

ความคิดเห็นของนสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



นางบุณพริกา อินทสิงห์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-3285-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

OPINIONS OF THE SIXTH YEAR MEDICAL STUDENTS
TO UNIVERSAL COVERAGE HEALTH INSURANCE POLICY



Mrs. Buntariga Intasing

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-3285-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อ
 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
โดย นางบุญทริกา อินทสิงห์
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริทศรัณย์กุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิบุตศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริทศรัณย์กุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชูนม พรหมชาติแก้ว)

บุณทริกา อินทสิงห์ : ความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (OPINIONS OF THE SIXTH YEAR MEDICAL STUDENTS TO UNIVERSAL COVERAGE HEALTH INSURANCE POLICY). อ.ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง จำนวนหน้า 151 หน้า.
ISBN974-17-3285-6

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2545–กุมภาพันธ์ 2546 จากกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในส่วนกลางและภูมิภาค จำนวน 753 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 555 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 73.7) เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test และ Spearman's Rank Correlation Coefficient.

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.9 มีอายุเฉลี่ย 23.5 ปี มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคกลางร้อยละ 40.4 โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 87.5 ครอบครัวมีสิทธิการรักษาพยาบาลร้อยละ 72.1 ใช้นุ้ส่วนตัวร้อยละ 82.5 สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานมากที่สุด คือ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 33.9 เมื่อสำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว เลือกที่จะศึกษาต่อร้อยละ 86.1 โดยเลือกเข้าศึกษาต่อในสาขาวิชาประเภทที่ 2 (สาขาหลัก) ร้อยละ 60.3 ประเด็นของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.84) ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง (3.50) และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (4.06) และนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยแหล่งข้อมูลที่ได้รับจากภาคทฤษฎี

ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางในการพัฒนานิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 โดยจัดให้มีการปฐมนิเทศ การอบรม สัมมนาและสอดแทรกเนื้อหาในการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติงานจริงภายหลังสำเร็จการศึกษาแล้วมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดียิ่งขึ้น ต่อไป

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

ลายมือชื่อนิสิต.....

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4475232130 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD : OPINIONS /UNIVERSITY /UNIVERSAL COVERAGE HEALTH INSURANCE POLICY

BUNTARIGA INTASING : OPINIONS OF THE SIXTH YEAR MEDICAL STUDENTS TO

UNIVERSAL COVERAGE HEALTH INSURANCE POLICY THESIS ADVISOR : ASSOC.

DR.PORNCHAI SITHISARANKUL. THESIS COADVISOR : ARNOND VORAYINGYONG M.D,

151 pp. ISBN 974-17-3285-6

The purpose of this descriptive study was to explore the opinions of the sixth year medical students concerning two aspects of Universal Coverage Health Insurance Policy (UC) : indicators and core package. Data were collected by mailing self-administered questionnaire to 753 sixth year medical students all over the country during December 2002–February 2003. Total 555 sixth year medical students completed the questionnaire (73.7 percent response rate). Data were analyzed by Mann-Whitney U test, Kruskal–Wallis test, and Spearman’s Rank Correlation Coefficient.

The study results showed that the majority of the subject were female (55.9 percent) with an average age of 23.5 years. Most of them resided in the central region (40.4 percent) and municipal area (87.5 percent). In addition, 72.1 percent of them had family health care privilege and 82.5 percent were financially supported by their families. Thirty four percent aimed to work in regional /general hospitals after their graduation, and 86.1 percent planned to seek further training in type 2 specialties (obstetrics-gynecology, internal medicine, pediatrics, and surgery) in the future. Their opinions toward the UC’s indicators ranged from moderate to high (3.84 on average), and those toward the UC’s core packages were also from moderate to high, and were 3.50 on average for medical treatment and rehabilitation package and 4.06 on average for health promotion and disease prevention package. Further analyses showed that the student’s opinions toward the UC’s indicators and core packages were statistically different ($p < 0.05$) depending on the source they had learned about UC in theory.

The author suggests that there should be an orientation /seminar /lecture about theoretical and practical aspects of the UC for the sixth year medical students, to enable them to have a better understanding, attitude, and more effective performance during their medical practice after graduation.

Department Preventive and Social Medicine

Student’s signature.....

Field of study Community Medicine

Advisor’s signature.....

Academic year 2002

Co-advisor’s signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์ อานนท์ วรียงยง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และอาจารย์ผู้ชี้แนะแนวทางทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งได้ตรวจสอบความถูกต้องของวิทยานิพนธ์ด้วยความใส่ใจและให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ของอาจ วิพุทธศิริ ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชুমมูม พรหมชาติแก้ว คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ความเมตตากรุณาแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในหลักสูตร

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รายละเอียดของข้อความถาม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ในการพิจารณาแบบสอบถามและอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์อมร เปรมกมล อาจารย์มยุรี จิรวิศิษฎ์ อาจารย์ นवलตา อาภาศัพท์กุล และพี่ ๆ ที่ประสานงานในการเก็บข้อมูลทุกท่าน ทั้งในส่วนมหาวิทยาลัย ศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาและโรงพยาบาลที่นิสิต / นักศึกษาแพทย์ฝึกงาน ที่ได้สละเวลาในการติดตามและรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับให้ผู้วิจัย

ขอขอบคุณ นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะ

ขอขอบคุณ พี่นิสิตปริญญาเอก รุ่น 1 เพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ชุมชนและสาขา อาชีวเวชศาสตร์ รุ่นปัจจุบัน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคน ที่ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ครอบครัวที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการศึกษามาตลอด จนทำให้สามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

บุณพริกา อินทสิงห์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	5
ปัญหาด้านจริยธรรม.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
บทที่ 2 ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น.....	7
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	9
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง.....	21
บทบาทของแพทย์กับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	38
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย.....	49
รูปแบบการวิจัย.....	49
ระเบียบวิธีวิจัย.....	49
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 การตอบกลับของแบบสอบถาม.....	56
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	59
ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรม.....	68
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและ ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน.....	88
ส่วนที่ 5 ปัญหาและข้อเสนอแนะ.....	106
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	109
อภิปรายผลการวิจัย.....	124
ข้อเสนอแนะ.....	131
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	131
รายการอ้างอิง.....	132
บรรณานุกรม.....	136
ภาคผนวก.....	138
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	140
ภาคผนวก ข แบบสอบถามความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค”.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	151

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....	26
ตารางที่ 2.2 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	29
ตารางที่ 2.3 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.....	31
ตารางที่ 2.4 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยยเรศวร.....	32
ตารางที่ 2.5 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.....	34
ตารางที่ 2.6 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.....	36
ตารางที่ 3.1 การสุ่มตัวอย่างนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย.....	51
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกตามพื้นที่เขต การศึกษา มหาวิทยาลัยและเทศ.....	57
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามพื้นที่เขตการศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยและเทศ.....	58
ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน.....	59
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ระหว่างส่วนกลางและ ส่วนภูมิภาค จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน.....	63
ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและ ฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค.....	73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและ ฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนกลาง.....	78
ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและ ฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนภูมิภาค.....	83
ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบ Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและ ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน.....	89
ตารางที่ 4.9 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและ ด้านกิจกรรมหลัก กับปัจจัยส่วนบุคคล.....	96
ตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบ Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบายและ ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามการจัดการเรียนการสอน โดยรวม.....	97
ตารางที่ 4.11 แสดงการเปรียบเทียบ Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบายและ ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามการจัดการเรียนการสอน ในส่วนกลาง.....	99
ตารางที่ 4.12 แสดงการเปรียบเทียบ Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบายและ ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามการจัดการเรียนการสอน ในส่วนภูมิภาค.....	101
ตารางที่ 4.13 สรุปค่า p-value ความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน.....	103
ตารางที่ 4.14 สรุปค่า p-value ความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามการจัดการเรียนการสอน โดยรวม ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค.....	104

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง.....	106
ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวน ร้อยละ ปัญหาและข้อเสนอแนะ.....	107



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
แผนภูมิที่ 2.1 แนวโน้มรูปแบบระบบประกันสุขภาพในอนาคต.....	14
แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่าง.....	50



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

การเจ็บป่วยหรือความพิการย่อมสร้างความทุกข์ให้แก่ชีวิต เนื่องจากจะทำให้สูญเสียคุณภาพชีวิตที่จะได้รับความสุขและความเจริญก้าวหน้า และอีกทั้งยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจแก่คนจำนวนมากอีกด้วย ดังนั้น การมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยสมาชิกขององค์การอนามัยโลกทุกประเทศ ได้ดำเนินการที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าและมีหลักประกันสุขภาพทุกคนในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ยอมรับกันว่าการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันนั้น เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540⁽¹⁾ หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” การให้หลักประกันด้านสุขภาพถือได้ว่าเป็นมาตรการหนึ่งในการนำไปสู่การเข้าถึงบริการของประชาชน นั้นหมายความว่าคนไทยทุกคนควรจะมีหลักประกันสุขภาพที่สามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข

การสร้างหลักประกันโดยการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า เป็นยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนาสุขภาพ เป็นการพัฒนาคุณภาพคนและเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตตามแผนการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 – 2549⁽²⁾ โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เพื่อขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และมีระบบการคุ้มครองทางสังคมที่สร้างหลักประกันแก่คนไทยทุกช่วงวัย ดังนั้น ในรัฐบาลชุดปัจจุบันได้ผลักดันให้เกิดนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำ เพื่อลดรายจ่ายของประเทศและของประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานทั่วถึงและทัดเทียมกัน นโยบายดังกล่าว ได้ใช้บริการพื้นฐานโดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม และเพิ่มเติมด้วยบริการการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (Package Personal and Family Preventive and Promotion Service)⁽³⁾ รวมทั้งบริการการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรอง เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่กำหนดไว้ให้สถานพยาบาลในเครือข่ายที่ต้องให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งได้มีการดำเนินงานทั่วทุกพื้นที่ในประเทศไทยแล้ว⁽⁴⁾

และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับประชาชน ที่ผ่านมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง จะเห็นได้ว่าความชัดเจนของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในระยะเริ่มต้นจนถึงปัจจุบันยังไม่ค่อยชัดเจน มีการปรับเปลี่ยนบ่อยครั้งในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน จะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณและการไม่มีรูป

แบบการบริหารจัดการของสถานบริการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นแบบอย่างหรือประสบความสำเร็จ จะเป็นลักษณะแต่ละแห่งทำไปปรับเปลี่ยน แก้ไขไป เช่น ความครอบคลุมโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและด้านการขาดแพทย์ จะเห็นว่ามีเรื่องร้องเรียนจากการไปใช้บริการของประชาชนค่อนข้างมาก มีการลาออกของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาต่างๆมากมาย ในขณะที่เดียวกันนโยบายได้กำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)⁽⁵⁾ ซึ่งกำหนดให้แพทย์ 1 คน ดูแลประชากร 10,000 คน ในเขตรับผิดชอบ ซึ่งเห็นได้ว่าแพทย์หนึ่งคนต้องดูแลประชากรจำนวนมาก อีกทั้งแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นแพทย์กลุ่มหลักที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทยังต้องรับภาระงานบริหาร และงานด้านบริการอื่นๆ ด้วย⁽⁶⁾

และปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนด้านสุขภาพและอนามัย ซึ่งจะสามารถบรรลุเป้าหมายแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองจากบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่บุคลากรทางด้านทางการแพทย์และการสาธารณสุขจะต้องมีปริมาณที่เพียงพอและมีคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน อย่างไรก็ตามสภาพการณ์ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขมักจะผันแปรอยู่เสมอตามเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นในปัจจุบัน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี ระบาดวิทยาและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จึงทำให้เกิดการไม่สมดุลระหว่างความรวยกับความจน ระหว่างตัวเมืองกับชนบท ดังนั้นแนวทางแก้ไข คือ การมุ่งเน้นผลิตแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว งานแพทยศาสตรศึกษา ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการผลิตบัณฑิตแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาและชุมชนเป็นหลัก จะต้องนำไปใช้ในการให้การศึกษาแก่นิสิต / นักศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะนิสิต / นักศึกษาแพทย์ เพื่อให้จะให้มีรู้ความสามารถสูงสุดในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยอย่างครบองค์รวมทั้งทางกาย จิต และสังคม โดยประยุกต์ทักษะวิชาชีพ 4 ด้าน คือ ด้านเทคโนโลยี (Techno-Ware) องค์กร (Orga-Ware) บุคคล (Human-Ware) และข้อมูลข่าวสาร (Info-Ware) เพื่อสามารถตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณที่เหมาะสมและถูกต้องในการให้บริการผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ที่ผสมผสานเบ็ดเสร็จทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิต⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่านิสิต / นักศึกษาแพทย์ซึ่งในอนาคตจะเป็นผู้นำองค์กรในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ดังนั้นจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปสู่ความสำเร็จที่พึงประสงค์ต่อไป

ในปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาการขาดแพทย์ในประเทศไทย พบว่าหน่วยงานที่มีการขาดแคลนแพทย์เรื้อรังก็คือ โรงพยาบาลชุมชน ส่วนในพื้นที่ชนบทและนอกเขตอำเภอเมือง แพทย์เพิ่มขึ้นเพียงระยะสั้นแล้วกลับลดลง และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ นอกจากนี้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางบางสาขา เช่น เวชปฏิบัติทั่วไป / เวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งส่งผลให้แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดภาวะต้องการแพทย์เฉพาะทางที่เกินความจริง และพบว่าแพทย์ในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุขเป็นแพทย์กลุ่มใหญ่ที่สุดที่ปฏิบัติงานในสวนภูมิภาค ในขณะที่แพทย์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงอื่นๆ และในภาคเอกชน เป็นแพทย์กลุ่มใหญ่ที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาแยกสภาพปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ภูมิภาค พบว่าพื้นที่ที่อยู่นอกอำเภอเมืองหรือนอกเขตเทศบาลมีความขาดแคลนแพทย์สูงกว่า ในขณะที่พื้นที่เขตอำเภอเมืองที่มีโรงพยาบาลใหญ่ตั้งอยู่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรใกล้เคียงกับกรุงเทพฯ และปัญหาการใช้ทุนของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มลดลงกว่าเดิม รวมถึงอัตราการคงอยู่ของแพทย์ที่ครบใช้ทุนลดลง และอัตราการไปฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการลาออกเพิ่มขึ้นด้วย⁽⁶⁾ ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น อาจมีผลกระทบต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

ดังนั้นงานแพทยศาสตรศึกษา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับทิศทางการให้เหมาะสม และที่สำคัญคือ เน้นผลิตแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะ และเจตคติ ในการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมในแง่มุมต่างๆ ได้อย่างครบถ้วนแบบองค์รวม (Holistic Approach)⁽⁶⁾

จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะศึกษาถึงความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ของคณะแพทยศาสตร์ ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ที่มีต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัย จะใช้เป็นข้อมูลนำเสนอต่อผู้บริหารที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการเรียนการสอนแก่นิสิต/นักศึกษาแพทย์ ในมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเพื่อนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพิจารณาวางแผนพัฒนาทางวิชาการในการพัฒนาแพทย์ผู้รับทุน 3 ปีแรก และการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องและรองรับสนับสนุนต่อการสนองนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. คำถามหลัก (Primary Research Question)

ความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นอย่างไร

2. คำถามรอง (Secondary Research Questions)

1. ความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน ของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ที่แตกต่างกัน ทำให้มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างกันอย่างไ

3. ความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีความแตกต่างกันอย่างไร

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. ความคิดเห็นต่อบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างกัน ตามเพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัวและภูมิลำเนา ของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6

2. ความคิดเห็นต่อบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างกัน ตามพื้นที่เขตการศึกษา ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค แหล่งความรู้ทางวิชาการจากหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ หรือจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ได้รับ

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. การศึกษานี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามประชากรตัวอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความจริงที่เชื่อถือได้

2. ระดับคะแนนความคิดเห็น (0-5) ซึ่งเป็น Ordinal scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรภาคขึ้นแต่ละอันตรภาคขึ้นเท่ากัน (Equal interval) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น Interval scale⁽⁹⁾ ต่อไป

3. กิจกรรมแต่ละข้อถือว่ามีน้ำหนักเท่ากัน (Equal weight)

4. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของประชากรตัวอย่างทุกคนในแต่ละข้อคำถามกำหนดให้ scale เท่ากัน และมีน้ำหนักเท่ากัน (Equal weight interperson)

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

เนื่องจากมีข้อจำกัด ในเรื่องระยะเวลาและค่าใช้จ่าย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ในสังกัดสถาบันอุดมศึกษาของเอกชน สังกัดกระทรวงกลาโหม และ สังกัดกรุงเทพมหานคร

ปัญหาด้านจริยธรรม (Ethical consideration)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใด ๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา จึงคาดว่าจะไม่มีปัญหาด้านจริยธรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected benefit and application)

1. เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการเรียนการสอนแก่นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ในมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. เพื่อนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพิจารณาวางแผนพัฒนาทางวิชาการในการพัฒนาแพทย์ผู้รับทุน 3 ปีแรก และการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องและรองรับสนับสนุนต่อการสนองนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (Variables)

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว ภูมิลำเนา และเขตภูมิลำเนา

2. ปัจจัยสนับสนุน คือ พื้นที่เขตการศึกษาในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค แหล่งความรู้ทางวิชาการจากหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอน หรือจากสื่อ สิ่งพิมพ์ ต่างๆ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

1. ความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational definitions)

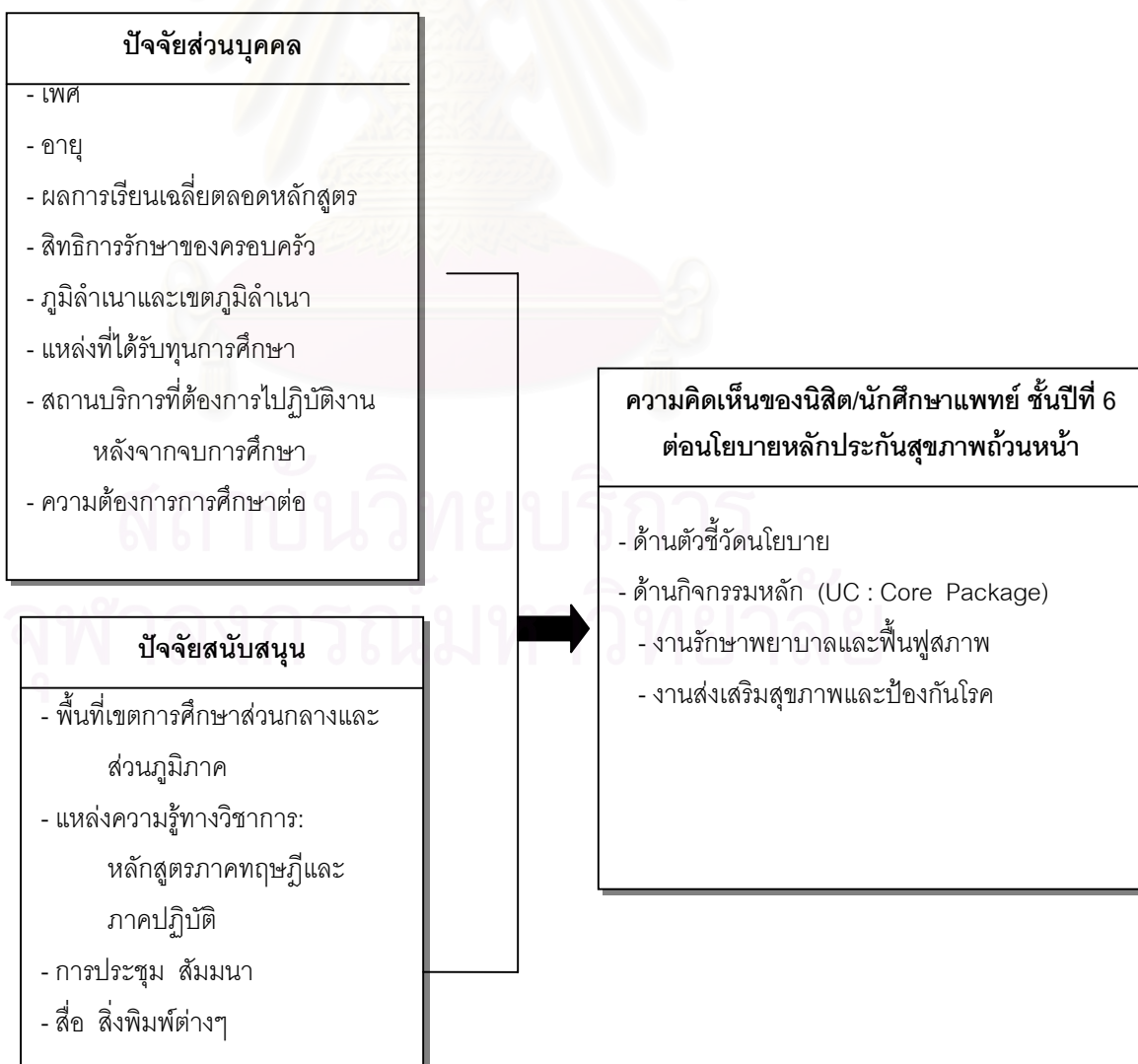
1. ความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การที่นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 แสดงออกด้านความรู้สึก ความคิด และการพิจารณาตัดสินต่อบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกคน”

2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในด้านการบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข ที่ได้คุณภาพและมีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่ได้สิทธินั้น

3. มหาวิทยาลัย หมายถึง มหาวิทยาลัยที่เปิดสอนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยเขตพื้นที่ส่วนกลางและมหาวิทยาลัยเขตพื้นที่ส่วนภูมิภาค สังกัดสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ที่ใช้เวลาในการศึกษาตามปกติ 6 ปี เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วได้รับวุฒิ “แพทยศาสตรบัณฑิต” (พ.บ.) ในสาขาวิชาแพทยศาสตร์

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้วิจัยได้แบ่งทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง
4. บทบาทของแพทย์ กับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยในแต่ละส่วน จะได้อธิบายรายละเอียดดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

งานวิจัยนี้ มุ่งศึกษาความคิดเห็น (Opinions) ซึ่งเป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึกนึกคิด การประเมินผล การเขียน โดยอาศัยประสบการณ์ การสังเกต พื้นความรู้ และสภาพแวดล้อมเป็นพื้นฐานการแสดงออก ความคิดเห็นนี้ไม่สามารถบอกให้รู้ได้ว่าถูกต้องหรือไม่ เพราะอาจได้รับการยอมรับหรือการปฏิเสธจากบุคคลอื่นใดก็ได้ เพราะแต่ละบุคคล โดยทั่วไปมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากคำนิยาม ต่อไปนี้

พจนานุกรม Webster's Ninth New collegiate Dictionary (1984)⁽¹⁰⁾ ได้ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง ทศนวิสัย การตัดสินใจ คำวิจารณ์ที่มีความเห็นเป็นสาระความสำคัญหรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อมั่นที่มากกว่าสิ่งประทับใจ และน้อยกว่าความรู้ และเป็นการแสดงออกทางความคิดเห็น ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเหตุการณ์หนึ่งเหตุการณ์ใด

Blair J. Kolasa (1969)⁽¹¹⁾ ให้ความหมายว่า ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกของบุคคลในการพิจารณาข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการประเมินผล (Evaluation) จากสิ่งหนึ่งสิ่งใดจากปัจจัยแวดล้อม (Circumstances)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526)⁽¹²⁾ ให้ความหมายว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

สรุปว่า ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางด้าน ความคิด ความรู้สึก หรือรูปแบบของการประเมินผล โดยพิจารณาจากข้อเท็จจริงอย่างหนึ่งอย่างใดของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ข่าวสาร สิ่งใด หรือเหตุการณ์ใด ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล

การวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของความคิดเห็น คือ การแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก หรือการประเมินผล โดยพิจารณาจากประสบการณ์ต่างๆ ของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ตอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก ซึ่งความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ก็อาจมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลต่างๆ ดังนี้

สิ่งที่มีอิทธิพลทำให้ความคิดเห็นแตกต่างกัน⁽¹³⁾

1. การอบรมของครอบครัวมีอิทธิพล เพราะครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกของมนุษย์
2. การศึกษา มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นเพราะเป็นการจัดสถานการณ์ให้แก่บุคคล
3. วัฒนธรรมและ ประเพณี บุคคลเมื่อได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมและ ประเพณี ย่อมปฏิบัติตามวัฒนธรรมและ ประเพณีในทางที่ได้รับมา
4. กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง บุคคลเมื่ออยู่ในกลุ่มใด สังคมใด ก็จะมีความคิดเห็นไปในทางกลุ่ม สังคมนั้นๆ เพราะกลุ่ม สังคมเป็นส่วนผลักดันให้บุคคลเรียนรู้ได้โดยตรง
5. สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ฯ มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นทางด้านบวกและด้านลบได้

การวัดความคิดเห็น

มาตราวัดความคิดเห็นเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อความ เรียกว่า ข้อความคิดเห็น

ส่วนที่ 2 เป็นคำตอบ ซึ่งมีลักษณะเป็นการเปรียบเทียบ ที่นิยมใช้และรู้จักกัน ซึ่ง

บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ (2542)⁽¹⁴⁾ เสนอการวัดความคิดเห็นหรือทัศนคติ มี 4 วิธี คือ

1. วิธีของเทอร์สตัน (Thurston's Method) เป็นวิธีที่สร้างมาตราวัดออกเป็นปริมาณ แล้วเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็น หรือทัศนคติ ไปในทางเดียวกันและเป็นเสมือนว่าเป็น Scale ที่มีช่วงห่างเท่ากัน (Equal Appearing Intervals)

2. วิธีกัตต์แมน (Guttman Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นในแนวเดียวกัน และสามารถจัดอันดับต่ำสุดถึงสูงสุดได้ สามารถแสดงถึงการสะสมของข้อแสดงความคิดเห็น

3. วิธีจำแนกแบบ S-D Scale (Semantic Differential Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็น โดยอาศัยคู่คำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้าม (Bipolar Adjective) เช่น ดี-เลว ชยัน-ชี้เกียรติ

4. วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's Method) เป็นมาตราวัดความคิดเห็นที่นิยมแพร่หลาย โดยผู้ตอบสามารถแสดงความคิดเห็นในทางที่ชอบหรือไม่ชอบ โดยสร้างข้อความขึ้นมีลักษณะเป็นบวก และลบพอๆกัน ไม่น้อยกว่า 20 ข้อความ และกำหนดคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 3, 5 หรือ 7 คำตอบก็ได้ แต่ส่วนมากใช้ 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่า จะเป็นปฏิฐาน (Positive) หรือ ปฏิเสธ (Negative)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ Rating scale แบบวิธี Likert's Method มาใช้ในการวัดความคิดเห็น ของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 โดยพิจารณากำหนดคำตอบเป็น 6 คำตอบ คือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ไม่เห็นด้วย และมีข้อความปลายเปิดให้ผู้ตอบได้แสดงเหตุผลตามความคิดเห็นของตนเอง

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549)⁽¹⁵⁾ กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนไทย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เป็นแผนพัฒนาประเทศโดยยึด “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” ในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวมและสมดุล ทั้งด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างระบบบริหารจัดการภายในที่ดี ในทุกระดับ อันจะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน และเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพ คือ คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพและมีความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ มีการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล /ครอบครัว /ชุมชน การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นในเขตเมืองและเขตชนบท โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพขั้นสูง มีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข การกำหนดการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและเป็นธรรม มีการปรับปรุงระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพ การปรับระบบการเงินการคลังและกลไกการกำกับดูแลให้มีเอกภาพ โดยคำนึงถึงการคุ้มครองกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส และเน้นการมีส่วนร่วมของสังคมในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โปร่งใสและตรวจสอบได้

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย มี 4 รูปแบบ คือ⁽¹⁶⁾

1. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นระบบที่ให้สิทธิทางการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือผู้ที่

สังคมควรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ คนยากจน ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กอายุ 0-12 ปี นักเรียนระดับมัธยมศึกษา นักบวช และทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขพร้อมคนในครอบครัว

2. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ เป็นระบบที่ให้สวัสดิการแก่บุคคลและคนในครอบครัวเพื่อชดเชยสำหรับเงินเดือนหรือค่าจ้างที่ค่อนข้างต่ำในระบบราชการ

3. ระบบประกันสังคมภาคบังคับ เป็นระบบที่มีการระดมเงินทุนจากปัจเจกชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคเอกชน ตามข้อบังคับในกฎหมายลักษณะต่างๆ 3 รูปแบบ คือ 1) ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม มีแหล่งเงินทุนจากไตรภาคี ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐ 2) ระบบกองทุนเงินทดแทน เป็นการจ่ายเงินสมทบของนายจ้างสำหรับเป็นเงินทดแทนค่ารักษาพยาบาลความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากการทำงาน ค่าปลงศพสำหรับการเสียชีวิตจากการทำงาน 3) ระบบการคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันภัยรถภาคบังคับซึ่งเจ้าของรถจ่ายให้บริษัทประกันเอกชน

4. ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ มี 2 รูปแบบ 1) ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน ได้จากเบี้ยประกันซึ่งให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่มีฐานะค่อนข้างดี 2) ระบบกองทุนบัตรสุขภาพ ซึ่งออกโดยรัฐเพื่อให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่ไม่เคยได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันใดๆ

นอกจากนี้ยังมี ระบบอื่นๆ เช่น กองทุนชุมชนขนาดเล็ก ที่ให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกตนเองโดยการจ่ายเงินลักษณะเงินปันผลย้อนหลังเมื่อสิ้นปี ส่วนใหญ่เป็นลักษณะกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์

ปัญหาต่างๆ ของระบบประกันสุขภาพ⁽¹⁶⁾

จากการศึกษาและติดตามสภาพการณ์ของระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหา ดังนี้

1. ระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย คือ การกำหนดตัวผู้ที่ย้ายฐานะยากจนเนื่องจากมีความผันแปรของรายได้จากอาชีพตามฤดูกาลและความยากในการประเมินระดับรายได้ที่แท้จริง การถูกสังคมตราหน้าสำหรับผู้ขอรับสวัสดิการ การสนับสนุนงบประมาณที่จำกัด และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและความตั้งใจของผู้ให้บริการในการให้บริการที่รวดเร็วและเหมาะสม

2. ระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ คือ ปัญหาการนอนรักษาตัวอย่างไม่จำเป็น การนอนรักษาตัวที่นานเกินไป และค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากจ่ายเงินแบบ fee for service ซึ่งโรงพยาบาลรัฐมีแรงจูงใจที่จะเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สูงเกินจริงเพื่อชดเชยสำหรับผู้มีรายได้น้อยเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชน

3. ระบบประกันสังคม คือ ปัญหาจากการที่มีวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งสามารถจำกัดค่าใช้จ่ายได้ แต่การประหยัดค่าใช้จ่ายจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของบริการสุขภาพในรูปแบบ "ของดีราคาถูก" และสิทธิประโยชน์ในการรักษาที่ยังติดกับการมีงานทำ หากเลิกจ้างสิทธิดังกล่าวจะหมดภายใน 1 ปี (ตั้งแต่ปี 2540) และพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีปัญหาในการดำเนินงาน คือ การเรียกเก็บเงินค่ารักษาของสถานพยาบาลจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2541

(73 จังหวัด) เก็บได้ร้อยละ 72.9 และประชาชนไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากพ.ร.บ.นี้ หน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องไม่มีหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่อยู่ในทิศทางเดียวกันทำให้เกิดความล่าช้าในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ประสบภัย

4. ระบบบัตรสุขภาพ คือ ปัญหา adverse selection จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เอาประกันเป็นผู้ที่มีแนวโน้มเจ็บป่วยบ่อย ผลที่ตามมาคือค่าใช้จ่ายต่อรายเพิ่มขึ้นจนอาจมีผลต่อการอุดหนุนของกองทุน สำหรับระบบประกันสุขภาพเอกชน คือ การถ่วงเวลาจ่ายค่าสินไหม การขาดความรู้ความเข้าใจ และการปกปิดข้อมูลสุขภาพของผู้เอาประกัน คุณภาพและจรรยาวิชาชีพของตัวแทนประกันที่มุ่งการขายมากกว่าการบริการและให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภค

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Health Insurance Policy : UC)

จากคำจำกัดความของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹⁷⁾ หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในด้านการบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข ที่ได้คุณภาพและมีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่ได้สิทธิ นั้น หากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่ามีปรัชญา⁽¹⁸⁾ของการดำเนินงาน 3 ประการ คือ

1. ประชาชน (User/clients) ไม่ต้องจ่ายเงินกับสถานบริการ แต่รัฐบาลจ่ายเงินเป็นค่าบริการ รายหัวประชากรให้กับสถานบริการ (Provider) โดยรัฐบาลเป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) แทนประชาชน เพื่อให้เกิดมาตรฐานการบริการ และเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพในทิศทางที่ต้องการ ต้องมีผู้กำกับทางวิชาการ (Standard Setter) มาตรวจสอบ กำกับ ด้วยเพื่อให้เกิด EQESA : Equity (การได้รับสิทธิเสมอภาค), Quality (คุณภาพ มาตรฐาน องค์กรวม ผสมผสาน บูรณาการ), Efficiency (มุ่งเน้นผลลัพธ์ ลงทุนน้อย ประโยชน์สูงสุด), Social Accountability (ชุมชนมีส่วนร่วม ตรวจสอบได้) ประชาชนไม่ถูกเอาัดเอาเปรียบจากสถานบริการ

2. ต้องมี Bonding แห่งความผูกพัน ระบบบริการที่จะทำให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพเกิดขึ้นต้องมีสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ และมีหมอบประจำตัว หรือประจำครอบครัวของทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้น User และ Provider ต้องมีความผูกพันและมีพันธกิจต่อกัน โดยประชาชนเป็นผู้เลือกลงทะเบียน เพื่อให้สถานบริการได้ค่าตอบแทนรายหัวประชากรและสถานบริการต้องจัดบริการที่เป็น Good Care เพื่อความประทับใจของผู้รับบริการ

3. หลักประกันสุขภาพ ต้องมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เพราะหลักประกันเป็นการจ่ายค่าสุขภาพล่วงหน้า (Pre Paid) และประชาชนต้องร่วมดูแลตนเองมิให้ป่วย การจัดสรรเงินรายหัวควรจัดสรรไปยังหน่วยบริการที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด คือ ระดับบริการปฐมภูมิ และให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมการบริหารกองทุนนี้ด้วย

วิวัฒนาการความเป็นมาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹⁹⁾

แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพของไทยมีมานานแล้ว ตั้งแต่

พ.ศ.2518 โดยรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช มีการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล เป็นงบประมาณอุดหนุนทั่วไปให้สถานบริการ มีการออกบัตรสงเคราะห์เฉพาะในเขตเมือง เช่น กทม. และจังหวัดใหญ่ โดยถือเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน แต่มีผู้มาขอทำบัตรค่อนข้างน้อย เนื่องจากยังไม่ได้รับความสนใจ

พ.ศ. 2519-2522 ยกเลิกการออกบัตร และให้ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจเป็นผู้พิจารณาให้การสงเคราะห์โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

พ.ศ. 2522 ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2522 มีเกณฑ์รายได้คนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน สำหรับครอบครัว โดยให้ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจเป็นผู้พิจารณา

พ.ศ. 2524-2525 ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2524 และออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัวให้บัตรมีอายุ 3 ปี และไม่กำหนดชื่อสถานพยาบาลไว้ในบัตร สามารถใช้บริการได้ทุกแห่ง กำหนดรายได้ของผู้ที่จะได้รับสิทธิใหม่สำหรับคนโสดเป็นต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน ส่วนรายได้ครอบครัวคงเดิม

พ.ศ. 2527-2530 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2524 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2527 โดยหลักเกณฑ์รายได้คงเดิม แต่กำหนดสถานพยาบาลในบัตร 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2530-2533 ออกบัตรสงเคราะห์ โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียว คือ สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2532 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

พ.ศ. 2534-2537 ประกาศใช้ พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ.2534

พ.ศ. 2535 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า สำหรับกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุสามเณรและผู้นำศาสนา

พ.ศ. 2537 เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) เป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2527 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ.2537 กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่ เป็นคนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว

พ.ศ. 2540-2543 ออกบัตร สปร. โดยใช้เกณฑ์รายได้เหมือนเดิม แต่เพิ่มสถานบริการเป็นสองแห่ง คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาล

เมษายน 2544 เริ่มโครงการ “ 30 บาทรักษาทุกคน ” ใน 6 จังหวัดนำร่อง ออก “บัตรทอง” สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ดำเนินการแบบเดียวกับโครงการ สปร.

มิถุนายน 2544 ขยายโครงการ “ 30 บาทรักษาทุกโรค” ในจังหวัดน่านร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด หลายจังหวัดมีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม

ตุลาคม 2544 ขยายโครงการฯ ไปครบทุกจังหวัด (ยกเว้น กทม.ชั้นใน) ยุบรวมโครงการ สปร. เข้ากับโครงการนี้และเปลี่ยนบัตร สปร.เป็นบัตรทองหมวด “ท” (ผู้ถือบัตรไม่ต้องจ่าย 30 บาท) เลิกขายบัตร สุขภาพ 500 บาทและค่อยๆเปลี่ยนบัตรสุขภาพที่หมดอายุเป็นบัตรทองทั้งหมดภายในหนึ่งปี

เมษายน 2545 ดำเนินโครงการ “ 30 บาทรักษาทุกโรค” ทั่วประเทศ

พฤษภาคม 2545 ร่าง พ.ร.บ. ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... ผ่านสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งถือเป็นกฎหมายโดยสมบูรณ์ ภายใต้ชื่อ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “ 30 บาทรักษาทุกโรค”

หลักการและแนวทางการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽³⁾

จากปรัชญาและกฎหมายที่มีผลบังคับใช้เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน ดังกล่าว ได้มีหลักการและแนวทาง ในการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

1. แนวคิดหลัก คือ การที่ประชาชนในสังคมมีการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” กันโดยการจัดระบบให้คนมีสุขภาพดีช่วยเหลือคนเจ็บป่วย คนมีฐานะดีช่วยเหลือคนยากจนกว่า โดยการกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงิน (risk sharing) ที่เกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีภราดรภาพ (solidarity) และเกื้อกูลกันมากขึ้น

2. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบที่มีความยั่งยืน (sustainable) ใน 3 ด้าน คือ

1. ความยั่งยืนทางนโยบาย (policy sustainability) มีการดำเนินงานและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนแปลงตามผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหาร และมีการผลักดันให้เกิดกฎหมาย “พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น ปัจจุบันกฎหมายดังกล่าวอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร

2. ความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability) มีงบประมาณอย่างเพียงพอและต่อเนื่องและมีการจัดระบบการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความยั่งยืนทางสถาบัน /องค์กร (institutional sustainability) มีการเตรียมความพร้อมขององค์กรและผู้เกี่ยวข้อง มีความชัดเจนในบทบาทและสอดคล้องกับการพัฒนาความสามารถขององค์กร ทั้งนี้องค์กรดังกล่าวต้องครอบคลุมประชาชนและชุมชน

3. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชน ซึ่งเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ สุขภาวะของคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง รูปแบบของระบบบริการต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

4. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) ใกล้บ้าน ซึ่งเป็นสถานบริการด่านแรก (front line service) ที่สามารถให้บริการแบบผสมผสาน (comprehensive care) โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับต้นจะรับผิดชอบในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานบริการอื่นและได้กำหนดให้

หน่วยบริการสุขภาพระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (main contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยรับขึ้นทะเบียนประชาชน (unit for registration) เป็นสถานพยาบาลด่านแรก (front line service) ทำหน้าที่ บริการแบบผสมผสาน และรับผิดชอบประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

5. หน่วยบริการสุขภาพระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีชื่อเรียกว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” และใช้ชื่อนี้ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชนและสาธารณสุข

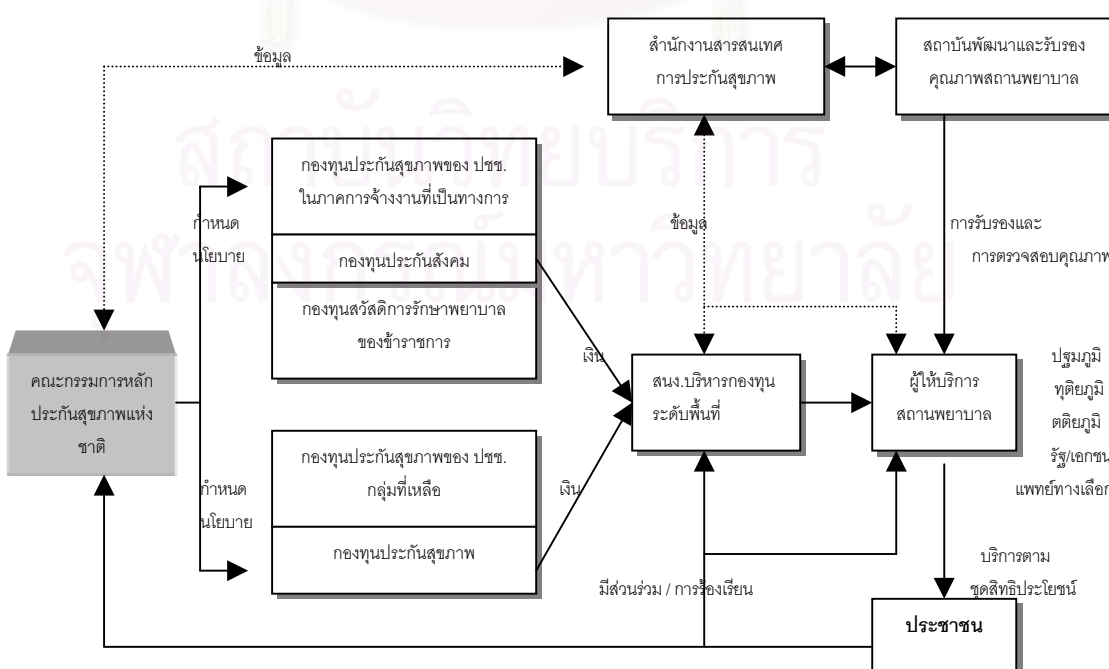
6. การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเน้นกระจายอำนาจ (decentralization) ให้พื้นที่ คือ เขต จังหวัด มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการ ภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทางและมาตรฐานที่กำหนดโดยส่วนกลาง มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ (purchaser-provider split)

7. ระบบการเงินการคลัง สามารถจะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) โดยไม่กระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนและไม่ทำให้เกิดสภาพที่ประชาชนพึ่งพาบริการมากเกินไปจนความจำเป็น รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการเป็นการจ่ายเงินแบบปลายปิด (close end) โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

8. ควรจัดให้มีระบบสนับสนุนให้ประชาชนรับทราบ “สิทธิ” เพื่อปกป้องและคุ้มครอง “สิทธิ” ของประชาชนและรวมถึงการมีสิทธิเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลตามความสมัครใจ

9. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต ควรจะประกอบด้วย กองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะผ่านอาจจะมี 2 กองทุน ควรมีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการใช้บริการ) โดยมีแนวโน้มรูปแบบในอนาคต ดังรูปภาพ 2.1

รูปภาพที่ 2.1 แนวโน้มรูปแบบระบบประกันสุขภาพในอนาคต⁽³⁾



ระยะเวลาในการดำเนินการ สำหรับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้โครงการ “30 บาทรักษาทุกคน” ได้ดำเนินการมา 3 ระยะ⁽²⁰⁾ ดังนี้

ระยะแรก เริ่มวันที่ 1 เมษายน 2544 เป็นการดำเนินการใน 6 จังหวัดนำร่อง คือ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ พะเยา ยโสธร และยะลา

ระยะที่สอง เริ่มวันที่ 1 มิถุนายน 2544 เป็นการดำเนินการเต็มรูปแบบและมีหน่วยบริการภาคเอกชน หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วม มี 15 จังหวัด คือ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี แพร่ สุโขทัย เชียงใหม่ ภูเก็ต นราธิวาส และอำนาจเจริญ

ระยะที่สาม เริ่มวันที่ 1 ตุลาคม 2544 ดำเนินการเต็มรูปแบบในจังหวัดที่เหลือทั่วประเทศ รวมพื้นที่ในกรุงเทพฯ จำนวน 13 เขต คือ เขตบึงกุ่ม มีนบุรี คลองสามวา คันนายาว หนองจอก ลาดกระบัง สะพานสูง บางเขน ดอนเมือง หลักสี่ สายไหม ธนบุรี และเขตจอมทอง ส่วนที่เหลือดำเนินการครอบคลุมครบทุกเขตในวันที่ 1 เมษายน 2545

และรัฐบาลกำหนดให้ประชาชนที่มีสิทธิตามโครงการดังกล่าว ต้องแสดงบัตรประจำตัวทุกครั้ง ซึ่งบัตรประจำตัวผู้ที่มีสิทธิ เรียกว่า บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “บัตรทอง” จำแนกเป็น 2 ประเภท⁽²¹⁾ คือ 1) กรณี “จ่าย” ค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ข้อสังเกต ไม่มี “ท” นำหน้าเลขที่บัตร 2) กรณี “ยกเว้น” ค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ให้ผู้ที่เคยมีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือแก่กุล (บัตร สปร.) ข้อสังเกต มี “ท” นำหน้าเลขที่บัตร

ขณะเดียวกัน การจัดระบบบริการสุขภาพ⁽²²⁾ มาจากแนวคิดที่ว่ารัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อการบริการทางสุขภาพของประชาชน (State Welfare) ร่วมกับแนวคิดประกันสุขภาพแบบเฉลี่ยความเสี่ยง (Insurance) และแนวคิดการพึ่งพาตนเองโดยส่งเสริมการออมของประชาชน (Saving Fund) เพื่อเป็นเครื่องมือในการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน (Universal Coverage) และใช้เกณฑ์การร่วมจ่าย ณ จุดรับบริการ (Copayment) “30 บาท” ภายใต้คุณภาพการบริการเดียวกัน

นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีการกำหนดโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ⁽¹⁸⁾ โดยแยกบทบาทและภารกิจที่ชัดเจนเพื่อช่วยให้การจัดบริการสุขภาพครอบคลุมอย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพและคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน มีการควบคุมการบริหารจัดการและกลไกการคลังเพื่อสุขภาพที่ชัดเจนขึ้น ระบบบริการสุขภาพ⁽¹⁸⁾ จำแนกเป็น การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ การบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ และการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ มีการจัดตั้งองค์กรกลาง ทำหน้าที่ควบคุมและประกันคุณภาพของสถานบริการ มีองค์กรที่ศึกษาโครงสร้างของต้นทุนเพื่อปรับราคาค่าบริการที่เรียกเก็บให้เหมาะสม มีการวางแผนการเงินอย่างถูกต้อง รวมถึงบริการสุขภาพทางเลือกต่างๆ

ทางด้าน งบประมาณซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งเป็นกลไกการจ่ายเงินที่ให้กับสถานพยาบาลเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อคน⁽²³⁾

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำไปสู่การปฏิบัติ ทั้งหลักปรัชญาและแนวคิด ทำให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับจำเป็นต้องปรับแนวคิด (Re-think) การบริหาร การบริการ การพัฒนารูปแบบวิธีการทำงาน และการบริหารระบบบริการสุขภาพ (Re-design) เพื่อให้สามารถบรรลุการมีสุขภาพที่ดี หรือสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนของประชาชนและการบริหารทางการเงิน การคลัง ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ให้สามารถจัดบริการสาธารณสุข (Service) และดูแลประชาชน (Care) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾ ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้นตามไปด้วย

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)

จากการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลได้กำหนดให้ระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นระบบที่ให้บริการด่านแรกแก่ประชาชน มีลักษณะดังนี้

1. ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศของอัลมาอ์ตดา ปี ค.ศ.1978 โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคำว่า Primary Care⁽²⁴⁾ คือ บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และเน้นบริการที่ระดับนี้ให้กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ รวมไปถึงการดูแลสุขภาพโดยรวม ปัจจัยทางด้านสังคม การดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล แต่เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน

2. Vouri H. ให้ความหมายของ Primary Health Care : PHC⁽²⁵⁾ เพิ่มเติมใน 4 ด้าน คือ

2.1 ในฐานะเป็นชุดของกิจกรรม PHC 10 ประการ

2.2 ในฐานะเป็นระดับของบริการที่เป็นบริการด่านแรก

2.3 ในฐานะเป็นกลวิธีการดำเนินงานที่ทำให้เกิดบริการที่เข้าถึงได้ มีความสอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน โดยดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการกับงานอื่นๆ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตั้งอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการดำเนินงานที่คุ้มค่า (Cost-Effectiveness)

2.4 ในฐานะปรัชญา ควรแทรกซึมเข้าสู่แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความเท่าเทียมกัน / เป็นธรรม แต่ละคนในสังคมมีความรับผิดชอบช่วยกันสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีและยอมรับความหมายของสุขภาพที่กว้างกว่าการปราศจากโรค

บริการปฐมภูมิ (Primary Care)⁽¹⁸⁾ มีชื่อเรียกที่แตกต่างกันหลายชื่อ ได้แก่

1. สถานบริการด่านแรก (First Line Care) หรือสถานบริการด่านหน้า (Front Line Care)
2. สถานบริการปฐมภูมิหรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care or Primary Medical Care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวหรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice)
4. สถานบริการครอบครัว (Family Service)
5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU)⁽²⁶⁾ หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ คือ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเรียกชื่อเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เพื่อให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

ในเชิงโครงสร้างการจัดอัตรากำลัง⁽²⁶⁾ การพัฒนา PCU ให้มีคุณภาพนั้น ต้องมีการจัดกำลังคนให้ครบตามอุดมคติใน 1 ศสช. คือ มีบุคลากรที่อยู่ตลอดเวลา (ทำงานสัปดาห์ละ 56 ชั่วโมง) อย่างน้อย 8 คน คือ แพทย์ 1 คน, ทันตแพทย์ 1 คน, พยาบาล 2 คน, เจ้าหน้าที่อื่น 4 คนและบุคลากรที่มาเสริมบางเวลา ได้แก่ เกษัชกร เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร ฯ แต่ในความเป็นจริงของการดำเนินงาน ศสช. ในประเทศไทย ในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ไม่สามารถจัดคนตามอุดมคติได้ทุก ศสช.

ความจำเป็นที่ต้องจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ⁽²⁶⁾

หากพิจารณาว่า มีความจำเป็นอย่างไรที่ต้องจัดการบริการแบบปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน : ศสช.) ทั้งนี้เพราะเหตุผล 5 ประการ ดังนี้

1. ประชาชนไทยยังไม่ได้รับสิทธิของการมีสุขภาพดี ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
2. ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย
3. ระบบสุขภาพมีความไม่เป็นธรรมและเข้าถึงยาก
4. ระบบบริการสุขภาพยังไม่ได้คุณภาพและมาตรฐาน
5. ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังมุ่งซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ

บทบาทการบริการปฐมภูมิ (Primary Care)⁽²⁶⁾ มี ดังนี้

1. เป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่บริการสาธารณสุขของผู้ป่วย
2. การบริการต้องมีความต่อเนื่องทั้งตอนป่วยและตอนไม่ป่วย
3. การบริการมีลักษณะเป็นองค์รวมใช้ความรู้ความสามารถในหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง
4. มีความเชื่อมโยงและประสานการบริการสุขภาพในระดับสูงขึ้นตามความจำเป็นของผู้ป่วย
5. มีความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในปัญหาของผู้ป่วยและชุมชนตลอดชีวิตของผู้ป่วย

ลักษณะเช่นนี้การให้บริการในระดับ Primary Care จึงจำเป็นต้องมีผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความสามารถ ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและสังคม

ประเภทบริการที่ต้องมี ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสาน ทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากร ในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่⁽²⁷⁾

1. ด้านการรักษาพยาบาล
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
3. ด้านการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน
4. ด้านการควบคุมและการป้องกันโรค ในระดับบุคคลและครอบครัว
5. การสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ
6. การบริการด้านยา การจัดหา ยา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม

รูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช. หรือ PCU)⁽²⁶⁾

มีรูปแบบ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. ในโรงพยาบาล เปิดโพลีคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โดยรับผิดชอบประชากรในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลนั้นๆ ประมาณ 10,000 คน ก่อนจัดเป็น PCU (ศสช.)
2. ในเขตเมือง ซึ่งยังไม่มีสถานอนามัย อาจจะมีศูนย์สาธารณสุขเทศบาลก็สามารถจัดเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน (ศพช.) โดยดำเนินการให้เข้ากับอุดมคติของ PCU
3. ในเขตชนบท ซึ่งมีสถานอนามัยตั้งอยู่แล้ว ให้จัดรูปแบบการบริหารและบริการสถานอนามัย ให้เข้ากับอุดมคติของ PCU
4. ในเขตชนบทห่างไกล ยังไม่มีสำนักงานตั้งอยู่ ให้จัดบริการสุขภาพเป็นแบบเคลื่อนที่ ไปในลักษณะอุดมคติของ PCU มิใช่เป็นการจ่ายยาแบบสังคมสงเคราะห์

ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช. หรือ PCU)⁽²⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับ 0 คือ ยังไม่ทำ FF (Family Folder) หรือทำไม่ครบ 50% ของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ ยังไม่มีการอบรมใดๆ
- ระดับ 1 คือ ทำ FF ได้ 50% ของหมู่บ้านหรือของหลังคาเรือน เจ้าหน้าที่อบรม 2 วัน
- ระดับ 2 คือ ทำ FF ได้ 100% เจ้าหน้าที่อบรม 6 วัน
- ระดับ 3 คือ ทำ FF ได้ 100% เจ้าหน้าที่อบรม 12 อาทิตย์ผู้ป่วยในพื้นที่มารับรักษา ที่ ศสช.มากกว่า 70%

คุณลักษณะการจัดบริการปฐมภูมิ (ศสช., PCU)⁽²⁶⁾ ซึ่งได้พัฒนาไปถึงขั้น 3 แล้วจะมีตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมจำง่าย ๆ 9 ประการ คือ มี ที เข้าถึง ฟังใจ จ่ายค้ำ ให้ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นองค์รวมต่อเนื่อง และเรื่องอื่นๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้.

1. มี (Availability) มีความหมาย 3 ประเด็น คือ 1) มีสถานบริการใกล้บ้านหรือใกล้ชุมชน 2) มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอ และพร้อมใช้ 3) มีบุคลากรที่จะให้บริการตามมาตรฐานคือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

2. ดี (Good Care, Standard care) ระบบต่างๆ ที่มีอยู่จะต้องดี 3 ประเด็น คือ 1) มาตรฐานระบบบริการ/การดูแล เป็นมาตรฐานเชิงวิชาการ 2) มาตรฐานเครื่องมือ อุปกรณ์ 3) มีทัศนคติที่ดี

3. เข้าถึง (Accessibility of Care) ประชาชนทุกคน ต้องได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ 1) สภาพทางภูมิศาสตร์ เช่น ระยะทางของสถานบริการ ประชาชนต้องเข้าถึงบริการได้ง่าย 2) หลักประกันด้านสุขภาพ ประชาชนต้องไม่ถูกกีดกันในการรักษาพยาบาลโดยมีเงินเป็นตัวจำกัด 3) มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน

4. พึงใจ (Acceptability) ความพึงพอใจของผู้มารับบริการมี 3 ประเด็น คือ 1) ผู้รับบริการต้องพึงพอใจมีความรู้สึกว่าสถานบริการด่านแรกเป็นที่พึ่งทางกายและใจ 2) ผู้มารับบริการได้รับบริการที่เข้าอกเข้าใจ ประทับใจ 3) ประชาชนมีช่องทางที่จะสนองหรือเสนอแนะข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ

5. จ่ายคุ้มค่า (Efficiency) การลงทุนในสถานบริการ มี 3 ประเด็น คือ 1) บริการที่ใช้ต้นทุนต่ำ และผลลัพธ์สูง 2) คุ้มค่าราคาจ่าย คือการลงทุนทรัพยากรที่หมายรวมถึง แรงงาน คน เวลา ทรัพย์สิน เครื่องมือ ที่ได้ประโยชน์สูงสุด 3) ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร

6. ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement) หรือชุมชนมีพลังอำนาจ ความเข้มแข็งมากขึ้น หมายถึง 3 ประเด็น คือ 1) ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว 2) ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น บัตรประกันสุขภาพ 3) ประชาชนมีส่วนร่วมในข้อเสนอด้านการบริหารและร่วมบริหาร

7. เป็นองค์รวม (Holistic Care) มี 3 ประเด็น คือ 1) ดูแลที่ครบถ้วนทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 2) มีระบบข้อมูลที่เอื้อให้เกิดบริการแบบองค์รวม 3) มีการเชื่อมโยงบูรณาการ ของระบบบริการ คือ ส่งเสริม- ป้องกัน - รักษา - พันฟู ให้บริการทั้งในขณะที่ป่วยและไม่ป่วย

8. ต่อเนื่อง (Continuity of care) มีความต่อเนื่องใน 3 ประเด็น คือ 1) มีการดูแลต่อเนื่องตลอด ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ทั้งที่บ้านจนกระทั่งถึงสถานบริการและสถานประกอบการ 2) การดูแลต่อเนื่องเมื่อส่งไปรักษาต่อในแต่ละระดับบริการสุขภาพ 3) มีการจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน อย่างหลากหลาย เช่น การรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับแบบแพทย์แผนไทย

9. เรื่องอื่นๆ คือ สถานบริการปฐมภูมิ ต้องมีความพร้อมที่จะพัฒนาเรื่องอื่นๆ ตามสภาวการณ์ สถานที่ สภาพพื้นที่และเงื่อนไขของเวลาต่างๆ

นอกจากการจัดสถานบริการเพื่อให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิแล้ว ยังได้ใช้

แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines : CPG)⁽²⁸⁾

ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควบคู่กันไปด้วย

แนวทางเวชปฏิบัติ คือ ข้อความที่พัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแล รักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์ทางคลินิกเฉพาะอย่าง

ซึ่งเป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากร และเงื่อนไขของสังคมไทย โดยมีความเป็นอิสระทางวิชาชีพบนพื้นฐานของการพิจารณาใช้ข้อมูลอย่างดีที่สุดและทันสมัย เป็นแหล่งของความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพในการสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกัน และมีส่วนช่วยในการปกป้องคุ้มครองทั้งผู้ให้และผู้รับบริการด้านสุขภาพ

หลักการและการนำไปใช้ มีดังนี้

1. เลือกปฏิบัติในส่วนที่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพ
2. มุ่งนำไปใช้เพื่อผลด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ โดยต้นทุนที่คุ้มค่าที่สุด
3. กำหนดสถานการณ์ที่ปฏิบัติ เช่น ระดับของสถานบริการ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
4. ชี้แนะนำควรอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลและสถานการณ์ที่ดีที่สุดขณะนั้น
5. การปฏิบัติต้องพิจารณาทั้งผลดีและผลเสียอย่างรอบด้าน
6. CPG เป็นแนวทางที่ไม่มีข้อจำกัด บุคคลใด กลุ่มใด เมื่อไรและอย่างไร แต่ควรคำนึงถึงความสูญเสียจากการทำงานซ้ำซ้อน ทรัพยากรที่เสียไป และการร่วมแรงร่วมใจกัน โดยมุ่งประโยชน์ของบริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม

ประเภทเนื้อหาของ CPG เน้นผู้รับบริการระดับปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น 5 หมวด คือ

1. ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การวางแผนครอบครัว กลุ่มหญิงตั้งครรภ์
2. ด้านเวชปฏิบัติพื้นฐาน ได้แก่ กลุ่มอาการปวดท้อง การดูแลผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม การบาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก ฯลฯ
3. ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ ภาวะปัญญาอ่อน โรคจิต ฆ่าตัวตาย โรควิตกกังวล
4. ด้านทันตกรรม ได้แก่ กลุ่มทันตสาธารณสุข คือ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตกรรม การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี) การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ กลุ่มทันตกรรมการรักษา คือ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
5. ด้านโรคติดเชื้อ (กำลังดำเนินการยังไม่ระบุ)
6. ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู (กำลังดำเนินการยังไม่ระบุ)

เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ คนทั่วไป ชุมชน เพราะเป็นแนวทางในการค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวัง การป้องกันโรคทั่วไปและโรคเฉพาะ แนวทางการวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรค /มีอาการ แนวทางการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ แนวทางการรักษาและข้อบ่งชี้ในการส่งต่อไปรักษาในระดับที่สูงขึ้นและอาการแทรกซ้อน และเป็นแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพ ติดตามและการดูแลต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุป นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในประเทศไทยเพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินไปอย่างรวดเร็วและบรรลุได้

มาจากปัจจัยทางการเมืองและเศรษฐกิจมากกว่าความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเอง ระยะเวลาในการพัฒนาการสร้างหลักประกันสุขภาพใช้เวลาไม่น้อย เพราะมีการต่อต้านจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้บริการ นอกจากนี้การขยายความครอบคลุมไปสู่กลุ่มอาชีพอิสระ เช่น เกษตรกร ความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพ มาจากการใช้กฎหมายเป็นข้อบังคับมากกว่าการสมัครใจ ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญทั้งในส่วนผู้ให้บริการ ผู้จ่ายค่าตอบแทน ผู้ให้บริการและผู้รับประกัน ระบบบริการได้นำไปสู่การปฏิบัติ จากหลักปรัชญาและแนวคิด ทำให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับจำเป็นต้องปรับแนวคิด (Re-think) การบริหาร การบริการ การพัฒนารูปแบบวิธีการทำงาน และการบริหารระบบบริการสุขภาพ (Re-design) เพื่อให้สามารถบรรลุการมีสุขภาวะที่ดี หรือสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนของประชาชนและการบริหารทางการเงิน การคลัง ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ให้สามารถจัดบริการสาธารณสุข (Service) และดูแลประชาชน (Care) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁹⁾

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสุขภาพ บุคคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะบุคคลากรที่กำลังศึกษาอยู่ การเรียนการสอนก็นับว่าเป็นส่วนสำคัญ ซึ่งจะกล่าวในส่วนต่อไป

งานแพทยศาสตรศึกษา

แพทย์ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยต่อประชาชน โดยเฉพาะแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่ จำเป็นที่จะต้องได้รับความรู้ในด้านต่างๆ ให้ทันในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามแนวโน้มในปัจจุบัน โดยเฉพาะในด้านหลักประกันสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน

คณะแพทยศาสตร์หรือโรงเรียนแพทย์ ทำหน้าที่ คัดเลือกบุคคลเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข โดยจะหล่อหลอม อบรมบัณฑิตแพทย์ให้มีความรู้ความสามารถ กำหนดมาตรฐานการทำเวชปฏิบัติ รวมทั้งพัฒนาบัณฑิตด้านบุคลิกภาพ เจตคติและการตัดสินใจเลือกประกอบวิชาชีพ⁽³⁰⁾ และมาตรฐานของบัณฑิตแพทย์ที่ผลิต ซึ่งจะถูกกำหนดโดย สังคมหรือชุมชนในฐานะผู้ใช้ผลผลิต กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นผู้กำหนดแนวทางหรือนโยบายทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ แพทยสภาในฐานะเป็นผู้รับรองมาตรฐานวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมและตรวจสอบคุณภาพของแพทย์ ดังนั้นคณะแพทยศาสตร์ต้องมีพันธกิจและปรัชญาที่ชัดเจนในการกำหนดคุณสมบัติพิเศษหรือเอกลักษณ์เฉพาะ ของบัณฑิตแพทย์ที่พึงประสงค์⁽³¹⁾

งานแพทยศาสตรศึกษา ที่เน้นการผลิตแพทย์ให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติ ในการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมในแง่ต่างๆ หรือที่เรียกว่า การแก้ปัญหาแบบองค์รวม⁽³⁰⁾ (Holistic Approach) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี คิดวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาได้อย่างมีวิจารณญาณ แก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ใช้วิทยาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน

ฐานของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งกำหนดโดยแพทยสภา และอีกทั้งยังจะต้องเป็นผู้นำขององค์กรในระบบบริการสุขภาพ

จากบทความพิเศษ ของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ทองจันทร์ หงส์ดารมภ์ กล่าวถึง แนวโน้มของงานแพทยศาสตร์ศึกษา⁽³²⁾ ว่า พันธกิจของมหาวิทยาลัย คือ ให้การศึกษาที่มีคุณภาพสูงสุดและตรงกับความต้องการของสังคม เพื่อให้บัณฑิต / นักศึกษา มีจินตนาการ ความสามารถ ความคิดสร้างสรรค์ ทักษะที่จำเป็นในยุคโลกาภิวัตน์และการแสวงหาความรู้ใหม่ โดยมหาวิทยาลัยมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของประชาชนในประเทศ ให้เป็นที่ยอมรับทั้งภายในและภายนอกประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มการเรียนการสอนในงานแพทยศาสตร์ศึกษา ในด้านยุทธศาสตร์การเรียนการสอนที่ทำให้เกิดการปฏิบัติหรือการแสดงผลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ตามผลลัพท์ที่กำหนดไว้ ได้แก่

1. การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem-Based Learning : PBL)
2. บูรณาการของเนื้อหาวิชาและการเรียนรู้แบบบูรณาการ (Integrated Learning)
3. การศึกษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Education)

ทั้งนี้ การเรียนการสอนจะบรรลุเป้าหมายตามผลลัพท์ คือ ให้เกิดความคิด (Cognition) และการนำความคิดไปใช้ (Metacognition) จะต้องผ่าน “กระบวนการทางวิทยาศาสตร์บูรณาการ” ตามที่นายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าว คือ การฝึกสังเกต บันทึก นำเสนอ ฝึกฟัง ปูจณา-วิสัยทัศน์ ฝึกตั้งสมมติฐาน และคำถาม แสวงหาคำตอบ ทำการวิจัย ฝึกบูรณาการความรู้ที่ได้มาสู่ความเป็นองค์รวม และฝึกเขียนทั้งหมดออกมาเป็นเรื่องราว เพื่อที่จะให้บัณฑิตแพทย์ มีคุณลักษณะตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ เรียกว่า แพทย์ 5 ดาว (5 Star Doctors)^(8,32,33) ได้แก่

1. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Care Provider) มีการวัดและปรับปรุงคุณภาพบริการ
2. ผู้ที่ตัดสินใจด้านสุขภาพ (Decision – Maker) ใช้เทคโนโลยี อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้ถ่ายทอด (Communicator) มีการส่งเสริมสุขภาพ บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยใช้ทักษะการสื่อสาร และการเสริมพลังให้คนและกลุ่มคน
4. ผู้นำด้านสุขภาพ (Community Leader) ตอบสนองความคาดหวังของคนไข้และสังคมอย่างสมคูล
5. ผู้จัดการระบบสุขภาพ (Manager) ทำงานเป็นที่มกับสาขาอาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต⁽³¹⁾

การจัดการเรียนการสอน มีประเด็นที่ต้องกำหนดให้เป็นวัตถุประสงค์เป็นแนวทางในการผลิตแพทย์เพื่อให้ได้บัณฑิตแพทย์ที่มีคุณภาพออกมารับใช้สังคมและประชาชน อย่างพึงประสงค์ มีดังนี้

1. มีเจตคติที่ดีต่อการสาธารณสุขในชุมชน มีความรู้และทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู
2. มีจริยธรรมและคุณธรรมที่เหมาะสมสำหรับวิชาชีพ

3. มีทักษะทางคลินิกอย่างถูกต้อง เช่น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย เลือกลงและแปรผลการตรวจ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางร่างกาย จิตใจ วินิจฉัยและรักษาได้เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม สามารถเขียนบันทึกผู้ป่วยแบบ problem oriented medical record (POMR) และมีวิจรรย์ญาณในการตัดสินใจส่งผู้ป่วยเพื่อไปรักษาต่อ

4. เข้าใจและมีทักษะในการแก้ปัญหาแบบองค์รวม (Holistic approach)

5. มีความใฝ่รู้ ขวนขวาย ค้นคว้า เรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

6. สามารถรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลที่ได้อย่างมีวิจรรย์ญาณ (Information Skill and Evidence Based Learning) และสามารถแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (Research mind)

7. มีความเข้าใจสังคมและวัฒนธรรมไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น บทบาทของตนเองต่อสังคมและสามารถปฏิบัติงานทั้งในชุมชนเมืองและชนบทได้

8. มีทักษะทางสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ ติดต่อสื่อสารในการพูด ฟัง เขียน อ่านและกิริยาท่าทางอย่างเหมาะสม

9. สามารถทำงานเป็นกลุ่มทั้งบทบาทผู้นำและผู้ตาม การถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง

10. มีศิลปะในการดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข คงไว้ซึ่งสภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์

จากวัตถุประสงค์ดังกล่าว ส่งผลให้มหาวิทยาลัยต่างๆ ที่ได้ผลิตแพทย์เพื่อสนองความต้องการของประเทศเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนนั้นได้ และการเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์ โดยเฉพาะสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ก็มีความสำคัญยิ่งในการที่จะช่วยให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะและเจตคติที่ดีเมื่อทำงานในการรับผิดชอบชุมชน เข้าใจปัญหาชุมชน การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เน้นประสบการณ์การเรียนรู้ในชุมชน สถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน

การเรียนการสอนของสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ในสาขาวิชานี้เปรียบเสมือนเป็นสาขาที่เป็นอาวุธทางปัญญาที่มีศักยภาพในการทำให้คนใน

วงการแพทย์ มีความเข้าใจระบบบริการสุขภาพและเห็นช่องทางการปรับตัว จากวิกฤตสู่ความก้าวหน้าอีกครั้ง ดังจะเห็นได้จากการบรรยายสรุปของ รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุดศิริ เรื่อง อดีต ปัจจุบันและอนาคตของเวชศาสตร์ชุมชน⁽⁸⁾ ในทศวรรษหน้าของสังคมคนเคยรวย (Thaitanic Society) ได้กล่าวไว้อย่างน่าสนใจว่า

อดีต ปัจจุบัน และอนาคตของเวชศาสตร์ชุมชน

1. ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ มีการปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาค่าความยากจน ต้องมีการลงทุนด้านมนุษย์ที่มีศักยภาพ (Human talent) จึงจะเกิดทั้งสุขภาพดี (good health) และความสมบรูณ์มั่งคั่ง (Wealth)
2. ระบบสาธารณสุข เช่น Health Care , Medical practice และ Medical Education มีระบบประกันคุณภาพ เพื่อเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน
3. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอุบัติการณ์โรค (Disease Burden) แบบแผนในปี 1990 จะเป็นโรคที่พบทั่วไป ได้แก่ Lower Respiratory Infection ,Diarrhea ,TB and ect. แต่ในปี 2020 เป็นโรคที่เป็นผลมาจากความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจและการกินดีอยู่ดี ได้แก่ Ischemic hearth disease, Depression, Accidents, COPD and ect.
4. การลงทุนด้านระบบบริการสุขภาพ (Health Care) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) มากขึ้น ซึ่งกิจกรรมอาจแบ่งตาม
 - 4.1 สถานที่ (Settings) เช่น โรงเรียน ที่ทำงาน โรงงาน เขตเมือง
 - 4.2 กลุ่มประชากร (Population groups) เช่น แม่และเด็ก วัยรุ่น สตรี คนชรา
 - 4.3 กลุ่มสุขภาพ (Specific health issues) เช่น ผู้สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ซึ่งต้องทำในระบบหุ้นส่วน (Partnership or Strategic alliances)
5. แนวโน้มปรัชญาการพัฒนาสาธารณสุขจะเน้น (Health care development philosophy and focus) จาก งานรักษาพยาบาล เป็น งานส่งเสริมสุขภาพ จากแพทย์เฉพาะทางเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
6. แนวโน้มด้านเวชปฏิบัติ (Medical practice) คือ บทบาทแพทย์ต้องสามารถเป็นแพทย์ห้าดาว (Five stars doctors)
7. แนวโน้มด้านโรงเรียนแพทย์ (Medical Education) มีความรับผิดชอบต่อชุมชนและชุมชนสามารถตรวจสอบได้ (Social accountability) หมายถึง ภาระกิจของโรงเรียนแพทย์ ทำหน้าที่ ให้การศึกษา (Education) การวิจัย (research) และให้บริการ (Service) ต้องถูกประเมินโดยสังคมในด้านคุณภาพ (Quality) ด้านความเป็นธรรม (Equity) ด้านประสิทธิภาพ (Cost-effectiveness) ด้านความตรงหลักสูตร (Relevance) การปรับองค์กรให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนกิจกรรมด้านสาธารณสุข การเข้าไปเป็นหุ้นส่วนกับระบบบริการสุขภาพและชุมชน
8. วิชาพื้นฐานของเวชศาสตร์ชุมชน ที่จะสำคัญมาก คือ วิชาเกี่ยวกับการจัดการ (Management Science)

9. กระบวนการทำงานเดิมของเวชศาสตร์ชุมชน จาก Community health survey : health planning : health action : health evaluation เปลี่ยนเป็น Community (com.)defined : com. needs survey : com. diagnosis : com. planning : com. team development : com. action : com. monitoring : com. evaluation โดยมีความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Consumer satisfaction) เป็น เป้าหมาย (Goal)

10. การที่จะบรรลุเป้าหมายต้องใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement : CQI, Total quality management : TQM) ในทุกส่วนขององค์กร ทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ (Input , Process และ Outcome)

11. ปัจจัยที่ทำให้เกิด TQM หรือ CQI ได้แก่ ผู้นำองค์กร (Leadership) ความรู้และการวิเคราะห์ (Information and Analysis) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic planning) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการจัดการ (Human resource development and management) ซึ่งมีเป้าหมายที่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Consumer satisfaction) และผลลัพธ์องค์กร (Organizational results) โดยการพัฒนาแนวทาง (Guideline) คู่มือ (Manual) การทำงานที่ทุกคนในองค์กรรับรู้และเข้าใจทั่วถึง

12. สู้ดทำยต้องทุกคน ที่เกี่ยวข้องช่วยกันทำ

วิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน⁽⁸⁾

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนมีการตั้งชื่อหลายชื่อ⁽⁸⁾ มีหลักการเหมือนกัน แต่วิธีการเข้าถึง (Approach) อาจต่างกันบ้าง ได้แก่ สาขาเวชศาสตร์ชุมชน สาขาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และสาขาอาชีวเวชศาสตร์ หลักการเหมือนกัน คือ การส่งเสริมการผลิตบัณฑิตแพทย์ให้สามารถบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแบบองค์รวม แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีมนุษยธรรม

มีวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ประกอบด้วย วิชาหลัก มี 10 วิชา และ วิชาสนับสนุน มี 3 วิชา (Grey Zone) และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

วิชาหลัก 10 วิชา⁽⁸⁾ ได้แก่

1. Epidemiology
2. Biostatistics
3. Research Methodology
4. Health systems ทั้งหมด รวม Health service systems ด้วย
5. Health prevention and promotion of communicable diseases and non-communicable diseases
6. Occupational medicine and occupational health
7. Environmental health

8. Family health แต่ไม่รวม Family medicine
9. Managerial science
10. Health economics

วิชาที่เป็น Grey zone อาจเป็นวิชาหลักหรือวิชาสนับสนุน 3 วิชา⁽⁸⁾ ได้แก่

1. Medical sociology
2. Medical anthropology
3. Communication

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้⁽⁸⁾ ได้แก่

1. การดูงาน ในสถานบริการสาธารณสุขและสถานบริการทางสังคม
2. การเยี่ยมบ้าน/การศึกษาครอบครัว เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การศึกษาครอบครัว (family study)
3. การฝึกภาคสนามในชุมชน เพื่อศึกษาวิถีชีวิตของชาวบ้านในชุมชนและบริเวณแวดล้อม และ/หรือ ให้บริการแก่ชุมชนตามศักยภาพที่ทำได้ และ/หรือการทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพต่างๆโดยอาจฝึกในชุมชนชนบทและ/หรือชุมชนเมือง ก็ได้
4. การฝึกงานในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมและบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ฝึกปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ฝึกการบริหารและเรียนรู้สภาพปัญหาของสถานีนอามัย เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในการเป็นผู้สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานได้ดี โดยฝึกในลักษณะเป็นเงา (shadow) ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือแพทย์ประจำ
5. การฝึกงานในโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมและบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนเรียนรู้งานเวชกรรมสังคม
6. การฝึกทำวิจัย เพื่อให้ได้เรียนรู้กระบวนการวิจัย (research process) และทดลองปฏิบัติจริง และหากเป็นไปได้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้

**การจัดการเรียนการสอนสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ของคณะแพทยศาสตร์
ในมหาวิทยาลัยต่างๆ^(8,34)**

1. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย^(8,34)

จัดการศึกษาในระดับปริญญาตรี 3 หลักสูตร คือ

- 1) หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ใช้เวลาศึกษาตามปกติ 6 ปี รับจากสอบคัดเลือกกรมของทบวงมหาวิทยาลัย

- 2) หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ของโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท ใช้เวลาศึกษา 6 ปี เป็นโครงการพิเศษ สอดคล้องเลือกตามคณะแพทยศาสตร์กำหนด
- 3) หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ของโครงการแพทย์แนวใหม่ ใช้เวลาศึกษา 5 ปี เป็นโครงการพิเศษ สอดคล้องเลือกตามคณะแพทยศาสตร์กำหนด

มีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรรวม 263 หน่วยกิต จำนวนหน่วยกิตวิชาเวชศาสตร์ชุมชนรวม 17 หน่วยกิต คิดเป็นร้อยละ 6.46 ดังแสดงตามตาราง 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิชาที่สอน	ชั้นปี/ เทอม	จำนวนหน่วยกิต			หมายเหตุ
		บรรยาย	ปฏิบัติ	รวม	
บทนำสุขภาพอนามัยและโรค	2/2	1	1	2	
ระบาดวิทยา ชีวสถิติ	3/2	1	1	2	
อนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย	3/2	1	1	2	
เวชศาสตร์ชุมชน 1	4/1	0	1	1	
เวชศาสตร์ชุมชน 2,3	5/1,2	3	3	6	6 สัปดาห์
เวชศาสตร์ชุมชน 4	6/1,2	1	3	4	4 สัปดาห์
รวม	-	7	10	17	

1.1 การฝึกภาคสนามในชุมชน

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 วัตถุประสงค์ คือ สํารวจ วินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน ลักษณะชุมชนที่ฝึกเป็นเขตชุมชนเมือง/ชนบท ระยะเวลา 2 วัน โดยฝึกร่วมกับนิสิตทันตแพทย์ สหเวชศาสตร์ และนิสิตปริญญาโทสาขาเวชศาสตร์ชุมชน

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 วัตถุประสงค์ คือ สํารวจ วินิจฉัยและเสนอโครงการแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชนตลอดจนวางแผนประเมินผลโครงการที่นำเสนอ ลักษณะชุมชนที่ฝึกเป็นเขตชุมชนเมือง/ชนบท ระยะเวลาการฝึก 2 วัน

1.2 การฝึกงานในโรงพยาบาลชุมชน

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 วัตถุประสงค์ คือ ปฏิบัติงานบริการ บริหาร ในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ตลอดจนสำรวจทัศนคติและศูนย์ทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดย การสํารวจ วินิจฉัย และเสนอโครงการแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชน ตลอดจนวางแผนประเมินผลโครงการที่นำเสนอ ระยะเวลาการฝึก 3 สัปดาห์

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 วัตถุประสงค์ คือ ฝึกปฏิบัติงานการบริหารโรงพยาบาลชุมชน มีระยะเวลาการฝึก 4 สัปดาห์ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนถ่ายทอดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ด้านการบริหารและชีวิตแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชนให้นิสิต ให้ทำโครงการ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สนับสนุนทรัพยากรและบุคลากร เช่น โครงการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่ อสม / เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย / บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน)

1.3 การฝึกงานในโรงพยาบาลทั่วไป มีในรายวิชาเวชปฏิบัติทั่วไป

1.4 การฝึกงานในสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญอื่นๆ หน่วยงานภาค กทม. กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลบำราศนราดูรฯ และอื่นๆ

1.5 การฝึกทำวิจัย ไม่มี

1.6 การเรียนการสอนอื่นๆ

1) การสำรวจข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยนิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 2

2) Source of data and health indices

3) Investigation of epidemics

4) Epidemiology and control of cancer, coronary heart disease, AIDS

,pulmonary TB, nasocomail infection ชั้นปีที่ 3

5) EPI – report presentation (รวบรวมข้อมูล แปลความ สรุปประเด็นสำคัญจากรายงานเฝ้าระวังโรค และนำเสนอกลุ่ม)

6) Index medicus เพื่อการค้นคว้าวิจัย

7) ฐานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3

8) ฐานศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม

9) ฐานศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

10) ฐานโรงพยาบาลบำราศนราดูร

11) ฐานกองวิทยาศาสตร์ สภาวิชาชีพไทย

12) ฐานศูนย์อาชีวอนามัย ภาค 1 และโรงงานอุตสาหกรรม

13) ฐานกระทรวงสาธารณสุข และอื่นๆ เป็นต้น

รายวิชาที่การจัดการเรียนการสอน

ชั้นปีที่ 2 ภาคปลาย เริ่มศึกษาวิชาบทบาทสุขภาพอนามัยและโรคโดยศึกษาเกี่ยวกับด้านมนุษยวิทยา ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ลักษณะประชากรโลก ปัญหาประชากร ทฤษฎีทางด้านประชากรศาสตร์ อนามัยครอบครัว โภชนาการและการบริหารงานอนามัย เป็นการบริหาร 2 หน่วยกิต

ชั้นปีที่ 3 ภาคปลาย ศึกษาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผลกระทบของการพัฒนาอุตสาหกรรม ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม

สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในสิ่งแวดล้อม เป็นผลให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ มาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาของอนามัยสิ่งแวดล้อม บรรยาย 2 หน่วยกิต

และศึกษาระบบระบาดวิทยาและชีวสถิติ มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักและวิธีการทางระบาดวิทยาและชีวสถิติ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบการศึกษาทางระบาดวิทยา การประยุกต์ระบาดวิทยาในการป้องกันและควบคุมโรค โรคติดต่อและโรคไร้เชื้อที่เป็นปัญหาสาธารณสุข บรรยาย 2 หน่วยกิต

ชั้นปีที่ 4 ภาคต้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดและหลักทั่วไปของเวชศาสตร์ชุมชน การสำรวจอนามัยชุมชน การสร้างแบบสอบถาม การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล การวินิจฉัยอนามัยชุมชน บรรยาย 2 หน่วยกิต

ชั้นปีที่ 5 ภาคต้น/ภาคปลาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักและวิธีการแก้ไขอนามัยชุมชน การให้บริการสาธารณสุขในเขตเมือง ระบาดวิทยาและการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาของประเทศ อาชีวอนามัย ฐานข้อมูลและการสืบค้นข้อมูลทางการแพทย์ การใช้คอมพิวเตอร์ในการบริหารงานโรงพยาบาล บรรยายและดูงาน 3 หน่วยกิต

และศึกษาการดำเนินการแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชนและการประเมินผล การให้บริการสาธารณสุขในเขตเมือง การบริหารงานในหน่วยงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน ความเป็นผู้นำและการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ การมีประสบการณ์ในการฝึกงานชุมชนบท เป็นการฝึกงานที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต

ชั้นปีที่ 6 ภาคต้น/ภาคปลาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการสำหรับแพทย์ ฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้บัณฑิตมีประสบการณ์ในการปรับตัวเข้ากับองค์กรต่างๆ ที่บัณฑิตจะได้มีโอกาสเข้าไปร่วมเมื่อจบเป็นบัณฑิตแล้ว โดยเน้นภาวะความเป็นผู้นำ การสร้างทีมงานและการปรับปรุงคุณภาพในลักษณะของ Total Quality Management /Continuous Quality Improvement

2. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลรามาธิบดี ^(8,34)

การจัดการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ใช้เวลาศึกษาตามปกติ 6 ปี เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับวุฒิแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) ในสาขาวิชาแพทยศาสตร์ การรับเข้าศึกษาโดยการสอบคัดเลือกที่ทบวงมหาวิทยาลัย

มีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรรวม 263 หน่วยกิต จำนวนหน่วยกิตวิชาเวชศาสตร์ชุมชนรวม 20 หน่วยกิต คิดเป็นร้อยละ 7.60 ดังแสดงตามตาราง 2.2

ตารางที่ 2.2 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลรามธิบดี

วิชาที่สอน	ชั้นปี/ เทอม	จำนวนหน่วยกิต			หมายเหตุ
		บรรยาย	ปฏิบัติ	รวม	
เวชศาสตร์ชุมชน 1	3/2	4	1	5	บรรยาย 80 ชั่วโมง ฝึกภาคปฏิบัติ 5-7 วัน
เวชศาสตร์ชุมชน 2	4/ ทั้งปี	7	0	7	เรียนทฤษฎี Fam.3, Com.4 ปฏิบัติที่คณะ 2 สัปดาห์
เวชศาสตร์ชุมชน 3	5/ ทั้งปี	1	3	4	เรียนทฤษฎีที่คณะ 1 เดือน ฝึก งานที่รพช./สสจ. 3 สัปดาห์
เวชศาสตร์ชุมชน 4	6/ ทั้งปี	1	3	4	เรียนทฤษฎีที่คณะ 1 เดือน ฝึกงาน รพช. 4 สัปดาห์
รวม	-	13	7	20	

2.1 การฝึกภาคสนามในชุมชน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 วัตถุประสงค์ คือ ศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง บทบาทแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยและสังคม ระบบบริการที่พึงประสงค์ ศักยภาพของชุมชนในการแก้ปัญหาของชุมชน ลักษณะของชุมชนที่ฝึกเขตเมือง/ชนบท ระยะเวลาในการฝึก 5-7 วัน

2.2 การฝึกงานในโรงพยาบาลชุมชน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 วัตถุประสงค์ คือ อธิบายระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (ดูงานที่โรงพยาบาลชุมชน) โดยรวมอยู่ในการปฏิบัติกรภาคสนามที่สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ประมาณ 3 สัปดาห์

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 วัตถุประสงค์ คือ วิเคราะห์ สังเคราะห์และประยุกต์ การบริหารจัดการ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข การให้บริการแบบองค์รวม ระยะเวลาการฝึก 4 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลชุมชน

2.3 การฝึกงานในโรงพยาบาลทั่วไป - ไม่มี

2.4 การฝึกงานในสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญอื่นๆ - ไม่มี

2.5 การฝึกทำวิจัย

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 เป็นลักษณะการวิจัยแบบ ประเมินระบบบริการสาธารณสุข ระยะเวลาที่ฝึก 2 สัปดาห์ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-2 ของการฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน

2.6 การเรียนการสอนอื่นๆ

- 1) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในเชิงการแพทย์
- 2) เรียนรู้ด้วยตนเอง จาก CAI (Computer – assisted instruction)
- 3) Alternative Medicine

- 4) ฐานศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง
- 5) ฐานกำจัดขยะและน้ำเสีย โรงพยาบาลรามาริบัติ
- 6) ร่วมงานกับทีมดูแลครอบครัว (Home Health Care)

รายวิชาที่การจัดการเรียนการสอน

มีเนื้อหาเกี่ยวกับการประยุกต์วิทยาการโดยการผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุข สถิติ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ การบริหารจัดการ เพื่อใช้ในการแสวงหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งการจัดระบบบริการให้มีความเหมาะสมและมีคุณภาพ และเนื้อหาจะต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 จนถึงชั้นปีที่ 6 ในแต่ละระดับนักศึกษาจะพัฒนาความรู้ เจตคติ และฝึกปฏิบัติในชั้นตอนที่ซับซ้อนยิ่งขึ้นเป็นลำดับ จนนักศึกษาสามารถแก้ปัญหาของประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้

3. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์^(8,34)

การจัดการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ใช้เวลาศึกษาตามปกติ 6 ปี เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับวุฒิแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) ในสาขาวิชาแพทยศาสตร์ การรับเข้าศึกษาโดยการสอบคัดเลือกรวมที่ทบวงมหาวิทยาลัย

มีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรรวม 265 หน่วยกิต จำนวนหน่วยกิตวิชาเวชศาสตร์ชุมชนรวม 24 หน่วยกิต คิดเป็นร้อยละ 9.06 ดังแสดงตามตาราง 2.3

ตารางที่ 2.3 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วิชาที่สอน	ชั้นปี/ เทอม	จำนวนหน่วยกิต			หมายเหตุ
		บรรยาย	ปฏิบัติ	รวม	
เวชศาสตร์ชุมชน 1	2/1	3	3	6	6 สัปดาห์ต่อเนื่อง/ชุมชน 10 วัน
เวชศาสตร์ชุมชน 2	3/2	3	3	6	6 สัปดาห์ต่อเนื่อง/ชุมชน 14 วัน
เวชศาสตร์ชุมชน 3	4/ ทั้งปี	0	4	4	4 สัปดาห์หมุนเวียนเดือนเว้นเดือน ตลอดปี /ศึกษาที่สอ. 6 วัน
เวชศาสตร์ชุมชน 4	5/1	0	4	4	4 สัปดาห์ /ศึกษาที่รพช. 6 วัน
เวชศาสตร์ชุมชน 5	6/ ทั้งปี	0	4	4	4 สัปดาห์หมุนเวียนเดือนเว้นเดือน ตลอดปี /ศึกษาที่สจจ. 6 วัน
รวม	-	6	18	24	

3.1 การฝึกภาคสนามในชุมชน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 วัตถุประสงค์ คือ ประสบการณ์ครอบครัว ชุมชน โดยศึกษาชุมชนแบบองค์รวม การวินิจฉัยชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและวางแผนแก้ไขปัญหาที่พบ

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 วัตถุประสงค์ คือ การวินิจฉัยชุมชน เพื่อ ค้นหาปัญหาสุขภาพและวางแผนแก้ไขปัญหาที่พบ

3.2 การฝึกงานในโรงพยาบาลชุมชน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 วัตถุประสงค์ คือ ศึกษาบทบาท หน้าที่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ระบบการบริการและระบบการบริหารในโรงพยาบาลชุมชน

3.3 การฝึกงานในโรงพยาบาลทั่วไป

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 วัตถุประสงค์ คือ ศึกษาบทบาท หน้าที่ของแพทย์ ระบบบริการและระบบบริหารในโรงพยาบาลระดับจังหวัด

3.4 การฝึกงานในสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญอื่นๆ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 การฝึกปฏิบัติงานในสถานีนอามัย

3.5 การฝึกทำวิจัย

ไม่มีโดยตรง แต่มีการฝึกเขียนโครงร่างการศึกษา (proposal) เป็นรายบุคคลในชั้นปีที่ 3 ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยชุมชน

3.6 การเรียนการสอนอื่นๆ

- 1) การศึกษางานที่สถานีนอามัย
- 2) กฎหมายทางการแพทย์
- 3) การศึกษางานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ^(8,34)

การจัดการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ใช้เวลาศึกษาตามปกติ 6 ปี เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับวุฒิแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) ในสาขาวิชาแพทยศาสตร์ การรับเข้าศึกษาโดยการสอบคัดเลือกกรมที่ทบวงมหาวิทยาลัย และการรับประเภทโควต้าโรงเรียนในเขตภาคเหนือตอนล่างและผ่านการสอบคัดเลือกจากมหาวิทยาลัยนเรศวร

มีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรรวม 257 หน่วยกิต จำนวนหน่วยกิตวิชาเวชศาสตร์ชุมชนรวม 17 หน่วยกิต คิดเป็นร้อยละ 6.61 ดังแสดงตามตาราง 2.4

ตารางที่ 2.4 แสดงจำนวนรายวิชาและหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิชาที่สอน	ชั้นปี/ เทอม	จำนวนหน่วยกิต			หมายเหตุ
		บรรยาย	ปฏิบัติ	รวม	
เวชศาสตร์ชุมชน 1	2/1	2	0	2	
ภาคปฏิบัติเวชศาสตร์ชุมชน 1	2/2	0	2	2	สำรวจชุมชน
เวชศาสตร์ชุมชน 2	3/1	2	0	2	
เวชศาสตร์ชุมชน 3	3/2	2	2	4	ฝึกปฏิบัติสอ./พักสอ. จากสำรวจชุมชนปี 2
เวชศาสตร์ชุมชน 4	4/-	1	3	4	ฝึกงานที่ สสจ.,รพท.
เวชศาสตร์ชุมชน 5 ,อาชีวเวชศาสตร์	5/-	1	2	3	ฝึกงาน รพช.(ชนบท)
รวม	-	8	9	17	

4.1 การฝึกภาคสนามในชุมชน

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 วัตถุประสงค์ คือ สำรวจชุมชนและศึกษาอนามัยครอบครัว ลักษณะชุมชนที่ฝึกในเขตชนบท/เมือง ระยะเวลาฝึก 10 วัน

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 วัตถุประสงค์ คือ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตชุมชนเมือง

4.2 การฝึกงานในโรงพยาบาลชุมชน

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 วัตถุประสงค์ คือ การให้บริการผู้ป่วยแบบผสมผสาน การประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และการฝึกหัดสอนบุคลากรอื่นๆ ระยะเวลาการฝึก 48 สัปดาห์หมุนเวียนกัน

4.3 การฝึกงานในโรงพยาบาลทั่วไป

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 วัตถุประสงค์ คือ ดูงานและร่วมกิจกรรมของฝ่ายต่างๆ วิเคราะห์ปัญหาทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตชุมชนเมือง

4.4 การฝึกงานในสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญอื่นๆ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 การฝึกงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4.5 การฝึกทำวิจัย

ไม่มีโดยตรง แต่มีการวิเคราะห์ปัญหาทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ตามหัวข้อที่กำหนดร่วมกันระหว่างภาควิชา และสถานที่ฝึก .ในชั้นปีที่ 4

4.6 การเรียนการสอนอื่นๆ

การฝึกปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

รายวิชาที่การจัดการเรียนการสอน

ชั้นปีที่ 2 มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความเป็นมาของการแพทย์ไทย ระบบบริการสาธารณสุข สังคมวิทยาทางแพทย์ การสำรวจและวินิจฉัยชุมชน อนามัยครอบครัว โภชนาการ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การสุขภาพในชนบท มนุษยนิเวศวิทยาและเวชศาสตร์ประชากร

ชั้นปีที่ 3 มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ โรคไร้เชื้อ โรคเอดส์ อุบัติภัยทางการจราจร อนามัยสิ่งแวดล้อม โภชนาการ โรคมะเร็ง และการฝึกปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

ชั้นปีที่ 5 อาชีวเวชศาสตร์ มีเนื้อหาภาคทฤษฎีและความรู้พื้นฐานของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ และโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานทั้งโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อ การบาดเจ็บเฉียบพลันจากอุบัติเหตุ การทำงาน หรือการบาดเจ็บซ้ำบ่อยๆ กฎหมายเกี่ยวกับสารพิษ กฎหมายประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน ระบบบันทึกสุขภาพ การตรวจร่างกายทั้งก่อนและหลังทำงาน การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคและรักษาโรคจากการประกอบอาชีพ

5. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ^(8,34)

การจัดการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ใช้เวลาศึกษาตามปกติ 6 ปี เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับวุฒิปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) ในสาขาวิชาแพทยศาสตร์ การรับเข้าศึกษาโดยการสอบคัดเลือกกรมที่ทบวงมหาวิทยาลัย

มีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรรวม 259 หน่วยกิต จำนวนหน่วยกิตวิชาเวชศาสตร์ชุมชนรวม 18 หน่วยกิต คิดเป็นร้อยละ 6.95 ดังแสดงตามตาราง 2.5

ตารางที่ 2.5 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิชาที่สอน	ชั้นปี/ เทอม	จำนวนหน่วยกิต			หมายเหตุ
		บรรยาย	ปฏิบัติ	รวม	
เวชศาสตร์ชุมชน 1	1/2	1	0	1	
ภาคปฏิบัติเวชศาสตร์ชุมชน 1	1/2	0	1	1	ดูงาน จัดนิทรรศการ
เวชศาสตร์ชุมชน 2	2/2	1	0	1	
ภาคปฏิบัติเวชศาสตร์ชุมชน 2	2/2	0	1	1	พักกับชาวบ้าน ศึกษาวิถีชุมชน
เวชศาสตร์ชุมชน 3	3/1	1	0	1	
ภาคปฏิบัติเวชศาสตร์ชุมชน 3	3/1	0	2	2	ฝึกงานชุมชนร่วมกับ คณะอื่นๆ
ระบาศึกษาคลินิกและชีวสถิติ	3/2	2	1	3	
เวชศาสตร์ชุมชน 4	4/ทั้งปี	3	1	4	ฝึกงาน รพช.
เวชศาสตร์ชุมชน 5	5/ทั้งปี	2	2	4	ฝึกงาน รพท./รพช.
รวม	-	10	8	18	

5.1 การฝึกภาคสนามในชุมชน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 วัตถุประสงค์ คือ ศึกษาวิถีชีวิตของชุมชน สำรวจและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน โดยฝึกในชุมชนเขตชนบท ระยะเวลาการฝึก 5 วัน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 วัตถุประสงค์ คือ การทำงานเป็นที่ระหว่างสาขาวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพชุมชนแบบองค์รวมและเสนอแนวทางแก้ไข อาศัยหลักการพัฒนาชุมชน โดยฝึกในชุมชนเขตชนบท ระยะเวลาการฝึก 12 วัน และฝึกร่วมกับคณะต่างๆ ของมหาวิทยาลัย ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัช สาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด และสัตวแพทย์

5.2 การฝึกงานในโรงพยาบาลชุมชน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 วัตถุประสงค์ คือ ศึกษาการบริหารสาธารณสุขแบบผสมผสานและการบริหารงานโรงพยาบาลชุมชน มีระยะเวลาฝึก 3 สัปดาห์

5.3 การฝึกงานในโรงพยาบาลทั่วไป

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 วัตถุประสงค์ คือ มีการเรียนรู้งานเวชกรรมสังคม ในโรงพยาบาลทั่วไป มีระยะเวลาฝึก 1 สัปดาห์

5.4 การฝึกงานในสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญอื่นๆ

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 การฝึกปฏิบัติงานในสถานอนามัย มีระยะเวลาการฝึก 2-3 วัน โดยฝากไปในการฝึกงานที่โรงพยาบาลชุมชน

5.5 การฝึกทำวิจัย นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 เป็นลักษณะการวิจัยระบบสาธารณสุข มีระยะเวลาฝึก 3 สัปดาห์

5.6 การเรียนการสอนอื่นๆ

ได้จัดการเรียนการสอน หลักการพัฒนาชุมชน กลุ่มสัมพันธ์ การสร้างทีมงาน การประชุม และการประสานงาน เทคนิคการพูด การนำเสนอในที่ชุมชน การจัดนิทรรศการ การใช้โปรแกรม Epi Info การจัดทำวารสารสัมพันธ์ พฤติกรรมอนามัย สุขภาพผู้บริโภค ผลกระทบทางสังคมต่อการทำเวชปฏิบัติ การแพทย์และการสาธารณสุขในภาคเอกชน การแพทย์ในยุคโลกาภิวัตน์และในอนาคต เวชศาสตร์ทางเลือก ระบบประกันสุขภาพ และการตรวจสอบทางการแพทย์และการประกันสุขภาพ เป็นต้น

รายวิชาที่จัดการเรียนการสอน

ชั้นปีที่ 1 มีเนื้อหาเกี่ยวกับโครงสร้างระบบสาธารณสุข บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในระบบบริการสาธารณสุข ปัญหาสุขภาพ นโยบายสาธารณสุข สังคมศาสตร์การแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพ ประชากรศาสตร์ นิเวศวิทยา ความสำคัญการวิจัยและแนวทางประยุกต์

ชั้นปีที่ 2 มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิทยาการระบาดเบื้องต้น การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพสิ่งแวดล้อม บทบาทของการให้บริการทางการแพทย์ หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ทักษะในการติดต่อสื่อสารและจริยธรรม

ชั้นปีที่ 3 มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน คุณภาพชีวิต การสำรวจชุมชน การออกแบบสอบถาม การวินิจฉัยชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวิจัยเชิงปริมาณ การวางแผนและประเมินผลโครงการ

ชั้นปีที่ 3 มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการทางระบาดวิทยา ระเบียบวิธีวิจัย ชีวสถิติ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การใช้คอมพิวเตอร์ ธรรมชาติของการเกิดโรค การเฝ้าระวัง การระบาดของโรค การสืบสวนโรค การประเมินผลและการอำนวยการรณรงค์ทางสาธารณสุข

ชั้นปีที่ 4 มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การบริหารสาธารณสุข การจัดการโรงพยาบาล การบริการสาธารณสุขผสมผสาน อาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อม และฝึกปฏิบัติโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย

6. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ^(8,34)

การจัดการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ใช้เวลาศึกษาตามปกติ 6 ปี เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับวุฒิปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) ในสาขาวิชาแพทยศาสตร์ การรับเข้าศึกษาโดยการสอบคัดเลือกรวมที่ทบวงมหาวิทยาลัย

มีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรรวม 248 หน่วยกิต จำนวนหน่วยกิตวิชาเวชศาสตร์ชุมชนรวม 17 หน่วยกิต คิดเป็นร้อยละ 6.85 ดังแสดงตามตาราง 2.6

ตารางที่ 2.6 แสดงจำนวนรายวิชา และหน่วยกิตการเรียน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิชาที่สอน	ชั้นปี/ เทอม	จำนวนหน่วยกิต			หมายเหตุ
		บรรยาย	ปฏิบัติ	รวม	
เวชศาสตร์ชุมชน 1	2/1	2	0	2	
ภาคปฏิบัติเวชศาสตร์ชุมชน 1	2/2	0	2	2	สำรวจชุมชน
เวชศาสตร์ชุมชน 2	3/1	2	0	2	
เวชศาสตร์ชุมชน 3	3/2	2	0	2	
ภาคปฏิบัติเวชศาสตร์ชุมชน 2	3/2	0	2	2	มีระยะเวลาฝึก 12 วัน
เวชศาสตร์ชุมชน 4	4/1	0	4	4	ฝึกที่ สสจ., รพท.
เวชศาสตร์ชุมชน 5	6/ทั้งปี	0	3	3	ฝึกที่ รพท. ระยะเวลา 4 สัปดาห์
รวม	-	6	11	17	

6.1 การฝึกภาคสนามในชุมชน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 วัตถุประสงค์ คือ สัมผัสชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางโครงการ แก้ไขปัญหาสาธารณสุข ศึกษาอนามัยครอบครัว ฝึกปฏิบัติงานในเขตชุมชนชนบท โดยมีระยะเวลาการฝึก 12 วัน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 วัตถุประสงค์ คือ สัมผัสชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และประเมินผล ศึกษาอนามัยครอบครัว

6.2 การฝึกงานในโรงพยาบาลชุมชน

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 วัตถุประสงค์ คือ ฝึกการบริหาร บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ระยะเวลาการฝึก 18 วัน

6.3 การฝึกงานในโรงพยาบาลทั่วไป

ไม่มี (แต่มีดูงาน โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ รวม 4 วัน ในชั้นปีที่ 4 และมีการสำรวจรวบรวมข้อมูลวิจัย ฯ ในโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน รวม 8 วัน) และมีการนำเสนอรายงานวิจัยต่อโรงพยาบาลทั่วไป หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อีกเป็นเวลาครึ่งวัน

6.4 การฝึกงานในสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญอื่นๆ - ไม่มี

6.5 การฝึกทำวิจัย

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 เป็นการวิจัยปัญหาสาธารณสุข ระยะเวลาการฝึก 15 วันครึ่ง

- 1) ทบทวนความรู้และวางแผนการวิจัย 4 วัน
- 2) ฝึกปฏิบัติคอมพิวเตอร์ 1 วัน
- 3) แก้ไข ปรับปรุง โครงการวิจัยกับอาจารย์ 2 วัน
- 4) สัมผัส รวบรวมข้อมูล 8 วัน
- 5) นำเสนอรายงานวิจัยครึ่งวัน

(วิจัย โดยใช้ โรงพยาบาลในพื้นที่ คือ เขตจังหวัดปัตตานี ยะลา พัทลุง หรือสตูล หรือพื้นที่ภายในจังหวัดดังกล่าวเป็นสถานที่สำหรับเก็บข้อมูล)

6.6 การเรียนการสอนอื่นๆ

- 1) อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ
- 2) เยี่ยมบ้านและชุมชน ของผู้ป่วยที่ได้รับการสังคมสงเคราะห์

โดยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พร้อมทั้งอภิปรายกลุ่ม

- 3) จัดทำเอกสารประกอบการสอนให้ชนิดี เพื่อเพิ่มเติมความรู้
 - หนังสือปฏิทินสาธารณสุข
 - การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข
 - บัญชียาหลักแห่งชาติ
 - ชุดบทเรียนวิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัยโดยใช้คอมพิวเตอร์ด้วยตนเอง

- การปฏิบัติการสอนแบบจุลภาค

รายวิชาที่การจัดการเรียนการสอน

ชั้นปีที่ 2 นักศึกษาต้องศึกษาความเป็นมาของแพทย์ไทย ระบบบริการสาธารณสุข สังคมวิทยาทางการแพทย์ การวินิจฉัยและการสำรวจชุมชน อนามัยครอบครัว โภชนาการ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การสุขภาพในชนบท บรรยาย 2 หน่วยกิต

ชั้นปีที่ 3 มีเนื้อหาเกี่ยวกับการระบาดวิทยา การศึกษาเชิงพรรณนา เชิงวิเคราะห์ เชิงทดลอง วัตถุประสงค์ ประเมินโอกาสและความลำเอียง เพื่อประยุกต์ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุข บรรยาย 2 หน่วยกิต

บทบาทของแพทย์ กับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แพทยศาสตร์ศึกษากับการเตรียมแพทย์สำหรับระบบบริการสุขภาพ⁽³⁵⁾

กระบวนการผลิตแพทย์นับเป็นการลงทุนที่สำคัญที่สุดของระบบบริการสุขภาพ เพราะแพทย์เป็นบุคลากรที่มีบทบาทหลักในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การบริการต้องอาศัยความรู้และความชำนาญเฉพาะด้านและความรับผิดชอบสูง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นความตายของผู้ป่วย กระบวนการผลิตแพทย์จึงเป็นกระบวนการฝึกอบรมที่มีลักษณะเฉพาะและประเด็นที่พิจารณาในรายละเอียดค่อนข้างมาก เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะได้แพทย์ที่มีลักษณะพึงประสงค์สำหรับระบบบริการสุขภาพ ในแต่ละระดับเพื่อรับใช้สังคมและประเทศชาติ

การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ระดับหลังปริญญา⁽³⁵⁾

โดยปกติการเรียนแพทย์ใช้เวลาเรียน 6 ปี แต่หากต้องการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติม ก็สามารถทำได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษาต่อเนื่องระดับหลังปริญญา (หลักสูตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ) คือ การศึกษาและการทำงานกิจกรรมต่างๆ ทางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถตลอดจนทักษะและเจตคติทางวิชาชีพให้อยู่ในระดับมาตรฐาน ตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการ และรวมถึงกิจกรรมใดๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการพัฒนาตนเอง แสวงหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อประยุกต์ใช้ในการแพทย์และการสาธารณสุขได้ และเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพที่มีความต้องการกำลังคนที่แตกต่างกัน มีประเด็นที่พิจารณาในการกำหนดความชำนาญเฉพาะสาขาที่ควรต้องมีการฝึกอบรม คือ

ประเด็นที่ 1 จำนวนสาขา อาจพิจารณาได้จากความจำเป็นและความต้องการบริการสุขภาพของประเทศ และเนื้อหาเฉพาะของสาขาวิชานั้นๆ การแบ่งแยกสาขาต่างๆ ย่อยจนเกินไปอาจเป็นการลงทุนที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านฝึกอบรมและการจัดบริการ เนื่องจากโอกาสที่แพทย์จะได้ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขานั้นมีน้อยมาก ถึงแม้ว่าเนื้อหาจะมีมากพอที่จะแยกเป็นสาขาเฉพาะก็ตาม

ประเด็นที่ 2 การกำหนดสาขา จะทำให้เกิดการพัฒนาวิทยาการด้านความรู้และเทคโนโลยีในสาขานั้นๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการแก่ประชาชน แต่การกำหนดสาขาต่างๆ ย่อยจนเกินไป จะทำให้เกิดปัญหาความชัดเจนในบทบาทผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และปัญหาการประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญ เพราะประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนมีความเกี่ยวพันกัน

ประเด็นที่ 3 สำหรับแพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นอาจารย์แพทย์หรือนักวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีจำนวนความต้องการไม่มากนัก การพิจารณาส่งไปฝึกอบรมความชำนาญเฉพาะในต่างประเทศ จะเป็นการลงทุนที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการจัดให้มีสาขาการฝึกอบรมภายในประเทศ

กระบวนการฝึกอบรมในระดับหลังปริญญา มีความจำเป็นที่ต้องฝึกอบรมแบบเป็นทางการ (formal training) ในสถาบันฝึกอบรมน้อยลง เนื่องจากเป็นความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวกับประสบการณ์การทำงาน การพัฒนาคุณภาพของงาน รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้จากงานที่ดำเนินการอยู่ ดังนั้น แพทยสภาเปิดโอกาสให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานและมีผลงานครบตามเงื่อนไขที่กำหนด สามารถสอบเพื่อขอรับหนังสืออนุมัติเป็นผู้เชี่ยวชาญในบางสาขาได้โดยไม่ต้องเข้ารับการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ ซึ่งนับเป็นเงื่อนไขที่ดีในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพโดยรวมอีกด้วย อย่างไรก็ตามระบบสนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ขณะปฏิบัติงาน (on the job training) ต่างๆ ยังไม่มีการจัดระบบรองรับที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประเด็นดังกล่าวจึงเป็นประเด็นที่สถาบันฝึกอบรมต่างๆ ควรให้ความสนใจมากขึ้นในอนาคต

กระบวนการฝึกอบรมระดับหลังปริญญา มีความครอบคลุมถึงกระบวนการฝึกอบรมเพื่อให้แพทย์สามารถคงสภาพหรือพัฒนาความรู้ความชำนาญต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น ประเด็นการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ (continuing medical education CME) จึงมีความสำคัญสำหรับแพทยศาสตร์ศึกษาในอนาคต เพื่อการเตรียมแพทย์ให้พร้อมสำหรับระบบที่เปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงระบบ

อย่างไรก็ตามแพทย์ที่พร้อมจะเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ยังต้องมีคุณลักษณะพื้นฐานหลายประการ⁽³⁵⁾ เช่น

1. มีความสามารถคิดและตรวจสอบเรื่องราวต่างๆ (critical thinking skill) ด้วยหลักฐานข้อเท็จจริงและวิธีการแห่งเหตุผล (reasoning methodology) เนื่องจากสังคม ระบบบริการสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ขึ้นมาตลอดเวลา แพทย์ที่เราต้องการ คือ แพทย์ที่มีความรู้เท่าทันสภาพแวดล้อม ความเป็นไปในสังคมและระบบบริการสุขภาพ

2. มีความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self directed learning) และมีฉันทะที่จะเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ความสามารถในการคิดและตรวจสอบเรื่องราวต่างๆ ด้วยหลักฐานข้อเท็จจริงและวิธีการแห่งเหตุผล ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้ด้วยตนเอง กระบวนการเรียนรู้มีการท่องจำหรือเชื่อถือสิ่งที่ได้รับการบอกเล่าหรือสอนมา แต่จะได้มาจากความสามารถในการรวบรวมหรือเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสม

สม มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปหรือการตัดสินใจที่เหมาะสม (empirical based decision making)

3. มีความสามารถในการคิดเชิงระบบ (system approach) คือ มองเห็นสิ่งต่างๆที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และสัมพันธ์กับโครงสร้างใหญ่ คือ สังคมโดยส่วนรวม ปัญหาต่างๆไม่ได้ดำรงอยู่อย่างอิสระ หากแต่เกี่ยวพันเชื่อมโยงกับปัญหาอื่น การแก้ไขปัญหานึงก็จะกระทบกับปัญหาอื่น หรือจะแก้ไขปัญหาใดให้ลุล่วงไปได้ มีความจำเป็นต้องแก้ไขปัญหานั้นที่เกี่ยวข้องตาม

4. มีความสามารถในการทำงานกับชุมชน โดยที่ชุมชนจะมีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพในอนาคต แพทย์จึงต้องมีความสามารถที่จะทำงานร่วมกับชุมชนสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยสิ่งที่ต้องมีในอันดับแรกคือความเชื่อมั่นในศักยภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชนโดยรวม และทักษะในการสื่อสาร (communication skill) กับบุคคลและชุมชน

ที่ผ่านมา การประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ได้ให้ความสำคัญกับบางประเด็น เช่น การให้แพทย์มีความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยให้แพทย์ที่จบการศึกษาออกมาสามารถตอบสนองต่อความต้องการของระบบบริการสาธารณสุขและแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ได้มีการปรับกระบวนการจัดการเรียนการสอนไปแล้วในบางส่วน การประเมินผลสำเร็จของกระบวนการข้างต้น จะเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปรับหลักสูตรแพทย์ในโอกาสต่อไป

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ หากยอมรับว่า กระบวนการเรียนด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการสำคัญพอๆกับการเรียนรู้ในสถาบันการศึกษา การส่งเสริมให้แพทย์สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง จึงมีที่สิ้นสุดเพียงแค่การสอน แต่กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง (learning how to learn) ที่ให้กับแพทย์ ยังหมายรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้แพทย์สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพด้วย

บทบาทของแพทย์ทั่วไปและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการระดับปฐมภูมิ⁽³⁵⁾

แพทย์ทั่วไป (Basic doctor) หมายถึง แพทย์ที่จบการศึกษาขั้นพื้นฐานจากโรงพยาบาล (ปัจจุบันใช้ระยะเวลาในการศึกษาอบรม 6 ปี) สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้โดยได้รับใบอนุญาตจากแพทยสภา โดยมีความรู้ความสามารถขั้นต่ำตามที่แพทยสภากำหนด ซึ่งครอบคลุมความรู้ความสามารถในการรักษาโรคทุกสาขา

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Medical specialist) หมายถึง แพทย์ทั่วไปที่ได้รับการฝึกอบรมต่อยอดในสาขาเฉพาะต่างๆ (ทั้งการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการและการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน) โดยมีสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งปัจจุบันแพทยสภาเปลี่ยนเป็นสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว ปัจจุบันมีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ และจำนวนแพทย์ที่ขอเข้ารับการอบรมแต่ละปีมีจำนวนไม่มากนัก การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความสามารถดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น (หลักสูตรแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีการปรับปรุงใหม่)

บทบาทแพทย์ในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ ⁽³⁵⁾

1. สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิเขตเมืองและเขตอุตสาหกรรม (รัฐและเอกชน)

ร่วมกับทีมสุขภาพ ให้บริการแบบองค์รวมแก่ประชาชนที่รับผิดชอบ จัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้น ตามความเหมาะสม และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับมายังชุมชน สนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สนับสนุนองค์กรชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

2. โรงพยาบาลอำเภอ

พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่ประชาชนในพื้นที่ตั้งโรงพยาบาล สนับสนุนสถานีนอนามัย (สอ.) ให้สามารถดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่ประชาชนที่รับผิดชอบ พัฒนาขีดความสามารถด้านงานรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการสถานีนอนามัย ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจาก สอ. และพิจารณาส่งต่อไปรับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นตามความเหมาะสม โดยเน้นให้เกิดความต่อเนื่องตลอดทั้งระบบ ร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

3. โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน

ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ โดยใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ ตามความจำเป็นด้านสุขภาพ และคำนึงถึงประสิทธิผลต้นทุนเป็นสำคัญพัฒนาระบบการดูแลและให้การดูแลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยในรพ. พัฒนามาตรฐานการรักษาพยาบาล evidence based medicine ส่งผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลระดับล่าง โดยเน้นให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลและการรักษาพยาบาล

4. หน่วยงานคู่สัญญา จัดซื้อบริการสุขภาพ (purchaser)

วิเคราะห์ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) และบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนที่รับผิดชอบ ประสานงานต่อรองกับผู้ให้บริการเพื่อจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่รับผิดชอบ ติดตามประเมินผลการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่รับผิดชอบ พัฒนาระบบการเงินการคลังให้เกิดความยั่งยืน (sustainable)

5. หน่วยงานพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ

วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาของระบบบริการสาธารณสุข พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายด้านสุขภาพต่างๆ

6. หน่วยงานรับรองและตรวจสอบคุณภาพบริการ

พัฒนาเครื่องชี้วัดมาตรฐานการบริการสุขภาพและสถานพยาบาล ประเมินคุณภาพบริการของสถานพยาบาลและบุคลากร ร่วมพัฒนากลไกในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

7. โรงเรียนแพทย์

พัฒนาหลักสูตรการศึกษาแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพ จัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์ออกไปทำงานในระบบบริการสุขภาพ จัดระบบการศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนามาตรฐานการทำงานของแพทย์ การประกันคุณภาพการศึกษา ประเมินผลการจัดการศึกษาแพทย์

8. หน่วยงานวิจัยทางการแพทย์

ศึกษาค้นคว้าวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยโรค (โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเดิมและโรคใหม่) ให้มีประสิทธิภาพและสะดวกมากขึ้น ศึกษาค้นคว้าวิจัยและพัฒนากระบวนการรักษาโรคต่างๆ (โรคเดิมและโรคใหม่) และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

เนื่องจากหลักการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความเกี่ยวข้องกับแพทย์ทั่วไปอย่างใกล้ชิด เพราะมีหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาโดยตรง ดังนั้นจะขอกล่าวในรายละเอียดดังนี้

บทบาทแพทย์ทั่วไปในระบบบริการสุขภาพ ที่ผ่านมาและข้อเสนอในอนาคต

ปัจจุบันมีแพทย์ทั่วไปจบการศึกษาปีละประมาณ 900 คน โดยเมื่อจบการศึกษาแพทย์ทั่วไปจะต้องไปปฏิบัติงานชดใช้ทุนในสถานพยาบาลของรัฐในสวนภูมิภาคอย่างน้อย 3 ปี (ยกเว้นแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ของเอกชน) สถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลชุมชน โดยสัดส่วนของแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจากรายงานของกองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ.2540 พบว่ามีร้อยละ 50 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด หลังจากปฏิบัติงานชดใช้ทุนแล้ว แพทย์ทั่วไปส่วนใหญ่จะกลับมาศึกษาต่อเพื่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และหลังจากนั้นมักจะย้ายกลับมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลเอกชน มีส่วนน้อยที่กลับไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

จากข้อมูลของแพทยสภาในปี พ.ศ. 2538 ระบุว่า ในจำนวนแพทย์ทั้งหมด 14,181 คน มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติคิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของแพทย์ทั้งหมด และจากการสำรวจของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข พบว่า มีแพทย์ที่ปฏิบัติงานเฉพาะสาขาโดยไม่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติอีกเป็นจำนวนมาก โดยรวมแล้วจึงมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานเฉพาะสาขารวมในปี พ.ศ.2538 รวมทั้งสิ้นร้อยละ 82 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด คงเหลือที่ปฏิบัติงานในลักษณะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner) เพียงร้อยละ 18 หรือคิดเป็น 2,836 คน

แพทย์ทั่วไป โดยส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนในลักษณะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยในปี พ.ศ.2538 มีแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งสิ้นจำนวน 1,574 คน และคาดว่ามากกว่าร้อยละ 95 เป็นแพทย์ทั่วไป ที่เหลือจะกระจายปฏิบัติงานในลักษณะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในศูนย์บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเทศบาลและกรุงเทพมหานคร คลินิกเอกชน แพทย์ทั่วไปอีกจำนวนไม่มากนักคือ แพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานเฉพาะสาขาในโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลในสังกัดส่วนราชการต่างๆ และโรงพยาบาลเอกชน

บทบาทหลักแพทย์ทั่วไปในปัจจุบัน คือ ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ และคลินิกเอกชน สำหรับการปรับบทบาทของแพทย์ทั่วไป

เพื่อมาปฏิบัติงานเฉพาะสาขา น่าจะไม่ใช่วัตถุประสงค์หลักของการผลิตแพทย์ทั่วไป การพิจารณาบทบาทแพทย์ทั่วไปในปัจจุบัน จำแนกได้เป็น

1. บทบาทในการให้บริการรักษาพยาบาลในลักษณะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งประชาชนจะคาดหวังจากแพทย์ค่อนข้างมาก ประเด็นปัญหาอยู่ที่ การให้บริการลักษณะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสังคมไทยนั้น ควรจะครอบคลุมความสามารถในด้านการให้บริการอะไรบ้าง เพราะในประเทศที่พัฒนาแล้วบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะดูแลเฉพาะความเจ็บป่วยทั่วไปที่ไม่ต้องการการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (ambulatory care) ขณะที่แพทย์ทั่วไปในประเทศไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากขึ้นและจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลด้วย

1.1 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก (ambulatory care) คือ มีความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ตรวจวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน (complication) ที่เกิดจากโรคที่พบบ่อย ให้การรักษาและพิจารณาส่งต่อเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบได้อย่างเหมาะสม

1.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยใน (hospital care) ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลที่มีความรุนแรงน้อยจนถึงปานกลาง สามารถให้การรักษาโดยการใช้อุปกรณ์มือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม รวมถึงการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดในโรคที่พบบ่อย กรณีที่มีอาการรุนแรงมาก สามารถวินิจฉัยและส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรักษาในเวลาที่เหมาะสม

1.3 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและภาวะวิกฤต (emergency and critical care) ครอบคลุมการวินิจฉัยและการให้การดูแลเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพอาการดีขึ้นก่อนที่จะให้การรักษาต่อไป หรือก่อนที่จะส่งต่อให้แพทย์เชี่ยวชาญรักษาพยาบาลต่อไป

อย่างไรก็ตาม การจำแนกบทบาทและความสามารถของแพทย์ทั่วไปยังมีข้อจำกัดอยู่ค่อนข้างมากว่า อะไรคือโรค /ภาวะความเจ็บป่วยที่แพทย์ทั่วไปควรให้การวินิจฉัยและรักษาดูแลเบื้องต้นได้ และหลังจากนั้นจึงส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเพื่อให้การรักษาต่อไป การกำหนดมาตรฐานความสามารถของแพทย์ทั่วไปต้องพิจารณาในรายละเอียดของโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ ค่อนข้างมาก และเกณฑ์มาตรฐานที่แพทยสภากำหนดใช้ในปัจจุบัน นอกจากจะเกิดปัญหาเรื่องมาตรฐานการตัดสินใจการแบ่งขอบเขตความรับผิดชอบของแพทย์ทั่วไปและแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในแต่ละโรคไม่ชัดเจนแล้ว การที่วิทยาการแต่ละสาขามีความก้าวหน้าเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้การกำหนดมาตรฐานต้องมีการปรับอย่างต่อเนื่อง แต่โดยข้อเท็จจริงแล้วเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภามีการปรับเปลี่ยนน้อยมาก

2. บทบาทในการสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน

บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน หมายถึง บริการสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากบริการรักษาพยาบาล อันได้แก่ บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งบริการส่วนใหญ่แพทย์ทั่วไปไม่ได้เป็นผู้ให้บริการเอง แต่เป็นผู้สนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯ การบริการรูปแบบการสนับสนุนเป็นในด้านการให้ความรู้ทางด้านวิชาการ การแก้ไขปัญหาอันสืบเนื่องมาจากการให้บริการ และที่สำคัญคือ การพยายามทำให้เกิดการผสมผสาน (integration) งานบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานกับบริการด้านการรักษาพยาบาล 6. บทบาทใน

ฐานะผู้ให้บริการสาธารณสุข ระดับอำเภอ ในฐานะผู้บริหารสาธารณสุข มีบทบาทในการมองปัญหาสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอโดยรวม มีการวางแผนและดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทรัพยากรในโรงพยาบาลชุมชน ทรัพยากรสาธารณสุขอื่นที่มีอยู่ในระดับอำเภอ คือ สถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรในชุมชนต่างๆ

3. บทบาทในฐานะผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ ต้องมีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ นั่นคือ มีความรู้พื้นฐานทางด้านระบาดวิทยา (epidemiology) ความรู้การวางแผนงานด้านสุขภาพ (health planning) และความสามารถในการประสาน (coordination) กับหน่วยงาน องค์กรต่างๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดไว้

แพทย์ทั่วไปที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้บริหารสาธารณสุข ระดับอำเภอ คือ แพทย์ที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และแพทย์ที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและกรุงเทพฯ ซึ่งปัจจุบันไม่ได้มีหลักสูตรการฝึกอบรมเฉพาะ เพราะมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาการฝึกอบรมและเนื้อหาที่แพทย์ทั่วไปต้องศึกษา และแพทย์ทั่วไปจำนวนหนึ่งอาจไม่มีความต้องการและไม่สนใจที่จะเป็นผู้บริหารสาธารณสุข ระดับอำเภอ

4. บทบาทในฐานะเป็นผู้บริหารสถานพยาบาลหรือหน่วยงาน ปัจจุบันในสถานพยาบาลของภาครัฐ ผู้ที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารของสถานพยาบาลได้ต้องเป็นแพทย์ แพทย์ทั่วไปจำนวนหนึ่งที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ จะต้องทำหน้าที่เป็นผู้บริหารสถานพยาบาลไปด้วยแม้ว่าบางครั้งจะไม่เต็มใจ เนื่องจากมีแพทย์คนเดียวปฏิบัติงานในสถานพยาบาลและต้องทำหน้าที่บริหารควบคู่ไปกับบทบาทหน้าที่อื่น

ผู้บริหารสถานพยาบาลของภาครัฐมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารทรัพยากรของหน่วยงาน (ทั้งคน เงิน ของ) ให้เป็นไปตามนโยบายของส่วนราชการ การบริหารต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับระเบียบกฎเกณฑ์ ซึ่งในทางปฏิบัติจะเป็นปัญหาสำหรับแพทย์ทั่วไป เนื่องจากหลักเกณฑ์ต่างๆมีจำนวนมากและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการบริหารงาน ดังนั้นแพทย์ทั่วไปส่วนใหญ่จึงหลีกเลี่ยงที่จะต้องรับภาระเป็นผู้บริหารสถานพยาบาล เพราะต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด บทบาทด้านบริหารของแพทย์ทั่วไปยังคงครอบคลุมถึงการเป็นผู้บริหารหน่วยงานระดับย่อยในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น การบริหารฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)

แพทย์ทั่วไปจำนวนหนึ่งที่ประสบความสำเร็จในการเป็นผู้บริหารสถานพยาบาล และผู้บริหารสาธารณสุข ระดับอำเภอ อาจก้าวหน้าในตำแหน่งขึ้นมาเรื่อยๆ จนเป็นผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดและผู้บริหารสาธารณสุขในส่วนกลาง อย่างไรก็ตามพื้นฐานการศึกษาอบรมของแพทย์ทั่วไป น่าจะไม่เพียงพอสำหรับการก้าวขึ้นมาสู่บทบาทผู้บริหารสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้น

5. บทบาทด้านวิชาการและการฝึกอบรม เนื่องจากพื้นฐานด้านการศึกษาและระดับสติปัญญาของแพทย์ ประกอบกับการมีแพทย์จำนวนไม่มากนักปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน ทำให้แพทย์ถูกคาดหวังให้ทำ

หน้าที่ เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุขจากบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ หน่วยงานอื่น และประชาชนค่อนข้างมาก บทบาทด้านการให้คำปรึกษาด้านวิชาการนี้ นอกจากจะเป็นลักษณะปัจเจกบุคคลหรือองค์กรแล้ว ยังอาจเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มของประชาชนไม่ว่าโดยกระบวนการฝึกอบรม การบรรยาย การให้คำปรึกษาหรือให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขภาพ นี่อาจถือเป็นส่วนหนึ่งของบริการขั้นพื้นฐาน คือ บริการส่งเสริมสุขภาพ ก็ได้ เพราะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักวิธีดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ปัญหาของแพทย์ทั่วไป ปัจจุบันคือ แม้ว่าแพทย์ทั่วไปจะมีพื้นฐานความรู้ค่อนข้างดี แต่ก็ขาดทักษะในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ โดยเฉพาะการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน ภารกิจด้านงานรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างมาก เป็นสาเหตุหนึ่งทำให้แพทย์ทั่วไปไม่สามารถแสดงบทบาทได้เพียงพอ

บทบาทด้านวิชาการอีกประการ คือ บทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่จำเพาะสำหรับท้องถิ่นนั้นๆ เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกันและมีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา การที่แพทย์จะสามารถดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับท้องถิ่น /อำเภอได้นั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพที่ดำรงอยู่ด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องต่อไป

การพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับท้องถิ่นเป็นประเด็นหนึ่งที่มีมักจะถูกละเลย เพราะด้วยกลไกการบริหารที่รวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง (centralization) มีการสั่งการให้หน่วยงานต่างๆ จัดการแก้ไขปัญหาลักษณะในรูปแบบเดียวกัน ทำให้แต่ละพื้นที่มองไม่เห็นความจำเป็นที่จะพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเฉพาะของท้องถิ่น ระบบข้อมูลไม่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับการวิเคราะห์ปัญหาและจัดการกับปัญหาในระดับท้องถิ่น แพทย์ทั่วไปเองมีข้อจำกัดด้านความสามารถและขาดประสบการณ์ในการพัฒนาองค์ความรู้หรือการพัฒนาองค์ความรู้จำนวนหนึ่ง ไม่ได้ถูกนำมาคิดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

บทบาทของแพทย์ทั่วไปในอนาคต⁽³⁵⁾

1. บทบาทด้านบริหาร แพทย์หรือบุคลากรอื่น ที่ทำหน้าที่บริหารสถานพยาบาล หรือบริหารระบบสาธารณสุข ระดับอำเภอ น่าจะได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ โดยอาจจะเป็นแพทย์หรือไม่ใช่แพทย์ก็ได้ อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ แพทย์ยังคงมีความจำเป็นต้องแสดงบทบาทดังกล่าวต่อไปอีกระยะหนึ่ง แพทย์ทั่วไปที่เพิ่งจบการศึกษาและมีประสบการณ์การทำงานไม่นาน น่าจะมีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ดังกล่าวลดลง เนื่องจากมีแพทย์อาวุโสและมีประสบการณ์ในการทำงานจำนวนมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ แพทย์เหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในงานด้านการบริหารมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ระดับหลังปริญญา (post graduate training) ที่เหมาะสม

2. บทบาทด้านบริการและสนับสนุนการให้บริการ ในอนาคตจะมีบทบาทหลักในการให้บริการที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยการบริการจะมีลักษณะเฉพาะ คือ

2.1 เป็นบริการที่มีลักษณะผสมผสาน (integrated care) ของบริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

2.2 เป็นบริการที่มีลักษณะต่อเนื่อง (continuous care) โดยมีความต่อเนื่องในหลายมิติ ทั้งความต่อเนื่องของบริการในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน และความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง (ในอุดมคติแล้วคือ มีความต่อเนื่องตลอดชีวิต) ความต่อเนื่องของบริการในและนอกสถานพยาบาลปฐมภูมิ คือในชุมชนและสถานพยาบาลระดับที่สูงขึ้น (โรงพยาบาล) ด้วย

2.3 เป็นบริการที่มีลักษณะองค์รวม (holistic care) หมายถึง บริการที่คำนึงถึงมิติต่างๆ ของความเจ็บป่วยหรือสุขภาพ นอกเหนือจากมิติทางด้านการแพทย์ มิติการมองปัญหาจึงขยายกว้างขึ้นจากปัญหาของ “โรค” เป็นปัญหาของ “บุคคล ครอบครัว ชุมชน”

การพิจารณาลักษณะเฉพาะของบริการสุขภาพที่ระดับปฐมภูมิใหม่ คำนึงถึงการผสมผสานความต่อเนื่อง และลักษณะองค์รวมของบริการ ได้เสริมให้ภาพลักษณ์การบริการที่เดิมมองในลักษณะการบริการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะการมองในมิติเดิมไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจกลวิธีในการจัดบริการเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพในเชิงสังคมจิตวิทยา (psycho-social)

3. บทบาทการให้บริการของแพทย์ที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ จึงมิใช่การละทิ้งบทบาทในการให้บริการแบบเดิมเพื่อมาให้บริการแบบใหม่ แต่เป็นการให้บริการแบบเดิมในรูปแบบใหม่ ซึ่งรูปแบบใหม่นี้ต้องอาศัยความรู้และทักษะในด้านสังคมจิตวิทยาเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งมีการปรับนำหน้การให้บริการประเภทต่างๆ อย่างเหมาะสม เพราะที่ผ่านมาเน้นงานด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ความรู้และทักษะของแพทย์ทั่วไปที่ต้องการเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถให้บริการที่ระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย

- 1) ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care)
- 2) ความสามารถและทักษะในการสื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) ความสามารถในการประยุกต์และผสมผสานความรู้สาขาต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- 4) ความสามารถในการเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ
- 5) ความสามารถและทักษะในการทำงานร่วมกับผู้ป่วยในลักษณะทีมสุขภาพ
- 6) ความสามารถและทักษะ ในการทำงานร่วมกับผู้อื่นในลักษณะทีมสุขภาพมีความจำเป็นเนื่องจากการตระหนักในข้อเท็จจริงที่ว่าบริการที่ต้องผสมผสานทั้งหมด ไม่สามารถให้บริการโดยแพทย์ทั่วไปเพียงบุคคลเดียว / วิชาชีพเดียว แม้ว่าเราจะคาดหวังให้บริการส่วนใหญ่สามารถให้บริการโดยบุคลากรคนเดียว (polyvalent health personnel) ให้มากที่สุดก็ตาม โอกาสที่เป็นไปได้มากที่สุดก็คือ การให้บริการผสมผสานโดยทีมบุคลากร (polyvalent health team) โดยบุคลากรแต่ละคน / แต่ละวิชาชีพ จะมีบทบาทการให้บริการหลักที่เน้นหนักแตกต่างกัน แต่ก็สามารถให้บริการทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง

องค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการผสมผสานที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย บุคลากรวิชาชีพ ดังนี้

- แพทย์ทั่วไปหรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (nurse practitioner)
- พยาบาลอนามัยชุมชน (community nurse) หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน
- เจ้าหน้าที่ธุรการ

โดยแพทย์ทั่วไปหรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป มีบทบาทหลักในการให้บริการแบบผสมผสานในสถานพยาบาล ขณะที่พยาบาลอนามัยชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนมีบทบาทหลักในการให้บริการนอกสถานพยาบาล มีเจ้าหน้าที่ธุรการช่วยในเรื่องการประสานงานทั่วไปการจัดทำรายงานต่างๆ

บทบาทการให้บริการนั้นมีทั้งการให้บริการแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายๆหรือการให้บริการโดยยึดประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งในระยะหลังนี้ส่วนใหญ่มักจะเป็นบริการที่ให้ในชุมชนสำหรับกรให้บริการแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายๆไปนั้น เพื่อให้เห็นความแตกต่างของการให้บริการแบบเดิมและการให้บริการแบบเดิมแต่ ใน “รูปแบบใหม่” ที่มีมิติทางสังคมจิตวิทยามากขึ้น

4. บทบาททางด้านวิชาการและการฝึกอบรม ในการเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการด้านสุขภาพ จะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากเล็งเห็นว่า ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาของสังคมที่ต้องอาศัยทุกฝ่ายเข้ามาร่วมมือกัน ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายของประชาชนหรือหน่วยงาน /องค์กรต่างๆ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวไปสู่การมีสุขภาพดี (good health approach) การที่ทุกฝ่ายสามารถเข้าใจปัญหาสุขภาพ จึงเกิดความตระหนักในความสำคัญของปัญหาต่างๆ และแพทย์ต้องมีทักษะในการสื่อสาร (communication skill)

การที่แพทย์ทั่วไปในอนาคตจะมีบทบาทหลักในการให้บริการที่ระดับปฐมภูมิและบริการปฐมภูมิจะมีลักษณะเฉพาะตามสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ทำให้ความจำเป็นที่แพทย์ทั่วไปจะต้องมีความรู้ความสามารถที่จะพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพของท้องถิ่นมีมากขึ้น ไม่ว่าจะโดยการดำเนินงานเองหรือสนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ดำเนินงาน

สุดท้ายแนวโน้มการฝึกอบรมที่เน้นให้แพทย์สามารถเรียนรู้จากระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ในระดับปริญญาและหลังปริญญา เริ่มได้รับการยอมรับมากขึ้น โรงเรียนแพทย์ต่างๆมีแนวโน้มที่จะลดเวลาการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ลง และให้โอกาสที่นักศึกษาแพทย์จะมาเรียนรู้จากระบบบริการสุขภาพมากขึ้น แพทย์ทั่วไปจึงจะมีบทบาทสำคัญในการกระบวนกรฝึกอบรมแพทย์ในอนาคต นอกเหนือจากการสนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพอื่นที่เป็นอยู่ปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป บทบาทแพทย์ทั่วไปในอนาคต โดยเฉพาะแพทย์ทั่วไปที่เพิ่งจบการศึกษา ยังเป็นบทบาทที่ผสมผสานบทบาทหลายๆด้านเข้าด้วยกัน แต่จะมีการปรับน้ำหนักความสำคัญของบทบาทแต่ละด้านใหม่ โดยบทบาทหลักจะเป็นบทบาทในการให้บริการและสนับสนุนการให้บริการปฐมภูมิ มีบทบาทรองในการสนับสนุนการบริหารสาธารณสุข ระดับอำเภอ การบริหารสถานพยาบาล บทบาทด้านวิชาการและการฝึกอบรม

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไพบุลย์ โสฬ์สุนทร⁽³⁶⁾ ศึกษาเจตคติของนิสิตแพทย์ภายหลังผ่านโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน โดยการสำรวจข้อคิดเห็นของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 เปรียบเทียบกับนิสิตแพทย์กลุ่มเดียวกันเมื่ออยู่ชั้นปีที่ 5 โดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงข้อคิดเห็น และเจตคติของนิสิตแพทย์ภายหลังผ่านโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะข้อคิดเห็นของนิสิตแพทย์ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด มีความคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชน และระยะเวลาที่สอนเวชศาสตร์ชุมชนสำหรับสัดส่วนของการออกฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ส่วนใหญ่เห็นว่าน้อยเกินไป ร้อยละ 60.8 และชอบงานด้านการรักษามากกว่างานด้านการป้องกันโรค และภายหลังผ่านโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชนความสนใจในการทำงานของนิสิตแพทย์ต่อโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มมากขึ้น ส่วนโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร ลดน้อยลง

องอาจ วิพุกศิริ⁽³⁷⁾ ได้ศึกษาความคิดเห็นของอาจารย์และแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมเวชศาสตร์ชุมชน สำหรับแพทย์โรงพยาบาลอำเภอ ในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า โรงเรียนแพทย์ยังให้การศึกษาศึกษาเพื่อเตรียมนักศึกษาแพทย์ไปปฏิบัติงานในชนบทยังไม่ดีพอ ยังเน้นการบำบัดรักษาโรคมกกว่าการป้องกันโรค การฝึกอบรมเกี่ยวกับเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์ชุมชน และสาธารณสุขศาสตร์ ยังไม่เพียงพอ ควรมีการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ให้สอดคล้องกับงานโรงพยาบาลอำเภอ

อนงค์ นนทสุต และคณะ⁽³⁸⁾ ได้ศึกษาวิจัยการจัดสร้างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บัณฑิตแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง คือ รามาธิบดี ขอนแก่น ศิริราชพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ และสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า วิชาเวชศาสตร์ชุมชนมีน้ำหนักความสำคัญของวิชาเป็นอันดับที่ 6 เนื่องจากแพทย์จบใหม่เป็นแพทย์ใช้ทุน และร้อยละ 60 ของแพทย์ใช้ทุน จะต้องไปอยู่ในโรงพยาบาลในชนบท ต้องมีบทบาทผู้บริหารงานบริการของโรงพยาบาล เป็นผู้สำรวจปัญหาชุมชนที่ตนรับผิดชอบ เพื่อร่วมวางแผนงานบริการประจำปี ต้องเป็นครูสอนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครต่างๆ รวมทั้งการให้สุขศึกษาทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

เสรี ร่วมสุข⁽³⁹⁾ ศึกษาถึงหลักสูตรเสริมของนิสิตแพทย์ในโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท คณะแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อชาวชนบทให้แก่บัณฑิต เตรียมตัวนิสิตให้เกิดความเข้าใจของการปฏิบัติงานและให้มีโอกาสได้ลงมือปฏิบัติงานจริงในสถานที่จริงด้วยตนเอง โดยเน้นให้นิสิตคิดเป็น ทำเป็นและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง อันจะเป็นการช่วยให้แพทย์ของโครงการฯ ในอนาคต สามารถปฏิบัติงานในชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อชาวชนบทจะได้รับบริการที่ดีจากแพทย์เหล่านี้ ต่อไปในอนาคต

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)^(40,41)

การศึกษารูปแบบ เชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

(Cross-sectional descriptive study)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)^(40,41)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) หมายถึง นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6
ทุกสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) หมายถึง จำนวนนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ปี
การศึกษา 2545 ทุกสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ที่ถูกสุ่มเลือกโดยวิธี
Two stage cluster sampling ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 753 คน

หน่วยตัวอย่าง (Sampling Unit) หมายถึง คณะแพทยศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ
สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

หน่วยศึกษา (Study Unit) หมายถึง นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ที่สุ่มเลือกได้

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) หมายถึง นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2545
ทุกสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย จำนวนทั้งหมดรวม 753 คน

นิสิต /นักศึกษาแพทย์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ทั้งหมด 1,074 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยประมาณ สูตร Taro Yamane⁽⁴²⁾ $n = N/(1+Ne^2)$

กำหนดให้ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, N = ขนาดของประชากรที่ศึกษา (1074)

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

แทนค่า $n = (1074)/(1+1074(0.05)^2) = 399$ คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

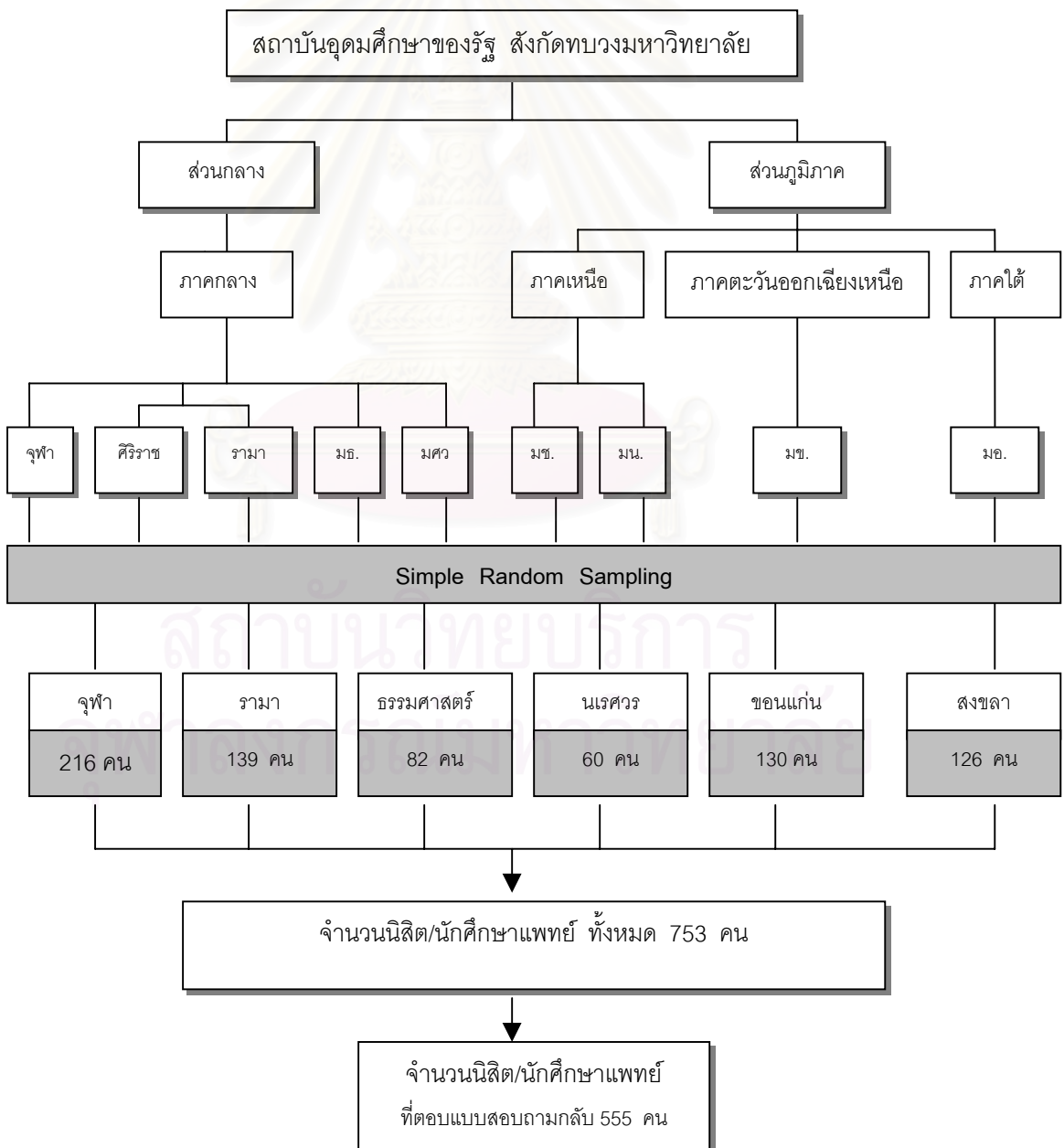
เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Cluster Sampling จึงมีความแปรปรวนของประชากรมาก (Design Effect) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกัน Non-response เป็น 2 เท่าของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 800 คน (แต่ส่วนกลางมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 437 คน และส่วนภูมิภาคมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 316 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างรวมจึงเท่ากับ 753 คน)

เทคนิคการเลือกตัวอย่าง (Sampling Techniques) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Two stage cluster sampling มีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง^(40,41) ดังนี้

ขั้นที่ 1 พื้นที่เขตการศึกษา สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย จำแนกออกเป็น มหาวิทยาลัยส่วนกลาง รับผิดชอบพื้นที่ภาคกลาง มี 5 สถาบัน และมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค รับผิดชอบพื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มี 4 สถาบัน

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับสลากรายชื่อมหาวิทยาลัย 3 สถาบันในแต่ละพื้นที่เขตการศึกษาทั้ง 2 เขตจะได้ 6 สถาบัน และกำหนดให้นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ทุกคนในแต่ละสถาบันที่สุ่มเลือกได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดตามแผนภูมิที่ 3.1

แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่าง^(40,41)



ตารางที่ 3.1 การสุ่มตัวอย่างนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ
สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย^(40,41)

สถาบัน	จำนวนทั้งหมด (คน)	จำนวนที่สุ่มได้ (คน)
ส่วนกลาง		
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	216	216
มหาวิทยาลัยมหิดล		
- ศิริราชพยาบาล	121	-
- รามาธิบดี	139	139
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	82	82
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร	67	-
รวม	625	437
ส่วนภูมิภาค		
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	133	-
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	60	60
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	130	130
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	126	126
รวม	449	316
รวมทั้งสิ้น	1074	753

การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร สิทธิการรักษาพยาบาล ของครอบครัว ภูมิลำเนา แหล่งทุนการศึกษา สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานหลังจากจบการศึกษา และสาขาวิชาที่ต้องการศึกษาต่อหลังจากจบการศึกษา

2. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ พื้นที่เขตการศึกษา แหล่งความรู้ทางวิชาการจากหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การประชุม-สัมมนา สื่ออินเทอร์เน็ต สื่อทีวี สื่อสิ่งพิมพ์ จากครอบครัว และแหล่งอื่นๆ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่

1. ความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ตุลาคม 2545 – มีนาคม 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Instrument)

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาจากเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว ภูมิลำเนา แหล่งทุนการศึกษา สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานหลังจากจบการศึกษา และสาขาวิชาที่ต้องการศึกษาต่อหลังจากจบการศึกษา

ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ เขตพื้นที่การศึกษา แหล่งความรู้ทางวิชาการจากหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การประชุม-สัมมนา สื่ออินเทอร์เน็ต สื่อทีวี สื่อสิ่งพิมพ์จากครอบครัว และแหล่งอื่นๆ

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2

ข้อมูลความคิดเห็น ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย และด้านกิจกรรมหลักแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 44 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบแต่ละข้อโดยแบ่งความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้าน

- ด้านตัวชี้วัดนโยบายจำนวน 19 ข้อ

- ด้านกิจกรรมหลักจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย

1. กิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพจำนวน 15 ข้อ

2. กิจกรรมหลัก งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำนวน 10 ข้อ

และพิจารณาในแต่ละข้อคำถามว่า

1) มีความเข้าใจต่อตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลักหรือไม่ (เข้าใจ, ไม่เข้าใจ)

2) มีความเข้าใจต่อตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก โดยแบ่งความคิดเห็นออกเป็น 6 ระดับของความคิดเห็น ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมากที่สุด ตามระดับความคิดเห็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า แบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้

0 = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความข้อนี้

1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง เห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความข้อนี้ ระดับ 1-20%

- 2 = เห็นด้วยน้อย หมายถึง เห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความข้อนี้ ระดับ 21-40%
- 3 = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง เห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความข้อนี้ ระดับ 41-60%
- 4 = เห็นด้วยมาก หมายถึง เห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความข้อนี้ ระดับ 61-80%
- 5 = เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง เห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความข้อนี้ ระดับ 81-100%

ส่วนