองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2489 การวิวัฒนาการและการปฏิรูประบบสาธารณสุขของโลกจึงได้เกิดขึ้นอย่างมาก เนื่องจากผู้นำประเทศต่างๆ ได้ตระหนักว่าปัญหาด้านสาธารณสุขเป็นภัยคุกคามคุณภาพชีวิตและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลก จนกระทั่งในปี พ.ศ.2521 องค์การอนามัยโลกร่วมกับสำนักงานกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ.2543 ขึ้น ส่งผลให้มีการใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักในการพัฒนาสุขภาพ เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจช่วงปี พ.ศ.2540 สังคมไทยได้ตระหนักว่าถ้าขาดความเป็นธรรมในสังคมโดยเฉพาะการกระจายรายได้แล้ว การพัฒนาเศรษฐกิจแม้จะดีเพียงใดก็จะไม่ยั่งยืน (ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2545) ดังนั้นสังคมไทยจึงได้สนใจเกี่ยวกับความเป็นธรรมในสังคมมากขึ้น โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้กล่าวถึงการมีสิทธิเท่าเทียมกันทางสุขภาพเป็นครั้งแรก โดยระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด”

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย เริ่มจากในปี พ.ศ.2488 ได้มีการยกเว้นการเก็บค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ยากจน โดยผ่านการพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์ภายใต้อำนาจของหัวหน้าสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาปี พ.ศ.2518 สมัยที่ มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ออกนโยบายสงเคราะห์ประชาชนผู้มียาได้น้อยในการรักษาพยาบาล (สปน.) และมีการพัฒนาให้เป็นระบบมากขึ้นเป็นระยะๆ จนกลายเป็นระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ในที่สุด นอกจากนี้มีการพัฒนาการประกันสุขภาพใน

รูปแบบต่างๆ สำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ อีกหลายเรื่อง ได้แก่ การพัฒนากฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจรวดใน ปี พ.ศ. 2497 การประกันสุขภาพเอกชน ภายใต้กฎหมายประกันภัยภาคเอกชนซึ่งมีการดำเนินงานเป็นระบบชัดเจนในปี พ.ศ.2521 การจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวในปี พ.ศ.2523 การเริ่มโครงการบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2526 และการเริ่มใช้พระราชบัญญัติประกันสังคมในปี พ.ศ.2533 โดยเกือบทุกระบบมุ่งที่การประกันการรักษายาบาล มีส่วนน้อยที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคควบคู่ไปด้วย เช่น โครงการบัตรสุขภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพที่กล่าวมานั้นครอบคลุมประชาชนได้เพียงบางส่วน โดยในปี พ.ศ.2539 ประชาชนประมาณร้อยละ 70 มีหลักประกันสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างในด้านการบริหารจัดการ ประสิทธิภาพในการดำเนินการ ตลอดจนมีความซ้ำซ้อนกันอยู่มาก ผลจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้ผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยรัฐบาลในขณะนั้นได้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และในปี พ.ศ.2543 ได้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประเทศไทย จนกระทั่งรัฐบาลนำโดยพรรคไทยรักไทยซึ่งชนะการเลือกตั้งในเดือนมกราคม พ.ศ.2544 ได้ด้วยเหตุผลหนึ่งที่สำคัญคือ นโยบายสามสิบบาทรักษาทุกโรค จึงเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยรุดหน้าไปมากขึ้น โดยการเริ่มใน 6 จังหวัดนำร่องในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2544 ต่อมาในวันที่ 1 มิถุนายน ปีเดียวกัน ได้ขยายโครงการไปอีก 15 จังหวัด และได้ดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2545

2.2.2 ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในส่วนนี้จะอธิบายระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยในภาพรวม โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์และลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพแต่ละรูปแบบ ซึ่งสามารถจำแนกระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี พ.ศ.2544 ได้เป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ
 เกื้อกูล (สปร.)

ระบบนี้เป็นการให้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ
 เกื้อกูล ได้แก่ คนยากจน ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กประถมศึกษา และได้ขยายความครอบคลุมไปถึง
 นักบวช ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และคนในครอบครัว

ระบบนี้เริ่มโดยรัฐบาลในปี พ.ศ.2518 เพื่อต้องการให้คนยากจนเข้าถึงการรักษาพยาบาล
 ที่จำเป็นโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และในปี พ.ศ.2524 ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศ โดยมีผู้
 ได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ครั้งแรก 10.9 ล้านคนหรือร้อยละ 23 ของประชาชน
 ทั้งหมด ต่อมาปี พ.ศ.2535 ได้ขยายความครอบคลุมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ และปี พ.ศ.2536 ได้ครอบ
 คลุมไปถึงเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการและผู้นำทางศาสนา ปี พ.ศ.2537 ได้เปลี่ยนชื่อจาก
 โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)
 ซึ่งครอบคลุมกลุ่มบุคคลที่สมควรช่วยเหลือเกื้อกูลทั้งหมด 6 กลุ่ม ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ
 เด็กอายุ 0-12 ปี ทหารผ่านศึก ผู้นำศาสนา/ผู้นำชุมชน และผู้พิการ

การจัดสรรงบประมาณของโครงการนี้ได้รับการอุดหนุนจากเงินภาษีทั้งหมด ประชาชนผู้มี
 สิทธิไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ¹ โดยมีงบประมาณต่อจำนวนประชากรที่มีบัตรประมาณ 244 บาทต่อ
 คน ซึ่งถือว่าต่ำกว่าโครงการอื่น (โครงการประกันสังคมประมาณ 1,060 บาทต่อคน และสวัสดิการ
 ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 2,106 บาทต่อคน) ขณะที่อัตราการรับบริการของประชากร
 กลุ่มนี้โดยเฉพาะผู้สูงอายุและเด็กสูงกว่าอัตราการรับบริการของผู้มีสิทธิประกันสังคม ซึ่งส่วนใหญ่
 เป็นวัยทำงาน ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากมีความรู้สึกว่างบประมาณที่ได้รับไม่สอดคล้องกับ
 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลจำนวนไม่น้อยจึงมักมองว่าประชาชนกลุ่มนี้
 เป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล และมีแนวโน้มที่จะจำกัดการให้การรักษาพยาบาลแก่
 คนกลุ่มนี้ ทั้งในด้านการให้บริการและการให้ยา ส่วนประชาชนในกลุ่มนี้บางส่วนก็มีความรู้สึก
 ว่าไม่ได้รับบริการที่ดีหรือมีคุณภาพ ซึ่งปัญหานี้เป็นสิ่งที่ติดอยู่ในใจของสถานพยาบาลและ
 ผู้ใช้บริการมาเป็นเวลานาน

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความตรงของการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อย ส่วน
 หนึ่งเกิดจากการที่กลุ่มเป้าหมายไม่สนใจ เช่น พ่อแม่ที่มีฐานะพอสมควรมักไม่สนใจทำบัตรสปร.
 ให้เด็ก ทหารผ่านศึกและครอบครัวไม่สนใจทำบัตรเนื่องจากมีความรู้สึกว่าการทำบัตรทหารผ่านศึกได้รับ
 ความคุ้มครองมากกว่าบัตรสปร. เป็นต้น

¹ ยกเว้นบางกรณีที่สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้ไม่ได้ครอบคลุม เช่น การล้างไต เป็นต้น

นอกจากนี้ การค้นหาผู้มีรายได้น้อยเป็นที่สิ่งสำคัญและเป็นปัญหาของระบบนี้ เนื่องจากการประเมินว่าผู้ใดมีรายได้น้อยสมควรได้รับบัตร เป็นการประเมินจากรายได้ที่เป็นตัวเงินเท่านั้น โดยครั้งแรกกำหนดว่าครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน หรือคนโสดที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นเส้นแบ่งความยากจน ถือว่าเป็นผู้มีรายได้น้อยและสมควรได้รับบัตรสงเคราะห์ เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 และตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 ได้เปลี่ยนแปลงเป็นเกณฑ์รายได้ของครัวเรือนต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือน หรือคนโสดต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จากการสำรวจของสำนักงานโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2543 พบว่ามีการออกบัตรสปร.มีความครอบคลุมร้อยละ 16 หมายความว่า คนยากจนต่ำกว่าเกณฑ์ที่รัฐกำหนดมีเพียง 16 คนจากคนจน 100 คนเท่านั้นที่ได้รับบัตร และมีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 28 หมายความว่า ผู้ที่ถือบัตรสปร.อยู่ประมาณร้อยละ 72 ไม่ใช่ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่รัฐกำหนด หรือผู้ที่ได้รับบัตรรายได้น้อยที่ไม่ใช่คนจนมีจำนวนมากกว่าที่เป็นคนจนจริงๆ ซึ่งถือได้ว่าเป็นความล้มเหลวของโครงการที่มีจุดมุ่งหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพของคนจน หรือกล่าวได้ว่าโครงการนี้เข้าไม่ถึงคนจนจริงๆ

2. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว

ระบบนี้เป็นความคุ้มครองทางสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ข้าราชการตลอดจนสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน เริ่มใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2523 และได้ครอบคลุมประชากรประมาณ 7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2542

ระบบนี้ถูกมองว่าเป็นระบบที่ให้สวัสดิการด้านสุขภาพกว้างขวางที่สุดในประเทศ เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับระบบอื่นๆ แล้ว ระบบนี้มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีสูงที่สุดคือประมาณ 2,106 บาท โดยก่อนมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เริ่มใช้ในปี พ.ศ.2541 ผู้มีสิทธิสามารถใช้สิทธิที่สถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ ไม่มีการลงทะเบียนของผู้มีสิทธิเพื่อเลือกโรงพยาบาลคู่สัญญา และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มจำนวนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (Fee for Service) โดยไม่มีอัตรากำหนดล่วงหน้าหรือมีเพดานค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ยกเว้นค่ายานอกบัญชียาหลัก ซึ่งจะเบิกได้เฉพาะกรณีที่คุณะกรรมการของโรงพยาบาลรับรอง และการตรวจสุขภาพ

ประจำปี¹ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินก็สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนได้ ซึ่งไม่สร้างแรงจูงใจให้เกิดการใช้บริการอย่างมีเหตุผลทั้งฝ่ายผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการ รวมถึงการขาดกระบวนการตรวจสอบที่รัดกุม ค่าใช้จ่ายจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่าในระหว่างปี พ.ศ.2531-2544 ด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี (วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ, 2547) จึงมีความพยายามปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหลายครั้ง โดยในปี พ.ศ.2541 ได้มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย เพื่อลดค่าใช้จ่ายของโครงการโดยลดสิทธิประโยชน์บางด้านลง เช่น จำกัดการจ่ายค่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลัก จำกัดจำนวนวันนอน เป็นต้น และปัจจุบันยังมีความพยายามในการพัฒนาการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการอยู่เรื่อยมา

3. ระบบประกันสุขภาพบังคับ (Compulsory Health Insurance)

ระบบนี้เป็นระบบประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายเฉพาะ ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบย่อย ดังนี้

(1) ระบบประกันสังคม เกิดขึ้นในรัฐบาลสมัยพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณเป็นนายกรัฐมนตรี ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 โดยหลักการแล้วระบบนี้เป็นระบบภาคบังคับสำหรับลูกจ้างและพนักงานเอกชน โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2534 ในปีแรกจะบังคับใช้สำหรับในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คน ขึ้นไป ประมาณ 4 ล้านคน ต่อมาใน พ.ศ. 2536 ได้ขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ซึ่งทำให้แรงงานไทยได้รับการคุ้มครองเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 0.5 ล้านคน และได้ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างหนึ่งคนขึ้นไปในเดือนเมษายน พ.ศ.2545

สำหรับแหล่งที่มาของเงินมาจากการร่วมจ่ายเบี่ยงประกันเข้ากองทุนของไตรภาคีคือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ซึ่งอัตราการร่วมจ่ายได้เปลี่ยนแปลงหลายครั้งตั้งแต่เริ่มโครงการในปี พ.ศ.2534 จ่ายเท่ากันทุกฝ่ายฝ่ายละ 1.5% ของเงินเดือน และในปี พ.ศ.2546 ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายฝ่ายละ 4% ของเงินเดือน ส่วนรัฐบาลจ่าย 2% ของเงินเดือน² โดยมีคณะกรรมการดูแลการบริหารกองทุนและการซื้อบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้เอาประกัน การดูแลผู้ประกันตน

¹ ทำได้เฉพาะตัวข้าราชการและลูกจ้าง ซึ่งมีสิทธิเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐปีละ 1 ครั้ง และเบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด คือ อายุไม่เกิน 35 ปี เบิกได้ไม่เกิน 400 บาท อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปเบิกได้ไม่เกิน 860 บาท

² สำหรับลูกจ้างที่มีเงินเดือนสูงกว่า 15,000 บาท จะคำนวณเงินสมทบจาก 15,000 บาทเท่านั้น ซึ่งเป็นระบบที่ถดถอยต่อรายได้ คือผู้ที่มีเงินเดือนเกิน 15,000 บาทจะจ่ายเงินสมทบในอัตราที่ลดลง โดยเพดานเงินสมทบสูงสุดที่เรียกเก็บจากลูกจ้างและนายจ้างคือ 600 บาทต่อเดือน ไม่ว่าจะลูกจ้างจะมีเงินเดือนจริงเท่าไรก็ตาม

ทำโดยการทำสัญญาจ้าง (Subcontract) กับสถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชน โดยจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งมีข้อดีหลายประการ เช่น จำกัดให้ใช้บริการเฉพาะสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเท่านั้น หากมีเหตุฉุกเฉินก็จะไม่สะดวก หรือสถานพยาบาลมีแนวโน้มที่จะประหยัดค่าใช้จ่ายจนเลือกวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ต่อมาจึงได้ปรับกลไกการจ่ายเงินโดยผสมผสานกับวิธีอื่นๆ คือ มีการจ่ายเงินตามรายการที่เรียกเก็บให้กับสถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนในกรณีฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด การจ่ายเงินเพิ่มเติมให้กับสถานพยาบาลในการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อลดอัตราการเบี่ยงเบนการใช้การรักษาที่ถูกต้องแต่อาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการจ่ายเงินเพิ่มเติมให้กับสถานพยาบาลที่มีผู้มารับบริการมาก เพื่อชดเชยอัตราเสี่ยงที่ไม่เท่ากันของแต่ละสถานพยาบาล ซึ่งวิธีการจ่ายเงินเหล่านี้ก่อให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นกว่าการจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตราเดียว อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการจ่ายเงินยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ส่วนค่าใช้จ่ายกรณีฉุกเฉินและการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงค่อยๆ เพิ่มขึ้น แต่ยังมีสัดส่วนไม่สูงมากนัก

สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคมจะคุ้มครองผู้ประกันตนใน 4 กรณี คือ กรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีเสียชีวิต และในปี พ.ศ.2541 ได้ขยายความคุ้มครองอีก 2 กรณี คือ กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ โดยสิทธิประโยชน์ประกอบด้วย สิทธิการเข้ารับการรักษาพยาบาล การรับเงินค่าชดเชยในการคลอด ทัศนกรรม การทำศพ (ในลักษณะเหมาจ่ายและจำกัดจำนวนครั้ง) การคุ้มครองด้านการดำรงชีพ เช่น เงินทดแทนการขาดรายได้สำหรับผู้เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ อย่างไรก็ตาม ไม่รวมการตรวจสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีน เป็นต้น

(2) กองทุนเงินทดแทนแรงงาน ดำเนินงานภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนดอัตราร้อยละ 0.2-0.3 ของค่าจ้างเข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว (Employer Liability Scheme) การมีกองทุนนี้ก็เพื่อให้หลักประกันการเจ็บป่วยแก่ลูกจ้าง ซึ่งปฏิบัติงานให้กับนายจ้างตามกฎหมายแรงงาน การจ่ายค่ารักษาพยาบาลใช้วิธีจ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (Fee for Service) แบบมีเพดาน ซึ่งภายหลังจากการก่อตั้งสำนักงานประกันสังคม ก็มีการโอนงานของกองทุนทดแทนมาให้สำนักงานประกันสังคมบริหารจัดการแทนตามพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2537

(3) กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 กำหนดให้เจ้าของหรือผู้ครอบครองรถยนต์หรือรถอื่นที่กฎหมายกำหนดต้องทำประกันความเสียหายสำหรับบุคคลที่สามกับบริษัทประกันภัยของเอกชน และบริษัทเหล่านี้นำเงินจากเบี้ยประกันส่วนหนึ่งมาจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิดให้จำนวนหนึ่งในกรณีที่ไม่สามารถหาตัวผู้ก่อความเสียหายได้ หรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ก่อนแล้วไปเรียกเก็บค่าเสียหายจากผู้ก่อความเสียหายหรือบริษัทประกันของผู้ก่อความเสียหาย ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ประสบภัยมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยยิ่งขึ้น การจ่ายเงินเข้ากองทุนใช้วิธีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (Fee for Service) แบบมีเพดาน เหมือนกับกองทุนเงินทดแทนแรงงาน

กองทุนนี้มีลักษณะที่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากระบบอื่นๆ มักเป็นหลักประกันสำหรับแต่ละบุคคล แต่กองทุนนี้คุ้มครองความเสียหายเฉพาะด้านให้กับประชาชนทุกคน ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานกับระบบอื่นๆ กล่าวคือ การประสบภัยจากรถมักจะมีผู้ก่อให้เกิดความเสียหายและผู้ที่ได้รับ ความเสียหาย จึงมีสิทธิเรียกร้องค่าเสียหาย แต่การที่มีสิทธิขั้นพื้นฐานทำให้ผู้ประสบภัยมักไม่ยากใช้สิทธินี้ในกรณีที่มีความยุ่งยาก เช่น ต้องไปแจ้งความ การพิสูจน์หาตัวผู้ก่อความเสียหาย โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ประสบภัยมีผลประโยชน์ร่วมกับผู้ก่อความเสียหาย (เป็นญาติหรือเป็นเพื่อนกัน) หรือกรณีที่ตกลงรับค่าชดเชยจากผู้ก่อความเสียหายโดยตรงแล้ว และที่ผ่านสถานพยาบาลหมายแห่งใดกล่าวหาว่าบริษัทประกันบางแห่งพยายามตั้งเงื่อนไขการเบิกจ่ายให้ยุ่งยากเพื่อชะลอหรือปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทน อาจเป็นเพราะการที่สิทธินี้มีความซับซ้อนกับสิทธิอื่น บริษัทที่มีหน้าที่ต้องจ่ายค่าเสียหายมีโอกาสที่จะโยนความรับผิดชอบไปให้หน่วยงานอื่นซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพบุคคลเหล่านั้นด้วย ซึ่งในอดีตมีบ่อยครั้งที่โครงการสปร. และโครงการประกันสังคมต้องมารับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้แทนบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ นอกจากนี้การจ่ายเงินแบบ Fee for Service แบบมีเพดานก็มีส่วนสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลบางแห่งแย่งกันรับผู้ป่วยเข้ามารักษาเบื้องต้น แต่เมื่อค่าใช้จ่ายเริ่มใกล้เคียงกับเพดานของกองทุนแล้ว สถานพยาบาลเหล่านี้ก็จะหยุดรักษา และอาจผลักภาระการรักษาไปให้โรงพยาบาลอื่น

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ สามารถจำแนกได้เป็น 2 รูปแบบย่อย ดังนี้

(1) โครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นทางเลือกในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทางหนึ่ง ในขณะที่ยังไม่สามารถสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนได้ ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายหลักคือ ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งความยากจนและยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ที่จัดให้โดยรัฐ ซึ่งอาจมีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ทั้งหมดเมื่อเจ็บป่วย เช่น ประชาชนในภาคเกษตรกรรมในชนบท ผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก ผู้ประกอบอาชีพอิสระ เป็นต้น โครงการนี้มีการเปลี่ยนแปลงหลายครั้งเพื่อความอยู่รอดของโครงการ สรุปได้ดังนี้ (เจตน์ ธรรมธัชอารี, 2544)

ระยะที่หนึ่ง เริ่มต้นจากการตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2526 ในลักษณะของกองทุนหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เสริมงานอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว สร้างภูมิคุ้มกันโรค และบริการรักษาพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้ชื่อ โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ต่อมาได้ขยายโครงการไปทั่วประเทศ และมีการเพิ่มบัตรครอบครัวสำหรับการรักษาพยาบาลทั่วไป

ระยะที่สอง หลังจากทดลองได้ 8 เดือนได้ขยายโครงการไปทั่วประเทศอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบลในปี พ.ศ.2527 และเปลี่ยนชื่อโครงการเป็น โครงการบัตรสุขภาพ และวางเป้าหมายให้ได้อำเภอละ 1 ตำบลในปี พ.ศ.2528 โดยยึดหลักการสาธารณสุขมูลฐานเช่นเดิม

ระยะที่สาม ช่วงปี พ.ศ.2530-2534 ได้มีการเปลี่ยนแนวคิดของโครงการเป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ขณะที่ยังคงสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ การบริหารกองทุนยังคงอยู่ที่ระดับหมู่บ้าน อย่างไรก็ดี ช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการผันแปรของนโยบายภายในกระทรวงสาธารณสุข และไม่มี ความชัดเจนในด้านนโยบายต่อโครงการ ทำให้โครงการมีการถดถอยเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ.2532-2534

ระยะที่สี่ เริ่มขึ้นเมื่อโครงการได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐในปี พ.ศ.2537 มีการจัดสรรงบประมาณสมทบบัตรละ 500 บาท โดยที่ครัวเรือนจ่ายบัตรละ 500 บาท มีการบริหารจัดการกองทุนในลักษณะเงินทุนหมุนเวียนระดับชาติ และมีระบบประกันชั้นที่สอง โดยกองทุนจังหวัดจะถูกหักเงิน 2.5% ของเงิน 1,000 บาทเข้าสู่กองทุนกลาง สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มี

ค่าใช้จ่ายสูง และการใช้บริการข้ามถิ่น นอกจากนี้ ได้ขยายสิทธิโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการและไม่จำกัดวงเงินของการรักษา ครอบคลุมสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน และสามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรงไม่ต้องผ่านการส่งต่อจากสถานอนามัย รวมทั้งการให้มีบัตรข้ามเขต ในระยะนี้โครงการได้ขยายความครอบคลุมอย่างรวดเร็วสืบเนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ 100% ของกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ห้า เริ่มขึ้นในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 โครงการเริ่มมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากอุปสงค์ต่อบัตรมีมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการที่ครัวเรือนมีความสามารถในการจ่ายลดลง จึงมีความต้องการบัตรสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้น ในขณะที่โครงการนี้มีอัตราการคืนทุนที่ค่อนข้างต่ำ ประกอบกับเงินทุนส่วนกลางเองก็มีงบประมาณจำกัดในแต่ละปี จึงมีการชะลอการจำหน่ายบัตรและการประชาสัมพันธ์ในช่วงนี้ จนในที่สุดรัฐบาลได้เพิ่มการอุดหนุนจากบัตรละ 500 บาทเป็น 1,000 บาท พร้อมกันนี้ได้หามาตรการที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความตรงมากขึ้น เพื่อป้องกันการเข้ามาเอาประโยชน์ของกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น กรณีคนไข้คลอดหรือผ่าตัดที่มีการจ่ายเงินพิเศษให้กับแพทย์ที่ดูแล พักในห้องพิเศษ แต่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาลเนื่องจากใช้บัตรประกันสุขภาพ ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพได้พิจารณาจำกัดสิทธิการใช้ห้องพิเศษของสมาชิกบัตรแทนการประเมินรายได้ของผู้ที่ต้องการซื้อบัตร เนื่องจากความยากและปัญหาในการปฏิบัติ โดยหากสมาชิกต้องการใช้ห้องพิเศษจะไม่สามารถใช้สิทธิจากบัตรได้ เพื่อลดแรงจูงใจของกลุ่มที่มีอำนาจซื้อในการเข้ามาเอาประโยชน์จากโครงการ และเพื่อป้องกันการรอจนป่วยหรือมีความจำเป็นต้องใช้บริการก่อนจึงมาซื้อบัตร จึงได้เพิ่มระยะเวลาการมีสิทธิหลังการซื้อจาก 15 วันเป็น 30 วัน

ในปี พ.ศ.2544 บัตรประกันสุขภาพมี 3 ประเภทคือ บัตรประกันสุขภาพทั่วไปหรือบัตร 500บาท ซึ่งเป็นบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ บัตรผู้นำชุมชนและครอบครัว และบัตรอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว โดยสองบัตรหลังนี้เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้กับกลุ่มบุคคลดังกล่าว

(2) การประกันสุขภาพภาคเอกชน ให้บริการโดยภาคเอกชนเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลของประชาชน ระบบนี้ดำเนินงานโดยธุรกิจประกันภัย 2 ประเภท คือ การประกันชีวิตและการประกันวินาศภัย

ระบบนี้เริ่มจากพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ.2510 และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ.2510 ที่อนุญาตให้ทุนต่างชาติเข้ามามีส่วนร่วมในธุรกิจประกันภัยของไทยได้ไม่เกิน 15% ของทุนทั้งหมด แต่ไม่อนุญาตให้มีชาวต่างชาติเข้ามาเป็นกรรมการในบริษัท และในปี พ.ศ. 2521 ได้มีบริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรก ต่อมาปี พ.ศ.2535 ได้มีการแก้ไขกฎหมายทั้งสอง

ฉบับ เป็นการเพิ่มความมั่นคงให้กับธุรกิจประกันภัย โดยกำหนดให้มีการเพิ่มทุน เพิ่มอำนาจการควบคุมตรวจสอบ และการก่อตั้งอนุญาโตตุลาการทางการประกัน เพื่อยุติข้อโต้แย้งระหว่างบริษัทประกันกับสาธารณชน และในปี พ.ศ.2536 กระทรวงพาณิชย์ได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วยการลงทุนของบริษัทที่ทำธุรกิจประกันชีวิตและประกันวินาศภัย เพื่อการขยายตัวของธุรกิจประกันภัยเอง

ในปี พ.ศ.2538 รัฐบาลมีนโยบายเปิดเสรี กระทรวงพาณิชย์จึงได้แก้กฎกระทรวงดังกล่าว โดยอนุญาตให้ทุนต่างชาติเพิ่มขึ้นจาก 15% เป็น 25% และอนุญาตให้ชาวต่างชาติร่วมเป็นกรรมการได้ไม่เกินหนึ่งในสี่ และในปี พ.ศ.2543 ได้มีการแก้กฎหมายดังกล่าวอีก เพื่อเป็นการแสดงเจตจำนงต่อการเปิดเสรีทางการค้า ด้วยการเพิ่มสิทธิในการออกเสียงและการลงทุนของชาวต่างชาติ สำหรับความครอบคลุมประชากรในปี พ.ศ.2535 ครอบคลุมประชากรประมาณ 9 แสนคน และเพิ่มเป็น 1.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2541 (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2545)

การประกันสุขภาพเอกชนมีหลายรูปแบบ ได้แก่ กรมธรรม์เพื่อคุ้มครองเพิ่มเติมจากกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุ โดยรวมการคุ้มครองเกี่ยวกับสุขภาพ แบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และกรมธรรม์ประกันสุขภาพโดยเฉพาะ แบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเท่านั้น ซึ่งได้แก่ ค่าห้องและค่าอาหาร ค่ารักษาทั่วไป ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ ค่าผ่าตัดและค่าห้องผ่าตัด สำหรับการจ่ายเงินเป็นการจ่ายตามปริมาณการให้บริการ (Fee for Service) แบบมีเพดาน บริษัทบางแห่งให้บริการเพิ่มเติม เช่น การให้บริการผู้ป่วยนอก ความเจ็บป่วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น

การประกันสุขภาพเอกชนมีข้อจำกัดคือ ให้การคุ้มครองสำหรับผู้มีรายได้สูงพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ ศักยภาพในการขยายการคุ้มครองมีน้อย ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงมาก การจ่ายแก่โรงพยาบาลและแพทย์เป็นแบบ Fee for Service ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้น ซึ่งสะท้อนไปยังเบี้ยประกันที่สูงขึ้นไปอีก นอกจากนี้ บริษัทส่วนใหญ่ไม่รับทำประกันให้แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีความเจ็บป่วยบางประเภทอยู่ก่อนแล้ว เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และทุกบริษัทมีการกำหนดข้อยกเว้นในการคุ้มครอง

2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีที่มาจากหลาย ซึ่งอาจแบ่งที่มาของแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าออกเป็น 4 แนวทางใหญ่ๆ ดังนี้ (วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ, 2547)

แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ (Marxian Socialism) เน้นบทบาทของรัฐในแทบทุกด้าน รวมทั้งด้านการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล แต่แนวทางนี้มักไม่ใช่ต้นแบบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศอื่นๆ อาจเป็นเพราะมีการให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในด้านอื่นๆ มากกว่า

แนวทางสังคมนิยมเสรี (Fabian Socialism) เป็นแนวคิดพื้นฐานของประเทศที่มีแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare State) แนวทางนี้ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม แต่ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการที่เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน แนวทางนี้ใช้มาตรการด้านภาษีมากระจายรายได้ใหม่ โดยใช้การเก็บภาษีในอัตราก้าวหน้ามาก แนวทางนี้เป็นแนวทางที่หลายประเทศใช้ในการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมไปถึงประเทศที่ไม่ได้ใช้แนวทางสังคมนิยมหรือรัฐสวัสดิการในการบริหารประเทศ

แนวทางการประกันสังคมแบบบังคับ (Social Security) เริ่มมาจากแนวคิดของ Bismarck เป็นแนวคิดที่ให้ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ เช่น นายจ้าง ลูกจ้าง และอาจรวมถึงรัฐบาล ร่วมกันจ่ายเบี้ยประกันสังคมสำหรับสวัสดิการด้านต่างๆ และด้านการรักษาพยาบาล แนวทางนี้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก รวมถึงโครงการประกันสังคมของประเทศไทย

แนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก แม้ว่าโดยทั่วไปเศรษฐศาสตร์กระแสหลักจะสนับสนุนกลไกตลาดและระบบเศรษฐกิจแบบเสรี แต่บางสถานการณ์ก็ได้ตระหนักถึงความล้มเหลวของกลไกตลาด ในเรื่องความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Asymmetric Information) เช่น การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยกับแพทย์มีความรู้ไม่เท่ากัน เรื่องผลกระทบต่อคนในสังคม (Externality) เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคได้ หรือเรื่องที่ไม่ตลาดสุขภาพเอกชนที่ประชาชนสามารถซื้อบริการได้อย่างกว้างขวาง บางครั้งผู้ที่ซื้อประกันสุขภาพจะถูกบังคับให้ซื้อประกันชีวิตควบคู่ ซึ่งปัญหานี้มักเกิดจากความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น กรณีประกันสุขภาพเอกชน ผู้ที่ซื้อมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี บริษัทจึงมักคิดเบี้ยประกันในอัตราร่วงหน้า และอาจบังคับให้ต้องตรวจสุขภาพก่อน ขณะที่โครงการประกันสุขภาพของภาครัฐ เช่น โครงการบัตรสุขภาพ โครงการประกันสังคม ไม่มีปัญหาการถูกเลือก การ

ที่โครงการของรัฐครอบคลุมทุกคนแบบถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข โดยไม่จำเป็นต้องหาข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละราย จึงสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงในวงกว้างกว่าของภาคเอกชน แนวทางนี้จึงสนับสนุนให้ใช้ระบบประกันสุขภาพของรัฐแทนในกรณีที่รัฐสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

นอกจากแนวคิดทั้งสี่แล้ว ยังมีแนวคิดย่อยๆ อีก เช่น แนวทางการประกันตนเอง (Self Insurance) โดยการบังคับให้ออมที่ใช้ในประเทศสิงคโปร์ โดยใช้กองทุนอื่นเข้ามาเสริมสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีเงินออมไม่พอสำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

2.2.4 หลักการการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักการและแนวคิดสำคัญ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

(1) ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คัดค้าน ค่าควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างสมเหตุผล

(2) เป็นระบบที่ให้สิทธิเท่าเทียมกันสำหรับคนทุกคนในสังคม ไม่ใช่บริการแบบสงเคราะห์หรือเฉพาะกลุ่ม

(3) ทุกคนในสังคมยอมรับ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ว่าเป็นสิ่งที่ร่วมกันสร้างขึ้น มีประโยชน์กับทุกคน มีส่วนร่วมรับผิดชอบ ควบคุมดูแลและร่วมจ่ายในระดับที่สมเหตุผล เช่น ถ้าใช้เงินภาษีอากร ก็รู้สึกว่ายินดีจ่ายภาษีให้รัฐนำมาจัดการเฉลี่ยความเสี่ยงให้ประชาชน เมื่อจำเป็นต้องใช้บริการก็ว่าจะไม่เกิดภาระด้านค่าใช้จ่าย

(4) มีการบริหารจัดการที่ขจัดความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติ และป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกฎกติกา ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ตรวจสอบออกจากกัน

(5) มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุผล

(6) มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานยอมรับได้ มีทางเลือกให้ประชาชนเลือกใช้บริการได้อย่างเหมาะสม ผ่านระบบบริการทั้งของรัฐและเอกชน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและซ่อมแซมสุขภาพ

(7) มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาด โดยไม่ก่อผลเสียต่อหลักการกระจายความ

เสียง และเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้าร่วมแข่งขันการให้บริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม เพื่อให้เป็นทางเลือกแก่ประชาชน

2.2.4 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

การศึกษาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เริ่มขึ้นอย่างจริงจังในช่วงระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ.2535 รัฐบาลในขณะนั้นได้ขยายความครอบคลุมโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) จากเดิมที่ให้เฉพาะผู้มีรายได้น้อยไปสู่ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี และผู้พิการ รวมถึงทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนา ทำให้โครงการนี้ครอบคลุมประชาชนเกือบครึ่งประเทศในระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี จากการขยายความครอบคลุมนี้ นักวิชาการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย โดยเฉพาะกรณีผู้สูงอายุและเด็กซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และเห็นว่าเป็นนโยบายหาเสียงของพรรคการเมือง แต่ก็นับว่าโครงการนี้เป็นบันไดที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

ช่วงวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 ประชาชนหันไปพึ่งบริการจากสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติก็ได้รับความสนใจ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นหนึ่งในกระแสนี้ และเริ่มมีการศึกษาเรื่องนี้ โดยเฉพาะโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกันสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) ก็เริ่มให้ความสนใจและสนับสนุนงานวิจัยในเรื่องนี้ ในระหว่างนั้นรัฐบาลในขณะนั้นไม่ได้ให้ความสนใจเรื่องนี้เป็นพิเศษ เช่นเดียวกับพรรคฝ่ายค้าน และพรรคการเมืองที่ตั้งขึ้นใหม่ เช่น พรรคไทยรักไทย แต่ไม่กี่เดือนก่อนการเลือกตั้ง พรรคไทยรักไทยได้เริ่มหาเสียงด้วยนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญที่มีส่วนให้ได้รับการเลือกตั้ง ภายหลังจากการจัดตั้งรัฐบาลจึงเริ่มหันมาสนใจเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น โดยผลักดันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคมาสู่การปฏิบัติภายใต้ชื่อ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค และมีบทบาทสำคัญในการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ถึงแม้กระแสเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่การที่พรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้ง และพยายามปฏิบัติตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้ในช่วงหาเสียง จึงกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแบบที่ใช้โครงการ 30 บาทนำทาง และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาในประเทศไทยเร็วกว่าที่นักวิชาการที่เกี่ยวข้องคาดการณ์ไว้ แต่ก็นับว่าเป็นก้าวสำคัญต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วน

หน้าของประเทศไทย ที่ส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุขของไทยในระดับรุนแรงที่สุด โดยเป็นโครงการที่ขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน และภายในกระทรวงสาธารณสุขก็มีการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสถานพยาบาลและบุคลากรมากที่สุด คือ การปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข โดยเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงมาเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเสมอภาคในการให้บริการแก่ประชาชน และมุ่งหวังว่าจะสามารถเพิ่มอำนาจซื้อของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบมากแต่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข และจะชักนำให้เกิดการกระจายบุคลากรและทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ ตามไป นอกจากนี้ โครงการนี้ยังให้ความสำคัญกับการปรับระบบบริการให้หันมาเน้นบทบาทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) การเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการทำงานเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น

2.2.5 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

จากการทบทวนด้วยเอกสารของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) พบว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการบริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น โดยมีเหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องมีการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และวัตถุประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

(1) เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งเหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องมีการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีดังนี้

- จากการที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งยังไม่มีกฎหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้แต่อย่างใด

- เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่าย จนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาทั้งหมดเอง ครอบครัวไทยราวร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก และบางกรณีทำให้เกิดภาวะหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้

- ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบประกันใดๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

- ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพที่มีอยู่รวมทั้งระบบสงเคราะห์มีบริการที่เหลื่อมล้ำ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ใช่ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคมหรือผู้มีฐานะดีที่พอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประเทศ

- ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชนขาดข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอในการเลือกซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรองจึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ

- การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล

(2) วัตถุประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ได้แก่

- ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคในสิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน

- ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึงการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการจัดการบริหารอย่างเคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายปฐมภูมิ (Primary Networks) ซึ่งสามารถมีต้นทุนด้านสุขภาพต่อหน่วยต่ำ

- ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพมุ่งการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่สามารถเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Care) เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เป็นต้น

(3) หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย สามารถสรุปได้ดังนี้

- กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชนโดยมีเป้าหมายคือสุขภาพจะตามหลักการสุขภาพพอเพียง

- ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่พึงพอใจและใกล้บ้าน/ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

- สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

- ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการอย่างผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริม การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น

- สนับสนุนให้มีเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network) โดยอาจเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยตนเองหรือระหว่างภาครัฐและเอกชน

- ระบบการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด

- สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ผู้ให้บริการ จะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะให้บริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

- ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติควรจะประกอบด้วยกองทุนสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะผ่านอาจจะมีสองกองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการใช้บริการ

(4) จุดเด่นหรือประเด็นสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

จากเหตุผลและหลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าข้างต้น พอสรุปได้ว่าเป็นการมุ่งแก้ปัญหาให้คนไทยเกือบ 20 ล้านคนที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพ และเป็นแก้ปัญหาการบริการสุขภาพให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ด้วยการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารจัดการแบบใหม่ในเรื่องสำคัญ ดังนี้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

- การจัดระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชากร เป็นการสร้างความเท่าเทียมกันให้กับผู้คนในสังคมตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ผู้คนยากไร้ ด้อยโอกาส และผู้อยู่ห่างไกลจะได้รับความเสมอภาคมากขึ้น

- การรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ในชุดบริการหลักควบคู่กับการรักษาพยาบาล และกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว นับเป็นจุดเด่นที่ดีกว่าระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ที่เคยมีมาก่อน ซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะการรักษาพยาบาลเท่านั้น

- การพยายามสร้างกลไกพัฒนาและควบคุมสถานบริการทุกระดับ โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่จะให้บริการจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นเพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ พร้อมกับความพยายามที่จะสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปกับการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- การมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในระดับที่สูงกว่า เพื่อให้เครือข่ายสถานบริการร่วมกันดูแลรับผิดชอบประชาชนอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นความพยายามปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ยุ่เหยิงมานานให้เข้าระบบที่ควรจะเป็น และเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว หากเกิดการเจ็บป่วยประชาชนจะต้องได้ใช้บริการทางแพทย์ที่

มีมาตรฐานกับสถานพยาบาลใกล้บ้านที่ประชาชนขึ้นทะเบียนไว้เป็นลำดับแรกก่อนเสมอ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเลือกใช้บริการกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการที่ไหนก่อนก็ได้ ทั้งนี้เนื่องจากบริการระดับต้นที่อยู่ใกล้บ้านเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ส่วนในกรณีที่เจ็บป่วยเกินขีดความสามารถจะได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับที่สูงกว่าอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

(5) สิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แบ่งกลุ่มประชาชนเป้าหมายเป็น 2 กลุ่มตามประเภทบัตรที่ถือ ได้แก่ บัตรที่ต้องเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท และบัตรที่ยกเว้นการเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

ประเภทที่หนึ่ง บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ข้อสังเกต ไม่มีอักษร ท นำหน้าเลขที่บัตร

สิทธิของการรับบริการทางการแพทย์

(1) บริการทางการแพทย์ ที่ได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

1.1 การตรวจและการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

1.2 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการเด็ก รวมถึงการให้

ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.3 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

1.4 การวางแผนครอบครัว

1.5 ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

1.8 ให้คำปรึกษา

1.9 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

(2) บริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

2.1 การตรวจ วินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา

2.2 การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีที่มีบุตรมีชีวิตอยู่)

2.3 ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ

2.4 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาท ฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่

2.5 ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

2.6 การจัดส่งต่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

(3) บริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิต้องเสียค่าบริการและค่าใช้จ่ายเอง

3.1 โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

3.2 การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติด

3.3 อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

3.4 การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม

3.5 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.6 การตรวจวินิจฉัยและรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.7 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.8 การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

3.9 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.10 ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

3.11 การเปลี่ยนอวัยวะ

การไปรับบริการทางการแพทย์ ให้ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานบริการอื่นที่เข้าร่วมโครงการได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี และต้องแจ้งให้สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ทราบทันทีภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก เพื่อให้พิจารณารับย้ายและรับผิดชอบค่าใช้จ่าย กรณีที่ไม่มีกรแจ้งให้สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ทราบ ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ประเภทที่สอง บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ที่มิบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (บัตร สปร.) ข้อสังเกต มีอักษร ท นำหน้าเลขที่บัตร

บัตรประเภทยกเว้นการเสียค่าธรรมเนียมนี้ เป็นการรวมผู้ที่อยู่ในโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) เดิม และโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ 500 บาทไว้ด้วยกัน ซึ่งผู้มีบัตรจะมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล

สิทธิของการรับบริการทางการแพทย์

(1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด และสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้บำบัดรักษาโรค

(2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าแว่นตา

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องทดลอง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าทำเนี่ยมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(4) ค่าอุดฟันธรรมดา ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (Acrylic) เป็นฐาน

(5) ค่าห้องและอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ยกเว้น ค่าห้องพิเศษ

บทที่ 3

แนวคิดทฤษฎี และวรรณกรรมปริทัศน์

3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข

การจำแนกประเภทพฤติกรรมตามแนวคิดทางสาธารณสุข เรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้น กระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541)

(1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

(2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติ หรือเจ็บป่วย เช่น การนอนพักอยู่บ้านแทนที่จะไปทำงาน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

(3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sickrole Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การเลิกดื่มสุรา เป็นต้น

พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ (Medical Utilization) คือ พฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งจากรูธ นีพพานท์ (2543) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายหรือเมื่อรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวเริ่มขึ้นตั้งแต่การไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน รวมทั้งการไปรักษาที่หมอฟันบ้านหรือซื้อยากินเอง

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) นั่นเอง

พฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวอย่างมีระดับขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการตัดสินใจในเรื่องการประเมินความผิดปกติของร่างกาย การวินิจฉัยหาสาเหตุของโรค การพิจารณาเลือกแหล่งรักษาที่เหมาะสม รวมถึงการประเมินผลการรักษาในกรณีที่ไม่หายและเลือกแหล่งบริการรักษาใหม่ ในกระบวนการตัดสินใจทั้งหมดนี้ไม่ได้เป็นเรื่องเอกเทศเฉพาะบุคคล แต่เป็นการตัดสินใจของบุคคลและสังคมแวดล้อมหรือบุคคลผู้ใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นต้น

การปฏิบัติตัวของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ หรือสังคมมีแนวทางหลายประการ ตั้งแต่การดูแลตนเองในเบื้องต้น การไปให้ผู้อื่นรักษา ซึ่งอาจไปรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน รวมถึงการรักษาที่หมอฟันที่บ้าน วิถีทางไสยศาสตร์ หรือวิธีอื่นๆ โดยในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง บุคคลอาจแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาลได้มากกว่า 1 วิธี จนกว่าจะขจัดความเจ็บป่วยหรือสภาวะทุกข์ทรมานของตนได้ และบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น อาการที่เจ็บป่วย การรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม วัฒนธรรมประเพณี เป็นต้น โดยได้แบ่งประเภทของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

(1) ปัจจัยทางจิตวิทยา ประกอบด้วย

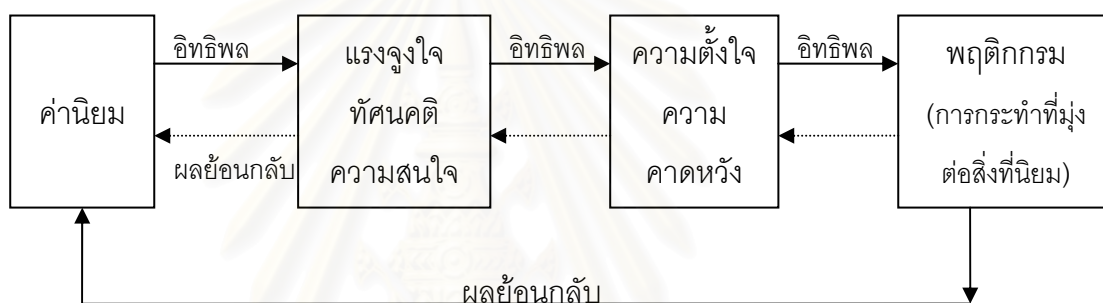
เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่างๆ เป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ

ความเชื่อ (Beliefs) หมายถึง การยอมรับข้อเท็จจริงต่างๆ เป็นแนวความคิดที่คนเรามีต่อสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลมากจากการได้รับประสบการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดความเชื่อ และความเข้าใจต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งความเชื่อจะมีบทบาทสำคัญต่อเจตคติของบุคคล และเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลได้ เช่น คนที่เชื่อว่าเผือกทำให้เป็นโรคเรื้อน ก็จะมีเจตคติ คือ รู้สึกไม่ชอบกินเผือก และจะแสดงพฤติกรรม คือ ไม่กินเผือก ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง นักสาธารณสุขจำเป็นต้องศึกษาความเชื่อของบุคคลว่ามีความเชื่ออะไรที่ขัดขวางต่อการมีความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ค่านิยม (Value) หมายถึง ความคิด พฤติกรรม และสิ่งที่คนในสังคมใดสังคมหนึ่ง เห็นว่ามีคุณค่าจึงยอมรับมาปฏิบัติ และวางแผนไว้ระยะหนึ่ง ค่านิยมมักเปลี่ยนแปลงไปตามกาล สมัย และความคิดเห็นของคนในสังคม

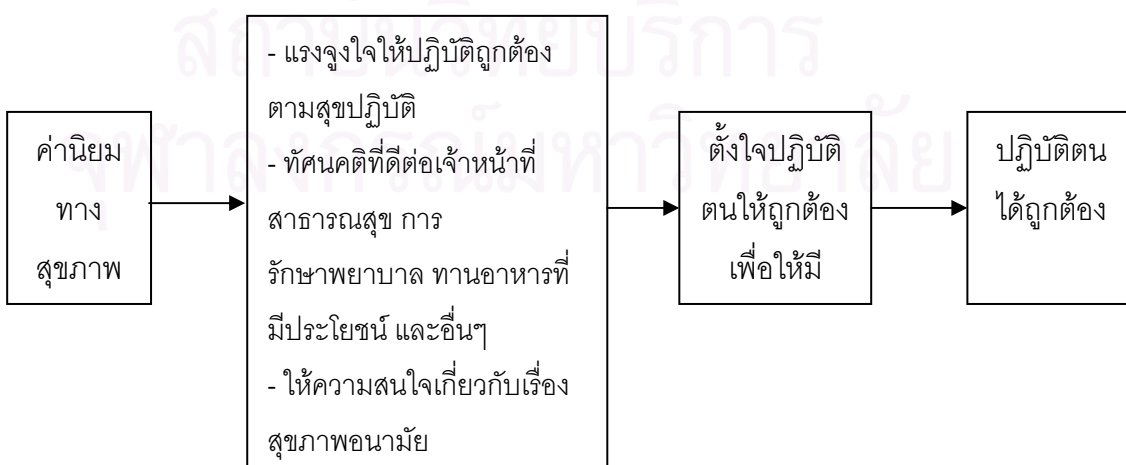
ทั้งนี้ ค่านิยมทำหน้าที่เป็นทั้งมาตรฐานควบคุม และกำหนดเป้าหมายแนวทางการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมของบุคคล และเป็นแกนกลางในการสร้างเสริมแรงจูงใจ เจตคติ ความสนใจ และความตั้งใจ ซึ่งนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้นในที่สุด ดังรูปที่ 3.1

รูปที่ 3.1 อิทธิพลของค่านิยมต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541)



ถ้าบุคคลให้ความสำคัญต่อค่านิยมด้านสุขภาพมากก็คาดหมายได้ว่าบุคคลนั้นจะมี พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีของครอบครัวและชุมชน ดังรูปที่ 3.2

รูปที่ 3.2 ความสัมพันธ์ของค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534)



(2) ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด และเป็นหน่วยงานของสังคมที่มีความสัมพันธ์และใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกทุกคนจะมีบทบาทปฏิบัติหน้าที่ที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน เช่น ช่วยเหลือกัน เอาใจใส่กัน และทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น ครอบครัวจะเป็นสถาบันที่ถ่ายทอดและรับแบบแผนความประพฤติ การปฏิบัติ ตลอดจนความเชื่อต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก เช่น พ่อแม่อาจปลูกฝังนิสัยการไม่รับประทานอาหารบางอย่างให้กับลูก พี่อาจปลูกฝังการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้กับน้อง เป็นต้น นอกจากนี้ ขนาดของครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก จะเป็นแบบพ่อแม่ลูกไม่มีญาติพี่น้องมาอยู่ด้วย ครอบครัวลักษณะนี้จะมีผลดีในด้านความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ ถ้าพ่อแม่เน้นปลูกฝังพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัย ก็จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ได้ดีขึ้น ซึ่งแตกต่างไปจากครอบครัวขยายที่ประกอบด้วยพ่อแม่ลูกและวงศาคนญาติ การปลูกฝังแนวคิดต่างๆ อาจมีความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ของเด็ก และญาติพี่น้องที่มีความคิดเห็นต่างกัน ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของลูกหลาน หรือบุคคลอื่นในครอบครัวได้

กลุ่มบุคคลในสังคม เช่น กลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยรุ่น อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดกันของกลุ่ม ถ้ามีการยึดกันมากเท่าใด ก็จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากยิ่งขึ้นเท่านั้น

สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคล จะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่างกัน เช่น สถานภาพของสตรีในบ้านคือ ภรรยาที่เลี้ยงลูกอยู่บ้าน มีแนวโน้มว่าจะมีลูกมากเพราะมีเวลาเลี้ยงลูก แต่ถ้าสถานภาพสตรีเปลี่ยนเป็นทำงานนอกบ้าน บทบาทก็ย่อมจะเปลี่ยนไปทำให้อยากมีลูกน้อยลง เป็นต้น

สื่อมวลชน ปัจจุบันเป็นยุคสารสนเทศ การเผยแพร่ข่าวสารทำได้รวดเร็วและทั่วโลก การโฆษณาต่างๆ ก็มีผลต่อการประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่น วัยรุ่นอาจให้คุณค่าต่อการแต่งกายตามสมัยนิยมมากกว่าการมีสุขภาพที่ดี

(3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ รายได้ของประชาชนจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเขา ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้เขาไม่สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ เช่น ไม่มีเงินซื้ออาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกาย เจ็บป่วยก็ไม่ไปรักษา แต่สำหรับคนที่มีฐานะทาง

เศรษฐกิจดีจะมีโอกาสการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้มากกว่า นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจยังเกี่ยวข้องโดยตรงกับการศึกษา ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ประชาชนก็มักมีการศึกษาต่ำ ซึ่งส่งผลให้ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้มีทัศนคติไม่ดี และปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ นอกจากรายได้ของประชาชนแล้ว รายได้มวลรวมของประเทศก็มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเช่นกัน เพราะนอกจากความสนใจในสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการรักษาโรคแล้ว องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งคือ ความเพียงพอและความทั่วถึงของบริการทางสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดให้กับประชาชน

นอกจากนี้ เบญจา ยอดดำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล (2542) นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระบบบริการทางการแพทย์ว่า การให้บริการรักษาพยาบาลต่อประชาชนจะมีอยู่หลายลักษณะ ทั้งการให้บริการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน การรักษาพยาบาลแผนโบราณ ซึ่งประชาชนจะเป็นผู้เลือกใช้บริการตามลักษณะการพัฒนามาของแต่ละสังคม การที่กลุ่มคนจะตัดสินใจเลือกการรักษาพยาบาลแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ คือ

(1) อาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันทำให้เลือกใช้บริการต่างกัน บุคคลจะเลือกใช้บริการรักษาแบบไหนขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนเลือกการรักษาพยาบาลแผนใหม่คือ ความสำเร็จในการรักษา ดังที่ Madsen (1960 อ้างถึงใน เบญจา และกฤตยา, 2542) ได้เสนอข้อคิดเห็นว่า ถ้าเป็นกรณีเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในขั้นวิกฤติ บุคคลจะเลือกใช้บริการรักษาแผนใหม่ ส่วนกรณีเจ็บป่วยไม่รุนแรงจะใช้ยาพื้นบ้าน

(2) คนต่างกลุ่มกันจะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกัน การเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกันของคนแต่ละกลุ่มขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความผสมผสานทางวัฒนธรรม ได้แก่ ระดับการศึกษา การเคลื่อนย้ายถิ่น อายุ การเปลี่ยนอาชีพ เป็นต้น และลักษณะการเป็นผู้นำ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีเท่านั้นที่จะใช้บริการแพทย์แผนใหม่ได้ เนื่องจากบริการแพทย์แผนใหม่ส่วนใหญ่มีราคาแพง บุคคลที่ได้รับการผสมผสานทางวัฒนธรรมน่าจะใช้บริการแพทย์แผนใหม่มากกว่าบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือใกล้ชิดชิดกับวัฒนธรรมดั้งเดิม และบุคคลที่มีลักษณะเป็นผู้นำหรือมีความคิดริเริ่มย่อมมีแนวโน้มที่จะรับบริการแพทย์แผนใหม่ได้เร็วกว่าสมาชิกอื่นในกลุ่ม

นอกจากแนวคิดดังกล่าว Andersen (1968 อ้างถึงในวีณา 2536) ได้เสนอรูปแบบการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งพอสรุปได้ว่า บุคคลจะใช้บริการทางการแพทย์หรือบริการทางสาธารณสุขขึ้นอยู่กับปัจจัยใหญ่ 3 ประการ คือ

(1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างสังคม ได้แก่ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งรวมถึงทัศนคติ ความเชื่อที่มีต่อสุขภาพ การบริการสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

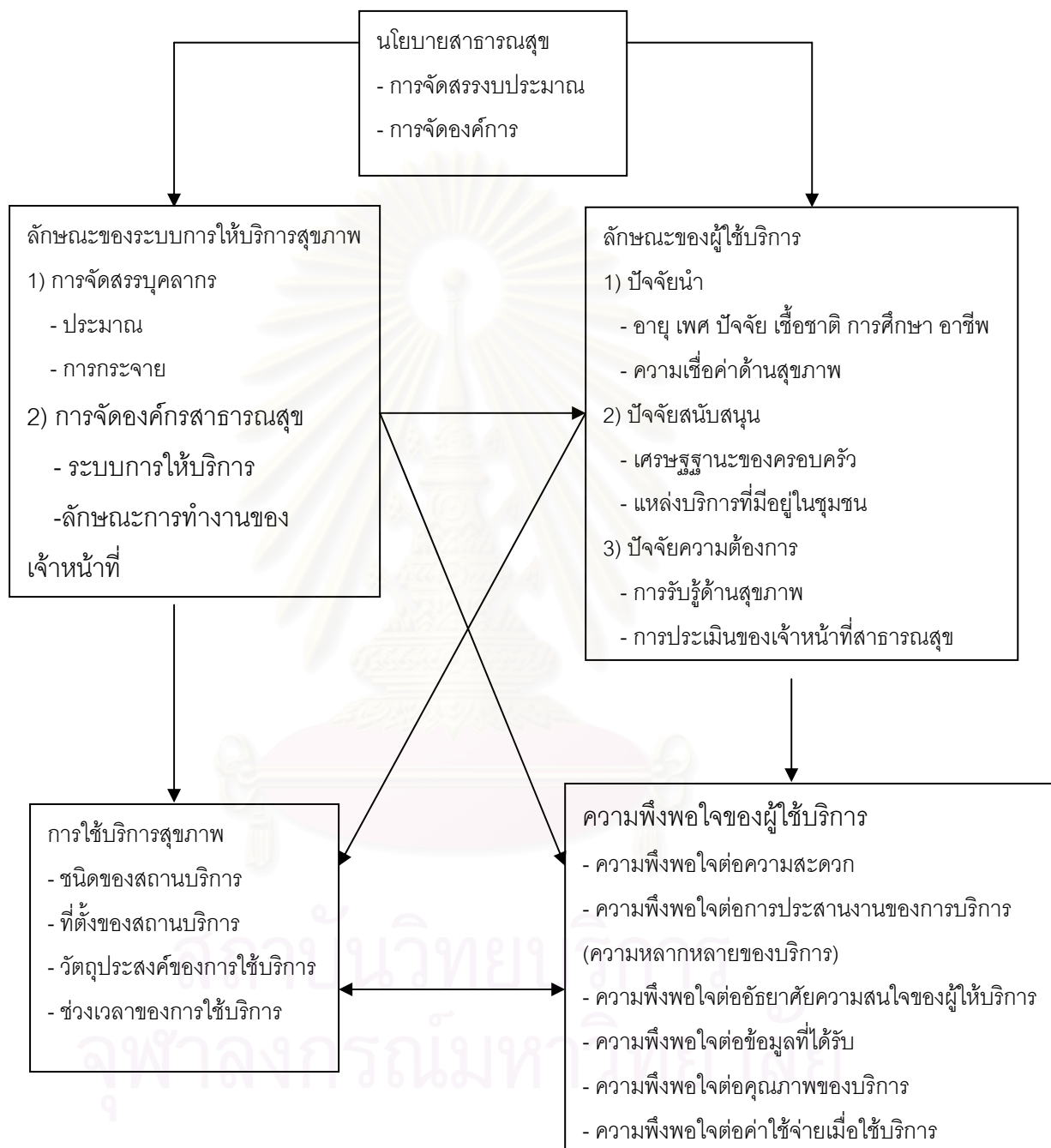
(2) ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้ ประกอบด้วย เศรษฐฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว และแหล่งบริการที่มีอยู่ในชุมชน เนื่องจากถ้าบุคคลมีความพร้อมจากปัจจัยนำแต่ขาดปัจจัยสนับสนุนก็ไม่สามารถใช้บริการได้

(3) ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการสุขภาพ (Needs) แม้ว่าบุคคลจะมีปัจจัยสองข้อข้างต้นครบถ้วนแล้วก็ตาม บุคคลนั้นต้องรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญกับการใช้บริการที่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยความต้องการสามารถวัดได้จากการรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคลและการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน และการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะเป็นผู้ประเมินว่าบุคคลนั้นๆ จำเป็นต้องรับบริการสุขภาพอะไรบ้างและประมาณมากน้อยเพียงใด

ต่อมาในปี 1981 Aday and Andersen (อ้างถึงในวีณา 2536) ได้พัฒนาและปรับปรุงโมเดลการให้บริการสุขภาพใหม่ เรียกว่า รูปแบบการให้บริการสุขภาพ โดยกล่าวว่า ประชาชนจะใช้บริการสุขภาพหรือไม่นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านผู้ใช้บริการดังที่กล่าวมาทั้งหมดเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพกับประชากรกลุ่มเสี่ยง

การให้บริการสุขภาพในที่นี้หมายถึง สิ่งที่ปรากฏให้เห็นได้หรือการเข้าถึงบริการได้ และมีดัชนีบ่งชี้ที่แน่ชัด นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความพึงพอใจในการใช้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นผลผลิตที่ได้จากการให้บริการของบุคคล และความพึงพอใจจะเป็นดัชนีบ่งชี้ที่มีลักษณะเชิงอัตนัย กล่าวคือ ผู้ใช้บริการแต่ละบุคคลอาจจะรับรู้ในสิ่งที่ปรากฏขึ้นในขณะรับบริการแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจที่แตกต่างกันในบริการที่ใช้ ณ สถานบริการแห่งเดียวกัน และจากผลการวิจัยมีรายงานว่า ความพึงพอใจสามารถใช้เป็นตัวทำนายความต่อเนื่องของการใช้บริการหรือการเลิกใช้บริการได้ดีกว่าปัจจัยอื่นๆ ดังรูปที่ 3.3

รูปที่ 3.3 รูปแบบการให้บริการสุขภาพของ Aday and Andersen (อ้างถึงในวีณา, 2536)



โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญได้ ดังนี้

1. ลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพ (Characteristics of Health Delivery System) เป็นปัจจัยที่พิจารณาถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุข แต่ละด้านแต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรทั้งในด้านปริมาณ ความเพียงพอ การกระจาย ตลอดจนความครอบคลุมของการให้บริการ นอกจากนี้ ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรสาธารณสุขในด้านระบบการให้บริการและลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ว่าส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างไร

2. ลักษณะของประชาชนผู้ให้บริการ (Characteristics of Population) เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยคือ

(1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างสังคม ได้แก่ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ และปัจจัยความเชื่อค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

(2) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) เป็นปัจจัยเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้ ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ รายได้หรือทรัพยากรของครอบครัว และแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะสามารถไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

(3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for Health Services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญกับการใช้บริการที่เหมาะสม ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการประเมินการเจ็บป่วย

ทั้งนี้ ปัจจัยทั้งสามดังกล่าวจะส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนผู้ให้บริการ (Consumer Satisfaction) ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้คือ ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Co-Ordination) ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Care) และความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out-of-Pocket Cost)

3.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัย

1. ลักษณะเฉพาะของบริการด้านสุขภาพอนามัย

ตามหลักการจัดสรรทรัพยากร สำหรับการบริโภคสินค้าและบริการโดยทั่วไปให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในเชิงเศรษฐศาสตร์ มีข้อสมมติพื้นฐานคือ ผู้บริโภคมีเหตุผลทางเศรษฐกิจ (Economic Rationality) มีอธิปไตยในการเลือกบริโภค (Consumer Sovereignty) มีความรอบรู้เกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ เพื่อให้ได้รับความพอใจสูงสุดจากจำนวนเงินที่เขามีอยู่อย่างจำกัด แต่การบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยไม่เป็นเช่นนั้น เนื่องจากบริการด้านสุขภาพอนามัยมีลักษณะพิเศษแตกต่างจากการสินค้าและบริการทั่วไป ซึ่งพอจะสรุปได้คือ

(1) ลักษณะบริการเป็นสินค้าสาธารณะ (Public Goods) กล่าวคือ สินค้าและบริการสาธารณะมีลักษณะที่แตกต่างสินค้าและบริการทั่วไป เนื่องจากเมื่อมีผู้บริโภคคนหนึ่งบริโภคสินค้าสาธารณะไปจำนวนหนึ่งแล้ว ผู้บริโภคคนอื่นก็ยังมีโอกาสและสามารถบริโภคสินค้านั้นได้เช่นกัน (Nonrivalness in Consumption) และผู้บริโภคที่ใช้บริการสินค้าสาธารณะจำนวนหนึ่งนั้น ไม่สามารถกีดกันไม่ให้ผู้บริโภคคนอื่นๆ มาใช้บริการสินค้าสาธารณะที่ตนกำลังใช้อยู่ได้ (Nonexcludability) นอกจากนี้ยังเป็นสินค้าที่ก่อให้เกิดผลกระทบภายนอก (Externalities) ซึ่งบริการด้านสุขภาพอนามัยจัดเป็นสินค้าสาธารณะ เนื่องจากการที่บุคคลหนึ่งรับบริการเกี่ยวกับสุขภาพหรือรักษาพยาบาล เช่น ฉีดวัคซีนป้องกันโรค หรือเข้ารับการรักษาโรค ผลที่เกิดขึ้นมีเพียงแต่เขาจะมีโอกาสเป็นโรคนั้นน้อยลงหรือหายจากโรคเท่านั้น แต่จะมีผลกระทบต่อสังคมด้วย กล่าวคือ ทำให้การแพร่เชื้อโรคลดลง โอกาสที่ผู้อื่นในสังคมจะติดเชื้อโรคนั้นก็จะน้อยลง

(2) ความไม่แน่นอนในการบริโภค เนื่องจากความต้องการบริการทางสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็นการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล ซึ่งความต้องการดังกล่าวไม่สามารถได้ทราบแน่นอนว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ระยะเวลาที่ใช้บริการนานเท่าไร และปริมาณความต้องการแต่ละครั้งมากน้อยแค่ไหน จึงจะทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ

(3) ความต้องการบริการทางสุขภาพอนามัยเป็นส่วนผสมระหว่างการบริโภคและการลงทุน ข้อแตกต่างระหว่างสินค้าเพื่อการค้าและสินค้าทุน คือ สินค้าเพื่อการค้าเป็นสินค้าที่ให้ประโยชน์และความพึงพอใจแก่ผู้บริโภคโดยตรง ส่วนสินค้าทุนเป็นสินค้าที่มีประโยชน์ในการใช้เป็นเวลานานและสามารถผลิตสินค้าขั้นต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความต้องการบริการ

ทางการแพทย์ของเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยให้หายจากโรคก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย เป็นลักษณะของการบริโภคสินค้า และเมื่อผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยเขาสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มกำลังความสามารถซึ่งเปรียบเสมือนการลงทุนในเรื่องค่าเสื่อมของทุนนั่นเอง

(4) ความไม่สมมาตรในข้อมูลข่าวสาร (Information Asymmetry) กล่าวคือ ผู้ให้บริการมีข้อมูลข่าวสารมากกว่าผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการเหนียวแน่นทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความต้องการตามความเห็นของผู้ให้บริการได้ (Supplier-induced Demand) โดยที่ผู้ใช้บริการอาจเต็มใจหรือไม่เต็มใจก็ได้ ผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ใช้บริการ ซึ่งแตกต่างจากการบริโภคสินค้าทั่วไปที่ผู้บริโภคเป็นผู้กำหนดความพอใจในการบริโภคเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริโภคไม่มีความรู้ความเข้าใจในบริการทางการแพทย์ จึงไม่สามารถทราบถึงคุณภาพของการให้บริการ และถึงแม้ว่าผู้บริโภคกำลังใช้บริการอยู่ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความเหมาะสมและเพียงพอหรือไม่ การที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อรักษาพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรให้บริการใดปริมาณมากน้อยเพียงไร และใช้ระยะเวลาานเท่าไร

2. ความจำเป็นด้านสุขภาพ(Health Need) และอุปสงค์ต่อสุขภาพอนามัย (Demand for Health)

ความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Need) นั้นมีได้หมายถึงเฉพาะความจำเป็นด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่มีความหมายกว้างกว่าการรักษาพยาบาลมาก ความจำเป็นด้านสุขภาพหมายถึง สิ่งที่ต้องได้รับเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ การมีสุขภาพสมบูรณ์หมายถึงความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม การที่จะมีสุขภาพสมบูรณ์ได้ต้องมีสภาพแวดล้อมที่เสริมสร้างความสมบูรณ์ คือมีการอุปโภคบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีการสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพ มีการป้องกันโรคที่มีสมรรถภาพและประสิทธิภาพ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การทำลายยุงและแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

ดังนั้นอุปสงค์ต่อสุขภาพอนามัย (Demand for Health) ก็คือความต้องการให้มีสุขภาพสมบูรณ์ อันรวมถึงความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ความสมบูรณ์อันประกอบด้วยสภาพแวดล้อมที่เสริมสร้างความสมบูรณ์ พร้อมกับ การป้องกันโรค และการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ

3. แบบจำลองของอุปสงค์ต่อสุขภาพ (Demand for Health)

Grossman M. (1972) ได้ศึกษาแนวคิดด้านการลงทุนในสุขภาพ และมีความเห็นว่าอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เป็นอุปสงค์แบบสืบเนื่อง (Derived Demand) โดยเกิดขึ้นหลังจากคนเรามีสุขภาพดี Grossman ได้สร้างแบบจำลองทางคณิตศาสตร์เกี่ยวกับอุปสงค์ของสุขภาพที่เรียกว่า "A Stock Approach of the Demand for Health" แม้ว่าในแบบจำลองของ Grossman จะมีข้อสมมติหลายประการที่สามารถโต้แย้งได้ แต่แบบจำลองดังกล่าวก็เป็นวิวัฒนาการทางทฤษฎีก้าวสำคัญที่มีผู้นำมาศึกษาต่อเนื่องกันอย่างกว้างขวาง

แบบจำลองนี้สมมติฐานว่าสุขภาพเป็นสินค้าประเภททุน ซึ่งผลิตโดยบุคคลจากการบริโภคสินค้าและบริการทางเศรษฐกิจหลายๆ ชนิด จุดประสงค์ของแบบจำลองนี้เพื่อที่จะหาการจัดสรรการใช้จ่ายระหว่างด้านการบริการสุขภาพอนามัยกับสินค้าและบริการอื่นๆ อันจะมีผลให้เกิดอรรถประโยชน์แก่บุคคลนั้นสูงสุด

ถ้าอรรถประโยชน์โดยรวมของแต่ละบุคคลคือ U

และให้ H_0 = ระดับสุขภาพ ณ จุดเริ่มต้นที่ได้รับมา

H_i = ระดับสุขภาพ ณ. ช่วงเวลา i

ϕ_i = จำนวนบริการด้านสุขภาพที่บริโภคต่อหนึ่งหน่วยระดับสุขภาพ

ดังนั้น $H_i \phi_i$ = อรรถประโยชน์ที่ได้จากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมด ณ

ช่วงเวลา i

Z = อรรถประโยชน์ที่ได้จากการบริโภคสินค้าและบริการด้านอื่นๆ ทั้งหมด ณ

ช่วงเวลา i

ดังนั้น อรรถประโยชน์ทั้งหมดจะเท่ากับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมดรวมกับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคสินค้าและบริการด้านอื่นๆ ทั้งหมด

สมการเป้าหมายคือ $\text{Max } U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_n H_n, Z_0, \dots, Z_n)$

การทำสมการเป้าหมายให้สูงสุดนี้ ขึ้นกับสมการข้อจำกัด 5 สมการด้วยกันคือ

(1) การลงทุนสุทธิในระดับสุขภาพเท่ากับการลงทุนเบื้องต้นลบด้วยอัตราเสื่อมสภาพ

$$H_i + (1 - H_i) = I_i - \delta_i H_i$$

โดย I_i = การลงทุนเบื้องต้นในสุขภาพอนามัย

δ_i = อัตราการเสื่อมสภาพของสุขภาพระหว่างช่วงเวลา i ซึ่งอัตราการเสื่อมสภาพนี้เป็นอัตราภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยของคน

(2) การลงทุนเบื้องต้น ณ ช่วงเวลา i เป็นสมการของการรักษาพยาบาล (M_i) , เวลาที่ใช้ (TH_i) และระดับสุขภาพคงคลัง (E_i)

$$I_i = I_i(M_i, TH_i, E_i)$$

(3) การผลิตสินค้า Z_i เป็นสมการของปัจจัยของสินค้าทั้งหมดที่ใช้ (X_i) , เวลาที่ใช้ในการผลิต (T_i) และระดับสุขภาพคงคลัง (E_i)

$$Z_i = Z_i(X_i, T_i, E_i)$$

(4) มูลค่าปัจจุบันของการใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสุขภาพอนามัย สินค้าและบริการอื่นๆ และเวลาที่ไม่ได้ทำงานเท่ากับมูลค่าปัจจุบันของรายได้บุคคลที่ควรจะได้รับถ้าเขาใช้เวลาทั้งหมดในการทำงานบวกกับสินทรัพย์ที่มีอยู่ ณ จุดเริ่มต้น

ถ้า P_i และ F_i = ราคาของ M_i และ X_i ตามลำดับ

W_i = อัตราค่าแรงงาน

TH_i = เวลาในสมการการลงทุนเบื้องต้น

T_i = เวลาที่ใช้ในการผลิต Z

TL_i = เวลาที่ป่วย

Ω = เวลาทั้งหมดที่มีในช่วงเวลาหนึ่ง

A^0 = สินทรัพย์ที่มีอยู่ ณ จุดเริ่มต้น

r = อัตราดอกเบี้ย

$$\text{ดังนั้น } \frac{\sum [P_i M_i + F_i X_i + W_i (T_{Hi} + T_i + T_{Li})]}{(1+r)^{\text{year}}} = \frac{\sum [W_i \Omega]}{(1+r)^{\text{year}}} + A^0$$

ถ้า H_{\min} = ระดับสุขภาพต่ำสุดคือระดับที่การตาย

ดังนั้น $H_n = H_{\min}$

การหาจุดดุลยภาพในการจัดสรรค่าใช้จ่ายระหว่างบริการด้านสุขภาพอนามัยกับค่าใช้จ่ายเพื่อสินค้าและบริการอื่น ในอันที่จะทำให้บุคคลแต่ละคนได้รับอรรถประโยชน์สูงสุดนั้น หาได้จากการแก้สมการเป้าหมายภายใต้สมการข้อจำกัดทั้ง 5 สมการข้างต้น และหากทำการ differentiate สมการอรรถประโยชน์ทั้งหมด ก็จะได้สมการอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้าย

แบบจำลองของ Grossman นี้ มีข้อสมมติหลายประการทั้งที่แฝงอยู่ และที่ระบุออกมาอย่างชัดเจน ข้อสมมติดังกล่าวได้แก่

- (1) การซื้อบริการรักษาพยาบาลเป็นการซื้อสุขภาพดี
- (2) ระดับสุขภาพของคนเสื่อมสุขภาพลงตามเวลา ในอัตราที่เพิ่มขึ้น
- (3) ระดับสุขภาพของบุคคลสามารถเพิ่มขึ้นได้โดยการลงทุนในสุขภาพ
- (4) การลงทุนในสุขภาพนั้นมีผลได้ต่อขนาดคงที่ (Constant Return to Scale)
- (5) ณ ช่วงเวลาหนึ่ง การใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสุขภาพอนามัย เพื่อสินค้าและบริการอื่น และเวลาที่ไม่ได้ทำงาน มีมูลค่าเท่ากับรายได้จากทรัพย์สินและรายได้ที่หาได้ภายในช่วงเวลานั้น
- (6) อรรถประโยชน์ที่ได้จากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมด (H_t) เท่ากับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการมีสุขภาพดีทั้งหมดในช่วงเวลา t

ดังนั้นสามารถสรุปแบบจำลองของ Grossman ได้ดังนี้

- (1) สุขภาพเป็นสินค้าประเภททุนซึ่งจะเสื่อมราคาไปเรื่อยๆ นอกจากจะมีการลงทุนเพิ่ม Health Stock
- (2) การลงทุนใน Health Stock นั้นมีต้นทุน 2 ชนิด คือ เวลาและเงิน ซึ่งปัจจัยทั้งสองชนิดนี้มีอรรถประโยชน์ในการใช้เพื่อทางเลือกอื่นแข่งกันอยู่ นอกจากนั้นสมการการผลิตของแต่ละคนยังมีประสิทธิภาพแตกต่างกันไปตามระดับของ Stock อย่างอื่น ๆ เช่น การศึกษา เป็นต้น

(3) การลงทุนเพื่อสะสมสุขภาพให้ผลตอบแทนในอนาคตในรูปของเวลา หมายถึงบุคคลจะมีเวลาเพิ่มขึ้นในช่วงชีวิตซึ่งจะสามารถทำงานหารายได้หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ให้เกิดอรรถประโยชน์แก่ชีวิตได้มากขึ้น

(4) บุคคลจะตัดสินใจลงทุนในสุขภาพจนกระทั่งถึงระดับที่ต้นทุนของหน่วยสุดท้ายของการลงทุนเท่ากับค่าปัจจุบันของรายรับหน่วยสุดท้ายที่ได้จากการลงทุน

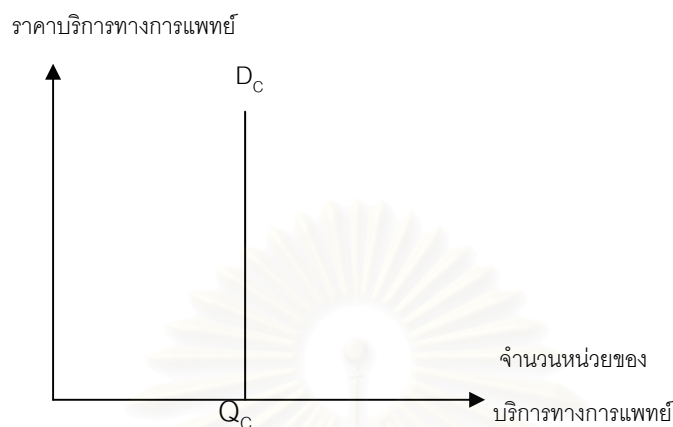
วิธีการของ Grossman ใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์และทดสอบตัวเลขในอดีตซึ่งผลการทดลองปรากฏว่าให้ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ในแบบจำลองอย่างสมเหตุสมผล จึงเป็นแบบจำลองที่มีผู้นำมาอภิปรายและวิเคราะห์เพิ่มเติมกันอย่างกว้างขวาง

4. อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์หรืออุปสงค์ในการรักษาพยาบาล (Demand for Health Care)

จากแนวคิดเกี่ยวกับอุปสงค์ต่อสุขภาพข้างต้น ทำให้ทราบว่าอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของอุปสงค์ต่อสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อเจ็บป่วยอุปสงค์ต่อสุขภาพจะผลักดันให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ เพื่อซ่อมสร้างสุขภาพในให้กลับมาอยู่ในสภาวะสุขภาพดี นั่นคือ อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์เป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (Derived Demand) ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการที่มนุษย์ต้องการมีสุขภาพที่สมบูรณ์

ในทางเศรษฐศาสตร์ ผู้บริโภคจะซื้อสินค้าใดก็ตามมักจะอยู่ภายใต้ข้อสมมติฐานที่ว่าผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับสินค้านั้น แต่ในเรื่องการบริโภคบริการทางสุขภาพเป็นที่ยอมรับกันว่าผู้บริโภคไม่มีความรู้และมีความไม่แน่นอนในการบริโภค การบริการทางสุขภาพเป็นสินค้าที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีวินิจฉัยโรค การตรวจและการรักษาโรคแต่ละชนิด จึงเป็นการยากที่ผู้บริโภคจะเลือกบริโภคบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีเหตุผล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะสามารถเลือกหมอในการรักษาพยาบาลตนเองได้ แต่แพทย์จะเป็นผู้กำหนดวิธีการรักษา ชนิด และขนาดของบริการทางการแพทย์ที่ผู้บริโภคควรจะได้รับในแต่ละครั้ง ทำให้เส้นของการบริการทางการแพทย์มีลักษณะเป็นเส้นตั้งฉากกับแกนนอน ณ ระดับที่แพทย์กำหนด ดังภาพที่ 1 ซึ่งหมายความว่า ไม่ว่าราคาค่าบริการรักษาพยาบาลจะเป็นเท่าใดก็ตาม จำนวนบริการที่ต้องการรับจะเท่าเดิม ณ จำนวนที่แพทย์กำหนด เนื่องจากผู้บริโภคไม่อาจปฏิเสธการรักษาหรือเลือกบริการอื่นแทนหรือรับบริการน้อยลงได้ และนอกจากนั้นมักจะทราบราคาหลังจากการรับบริการ (สมคิด แก้วสนธิ, 2524)

รูปที่ 3.4 อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์



เส้น D_c เป็นเส้นอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ของผู้บริโภคคนหนึ่งซึ่งไปพบแพทย์ และแพทย์เป็นผู้กำหนดจำนวนบริการการรักษาพยาบาลตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาล ณ ระดับ Q_c ผู้รับบริการไม่มีโอกาสทราบถึงคุณภาพของบริการที่ตนรับ และไม่มีโอกาสทราบถึงราคาของบริการ ดังนั้นเส้นอุปสงค์จึงเป็นเส้นตั้งฉาก

5. แบบจำลองของอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ (Demand for Health Care)

เนื่องจากอุปสงค์ต่อสุขภาพกว้างขวางมากและยากแก่การวัด ดังนั้นในการวิเคราะห์ต่างๆ มักจะจำกัดขอบเขตของอุปสงค์ลงมาเป็นอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อจำนวนบริการทางการแพทย์ที่มีผู้ต้องการ และรูปแบบลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับจำนวนบริการทางการแพทย์ที่มีผู้ต้องการ แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา ไม่มีรูปแบบใดที่จะสามารถใช้ได้สำหรับทุกกรณี แต่การศึกษารูปแบบทั่วไปของสมการอุปสงค์จะช่วยให้เห็นภาพปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่ออุปสงค์บริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้น ดังนี้ (สมคิด แก้วสนธิ, 2524)

$$Q_c = f(P_c, Y, E_d, A_g, S, H_E, I_N, \dots)$$

โดยที่

Q_c คือ จำนวนบริการทางการแพทย์ที่มีผู้ต้องการ

P_c คือ ราคาของบริการการรักษาพยาบาล

- Y คือ ระดับรายได้ของผู้บริโภคบริการ
 E_d คือ ระดับการศึกษาของผู้บริโภคบริการ
 A_g คือ ระดับอายุของผู้บริโภคบริการ
 S คือ เพศของผู้บริโภคบริการ
 H_E คือ ระดับสุขภาพสะสม (Health Stock) ของผู้บริโภคบริการ
 I_N คือ ประเภทสวัสดิการด้านสุขภาพ

นอกจากตัวแปรดังกล่าวแล้วยังมีตัวแปรภายนอกที่ทำให้ลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในแตกต่างกันไป คือ เชื้อชาติ ขนาดครอบครัว ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เคยชิน เมื่อได้สมการอุปสงค์สำหรับสังคมใดสังคมหนึ่งแล้ว ก็จะได้ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรแต่ละตัว ทำให้สามารถวิเคราะห์ค่าความยืดหยุ่นของจำนวนบริการที่มีผู้ต้องการต่อตัวแปรแต่ละตัวได้ว่าจำนวนบริการที่มีผู้ต้องการนั้นไหวตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรแต่ละตัวมากน้อยเพียงใด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2 วรรณกรรมปริทัศน์

ในการทบทวนวรรณกรรมหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แบ่งงานวิจัยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ (1) งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ของประชาชนทั่วไป (2) งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนภายใต้โครงการประกันสังคม (3) งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนภายใต้โครงการบัตรประกันสุขภาพ (4) งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ภายใต้สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลหรือ สปร. (5) งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ภายใต้สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างประจำ และ (6) งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ของประชาชนทั่วไป

งานวิจัยในส่วนนี้จะแบ่งออกเป็น งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ซึ่งใช้ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์เข้ามาอธิบายพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ของประชาชน และงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ของประชาชน และความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการทางการแพทย์

(1) อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์

สุพัทธ์ กรุณามิตร (2534) ศึกษาแบบอย่างการใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในเขตเชียงใหม่ โดยสมมติให้ค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนเท่ากับรายได้รวมของครัวเรือน และกำหนดให้ราคาสินค้าและบริการอื่นๆ คงที่ โดยใช้การวิเคราะห์แบบดุลยภาพบางส่วน (Partial Equilibrium) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของค่าใช้จ่ายสุขภาพ และศึกษาผลกระทบของตัวแปรต่างๆ ที่มีต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งในด้านป้องกันและรักษาโรค โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Multiple Classification Analysis (MCA) ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรทางด้านประชากรประกอบด้วย อายุ เพศ และการศึกษาของผู้ตัดสินใจเรื่องสุขภาพของครัวเรือน ตัวแปรด้านรายได้ของครัวเรือน และการเบิกค่านำรักษาพยาบาลของครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคของครัวเรือนตัวอย่างเฉลี่ย 301.15 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเฉลี่ย

2,959.26 บาทต่อปี คิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ครัวเรือนเท่ากับร้อยละ 0.38 และ 3.41 ตามลำดับ และการในศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเพียงตัวแปรเพศ อายุ และรายได้เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรการศึกษาของผู้ตัดสินใจเรื่องสุขภาพของครัวเรือน และการเปิดคืนค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสิทธิ์ จันทกลาง (2540) ทำการศึกษาอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์ในจังหวัดลำพูน ซึ่งเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression) และใช้เทคนิคการถดถอยกำลังสองน้อยที่สุด (Ordinary Least Squares : OLS) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ สวัสดิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ระดับการศึกษา และราคาบริการทางการแพทย์ โดยปัจจัยรายได้ สวัสดิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ระดับการศึกษาแปรผันตรงต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ ส่วนราคาบริการทางการแพทย์จะแปรผกผันกับความต้องการบริการทางการแพทย์ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พิจารณาเฉพาะความต้องการบริการทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปการรักษาพยาบาลเท่านั้น มิได้รวมถึงความต้องการบริการทางการแพทย์ในรูปการป้องกันสุขภาพ ซึ่งมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องอีกเป็นจำนวนมาก

(2) พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชน

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางการแพทย์ของประชาชน ได้มีการศึกษากับประชาชนหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มประชาชนในท้องถิ่นชนบท ดังเช่นงานของ Day and Leaprapai (1977) ที่ศึกษาแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การที่ประชาชนจะไปใช้หรือไม่ใช้สถานบริการของรัฐมีสาเหตุมาจาก 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ว่ามีบริการด้านการแพทย์และอนามัย เวลาที่สะดวกในการไปรับบริการ ประสบการณ์ในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเดินทางและแนวโน้มที่จะใช้บริการ ฐานะทางเศรษฐกิจ และลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม 2) ปัจจัยแทรกซ้อน ประกอบด้วย ระยะทางไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพของถนนและลำคลอง ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ และสถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปรับบริการ 3) ลักษณะของสถานบริการ ประกอบด้วย การรับรู้คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียงเครื่องมือ วิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่คอย และงานของแสงทอง แหงมงาม (2533) พบว่า เหตุผลสำคัญของ

ประชาชนในชนบท จังหวัดลำปางที่มีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลทุกประเภท ส่วนใหญ่ คือใกล้บ้าน และ เดินทางสะดวก

นอกจากนี้ สุขุมาล ธนาเศรษฐ์อังกูล และคณะ (2535) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนชนบทเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น การดูแลสุขภาพด้านการบริโภคเมื่ออยู่ในภาวะปกติยังนิยมบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ส่วนการดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยพบว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะมีการดูแลตนเองในเบื้องต้นก่อน เช่น นอนพัก งดอาหารบางชนิด เช็ดตัวลดไข้ บางรายใช้ยาร่วมด้วย และสำหรับการใช้บริการสาธารณสุขในระยะ 1 ปี พบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย ถ้าไม่หายจะไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาถึงพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลโรค/อาการต่างของชาวบ้านในชนบท โดย กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษามุมบ้าน 3 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า โรคที่ชาวบ้านเจ็บป่วยบ่อยๆ ได้แก่ ไข้หวัด ไข้ตัวร้อน ปวดท้อง ท้องเสีย ไข้เลือดออก ปอดบวม โรคปอด ปวดฟัน ฟันผุ โรคผิวหนัง เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาโรค/อาการต่างๆ ของชาวบ้านตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งหายหรือมีอาการดีขึ้น ในโรคที่ชาวบ้านเจ็บป่วยบ่อยๆ พบว่า แบบแผนการรักษาโรคแต่ละโรคมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับว่าหายหรือไม่ ถ้ายังไม่หายก็จะเลือกแหล่งรักษาอื่นต่อไป โดยแหล่งรักษาของชาวบ้านมีทั้งสิ้น 8 แหล่ง คือ ปล่อยให้หายเอง/รอดูอาการ ดูแลตนเอง ซึ่อยากินเอง หมอพื้นบ้าน โยเว สถานีนามัย โรงพยาบาล และคลินิก ขั้นตอนการรักษาจะวนเวียนอยู่ในแหล่งรักษาดังกล่าว สำหรับกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาของชาวบ้าน ขึ้นอยู่กับปัจจัยความเชื่อถือศรัทธาของประชาชน ประสิทธิภาพของการรักษา ระดับความรุนแรงของโรค ประเภทของโรคที่เจ็บป่วย ประสบการณ์การเรียนรู้ในการเจ็บป่วยครั้งก่อนๆ อิทธิพลของกลุ่ม อิทธิพลของวัฒนธรรมสุขภาพ การมีบัตรประกันสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุ ค่ารักษา ความรู้เรื่องการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และระบบการส่งต่อ

นอกจากนั้น มีการศึกษาพฤติกรรมทางการแพทย์ของประชากรในเขตชุมชนแออัด พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว คือ การรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ ทั้งวิทยุและโทรทัศน์ โดยผู้ที่รับฟังวิทยุรายการสุขภาพเป็นประจำจะไปซื้อยาจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยในสัดส่วนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังหรือฟังเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 60 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้ที่รับฟังวิทยุรายการสุขภาพเป็นประจำจะมีสัดส่วนของการไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเมื่อยามเจ็บป่วยสูงกว่า

รวมถึงการฝากครรภ์ที่สูงสุดถึงร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์ (ประเจตน์ เกษน้อย 2530)

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ พบว่า มีงานวิจัยของ วิไล สันตะบุตร (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการของผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาในสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 261 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เดือนละ 2,001-4,000 บาท ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน และร้อยละ 63 มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 62 มีความพึงพอใจในการใช้บริการในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบทางสถิติด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยความพึงพอใจในการใช้บริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาในสถานตรวจโรคปอด และนริสา ศรีลาชัย (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยวิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลนครพนมและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 260 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการสุขภาพครั้งแรกในโรงพยาบาลที่ศึกษามีประมาณร้อยละ 78.1 และที่เหลือเคยไปรับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการอื่นมาก่อน ที่พบมากที่สุด ได้แก่ คลินิก ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ แหล่งรักษาแผนโบราณ สถานีอนามัย ร้านขายยา โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลทั่วไป ตามลำดับ โดยเหตุผลสำคัญของการเลือกรับบริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพอื่น คือ การมีบุคคลแนะนำ ชื่อเสียงของแหล่งบริการ รู้จักและคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ ส่วนการมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ศึกษา พบว่าเหตุผลสำคัญ คือ มีบุคคลแนะนำหรือพามา ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ การรับรู้ชื่อเสียงของโรงพยาบาลและแพทย์ ร้อยละ 16.2

นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการให้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน โดยกุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย (2539) ได้ทำการสุ่มตัวอย่างจากผู้ให้บริการในสถานบริการภาคเอกชน 3 ประเภท คือ คลินิก โพลีคลินิก และโรงพยาบาล รวมทั้งหมด 999 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุระหว่าง 25-29 ปี เป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น และหนึ่งในสามเป็นผู้ใช้แรงงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องพบแพทย์ประมาณคนละ 2 ครั้งต่อปี โดยผู้บริการที่คลินิกและโพลีคลินิกส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจซึ่งมีอาการไม่ค่อยรุนแรง และ

ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน/อุบัติเหตุที่มีอาการรุนแรง โดยเฉพาะผู้รับบริการคนไข้ใน โดยผู้ให้บริการมากกว่าหนึ่งในสามเคยมีประสบการณ์ในการใช้สถานบริการเอกชนแห่งนั้นมาก่อน และพบว่าประมาณหนึ่งในห้าเคยมีประสบการณ์การใช้โรงพยาบาลรัฐมาก่อนหน้านี้ด้วย ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการกรณีคนไข้นอก ได้แก่ ลักษณะการเจ็บป่วย ประเภทสถานบริการที่ใช้ และความคาดหวังต่อการหายจากโรค กรณีคนไข้ใน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อาชีพผู้ให้บริการ (วิชาชีพและเจ้าของกิจการ) และสภาพของผู้ป่วย (บุตร) ส่วนผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกประเภทของสถานบริการที่ใช้ กรณีคลินิก ได้แก่ การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงน้อย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้มีอาชีพรับจ้าง และความเชื่อถือในตัวแพทย์ กรณีโพลีคลินิก ได้แก่ ความคาดหวังที่จะหายจากโรค และกรณีโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ ความเชื่อถือในสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ และสิทธิประโยชน์ต่างๆ

(3) ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการทางการแพทย์

Aday and And Andersen (1978) ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา โดยได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ความพึงพอใจต่อการประสานงาน ความพึงพอใจต่ออรรถยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ผลการศึกษาพบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ และ Gregory L. Wiss (1985) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ปัจจัยทางสังคมและประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ และปัจจัยทาง ด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความไว้วางใจในการรักษาของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ค่านิยมต่อแหล่งรักษาพยาบาล และความรู้ดีต่อสถานะสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าครอบครัวจำนวน 400 คน ในรัฐเวอร์จิเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ดีกว่าปัจจัยด้านสังคมและประชากร

สำหรับการศึกษาความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยในแผนกต่างๆ พบว่าม้งานของ นันทวัฒน์ วัฒนรุ่งเรือง และคณะ (2533) ศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการ

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อบริการตามหน่วยบริการต่างๆ ด้าน และพบว่าปัจจัยทางสังคมและประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้บริการที่อื่น และปัจจัยการเข้าถึงบริการ ได้แก่ เวลารอคอย ไม่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในทุกหน่วยบริการ ยกเว้นห้องตรวจโรคที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีการศึกษาต่ำจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้รับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่า และบังอร ผงผ่าน (2538) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ตีผู้ป่วยนอกสูงถึงร้อยละ 79.3 และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ ระบบบริการ กระบวนการบริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ส่วนปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และสิทธิการรักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความพึงพอใจ นอกจากนี้ วิภาวี สายนำทาน (2543) พบว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีความพึงพอใจต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับสูงใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ด้านพฤติกรรมเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ ด้านลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ ด้านการให้ความรู้ของผู้ให้บริการ และด้านความตั้งใจของผู้ให้บริการ ส่วนด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ มีการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย ดังเช่นงานของสามัคคี เดชกล้า (2540) พบว่า ผู้รับบริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัยในกิ่งอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ มีความพึงพอใจในการรับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านที่ประชาชนมีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับงานของอิสระ ยาวะโนภาศ (2541) รองลงมาคือ ด้านระบบบริการ และด้านสภาพแวดล้อม ตามลำดับ ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม และสถานีอนามัยแห่งต่างๆ นอกจากนี้ อิสระ (2541) ยังพบว่าสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการรับบริการที่สถานีอนามัย ส่วนตัวแปร เพศ อายุ การมีสวัสดิการรักษาพยาบาล ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการรับบริการที่สถานีอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

3.2.2 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนภายใต้โครงการประกันสังคม

งานวิจัยในส่วนนี้จะแบ่งออกเป็น งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ภายใต้โครงการประกันสังคม

(1) พฤติกรรมกรรมการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนภายใต้โครงการประกันสังคม

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2535) ได้ประเมินการให้บริการทางการแพทย์ โดยสำรวจจากสถานพยาบาลหลักทั้งรัฐและเอกชนรวม 134 แห่งทั่วประเทศที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 พบว่า อัตราการให้บริการของผู้ป่วยประกันสังคมยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก โดยมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 0.28-0.38 ครั้งต่อคนต่อปี และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) ที่ศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการโดยการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ประกันตนร้อยละ 31 จะไปคลินิกแพทย์ ร้อยละ 31 ไปโรงพยาบาล ร้อยละ 26 ซ้ำยากินเอง ส่วนการเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 80 ไปรักษาที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักที่เป็นของเอกชน และพบว่าก่อนจะมีโครงการประกันสังคมเมื่อมีการเจ็บเล็กน้อยจะซื้อมากินเองร้อยละ 42 ไปคลินิกร้อยละ 27 ใช้บริการห้องแพทย์ในสถานประกอบการร้อยละ 24 สำหรับการเจ็บป่วยรุนแรงนั้นร้อยละ 75 ใช้บริการโรงพยาบาล ร้อยละ 22 ไปคลินิก และยังพบว่า ผู้ประกันตนไม่ทราบเกี่ยวกับประเภทของการเจ็บป่วยที่คุ้มครองโดยสำนักงานประกันสังคมคิดเป็นร้อยละ 77 นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปใช้โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักกรณีผู้ป่วยนอก ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการกรณีผู้ป่วยใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการ เช่นเดียวกันกับ สุพินดา โชติเกียรติเวช (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางการแพทย์ของผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในจังหวัดสมุทรปราการ โดยสัมภาษณ์ผู้ประกันตนในสถานประกอบการทั้งขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ จำนวนทั้งหมด 1,391 คนที่เจ็บป่วยในเดือนกันยายน พ.ศ. 2535 พบว่า อัตราการให้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้กรณีผู้ป่วยนอกเท่ากับ 2.88 ครั้งต่อคนต่อปี ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.67 ครั้งต่อคนต่อปี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปใช้และไม่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้กรณีผู้ป่วยนอก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และความรู้

เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ อำเภอที่อยู่อาศัย โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ขนาดสถานประกอบการ และการมีบริการรักษาพยาบาลในสถานประกอบการ กรณีผู้ป่วยใน ได้แก่ สถานภาพสมรส และความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ อำเภอที่อยู่อาศัย และโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก

จะเห็นว่า งานวิจัยทั้งสองให้ผลการศึกษาเหมือนกันว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการไปใช้และไม่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคม ส่วนตัวแปรอื่นๆ อาจมีความแตกต่างกันเนื่องมาจากประชากรสถานที่ และเวลาที่ศึกษา

ปรียา ผาติชล (2538) ศึกษาถึงพฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาล และการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม จังหวัดนนทบุรี โดยการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนในสถานประกอบการรวมทั้งหมด 300 คน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ประกันตนไม่เคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ และผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยแบบไม่ต้องนอนโรงพยาบาลเลือกใช้บริการคลินิกแพทย์เอกชนมากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลรัฐ บริการรักษาพยาบาลในสถานประกอบการ และซื้อยากินเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ประกันตนเพศหญิงไปใช้บริการมากกว่าเพศชาย ผู้ประกันตนที่มีการศึกษาสูงไปใช้บริการมากกว่าผู้ประกันตนที่มีการศึกษาต่ำ และผู้ประกันตนที่มีความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคมไปใช้บริการมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ สุคนธ์มณี (2539) ที่พบว่า ผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในจังหวัดอ่างทอง ที่ไปใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทั้งนี้มีผู้ประกันตนที่ไม่ไปใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนสูงถึงร้อยละ 65.3 สาเหตุเนื่องจากไม่ทราบสิทธิประโยชน์ของตน ไม่พึงพอใจระบบสถานพยาบาลและสำนักงานประกันสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน ได้แก่ การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ ระดับความเจ็บป่วยที่ไม่ต้องหยุดงาน ความพึงพอใจต่อความสะดวก ความพึงพอใจต่อคุณภาพและบริการ และความพึงพอใจต่อประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ ส่วนปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีผลต่อการใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในอีกหลายจังหวัด ดังเช่น จังหวัดขอนแก่นที่พบว่าผู้ประกันตนมีความคิดเห็นต่อปัจจัยเอื้ออำนวยในการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล และปัจจัยเอื้ออำนวยความสะดวกใน

การใช้บริการอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้ประกันตนใช้สิทธิประโยชน์ที่มีอย่างคุ้มค่า โดยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้มากที่สุด (จากรูวรรณ นิพนานนท์และคณะ 2542) และการศึกษาในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ประกันตนมีการใช้สิทธิประโยชน์ในระบบบริการทางการแพทย์ร้อยละ 43.3 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สิทธิประโยชน์ในระบบบริการทางการแพทย์ ได้แก่ เพศหญิง รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคม ความคาดหวังในประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย (ประวีณา ยงประพัฒน์, 2544) นอกจากนี้ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันและรักษาสุขภาพของผู้ประกันตนในประเทศไทย โดยการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนทั่วประเทศทั้งหมด 7,615 คน พบว่า ผู้ประกันตนร้อยละ 43.8 ไม่เคยไปใช้สิทธิประโยชน์จากการประกันสังคมเลย มีผู้ประกันตนร้อยละ 28.8 ที่ไปใช้สิทธิจากโรคพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ และผู้ประกันตนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นกลุ่มที่ซื้อยากินเองมากที่สุดเมื่อมีอาการเจ็บป่วย แสดงให้เห็นว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ประกันตนไม่เคยได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสังคม ทั้งที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเป็นประจำทุกเดือน และพบว่า ผู้ประกันตนเพศหญิง ผู้ประกันตนที่มีระดับการศึกษาต่ำจนถึงระดับมัธยมศึกษา ผู้ประกันตนที่มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้ประกันตนที่เป็นคนงานทั่วไป และผู้ประกันตนที่มีรายได้ต่ำ ไปใช้สิทธิประโยชน์เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยมากกว่ากลุ่มอื่น

(2) ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ภายใต้โครงการประกันสังคม

รัชยา กุลวานิชไชยนันท์ (2535) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลสังกัดประกันสังคม โดยศึกษาถึงปัจจัยด้านรูปแบบการเป็นเจ้าของสถานพยาบาล (ภาครัฐและเอกชน) ปัจจัยด้านสังคมของผู้ประกันตน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ที่เคยใช้บริการที่อื่น และปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยด้านรูปแบบสถานพยาบาลพบว่า ผู้ประกันตนที่ใช้บริการจากสถานพยาบาลรัฐมีความพึงพอใจ ในระดับต่ำกว่าผู้ประกันตนที่ใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชน ในด้านระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์พบว่า ผู้ประกันตนที่มีการศึกษาสูงมีความพึงพอใจในระดับต่ำ ผู้มีรายได้ระดับสูงมีความพึงพอใจมากกว่าผู้มีรายได้ระดับต่ำ และผู้ที่เคยมีประสบการณ์การใช้บริการจากที่อื่นก่อนเข้าร่วมโครงการประกันสังคมมีความพึงพอใจในระดับต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์

สำหรับปัญหาอุปสรรคของผู้ประกันตนพบว่า ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในระเบียบขั้นตอน และสิทธิที่พึงได้รับ รวมถึงได้เสนอความต้องการที่จะเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง เช่นเดียวกับ สมพร ตั้งสะสม (2537) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนในกรุงเทพมหานครที่มีต่อบริการทางการแพทย์ภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยมิใช่ เนื่องจากการทำงาน พบว่าความพึงพอใจของผู้ประกันตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความพึงพอใจด้านความหลากหลายของบริการ ทัศนคติความสนใจของเจ้าหน้าที่และการให้ข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความสะดวกที่ได้รับ การยอมรับคุณภาพของบริการ และความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายในการประกันตนอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านบริการทางการแพทย์ และประเภทสถานประกอบการ มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ อายุ รายได้ ประสบการณ์ที่เคยใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่น และประเภทของสถานพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน สุภาพร ภัคธนกุล (2539) พบว่า ผู้ประกันตนที่มีระดับการศึกษาสูงของสถานพยาบาลรัฐในจังหวัดชลบุรีส่วนใหญ่มีความไม่พึงพอใจมากต่อการมารับบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะแผนกบัตรและแผนกจ่ายยา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ประกันตนที่มีการศึกษาสูงมีความคาดหวังไว้สูงต่อการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลรัฐ และไม่ประสบความสำเร็จในบริการ จึงหันไปเลือกใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนซึ่งมีความสะดวกสบายมากกว่า เช่นเดียวกับ จีรนาฎ สงวนทรัพย์ (2542) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ประกันตนที่คลินิกทางด่วนโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และระดับรายได้ โดยผู้ประกันตนที่มีการศึกษาต่ำ(ระดับมัธยมศึกษาลงมา)มีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ประกันตนที่มีการศึกษาสูงกว่า ผู้ประกันตนที่มีตำแหน่งงานระดับต่ำ(คนงาน) มีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ประกันตนที่มีตำแหน่งงานระดับสูง(เสมียน พนักงาน และผู้ควบคุมงาน) และผู้ประกันตนที่มีรายได้ต่ำมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ประกันตนที่มีรายได้สูง

นอกจากนี้ อุไร วิบุรบุตรและคณะ (2542) ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการของโรงพยาบาลยโสธรแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ประกันตนมีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์โดยรวมในระดับปานกลาง คือด้านความสะดวกที่ได้รับ ความหลากหลายของบริการ ทัศนคติความสนใจของเจ้าหน้าที่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากเจ้าหน้าที่ การยอมรับคุณภาพของการบริการ และความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายในการประกันตน

ส่วนปัญหาในการขอรับบริการทางการแพทย์พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความไม่สะดวก เนื่องจากสถานพยาบาลห่างไกลจากที่ทำงานและที่พัก ขั้นตอนการเข้ารับบริการเสียเวลานาน อธิษาศัยจากเจ้าหน้าที่ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใสพูดจาไม่สุภาพ และไม่ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสุเพ็ญ อึ้งวิจารณ์ปัญญา (2543) พบว่า ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมของโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยความพึงพอใจด้านระบบการให้บริการและด้านเจ้าหน้าที่ผู้บริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในระดับสูง ($r=0.902$ และ $r=0.915$) ส่วนด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมและด้านมาตรฐานคุณภาพบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($r=0.613$ และ $r=0.786$) ส่วนด้านทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในระดับต่ำ ($r=0.261$)

3.2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนภายใต้โครงการบัตรประกันสุขภาพ

งานวิจัยในส่วนนี้แบ่งออกเป็น งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้บริการทางการแพทย์และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ภายใต้โครงการบัตรประกันสุขภาพ

(1) พฤติกรรมกรใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนภายใต้โครงการบัตรประกันสุขภาพ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนในอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกซื้อบัตรสุขภาพได้แก่ การได้รับการประกันสุขภาพโดยวิธีอื่น ความไม่พึงพอใจต่อการรับบริการ และระบบบริการของโรงพยาบาล และชัยณรงค์ อิมใจ (2537) พบว่า ประชาชนในจังหวัดอ่างทองร้อยละ 69.9 ไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพเพราะคิดว่าเป็นการสูญเปล่าหากไม่เจ็บป่วย และร้อยละ 53.7 ไม่ซื้อเพราะคิดว่าเจ้าหน้าที่ใช้เวชภัณฑ์คุณภาพต่ำ ซึ่งผู้วิจัยได้อนุมานว่าประชาชนขาดความรู้และความเข้าใจในการประกันสุขภาพ ขาดความเชื่อมั่น และขาดความพึงพอใจในระบบบริการสาธารณสุข เช่นเดียวกับ สุรางค์ พิลาสกุล (2539) ที่ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรสุขภาพ พ.ศ.2538 พบว่า ประชาชนมีอัตรากรรับรู้สิทธิในโครงการเพียง

ร้อยละ 76.7 และมีผู้สมัครเป็นสมาชิกเพียงร้อยละ 59.7 ของกลุ่มเป้าหมายซึ่งร้อยละ 53.1 ยังต้องปรับปรุงความรู้ต่อเงื่อนไขในการใช้บัตร ส่งผลกระทบต่อระบบการใช้บริการหลายด้าน ทั้งนี้ประชาชนคิดว่ายังขาดการประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องรวมทั้งขาดการควบคุมคุณภาพการให้บริการต่อผู้ใช้บัตร

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2540) พบว่าในปี พ.ศ.2538 ผู้มีบัตรประกันสุขภาพมาใช้บริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกมากที่สุด 2.24 ครั้งต่อคน สำหรับผู้ป่วยในมาใช้บริการเพียงแค่ 0.1 ครั้งต่อคน และมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.33 วันต่อครั้งของการมารับบริการ โดยมีจำนวนวันนอนที่โรงพยาบาลศูนย์มากที่สุดถึง 8 วันต่อครั้ง โรงพยาบาลทั่วไปประมาณ 5 วันต่อครั้ง และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 3 วันต่อครั้ง

นอกจากนี้ ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และวัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ (2543) ได้ศึกษาถึงโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาปัจจัยที่กำหนดความต้องการซื้อบัตรสุขภาพ ซึ่งทำการวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยแบบ Logit Model ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ตัดสินใจซื้อบัตร คือ จำนวนบุคคลในครัวเรือนที่ป่วยเป็นโรค การประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ชักชวนให้ซื้อบัตร สำหรับปัจจัยที่ส่งผลให้ตัดสินใจไม่ซื้อบัตร คือ จำนวนบุคคลที่สมรสแล้วในครัวเรือน การรับฟังข่าวสารทางวิทยุ และสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลต่อค่าใช้จ่ายของครัวเรือนต่อปี และศึกษาถึงปัจจัยที่กำหนดความต้องการซื้อบัตรราคา 250 และ 500 บาท ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยแบบ Binary Choice Model พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพ 250 บาทเชิงบวก คือ ผู้ชักชวนให้ซื้อ และสถานพยาบาลที่สะดวกในการไปรับการรักษา ปัจจัยเชิงลบ คือ การรับฟังข่าวสาร และสัดส่วนค่ายา ค่ารักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือน สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทเชิงบวก คือ ผู้ชักชวนให้ซื้อ จำนวนบุคคลในครัวเรือนที่เคยเป็นโรค ปัจจัยเชิงลบ คือ สัดส่วนของค่ายาและค่ารักษาพยาบาลต่อรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน สำหรับอัตราการให้บริการบัตรสุขภาพ พบว่า ผู้ถือบัตร 500 บาทใช้บริการมากกว่าผู้ถือบัตร 250 บาท และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมร้อยละ 40 ส่วนผู้ถือบัตร 250 บาท เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 และศรีพิจิตร ธาตุเพชร (2543) ได้ศึกษาถึงเหตุผลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพในการใช้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลชุมชนด้วยโรคที่สามารถรักษาได้ที่สถานอนามัยในอำเภออมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความสะดวกในการเดินทาง และคุณภาพยาของสถานอนามัย เป็นเหตุผลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพในการใช้บริการ

(2) ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ภายใต้โครงการบัตรประกันสุขภาพ

พวงทอง ตั้งธิติกุล (2542) พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจต่อการบริการของสถานีนอนามัยของจังหวัดอุทัยธานีในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดด้านอรรถยาศัยความสนใจของเจ้าหน้าที่ แต่มีความพึงพอใจน้อยสุดในด้านความสะดวกและด้านค่าใช้จ่าย โดยพบว่าระดับความพึงพอใจมีความแตกต่างกันไปตามเพศ อาชีพ และเวลาในการเดินทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสพการณ์ และเวลาในการรับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจ นอกจากนี้ ปัญหาที่ผู้รับบริการพบมากที่สุดคือ การออกบัตรล่าช้า ร้อยละ 31.58 รองลงมาคือ การบริการของสถานีนอนามัย ร้อยละ 14.21

3.2.4 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนภายใต้สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลหรือ สปร.

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนภายใต้สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลหรือ สปร. มีค่อนข้างน้อยจึงได้อาศัยฐานข้อมูลรายงานการเจ็บป่วยและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พ.ศ.2542 และรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้มีบัตรสปร. มีอัตราการเจ็บป่วยมากกว่าผู้มีสวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 14.1 และ 7.8 แต่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ (ทั้งจากโรงพยาบาลรัฐ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน) น้อยกว่าผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2538) พบว่า ผู้มีบัตร สปร. ในเขตเมืองจังหวัดพิษณุโลกมีอัตราการพบแพทย์ทั้งที่โรงพยาบาลรัฐ คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน 2.7 ครั้งต่อคนต่อปี หรือใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ 2.1 ครั้งต่อคนต่อปี แต่มีรายงานว่าใช้สิทธิเพียง 0.6 ครั้งต่อคนต่อปี ทั้งนี้รวมการใช้บริการที่สถานีนอนามัย 0.3 ครั้งต่อคนต่อปีไว้ด้วย

3.2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างประจำ

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมทางการแพทย์ของประชาชนภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และลูกจ้างประจำนั้น วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) ได้ทำสำมะโนฎีกาเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2543 จากกรมที่มีการเบิกจ่ายสวัสดิการนี้สูงสุด 6 กรม พบว่า เป็นการเบิกจ่ายสำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำเองเพียงร้อยละ 29.6 แสดงว่าสวัสดิการนี้อำนวยความสะดวกแก่สมาชิกในครอบครัวของข้าราชการและลูกจ้างประจำค่อนข้างมาก โดยการใช้บริการกรณีผู้ป่วยในมีวันป่วยเฉลี่ย 13.4 วันในกรณีโรงพยาบาลรัฐ และ 4.4 วันในกรณีโรงพยาบาลเอกชน ค่ารักษายาบาลส่วนใหญ่เป็นค่ายา ค่าห้องและค่าอาหารเป็นเพียงร้อยละ 22-25 เท่านั้น ส่วนการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นการเบิกจ่ายสำหรับตัวเอง โดยมีจำนวนครั้งที่ใช้บริการประมาณ 1.6 ครั้ง ในกรณีข้าราชการ/ลูกจ้าง และ 1.9 ครั้งในกรณีข้าราชการบำนาญ และพรทิพย์ วิริยานนท์ (2536) ได้ทำการศึกษาในลักษณะเดียวกับวิโรจน์ (2536) แต่ศึกษาเฉพาะในส่วนภูมิภาคคือ จังหวัดอ่างทอง โดยเป็นการวัดค่าใช้จ่ายในรูปของรายรับ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ คือ ข้าราชการบำนาญ ผู้ใช้สิทธิ(บุตร) และประเภทของสถานพยาบาล ส่วนผลการวิเคราะห์ในกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ พบว่า จำนวนวันพักรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลมาก และยังเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน

นอกจากนี้ยังมีงานศึกษาของยุพดี อังจาวุฒิสลา (2542) ที่พบว่า แนวโน้มค่าใช้จ่ายของประเทศในการรักษายาบาลภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างประจำได้มีการชะลอตัวลงเป็นอย่างมาก โดยพบว่าอัตราเพิ่มที่แท้จริงของรายจ่ายรักษายาบาลได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ในปีงบประมาณ 2541 อัตราเพิ่มได้ลดลงจากปี 2540 จนติดลบร้อยละ 2.2 และได้ลดลงอีกในปีงบประมาณ 2542 คือติดลบร้อยละ 8.7 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรัฐได้ทำการปฏิรูปสวัสดิการด้านนี้ขึ้น ทั้งในเรื่องของการจำกัดยาที่เบิกต้องเป็นบัญชียาหลัก และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ลดลง และพบว่ารักษายาบาลส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 60 เป็นรายจ่ายสำหรับผู้ป่วยในข้าราชการและบุคคลในครอบครัว รองลงมาเป็นรายจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ส่วนรายจ่ายสำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัวมีน้อยกว่าร้อยละ 10 นอกจากนี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำประกันสุขภาพเสริมของข้าราชการและลูกจ้างประจำของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยใช้แบบจำลองโลจิสติกในการ

วิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำประกันสุขภาพเสริม คือ ปัจจัยทางด้านประชากรและสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรสที่สมรสแล้ว และอายุ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้รวมของครอบครัว ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล และปัจจัยทางด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ค่าเบี้ยประกันที่จะต้องเผชิญ และความคิดเห็นที่มีต่อสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับ สำหรับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สัดส่วนของบุคคลที่ต้องพึ่งพาในครอบครัว ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง และค่ารักษาพยาบาลของครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อการทำประกันสุขภาพเสริมดังกล่าว

นอกจากนี้ เอกลักษณ์ อินทสุวรรณรัตน์ (2544) ได้ศึกษาถึงวงเงินเบี้ยประกันที่พึงจ่ายในการทำประกันสุขภาพของข้าราชการและลูกจ้างประจำของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อการเตรียมความพร้อมในการปฏิรูประบบราชการ โดยใช้แบบจำลองโทบิตในการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่บุคลากรอายุไม่เกิน 50 ปีเต็มใจที่จะจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 594 บาทต่อเดือน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดค่าเบี้ยประกันสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการให้ครอบคลุม ความต้องการในการทำประกันชีวิต และวงเงินผลประโยชน์สูงสุดที่ต้องการสำหรับกรณีผู้ป่วยใน ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ ไม่มีอิทธิพลในการกำหนดค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่บุคลากรเต็มใจจะจ่าย

3.2.6 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่สำหรับประเทศไทย และ มีผู้ให้ความสนใจทำการวิจัยเกี่ยวกับโครงการนี้ออกมาในหลายแง่มุม ในที่นี้จะแบ่งออกเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้มีบัตรทองที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านอื่นๆ

(1) พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ (2444) ศึกษาถึงผู้ป่วยอนาถา: สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาจากผู้ป่วยรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรตามโครงการประกันสุขภาพ แต่ได้รับการคุ้มครองจากรัฐบาล (สปร.ประเภท ข) จำนวน 1,694 รายจาก 23

โรงพยาบาลใน 5 จังหวัด พบว่าผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 73.3 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ส่วนในจำนวนผู้มีสิทธิพบว่า เป็นผู้มีสิทธิในโครงการสปร. มากที่สุดร้อยละ 48.4 รองลงมาคือ ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 35.1 และร้อยละ 5.7 เป็นผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมและผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับสาเหตุในการขอยกเว้นค่ารักษาพยาบาลของผู้มีบัตรสปร. และบัตรสุขภาพส่วนใหญ่ คือ การข้ามขั้นตอนมารับบริการโดยไม่มีใบส่งต่อ สาเหตุรองได้แก่ ลืมนำบัตรมา บัตรหมดอายุหรือยังไม่ได้บัตร นอกจากนี้ยังพบว่า เกือบหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีระดับรายได้เข้าเกณฑ์บัตรสปร. และหากรวมเด็กอายุ 0-12 ปี และผู้สูงอายุ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 45.3 สมควรได้รับบัตรสปร.

นอกจากนี้จอมขวัญ ไกรโรจนานันท์ และคณะ (2544) ได้ศึกษาถึงการรับรู้และความคาดหวังของชุมชนบ้านพอน จังหวัดเชียงใหม่ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าประชาชนส่วนใหญ่รับรู้แต่ไม่ทราบรายละเอียดขั้นตอนและประเภทของบริการในโครงการ โดยส่วนใหญ่รับรู้มาจากสื่อโทรทัศน์ และสิ่งที่ประชาชนคาดหวังต่อโครงการคือ การได้รับบริการจากสถานบริการสุขภาพด้วยคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงต้องการยาที่มีคุณภาพดี สำหรับการทำให้แบบล้างโลหิต การผ่าตัดด้วยวิธีและโรคติดต่อที่ไม่จัดเป็นบริการพื้นฐานเป็นบริการเพิ่มเติมที่ประชาชนคาดหวังว่าจะครอบคลุมในอนาคต เช่นเดียวกับสิริย์ลักษณ์ ไชยลังกา (2545) ที่ศึกษาการรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.3 มีบัตรทองประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม ร้อยละ 52.5 ของผู้ถือบัตรยังไม่เคยใช้บัตรเพื่อรับบริการ คนที่เคยใช้บัตรเพื่อรับบริการ พบว่ามีปัญหาในการใช้บัตรเพียงร้อยละ 3.9 และร้อยละ 91.5 เคยทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิประโยชน์ของบัตรจากสื่อโทรทัศน์ สำหรับด้านการรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการยังไม่ชัดเจนในบางข้อยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ที่ไม่ครอบคลุม ที่กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 50 ระบุว่าไม่ถูกต้อง ส่วนการรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพในบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุม และด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีการรับรู้ถูกต้องสูงถึงร้อยละ 90

การศึกษาถึงความรู้ความเข้าใจต่อโครงการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังที่วาสนา เพิ่มพูล (2546) ได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้รับบริการอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงรายที่มีต่อเครือข่ายสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าผู้รับบริการร้อยละ 70 มีความรู้ความเข้าใจต่อโครงการในระดับปานกลาง และใช้ค่าสถิติ t-test, F-test และ

X²-test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรับรู้ความเข้าใจของผู้มารับบริการ ได้แก่ แหล่งข้อมูล สื่อบุคคล สื่อมวลชน และสิ่งพิมพ์ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาลเดิมประเภทบัตรสวัสดิการ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโครงการ และความคิดเห็นต่อโครงการ

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาถึงความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของฐิติมา น้อยวิณีจ (2546) ซึ่งได้เก็บแบบสอบถามจากผู้ป่วยนอกในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 300 คน พบว่า ผู้มารับบริการมีความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลจำนวน 30 บาทมากที่สุด และจะมีความเต็มใจจ่ายเป็น 50 บาทเมื่อโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการบริการจนเป็นที่พึงพอใจ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา ความเต็มใจให้บริการของเจ้าหน้าที่ และกิริยา วาจา มารยาทของเจ้าหน้าที่ที่แสดงออก ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความพึงพอใจในสุขภาพของผู้มารับบริการ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ความสะดวกสบายทั่วไปของโรงพยาบาล ความสะอาดของโรงพยาบาล ความรวดเร็วในการให้บริการ และความสามารถในการรักษาพยาบาล ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุรศักดิ์ เนียมปาน (2544) ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการออกแบบสอบถามประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ตามทะเบียนผู้ถือบัตรทอง กรณีเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทจำนวน 631 คน ใช้สถิติไคสแควร์วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกร้อยละ 60.3 เฉลี่ย 2.7 ครั้งต่อคน และกรณีผู้ป่วยในร้อยละ 0.48 โดยมีอัตราการนอนเฉลี่ย 1 ครั้งต่อคน การใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูมากที่สุดร้อยละ 87.2 และเหตุผลสำคัญของการไม่ไปใช้สิทธิคือ ไม่เคยเจ็บป่วยและชื้อยากินเอง ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน ได้แก่ อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจในบริการที่เคยได้รับ การรับรู้สิทธิประโยชน์และการได้รับรู้เงื่อนไขการบริการ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทาง ประสิทธิภาพในการรับบริการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ สำหรับปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ ได้แก่ หลักเกณฑ์ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพและความมั่นใจในคุณภาพบริการ รวมทั้งมีข้อเสนอให้มีการเลือกสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนของตนเอง และสามารถให้บริการต่างจังหวัดได้ เช่นเดียวกับ ศราวุธ สมศรี (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตร

ทองจังหวัดหนองบัวลำภู โดยทำการสอบถามเฉพาะผู้มีบัตรทองที่เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท จำนวนทั้งหมด 400 คน และใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า เมื่อมีความเจ็บป่วยผู้มีบัตรทองไปใช้บริการทางการแพทย์สอดคล้องกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยการให้บริการตามขั้นตอน ณ สถานพยาบาลใกล้บ้านที่ระบุไว้ในบัตรทองเป็นลำดับแรกก่อน (ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) คิดเป็นร้อยละ 60 และไปใช้บริการทางการแพทย์ไม่สอดคล้องกับโครงการ โดยเป็นการให้บริการข้ามขั้นตอนไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรลำดับที่สองก่อน หรือไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐอื่นๆ ที่เข้าร่วมโครงการโดยไม่ผ่านระบบส่งต่อและไม่ใช้กรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน ร้อยละ 10 และไปใช้บริการที่อื่น เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน หมอพื้นบ้าน และซื้อยากินเอง ร้อยละ 30 ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองที่สอดคล้องกับโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ รายได้ต่อเดือน เขตที่อยู่อาศัย(เทศบาลตำบล) ความคาดหวังในประโยชน์ และการรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาล ส่วนตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง การรับรู้ความสะดวกในการเดินทาง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มอ้างอิง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ มีงานที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอุทัย ศิริโสภณภักดิ์ (2546) ได้ใช้วิธีสถิติโคสแควร์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกิ่งอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เจตคติเกี่ยวกับผู้ให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน เจตคติเกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน และสื่อมวลชน และยังได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธี Multiple Logistic Regression พบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เจตคติเกี่ยวกับผู้ให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน เจตคติเกี่ยวกับผู้ให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ทักษะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศกับบุคคลในชุมชน เช่นเดียวกับรัตนา ธรรมวิชิต (2546) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยสัมภาษณ์ผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 450 คน โดยวิธีวิเคราะห์โคสแควร์ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ ทักษะการขอรับบริการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การได้รับคำแนะนำเรื่องสิทธิประโยชน์ การส่งต่อผู้ป่วย ขั้นตอนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการชื่นชมการบริการที่มีคุณภาพจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนบ้าน และบุคคลใน

ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนเพศ อาชีพ ที่อยู่ อาศัย ความรู้ในเรื่องสิทธิประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(2) ความพึงพอใจของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นราพงศ์ ธีรฉัตรวิภาส (2545) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจด้านการบริการและการตรวจรักษาในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ความสะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษารวมค่าเดินทาง ความน่าเชื่อถือของแพทย์ การสนใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยของแพทย์ และการอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น เพลนอน เป็นต้น ส่วนความพึงพอใจด้านการบริการผู้ป่วยในอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษารวมค่าเดินทาง สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล และการตรวจร่างกายโดยแพทย์ และจากการวิเคราะห์โดยใช้ t-test และ One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือน รายจ่ายครัวเรือน และสถานะทางการเงินของครัวเรือนที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการและการตรวจรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนที่แตกต่างกันจะให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยในแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.004$ และ $P=0.001$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับสะไกร กิ่งกานกุล (2545) ที่พบว่าผู้ใช้บัตรทองในโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู มีความพึงพอใจต่อการบริการด้านสุขภาพในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจด้านผู้ให้บริการมากกว่าด้านระบบการบริการ ซึ่งด้านระบบการบริการผู้ใช้บัตรทองมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านความปลอดภัย พึงพอใจน้อยที่สุดในด้านการตอบสนองผู้รับบริการทันที และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับความพึงพอใจ พบว่า ประสิทธิภาพที่ใช้บริการ ความสะดวกสบายของระบบบริการ ความเพียงพอทั่วถึงของบริการ ความปลอดภัยของระบบบริการ การตอบสนองผู้รับบริการทันที การเข้าถึงบริการ สมรรถนะของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลที่จำเป็น และความสนใจของผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่าง

มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วนระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ และความรู้เกี่ยวกับโครงการ ไม่มีกับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

นอกจากนี้ภพ วีระธีรและคณะ (2545) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเก็บแบบสอบถามจากผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 390 คน พบว่า ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับเฉยๆ ทั้งด้านสถานที่ของโรงพยาบาล ด้านระบบการบริการ และด้านบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบการให้บริการจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน พบว่า ผู้มารับบริการมีความคาดหวังในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($P=0.647$) แต่สภาพความเป็นจริงของบริการที่ได้รับทำให้ระดับความพึงพอใจในภาพรวมมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.029$ และ $P=0.045$ ตามลำดับ)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปิยรัตน์ พรณรังษี (2545) ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานครโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ อายุ ความศรัทธาในความความสามารถด้านการรักษาของแพทย์ การรับรู้สิทธิประโยชน์ของการมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี) และขนาดของโรงพยาบาล (ขนาดใหญ่) และจากการวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเรียงลำดับตัวแปรที่ส่งผลมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ความศรัทธาในความความสามารถด้านการรักษาของแพทย์ การรับรู้สิทธิประโยชน์ของการมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขนาดของโรงพยาบาล (ขนาดใหญ่) และระดับการศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี) นอกจากนี้สุวรรรัตน์ รัตนเสถียร (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการในจังหวัดนนทบุรี โดยเก็บแบบสอบถามจากผู้มีบัตรที่เคยมารับบริการในสถานบริการหลักจำนวน 400 คน โดยใช้การวิเคราะห์การจำแนกพหุ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ได้แก่ เพศ สถานบริการที่นิยมไปใช้บริการ ความเชื่อมั่นในสถานบริการ และระยะเวลาในการเดินทาง โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีสถานบริการที่นิยมไปใช้บริการระบุใน

บัตรทอง มีความเชื่อมั่นในสถานบริการ และมีระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการน้อยกว่า 15 นาที เป็นกลุ่มที่มีความพึงพอใจในการรับบริการมากที่สุด

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าประชาชนทั่วไปและผู้ประกันตนภายใต้โครงการต่างๆ เกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยไปใช้สิทธิประโยชน์ตามสถานพยาบาลที่ระบุไว้ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนและผู้ประกันตนในโครงการต่างๆ มีความแตกต่างกันอันเนื่องมาจาก ประชากร สถานที่ และเวลาที่ศึกษา สำหรับการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมีค่อนข้างน้อย และงานวิจัยที่พบส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการใช้บริการของผู้มีบัตรทองประเภทเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้งเท่านั้น ยังไม่มีผู้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการของผู้มีบัตรทองทั้งประเภทเสียค่าธรรมเนียมและไม่เสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง (ผู้ที่เคยได้รับบัตรสป.เดิม) นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่เลือกที่จะศึกษาเฉพาะผู้มีบัตรทองที่เคยมารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเท่านั้น โดยไม่ได้ศึกษาผู้มีบัตรทองแต่ยังไม่เคยไปรับบริการ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาในมุมมองดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาการดำเนินงานของโครงการ อันจะส่งผลให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างแท้จริงต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

วิธีการศึกษา

4.1 แนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ บริการทางการแพทย์ของประชาชนและผู้ประกันตนภายใต้โครงการต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ความสะดวกในการเดินทางไปใช้ บริการ ลักษณะการเจ็บป่วย ความคาดหวังในประโยชน์ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ คุณภาพยา ทัศนคติที่มีต่อแหล่งรักษาพยาบาล การรู้จักคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาล และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มอ้างอิง ซึ่ง งานวิจัยแต่ละชิ้นยังไม่ได้ข้อสรุปตรงกัน เนื่องจากความแตกต่างทางด้านประชากร วิธีการศึกษา และระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาได้นำปัจจัยดังกล่าวมาเทียบเคียงเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้นำ ปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ เขตที่อยู่อาศัย ความสะดวก ในการเดินทางไปใช้บริการ ความคาดหวังในประโยชน์ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ การรับรู้ ความรุนแรงของโรค และการรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาล มากำหนดเป็นตัวแปรอิสระ ในแบบจำลอง ส่วนปัจจัยที่เหลือไม่ได้นำมาใช้ในแบบจำลอง เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีลักษณะ ใกล้เคียงกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา กล่าวคือ ปัจจัยลักษณะการเจ็บป่วยสามารถพิจารณาได้จาก ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัจจัยคุณภาพยา ทัศนคติที่มีต่อแหล่งรักษาพยาบาล และการ รู้จักคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ สามารถพิจารณาได้จากตัวแปรการรับรู้คุณภาพบริการของ สถานพยาบาล

ดังนั้น กำหนดให้ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้านสถานะสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ทั้งนี้สามารถแสดงกรอบแนวคิดเบื้องต้นใน การศึกษา ได้ดังรูปที่ 4.1

รูปที่ 4.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา



4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ โดยการออกแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และเขตที่อยู่อาศัย ปัจจัยทางด้านสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ภาวะโรคเรื้อรัง แหล่งรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หลักประกันสุขภาพอื่นก่อนมีบัตรทอง หลักประกันสุขภาพอื่นหลังมีบัตรทอง การเคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง ประเภทบัตรทอง และการรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สังคม ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประโยชน์เมื่อไปใช้บริการ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง การรับรู้ความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ การรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาล และอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง

2. หน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ได้แก่ ผู้มีบัตรทองตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดพะเยา เป็นหน่วยวิเคราะห์ระดับปัจเจกบุคคล

3. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane (ประคอง กรรณสูตร, 2538) ดังนี้

$$n = \frac{1}{\frac{4e^2}{Z^2} + \frac{1}{N}}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e คือ ค่าความผิดพลาดที่ต้องการควบคุม

Z คือ ค่าคะแนนมาตรฐานจากตารางสถิติที่ได้จากการกำหนดระดับความ

เชื่อมั่น

N คือ จำนวนประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้จะกำหนดให้มีความผิดพลาดการสรุปผลไม่เกิน 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งมีค่าคะแนนมาตรฐาน Z เท่ากับ 1.96 และ $N = 438,262$ จะได้ $n = 384$

ผลการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ปรากฏว่าต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 384 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดจำนวนตัวอย่างจำนวน 500 ราย

4. การคัดเลือกตัวอย่าง จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-Stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอำเภอ โดยการสุ่มด้วยวิธีแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เพื่อหาอำเภอตัวแทนโดยใช้เขตพื้นที่ (Area Sampling) แบ่งอำเภอในจังหวัดพะเยา เป็น 4 เขตตามการนิเทศงานสาธารณสุข ดังนี้

เขตที่ 1 ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอแม่ใจ และกิ่งอำเภอภูกามยาว

เขตที่ 2 ประกอบด้วย อำเภอดอกคำใต้ และอำเภอจุน

เขตที่ 3 ประกอบด้วย อำเภอเชียงคำ และกิ่งอำเภอภูซาง

เขตที่ 4 ประกอบด้วย อำเภอปง และอำเภอเชียงม่วน

โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ทดแทน สุ่มเขตละ 1 อำเภอ ได้จำนวนทั้งหมด 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดอกคำใต้ อำเภอเชียงคำ และอำเภอปง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตำบล ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ทดแทนจากอำเภอที่ตกเป็นตัวอย่าง 4 อำเภอ โดยสุ่มอำเภอละ 3 ตำบล ได้ทั้งหมด 12 ตำบล ดังนี้

อำเภอเมือง ประกอบด้วย ตำบลเวียง ตำบลท่าวังทอง และตำบลบ้านสา

อำเภอดอกคำใต้ ประกอบด้วย ตำบลดอกคำใต้ ตำบลบ้านถ้ำ และตำบลสันโค้ง

อำเภอเชียงคำ ประกอบด้วย ตำบลหย่วน ตำบลฝายกวาง และตำบลน้ำแวน

อำเภอปง ประกอบด้วย ตำบลปง ตำบลนาปรัง และตำบลจิม

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มหมู่บ้าน ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ทดแทนจากตำบลตัวอย่าง 12 ตำบล โดยสุ่มตำบลละ 3 หมู่บ้าน ได้ทั้งหมด 36 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มผู้มีบัตรทอง ด้วยการคำนวณหาสัดส่วน (Probability Proportional Sampling) จากขนาดตัวอย่างทั้งหมด 500 คน เป็นรายหมู่บ้านตามจำนวนผู้มีบัตรทองทั้งหมดในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นนำรายชื่อผู้มีบัตรทองในแต่ละหมู่บ้านมาเรียงลำดับแล้วทำการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างหรือจับสลากเพียงครั้งเดียว เมื่อได้หมายเลขที่ตกเป็นตัวอย่างลำดับที่ 1 แล้วจะทำการบวกด้วยขนาดของอินตรัภาคขั้นไปเรื่อยๆ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนตัวอย่างจำแนกเป็นรายหมู่บ้าน

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร	สัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด (%)	จำนวนตัวอย่าง (ราย)
เมือง	เวียง	วัดหลวงราชสันฐาน	243	1.207	6
		เมืองชุม	424	2.107	11
		อินทร์ฐาน	675	3.354	17
	ท่าวังทอง	ดอกบัว	550	2.733	14
		ศาลาหนองหวี	1323	6.574	33
		ห้วยน้ำขาว	268	1.332	7
	บ้านสาบ	สาบใต้	471	2.340	12
		สันบัวบก	552	2.743	14
		สันเวียงใหม่	509	2.529	13
ดอกคำใต้	ดอกคำใต้	สันจกปก	747	3.712	19
		สันกลาง	517	2.569	13
		เหมืองล้อม	569	2.827	14
	บ้านถ้ำ	ถ้ำเจริญราษฎร์	734	3.647	18
		ถ้ำโน	410	2.037	10
		ถ้ำสันหัวหม่น	553	2.748	14
	สันโค้ง	สันโค้ง	504	2.504	13
		ร่องชมพู	373	1.853	9
		จำไก่อ	498	2.475	12
เชียงคำ	ห้วยวน	ห้วยวน	443	2.201	11
		ดอนไชย	670	3.329	17
		ใหม่	512	2.544	13
	ฝายกวาง	ฝายกวาง	612	3.041	15
		แวนโค้ง	440	2.186	11
		ใหม่นาสา	315	1.565	8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) จำนวนตัวอย่างจำแนกเป็นรายหมู่บ้าน

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร	สัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด (%)	จำนวนตัวอย่าง (ราย)
	น้ำแวน	น้ำแวน	666	3.309	17
		ผาลาด	562	2.793	14
		ห้วยบง	230	1.143	6
ปง	ปง	คู	696	3.458	17
		ดง	318	1.580	8
		ร้องเคียน	717	3.563	18
	นาปรัง	นาปรัง	632	3.140	16
		ดอนแก้ว	395	1.963	10
		บุญยืน	718	3.568	18
	งิม	หนองบัว	850	4.224	21
		ควร	666	3.309	17
		สันกลาง	763	3.791	19
รวม			20125	100.000	500

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบลงรหัส เพื่อนำไปประมวลผลหาค่าสถิติต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

(1) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะเป็นการอธิบายลักษณะเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้านสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และปัจจัยทางด้าน

จิตวิทยาสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าสถิติอย่างง่ายในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าร้อยละ (Percentage)

(2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการสืบทอดของในการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง

การวิเคราะห์ผลสามารถดำเนินการได้จากการนำข้อมูลที่สำรวจได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ในเชิงปริมาณด้วยวิธีการทางเศรษฐมิติ โดยใช้ Binary Logit Model ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ใช้วิเคราะห์ตัวแปรตามที่มีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Model of Qualitative Choice) เมื่อต้องตัดสินใจในทางเลือกสองทาง สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้กำหนดทางเลือกในการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองเป็น 2 ทางเลือก ได้แก่ (1) ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล และ (2) ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ผลการศึกษาจะให้ค่าความน่าจะเป็นของการตัดสินใจเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นๆ และใช้การประมาณค่าพารามิเตอร์โดยวิธีภาวะน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimation)

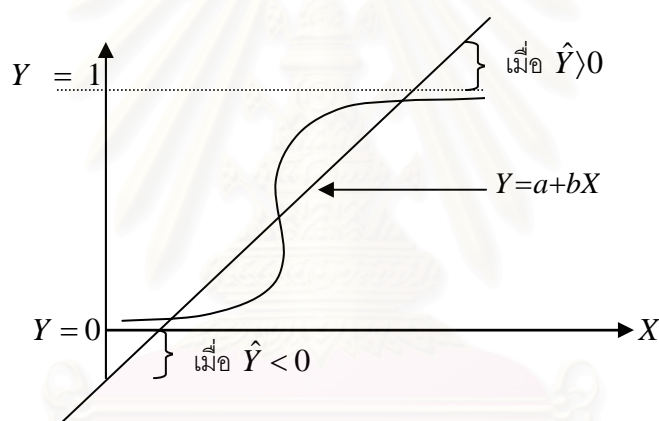
4.4 แบบจำลองที่ใช้ในการประมาณค่า

แบบจำลอง Binary Logit Model หรือแบบจำลองโลจิสต์ เป็นแบบจำลองที่มีวัตถุประสงค์เหมือนการวิเคราะห์สมการถดถอย (Regression) โดยทั่วไป กล่าวคือ เป็นการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระในรูปของสมการ เพื่อที่จะนำเอาสมการนั้นไปประมาณหรือพยากรณ์ค่าของตัวแปรตามเมื่อทราบค่าของตัวแปรอิสระ แต่สมการโลจิสต์จะแตกต่างกับสมการถดถอยทั่วไปที่ การวิเคราะห์โลจิสต์เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ (Qualitative Variable) เป็นข้อมูลที่มีลักษณะไม่ต่อเนื่อง (Discrete) หรืออยู่ในลักษณะทางเลือก (Choice) แบบทางใดทางหนึ่ง

สำหรับแบบจำลองเชิงคุณภาพที่นิยมใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะนี้มีหลายแบบจำลอง ได้แก่ แบบจำลอง The Linear Probability (LPM) แบบจำลองโพรบิต (Probit Model) และแบบจำลองโลจิสต์ สำหรับเหตุผลที่เลือกแบบจำลองโลจิสต์ เนื่องจากถึงแม้แบบจำลอง Linear Probability จะง่ายในการคำนวณแต่ค่าความน่าจะเป็นที่ประมาณการได้ อาจอยู่นอกช่วง $[0, 1]$ ซึ่งขัดกับหลักการทางสถิติและทฤษฎีความน่าจะเป็น ทั้งนี้การใช้แบบจำลองโพรบิตและโลจิสต์จะไม่เกิดปัญหาดังกล่าว (พิจารณากราฟของแบบจำลองโลจิสต์จากรูปที่ 4.2) อย่างไรก็ตาม

แบบจำลองโพรบิตและโลจิตต่างกันแค่เพียงรูปแบบการกระจายของตัวแปรสุ่มเท่านั้น โดยแบบจำลองโพรบิตตัวแปรสุ่มมีลักษณะการกระจายแบบปกติ (Standard Normal Distribution Function) ส่วนแบบจำลองโลจิตตัวแปรสุ่มมีลักษณะการกระจายแบบโลจิสติก (Logistic Probability Distribution Function) ซึ่งเมื่อตัวอย่างมีขนาดใหญ่ขึ้น การเลือกใช้แบบจำลองทั้งสองจะให้ค่าไม่ต่างกัน สำหรับข้อดีของแบบจำลองโลจิตคือ มีลักษณะการใช้งานที่ง่ายกว่า ทั้งจากรูปแบบฟังก์ชันของการกระจายและการแปรผลค่าสัมประสิทธิ์ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้แบบจำลองโลจิต

รูปที่ 4.2 กราฟของโลจิสติก



ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวอย่างต้องเผชิญกับสองทางเลือก คือ การตัดสินใจใช้สิทธิบัตรทอง และไม่ใช้สิทธิบัตรทองในใช้บริการทางการแพทย์ โดยสมมติให้ความน่าจะเป็นของการตัดสินใจมีรูปแบบเท่ากับความถึสะสมของการแจกแจงแบบโลจิต ซึ่งเป็น Binary Choice Model ใช้การประมาณค่าพารามิเตอร์โดยใช้วิธีภาวะความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimation) ตัวแปรตามที่ต้องการ คือ พฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง (มีค่า = 1) และไม่ใช้สิทธิบัตรทอง (มีค่า = 0) โดยสามารถแสดงรายละเอียดของแบบจำลองโลจิต ได้ดังต่อไปนี้

$$\text{สมมติให้ } Z_i = \alpha + \beta X_i \quad \dots(1)$$

ให้ฟังก์ชัน $F(Z_i)$ มีค่าเป็น 0 หรือ 1 สำหรับค่า Z_i ที่อยู่ระหว่าง $-\infty$ ถึง $+\infty$ จะได้รูปของฟังก์ชัน เป็น

$$P_i = F(Z_i) = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}} = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta X_i)}} \quad \dots(2)$$

- เมื่อ
- P คือ ค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดเหตุการณ์ที่สนใจ
 - e คือ Natural Logarithm มีค่าประมาณ 2.71828
 - X คือ ตัวแปรอิสระ
 - β คือ สัมประสิทธิ์ของตัวแปรอิสระ

จะเห็นว่าเมื่อ Z มีค่าเข้าใกล้ $-\alpha$ จะได้ค่า P ที่เข้าใกล้ 0 และเมื่อ Z มีค่าเข้าใกล้ α จะได้ค่า P ที่เข้าใกล้ 1

4.5 การประมาณค่าพารามิเตอร์

การประมาณค่าพารามิเตอร์ในงานวิจัยชิ้นนี้จะใช้ภาวะความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimation) เนื่องจากให้ค่าประมาณของความน่าจะเป็นสูงสุดอยู่ในช่วง $[0, 1]$ และสามารถแก้ปัญหาความแปรปรวนไม่คงที่ (Heteroscedastic) ได้ โดยสามารถแสดงรายละเอียดต่างๆ ได้ดังนี้

จากสมการที่ (2)

$$p_i = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}}$$

เมื่อ p_i เป็นค่าที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถจะให้ข้อมูลสำหรับการสังเกตได้ใน 2 ทางเลือก โดยให้

$$X_i = 1 \text{ ถ้าใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล}$$

$$= 0 \text{ ถ้าไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล}$$

ถ้าสมมติว่าในทางเลือกแรกมีคนเลือก n_1 ในทางเลือกที่สองมีคนเลือก n_2 ดังนั้น
 $n_1 + n_2 = N$

สามารถเขียนในรูป The Likelihood Function ได้ดังนี้

$$L = \text{Pr ob}(X_1, \dots, X_N) = \text{Pr ob}(X_1) \dots \text{Pr ob}(X_N) \quad \dots(3)$$

เมื่อแทนค่าความน่าจะเป็นที่ตัวอย่างไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลด้วย $(1-P)$ ในสมการ (3) และจัดให้อยู่ในรูปเครื่องหมายผลคูณ จะได้ Likelihood Function ดังสมการ

$$L = P_1 \dots P_{n_1} (1 - P_{n_1+1}) \dots (1 - P_N)$$

$$= \prod_{i=1}^{n_1} P_i \prod_{i=n_1+1}^N (1 - P_i) = \prod_{i=1}^N P_i (1 - P_i)^{(1 - X_i)} \quad \dots(4)$$

ทำการ Maximize The Logarithm of L โดยแทนค่าลงไปในฟังก์ชันความน่าจะเป็นแบบโลจิสติก จะได้

$$\text{Log } L = \sum_{i=1}^{n_1} \log P_i + \sum_{i=n_1+1}^N \log (1 - P_i) \quad \dots(5)$$

ทำการ Differentiate Log L ด้วย β_0 และ β_i และกำหนดให้เท่ากับศูนย์ ดังนี้

$$\frac{\partial \log L}{\partial \beta} = \sum_{i=1}^n \frac{\partial_i}{P_i} \frac{\partial}{\partial \beta_0} + \sum_{i=n_1+1}^N \frac{\partial_i}{1 - P_i} \frac{\partial}{\partial \beta_i}; i = 1, 2, \dots, n \quad \dots(6)$$

การประมาณค่า Maximum Likelihood นี้จะได้ค่าพารามิเตอร์ที่ Consistent และมี การแจกแจงแบบ Asymptotically Normal

4.6 การทดสอบค่าพารามิเตอร์

เป็นการทดสอบค่าทางสถิติที่ใช้ในการพิจารณาว่าพารามิเตอร์ที่ประมาณขึ้นโดยวิธี Maximum Likelihood Method นั้นอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้หรือยอมรับได้หรือไม่ วิธีทางสถิตินำมาใช้ทดสอบ ได้แก่ Wald-Test และ Goodness of Fit Measure

1. Wald-Test

ค่าสถิติ Wald-Test เป็นสถิติสำหรับการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปร ซึ่งใช้เป็น ตัวชี้วัดความเหมาะสมของพารามิเตอร์ ซึ่งเป็นการทดสอบว่าตัวแปรที่ใช้มีอิทธิพลต่อการ พยากรณ์ผลของแบบจำลองหรือไม่ โดยค่าสถิติ Wald-Test มีการกระจายแบบไคสแควร์ คำนวณ จากสัดส่วนระหว่างค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ ถดถอยยกกำลังสอง โดยสมมติฐานของการทดสอบคือ $H_0 : \beta_i = 0$

เนื่องจากสถิติที่ใช้ทดสอบค่า Log ใช้พื้นฐานของสถิติ Chi-square ในขณะที่สมการ ถดถอยพหุคูณใช้ค่า Mean เป็นหลัก (Sum of square) และใช้ F-test ทดสอบ ดังนั้นการทดสอบ Model ตามสมมติฐาน $H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_n = 0$ ของ Logit จะใช้สถิติ Chi-square (ธวัชชัย งามสันติวงศ์, 2542; กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544)

2. Goodness of Fit Measure การทดสอบด้วยวิธี Goodness of Fit Measure นั้นเป็น การทดสอบว่าสมการที่สร้างขึ้นมาจากตัวพารามิเตอร์ที่ประมาณได้นั้น สามารถใช้แทน ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่พิจารณาได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งแบ่งการทดสอบออกเป็น 2 วิธี ดังนี้

(1) ค่า Pseudo R^2 ประกอบด้วย

- ค่า Cox & Snell R^2

$$\text{มีรูปแบบของสมการคือ ค่า Cox \& Snell } R^2 = 1 - \frac{L(0)^{2/n}}{L(\beta)}$$

โดยที่ $L(0)$ คือ ค่าของ Log Likelihood Function เมื่อแทนค่าพารามิเตอร์ทุกตัวเป็น 0
 $L(\beta)$ คือ ค่าของ Log Likelihood Function เมื่อแทนค่าพารามิเตอร์ตัวแปร

อิสระตามที่กำหนด

- ค่า Nagelkerke R^2

$$\text{มีรูปแบบของสมการคือ ค่า Nagelkerke } R^2 = \frac{\text{Cox \& Snell } R^2}{\text{Cox \& Snell } R^2_{\max}}$$

$$\text{โดย } R^2_{\max} = 1 - [L(0)]^{2/n}$$

ค่า Pseudo R^2 นี้จะคล้ายกับค่า R^2 ในสมการถดถอยทั่วไป กล่าวคือ จะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง 1 เสมอ ทั้งนี้เพราะ $L(0) > L(\beta)$ สำหรับการพิจารณาผลที่คำนวณได้นั้น ถ้าค่าของ Pseudo R^2 เท่ากับ -1 หรือ 1 แสดงว่าสมการที่ได้สามารถแทนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างสมบูรณ์ โดยเครื่องหมายจะแสดงทิศทางของความสัมพันธ์ และถ้าค่าของ Pseudo R^2 เท่ากับ 0 แสดงว่า สมการดังกล่าวไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่พิจารณาได้เลย หรืออีกนัยหนึ่งก็คือตัวแปรอิสระไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

ในการทดลองวัด Goodness of Fit ในแบบจำลองพฤติกรรมศึกษา โดยใช้ค่า Pseudo R^2 นี้ โดยทั่วไปถ้า Pseudo R^2 มีค่ามากกว่า 0.2 ขึ้นไปก็ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544)

(2) The Overall Percent Correctly Estimated คือ ค่าเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการประมาณค่า ซึ่งแสดงได้ดังต่อไปนี้ สมมติว่าในการศึกษาใช้แบบจำลองกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ซึ่งมี 2 ทางเลือก คือ ใช้สิทธิบัตรทองและไม่ใช้สิทธิบัตรทอง แบบจำลองที่คำนวณได้จะถูกทดสอบกับชุดข้อมูลตัวอย่าง โดยให้ผลการพยากรณ์ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.2 ตัวอย่างการคำนวณ The Overall Percent Correctly Estimated

พฤติกรรมที่แท้จริง	พฤติกรรมที่พยากรณ์ได้จากแบบจำลอง		Percent Correct
	ใช้สิทธิบัตรทอง	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	
ใช้สิทธิบัตรทอง	181	46	79.7
ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	60	165	73.3
Overall Percentage			76.5

จากตารางที่ 4.2 สามารถแปลความหมายได้ว่าแบบจำลองที่ประมาณได้จากวิธี Maximum Likelihood Method สามารถทำนายผลของพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองที่นำมาทดสอบได้ถูกต้องร้อยละ 76.5 ซึ่งมีค่าสูงกว่าการทำนายแบบสุ่ม (Random) โดยในการทำนายแบบสุ่มสำหรับในกรณีที่มีสองทางเลือกเช่นในกรณีนี้ โดยปกติจะให้ความถูกต้องในการทำนายผลของพฤติกรรม คือร้อยละ 50 ดังนั้นการที่แบบจำลองที่ประมาณได้ให้ความถูกต้องในการพยากรณ์สูงกว่าการทำนายแบบสุ่ม (ร้อยละ 76.5 มากกว่า ร้อยละ 50) แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองที่ได้ข้างต้น มีความเหมาะสมในการใช้ประมาณค่าได้ดีในระดับหนึ่ง โดยยิ่ง

ค่า Overall Percentage มีค่ามากเท่าใด (ใกล้ 100% มากเท่าใด) แบบจำลองที่ได้ก็มีความแม่นยำเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้มากยิ่งขึ้น

4.7 ตัวแปรและสมมติฐานเบื้องต้นที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษาดังกล่าววิจัยทางด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้านสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ที่กำหนดพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในครั้งนี้ สามารถเขียนในรูปทั่วไป (General Form) ได้ดังนี้

$$Z = \log \frac{P_i}{1 - P_i}$$

$$Z = \beta_0 + \beta_1 \text{Sex}_i + \beta_2 \text{Age}_i + \beta_3 \text{Edu}_i + \beta_4 \text{Mr}_i + \beta_5 \text{Occ}_i + \beta_6 \text{IncF}_i + \beta_7 \text{ExpP}_i + \dots + \beta_{26} \text{Qua}_i + \beta_{27} \text{Cn}_i + \beta_{28} \text{Influen}_i$$

โดยที่ Z คือ ฟังก์ชันของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง

P_i คือ ความน่าจะเป็นของการใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองมีค่าระหว่าง 0 และ 1

= 0 เมื่อตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่ใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์

= 1 เมื่อตัวอย่างมีพฤติกรรมใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์

Sex คือ เพศของตัวอย่าง เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 เพศชาย

= 0 เพศหญิง

Age คือ อายุของผู้มีบัตรทอง

Edu คือ การศึกษาของผู้มีบัตรทอง (จำนวนปีของการศึกษาสูงสุด)

Mr คือ สถานภาพการสมรสของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 สถานภาพโสด

= 0 สถานภาพสมรสแล้ว/เคยสมรส (หย่าร้างหรือม่าย)

Occ คือ อาชีพของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น

Occ1 = 1 เกษตรกรรม

= 0 อื่นๆ

Occ2 = 1 รับจ้างทั่วไป/พนักงาน
= 0 อื่นๆ

Occ3 = 1 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
= 0 อื่นๆ

โดยให้อาชีพพ่อแม่บ้านแม่บ้าน นักเรียนนักศึกษา และผู้ว่างงาน เป็นกลุ่มอ้างอิง

Frac_p คือ สัดส่วนของรายจ่ายต่อรายได้ของผู้มีบัตรทอง

Frac_f คือ สัดส่วนของรายจ่ายครัวเรือนต่อรายได้ครัวเรือนของผู้มีบัตรทอง

Home คือ เขตที่อยู่อาศัยผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 อยู่ในเขตเทศบาล (เทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล)

= 0 อยู่นอกเขตเทศบาล (องค์การบริหารส่วนตำบลและสภาตำบล)

Mem คือ จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของผู้มีบัตรทอง

Chro คือ ภาวะการเป็นโรคเรื้อรังของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 มีภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง

= 0 ไม่มีภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง

Info1 คือ การรับข่าวสารทางโทรทัศน์ เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 ได้รับข่าวสารทางโทรทัศน์

= 0 อื่นๆ

Info2 คือ การรับข่าวสารจากวิทยุกระจายเสียง เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 ได้รับข่าวสารจากวิทยุกระจายเสียง

= 0 อื่นๆ

Info3 คือ การรับข่าวสารจากเอกสาร แผ่นพับ และหนังสือพิมพ์ เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 ได้รับข่าวสารจากเอกสาร แผ่นพับ และหนังสือพิมพ์

= 0 อื่นๆ

Info4 คือ การรับข่าวสารจากญาติหรือเพื่อนบ้าน เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 ได้รับข่าวสารจากญาติหรือเพื่อนบ้าน

= 0 อื่นๆ

Info5 คือ การรับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

= 0 อื่นๆ

- Info6 คือ การรับข่าวสารจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข เป็นตัวแปรหุ่น
 = 1 ได้รับข่าวสารจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข
 = 0 อื่นๆ
- InsAf คือ การมีหลักประกันสุขภาพอื่นหลังมีบัตรทองของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น
 = 1 มีประกันสุขภาพเอกชน
 = 0 ไม่มีหลักประกันใดๆ
- HosBe คือ การเคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองมาก่อน เป็นตัวแปรหุ่น
 = 1 เคยใช้บริการมาก่อน
 = 0 ไม่เคยใช้บริการมาก่อน
- Card คือ ประเภทของบัตรทองของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น
 = 1 บัตรประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม
 = 0 บัตรประเภทเสียค่าธรรมเนียม
- Place คือ การรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น
 = 1 รู้จักสถานพยาบาลที่ระบุในบัตร
 = 0 ไม่รู้จัก
- PI คือ การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น
 PI1 = 1 อาการรุนแรงระดับมาก
 = 0 อื่นๆ
 PI2 = 1 อาการรุนแรงระดับปานกลาง
 = 0 อื่นๆ
- Kn คือ ความรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขบริการและสิทธิประโยชน์ของบัตรทองของผู้มีบัตรทอง กำหนดค่าเป็นร้อยละ (คะแนนที่ผู้มีบัตรทองตอบถูกคิดเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม)
- Ex คือ ความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น
 = 1 มีความคาดหวังในระดับมาก
 = 0 มีความคาดหวังในระดับน้อยหรือปานกลาง
- Qua คือ การรับรู้คุณภาพการบริการของสถานพยาบาลของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น
 = 1 รับรู้ในระดับมาก
 = 0 รับรู้ในระดับน้อยหรือปานกลาง

Cn คือ การรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 รับรู้ในระดับมาก

= 0 รับรู้ในระดับน้อยหรือปานกลาง

Influen คือ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทอง เป็นตัวแปรหุ่น

= 1 มีอิทธิพลมาก

= 0 มีอิทธิพลน้อยหรือปานกลาง

อย่างไรก็ตาม การใช้ Logit Model มีเงื่อนไขที่ต้องพิจารณาคือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในแบบจำลองต้องมีความสัมพันธ์ในเชิงสถิติไม่สูงมากนัก โดยในการศึกษาครั้งนี้จะพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่น้อยกว่า 0.50 ดังนั้น ในการวิเคราะห์จะต้องทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระซึ่งเป็นตัวแปรเชิงปริมาณก่อนเพื่อไม่ให้เกิดปัญหา Multicollinearity ซึ่งอาจทำให้ทิศทางและค่าของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงได้ นอกจากนี้ ข้อพึงระวังที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ จำนวนของตัวอย่างในแต่ละทางเลือกหรือแต่ละกลุ่มจะต้องมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน จึงจะได้ผลการวิเคราะห์ที่เที่ยงตรง แต่ในทางปฏิบัติสัดส่วนข้อมูลจริงของประชากรในแต่ละกลุ่มอาจไม่เท่ากัน ทำให้แบบจำลองมีความเอนเอียง ดังนั้น ควรทดลองเก็บตัวอย่างและพิจารณาสัดส่วนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มว่าใกล้เคียงกันหรือไม่ รวมทั้งตรวจสอบแบบจำลองที่ได้โดยใช้การลองผิดลองถูกจากการใช้วิธีทางสถิติทดสอบค่าพารามิเตอร์ เพื่อดูความเหมาะสมว่าแบบจำลองใดเหมาะสมที่สุด

การวิจัยครั้งนี้กำหนดสมมติฐานและรายละเอียดของตัวแปรแต่ละตัวไว้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้มีบัตรทอง

(1) เพศ (SEX) หมายถึง เพศของผู้มีบัตรทองจำแนกเป็นเพศชายและเพศหญิง มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้เพศชายเข้าสู่การวิเคราะห์ มีค่าเท่ากับ 1 ส่วนเพศหญิงเป็นกลุ่มอ้างอิง มีค่าเท่ากับ 0 เนื่องจากโดยธรรมชาติแล้ว เพศหญิงและเพศชายมีลักษณะโครงสร้างที่แตกต่างกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจย่อมมีผลต่อบุคลิกภาพ สำหรับ

แนวคิดและการปฏิบัติเรื่องสุขภาพอนามัยก็เช่นเดียวกัน โดยที่เพศชายจะให้ความสำคัญในสุขภาพของตนเองด้วยการแสวงหาการรักษาของแพทย์เมื่อเริ่มมีอาการ และมีความระมัดระวังเรื่องสุขภาพอนามัยของตนน้อยกว่าเพศหญิง เนื่องจากความสนใจดูแลรักษาตนเองน้อยกว่าเพศหญิง ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงมีสมมติฐานว่าเพศชายมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองน้อยกว่าเพศหญิง

(2) อายุ (AGE) หมายถึง อายุของผู้มีบัตรทอง โดยพิจารณาจากอายุจริงของผู้มีบัตรทอง นับจำนวนเต็มเป็นปี ทั้งนี้อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงสถานะสุขภาพของบุคคลได้เป็นอย่างดี เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สภาพร่างกายมักไม่ค่อยแข็งแรง ทำให้มีโอกาสเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย การศึกษาในครั้งนี้จึงมีสมมติฐานว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากขึ้นตามไปด้วย

(3) การศึกษา (Educ) หมายถึง จำนวนปีตั้งแต่เริ่มเรียนจนถึงจบการศึกษาสูงสุด ทั้งนี้การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ การศึกษาในครั้งนี้มีสมมติฐานว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อต่างๆ มากกว่า อาจเกิดความเชื่อว่าการใช้สิทธิบัตรทองนั้นจะไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดี ทำให้ไม่อยากใช้สิทธิบัตรทอง

(4) สถานภาพการสมรส (MR) หมายถึง สถานภาพการสมรสของผู้มีบัตรทอง มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยพิจารณาจากสถานภาพการสมรสของผู้มีบัตรทอง จำแนกเป็นสถานภาพสมรสหรือเคยสมรส (หย่าร้างหรือม่าย) และสถานภาพโสด โดยกำหนดให้สถานภาพโสดเป็นกลุ่มเข้าสู่การวิเคราะห์มีค่าเท่ากับ 1 ส่วนสถานภาพสมรสหรือเคยสมรสเป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเท่ากับ 0 ทั้งนี้ผู้ที่มีสถานภาพโสด จะมีอิสระในการคิด การตัดสินใจด้วยตนเอง และไม่มีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัวมากนัก ขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือเคยสมรสมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวมากกว่า รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายหลายด้าน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยการใช้สิทธิบัตรทองน่าจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีสมมติฐานว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือเคยสมรสมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด

(5) อาชีพ (Occ) หมายถึง การประกอบอาชีพของผู้มีบัตรทอง มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้อาชีพเกษตรกรมีค่าเท่ากับ 1 รับจ้างทั่วไป/พนักงาน มีค่าเท่ากับ 2 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีค่าเท่ากับ 3 เข้าสู่การคำนวณ ส่วนพ่อบ้าน แม่บ้าน/นักเรียน นักศึกษา/ว่างงาน เป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเท่ากับ 4 ทั้งนี้บุคคลที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีลักษณะที่

แตกต่างกันหลายอย่าง เช่น ผู้ที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาว่าง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักจะเข้ารับการรักษายาบาลยังสถานที่ที่ให้ความสะดวกและรวดเร็วในใช้บริการ เช่น คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากกลัวเสียเวลาในการประกอบอาชีพ ต่างจากผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไปที่มีเวลา ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงมีสมมติฐานว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไปน่าจะมีโอกาสใช้บริการสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว

(6) สัดส่วนของรายจ่ายต่อรายได้ส่วนตัวของผู้มีบัตรทอง หมายถึง อัตราส่วนของรายจ่ายส่วนตัวกับรายได้ส่วนตัวเป็นรายเดือนของผู้มีบัตรทอง สัดส่วนนี้แสดงถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้มีบัตรทองว่ามีค่าเท่าใดเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ที่สามารถหามาได้ และสัดส่วนนี้ยังแสดงถึงอำนาจในการซื้อสิ่งของหรือบริการต่างๆ ของผู้มีบัตรทอง โดยผู้ที่มีสัดส่วนของรายจ่ายได้มากกว่ารายจ่ายจะมีอำนาจซื้อได้มากกว่า ส่วนผู้ที่มีสัดส่วนของรายจ่ายมากกว่ารายจ่ายจะไม่มีความสามารถในการซื้อสิ่งของหรือบริการได้ตามต้องการ เมื่อประสบกับภาวะเจ็บป่วยหรือมีความต้องการบริการทางการแพทย์เกิดขึ้น จะไม่มีอำนาจซื้อบริการทางการแพทย์ตามที่ต้องการได้ จำเป็นต้องใช้บริการตามสิทธิที่ตนเองมีอยู่ (บัตรทอง) ในขณะที่ผู้ที่มีสัดส่วนของรายจ่ายได้มากกว่ารายจ่ายจะสามารถเลือกซื้อบริการทางการแพทย์ได้ตามต้องการ เช่น ใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชน (คลินิก, ร.พ.เอกชน) ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงมีสมมติฐานว่า ผู้ที่มีค่าสัดส่วนนี้สูงจะมีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่มีค่าสัดส่วนนี้ต่ำ

(7) สัดส่วนของรายจ่ายครัวเรือนต่อรายได้ครัวเรือนของผู้มีบัตรทอง หมายถึง อัตราส่วนของรายจ่ายครัวเรือนกับรายได้ครัวเรือนเป็นรายเดือนของผู้มีบัตรทอง สัดส่วนนี้แสดงถึงภาระค่าใช้จ่ายระดับครัวเรือนของผู้มีบัตรทองว่ามีค่าเท่าใดเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ที่ทุกคนในครอบครัวหามาได้ จากเหตุผลเช่นเดียวกับสัดส่วนของรายจ่ายต่อรายได้ส่วนตัวของผู้มีบัตรทอง การศึกษาคั้งนี้จึงมีสมมติฐานว่า ผู้ที่มีค่าสัดส่วนนี้สูงจะมีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่มีค่าสัดส่วนนี้ต่ำ

(8) เขตที่อยู่อาศัย (Home) หมายถึง เขตที่ตั้งบ้านเรือนของผู้มีบัตรทอง จำแนกเป็นผู้มีบัตรทองที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (เทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล) และผู้มีบัตรทองที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (องค์การบริหารส่วนตำบลและสภาตำบล) มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ผู้มีบัตรทองที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเป็นกลุ่มเข้าสู่การวิเคราะห์ มีค่าเท่ากับ 1 ส่วนผู้มีบัตรทองที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเป็นกลุ่มอ้างอิง มีค่าเท่ากับ 0 การศึกษาคั้งนี้มีสมมติฐานว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอก

เขตเทศบาล เนื่องจากในเขตเทศบาลมีสถานพยาบาลต่างๆ อยู่ค่อนข้างมาก เช่น คลินิก ทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสเข้าถึงสถานพยาบาลต่างๆ ได้ง่าย ประกอบกับผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมักมีรายได้ดี ทำให้มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตัวเองได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

(9) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (Mem) หมายถึง จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้มีบัตรทองโดยนับรวมผู้มีบัตรทอง การศึกษาครั้งนี้มีสมมติฐานว่า ผู้ที่มีสมาชิกในครัวเรือนมากมีโอกาสในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่มีสมาชิกในครัวเรือนน้อย เนื่องจากผู้ที่มีสมาชิกในครัวเรือนน้อยมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สมาชิกในครัวเรือนได้ง่ายกว่าผู้ที่มีสมาชิกในครัวเรือนมาก

2. ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล

(1) ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง (Chro) หมายถึง การมีภาวะโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง เป็นต้น จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะโรคเรื้อรัง และกลุ่มไม่มีภาวะโรคเรื้อรังมีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้กลุ่มที่มีภาวะโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเข้าสู่การวิเคราะห์ มีค่าเท่ากับ 1 ส่วนกลุ่มไม่มีภาวะโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเท่ากับ 0 การศึกษาในครั้งนี้มีสมมติฐานว่าผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลค่อนข้างบ่อย ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การใช้สิทธิบัตรทองน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดค่าใช้จ่ายดังกล่าว

(2) แหล่งข่าวสาร (Info) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากแหล่งสื่อสารต่างๆ จำนวน 6 แห่ง คือ แหล่งข่าวสารจากโทรทัศน์ (Info1) แหล่งข่าวสารจากวิทยุกระจายเสียง (Info2) เอกสาร แผ่นพับ และโปสเตอร์ (Info3) ญาติหรือเพื่อนบ้าน (Info4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Info5) และ ผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (Info6) โดยแบ่งการรับข่าวสารเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับข่าวสารจากแหล่งนั้นๆ และกลุ่มที่ไม่เคยได้รับข่าวสารจากแหล่งนั้นๆ มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้กลุ่มที่ได้รับข่าวสารจากแหล่งนั้นๆ เข้าสู่การวิเคราะห์ มีค่าเท่ากับ 1 ส่วนผู้ที่ไม่เคยได้รับข่าวสารจากแหล่งนั้นๆ เป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเท่ากับ 0 ทั้งนี้มีสมมติฐานว่าผู้ที่ได้รับข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข่าวสารจากแหล่งดังกล่าว

(3) การมีหลักประกันสุขภาพอื่นหลังจากได้รับบัตรทอง (InsAF) หมายถึง การมีหลักประกันสุขภาพนอกเหนือจากบัตรทอง มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพเอกชนมีค่าเท่ากับ 1 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีค่าเท่ากับ 0 การศึกษาครั้งนี้มีสมมติฐานว่าผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพเอกชน เนื่องจากผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพเอกชนสามารถใช้สิทธิจากหลักประกันสุขภาพเอกชนแทนการใช้บัตรทอง

(4) การเคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองของผู้มีบัตรทอง (Hosbe) หมายถึง การเคยไปใช้บริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองในช่วงก่อนจะมีบัตรทอง มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกำหนดให้กลุ่มที่เคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองเข้าสู่การวิเคราะห์หามีค่าเท่ากับ 1 และกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองเป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเท่ากับ 0 ทั้งนี้เป็นตัวแปรที่แสดงออกถึงความคุ้นเคยกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลนั้นๆ อาจทำให้ผู้มีบัตรทองยังมีความประสงค์ใช้บริการในสถานพยาบาลแห่งนั้น แม้ว่าสถานพยาบาลดังกล่าวไม่ได้อยู่ในโครงการหรือไม่ได้เป็นสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองก็ตาม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีสมมติฐานว่าผู้ที่เคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองมีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่ไม่เคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง

(5) ประเภทของบัตรทอง (Card) หมายถึง ประเภทของบัตรทองที่ผู้มีบัตรทองครอบครองอยู่ แบ่งเป็นประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม และประเภทเสียค่าธรรมเนียม เป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้กลุ่มที่ถือบัตรประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียมเข้าสู่การวิเคราะห์หามีค่าเท่ากับ 1 และประเภทเสียค่าธรรมเนียมเป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเท่ากับ 0 การศึกษาครั้งนี้มีสมมติฐานว่าผู้ถือบัตรประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียมมีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ถือบัตรประเภทเสียค่าธรรมเนียม เนื่องจากผู้ถือบัตรประเภทเสียค่าธรรมเนียมต้องจ่ายในค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง ขณะที่ผู้ถือบัตรประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียมไม่ต้องจ่ายค่าบริการใดๆ เมื่อไปใช้บริการ

(6) การรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง (Place) หมายถึง การรู้จักสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิบัตรทอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่รู้จักและกลุ่มที่รู้จัก มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้กลุ่มที่รู้จักสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองเข้าสู่การวิเคราะห์หามีค่าเท่ากับ 1 ส่วนกลุ่มที่ไม่รู้จักเป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเท่ากับ 0 ซึ่ง

การรู้จักหรือไม่รู้จักสถานที่ตั้งมีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีสมมติฐานว่าผู้ที่รู้จักสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลน่าจะมีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่ไม่รู้จัก

(7) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perception of Illness: PI) หมายถึง การที่ผู้มีบัตรทองมีความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นไปตามการประเมินและการตัดสินใจที่มีต่อความผิดปกติของร่างกายในการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด จากการทบทวนงานวิจัยปรากฏว่า มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ชี้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความเกี่ยวข้องกับต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ ดังเช่นงานของ Day and Leaprapai (1977) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ประชาชนจะไปใช้หรือไม่ใช้สถานบริการของรัฐ ทั้งนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ผู้มีบัตรทองที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมากมีค่าเท่ากับ 1 และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 2 เข้าสู่อะการวิเคราะห์ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับน้อยเป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเท่ากับ 3 การศึกษาในครั้งนี้จึงมีสมมติฐานว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อยและปานกลาง มีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงในระดับมาก ย่อมต้องการการรักษาที่รวดเร็วและมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งผู้มีบัตรทองอาจยังไม่ค่อยมั่นใจในระบบการให้บริการของสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองว่าจะสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงระดับมากได้ จึงเลือกที่จะใช้สิทธิรักษาอย่างอื่นหรือยอมเสียค่าบริการรักษาพยาบาลในอัตราปกติได้

3. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม

(1) การรับรู้เงื่อนไขบริการและการรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรทอง (Knowledge: Kn) หมายถึง การที่ผู้มีบัตรทองเข้าใจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเงื่อนไขในการใช้บริการ และชุดสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้มีบัตรทอง เช่น การใช้สิทธิประโยชน์ของบัตร ขั้นตอนการไปรับการรักษาพยาบาล หลักฐานประกอบการใช้บริการ และการจ่ายค่าธรรมเนียม เป็นต้น และจากการทบทวนงานวิจัย ปรากฏว่า มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ชี้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ดังเช่น งานวิจัยของสุพินดา (2536) และปรียา (2538) ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีสมมติฐานว่าถ้าผู้มีบัตรทองมีการรับรู้เงื่อนไขบริการและสิทธิประโยชน์ของบัตรทองมาก จะมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากขึ้น ทั้งนี้มีวิธีวัดด้วยการใช้ค่าร้อยละ

ละของการตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เงื่อนไขบริการและการรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรทองในระดับที่ระลึกได้ถูกต้องเทียบกับคะแนนเต็ม ซึ่งค่าร้อยละของคะแนนที่ได้มาจากให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่จากข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

- ตอบคำถามถูกต้อง = 1 คะแนน

- ตอบคำถามไม่ถูกต้อง = 0 คะแนน

(2) ความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ (Expectation of Benefit: Ex) หมายถึง การคาดหวังถึงบริการด้านต่างๆ ที่ผู้มีบัตรทองจะได้รับเมื่อไปรับบริการในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง เช่น การต้อนรับที่ดี การให้ความสนใจและซักถามปัญหาสุขภาพ การที่อาการเจ็บป่วยทุเลาลง การได้รับความสะดวกสบายและบริการที่รวดเร็ว การรับทราบข้อมูลการปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วย การได้รับการรักษาโดยเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพและทันสมัย การได้รับการรักษาที่ได้คุณภาพมาตรฐานเทียบกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือผู้ป่วยที่เสียเงินในราคาปกติ เป็นต้น จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ความคาดหวังในประโยชน์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สิทธิประโยชน์ในระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน (ประวีณา, 2544) ผู้ศึกษาจึงคาดว่าความคาดหวังในประโยชน์น่าจะมามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทอง โดยมีสมมติฐานว่าถ้าผู้มีบัตรทองมีความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับมาก ก็จะมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากขึ้น ทั้งนี้วิธีวัดโดยใช้ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่าจำแนกเป็น 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ จากนั้นนำค่าคะแนนของคำถามที่ได้มารวมกัน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- ระดับมากที่สุด = 5 คะแนน

- ระดับมาก = 4 คะแนน

- ระดับปานกลาง = 3 คะแนน

- ระดับน้อย = 2 คะแนน

- ระดับน้อยที่สุด = 1 คะแนน

ทั้งนี้ความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ ถูกกำหนดเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ผู้มีบัตรทองที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประโยชน์มากกว่า 3.00 ขึ้นไปเป็นผู้ที่มีความคาดหวังในประโยชน์ระดับมากมีค่าเท่ากับ 1 ส่วนผู้ที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประโยชน์ไม่เกิน 3.00 เป็นผู้ที่มีความคาดหวังในประโยชน์ระดับน้อยหรือปานกลางมีค่าเท่ากับ 0

(3) การรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาล (Quality: Qua) หมายถึง การที่ผู้มีบัตรทองมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ในด้านต่างๆ ได้แก่ด้านคุณลักษณะของแหล่งบริการ เช่น การจัดสถานที่เป็นระเบียบและสะอาด การมีที่จอดรถอย่างเพียงพอ เป็นต้น

ด้านคุณภาพของการให้บริการ เช่น การดูแลเอาใจใส่ การแสดงกิริยาท่าทางต่อผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ ความเชี่ยวชาญในการรักษา การมีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย และการทุเลาจากอาการเจ็บป่วย เป็นต้น จากการทบทวนงานวิจัยปรากฏว่า มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งซึ่งชี้ว่า การรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ ดังเช่นงานของ Day and Leaprapai (1977) พบว่า การรับรู้คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียงของสถานบริการเป็นปัจจัยที่ประชาชนจะไปใช้หรือไม่ใช้สถานบริการของรัฐ เช่นเดียวกับนริสา (2540) ที่พบว่า การรับรู้ชื่อเสียงของโรงพยาบาลและแพทย์เป็นเหตุผลสำคัญในการมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้มีสมมติฐานว่าถ้าผู้ที่มีบัตรทองมีการรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาลมาก ก็จะมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากขึ้น ทั้งนี้มีวิธีวัดโดยใช้ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่าจำแนกเป็น 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ จากนั้นนำค่าคะแนนของคำถามที่ได้มารวมกัน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
- ระดับมากที่สุด	= 5 คะแนน	= 1 คะแนน
- ระดับมาก	= 4 คะแนน	= 2 คะแนน
- ระดับปานกลาง	= 3 คะแนน	= 3 คะแนน
- ระดับน้อย	= 2 คะแนน	= 4 คะแนน
- ระดับน้อยที่สุด	= 1 คะแนน	= 5 คะแนน

ทั้งนี้การรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาล ถูกกำหนดเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ผู้มีบัตรทองที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประโยชน์เกิน 3.00 ขึ้นไปเป็นผู้ที่มีการรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับมากมีค่าเท่ากับ 1 และผู้ที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาลไม่เกิน 3.00 เป็นผู้มีการรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับน้อยหรือปานกลางมีค่าเท่ากับ 0

(4) การรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ (Convenience of Accessibility: Cn) หมายถึงการที่ผู้ที่มีบัตรทองมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสะดวกสบายในการเดินทางไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ ความสะดวกสบายในด้านระยะทาง ยานพาหนะ สภาพของถนน และเวลาที่ใช้ในการเดินทาง และจากการทบทวนงานวิจัยปรากฏว่า มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งซึ่งชี้ว่า การรับรู้ความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ ดังเช่นงานของ Day and Leaprapai (1977) พบว่า การเดินทางและแนวโน้มที่จะใช้บริการเป็นปัจจัยที่ประชาชนจะไปใช้หรือไม่ใช้

สถานบริการของรัฐ และศรีพิจิตร (2543) พบว่า ความสะดวกในการเดินทางเป็นเหตุผลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพในการใช้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ จึงมีสมมติฐานว่าถ้าผู้มีบัตรทองมีการรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการมาก ก็จะมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากขึ้น ทั้งนี้มีวิธีวัดโดยใช้ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า จำแนกเป็น 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ จากนั้นนำค่าคะแนนของข้อคำถามที่ได้มารวมกัน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- ระดับมากที่สุด = 5 คะแนน
- ระดับมาก = 4 คะแนน
- ระดับปานกลาง = 3 คะแนน
- ระดับน้อย = 2 คะแนน
- ระดับน้อยที่สุด = 1 คะแนน

ทั้งนี้การรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ ถูกกำหนดเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ผู้มีบัตรทองที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการมากกว่า 3.00 ขึ้นไปเป็นผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการระดับมากที่สุดเท่ากับ 1 และผู้ที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการไม่เกิน 3.00 เป็นผู้มีการรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการระดับน้อยหรือปานกลางมีค่าเท่ากับ 0

(5) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้สิทธิบัตรทอง (Influen) หมายถึง การที่ผู้มีบัตรทองไปใช้บริการที่สถานพยาบาลซึ่งระบุในบัตรทองหรือไม่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นจากบุคคลอื่นหรือสื่อ ประกอบด้วย บุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุขและสื่อมวลชน ผู้ศึกษาจึงคาดว่ากลุ่มอ้างอิงเหล่านี้น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทอง โดยมีสมมติฐานว่าถ้าผู้มีบัตรทองมีได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิงมาก ก็จะมีโอกาสการใช้สิทธิบัตรทองมากขึ้น ทั้งนี้มีวิธีวัดโดยใช้ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า จำแนกเป็น 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ จากนั้นนำค่าคะแนนของคำถามที่ได้มารวมกัน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- ระดับมากที่สุด = 5 คะแนน
- ระดับมาก = 4 คะแนน
- ระดับปานกลาง = 3 คะแนน
- ระดับน้อย = 2 คะแนน
- ระดับน้อยที่สุด = 1 คะแนน

ทั้งนี้อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้สิทธิบัตรทอง ถูกกำหนดเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ผู้มีบัตรทองที่มีค่าเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่า 3.00 ขึ้นไปได้รับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้สิทธิบัตรทองระดับมาก และผู้ที่มีค่าเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้สิทธิบัตรทองไม่เกิน 3.00 เป็นผู้ได้รับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้สิทธิบัตรทองระดับน้อยหรือปานกลางมีค่าเท่ากับ 0



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในจังหวัดพะเยา โดยสุ่มตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 500 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2547 – กุมภาพันธ์ 2548 โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ เจตคติ และความเชื่อของผู้มีบัตรทอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้มีบัตรทอง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ใช้สิทธิบัตรทอง

ส่วนที่ 7 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง

5.1 ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างที่นำเสนอในส่วนนี้เลือกมาเฉพาะกลุ่มที่เคยมีอาการเจ็บป่วยและได้รักษาอาการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดในสถานพยาบาล โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง จำนวน 225 คน และกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทอง จำนวน 227 คน รวมทั้งหมด 452 คน สำหรับผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 48 คน ได้แสดงไว้ในภาคผนวก ข

ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของผู้มีบัตรทองโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดพะเยา โดยแบ่งการวิเคราะห์ตามการไม่ใช้และการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับการรักษาพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 5.1)

เพศ กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดพะเยาที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล เป็นเพศหญิง จำนวน 114 คน (ร้อยละ 50.7) เป็นเพศชาย จำนวน 111 คน (ร้อยละ 49.3) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล เป็นเพศหญิง จำนวน 144 คน (ร้อยละ 63.4) และเพศชาย จำนวน 83 คน (ร้อยละ 36.6) แสดงให้เห็นว่า เพศหญิงใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลมากกว่าเพศชาย

อายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 37.28 ปี น้อยที่สุด 13 ปี มากที่สุด 76 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี กลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนมากมีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี จำนวน 65 คน (ร้อยละ 28.9) รองลงมา มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จำนวน 54 คน (ร้อยละ 24.0) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนมากมีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จำนวน 67 คน (ร้อยละ 29.5) รองลงมา มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 53 คน (ร้อยละ 23.4) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยใช้สิทธิบัตรทอง

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 122 คน (ร้อยละ 54.2) เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล มีสถานภาพสมรส จำนวน 152 คน (ร้อยละ 67.0)

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 77 คน (ร้อยละ 34.2) รองลงมา มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. จำนวน 56 คน (ร้อยละ 24.9) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 112 คน (ร้อยละ 49.3) รองลงมา มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. จำนวน 49 คน (ร้อยละ 21.67)

อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว จำนวน 83 คน (ร้อยละ 36.9) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร จำนวน 46 คน (ร้อยละ 20.4) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวจำนวนเท่ากัน คือ กลุ่มอาชีพละจำนวน 64 คน (ร้อยละ 28.2)

อาชีพของคู่สมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสและไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่คู่สมรสประกอบอาชีพ ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว จำนวน 45 คน (ร้อยละ

20.0) ส่วนกลุ่มที่เคยใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่คู่สมรสประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 77 คน (ร้อยละ 34.0)

แหล่งที่ตั้งบ้านเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้สิทธิบัตรทองและใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีแหล่งที่ตั้งของบ้านเรือนนอกเขตเทศบาล จำนวน 128 คน และ 144 คน (ร้อยละ 56.9 และ 63.4) ตามลำดับ

รายได้รวมเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีรายได้รวมเฉลี่ย 6,618.74 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด 500 บาทต่อเดือน มากที่สุด 89,500 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้รวมเฉลี่ยระหว่าง 2,501 ถึง 5,000 บาทต่อเดือน โดยในกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีรายได้รวมระหว่าง 2,501 – 5,000 บาท จำนวน 102 คน (ร้อยละ 45.3) รองลงมา มีรายได้รวมไม่เกิน 2,500 บาทต่อเดือน จำนวน 42 คน (ร้อยละ 18.7) ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีรายได้รวมระหว่าง 2,501 – 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 110 คน (ร้อยละ 48.4) รองลงมา มีรายได้รวมไม่เกิน 2,500 บาทต่อเดือน จำนวน 58 คน (ร้อยละ 25.6)

รายจ่ายรวมเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีรายจ่ายรวมเฉลี่ย 3,838.74 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด 200 บาทต่อเดือน มากที่สุด 40,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายจ่ายรวมเฉลี่ยระหว่าง 1,501 ถึง 3,000 บาทต่อเดือน โดยกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองส่วนใหญ่มีรายจ่ายรวมระหว่าง 1,501 ถึง 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 71 คน (ร้อยละ 31.6) รองลงมา มีรายจ่ายรวมระหว่าง 3,001 – 4,500 บาทต่อเดือน จำนวน 46 คน (ร้อยละ 20.4) ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีรายจ่ายรวมระหว่าง 1,5001 ถึง 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 89 คน (ร้อยละ 39.2) รองลงมา มีรายจ่ายรวมไม่เกิน 1,500 บาทต่อเดือน จำนวน 55 คน (ร้อยละ 24.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองมีรายจ่ายรวมเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล

รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีรายได้ของครัวเรือนเฉลี่ย 13,079.78 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด 1,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด 200,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยระหว่าง 4,501 ถึง 9,000 บาทต่อเดือน โดยกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนระหว่าง 4,501 – 9,000 บาทต่อเดือน จำนวน 67 คน (ร้อยละ 29.8) รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนมากกว่า 18,000 บาทต่อเดือน จำนวน 54 คน (ร้อยละ 24.0) ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนระหว่าง 4,501 – 9,000 บาทต่อเดือน จำนวน 99 คน (ร้อยละ 43.6) รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนระหว่าง 9,001 – 13,500 บาทต่อเดือน จำนวน 51 คน (ร้อยละ 21.6)

ละ 22.4) แสดงว่า กลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองมีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง

รายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีรายจ่ายของครัวเรือนเฉลี่ย 9,625.19 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด 500 บาทต่อเดือน มากที่สุด 65,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือนระหว่าง 4,501 ถึง 9,000 บาทต่อเดือน โดยกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลมีรายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือนระหว่าง 4,501 – 9,000 บาทต่อเดือน จำนวน 69 คน (ร้อยละ 30.7) รองลงมา มีรายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือนไม่เกิน 4,500 บาทต่อเดือน จำนวน 63 คน (ร้อยละ 28.0) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีรายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือน จำนวน 103 คน และ 69 คน (ร้อยละ 45.4 และร้อยละ 30.4) ตามลำดับ

สถานะทางการเงินของครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีสถานภาพทางการเงินของครัวเรือนในระดับพอกินพอใช้ โดยกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีฐานะพอกินพอใช้ จำนวน 125 คน (ร้อยละ 55.6) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล จำนวน 118 คน (ร้อยละ 52.0)

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.81 คน จำนวนน้อยที่สุด 1 คน และมากที่สุด 10 คน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 ถึง 4 คน โดยกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 ถึง 4 คน จำนวน 131 คน (ร้อยละ 58.2) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล จำนวน 138 คน (ร้อยละ 60.8)

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่ไม่มีรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสมาชิกในครัวเรือนที่ไม่มีรายได้เฉลี่ย 1.66 คน จำนวนน้อยที่สุด 0 คน และมากที่สุด 9 คน ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือนที่ไม่มีรายได้จำนวน 2 คน โดยกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่ไม่มีรายได้จำนวน 1 คน จำนวน 69 คน (ร้อยละ 30.7) ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลมีจำนวนสมาชิกที่ไม่มีรายได้จำนวน 2 คน จำนวน 85 คน (ร้อยละ 37.4) แสดงว่า กลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล มีจำนวนสมาชิกที่ไม่มีรายได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 5.1 ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	111	49.3	83	36.6	194	42.9
หญิง	114	50.7	144	63.4	258	57.1
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
กลุ่มอายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	30	13.3	21	9.3	51	11.3
อายุ 21 ถึง 30 ปี	65	28.9	40	17.6	105	23.2
อายุ 31 ถึง 40 ปี	54	24.0	67	29.5	121	26.8
อายุ 41 ถึง 50 ปี	42	18.7	53	23.4	95	21.0
อายุ 51 ถึง 60 ปี	27	12.0	38	16.7	65	14.4
อายุมากกว่า 60 ปี	7	3.1	8	3.5	15	3.3
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ค่าเฉลี่ย = 37.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.07 ค่ามัธยฐาน = 37 ค่าต่ำสุด = 13 ค่าสูงสุด = 76						
สถานภาพสมรส						
โสด	94	41.8	50	22.0	144	31.9
สมรส	122	54.2	152	67.0	274	60.6
หย่าร้าง/ม่าย	9	4.0	25	11.0	34	7.5
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	77	34.2	112	49.3	189	41.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	15.1	41	18.1	75	16.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	56	24.9	49	21.6	105	23.2
อนุปริญญา/ปวส.	15	6.7	13	5.7	28	6.2
ปริญญาตรี	41	18.2	10	4.4	51	11.3

ตารางที่ 5.1 (ต่อ) ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.9	2	0.9	4	0.9
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
อาชีพ						
เกษตรกรรวม	46	20.4	64	28.2	110	24.3
รับจ้าง/พนักงาน	44	19.6	55	24.2	99	21.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	83	36.9	64	28.2	147	32.5
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	7	3.1	16	7.0	23	5.1
นักเรียน/นักศึกษา	35	15.6	21	9.3	56	12.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	-	-	-	-
ว่างงาน	10	4.4	7	3.1	17	3.8
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
อาชีพครองของคู่สมรส						
ไม่มีคู่สมรส/หย่าม่าย	103	45.8	77	34.0	180	39.9
เกษตรกรรวม	38	16.9	57	25.1	95	21.0
รับจ้าง/พนักงาน	23	10.2	47	20.7	70	15.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	45	20.0	32	14.1	77	17.0
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	7	3.1	9	4.0	16	3.5
นักเรียน/นักศึกษา			1	0.4	1	0.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	3.6	1	0.4	9	2.0
ว่างงาน	1	0.4	3	1.3	4	0.9
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
แหล่งที่ตั้งบ้านเรือน						
ในเขตเทศบาล	97	43.1	83	36.6	180	39.8
นอกเขตเทศบาล	128	56.9	144	63.4	272	60.2
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0

ตารางที่ 5.1 (ต่อ) ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้รวมเฉลี่ย(บาทต่อเดือน)						
ไม่เกิน 2,500 บาท	42	18.7	58	25.6	100	22.1
2,501 ถึง 5,000 บาท	102	45.3	110	48.4	212	46.9
5,001 ถึง 7,500 บาท	22	9.8	25	11.0	47	10.4
7,501 ถึง 10,000 บาท	23	10.2	14	6.2	37	8.2
มากกว่า 10,000 บาท	36	16.0	20	8.8	56	12.4
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ค่าเฉลี่ย = 6,618.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9,617.29 ค่ามัธยฐาน = 4,000						
ค่าต่ำสุด = 500 ค่าสูงสุด = 89,500						
รายจ่ายรวมเฉลี่ย(บาทต่อเดือน)						
ไม่เกิน 1,500 บาท	39	17.3	55	24.3	94	20.8
1,501 ถึง 3,000 บาท	71	31.6	89	39.2	160	35.4
3,001 ถึง 4,500 บาท	46	20.4	45	19.8	91	20.1
4,501 ถึง 6,000 บาท	27	12.0	18	7.9	45	10.0
มากกว่า 6,000 บาท	42	18.7	20	8.8	62	13.7
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ค่าเฉลี่ย = 3,838.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4,004.24 ค่ามัธยฐาน = 2,800						
ค่าต่ำสุด = 200 ค่าสูงสุด = 40,000						
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน(บาทต่อเดือน)						
ไม่เกิน 4,500 บาท	34	15.1	44	19.4	78	17.2
4,501 ถึง 9,000 บาท	67	29.8	99	43.6	166	36.7
9,001 ถึง 13,500 บาท	47	20.9	51	22.4	98	21.7
13,500 ถึง 18,000 บาท	23	10.2	14	6.2	37	8.2
มากกว่า 18,000 บาท	54	24.0	19	8.4	73	16.2
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ค่าเฉลี่ย = 13,079.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17,091.49 ค่ามัธยฐาน = 8,600						
ค่าต่ำสุด = 1,000 ค่าสูงสุด = 200,000						

ตารางที่ 5.1 (ต่อ) ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือน(บาทต่อเดือน)						
ไม่เกิน 4,500 บาท	63	28.0	69	30.4	132	29.2
4,501 ถึง 9,000 บาท	69	30.7	103	45.4	172	38.1
9,001 ถึง 13,500 บาท	41	18.2	35	15.4	76	16.8
13,500 ถึง 18,000 บาท	18	8.0	10	4.4	28	6.2
มากกว่า 18,000 บาท	34	15.1	10	4.4	44	9.7
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ค่าเฉลี่ย = 9,625.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9,804.40 ค่ามัธยฐาน = 7,000						
ค่าต่ำสุด = 500 ค่าสูงสุด = 65,000						
สถานะทางการเงินของครัวเรือน						
มีหนี้สิน	64	28.4	79	34.8	143	31.6
พอกินพอใช้	125	55.6	118	52.0	243	53.8
มีเหลือเก็บ	26	11.6	26	11.4	52	11.5
ไม่ตอบ	10	4.4	4	1.8	14	3.1
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน						
1 ถึง 2 คน	40	17.8	31	13.6	71	15.7
3 ถึง 4 คน	131	58.2	138	60.8	269	59.5
มากกว่า 4 คน	54	24.0	58	25.6	112	24.8
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ค่าเฉลี่ย = 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.41 ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าต่ำสุด = 1 ค่าสูงสุด = 10						
จำนวนสมาชิกที่ไม่มีรายได้						
ไม่มี	44	19.6	30	13.2	74	16.4
1 คน	69	30.7	65	28.6	134	29.6
2 คน	68	30.2	85	37.4	153	33.8

**ตารางที่ 5.1 (ต่อ) ข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์**

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 2 คน	44	19.6	47	20.7	91	20.1
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0

ค่าเฉลี่ย = 1.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.19 ค่ามัธยฐาน = 2 ค่าต่ำสุด = 0 ค่าสูงสุด = 9

5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

5.2.1 ข้อมูลภาวะสุขภาพ การรับรู้ข่าวสาร และการรักษาพยาบาลก่อนมีบัตรทอง

ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการมีภาวะโรคเรื้อรัง แหล่งรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีหลักประกันสุขภาพอื่นก่อนรับบัตรทอง และสถานพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษาก่อนมีบัตรทอง มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 5.2)

การมีภาวะโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง กับใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะโรคเรื้อรัง จำนวน 199 คน และ 178 คน (ร้อยละ 88.4 และ 78.4) ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ใช้บัตรทอง ส่วนกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะใช้บัตรทอง

แหล่งรับข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อต่างๆ หลายสื่อ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลได้รับข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์ มากที่สุด จำนวน 164 คน (ร้อยละ 72.9) รองลงมาได้รับข่าวสารผู้นำหมู่บ้าน หรือ อสม. จำนวน 106 คน (ร้อยละ 47.1) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ได้รับข่าวสารจากผู้นำหมู่บ้าน หรือ อสม. มากที่สุด จำนวน 158 คน (ร้อยละ 69.6) รองลงมา ได้รับข่าวสารจากโทรทัศน์ จำนวน 136 คน (ร้อยละ 59.9)

หลักประกันสุขภาพก่อนมีบัตรทอง พบว่า ก่อนมีบัตรทองกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ มาก่อน จำนวน 101 คน (ร้อยละ 44.9) รองลงมา มีบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท จำนวน 53 คน (ร้อยละ 23.6) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้

สิทธิบัตรทองส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ มาก่อน จำนวน 95 คน (ร้อยละ 41.8) รองลงมา มีบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท จำนวน 76 คน (ร้อยละ 33.5)

สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษา พบว่า การเจ็บป่วยก่อนมีบัตรทอง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐหรือสถานีนอนามัยที่ระบุในบัตรทอง จำนวน 121 คน (ร้อยละ 53.7) รองลงมา ใช้บริการรักษาที่คลินิกเอกชน จำนวน 53 คน (ร้อยละ 23.6) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐหรือสถานีนอนามัยที่ระบุในบัตรทอง จำนวน 185 คน (ร้อยละ 81.6) รองลงมา ใช้บริการรักษาที่คลินิกเอกชน จำนวน 23 คน (ร้อยละ 10.1)

ตารางที่ 5.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับการรักษาพยาบาล

สถานะสุขภาพและการดูแลรักษา	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีภาวะโรคเรื้อรัง						
ไม่มี	199	88.4	178	78.4	377	83.4
มี	26	11.6	49	21.6	75	16.6
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
แหล่งรับรู้ข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
โทรทัศน์	164	72.9	136	59.9	300	66.4
ผู้นำหมู่บ้าน หรือ อสม.	106	47.1	158	69.6	264	58.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	70	31.1	92	40.5	162	35.8
วิทยุกระจายเสียง	51	22.7	48	21.1	99	21.9
เอกสาร แผ่นพับ และโปสเตอร์	46	20.4	45	19.8	91	20.1
ญาติ เพื่อนบ้าน	31	13.8	51	22.5	82	18.1
หลักประกันสุขภาพก่อนมีบัตรทอง						
ไม่มี	101	44.9	95	41.8	196	43.4
สวัสดิการช่วยเหลือเกื้อกูล	20	8.9	39	17.2	59	13.1
บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท	53	23.6	76	33.5	129	28.5
ประกันสังคม	19	8.4	5	2.2	24	5.3

**ตารางที่ 5.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับ
การรักษาพยาบาล**

สถานะสุขภาพและการดูแลรักษา	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประกันสุขภาพเอกชน	25	11.1	7	3.1	32	7.1
อื่นๆ (อสม. สิทธิรักษาจากบุตร)	7	3.1	5	2.2	12	2.6
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษา						
โรงพยาบาลรัฐ/สถานีนอนมัย	121	53.7	185	81.6	306	67.7
โรงพยาบาลรัฐ/สถานีนอนมัยอื่น	20	8.9	10	4.4	30	6.6
โรงพยาบาลเอกชน	29	12.9	8	3.5	37	8.2
คลินิกเอกชน	53	23.6	23	10.1	76	16.8
อื่นๆ	2	0.9	1	0.4	3	0.7
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0

5.2.2 เหตุผลของการใช้บริการในสถานพยาบาลต่างๆ ก่อนมีบัตรทอง

จากตารางที่ 5.3 พบว่า ก่อนมีบัตรทองกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลต่างๆ ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ ลำดับแรก มีความสะดวกในการเดินทาง จำนวน 203 คน (ร้อยละ 44.9) ลำดับที่สอง สถานบริการพยาบาลแห่งนั้นให้บริการรวดเร็ว มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก จำนวน 69 คน (ร้อยละ 15.3) และมีความเชื่อถือในตัวแพทย์ซึ่งประจำในสถานพยาบาลแห่งนั้น จำนวน 60 คน (ร้อยละ 13.3)

ตารางที่ 5.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับ
การรักษาพยาบาล

เหตุผล	ลำดับ 1		ลำดับ 2		ลำดับ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสะดวกในการเดินทาง	203	44.9	91	20.1	51	11.3
คุณภาพของบริการดี มีมาตรฐาน	19	4.2	47	10.4	44	9.7
ความเชื่อถือในตัวแพทย์	22	4.9	42	9.3	60	13.3
เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล ดูแล เอาใจใส่ดี	3	0.7	33	7.3	48	10.6
รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	48	10.6	69	15.3	60	13.3
ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร	67	14.9	55	12.2	37	8.2
มีญาติ เพื่อน แนะนำ	3	0.7	11	2.4	25	5.5
เป็นคนไข้ประจำ	16	3.5	19	4.2	54	11.9
อุบัติเหตุหรือป่วยกระทันหัน	16	3.5	29	6.4	25	5.5
มีญาติคอยให้ความช่วยเหลือ	5	1.1	9	2.0	8	1.8
มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย	48	10.6	45	10.0	40	8.9
อื่นๆ	2	0.4	2	0.4	-	-
รวม	452	100.0	452	100.0	452	100.0

5.2.3 การมีหลักประกันสุขภาพอื่นหลังได้รับบัตรทอง ประเภทของบัตรทอง และการรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง

ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพอื่นหลังได้รับบัตรทอง ประเภทของบัตรทองที่ได้รับ และการรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 5.4)

การมีหลักประกันสุขภาพอื่น หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับบัตรทองแล้วส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลในหลักประกันสุขภาพอื่น จำนวน 381 คน (ร้อยละ 84.3) และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 71 คน (ร้อยละ 15.7) เท่านั้นที่มีหลักประกันสุขภาพอื่น โดยมีหลักประกันสุขภาพเอกชนมากที่สุด จำนวน 39 คน (ร้อยละ 8.3) รองลงมาได้แก่ ประกันสังคม ประกันอื่นๆ และประกันสิทธิของคู่สมรส บุตร หรือบิดามารดา ตามลำดับ เมื่อแยกตามกลุ่มการใช้บัตรทองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง ส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นจำนวน 168 คน (ร้อยละ 74.7)

รองลงมา มีประกันสุขภาพเอกชนจำนวน 31 คน (ร้อยละ 13.8) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทอง ส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นจำนวน 213 คน (ร้อยละ 93.8) รองลงมา มีประกันสุขภาพเอกชน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.5)

ประเภทของบัตรทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองและใช้สิทธิบัตรทอง ส่วนใหญ่มีบัตรทองประเภทต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท จำนวน 184 คน และ 174 คน (ร้อยละ 81.8 และ 76.7) ตามลำดับ

การรู้จักสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิบัตรทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง และกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่รู้จักสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิบัตรทอง จำนวน 185 คน และ 211 คน (ร้อยละ 82.2 และ 93.0) ตามลำดับ

ตารางที่ 5.4 ข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ประเภทของบัตรทอง และการรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีหลักประกันสุขภาพอื่น						
ไม่มี	168	74.7	213	93.8	381	84.3
ประกันสังคม	12	5.3	4	1.8	16	3.5
ประกันสุขภาพเอกชน	31	13.8	8	3.5	39	8.6
ประกันสิทธิของคู่สมรส	4	1.8	-	-	4	0.9
อื่นๆ	10	4.4	2	0.9	12	2.7
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ประเภทของบัตร						
ไม่เสียค่าธรรมเนียม	41	18.2	53	23.3	94	20.8
ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท	184	81.8	174	76.7	358	79.2
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
การรู้จักสถานพยาบาล						
ไม่รู้จัก	40	17.8	16	7.0	56	12.4
รู้จัก	185	82.2	211	93.0	396	87.6
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0

5.2.4 การเข้ารับการรักษาพยาบาล และการรับรู้ระดับความรุนแรงอาการเจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 5.5)

การเข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเคยไปรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 5.34 ครั้ง น้อยที่สุด 1 ครั้ง และมากที่สุด 50 ครั้ง โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา 3 ถึง 4 ครั้ง จำนวน 159 คน (ร้อยละ 35.1) เมื่อจำแนกกลุ่มตามพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองเคยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 1 ถึง 2 ครั้งมากที่สุด จำนวน 89 คน (ร้อยละ 39.6) ในขณะที่กลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองเคยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 3 ถึง 4 ครั้งมากที่สุด จำนวน 85 คน (ร้อยละ 37.4) จะเห็นว่า กลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองมีความถี่ในการเข้ารับบริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง

การเข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 185 คน (ร้อยละ 82.2) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยไปรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย 1.47 ครั้ง น้อยที่สุด 1 ครั้ง และมากที่สุด 10 ครั้ง โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา 1 ครั้ง จำนวน 89 คน (ร้อยละ 19.7) เมื่อจำแนกกลุ่มตามพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองและใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลเคยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้งมากที่สุด จำนวน 26 คน และ 63 คน (ร้อยละ 11.6 และร้อยละ 27.8) ตามลำดับ

การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยในระดับปานกลาง จำนวน 223 คน (ร้อยละ 49.4) รองลงมา รับรู้ความรุนแรงระดับน้อย จำนวน 157 คน (ร้อยละ 34.7) เมื่อจำแนกกลุ่มตามพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่า ทั้งกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองและกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยในระดับปานกลาง จำนวน 111 คน และ 112 คน (ร้อยละ 49.3 และ 49.3) ตามลำดับ

ตารางที่ 5.5 ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลในรอบ 1 ปี และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด จำแนกตามการไม่ใช้และการใช้สิทธิบัตรทอง

รายการ	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วยนอก						
1 ถึง 2 ครั้ง	89	39.6	36	15.9	125	27.7
3 ถึง 4 ครั้ง	74	32.8	85	37.4	159	35.2
5 ถึง 6 ครั้ง	35	15.6	51	22.5	86	19.0
มากกว่า 6 ครั้ง	27	12.0	55	24.2	82	18.1
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ค่าเฉลี่ย = 5.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.94 ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าต่ำสุด = 1 ค่าสูงสุด = 50						
จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วยใน						
1 ครั้ง	26	11.6	63	27.8	89	19.7
2 ครั้ง	11	4.9	14	6.2	25	5.5
3 ครั้งขึ้นไป	3	1.3	6	2.6	9	2.0
ไม่เคย	185	82.2	144	63.4	329	72.8
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0
ค่าเฉลี่ย = 1.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.13 ค่ามัธยฐาน = 1 ค่าต่ำสุด = 1 ค่าสูงสุด = 10						
การรับรู้อาการเจ็บป่วย						
น้อย	73	32.5	84	37.0	157	34.7
ปานกลาง	111	49.3	112	49.3	223	49.4
มาก	41	18.2	31	13.7	72	15.9
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0

5.2.5 พฤติกรรมการไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล

ข้อมูลพฤติกรรมไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตรทอง ได้ทำการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด จำนวน 225 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) เหตุผลของการไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล

จากตารางที่ 5.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล มีเหตุผลของการไม่ใช้สิทธิบัตรทองตามลำดับดังนี้ ลำดับแรก กู้เสียเวลาในการรอรับบริการ จำนวน 94 คน (ร้อยละ 41.8) ลำดับสอง กู้ได้รับการบริการไม่ดีจากเจ้าหน้าที่ จำนวน 66 คน (ร้อยละ 29.3) และลำดับสาม คาดว่าจะได้รับการรักษาหรือได้รับยาไม่ดีจากสถานพยาบาล จำนวน 62 คน (ร้อยละ 27.6)

ตารางที่ 5.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล (n=225)

เหตุผล	ลำดับ 1		ลำดับ 2		ลำดับ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เดินทางไม่สะดวก	29	12.9	16	7.1	17	7.6
กู้ได้รับการบริการไม่ดีจากเจ้าหน้าที่	23	10.2	66	29.3	50	22.2
กู้เสียเวลานานในการรอรับบริการ	94	41.8	52	23.1	51	22.6
คาดว่าได้รับการรักษาไม่ดี/ ได้รับยาไม่ดี	30	13.3	54	24.0	62	27.6
มีปัญหาเรื่องเอกสาร/หลักฐาน	15	6.7	6	2.7	14	6.2
ไม่รู้วิธีใช้สิทธิ/ไม่รู้ว่าจะใช้สิทธิได้	1	0.4	11	4.9	11	4.9
ไม่มีสิทธิใช้บริการในเรื่องที่รักษา	4	1.8	4	1.8	2	0.9
ใช้สิทธิหรือสวัสดิการอื่นในการรักษา	19	8.5	10	4.4	7	3.1
อื่นๆ	10	4.4	6	2.7	11	4.9
รวม	225	100.0	225	100.0	225	100.0

(2) พฤติกรรมการใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ

ผลการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลจากตารางที่ 5.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน จำนวน 142 คน (ร้อยละ 63.1) รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 42 คน (ร้อยละ 18.6) และโรงพยาบาลของรัฐ/สถานีนอนาามัยที่ระบุในบัตรทอง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 13.8) และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 185 คน (ร้อยละ 82.2)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลัน จำนวน 175 คน (ร้อยละ 77.8) รองลงมาคือ โรคเรื้อรัง จำนวน 45 คน (ร้อยละ 20) และการตรวจสุขภาพ จำนวน 36 คน (ร้อยละ 16.0)

ตารางที่ 5.7 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล (n=225)

พฤติกรรมการใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลที่ใช้บริการ		
โรงพยาบาลของรัฐ/สถานีนอนาามัยที่ระบุ	31	13.8
โรงพยาบาลของรัฐ/สถานีนอนาามัยอื่น	10	4.5
โรงพยาบาลเอกชน	42	18.6
คลินิกเอกชน	142	63.1
รวม	225	100.0
แผนกที่เข้ารับการรักษาก่อนการเจ็บป่วย		
แผนกผู้ป่วยนอก	185	82.2
แผนกผู้ป่วยใน	40	17.8
รวม	225	100.0
บริการสุขภาพที่ใช้ (ตอบได้หลายข้อ)		
โรคเรื้อรัง	45	20.0
ฉีดวัคซีน/เซรุ่ม	4	1.8
ตรวจสุขภาพ	36	16.0
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	35	15.6

ตารางที่ 5.7 (ต่อ) ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล (n=225)

พฤติกรรมกรรมการใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
วางแผนครอบครัว	3	1.3
ทันตกรรม	26	11.6
โรคเฉียบพลัน	175	77.8
การตั้งครรภ์/การคลอดบุตร	13	5.8
แพทย์แผนไทย	-	-

สำหรับเหตุผลของการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ จากตารางที่ 5.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองมีเหตุผลในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ ตามลำดับ ดังนี้ ลำดับแรก เพราะมีความสะดวกในการเดินทาง จำนวน 73 คน (ร้อยละ 32.4) ลำดับที่สอง เพราะมีความเชื่อถือในตัวแพทย์ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 21.8) และลำดับที่สาม เพราะคุณภาพของบริการที่ดีและมีมาตรฐาน จำนวน 51 คน (ร้อยละ 22.7)

ตารางที่ 5.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง จำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ

เหตุผล	ลำดับ 1		ลำดับ 2		ลำดับ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสะดวกในการเดินทาง	73	32.4	37	16.4	15	6.7
คุณภาพของบริการดี มีมาตรฐาน	25	11.1	32	14.2	51	22.7
ความเชื่อถือในตัวแพทย์	19	8.4	49	21.8	47	20.9
เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล ชูแฉ เขาใจใส่ดี	5	2.2	12	5.3	29	12.9
รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	55	24.5	42	18.7	36	16.0
ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร	23	10.2	18	8.0	16	7.1
มีผู้แนะนำ (ญาติ เพื่อน)	-	-	5	2.2	7	3.1
เคยรักษามาก่อน คนไข้ประจำ	8	3.6	11	4.9	15	6.7

ตารางที่ 5.8 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง จำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ

เหตุผล	ลำดับ 1		ลำดับ 2		ลำดับ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติเหตุ ป่วยกระทันหัน	7	3.1	10	4.4	6	2.7
มีญาติคอยให้ความช่วยเหลือ	-	-	1	0.4	1	0.4
ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย	8	3.6	7	3.1	2	0.9
อื่น ๆ	2	0.9	1	0.4	-	-
รวม	225	100.0	225	99.8	225	100.1

5.2.6 พฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล

ข้อมูลพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตรทอง ได้ทำการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด จำนวน 227 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) เหตุผลของการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล

จากตารางที่ 5.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล มีเหตุผลของการใช้สิทธิบัตรทองตามลำดับดังนี้ ลำดับแรก มีความสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล จำนวน 76 คน (ร้อยละ 33.5) ลำดับสอง ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร จำนวน 54 คน (ร้อยละ 23.8) และลำดับสาม เคยรักษามาก่อนหรือเป็นคนไข้ประจำของสถานพยาบาลแห่งนั้น จำนวน 23 คน (ร้อยละ 10.1)

ตารางที่ 5.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการใช้สิทธิบัตรทอง
ในการรักษาพยาบาล (n=227)

เหตุผล	ลำดับ 1		ลำดับ 2		ลำดับ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสะดวกในการเดินทาง	76	33.5	48	21.1	49	21.6
คุณภาพของบริการดี มีมาตรฐาน	2	0.9	11	4.8	21	9.3
ความเชื่อถือในตัวแพทย์	8	3.5	19	8.4	18	7.9
เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล ดูแล เอาใจใส่ดี	4	1.8	7	3.1	12	5.3
รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	6	2.6	20	8.8	21	9.3
ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร	56	24.7	54	23.8	28	12.3
มีผู้แนะนำ (ญาติ เพื่อน)	4	1.8	8	3.5	12	5.3
เคยรักษามาก่อน/เป็นคนไข้ประจำ	6	2.6	9	4.0	23	10.1
อุบัติเหตุ ป่วยกระทันหัน	14	6.2	11	4.8	20	8.8
มีญาติที่ให้ความช่วยเหลือได้	50	22.0	7	3.1	5	2.2
ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย	1	0.4	33	14.5	18	7.9
รวม	227	100.0	227	100.0	227	100.0

(2) พฤติกรรมการใช้บัตรทองในการรักษาพยาบาล

ผลการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองรักษาพยาบาลจากตารางที่ 5.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 144 คน (ร้อยละ 63.4) และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลัน จำนวน 149 คน (ร้อยละ 65.6) รองลงมา คือ การทันตกรรม จำนวน 56 คน (ร้อยละ 24.7) และการตรวจสุขภาพ จำนวน 53 คน (ร้อยละ 23.3)

สำหรับความเหมาะสมของอัตราค่าบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เห็นว่าอัตราค่าบริการ (30 บาท) เป็นอัตราที่เหมาะสม จำนวน 201 คน (ร้อยละ 88.5) ส่วนกลุ่มที่ระบุว่าอัตราไม่เหมาะสม จำนวน 26 คน (ร้อยละ 11.5) เสนออัตราค่าบริการที่เหมาะสมไว้ว่า ควรกำหนดเท่ากับ 20 บาท (แสดงความคิดเห็นจำนวน 5 คน) รองลงมา คืออัตรา 100 บาท (แสดงความคิดเห็นจำนวน 2 คน)

ด้านความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจการให้บริการของสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองในระดับปานกลาง จำนวน 104 คน (ร้อยละ 45.8) รองลงมา พึงพอใจระดับมาก จำนวน 99 คน (ร้อยละ 43.6)

ตารางที่ 5.10 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล (n=227)

พฤติกรรมกรรมการใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
แผนกที่เข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วย		
แผนกผู้ป่วยนอก	144	63.4
แผนกผู้ป่วยใน	83	36.6
รวม	227	100.0
บริการสุขภาพที่ใช้ (ตอบได้หลายข้อ)		
โรคเฉียบพลัน	149	65.6
ทันตกรรม	56	24.7
ตรวจสุขภาพ	53	23.3
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	49	21.6
โรคเรื้อรัง	43	18.9
การตั้งครรภ์/การคลอดบุตร	27	11.9
วางแผนครอบครัว	6	2.6
ฉีดวัคซีน/เซรุ่ม	6	2.6
แพทย์แผนไทย	2	0.9
ความเหมาะสมของอัตราค่าบริการ		
ไม่เหมาะสม	26	11.5
เหมาะสม	201	88.5
รวม	227	100.0
อัตราค่าบริการที่เหมาะสม		
ไม่ระบุ	15	57.7
9 บาท	1	3.8

ตารางที่ 5.10 (ต่อ) ข้อมูลพฤติกรรมกรใช้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล (n=227)

พฤติกรรมกรใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราค่าบริการที่เหมาะสม		
10 บาท	1	3.8
20 บาท	5	19.3
30 บาท	1	3.8
50 บาท	1	3.8
100 บาท	2	7.8
รวม	26	100.0
ความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล		
พึงพอใจมาก	99	43.6
พึงพอใจปานกลาง	104	45.8
ควรปรับปรุง	24	10.6
รวม	227	100.0

5.2.7 การใช้สิทธิบัตรทองในอนาคต

การใช้สิทธิบัตรทองเพื่อการรักษาพยาบาลในอนาคตของผู้มีบัตรทองทั้งหมด (ตารางที่ 5.11) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งใจจะใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลในโอกาสข้างหน้า จำนวน 401 คน (ร้อยละ 88.7) เมื่อจำแนกกลุ่มตามการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุด พบว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองมีความตั้งใจที่จะใช้สิทธิบัตรทองในโอกาสข้างหน้าในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุด คือ ร้อยละ 81.3 และ ร้อยละ 96.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 5.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการใช้สิทธิบัตรทองในอนาคต

การใช้สิทธิบัตรทอง	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง		ใช้สิทธิบัตรทอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตอบ	4	1.8	-	-	4	0.9
ตั้งใจจะใช้สิทธิบัตรทอง	183	81.3	218	96.0	401	88.7
ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	38	16.9	9	4.0	47	10.4
รวม	225	100.0	227	100.0	452	100.0

5.3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ เจตคติ และความเชื่อของผู้มีบัตรทอง

5.3.1 การรับรู้เงื่อนไขบริการและรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรทอง

จากตารางที่ 5.12 กลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองรับรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขบริการและการรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรทอง ด้านการใช้สิทธิประโยชน์ของบัตร ด้านขั้นตอนการไปรับการรักษาพยาบาล และด้านหลักฐานประกอบการใช้บริการ ดังนี้

การรับรู้ด้านการใช้สิทธิประโยชน์ของบัตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับบัตรทองไม่สามารถใช้สิทธิเรื่องค่าอาหารพิเศษและห้องพิเศษ (ร้อยละ 74.3) รองลงมา คือ การรับรู้ว่ามีสิทธิบัตรทองใช้ได้ตลอดเวลาแม้เป็นวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 46.0) แต่ก็มีข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ทราบและไม่รับรู้ว่ายาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อในภาวะปกติไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้ (ไม่ทราบ ร้อยละ 27.2 ไม่รับรู้ ร้อยละ 47.6)

การรับรู้ด้านขั้นตอนการไปรับการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับกรณีเจ็บป่วยปกติถ้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้ (ร้อยละ 65.7) รองลงมา รับรู้ว่าอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถใช้สิทธิบัตรทองกับสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 59.3)

ด้านหลักฐานประกอบการใช้บริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะถ้าเจ็บป่วยปกติและไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดโดยไม่มีใบส่งตัว ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง (ร้อยละ 71.9) รองลงมา รับรู้ว่าการใช้บัตรทองสามารถแนบบัตรอื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ได้ (ร้อยละ 57.3)

ด้านการจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าค่าธรรมเนียม 30 บาท เป็นค่าธรรมเนียมบริการต่อครั้งไม่ใช่ค่าธรรมเนียมบริการต่อโรค (ร้อยละ 48.7) เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนมากไม่รับรู้และไม่ทราบว่า การฝากครรภ์ การฉีดยาคุมกำเนิด หรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท (ไม่ทราบ ร้อยละ 37.4 และไม่รับรู้ ร้อยละ 35.0)

ตารางที่ 5.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้เงื่อนไขบริการ และสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง (n=452)

อันดับ	การรับรู้	ร้อยละ		
		ไม่ทราบ	ไม่รับรู้	รับรู้
ด้านการใช้สิทธิประโยชน์ของบัตร				
1	2. ค่าอาหารพิเศษและห้องพิเศษ สามารถใช้บัตรทองได้	16.6	9.1	74.3
2	5. นอกเวลาราชการหรือวันหยุดราชการ ถ้าไม่ใช่อุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้	21.2	32.8	46.0
3	8. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการล้างไตและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้	29.2	26.1	44.7
4	6. การผ่าตัดหัวใจไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้	31.4	30.8	37.8
5	7. ผู้ประสบภัยจากรถตามปกติจะใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แต่เพื่อความสะดวกสามารถเลือกใช้สิทธิบัตรทองแทนได้	25.0	37.8	37.2
6	9. การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่ถ้าผู้ป่วยร้องขอ เช่น การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์ เครื่องอัลตราซาวด์ ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยและสามารถใช้บัตรทองได้	22.4	43.1	34.5
7	4. การบริการแพทย์แผนไทยได้ สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้ แต่ต้องจ่ายครั้งราคา	45.1	23.9	31.0
8	1. การบำบัดรักษายาเสพติด สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้	35.6	38.1	26.3
9	3. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาวะปกติ สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้	27.2	47.6	25.2
ด้านขั้นตอนการไปรับการรักษาพยาบาล				
1	12. กรณีเจ็บป่วยปกติ หากไปรักษาที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง (ใช้สิทธิบัตรทองไม่ได้)	15.7	18.6	65.7

ตารางที่ 5.12 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้เงื่อนไขบริการ และสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง (n=452)

อันดับ	การรับรู้	ร้อยละ		
		ไม่ทราบ	ไม่รับรู้	รับรู้
2	10. กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถใช้สิทธิบัตรทอง ในสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศ	16.4	24.3	59.3
3	11. กรณีเจ็บป่วยปกติ สามารถใช้สิทธิบัตรทองในสถานพยาบาล ใดก็ได้ ในจังหวัดเดียวกัน	14.2	39.6	46.2
ด้านหลักฐานประกอบการใช้บริการ				
1	15. กรณีเจ็บป่วยปกติ ถ้าไปรักษาที่สถานพยาบาลต่างอำเภอ หรือต่างจังหวัด โดยไม่มีใบส่งตัว จะต้องจ่ายเงิน ค่ารักษาพยาบาลเอง	15.7	12.4	71.9
2	13. การใช้บัตรทอง หากไม่มีบัตรประชาชน สามารถแนบใบขับขี่ รถยนต์ / รถจักรยานยนต์หรือบัตรอื่นใดที่ทางราชการออกให้ เช่น บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี บัตรประจำตัวนักศึกษา	18.4	24.3	57.3
3	14. กรณีที่อาศัยอยู่นอกตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล ถ้าต้องการ ใช้บริการที่โรงพยาบาล ไม่ต้องกลับไปขอใบส่งตัวที่หน่วย บริการปฐมภูมิหรือสถานีอนามัย	18.8	30.5	50.7
ด้านการจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท				
1	16. ค่าธรรมเนียม 30 บาท คือค่าบริการต่อโรค ถ้าป่วยสองโรค ในคราวเดียวกันต้องจ่าย 60 บาท	18.8	32.5	48.7
2	17. การฝากครรภ์ ฉีดยาคุมกำเนิด หรือฉีดวัคซีนป้องกันโรค ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาท	37.4	35.0	27.6
3	18. โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาททุกครั้ง	26.8	17.5	55.7

5.3.2 ความคาดหวังในบริการทางการแพทย์

ผลการวิเคราะห์ความคาดหวังในประโยชน์ที่ได้รับบริการทางการแพทย์จากบัตรทอง (ตารางที่ 5.13) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความหวังในประโยชน์ที่ได้รับบริการทางการแพทย์โดยรวมด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 เมื่อพิจารณาความคาดหวังในแต่ละเรื่องพบว่า กลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่าอาการเจ็บป่วยจะทุเลาและดีขึ้นด้วยค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือเท่ากับ 3.85 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคาดหวังระดับมากคิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมา คือ การคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างละเอียด และคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่จะให้ความสนใจซักถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 และ 3.64 ตามลำดับ สิ่งที่น่าสนใจ คือ กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในเรื่องการรักษาที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานเดียวกับผู้ใช้สิทธิบัตรข้าราชการหรือผู้เสียเงินในราคาปกติด้วยค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่าเรื่องอื่นๆ คือเท่ากับ 3.25 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่าอาการเจ็บป่วยจะดีขึ้นหลังเข้ารับการรักษา แต่ก็ได้ไม่ได้คาดหวังว่าคุณภาพการรักษาจะเท่าเทียมกับการใช้สิทธิบัตรอื่นหรือผู้เสียเงินค่ารักษาในอัตราปกติ

ตารางที่ 5.13 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประโยชน์ที่ได้รับบริการทางการแพทย์ จากบัตรทอง (n=452)

อันดับ	ความคาดหวัง	n	ร้อยละของความคาดหวัง					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
1	7. คาดหมายว่า อาการเจ็บป่วยจะทุเลาและดีขึ้น	451	0.7	4.0	30.6	39.2	25.5	3.85
2	4. คาดหมายว่า เจ้าหน้าที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างละเอียด เช่น ชื่อโรค อาการสาเหตุการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วย	452	2.2	6.6	32.1	38.1	21.0	3.69
3	2. คาดหมายว่า เจ้าหน้าที่จะให้ความสนใจซักถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	452	0.9	8.0	36.7	34.7	19.7	3.64
4	6. คาดหมายว่า จะได้รับยาดี มีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามบัญชียาหลักแห่งชาติ	452	5.5	10.0	28.5	31.4	24.6	3.60
5	1. คาดหมายว่าจะได้รับการต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรี และเป็นกันเอง	452	1.8	8.8	38.3	30.8	20.3	3.59

ตารางที่ 5.13 (ต่อ) ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประโยชน์ที่ได้รับบริการทางการแพทย์
จากบัตรทอง

อันดับ	ความคาดหวัง	n	ร้อยละของความคาดหวัง					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
6	5. คาดหมายว่า จะได้รับการรักษาพยาบาล โดย เครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพและทันสมัย	452	1.8	11.7	37.4	27.6	21.5	3.55
7	3. คาดหมายว่า จะได้รับบริการอย่างสะดวกสบาย และรวดเร็ว	451	8.4	17.3	26.6	26.4	21.3	3.35
8	8. คาดหมายว่า จะได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานเดียวกันกับผู้ที่ใช้สิทธิบัตร ข้าราชการ หรือผู้ที่เสียเงินในราคาปกติ	452	12.2	19.9	20.1	26.3	21.5	3.25
เฉลี่ย (8 รายการ)		450						3.57
1 = คาดหวังระดับน้อยที่สุด		2 = คาดหวังระดับน้อย		3 = คาดหวังระดับปานกลาง				
4 = คาดหวังระดับมาก		5 = คาดหวังระดับมากที่สุด						

5.3.3 การรับรู้คุณภาพการบริการของสถานพยาบาล

การรับรู้คุณภาพการบริการของสถานพยาบาล คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล ในด้านคุณลักษณะของสถานพยาบาล และด้านคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพการบริการของสถานพยาบาลโดยรวมด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 เมื่อพิจารณากการรับรู้คุณภาพการบริการของสถานพยาบาลแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยในการรับรู้คุณภาพด้านคุณลักษณะของสถานพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ในด้านคุณภาพของบริการด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 และ 3.33 ตามลำดับ ซึ่งผลการวิเคราะห์การรับรู้คุณภาพในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ด้านคุณลักษณะของสถานพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในเรื่องการจัดสถานที่เป็นระเบียบและสะอาดสูงกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 3.97 ซึ่งส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมาคือ การรับรู้เรื่องการจัดสถานที่ให้บริการได้เป็นสัดส่วนสะดวกต่อการรับบริการ และรับรู้เรื่องการจัดห้องสุขาที่สะอาดไว้บริการด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 และ 3.75 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้เรื่องการจัดที่พักญาติไว้เหมาะสมและเพียงพอมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเรื่องอื่นๆ คือเท่ากับ 3.43

ด้านคุณภาพของการให้บริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านคุณภาพการให้บริการว่าสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองเป็นสถานพยาบาลที่มีตามมาตรฐานที่ทางราชการกำหนดด้วยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.78 ซึ่งเท่ากับค่าเฉลี่ยในการรับรู้ว่าแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานพยาบาลมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้บริการ รองลงมาคือ การรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่สนใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยของผู้ที่มาใช้บริการด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 และมีข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องการเสียเวลานานในการรอคอยการตรวจรักษาด้วยค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเรื่องอื่นๆ คือเท่ากับ 2.21 นอกจากนี้มีการรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่มักอารมณ์เสียต่อผู้ใช้บริการ และไม่เปิดโอกาสให้ซักถามเท่าที่ควร ด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 และ 2.77 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้บริการ แต่ว่าต้องเสียเวลาในการรอรับบริการนาน และเจ้าหน้าที่ยังขาดการดูแลเอาใจใส่ผู้ใช้บริการเท่าที่ควร

ตารางที่ 5.14 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้คุณภาพการบริการของสถานพยาบาล (n=452)

อันดับ	การรับรู้	n	ร้อยละของการรับรู้					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
	ด้านคุณลักษณะของสถานพยาบาล							3.74
1	1. จัดสถานที่เป็นระเบียบและสะอาด	451	0.4	2.0	9.8	76.0	11.8	3.97
2	5. จัดสถานที่ให้บริการได้เป็นสัดส่วน สะดวกต่อการรับบริการ	448	1.8	2.0	15.1	68.8	12.3	3.88
3	4. จัดห้องสุขาที่สะอาดไว้บริการ	450	0.7	10.4	18.9	53.1	16.9	3.75
4	2. มีที่จอดรถเพียงพอ	449	2.0	11.6	10.5	65.9	10.0	3.70
5	3. จัดที่พักญาติไว้เหมาะสมและเพียงพอ	448	4.5	20.1	16.3	45.9	13.2	3.43
	ด้านคุณภาพของการให้บริการ							3.33
1	6. สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ เป็นสถานพยาบาลที่มีตามมาตรฐานที่ทางราชการกำหนด	451	1.6	4.2	22.6	58.1	13.5	3.78
2	7. แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานพยาบาล มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการให้บริการ	451	1.3	6.0	21.1	56.3	15.3	3.78

ตารางที่ 5.14 (ต่อ) ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้คุณภาพการบริการ
ของสถานพยาบาล

อันดับ	การรับรู้	n	ร้อยละของการรับรู้					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
3	2. เจ้าหน้าที่สนใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย ของคนไข้ที่มาใช้บริการ	447	0.7	8.7	19.2	60.0	11.4	3.73
4	10. หากไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลที่ขึ้น ทะเบียนไว้ อาการเจ็บป่วยจะทุเลาหรือหาย โดยเร็ว	450	0.9	4.9	26.7	59.7	7.8	3.69
5	8. สถานพยาบาลมีเครื่องมือที่มีคุณภาพและ ทันสมัย ในการให้บริการ	451	2.9	10.8	29.3	44.1	12.9	3.53
6	9. ยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลเป็นยาดีมีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามบัญชียาหลักแห่งชาติ	450	4.4	9.1	26.2	49.6	10.7	3.53
7	1. สถานพยาบาลมีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ที่มีความกระตือรือร้น ในการดูแล เอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี	449	1.8	16.9	24.5	46.3	10.5	3.47
8	3. เจ้าหน้าที่มักแสดงท่าทางบึ้งตึง พุดจาไม่ไพเราะ และอารมณ์เสียต่อผู้มาใช้บริการ	449	9.8	31.8	31.0	21.2	6.2	2.82
9	4. เจ้าหน้าที่ไม่สนใจจะให้ข้อมูล ไม่เปิดโอกาส ให้ซักถาม หรือให้เวลาในการซักถามน้อย	447	8.9	36.5	28.4	21.5	4.7	2.77
10	5. เสียเวลานานในการรอคอย การตรวจรักษา	447	24.6	48.8	11.6	10.5	4.5	2.21
เฉลี่ย (15 รายการ)							3.47	

1 = รับรู้ระดับน้อยที่สุด

2 = รับรู้ระดับน้อย

3 = รับรู้ระดับปานกลาง

4 = รับรู้ระดับมาก

5 = รับรู้ระดับมากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้มีบัตรทอง

จากตารางที่ 5.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสะดวกหรือความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ ณ สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองโดยรวมด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 เมื่อพิจารณาในแต่ละเรื่องพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองสามารถแสวงหาได้ง่ายด้วยค่าเฉลี่ยสูงกว่าเรื่องอื่นๆ คือเท่ากับ 4.14 โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการเดินทางจากบ้านไปสถานพยาบาลทำได้อย่างสะดวกสบาย และการจัดสถานที่ของสถานพยาบาลเป็นสัดส่วนและสะดวกต่อการใช้บริการ ด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 และ 3.92 ตามลำดับ และมีข้อสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการไปใช้บริการแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่คอยให้บริการทุกครั้งด้วยค่าเฉลี่ยต่ำกว่าข้ออื่นๆ คือเท่ากับ 3.54 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองตั้งอยู่บนทำเลที่แสวงหาได้ง่าย รวมทั้งมีความสะดวกในการเดินทางไปสถานพยาบาล แต่สำหรับเรื่องที่เจ้าหน้าที่จะคอยให้บริการทุกครั้ง而去ใช้บริการกลับได้รับความเห็นด้วยค่อนข้างต่ำจากกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5.15 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

อันดับ	ความคิดเห็น	n	ร้อยละของความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
1	4. สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล หาง่าย	452	0.7	1.5	6.4	65.5	25.9	4.14
2	2. การเดินทางจากบ้านไปสถานพยาบาล สามารถทำได้อย่างสะดวกสบาย	451	0.4	3.8	4.9	69.2	21.7	4.08
3	6. สถานพยาบาลมีการจัดสถานที่ให้บริการได้เป็นสัดส่วน สะดวกต่อการใช้บริการ	450	2.2	1.6	13.5	66.9	15.8	3.92
4	3. ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล ไม่นานมากนัก สามารถไปใช้บริการได้ภายใน 30 นาที	452	2.4	10.6	13.1	52.4	21.5	3.80
5	1. ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล ไม่ไกลนัก	452	2.6	11.1	7.5	62.4	16.4	3.79
6	5. สถานที่จอดรถของสถานพยาบาล มีอย่างเพียงพอและเหมาะสม	451	1.3	13.1	10.6	57.7	17.3	3.76

ตารางที่ 5.15 (ต่อ) ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสะดวก
ในการเข้าถึงบริการ

อันดับ	ความคิดเห็น	n	ร้อยละของความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
7	7. สถานพยาบาลมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งพักรอตรวจ น้ำดื่ม ห้องน้ำ ที่รองรับขยะ อย่างเพียงพอ	452	0.9	10.4	16.8	60.4	11.5	3.71
8	8. เมื่อไปใช้บริการ จะมีเจ้าหน้าที่คอยให้บริการ ทุกครั้ง	452	2.9	11.9	23.5	51.5	10.2	3.54
เฉลี่ย (8 รายการ)							3.84	
1 = เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด		2 = เห็นด้วยระดับน้อย		3 = ไม่แน่ใจ				
4 = เห็นด้วยระดับมาก		5 = เห็นด้วยระดับมากที่สุด						

5.5 ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

การวิเคราะห์เกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ (ตารางที่ 5.16) คือ วิเคราะห์อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และสื่อมวลชน ที่มีผลต่อการตัดสินใจในการใช้บริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า สื่อมวลชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ด้วยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.80 รองลงมา คือ บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และบุคคลในครอบครัวด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 และ 3.47 ตามลำดับ และพบว่าบุคคลในชุมชนมีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ด้วยค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 3.32 ซึ่งผลการวิเคราะห์ในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5.16 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอิทธิพลของบุคคลอื่น
ต่อการใช้บริการ (n=452)

อันดับ	อิทธิพลของบุคคลอื่น	n	ร้อยละของระดับอิทธิพล					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
บุคคลในครอบครัว							3.47	
1	1. บุคคลในครอบครัว เคยแนะนำให้ไปใช้บริการ ยังสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้	450	6.0	12.9	7.8	61.8	11.5	3.60
2	2. บุคคลในครอบครัว ชื่นชมการบริการที่ดีของ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้อยู่เสมอ	450	6.4	13.3	28.7	42.7	8.9	3.34
บุคคลในชุมชน							3.32	
1	2. บุคคลในชุมชน เคยแนะนำให้ไปใช้บริการยัง สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้	448	4.7	21.0	18.1	48.0	8.2	3.34
2	1. บุคคลในชุมชน เคยแนะนำความรู้เรื่องสิทธิ ประโยชน์ของบัตรทอง	449	6.5	22.0	13.6	50.3	7.6	3.31
บุคคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข							3.58	
1	1. เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้าจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือ อ.ส.ม.	450	3.6	11.1	10.9	59.7	14.7	3.71
2	2. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อ.ส.ม. เคยให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเข้ารับ และสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง	449	4.2	16.7	20.1	46.8	12.2	3.46
สื่อมวลชน							3.80	
1	1. เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อมวลชนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ โบปลิวิ เป็นต้น	450	6.0	4.4	5.6	63.1	20.9	3.88
2	2. ได้รับข่าวสารในทางที่ดีเกี่ยวกับโครงการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นโครงการที่ดีมี ประโยชน์จากสื่อมวลชนอยู่เสมอ	450	5.3	4.7	20.2	53.1	16.7	3.71
เฉลี่ย (8 รายการ)							3.54	

1 = มีอิทธิพลน้อยที่สุด 2 = มีอิทธิพลน้อย 3 = ไม่แน่ใจ
4 = มีอิทธิพลมาก 5 = มีอิทธิพลมากที่สุด

อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าบุคคลในครอบครัวเคยแนะนำให้ไปใช้บริการยังสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองด้วยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.60 โดยส่วนใหญ่เห็นว่ามีอิทธิพลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 61.8

อิทธิพลของบุคคลในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าบุคคลในชุมชนและเคยแนะนำให้ไปใช้บริการยังสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองด้วยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.34 โดยส่วนใหญ่เห็นว่ามีอิทธิพลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 48.0

อิทธิพลของบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม. ด้วยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.71 โดยส่วนใหญ่เห็นว่ามีอิทธิพลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 59.7

อิทธิพลของสื่อมวลชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อมวลชนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ โบปปลิว เป็นต้น ด้วยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.88 โดยส่วนใหญ่เห็นว่ามีอิทธิพลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 63.1

5.6 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ใช้สิทธิบัตรทอง

การวิเคราะห์ความพึงพอใจในการใช้บริการของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการบัตรทองจำนวน 227 คน (ตารางที่ 5.17) ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการด้านการประสานงานการบริการ ด้านอัตรากำลังและความสนใจของเจ้าหน้าที่ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ และด้านคุณภาพของการบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้บริการโดยรวมด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการด้วยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 4.14 รองลงมา ได้แก่ ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 ด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการใช้บริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ด้านคุณภาพของการบริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ด้านการประสานงานการบริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในด้านอัตรากำลังและความสนใจของเจ้าหน้าที่ด้วยค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 3.29 ซึ่งผลการวิเคราะห์ในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการมีบัตรทองทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกันการรักษา และการฟื้นฟูด้วยค่าเฉลี่ยสูงกว่าเรื่องอื่น คือ เท่ากับ 3.85 รองลงมา ได้แก่ มีความพึงพอใจในเรื่องความสะดวกใน

การเดินทางไปใช้บริการ และความพึงพอใจเรื่องสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล ด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 และ 3.79 ตามลำดับ ส่วนเรื่องสถานพยาบาลที่รัฐได้ระบุให้ในบัตรทองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 3.57

ด้านการประสานงานการบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในเรื่องสถานพยาบาลมีระบบการนัดเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยค่าเฉลี่ยสูงกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 3.63 รองลงมา ได้แก่ มีความพึงพอใจเรื่องการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีปฏิบัติตนหลังได้รับการตรวจ และความพึงพอใจเรื่องการให้บริการมีขั้นตอนชัดเจนไม่ยุ่งยาก ด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 และ 3.49 ตามลำดับ ส่วนเรื่องการได้รับความสะดวกรวดเร็วในการใช้บริการตามจุดต่างๆ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 3.29

ด้านอรรถยาศัยและความสนใจของเจ้าหน้าที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเรื่องการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่เมื่อมีความสงสัยเกี่ยวกับการใช้บริการด้วยค่าเฉลี่ยสูงกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 3.38 ส่วนเรื่องเจ้าหน้าที่ให้การรักษาด้วยมาตรฐานเดียวกันกับผู้ป่วยอื่น กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 3.23

ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเรื่องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่ด้วยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.67 รองลงมาคือ เรื่องที่เจ้าหน้าที่ตอบข้อซักถามทุกครั้งเมื่อมีปัญหาข้อสงสัยด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55

ด้านคุณภาพของการบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในเรื่องอาการเจ็บป่วยที่ทุเลาลงหลังจากได้รับการรักษาด้วยค่าเฉลี่ยสูงกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 3.76 รองลงมา ได้แก่ มีความพึงพอใจในเรื่องสถานพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีความพึงพอใจเรื่องการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลระดับสูงหรือเฉพาะทางได้ด้วยระบบการส่งต่อ ด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 และ 3.67 ตามลำดับ ส่วนเรื่องการสอบถามอาการเจ็บป่วยโดยละเอียดจากเจ้าหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยต่ำข้ออื่น คือเท่ากับ 3.50

ด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในเรื่องโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยลดรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลด้วยค่าเฉลี่ยสูงกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 4.24 ส่วนเรื่องที่ไม่ต้องเสียค่าบริการอย่างอื่นเมื่อแสดงบัตรทอง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเรื่องอื่น คือเท่ากับ 4.08

ตารางที่ 5.17 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจในบริการ
ของสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง (n=227)

อันดับ	ความพึงพอใจ	n	ร้อยละของความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
	ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ							3.74
1	5. พึงพอใจในสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการมีบัตรทอง ทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู	224	0.4	0.9	28.6	53.6	16.5	3.85
2	2. มีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ	224	0.9	4.0	22.3	59.4	13.4	3.80
3	1. พึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล	224	0.9	3.1	24.6	58.5	12.9	3.79
4	3. พึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการรักษาที่ได้รับ	223	0.9	4.9	26.5	52.9	14.8	3.76
5	4. พึงพอใจต่อขั้นตอนการใช้สิทธิบัตรทอง	222	0.9	2.3	36.9	48.2	11.7	3.68
6	6. พึงพอใจสถานพยาบาลที่รัฐได้ระบุให้ในบัตรทอง	221	1.8	9.9	30.8	43.9	13.6	3.57
	ด้านการประสานงานการบริการ							3.50
1	4. สถานพยาบาลมีระบบการนัด เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง	224	0.9	4.9	36.2	46.0	12.0	3.63
2	3. ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีปฏิบัติตนหลังได้รับการตรวจ	224	1.8	6.7	31.7	49.6	10.2	3.60
3	2. การให้บริการมีขั้นตอนชัดเจน ไม่ยุ่งยาก	223	0.9	6.3	41.2	46.2	5.4	3.49
4	1. ได้รับความสะดวกรวดเร็ว ในการใช้บริการตามจุดต่างๆ	224	0.5	14.7	47.8	29.0	8.0	3.29
	ด้านอธยาศัยและความสนใจของเจ้าหน้าที่							3.29
1	2. เมื่อมีความสงสัยเกี่ยวกับการใช้บริการ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี	223	1.8	8.5	44.4	40.8	4.5	3.38
2	1. เจ้าหน้าที่แสดงความกระตือรือร้น เมื่อมาใช้บริการ	224	3.6	14.3	38.8	37.9	5.4	3.27
3	3. เจ้าหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลด้วยมาตรฐานเดียวกันกับผู้ป่วยอื่น ตามความเข้าใจ	223	5.4	16.6	34.1	37.6	6.3	3.23

ตารางที่ 5.17 (ต่อ) ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจในบริการ
ของสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง

อันดับ	ความพึงพอใจ	n	ร้อยละของความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
	ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ							4.14
1	1. ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่	224	0.4	7.1	30.4	48.7	13.4	3.67
2	2. เจ้าหน้าที่ตอบข้อซักถามทุกครั้ง เมื่อมีปัญหาข้อใจ	223	0.5	9.4	33.6	48.0	8.5	3.55
	ด้านคุณภาพของการบริการ							3.61
1	6. หลังจากได้รับการรักษา อาการเจ็บป่วยได้ทุเลาลง	219	1.4	1.4	29.7	55.2	12.3	3.76
2	4. สถานพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง	224	1.3	10.3	25.0	42.0	21.4	3.72
3	5. สามารถรับการรักษาในสถานพยาบาลระดับสูงหรือเฉพาะทางได้ด้วยระบบการส่งต่อของบัตรทอง	224	2.3	8.0	27.2	45.1	17.4	3.67
4	2. เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้บริการ	223	1.3	5.4	33.6	48.0	11.7	3.63
5	3. ยาและเวชภัณฑ์ ที่ได้รับมีคุณภาพและได้มาตรฐาน	224	4.9	6.3	30.8	46.4	11.6	3.54
6	1. เจ้าหน้าที่สอบถามอาการเจ็บป่วยโดยละเอียด	223	1.8	12.1	30.9	44.4	10.8	3.50
	ด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการใช้บริการ							3.64
1	2. โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วยลดรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล	223	0.9	0.5	16.6	38.1	43.9	4.24
2	1. พอใจที่ได้รับบริการแบบให้เปล่า หรือเสียค่าบริการเพียง 30 บาท	224	1.3	1.8	19.2	41.1	36.6	4.10
3	3. เมื่อแสดงบัตรทอง ผู้ใช้บริการได้รับบริการโดยไม่ต้องเสียค่าบริการอย่างอื่น	224	0.9	3.1	17.8	43.8	34.4	4.08
	เฉลี่ย (24 รายการ)							3.64

1 = มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2 = มีความพึงพอใจน้อย

3 = มีความพึงพอใจปานกลาง

4 = มีความพึงพอใจมาก

5 = มีความพึงพอใจมากที่สุด

5.7 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง

การวิเคราะห์แบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม กับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทอง พร้อมทั้งทดสอบความเหมาะสมและความถูกต้องของแบบจำลองที่ได้จากการประมาณค่า ซึ่งในการวิเคราะห์แบบจำลองปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทองได้ใช้เครื่องมือทางสถิติคือ Binary Logit Model ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ใช้วิเคราะห์ตัวแปรตามที่มีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยอาศัย Maximum Likelihood Estimation ในการประมาณค่า ทำให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทอง

ผลการศึกษาที่ได้จากแบบจำลองจะแสดงถึงทิศทางและผลกระทบของตัวแปรต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง โดยพิจารณาจากขนาดและเครื่องหมายของสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปร ซึ่งสัมประสิทธิ์ที่ได้จากการประมาณค่านั้นจะไม่ได้แสดงถึงอัตราการเปลี่ยนแปลงของความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่จะแสดงให้เห็นเพียงว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นมีมากน้อยเพียงใด (Kennedy, 1999) สำหรับการวัดค่าความเหมาะสมของตัวแปรจะพิจารณาจากค่า Wald-Test ส่วนการวิเคราะห์ความเหมาะสม (Goodness of Fit) ของแบบจำลองจะพิจารณาจากค่า Pseudo R^2 และค่า Overall Percentage หรือเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการประมาณค่า ซึ่งเป็นค่าเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนทางเลือกที่เกิดขึ้นจริงกับจำนวนทางเลือกที่พยากรณ์ได้จากแบบจำลอง ทำให้ทราบว่าแบบจำลองที่ได้มีความถูกต้องในการพยากรณ์ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2544)

การวิเคราะห์แบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยกำหนดพฤติกรรมใช้บริการทางการแพทย์ด้วยการไม่เลือกใช้สิทธิบัตรทอง และการเลือกใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล โดยกำหนดให้ตัวแปรตามมีค่าเท่ากับ 0 เมื่อตัวอย่างไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล และมีค่าเท่ากับ 1 เมื่อตัวอย่างใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล โดยกำหนดให้มีตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามจำนวนทั้งสิ้น 25 ตัว ประกอบด้วย Sex, Age, Edu, Mr, Occ, Frac_p (หรือ Frac_f), Home, Mem, Chro, Info (จำนวน 6 ตัว คือ Info1, Info2, Info3,

Info4, Info5 และ Info6), InsAf, HosBe, Card, Place, PI, Kn, Ex, Qua, Cn และ Influen ผู้วิจัย เลื่อนนำตัวแปรเฉพาะตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งที่มีคำอธิบายคล้ายคลึงกัน คือ ตัวแปร Frac_P กับ Frac_F เพื่อวิเคราะห์หาสมการที่มีความเหมาะสมซึ่งจะทำให้ทราบว่าตัวแปรใดมีให้ค่า ความสามารถพยากรณ์ดีกว่า ปรากฏว่ากลุ่มตัวแปรอิสระที่ประกอบด้วย Frac_P ให้ค่าภาวะ สारूपสนิทธิ (Goodness of Fit Measure) ที่ดีกว่าตัวแปรกลุ่มตัวแปรอิสระที่ประกอบด้วย Frac_f ดังนั้นในการอธิบายต่อไปนี้จะเป็นการอธิบายเฉพาะผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวแปรอิสระที่ ประกอบด้วยตัวแปร Frac_p เท่านั้น

จากข้อกำหนดเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์แบบจำลอง Binary Logit มีเงื่อนไขที่ต้อง พิจารณา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ไม่ใช่ตัวแปรกลุ่มที่จะนำมาใช้ใน แบบจำลองต้องมีความสัมพันธ์กันในเชิงสถิติไม่สูงมากนัก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะพิจารณาจาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่น้อยกว่า 0.50 หลังจากวิเคราะห์ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณจำนวน 6 ตัว ได้แก่ Age, Edu, Frac_p, Frac_f, Mem, และ Kn พบว่าไม่มีตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกิน 0.50 เลย จึงเริ่มทำการคัดเลือกตัวแปร ทั้งหมดเพื่อวิเคราะห์แบบจำลองให้ได้ค่าความสามารถพยากรณ์ที่ดีที่สุด และเนื่องจากข้อมูลที่ได้ จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อมูลว่ามีหลักประกันสุขภาพอย่างอื่นภายหลังจาก การได้รับบัตรทอง กล่าวคือ มีประกันสังคมจำนวน 16 คน ได้สิทธิจากคู่สมรส/บุตรหรือบิดา มารดาจำนวน 4 คน และสิทธิอื่นๆ จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 32 คน ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความ ผิดพลาดในการออกบัตรของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากโดยหลักการแล้วบัตรทองจะออกให้ เฉพาะผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพใดๆ ตามที่รัฐบาลกำหนด มีได้เฉพาะหลักประกันที่ได้มาจากการ ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน ดังนั้นเพื่อให้ผลการวิเคราะห์แบบจำลองถูกต้องตรงตาม ข้อเท็จจริง จึงทำการตัดตัวอย่างกลุ่มนี้ออก ทำให้เหลือข้อมูลสำหรับใช้ในการวิเคราะห์แบบจำลอง จำนวน 420 ราย ซึ่งยังคงมากกว่าจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำที่ได้คำนวณไว้ในบทที่ 4 (384 ราย)

5.7.1 ผลการศึกษาที่ได้จากแบบจำลองที่ 1

การประมวลผลโดยใช้แบบจำลองโลจิสต์ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปร อิสระกับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทอง ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 5.18 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ได้แก่ ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง (Chro) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (Mem) การรับข้อมูล

ข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากญาติหรือเพื่อนบ้าน (Info4) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (Info6) การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก (PI1) การเคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรก่อนมีบัตรทอง (Hosbe) การรู้จักสถานบริการที่ระบุในบัตรทอง (Place) และความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ (Ex) โดยในการประมาณค่าของแบบจำลองที่ 1 มีเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ร้อยละ 75.2 มีค่า Negelkerke R^2 เท่ากับ 0.345 และแบบจำลองมีค่า Chi-square เท่ากับ 125.660 ที่องศาอิสระ (Degree of Freedom) เท่ากับ 28 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่เมื่อพิจารณาแบบจำลองพบว่าไม่มีตัวแปรอิสระที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอยู่ จึงคาดว่าจะสามารถตัดตัวแปรบางตัวออกได้อีก โดยที่ค่าความถูกต้องในการพยากรณ์ และค่า Pseudo R^2 อาจเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทดลองตัดตัวแปรอิสระบางตัวออกไป ได้เป็นแบบจำลองที่ 2

5.7.2 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองที่ 2

ในแบบจำลองที่ 2 (ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางผนวก ค) ได้ประมวลผลโดยการตัดตัวแปรอิสระที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรตามในแบบจำลองที่ 1 พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ (Sex) ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง (Chro) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (Mem) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากเอกสาร แผ่นพับ และโปสเตอร์ (Info3) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากญาติหรือเพื่อนบ้าน (Info4) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (Info6) การเคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรก่อนมีบัตรทอง (Hosbe) การรู้จักสถานบริการที่ระบุในบัตรทอง (Place) และความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ (Ex) โดยมีเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ร้อยละ 72.6 ค่า Negelkerke R^2 เท่ากับ 0.339 ต่ำกว่าแบบจำลองที่ 1 แม้ว่าแบบจำลองจะมีค่า Chi-square เท่ากับ 122.906 ที่องศาอิสระ (Degree of Freedom) เท่ากับ 24 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ก็ตาม สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540) ได้ให้คำแนะนำไว้ว่า นอกจากค่า Pseudo R^2 แล้วสิ่งที่ควรพิจารณาเพื่อความเหมาะสมของสมการคืออัตราส่วนร้อยละของการทำนายถูก จากผลการวิเคราะห์แบบจำลองที่ 2 พบว่า เปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์การพยากรณ์ในแบบจำลองที่ 1

จึงต้องพยายามวิเคราะห์เพื่อหาสมการที่มีความเหมาะสมต่อไป โดยผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรอิสระที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ปรากฏในแบบจำลองที่ 1 มาพิจารณานำเข้าใหม่หรือตัดออก (Trial and Error) จนกระทั่งได้ภาวะสาธูปสนิทธิ (Goodness of Fit Measure) ที่ดีกว่าแบบจำลองที่ 2 ดังปรากฏในแบบจำลองที่ 3

5.7.3 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองที่ 3

ผลการวิเคราะห์แบบจำลองที่ 3 (ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางผนวก ค) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ (Sex) การไม่มีภาวะโรคเรื้อรัง (Chro) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (Mem) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากเอกสาร แผ่นพับ และโปสเตอร์ (Info3) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากญาติหรือเพื่อนบ้าน (Info4) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (Info6) การเคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรก่อนมีบัตรทอง (Hosbe) การรู้จักสถานบริการที่ระบุในบัตรทอง (Place) และความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ (Ex) โดยแบบจำลองที่ได้มีเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ร้อยละ 72.9 ค่า Negelkerke R^2 เท่ากับ 0.334 ซึ่งผลการพยากรณ์ที่ได้ใกล้เคียงกับแบบจำลองที่ 2 แม้ว่าแบบจำลองจะมีค่า Chi-square เท่ากับ 120.823 ที่องศาอิสระ (Degree of Freedom) เท่ากับ 22 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ถ้านำการอธิบายของสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540) เกี่ยวกับวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของสมการดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้นแล้ว กัลยา วานิชย์บัญชา (2544) ยังได้กล่าวถึงแนวคิดสำหรับการเลือกตัวแปรอิสระเพื่อเข้าสมการถดถอยไว้ว่า สมการถดถอยที่ดีคือสมการความถดถอยที่ประกอบด้วยตัวแปรอิสระที่มีความเหมาะสมจึงจะให้ค่าพยากรณ์ของตัวแปรตามใกล้เคียงค่าความเป็นจริง ผู้วิจัยได้ทดลองนำตัวแปรอิสระเข้าและออกซ้ำอีกเพื่อหาสมการที่เหมาะสม แต่ก็ไม่พบว่า มีแบบจำลองใดที่ทำให้ค่าความถูกต้องในการพยากรณ์ และค่า Pseudo R^2 มีค่าสูงขึ้นอีก

เมื่อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ในแบบจำลองที่ 1 และแบบจำลองที่ 3 พบว่าค่าความถูกต้องในการพยากรณ์ และค่า Pseudo R^2 ของแบบจำลองที่ 1 มีค่ามากกว่าแบบจำลองที่ 3 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบจำลองที่ 1 ในการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง

ตารางที่ 5.18 ผลการประมาณค่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง
ของผู้มีบัตรทอง แบบจำลองที่ 1

ตัวแปร	แบบจำลองที่ 1		
	β	Wald-stat	Sig.
Constant	-2.577	2.022	0.155
SEX	-0.363	2.204	0.138
MR	-0.548	2.512	0.113
AGE	-0.004	0.074	0.786
EDU	-0.035	0.618	0.432
OCC1	-0.142	0.124	0.724
OCC2	0.346	0.749	0.387
OCC3	-0.026	0.005	0.946
HOME	-0.300	1.340	0.247
CHRO	0.882	5.901**	0.015
MEM	0.161	3.501*	0.061
FRAC_P	-0.263	0.715	0.398
INFO1	-0.383	1.959	0.162
INFO2	-0.170	0.296	0.586
INFO3	0.521	2.395	0.122
INFO4	0.738	4.908**	0.027
INFO5	0.326	1.684	0.194
INFO6	0.745	8.544***	0.003
PI1	-0.607	2.830*	0.093
PI2	-0.342	1.630	0.202
HOSBE	1.395	23.966***	0.000
INSAF	-0.587	1.385	0.239
CARD	-0.335	1.186	0.276
PLACE	1.044	7.129***	0.008

**ตารางที่ 5.18 (ต่อ) ผลการประมาณค่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง
ของผู้มีบัตรทอง แบบจำลองที่ 1**

ตัวแปร	แบบจำลองที่ 1		
	β	Wald-stat	Sig.
KN	0.008	1.215	0.270
EX	0.537	3.456*	0.063
CN	0.039	0.006	0.940
QUA	-0.148	0.169	0.681
INFLUEN	0.502	2.082	0.149
Log-Likelihood = -227.715 Nagelkerke R ² = 0.345 Chi-squared = 125.660, df = 28, Sig. = 0.01 N = 420			

หมายเหตุ ***, ** และ * คือ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05 และ 0.10

5.7.4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรทอง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้เลือกผลการวิเคราะห์ในแบบจำลองที่ 1 (ตารางที่ 5.18) ในการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง เนื่องจากแบบจำลองดังกล่าวมีภาวะสารูปสนิทธิ (Goodness of Fit Measure) ที่ดีกว่าแบบจำลองที่ 2 และแบบจำลองที่ 3 โดยมีเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ร้อยละ 75.2 มีค่า Nagelkerke R² เท่ากับ 0.345 และแบบจำลองมีค่า Chi-square เท่ากับ 125.660 ที่องศาอิสระ (Degree of Freedom) เท่ากับ 28 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งหมายความว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองสำหรับบริการทางการแพทย์กับตัวแปรอิสระที่มีอยู่ในสมการมีความเชื่อถือได้ด้วยระดับความเชื่อมั่น 99% โดยสามารถประมาณสมการและอธิบายรายละเอียดของความสัมพันธ์ได้ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \hat{Z} = & -2.577 + 0.882\text{Chro}^{**} + 0.161\text{Mem}^* + 0.738\text{Info4}^{**} + 0.745\text{Info6}^{***} \\
 & (1.130) \quad (0.363) \quad (0.086) \quad (0.333) \quad (0.255) \\
 & - 0.607\text{PI1}^* + 1.395\text{HosBe}^{***} + 1.044\text{Place}^{***} + 0.537\text{Ex}^* \\
 & (0.361) \quad (0.285) \quad (0.391) \quad (0.289)
 \end{aligned}$$

ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง (Chro) พบว่า ภาวะการเป็นโรคเรื้อรังของผู้มีบัตรทองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรเท่ากับ 0.882 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการทางการแพทย์ หมายความว่า ผู้มีบัตรทองที่มีภาวะโรคเรื้อรังจะมีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลค่อนข้างบ่อย ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การใช้สิทธิบัตรทองน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดค่าใช้จ่ายดังกล่าว

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (Mem) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของผู้มีบัตรทองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรเท่ากับ 0.161 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการทางการแพทย์ หมายความว่า ถ้าผู้มีบัตรทองมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากจะมีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยมีความสามารถในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลได้สูงกว่าผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก เมื่อต้องการใช้บริการทางการแพทย์จะมีความน่าจะเป็นที่จะไม่ใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก โดยอาจจะใช้บริการด้วยการใช้สิทธิอย่างอื่นหรือเสียค่ารักษาพยาบาลในอัตราปกติ

การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากญาติหรือเพื่อนบ้าน (Info4) พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากญาติหรือเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรเท่ากับ 0.738 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการ หมายความว่า หากผู้มีบัตรทองได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากญาติหรือเพื่อนบ้านก็จะมีมีความน่าจะเป็นในการ

ใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการมากกว่าผู้มีบัตรทองที่ไม่มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารจากญาติหรือเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องมาจากญาติหรือเพื่อนเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้มีบัตรทองสูง และเป็นกลุ่มบุคคลที่ผู้มีบัตรทองให้ความไว้วางใจ เมื่อบุคคลเหล่านี้มีโอกาสพูดคุยหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการกับผู้มีบัตรทอง ก็จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นต่อระบบการรักษาพยาบาล ตลอดจนสิทธิประโยชน์ต่างๆ ทำให้ผู้มีบัตรทองมีความมั่นใจในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการเพิ่มขึ้น

การรับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (Info6) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรเท่ากับ 0.745 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแปรผันโดยตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการ หมายความว่า หากผู้มีบัตรทองได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขก็จะมีแนวโน้มจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการมากกว่าผู้มีบัตรทองที่ไม่เคยรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มอ้างอิงที่เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน และเป็นกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการเป็นอย่างดี เมื่อได้มีโอกาสพูดคุยกันก็จะช่วยสร้างความมั่นใจในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ผู้มีบัตรทองเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อมีความต้องการบริการทางการแพทย์ก็จะมีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการเพิ่มขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก (P11) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรติดลบเท่ากับ 0.607 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการ หมายความว่า หากผู้มีบัตรทองรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ในระดับมากแล้ว จะมีความน่าจะเป็นในการไม่ใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงในระดับมาก ย่อมต้องการการรักษาที่รวดเร็วและมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งผู้มีบัตรทองอาจยังไม่ค่อยมั่นใจในการให้บริการของสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองว่าจะสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงระดับมากได้ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเหตุผลของการไม่เลือกใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล

เนื่องจากกลัวว่าจะเสียเวลาในการรอรับบริการนาน กลัวว่าจะได้รับการบริการไม่ดีจากเจ้าหน้าที่ หรือกลัวว่าจะได้รับการรักษาหรือได้รับยาไม่ดี ดังนั้นจึงเลือกที่จะใช้สิทธิรักษาอย่างอื่นหรือยอมเสียค่าบริการรักษาพยาบาลในอัตราปกติมากกว่า

การเคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองของผู้มีบัตรทอง (Hosbe) พบว่า การเคยไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองก่อนการมีบัตรทองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรเท่ากับ 1.3954 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการ หมายความว่า ผู้มีบัตรทองที่เคยใช้บริการรับการรักษาที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองมาก่อน จะมีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการมากกว่าผู้ที่ไม่เคยไปใช้บริการมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่เคยไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองมาก่อน มีความคุ้นเคยและมีความมั่นใจในคุณภาพการให้บริการ การรักษาพยาบาล รวมถึงมีความเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาล จึงมีโอกาสใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลสูงตามไปด้วย

การรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง (Place) พบว่า การรู้จักสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองของผู้มีบัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรเท่ากับ 1.044 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการ หมายความว่า ถ้าผู้มีบัตรทองรู้จักสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง จะมีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่าผู้ที่ไม่รู้จักสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนอกจากผู้มีบัตรทองจะทราบถึงสถานที่ตั้งแล้ว ยังทราบถึงความสามารถด้านการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล และความรู้ความเชี่ยวชาญของบุคลากรในสถานพยาบาลดังกล่าว ซึ่งสถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการได้จำเป็นต้องมีมาตรฐานในการรักษาจึงจะได้รับการคัดเลือก ดังนั้นการรู้จักสถานพยาบาลของผู้มีบัตรทอง จะทำให้มีโอกาสในการใช้สิทธิบัตรทองสูงขึ้น

ความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ (Ex) พบว่า การคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้บริการด้วยบัตรทอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรเท่ากับ 0.537 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการ หมายความว่า ถ้าผู้มีบัตรทองมีความคาดหวัง

ในประโยชน์จากการใช้บริการด้วยบัตรทองสูง จะมีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองมากกว่า ผู้ที่มีความคาดหวังในประโยชน์จากการใช้บัตรทองต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

5.7.5 การวัดความแม่นยำของแบบจำลอง (Goodness of Fit)

ในการวัดความเหมาะสมของแบบจำลองว่ามีความสามารถในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้มากน้อยเพียงใดนั้น ในที่นี้จะพิจารณาจาก 2 ค่า Pseudo R^2 และค่าเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ของแบบจำลอง (The Overall Percent Correctly Estimated)

(1) ค่า Pseudo R^2 เป็นค่าที่แสดงว่าแบบจำลองที่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด โดยค่า Nagelkerke R^2 จะคล้ายกับค่า R^2 คือจะมีค่าระหว่าง -1 ถึง 1 ถ้าค่าของ Nagelkerke R^2 มีค่าเท่ากับ -1 หรือ 1 แสดงว่าแบบจำลองที่ได้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างสมบูรณ์ และถ้าค่าของ Nagelkerke R^2 เท่ากับ 0 แสดงว่าแบบจำลองที่ได้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่นำมาพิจารณาได้เลย

ผลการวิเคราะห์ครั้งนี้พบว่าแบบจำลองที่ 1 มีค่า Nagelkerke R^2 มากกว่า 0.2 ขึ้นไป คือเท่ากับ 0.351 แสดงว่าแบบจำลองที่ได้มีความเหมาะสมในการเป็นแบบจำลองที่สามารถใช้อธิบายพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองได้ดีในระดับหนึ่ง

(2) ค่าเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ คือค่าเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ของแบบจำลอง โดยจะเป็นการเปรียบเทียบผลการพยากรณ์ที่ตัวอย่างจะเลือกทางเลือกสำหรับการใช้บัตรทองในการใช้บริการในสถานพยาบาล ซึ่งผลการพยากรณ์นี้จะเป็นทางเลือกที่มีค่าความน่าจะเป็นที่จะได้รับเลือกสูงสุด ถ้าผลจากการพยากรณ์ตรงกับทางเลือกที่ตัวอย่างได้เลือก แสดงว่าพยากรณ์แบบจำลองถูกต้อง โดยค่าเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ที่ได้จากแบบจำลองที่ 1 โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 75.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5.19 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง จากการสำรวจมีจำนวน 199 ราย แบบจำลองที่ได้สามารถพยากรณ์ได้ถูกต้องหรือมีความน่าจะเป็นสูงสุดที่จะเลือกใช้บริการทางการแพทย์โดยไม่ใช้บัตรทองถูกต้อง 138 รายหรือร้อยละ 69.3

ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง จากการสำรวจมีจำนวน 221 ราย แบบจำลองที่ได้สามารถพยากรณ์ได้ถูกต้องหรือมีความน่าจะเป็นสูงสุดที่จะเลือกใช้บริการทางการแพทย์โดยใช้สิทธิบัตรทองถูกต้อง 178 รายหรือร้อยละ 80.5

ตารางที่ 5.19 การเปรียบเทียบผลการพยากรณ์พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์
ที่ได้จากการสำรวจ

พฤติกรรมการใช้บริการ	ผลรวมจริง	ผลที่ได้จากการพยากรณ์		เปอร์เซ็นต์ ความ ถูกต้อง
		ไม่ใช้บัตรทอง	ใช้บัตรทอง	
ไม่ใช้บัตรทอง	199	138	61	69.3
ใช้บัตรทอง	221	43	178	80.5
Overall Percentage	420			75.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการศึกษา

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโครงการสุขภาพที่มีแนวทางการให้สิทธิการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนทุกคนไม่มีสิทธิจากหลักประกันสุขภาพใดๆ แต่เนื่องจากการทำให้บริการทางการแพทย์ของรัฐในอดีตที่ผ่านมา ได้สร้างความไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของการบริการ รวมถึงขาดความเสมอภาคในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่าในบางจังหวัดมีผู้ใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการด้วยสัดส่วนที่สูง ในขณะที่บางจังหวัดหรือภาพรวมของประเทศ ประชาชนไปใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ รวมทั้งยังมีข้อร้องเรียนจากผู้ใช้บริการค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเรื่องไม่พอใจมาตรฐานและคุณภาพการรักษา การถูกเรียกเก็บเงินจากการไปใช้บริการเพิ่มทั้งที่ใช้สิทธิบัตรทอง เรื่องสิทธิประโยชน์ และไม่พอใจการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งข้อร้องเรียนเหล่านี้น่าจะมีส่วนสำคัญต่อการไปใช้สิทธิของผู้มีบัตรทอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง และศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง โดยใช้แบบจำลอง Binary Logit ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ใช้วิเคราะห์ตัวแปรตามที่มีลักษณะเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพสองทางเลือกในการวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิเคราะห์ที่ได้จากแบบจำลองที่มีค่าทางสถิติที่ดีที่สุดคือ มีเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องในการพยากรณ์ร้อยละ 74.5 และมีค่า Nagelkerke R^2 เท่ากับ 0.351 สูงกว่าแบบจำลองอื่น ๆ สำหรับผลการศึกษานี้สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

(1) จากผู้มีบัตรทองทั้งหมด 500 คน มีผู้ที่ไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเลยในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาจำนวน 48 คน (ร้อยละ 9.6) ผู้ที่เคยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดโดยไม่ใช้สิทธิบัตรทองจำนวน 225 คน (ร้อยละ 45.0) และมีผู้ที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดโดยใช้สิทธิบัตรทองจำนวน 227 คน (ร้อยละ 45.4)

(2) จากผู้มีบัตรทองทั้งหมด 500 คน พบผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังจำนวน 75 คน (ร้อยละ 16.6) และมีผู้ได้รับข้อมูลข่าวสารของโครงการจากสื่อโทรทัศน์จำนวน 300 คน (ร้อยละ 66.4)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้มีบัตรทองส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ก่อนมีบัตรทองจำนวน 196 คน (ร้อยละ 43.4) และมักจะเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองอยู่แล้ว จำนวน 203 คน (ร้อยละ 44.9) โดยมีเหตุผลหลักคือ มีความสะดวกในการเดินทาง และหลังจากได้รับบัตรทองแล้วพบว่า ผู้มีบัตรทองส่วนใหญ่จำนวน 381 (ร้อยละ 84.3) ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ อีก

(3) ผู้มีบัตรทองจำนวน 225 คน ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการครั้งล่าสุด โดยมีเหตุผลหลักในการไม่ใช้สิทธิบัตรทองคือ กลัวเสียเวลาในการรอรับบริการจำนวน 94 คน (ร้อยละ 41.8) ซึ่งส่วนใหญ่ไปรับบริการที่คลินิกเอกชนจำนวน 142 คน (ร้อยละ 63.1) โดยมีสาเหตุในการเข้ารับบริการคือ มีความสะดวกในการเดินทางจำนวน 73 คน (ร้อยละ 32.4)

(4) ผู้มีบัตรทองจำนวน 227 คน ใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการครั้งล่าสุด โดยมีเหตุผลหลักในการใช้สิทธิบัตรทองคือ มีความสะดวกในการเดินทางจำนวน 76 คน (ร้อยละ 33.5) และส่วนใหญ่เห็นว่าอัตราค่าบริการ 30 บาทมีความเหมาะสมอยู่แล้วจำนวน 201 คน (ร้อยละ 88.5) โดยมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในระดับปานกลางจำนวน 104 คน (ร้อยละ 45.8)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม โดยใช้แบบจำลอง Binary Logit ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง ได้แก่ ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง (Chro) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (Mem) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากญาติหรือเพื่อนบ้าน (Info4) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (Info6) การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก (PI1) การเคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง (HosBe) การรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง (Place) และความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ (Ex) ดังสมการ

$$\hat{Z} = -2.577 + 0.882\text{Chro}^{**} + 0.161\text{Mem}^* + 0.738\text{Info4}^{**} + 0.745\text{Info6}^{***} \\ (1.130) \quad (0.363) \quad (0.086) \quad (0.333) \quad (0.255) \\ - 0.607\text{Pi1}^* + 1.395\text{Hosbe}^{***} + 1.044\text{Place}^{***} + 0.537\text{Ex}^* \\ (0.361) \quad (0.285) \quad (0.391) \quad (0.289)$$

โดยผู้มีบัตรทองที่มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ ผู้มีบัตรทองที่มีภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจากญาติหรือเพื่อนบ้าน ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อยหรือปานกลาง ผู้ที่เคยใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรมาก่อน ผู้ที่รู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง และผู้ที่มีความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับจากบัตรทองในระดับสูง ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษา (ตารางที่ 6.1) ได้ดังนี้

ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง (Chro) มีความผันแปรตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (Mem) มีความผันแปรตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจากญาติหรือเพื่อนบ้าน (Info4) มีความผันแปรตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (Info6) มีความผันแปรตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก (PI1) มีความผันแปรผกผันกับการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

การเคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง (HosBe) มีความผันแปรตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

การรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง (Place) มีความผันแปรตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ (Ex) มีความผันแปรตรงกับการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 6.1 สรุปผลการศึกษา

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์
ภาวะการเป็นโรคเรื้อรัง (Chro)	ผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ไม่มีภาวะโรคเรื้อรัง
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (Mem)	ผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อย
การรับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจากญาติหรือเพื่อนบ้าน (Info4)	ผู้ได้รับข่าวสาร มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข่าวสาร
การรับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจากผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (Info6)	ผู้ได้รับข่าวสาร มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข่าวสาร
การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก (PI)	ผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองต่ำกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำกว่า
การเคยใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง (HosBe)	ผู้ที่เคยใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรมาก่อน มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยไปใช้บริการมาก่อน
การรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง (Place)	ผู้ที่รู้จักสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่ไม่รู้จัก
ความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ (Ex)	ผู้ที่มีความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับจากบัตรทองสูง มีความน่าจะเป็นในการใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าผู้ที่มีความคาดหวังต่ำกว่า

6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้มีบัตรทองในจังหวัดพะเยา พบว่าปัจจัยทางด้านสุขภาพและปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง ขณะที่ปัจจัยทางด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้มีบัตรทองไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้มีบัตรทองจำนวนหนึ่งยังมีหลักประกันสุขภาพอื่นที่กฎหมายกำหนด คือ ประกันสังคม และหลักประกันจากสิทธิของคู่สมรส บุตร หรือบิดามารดา แสดงให้เห็นถึงความผิดพลาดของขั้นตอนการออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตามหลักการแล้วจะให้บัตรทองเฉพาะผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ที่กฎหมายกำหนด ทำให้งบประมาณที่สถานพยาบาลได้รับซึ่งเป็นการจ่ายตามจำนวนผู้มีบัตรทองไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรมีการประสานงานระหว่างโครงการประกันสุขภาพต่างๆ และมีการจัดระเบียบการออกบัตรให้เป็นระบบมากขึ้น

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้มีบัตรทองที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมากมีความน่าจะเป็นในการเข้ารับการรักษาโดยใช้สิทธิบัตรทองน้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อยหรือปานกลาง และพบว่าสาเหตุที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง คือ กลัวว่าได้รับการบริการไม่ดีจากเจ้าหน้าที่ กลัวว่าจะเสียเวลานานในการรอรับบริการ และคาดว่าจะได้รับการรักษาหรือได้รับยาไม่ดี ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการของผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก โดยเห็นว่าถ้าหากเข้ารับการรักษาโดยใช้สิทธิบัตรทองอาจจะเสียเวลานานในการรอรับบริการ ทำให้ไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้ รวมทั้งเกรงว่าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพเพียงพอ ทำให้เข้ารับบริการโดยไม่ใช้สิทธิบัตรทอง แสดงให้เห็นถึงความไม่มั่นใจในคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล ดังนั้น สถานพยาบาลควรสอบถามผู้ที่เข้ารับการรักษาโดยไม่ใช้สิทธิบัตรทองถึงเหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิ เพื่อจะได้ปรับปรุงการบริการของโครงการให้มีคุณภาพมากขึ้น และกระทรวงสาธารณสุขควรมีการตรวจสอบคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการอย่างสม่ำเสมอ

3. จากผลการศึกษา พบว่า ในการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดผู้มีบัตรทองร้อยละ 45.0 ใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิบัตรทอง แสดงให้เห็นว่าต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ในการใช้บัตรทองของคนกลุ่มนี้มีค่าสูง โดยอาจเป็นการเสียเวลานานในการรอรับบริการ การเสียเวลาในการทำงาน หรือการเสียโอกาสการได้รับบริการจากสิทธิอื่นที่มีอยู่ เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นที่มีต้นทุนค่าเสียโอกาสต่ำกว่า เช่น การใช้สิทธิอื่น หรือการจ่ายเงินเองในอัตราปกติ จึงได้เลือกใช้สิทธิอื่นหรือจ่ายเงินค่ารักษาเองแทนการใช้สิทธิบัตรทอง แสดงให้เห็นว่าโครงการนี้เป็นเพียงโครงการเสริมที่ผู้มีบัตรทองกลุ่มนี้จะเลือกใช้ อย่างไรก็ตาม โครงการนี้ได้เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เมื่อพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของโครงการแล้วต้องถือว่าโครงการนี้บรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้จะเป็นเพียงโครงการที่ประชาชนเลือกเสริมก็ตาม

6.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. เนื่องจากเวลาและงบประมาณในการศึกษามีจำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาเฉพาะด้านผู้ใช้บริการเท่านั้น ควรมีการศึกษาในด้านผู้ให้บริการควบคู่กันไป
2. ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองส่วนหนึ่งมาจากอิทธิพลของหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ
3. ควรศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในแต่ละภาค เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในแต่ละภาคว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวด้วย SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- กิตติพงษ์ สุขคนมณี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชากฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย. ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- ไกรยุทธ ธีรตยาคีนันท์. ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการแทรกแซงของรัฐ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2524.
- เจตต์จ ธรรมรัชชอารี. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
- จอมขวัญ ไกรโรจนานันท์และคณะ. การรับรู้และความคาดหวังของชุมชนบ้านพอน จังหวัดเชียงใหม่ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานประกอบการศึกษาภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
- จารุวรรณ นิพพานนท์. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คราฟแมนเพรส, 2543.
- จารุวรรณ นิพพานนท์และคณะ. พฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนที่โรงพยาบาลในระบบประกันสังคม จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- จิระวรรณ เสวกวรรณ. ความต้องการบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่มีต่อโรงพยาบาลของรัฐ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.

- จิราภา รัตนเพ็ญตระกูล. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- จิรนาฏ สงวนทรัพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการมารับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่คลินิกทางด่วน โรงพยาบาลสมุทรวรเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2542.
- ชัยณรงค์ อิมใจ. ปัญหาและอุปสรรคของเจ้าหน้าที่ระดับตำบลในการดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- ฐิติมา น้อยวินิจ. ความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- ธวัชชัย งามสันติวงศ์. SPSS หลักการและวิธีใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: 21 เซนจูรี่, 2542.
- นราพงศ์ ธีรฉัตรวิภาส. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- นริสา ศรีลาชัย. การศึกษาระบบการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- นันทวัฒน์ วัฒนรุ่งเรืองและคณะ. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร. พิจิตร: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ตะพานหิน, 2533.

- บังอร ผงผ่าน. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาโรงพยาบาล
กันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาการวิเคราะห์
และการวางแผนทางสังคม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2538.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพ: ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง.
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ: บนเส้นทางสู่สุขภาพประสิทธิภาพ
เสมอภาค. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.
- ปิยรัตน์ พรรณรังษี. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการมารับบริการทางการแพทย์ของ
ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2546.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์,
2538.
- ประเจตน์ เกษน้อย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่
ปรับปรุงแล้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมและมานุษยวิทยา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์. อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์. รายงานวิจัย คณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ. การศึกษาพฤติกรรมป้องกันและรักษาสุขภาพของผู้ประกันตนใน
ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่
2. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ประวีณา ยงประพัฒน์. การใช้สิทธิประโยชน์ในระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาการพัฒน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- ประสิทธิ์ จันทกลาง. การศึกษาอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ในจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
2540.

- ปรียา ผาติชล. พฤติกรรมการณ์เลือกสถานพยาบาล และการใช้บริการรักษาพยาบาลของ
ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุขและคณะ. “ผู้ป่วยนอก: สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.”
วารสารวิชาการสาธารณสุข 11, 2 (มีนาคม – เมษายน 2545): 177 – 187.
- พรทิพย์ วิริยานนท์. การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายา
ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ: กรณีศึกษาจังหวัดอ่างทอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2536.
- พวงทอง ตั้งธิตกุล. ความพึงพอใจของผู้รับบริการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจต่อการ
บริการของสถานีนอมนายในจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชา
สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ภพ วีรเชียร. ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ภายใต้โครงการประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า “30บาท” ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ บัณฑิต ภาควิชาเภสัช
ศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- ยุพดี อังจารุศิลา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำประกันสุขภาพเสริมของข้าราชการและลูกจ้างประจำ
ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ตามนโยบาย
ประกันสังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.
กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม, 2535.
- รัตนา ธรรมวิชาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้รับบริการ
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
ภาควิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2546.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพ: พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท., 2532.
(อัดสำเนา).

- วาสนา เพิ่มพูน. ความรู้ ความเข้าใจของผู้รับบริการต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2546.
- วิภาวี สายนำทาน. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. “คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ.” หนังสือชุดประกันสุขภาพเล่มที่ 5. กรุงเทพฯ: กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2547.
- วีณา สันตะบุตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการของผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาในสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ศรายุทธ สมศรี. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- ศรีพิจิตร ธาตุเพชร. เหตุผลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพในการใช้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลชุมชนด้วยโรคที่สามารถรักษาได้ที่สถานอนามัยในอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- ศิริเดช สุชีวะ. “การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก: แนวคิดการวิเคราะห์และการแปลความหมาย.” วารสารวิธีวิทยาการวิจัย (มกราคม – มิถุนายน 2539) : 10 – 33.

- ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติและวัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ. การวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ จังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการสาธารณสุขและคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข: กระบวนการในประเทศไทยและในต่างประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2538.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: สุรสีห์กราฟฟิค, 2544.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและคณะ. การปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาการใช้บริการทางการแพทย์และการเงินการคลังของโครงการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและคณะ. ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย มองบทเรียนต่างประเทศในระยะเปลี่ยนผ่าน. พิษณุโลก: ศูนย์ติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2545.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและคณะ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2543.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและประติษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุล. ประมาณการค่าใช้จ่ายของชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานทางสาธารณสุข สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานครอบคลุมบริการการแพทย์ทุกอย่างที่ให้แก่ผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2540.
- ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร. ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย : มองบทเรียนต่างประเทศในระยะเปลี่ยนผ่าน. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2545.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ. การจัดบริการทางการแพทย์ ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533: วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- สมคิด แก้วสนธิ. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: หลักทฤษฎีและการปฏิบัติ การบริการสาธารณสุขในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญ, 2524.

สมพร ตั้งสะสม. ความพึงพอใจของผู้ประกันตนในกรุงเทพมหานครที่มีต่อบริการทางการแพทย์
ภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยมิใช่เนื่องจาก
การทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2537.

สะไกร กั้นกางกุล. ความพึงพอใจของผู้ใช้บัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการสามสิบบาท) ต่อบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
หนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.

สามัคคี เดชกล้า. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัยในเขต
พื้นที่กิ่งอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
ภาควิชาการวิเคราะห์และการวางแผนทางสังคม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒน
บริหารศาสตร์, 2540.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. อะไรเป็นอะไรในกระแสการเปลี่ยนแปลงการเปลี่ยนแปลง
: 30 บาทรักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. กับการปฏิรูประบบ
สุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท 21เซ็นจูรี จำกัด, 2544.

สำนักงานประกันสุขภาพ. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2544.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค:
สรุปผลการสำรวจ. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดรายงานสถิติจังหวัดฉบับ พ.ศ. 2545: พะเยา. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
สถิติแห่งชาติ, 2545.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด
พะเยา ตุลาคม – ธันวาคม 2544. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2544.
(อัดสำเนา).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. การประเมินคุณภาพการบริหารงานสาธารณสุขตามนโยบาย
รัฐบาล จังหวัดพะเยา ครั้งที่ 2 กรกฎาคม 2545. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พะเยา, 2545. (อัดสำเนา).

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. เอกสารประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2544. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2545. (อัดสำเนา).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2547. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547.
- สำเร็จ แหียงกระโทก. การวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ม.ป.ท., 2544.
- สิริย์ลักษณ์ ไชยลังกา. การรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- สุขุมล ธนาเศรษฐอังกุลและคณะ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนชนบทเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เลียงเชียง, 2540.
- สุพัทธ์ กรุณามิตร. แบบอย่างการใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในเขตเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
- สุพินดา โชติเกียรติเวช. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- สุเพ็ญ อึ้งวิจารณ์ปัญญา. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลโพธาราม.” วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 23, 4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2543): 82 - 89.
- สุภาพร ภัคธนกกุล. ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรัฐในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2539.
- สุรรัตน์ รัตนเสถียร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชายุทธศาสตร์การพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏพระนคร, 2547.

สุรศักดิ์ เนียมปาน. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

สุรางค์ พิลาสกุล. ความคิดเห็นของประชาชนต่อระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชากฎหมายการแพทย์ และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2543.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

อิสระ ยาวะโนภาส. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการได้รับบริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย: ศึกษากรณีอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาการวิเคราะห์และการวางแผนทางสังคม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2541.

อุทัย ศิริโสภณภักดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกิ่งอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

อุไร วิบุรบุตรและคณะ. “ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อบริการของโรงพยาบาลยโสธร.” ยโสธรเวช (มกราคม – เมษายน 2542). อ้างถึงในจิระวรรณ เสวกรวรรณ. ความต้องการบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่มีต่อโรงพยาบาลของรัฐ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.

เอกลักษณ์ อินทุวรรณรัตน์. วงเงินเบี้ยประกันที่พึงจ่ายในการทำประกันสุขภาพของข้าราชการและลูกจ้างประจำของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ภาษาอังกฤษ

- Aday, L. A. and Andersen R. Development of Induce of Access of Medical Care. Michigan Ann Arbor: Health Administration Press, 1975. อ้างถึงในวรรณคดี พูลพอกสิน. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการในโครงการบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.
- Frederick A. Day, and Boonlert Leoprapai. Patterns of Health Utilization in Upcountry Thailand - A Report of the Research Project on the Effect of Location on Family Planning and Health Facility Use. Bangkok: Institute for Population and Social Research Mahidol University, 1977.
- Greene, William H. Econometric analysis. 4th edition. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 2000.
- Grossman, Micheal. "On The Concept of Health Capital and The demand for Health." Journal of Political Economy. 80 (1972): 223 – 225.
- Grossman, Micheal. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. New York: National Bureau of Economic Research, 1972.
- Gujarati, Damodar, N. Basic Econometrics. 3th edition. London: McGrawHill, 1995.
- Kennedy, P. A. Guide to Ecinometrics. 4 th ed. Blackwell Published Ltd, 1999.
- WHO. Health Insurance Scheme for People outside Formal Sector Employment: Guidelines for Government. Geneva: WHO, 1997. อ้างถึงในวินัย ลีสมินทร์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การสร้างหลักประกันสุขภาพกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. ม.ป.ท., 2542. (อัดสำเนา).



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง
ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา” ซึ่งท่านได้รับเกียรติเป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบตามความเป็นจริง คำตอบของท่านไม่มีคำตอบใดที่ผิดหรือถูก ข้อมูลหรือคำตอบของท่านทุกข้อผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบใดๆ แก่ท่าน ข้อมูลที่ได้จะสรุปออกมาเป็นภาพรวม เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการให้บริการด้านต่างๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากแก่ท่านและประชาชนทุกคน โดยแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวน 122 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพจำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ เจตคติ และความเชื่อของผู้มีบัตรทอง
จำนวน 41 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความยากง่ายในการเข้าถึงบริการจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคลอื่นต่อการใช้บริการจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการ (เฉพาะผู้ที่เคยใช้บริการบัตรทอง)
จำนวน 26 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงครบทุกข้อในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้

นางสาววิยะดา เยาวรัตน์

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อผู้ให้ข้อมูล

วันที่สัมภาษณ์.....

สถานที่สัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความ และเติมข้อความลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับข้อมูลของผู้ถูกสัมภาษณ์

	สำหรับผู้วิจัย
1) เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	_ Sex
2) อายุ	_ _ Age
3) สถานภาพการสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หย่าร้าง/ม่าย	_ Status
4) ระดับการศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา / ปวส. <input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี	_ Edu
5) อาชีพของท่าน <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง/พนักงาน <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> 4. แม่บ้าน/พ่อบ้าน <input type="checkbox"/> 5. นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 7.ว่างงาน	_ Occ
6) อาชีพของคู่ครอง <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง/พนักงาน <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> 4. แม่บ้าน/พ่อบ้าน <input type="checkbox"/> 5. นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 7.ว่างงาน	_ Occ ₂
7) บ้านเรือนของท่านตั้งอยู่ <input type="checkbox"/> 1. ในเขตเทศบาล (เทศบาลตำบล / เทศบาลเมือง) <input type="checkbox"/> 2. นอกเขตเทศบาล (อบต. / สภาตำบล)	_ Home

8) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน	
7.1 รายได้จากการทำงาน	_____ Inc ₁
7.2 รายได้จากทรัพย์สิน	_____ Inc ₂
7.3 เงินได้รับจากการช่วยเหลือ	_____ Inc ₃
7.4 รายได้อื่น ๆ (เช่น รางวัลล็อตเตอรี่)	_____ Inc ₄
รวมรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	_____ IncP
9) รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของท่าน	
9.1 อาหารและเครื่องดื่ม	_____ Exp ₁
9.2 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์.....	_____ Exp ₂
9.3 ยาสูบ	_____ Exp ₃
9.4 เครื่องนุ่งห่มและรองเท้า	_____ Exp ₄
9.5 ที่อยู่อาศัย	_____ Exp ₅
9.6 ค่ารักษาพยาบาล	_____ Exp ₆
9.7 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยานพาหนะและค่าบริการสื่อสาร	_____ Exp ₇
9.8 การบันเทิงและการอ่าน	_____ Exp ₈
9.9 การศึกษา	_____ Exp ₉
9.10 เบ็ดเตล็ด	_____ Exp ₁₀
รวมรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	_____ ExpP
10) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน	_____ Inc _F
11) รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน	_____ Exp _F
12) สถานะทางการเงินของครัวเรือนท่านเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> 1. มีหนี้สิน <input type="checkbox"/> 2. พอกินพอใช้ <input type="checkbox"/> 3. มีเหลือเก็บ	_____ Finc
13) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (รวมท่านด้วย) มี	_____ Mem
14) ในครัวเรือนของท่านมีผู้ที่ไม่ได้รายได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. มี <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี (ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)	_____ Noinc
15) จำนวนของผู้ที่ไม่ได้รายได้ในครัวเรือนของท่าน	_____ Noinct
1. เด็ก/คนชรา (ไม่สามารถทำงานได้)	_____ Noinc ₁
2. เรียนหนังสือ (นักเรียน/นักศึกษา)	_____ Noinc ₂
3. ทำงานบ้าน (แม่บ้าน/พ่อบ้าน)	_____ Noinc ₃
4. ว่างาน/ตกงาน	_____ Noinc ₄

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความ และเติมข้อความลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับข้อมูลของผู้ถูกสัมภาษณ์

1) ท่านมีภาวะการเป็นโรคเรื้อรังหรือไม่ (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง)

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

2) ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อใดมากที่สุด

(ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

1. โทรทัศน์ 2. วิทยู
 3. เอกสาร แผ่นพับ และโปสเตอร์ 4. ญาติ /เพื่อนบ้าน
 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6. ผู้นำหมู่บ้าน /อสม.
 7. อื่นๆ ระบุ

3) ก่อนที่ท่านจะได้รับบัตรทอง ท่านมีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ อยู่หรือไม่

1. ไม่มี 2. สวัสดิการช่วยเหลือเกษตรกร (สปร.)
 3. บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท 4. ประกันสังคม
 5. ประกันสุขภาพเอกชน 6. ประกันสิทธิของคู่สมรส
 7. อื่นๆ ระบุ

4) ก่อนท่านจะได้รับบัตรทอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยท่านใช้บริการที่สถานพยาบาลใดเป็นหลัก

1. ร.พ.รัฐ /สถานีนอามัย (ที่ระบุในบัตรทอง) 2. ร.พ.รัฐ /สถานีนอามัยอื่น
 3. ร.พ.เอกชน 4. คลินิกเอกชน
 5. อื่นๆ ระบุ

5) จากข้อ 4 เหตุผลของการใช้บริการในสถานพยาบาลดังกล่าว (กรุณาเรียงลำดับความสำคัญห้าลำดับแรก โดยให้เหตุผลที่สำคัญที่สุดเป็นลำดับที่ 1 รองลงมาเป็น 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ โดยใส่ลำดับที่ลงในช่อง)

1. ความสะดวกในการเดินทาง 2. คุณภาพของบริการดี มีมาตรฐาน
 3. ความเชื่อถือในตัวแพทย์ 4. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล ดูแล เอาใจใส่ดี
 5. รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก 6. ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร
 7. มีผู้แนะนำ (ญาติ เพื่อน) 8. เคยรักษามาก่อน/คนไข้ประจำ

สำหรับผู้วิจัย

__ Chro

__ Info₁

__ Info₂

__ Info₃

__ Info₄

__ Info₅

__ Info₆

__ Info₇

__ InsBe

__ HosBe

__ ReBe₁

__ ReBe₂

__ ReBe₃

__ ReBe₄

__ ReBe₅

15) เหตุผลที่ท่านไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการใช้บริการ (กรุณาเรียงลำดับความสำคัญสามลำดับแรก โดยให้เหตุผลที่สำคัญที่สุดเป็นลำดับที่ 1 รองลงมาเป็น 2, และ 3 ตามลำดับ)

1. เดินทางไม่สะดวก
2. กลัวได้รับการบริการไม่ดีจากเจ้าหน้าที่
3. กลัวเสียเวลานานในการรอรับบริการ
4. คาดว่าจะได้รับการรักษา/ได้รับยาไม่ดี
5. มีปัญหาเรื่องเอกสาร/หลักฐาน
6. ไม่รู้วิธีใช้สิทธิ/ไม่รู้ว่าใช้สิทธิได้
7. ไม่มีสิทธิใช้บริการในเรื่องที่รักษา
8. ใช้สิทธิหรือสวัสดิการอื่นในการรักษา
9. ระบุ

__ ReNo₁

__ ReNo₂

__ ReNo₃

16) กรณีที่ท่านไม่ได้ใช้สิทธิบัตรทอง ท่านไปใช้บริการที่สถานพยาบาลใดเป็นหลัก

1. ร.พ.รัฐ /สถานีนอามัย (ที่ระบุในบัตรทอง) 2. ร.พ.รัฐ /สถานีนอามัยอื่น
3. ร.พ.เอกชน 4. คลินิกเอกชน
5. อื่นๆ ระบุ

__ HosNo

17) เหตุผลที่ท่านใช้บริการในสถานพยาบาลข้างต้น (กรุณาเรียงลำดับความสำคัญสามลำดับแรก โดยให้เหตุผลที่สำคัญที่สุดเป็นลำดับที่ 1 รองลงมาเป็น 2 และ 3 ตามลำดับ)

1. ความสะดวกในการเดินทาง 2. คุณภาพของบริการดี มีมาตรฐาน
3. ความเชื่อถือในตัวแพทย์ 4. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล ดูแล เอาใจใส่ดี
5. รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก 6. ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร
7. มีผู้แนะนำ (ญาติ เพื่อน) 8. เคยรักษามาก่อน/คนไข้ประจำ
9. อุบัติเหตุ ป่วยกระทันหัน 10. มีญาติที่ให้ความช่วยเหลือได้
11. ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย 12. อื่นๆ ระบุ.....

__ ReAf₁

__ ReAf₂

__ ReAf₃

18) ในการใช้บริการครั้งนี้ ท่านใช้บริการในแผนกใด

1. แผนกผู้ป่วยนอก 2. แผนกผู้ป่วยใน

__ PART

19) ในการใช้บริการครั้งนี้ บริการสุขภาพที่ท่านใช้ คือ (ข้ามไปตอบข้อ26)

1. ตรวจสุขภาพ 2. วางแผนครอบครัว
3. ฉีดวัคซีน / เซรุ่ม 4. แพทย์แผนไทย
5. ทันตกรรม 6. การตั้งครรภ์ / การคลอดบุตร

__ SER

7. อุบัติเหตุ / ชุกเฉิน 8. โรคเฉียบพลัน
9. โรคเรื้อรัง 10. อื่นๆ ระบุ.....
- 20) สำหรับท่านที่ใช้สิทธิบัตรทอง เหตุผลที่ท่านใช้สิทธิบัตรทอง ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ (กรุณาเรียงลำดับความสำคัญสามลำดับแรก โดยให้เหตุผลที่สำคัญที่สุดเป็นลำดับที่ 1 รองลงมาเป็น 2 และ 3 ตามลำดับ)
1. ความสะดวกในการเดินทาง 2. คุณภาพของบริการดี มีมาตรฐาน
3. ความเชื่อถือในตัวแพทย์ 4. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล ดูแล เอาใจใส่ดี
5. รวดเร็ว ขึ้นตอนไม่ยุ่งยาก 6. ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร
7. มีผู้แนะนำ (ญาติ เพื่อน) 8. เคยรักษามาก่อน/คนไข้ประจำ
9. อุบัติเหตุ ป่วยกระทันหัน 10. มีญาติที่ให้ความช่วยเหลือได้
11. ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย 12. อื่นๆ ระบุ.....
- 21) ในการใช้บริการบัตรทองครั้งนี้ ท่านใช้บริการในแผนกใด
1. แผนกผู้ป่วยนอก 2. แผนกผู้ป่วยใน
- 22) ในการใช้บริการบัตรทองครั้งนี้ บริการสุขภาพที่ท่านใช้ คือ
1. ตรวจสุขภาพ 2. วางแผนครอบครัว
3. ฉีดวัคซีน / เซรุ่ม 4. แพทย์แผนไทย
5. ทันตกรรม 6. การตั้งครรภ์ / การคลอดบุตร
7. อุบัติเหตุ / ชุกเฉิน 8. โรคเฉียบพลัน
9. โรคเรื้อรัง 10. อื่นๆ ระบุ.....
- 23) ท่านคิดว่าค่าบริการครั้งละ 30 บาท เหมาะสมหรือไม่
1. ไม่เหมาะสม 2. เหมาะสม (ข้ามไปตอบข้อ25)
- 24) ค่าบริการที่เหมาะสมควรเป็น บาทต่อครั้ง
- 25) โดยรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้อย่างไร
1. พึงพอใจมาก เป็นสถานพยาบาลหลักที่ใช้บริการอยู่แล้ว
2. ปานกลาง
3. ควรปรับปรุง อยากขึ้นทะเบียนที่สถานพยาบาลอื่นมากกว่า
- 26) ในอนาคตหากท่านมีอาการเจ็บป่วย ท่านตั้งใจจะใช้สิทธิบัตรทอง เพื่อรับบริการ ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้หรือไม่
1. ตั้งใจจะใช้ เพราะ.....
2. ไม่ใช้ เพราะ.....

___ ReC ₁
___ ReC ₂
___ ReC ₃
__ PARTC
___ SERC
__ PriceC
___ Price
__ Sat
__ Next

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ เจตคติ และความเชื่อของผู้มีบัตรทอง

3.1 การรับรู้เงื่อนไขบริการและการรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรทอง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	สำหรับผู้วิจัย
- ด้านการใช้สิทธิประโยชน์ของบัตร				
1) การนำบัตรรักษาพยาบาลติด สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้				<input type="checkbox"/> K1
2) ค่าอาหารพิเศษและห้องพิเศษ สามารถใช้บัตรทองได้				<input type="checkbox"/> K2
3) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาวะปกติ สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้				<input type="checkbox"/> K3
4) การบริการแพทย์แผนไทยได้ สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้แต่ต้องจ่ายครั้งราคา				<input type="checkbox"/> K4
5) นอกเวลาราชการหรือวันหยุดราชการ ถ้าไม่ใช่อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้				<input type="checkbox"/> K5
6) การผ่าตัดหัวใจไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้				<input type="checkbox"/> K6
7) ผู้ประสบภัยจากรถตามปกติจะใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แต่เพื่อความสะดวกสามารถเลือกใช้สิทธิบัตรทองแทนได้				<input type="checkbox"/> K7
8) การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการล้างไต และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้				<input type="checkbox"/> K8
9) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่ถ้าผู้ป่วยร้องขอ เช่น การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์ เครื่องอัลตราซาวด์ ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยและสามารถใช้บัตรทองได้				<input type="checkbox"/> K9
- ด้านขั้นตอนการไปรับการรักษาพยาบาล				
10) กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ท่านสามารถใช้สิทธิบัตรทองในสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศ				<input type="checkbox"/> K10
11) กรณีเจ็บป่วยปกติ ท่านสามารถใช้สิทธิบัตรทองในสถานพยาบาลใดก็ได้ ในจังหวัดเดียวกัน				<input type="checkbox"/> K11
12) กรณีเจ็บป่วยปกติ หากไปรักษาที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดท่านจะต้องจ่าย ค่ารักษาพยาบาลเอง (ใช้สิทธิบัตรทองไม่ได้)				<input type="checkbox"/> K12
- ด้านหลักฐานประกอบการใช้บริการ				
13) การใช้บริการหากไม่มีบัตรประชาชน สามารถแนบใบขับขี่รถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ เช่น บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี บัตรประจำตัวนักศึกษา เป็นต้น				<input type="checkbox"/> K13
14) กรณีที่อาศัยอยู่นอกตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล ถ้าต้องการใช้บริการที่โรงพยาบาล ไม่ต้องกลับไปขอใบส่งตัวที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานีอนามัย				<input type="checkbox"/> K14

ข้อความ	ใช่	ไม่	ไม่ทราบ	สำหรับผู้วิจัย
15) กรณีเจ็บป่วยปกติ ถ้าไปรักษาที่สถานพยาบาลต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด โดยไม่มีใบส่งตัว จะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง				<input type="checkbox"/> K15
- ด้านการจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท				
16) ค่าธรรมเนียม 30 บาท คือค่าบริการต่อโรค ถ้าป่วยสองโรคในคราวเดียวกัน ต้องจ่าย 60 บาท				<input type="checkbox"/> K16
17) การฝากครรภ์ ฉีดยาคุมกำเนิด หรือฉีดวัคซีนป้องกันโรคไม่ต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาท				<input type="checkbox"/> K17
18) โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาททุกครั้ง				<input type="checkbox"/> K18

3.2 ความคาดหวังในประโยชน์

คำชี้แจง หากท่านไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ก่อนไปใช้บริการท่านคาดหวังถึงบริการทางการแพทย์ที่จะได้รับอย่างไร โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ระดับความคาดหวัง					สำหรับผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1) ท่านคาดหวังว่า จะได้รับการต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีดี เป็นกันเอง						<input type="checkbox"/> Ex1
2) ท่านคาดหวังว่า เจ้าหน้าที่จะให้ความสนใจซักถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของท่าน						<input type="checkbox"/> Ex2
3) ท่านคาดหวังว่า จะได้รับบริการอย่างสะดวกสบาย และรวดเร็ว						<input type="checkbox"/> Ex3
4) ท่านคาดหวังว่า เจ้าหน้าที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่านอย่างละเอียด เช่น ชื่อโรค อาการ สาเหตุการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วย						<input type="checkbox"/> Ex4
5) ท่านคาดหวังว่า จะได้รับการรักษาพยาบาล โดยเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพและทันสมัย						<input type="checkbox"/> Ex5
6) ท่านคาดหวังว่า จะได้รับยาดี มีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามบัญชียาหลักแห่งชาติ						<input type="checkbox"/> Ex6
7) ท่านคาดหวังว่า อาการเจ็บป่วยของท่านจะทุเลาและดีขึ้น						<input type="checkbox"/> Ex7
8) ท่านคาดหวังว่า จะได้รับการรักษาที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานเดียวกันกับผู้ที่ใช้สิทธิบัตรข้าราชการ หรือผู้ที่เสียเงินในราคาปกติ						<input type="checkbox"/> Ex8

3.3 การรับรู้คุณภาพการบริการของสถานพยาบาล

คำชี้แจง หากท่านไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับ
คุณภาพบริการของสถานพยาบาลอย่างไร? โปรดเขียนเครื่องหมาย \surd ลงในช่อง
ที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
- ด้านคุณลักษณะของสถานพยาบาล						<input type="checkbox"/> Q1
1) จัดสถานที่เป็นระเบียบและสะอาด						<input type="checkbox"/> Q2
2) มีที่จอดรถเพียงพอ						<input type="checkbox"/> Q3
3) จัดที่พักรักษาตัวไว้เหมาะสมและเพียงพอ						<input type="checkbox"/> Q4
4) จัดห้องสุขาที่สะอาดไว้บริการ						<input type="checkbox"/> Q5
5) จัดสถานที่ให้บริการได้เป็นส่วนสะดวกต่อการรับบริการ						<input type="checkbox"/> Q6
- ด้านคุณภาพของการให้บริการ						<input type="checkbox"/> Q7
6) แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความ กระตือรือร้น ในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี						<input type="checkbox"/> Q8
7) เจ้าหน้าที่สนใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยของท่าน						<input type="checkbox"/> Q9
8) เจ้าหน้าที่มักแสดงท่าทางบึ้งตึง พุดจาไม่ไพเราะ และ อารมณ์เสียต่อผู้มาใช้บริการ						<input type="checkbox"/> Q10
9) เจ้าหน้าที่ไม่สนใจจะให้ข้อมูล ไม่เปิดโอกาสให้ซักถามหรือ ให้เวลาในการซักถามน้อย						<input type="checkbox"/> Q11
10) ท่านเสียเวลานานในการรอคอย การตรวจรักษา						<input type="checkbox"/> Q12
11) สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ เป็นสถานพยาบาลที่มีตาม มาตรฐานที่ทางราชการกำหนด						<input type="checkbox"/> Q13
12) แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ สถานพยาบาล มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการให้บริการ						<input type="checkbox"/> Q14
13) สถานพยาบาลมีเครื่องมือที่มีคุณภาพและทันสมัย						<input type="checkbox"/> Q15
14) ยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลเป็นยาดี มีคุณภาพได้ มาตรฐานตามบัญชียาหลักแห่งชาติ						<input type="checkbox"/> Q16
15) หากไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ อาการ เจ็บป่วยของท่านจะทุเลาหรือหายโดยเร็ว						<input type="checkbox"/> Q17

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ

คำชี้แจง หากท่านไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความยากง่ายในการเข้าถึงบริการอย่างไร? โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1) ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล ไม่ไกลมากนัก						<input type="checkbox"/> A1
2) การเดินทางจากบ้านไปสถานพยาบาล สามารถทำได้ อย่างสะดวกสบาย (เช่น สภาพถนนดี, มีรถโดยสารผ่าน)						<input type="checkbox"/> A2
3) ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล ไม่นานมากนัก สามารถไปใช้บริการได้ภายใน 30 นาที						<input type="checkbox"/> A3
4) สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล หาง่าย						<input type="checkbox"/> A4
5) สถานที่จอดรถของสถานพยาบาล มีอย่างเพียงพอ และเหมาะสม						<input type="checkbox"/> A5
6) สถานพยาบาลมีการจัดสถานที่ให้บริการได้เป็นสัดส่วน สะดวกต่อการใช้บริการ						<input type="checkbox"/> A6
7) สถานพยาบาลมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งพักรอ ตรวจ น้ำดื่ม ห้องน้ำ ที่รองรับขยะ อย่างเพียงพอ						<input type="checkbox"/> A7
8) เมื่อท่านไปใช้บริการ จะมีเจ้าหน้าที่คอยให้บริการทุกครั้ง						<input type="checkbox"/> A8

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคลอื่นต่อการใช้บริการ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
- บุคคลในครอบครัว 1) บุคคลในครอบครัว เคยแนะนำท่านให้ไปใช้บริการยัง สถานพยาบาลที่ท่านขึ้นทะเบียนไว้						<input type="checkbox"/> R1
2) บุคคลในครอบครัว ชื่นชมการบริการที่ดีของสถานพยาบาลที่ ท่านขึ้นทะเบียนไว้อยู่เสมอ						<input type="checkbox"/> R2
- บุคคลในชุมชน 3) บุคคลในชุมชน เคยแนะนำความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ของบัตร ทองแก่ท่าน						<input type="checkbox"/> R3
4) บุคคลในชุมชน เคยแนะนำท่านให้ไปใช้บริการยัง สถานพยาบาลที่ท่านขึ้นทะเบียนไว้						<input type="checkbox"/> R4
- บุคคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข 5) ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อ.ส.ม.						<input type="checkbox"/> R5
6) แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อ.ส.ม. เคยให้ ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการใช้บัตร และสิทธิประโยชน์ของบัตร ทอง						<input type="checkbox"/> R6
- สื่อมวลชน 7) ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าจากสื่อมวลชนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ ใบปลิว						<input type="checkbox"/> R7
8) ท่านได้รับข่าวสารในทางที่ดีเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าว่าเป็นโครงการที่ดีมีประโยชน์จากสื่อมวลชนอยู่เสมอ						<input type="checkbox"/> R8

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการ (เฉพาะผู้ใช้สิทธิบัตรทอง)

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
- ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ						<input type="checkbox"/> S1
1) ท่านพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล						<input type="checkbox"/> S2
2) ท่านมีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ						<input type="checkbox"/> S3
3) ท่านพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการเมื่อเปรียบเทียบกับผลการรักษาที่ได้รับ						<input type="checkbox"/> S4
4) ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอนการใช้สิทธิบัตรทอง						<input type="checkbox"/> S5
5) ท่านพึงพอใจในสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการมีบัตรทอง ทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู						<input type="checkbox"/> S6
6) ท่านพึงพอใจสถานพยาบาลที่รัฐได้ระบุไว้ในบัตรทอง						<input type="checkbox"/> S7
- ด้านการประสานงานการบริการ						<input type="checkbox"/> S8
7) ท่านได้รับความสะดวกรวดเร็ว ในการใช้บริการตามจุดต่างๆ						<input type="checkbox"/> S9
8) การให้บริการมีขั้นตอนชัดเจน ไม่ยุ่งยาก						<input type="checkbox"/> S10
9) ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีปฏิบัติตนหลังได้รับการตรวจ						<input type="checkbox"/> S11
10) สถานพยาบาลมีระบบการนัด เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง						<input type="checkbox"/> S12
- ด้านอธยาศัยและความสนใจของเจ้าหน้าที่						<input type="checkbox"/> S13
11) เจ้าหน้าที่แสดงความกระตือรือร้น เมื่อท่านมาใช้บริการ						<input type="checkbox"/> S14
12) เมื่อท่านมีความสงสัยเกี่ยวกับการใช้บริการ เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำแก่ท่านเป็นอย่างดี						<input type="checkbox"/> S15
13) เจ้าหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลท่านด้วยมาตรฐานเดียวกันกับผู้ป่วยอื่นตามความเข้าใจของท่าน						<input type="checkbox"/> S16
- ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ						<input type="checkbox"/> S17
14) ท่านได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่						<input type="checkbox"/> S18
15) เจ้าหน้าที่ตอบข้อซักถามของท่านทุกครั้ง เมื่อท่านมีปัญหาข้อสงสัย						<input type="checkbox"/> S19
- ด้านคุณภาพของการบริการ						<input type="checkbox"/> S20
16) เจ้าหน้าที่สอบถามอาการเจ็บป่วยของท่านโดยละเอียด						<input type="checkbox"/> S21

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
17) เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้บริการ						<input type="checkbox"/> S17
18) ยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับมีคุณภาพและได้มาตรฐาน						<input type="checkbox"/> S18
19) สถานพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง						<input type="checkbox"/> S19
20) ท่านสามารถรับการรักษาในสถานพยาบาลระดับสูงหรือเฉพาะทางได้ด้วยระบบการส่งต่อของบัตรทอง						<input type="checkbox"/> S20
21) หลังจากได้รับการรักษา อาการเจ็บป่วยของท่านได้ทุเลาลง						<input type="checkbox"/> S21
- ด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการให้บริการ						
22) ท่านพอใจที่ได้รับบริการแบบให้เปล่า หรือเสียค่าบริการเพียง 30 บาท						<input type="checkbox"/> S22
23) โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วยลดรายจ่ายด้านการรักษา พยาบาลของท่าน						<input type="checkbox"/> S23
24) เมื่อแสดงบัตรทอง ท่านได้รับการโดยไม่ต้องเสียค่าบริการอย่างอื่น						<input type="checkbox"/> S24

ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ

ด้านหลักเกณฑ์การใช้สิทธิ

.....

ด้านสถานพยาบาล

.....

ด้านเจ้าหน้าที่

.....

ด้านการบริการ

.....

ด้านอื่นๆ

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ภาคผนวกสำหรับแบบสัมภาษณ์

นิยามศัพท์

1. รายได้จากการทำงาน หมายถึง ค่าจ้างและเงินเดือน กำไรสุทธิจากการทำธุรกิจส่วนตัว และกำไรสุทธิจากการทำการเกษตร
2. รายได้จากทรัพย์สิน หมายถึง ค่าเช่าที่ดินที่ใช้ทำการเกษตร ค่าเช่าห้อง สินทรัพย์และที่ดินอื่นๆ ดอกเบี้ยและเงินปันผล และค่าลิขสิทธิ์และสิทธิบัตรต่างๆ
3. เงินได้รับจากการช่วยเหลือ หมายถึง เงินสงเคราะห์ บำเหน็จ บำนาญ และเงินชดเชยจากการออกจากงาน
4. ครัวเรือน หมายถึง บุคคลคนเดียวหรือหลายคน ซึ่งอาศัยเป็นประจำในบ้าน หรือสถานที่อยู่เดียวกัน และร่วมกันในการจัดหา หรือประกอบ หรือบริโภคอาหาร หรือจัดหาและใช้สิ่งอุปโภค อันจำเป็นแก่ การครองชีพของบุคคลเหล่านั้น บุคคลที่อยู่รวมกันในครัวเรือนอาจเป็นญาติ หรือไม่ เป็นญาติ กันก็ได้ สถานที่อยู่แห่งหนึ่งหรือในบ้านเลขที่หนึ่ง อาจประกอบด้วย ครัวเรือน เดียวกัน หรือหลาย ครัวเรือนก็ได้ หรือครัวเรือนหนึ่ง อาจมีสมาชิกอาศัยอยู่ในบ้านหลายหลัง หรือหลาย ห้องก็ได้ แต่จะต้องอยู่ในบริเวณ หรือรั้วเดียวกัน หรือห้องติดกัน
5. รายได้ของครัวเรือน หมายถึง รายได้ทั้งหมดของครัวเรือน ประกอบด้วย
 - (1) ค่าจ้างและเงินเดือน เงินรางวัลบริการ เงินโบนัส เป็นต้น
 - (2) กำไรสุทธิจากการประกอบธุรกิจการเกษตรและธุรกิจอื่น ๆ
 - (3) รายได้จากทรัพย์สิน เช่น ค่าเช่าที่ดิน ค่าลิขสิทธิ์ ดอกเบี้ย และเงินปันผล
 - (4) เงินได้รับเป็นการช่วยเหลือ บำเหน็จ บำนาญ
 - (5) รายได้ที่ไม่เป็นตัวเงิน ได้แก่ มูลค่าของสินค้าและบริการที่ได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง เงินเดือนมูลค่าของสินค้าหรืออาหารที่ครัวเรือนผลิตและบริโภคเอง (รวมค่าประเมินค่าเช่าบ้านที่ครัวเรือนเป็นเจ้าของ) หรือได้รับมาโดยไม่ต้องซื้อ
 - (6) รายรับที่เป็นตัวเงินอื่น ๆ เช่น เงินได้รับจากการประกันภัย หรือประกันชีวิต เงินรางวัลสลากกินแบ่ง และรายรับอื่น ๆ ในประเภทเดียวกัน

6. ค่าใช้จ่ายของครัวเรือน หมายถึง รายจ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน ประกอบด้วย

- (1) จำนวนเงินที่ครัวเรือนได้ใช้จ่ายเพื่อซื้อสินค้าและบริการต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดำรงชีพ
 - (2) มูลค่าของสินค้าและบริการที่ได้รับเป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง เงินเดือน สินค้าหรืออาหารที่ครัวเรือนผลิตและบริโภคเอง (รวมค่าประเมินค่าเช่าบ้านที่ครัวเรือนเป็นเจ้าของ) หรือได้มาโดยไม่ต้องซื้อ
 - (3) รายจ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าภาษี เงินบริจาค ค่าเบี้ยประกันภัย ค่าสลากกินแบ่ง ดอกเบี้ยจ่าย และรายจ่ายที่มีใช้เพื่อการบริโภคอื่น ๆ
 - (4) ค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค ได้แก่ รายจ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน ซึ่งไม่รวมรายจ่ายอื่น ๆ ตามข้อ (3)
- ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายของครัวเรือน ไม่รวม ค่าใช้จ่ายประเภทสะสมทุน เช่น ค่าซื้อ ค่าเช่าซื้อ บ้าน ที่ดิน ของมีค่า เช่น ทองคำ เพชร พลอย ฯลฯ และเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ประเภทสะสมทรัพย์ เงินสมทบ กองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุน สํารองเลี้ยงชีพ เป็นต้น

7. โรคเฉียบพลัน หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ โดยนับตั้งแต่เริ่มมีอาการไปจนหายจากอาการภายในระยะเวลาอันสั้น อาจมีอาการรุนแรงหรือไม่ก็ได้ และสามารถรักษาให้หายขาดได้ ได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องร่วง ท้องเดิน ไข้ตั้งอักษะ หัด อีสุกอีใส และตาอักษะ เป็นต้น

8. โรคเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 3 เดือนหรือ 90 วันขึ้นไป และโรคบางโรคที่แม้จะมีอาการไม่ถึง 90 วันก็จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหืด วัณโรค โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้วมาติค หลอดลมอักษะเรื้อรัง ไช้นสอักษะ (เป็นๆ หายๆ) โรคภูมิแพ้ เนื่องอก เส้นเลือดดำขอต แผลในกระเพาะอาหาร ริดสีดวงทวารหนัก ไตอักษะ นิ่วในไต ถูงน้ำดีและตบอักษะเรื้อรัง โรคจิต โรคประสาท ลมบ้าหมู ไข้เลือด ความผิดปกติของต่อมลูกหมาก โรคผิวหนังและโรคมะเร็ง



ภาคผนวก ข.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ ข.1 ปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีบัตรทอง
ซึ่งไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ		
ชาย	27	56.2
หญิง	21	43.8
รวม	48	100.0
กลุ่มอายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	3	6.2
อายุ 21 ถึง 30 ปี	5	10.4
อายุ 31 ถึง 40 ปี	15	31.3
อายุ 41 ถึง 50 ปี	16	33.3
อายุ 51 ถึง 60 ปี	6	12.5
อายุมากกว่า 60 ปี	3	6.3
รวม	48	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	8	16.7
สมรส	38	79.1
หย่าร้าง/ม่าย	2	4.2
รวม	48	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	4	8.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	18.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	33.3
อนุปริญญา/ปวส.	15	31.2

ตารางที่ ข.1 (ต่อ) ปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีบัตรทอง
ซึ่งไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	2	4.2
สูงกว่าปริญญาตรี	2	4.2
รวม	48	100.0
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	22	45.8
รับจ้าง/พนักงาน	7	14.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	18	37.5
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	1	2.1
รวม	48	100.0
อาชีพรองของกลุ่ม		
ไม่มีคู่สมรส/หย่าม่าย	10	20.8
เกษตรกรรวม	19	39.6
รับจ้าง/พนักงาน	10	20.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	10.4
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3	6.3
ว่างงาน	1	2.1
รวม	48	100.0
แหล่งที่ตั้งบ้านเรือน		
ในเขตเทศบาล	17	35.4
นอกเขตเทศบาล	31	64.6
รวม	48	100.0
รายได้รวมเฉลี่ย(บาทต่อเดือน)		
ไม่เกิน 2,500 บาท	11	22.9
2,501 ถึง 5,000 บาท	28	58.3

ตารางที่ ข.1 (ต่อ) ปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีบัตรทอง
ซึ่งไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล		
5,001 ถึง 7,500 บาท	6	12.5
7,501 ถึง 10,000 บาท	0	0.0
มากกว่า 10,000 บาท	3	6.3
รวม	48	100.0
รายจ่ายรวมเฉลี่ย(บาทต่อเดือน)		
ไม่เกิน 1,500 บาท	7	14.5
1,501 ถึง 3,000 บาท	23	47.9
3,001 ถึง 4,500 บาท	12	25.0
4,501 ถึง 6,000 บาท	3	6.3
มากกว่า 6,000 บาท	3	6.3
รวม	48	100.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(บาทต่อเดือน)		
ไม่เกิน 4,500 บาท	12	25.0
4,501 ถึง 9,000 บาท	20	41.7
9,001 ถึง 13,500 บาท	9	18.8
13,500 ถึง 18,000 บาท	3	6.2
มากกว่า 18,000 บาท	4	8.3
รวม	48	100.0
รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
ไม่เกิน 4,500 บาท	22	45.8
4,501 ถึง 9,000 บาท	12	25.0

ตารางที่ ข.1 (ต่อ) ปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีบัตรทอง
ซึ่งไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล		
9,001 ถึง 13,500 บาท	11	22.9
13,500 ถึง 18,000 บาท	1	2.1
มากกว่า 18,000 บาท	2	4.2
รวม	48	100.0
สถานะทางการเงินของครอบครัว		
มีหนี้สิน	21	43.7
พอกินพอใช้	25	52.1
มีเหลือเก็บ	1	2.1
ไม่ตอบ	1	2.1
รวม	48	100.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 ถึง 2 คน	11	22.9
3 ถึง 4 คน	29	60.4
มากกว่า 4 คน	8	16.7
รวม	48	100.0
จำนวนสมาชิกที่ไม่มีรายได้		
ไม่มี	12	25.0
1 คน	17	35.4
2 คน	12	25.0
มากกว่า 2 คน	7	14.6
รวม	48	100.0

ตารางที่ ข.2 ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม
ที่มีบัตรทองซึ่งไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล

สถานะสุขภาพและการดูแลรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การมีภาวะโรคเรื้อรัง		
ไม่มี	48	100.0
มี	-	-
รวม	48	100.0
แหล่งรับรู้ข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โทรทัศน์	25	52.1
วิทยุกระจายเสียง	4	8.3
เอกสาร แผ่นพับ และโปสเตอร์	8	16.7
ญาติ เพื่อนบ้าน	7	14.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	17	35.4
ผู้นำหมู่บ้าน หรือ อสม.	32	66.7
การมีหลักประกันสุขภาพอื่นก่อนมีบัตรทอง		
ไม่มี	24	50.0
สวัสดิการช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	9	18.7
บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท	14	29.2
ประกันสังคม	1	2.1
รวม	48	100.0
สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษา		
โรงพยาบาลรัฐ/สถานีนอนามัย	37	77.1
โรงพยาบาลรัฐ/สถานีนอนามัยอื่น	4	8.3
โรงพยาบาลเอกชน	2	4.2
คลินิกเอกชน	5	10.4
รวม	48	100.0

ตารางที่ ข. 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีบัตรทองซึ่งไม่เคยรู้สึก

เจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล แยกตามเหตุผลของการ

เข้ารับการรักษายาพยาบาล

เหตุผล	ลำดับ 1		ลำดับ 2		ลำดับ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสะดวกในการเดินทาง	25	52.1	11	22.9	4	8.3
คุณภาพของบริการดี มีมาตรฐาน	-	-	3	6.2	2	4.2
ความเชื่อถือในตัวแพทย์	3	6.2	1	2.1	8	16.7
เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล ดูแล เอาใจใส่ดี	-	-	3	6.2	3	6.2
รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	3	6.2	6	12.5	7	14.6
ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร	7	14.6	9	18.8	3	6.2
มีญาติ เพื่อน แนะนำ	2	4.2	2	4.2	2	4.2
เป็นคนไข้ประจำ	1	2.1	2	4.2	3	6.2
อุบัติเหตุหรือป่วยกระทันหัน	3	6.2	6	12.5	4	8.3
มีญาติคอยให้ความช่วยเหลือ	2	4.2	-	-	2	4.2
มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย	2	4.2	5	10.4	10	20.9
รวม	48	100.0	48	100.0	48	100.0

ตารางที่ ข. 4 ข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ประเภทของบัตรทอง และการรู้จักสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทองของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีบัตรทองซึ่งไม่เคยรู้สึกเจ็บป่วยจนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การมีหลักประกันสุขภาพอื่น		
ไม่มี	43	89.5
ประกันสังคม	1	2.1
ประกันสุขภาพเอกชน	2	4.2
ประกันสิทธิของคู่สมรส	-	-
อื่นๆ	2	4.2
รวม	48	100.0
ประเภทของบัตรทอง		
ประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม	14	29.2
ประเภทต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท	34	70.8
รวม	48	100.0
การรู้จักสถานพยาบาล		
ไม่รู้จัก	15	31.2
รู้จัก	33	68.8
รวม	48	100.0
สาเหตุที่ไม่เคยรับการรักษาในสถานพยาบาล		
ไม่เคยเจ็บป่วย	27	56.2
ป่วยแต่ปล่อยให้หายไปเอง	-	-
ซื้อยากินเอง	21	43.8
รวม	48	100.0



ภาคผนวก ค.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการประมาณค่าปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง แบบจำลองที่ 1

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	420	92.9
	Missing Cases	32	7.1
	Total	452	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		452	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	0
ใช้สิทธิบัตรทอง	1

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	125.660	28	.000
	Block	125.660	28	.000
	Model	125.660	28	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	455.431	.259	.345

Classification Table(a)

Observed			Predicted		
			USE		Percentage Correct
			0	1	
Step 1	พฤติกรรม	ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	138	61	69.3
		ใช้สิทธิบัตรทอง	43	178	80.5
Overall Percentage					75.2

a. The cut value is .500

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
OCC	เกษตรกรรม	107	1.000	.000	.000
	รับจ้างทั่วไป/พนักงาน	85	.000	1.000	.000
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	136	.000	.000	1.000
	ว่างงาน/พ่อค้า แม่บ้าน/นักเรียน	92	.000	.000	.000
PI	มาก	69	1.000	.000	
	ปานกลาง	212	.000	1.000	
	น้อย	139	.000	.000	
INFLUEN	มาก	333	1.000		
	น้อย/ปานกลาง	87	.000		
MR	โสด	132	1.000		
	สมรส/เคยสมรส	288	.000		
HOME	เขตเทศบาล	166	1.000		
	นอกเขตเทศบาล	254	.000		
CHRO	ไม่มีโรคเรื้อรัง	350	1.000		
	มีโรคเรื้อรัง	70	.000		
INFO1	ทีวี	274	1.000		
	อื่นๆ	146	.000		
INFO2	วิทยุฯ	86	1.000		
	อื่นๆ	334	.000		
INFO3	เอกสาร/แผ่นพับ/หนังสือพิมพ์	82	1.000		
	อื่นๆ	338	.000		
INFO4	ญาติ/เพื่อนบ้าน	76	1.000		
	อื่นๆ	344	.000		
INFO5	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	150	1.000		
	อื่นๆ	270	.000		
INFO6	ผู้นำหมู่บ้าน/อสม.	245	1.000		
	อื่นๆ	175	.000		
QUA	มาก	345	1.000		
	น้อย/ปานกลาง	75	.000		
CN	มาก	394	1.000		
	น้อย/ปานกลาง	26	.000		
EX	มาก	277	1.000		
	น้อย/ปานกลาง	143	.000		
PLACE	รู้จัก	370	1.000		
	ไม่รู้จัก	50	.000		
CARD	ไม่เสียค่าธรรมเนียม	88	1.000		
	เสียค่าธรรมเนียม	332	.000		
HOSBE	สถานพยาบาลระบุในบัตร	287	1.000		
	ไม่ระบุในบัตร	133	.000		
INSAF	มีประกันสุขภาพเอกชน	39	1.000		
	ไม่มีหลักประกันใดๆ	381	.000		
SEX	ชาย	180	1.000		
	หญิง	240	.000		

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1(a)						
SEX(1)	-.363	.245	2.204	1	.138	.695
MR(1)	-.548	.345	2.512	1	.113	.578
AGE	-.004	.013	.074	1	.786	.996
EDU	-.035	.045	.618	1	.432	.965
OCC			1.850	3	.604	
OCC(1)	-.142	.403	.124	1	.724	.868
OCC(2)	.346	.400	.749	1	.387	1.414
OCC(3)	-.026	.383	.005	1	.946	.974
HOME(1)	-.300	.259	1.340	1	.247	.741
CHRO(1)	.882	.363	5.901	1	.015	2.415
MEM	.161	.086	3.501	1	.061	1.175
FRAC_P	-.263	.311	.715	1	.398	.768
INFO1(1)	-.383	.274	1.959	1	.162	.682
INFO2(1)	-.170	.312	.296	1	.586	.844
INFO3(1)	.521	.337	2.395	1	.122	1.684
INFO4(1)	.738	.333	4.908	1	.027	2.091
INFO5(1)	.326	.251	1.684	1	.194	1.385
INFO6(1)	.745	.255	8.544	1	.003	2.107
PI			3.156	2	.206	
PI(1)	-.607	.361	2.830	1	.093	.545
PI(2)	-.342	.268	1.630	1	.202	.710
HOSBE(1)	1.395	.285	23.966	1	.000	4.035
INSAF(1)	-.587	.499	1.385	1	.239	.556
CARD(1)	-.335	.307	1.186	1	.276	.716
PLACE(1)	1.044	.391	7.129	1	.008	2.840
KN	.008	.007	1.215	1	.270	1.008
EX(1)	.537	.289	3.456	1	.063	1.712
CN(1)	.039	.519	.006	1	.940	1.040
QUA(1)	-.148	.361	.169	1	.681	.862
INFLUEN(1)	.502	.348	2.082	1	.149	1.652
Constant	-2.577	1.130	5.203	1	.023	.076

a Variable(s) entered on step 1: SEX, MR, AGE, EDU, OCC, HOME, CHRO, MEM, FRAC_P, INFO1, INFO2, INFO3, INFO4, INFO5, INFO6, PI, HOSBE, INSAF, CARD, PLACE, KN, EX, CN, QUA, INFLUEN.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการประมาณค่าปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง แบบจำลองที่ 2

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	420	92.9
	Missing Cases	32	7.1
	Total	452	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		452	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	0
ใช้สิทธิบัตรทอง	1

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	122.096	24	.000
	Block	122.096	24	.000
	Model	122.096	24	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	458.185	.254	.339

Classification Table(a)

Observed		Predicted		
		USE		Percentage Correct
		0	1	
Step 1	พฤติกรรม ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	130	69	65.3
	ใช้สิทธิบัตรทอง	46	175	79.2
Overall Percentage				72.6

a. The cut value is .500

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
OCC	เกษตรกรรม	107	1.000	.000	.000
	รับจ้างทั่วไป/พนักงาน	85	.000	1.000	.000
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	136	.000	.000	1.000
	ว่างงาน/พ่อค้า แม่บ้าน/นักเรียน	92	.000	.000	.000
PI	มาก	69	1.000	.000	
	ปานกลาง	212	.000	1.000	
	น้อย	139	.000	.000	
INFLUEN	มาก	333	1.000		
	น้อย/ปานกลาง	87	.000		
HOME	เขตเทศบาล	166	1.000		
	นอกเขตเทศบาล	254	.000		
CHRO	ไม่มีโรคเรื้อรัง	350	1.000		
	มีโรคเรื้อรัง	70	.000		
INFO1	ทีวี	274	1.000		
	อื่นๆ	146	.000		
INFO2	วิทยุฯ	86	1.000		
	อื่นๆ	334	.000		
INFO3	เอกสาร/แผ่นพับ/หนังสือพิมพ์	82	1.000		
	อื่นๆ	338	.000		
INFO4	ญาติ/เพื่อนบ้าน	76	1.000		
	อื่นๆ	344	.000		
INFO5	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	150	1.000		
	อื่นๆ	270	.000		
EX	มาก	277	1.000		
	น้อย/ปานกลาง	143	.000		
PLACE	รู้จัก	370	1.000		
	ไม่รู้จัก	50	.000		
CARD	ไม่เสียค่าธรรมเนียม	88	1.000		
	เสียค่าธรรมเนียม	332	.000		
INSAF	มีประกันสุขภาพเอกชน	39	1.000		
	ไม่มีหลักประกันใดๆ	381	.000		
INFO6	ผู้นำหมู่บ้าน/อสม.	245	1.000		
	อื่นๆ	175	.000		
HOSBE	สถานพยาบาลระบุในบัตร	287	1.000		
	สถานพยาบาลที่ไม่ระบุในบัตร	133	.000		
SEX	ชาย	180	1.000		
	หญิง	240	.000		

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1(a) SEX(1)	-.405	.242	2.809	1	.094	.667
EDU	-.054	.041	1.805	1	.179	.947
OCC			1.780	3	.619	
OCC(1)	.058	.368	.025	1	.875	1.060
OCC(2)	.464	.383	1.467	1	.226	1.590
OCC(3)	.142	.352	.162	1	.687	1.152
HOME(1)	-.294	.256	1.320	1	.251	.745
CHRO(1)	.909	.344	6.962	1	.008	2.481
MEM	.170	.085	3.960	1	.047	1.185
FRAC_P	-.295	.307	.925	1	.336	.744
INFO1(1)	-.388	.271	2.048	1	.152	.678
INFO2(1)	-.152	.309	.244	1	.621	.859
INFO3(1)	.557	.333	2.799	1	.094	1.746
INFO4(1)	.714	.328	4.748	1	.029	2.043
INFO5(1)	.345	.248	1.937	1	.164	1.411
INFO6(1)	.771	.253	9.305	1	.002	2.162
PI			2.850	2	.240	
PI(1)	-.579	.359	2.598	1	.107	.560
PI(2)	-.314	.265	1.403	1	.236	.730
HOSBE(1)	1.391	.282	24.270	1	.000	4.020
INSAF(1)	-.601	.498	1.459	1	.227	.548
CARD(1)	-.307	.299	1.054	1	.305	.736
PLACE(1)	1.096	.389	7.960	1	.005	2.993
KN	.008	.007	1.219	1	.270	1.008
EX(1)	.499	.278	3.210	1	.073	1.647
INFLUEN(1)	.532	.334	2.541	1	.111	1.702
Constant	-3.009	.896	11.288	1	.001	.049

a. Variable(s) entered on step 1: SEX, EDU, OCC, HOME, CHRO, MEM, FRAC_P, INFO1, INFO2, INFO3, INFO4, INFO5, INFO6, PI, HOSBE, INSAF, CARD, PLACE, KN, EX, INFLUEN.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการประมาณค่าปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการใช้สิทธิบัตรทอง แบบจำลองที่ 3

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	420	92.9
	Missing Cases	32	7.1
	Total	452	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		452	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	0
ใช้สิทธิบัตรทอง	1

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	120.823	22	.000
	Block	120.823	22	.000
	Model	120.823	22	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	460.268	.250	.334

Classification Table(a)

Observed		Predicted		
		USE		Percentage Correct
		0	1	
Step 1	พฤติกรรม ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง	130	69	65.3
	ใช้สิทธิบัตรทอง	45	176	79.6
Overall Percentage				72.9

a. The cut value is .500

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
OCC	เกษตรกรรม	107	1.000	.000	.000
	รับจ้างทั่วไป/พนักงาน	85	.000	1.000	.000
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	136	.000	.000	1.000
	ว่างงาน/พ่อค้า แม่บ้าน/นักเรียน	92	.000	.000	.000
PI	มาก	69	1.000	.000	
	น้อย/ปานกลาง	212	.000	1.000	
	น้อย	139	.000	.000	
INFLUEN	มาก	333	1.000		
	น้อย/ปานกลาง	87	.000		
HOME	เขตเทศบาล	166	1.000		
	นอกเขตเทศบาล	254	.000		
CHRO	ไม่มีโรคเรื้อรัง	350	1.000		
	มีโรคเรื้อรัง	70	.000		
INFO1	ทีวี	274	1.000		
	อื่นๆ	146	.000		
INFO2	วิทยุฯ	86	1.000		
	อื่นๆ	334	.000		
INFO3	เอกสาร/แผ่นพับ/หนังสือพิมพ์	82	1.000		
	อื่นๆ	338	.000		
INFO4	ญาติ/เพื่อนบ้าน	76	1.000		
	อื่นๆ	344	.000		
INFO5	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	150	1.000		
	อื่นๆ	270	.000		
EX	มาก	277	1.000		
	น้อย/ปานกลาง	143	.000		
PLACE	รู้จัก	370	1.000		
	ไม่รู้จัก	50	.000		
CARD	ไม่เสียค่าธรรมเนียม	88	1.000		
	เสียค่าธรรมเนียม	332	.000		
INSAF	มีประกันสุขภาพเอกชน	39	1.000		
	ไม่มีหลักประกันใดๆ	381	.000		
INFO6	ผู้นำหมู่บ้าน/อสม.	245	1.000		
	อื่นๆ	175	.000		
HOSBE	สถานพยาบาลระบุในบัตร	287	1.000		
	สถานพยาบาลที่ไม่ระบุในบัตร	133	.000		
SEX	ชาย	180	1.000		
	หญิง	240	.000		

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1(a) SEX(1)	-.408	.241	2.858	1	.091	.665
EDU	-.050	.040	1.558	1	.212	.951
OCC			2.202	3	.531	
OCC(1)	.108	.361	.090	1	.764	1.115
OCC(2)	.520	.373	1.947	1	.163	1.682
OCC(3)	.232	.333	.485	1	.486	1.261
HOME(1)	-.279	.255	1.203	1	.273	.756
CHRO(1)	.915	.344	7.095	1	.008	2.497
MEM	.162	.085	3.642	1	.056	1.176
INFO1(1)	-.352	.268	1.722	1	.189	.703
INFO2(1)	-.193	.308	.392	1	.531	.825
INFO3(1)	.586	.331	3.137	1	.077	1.796
INFO4(1)	.690	.326	4.484	1	.034	1.993
INFO5(1)	.319	.246	1.685	1	.194	1.376
INFO6(1)	.811	.252	10.375	1	.001	2.249
PI			2.498	2	.287	
PI(1)	-.548	.356	2.375	1	.123	.578
PI(2)	-.265	.262	1.020	1	.313	.768
HOSBE(1)	1.360	.280	23.585	1	.000	3.895
INSAF(1)	-.620	.497	1.556	1	.212	.538
CARD(1)	-.304	.298	1.039	1	.308	.738
PLACE(1)	1.190	.381	9.742	1	.002	3.288
EX(1)	.459	.275	2.787	1	.095	1.582
INFLUEN(1)	.509	.329	2.397	1	.122	1.664
Constant	-3.039	.829	13.427	1	.000	.048

a Variable(s) entered on step 1: SEX, EDU, OCC, HOME, CHRO, MEM, INFO1, INFO2, INFO3, INFO4, INFO5, INFO6, PI, HOSBE, INSAF, CARD, PLACE, EX, INFLUEN.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิยะดา เยาวรัตน์ เกิดเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2522 ที่จังหวัดพะเยา จบการศึกษาปริญญาเศรษฐศาสตรบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2543 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาที่คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2544 จนถึงปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย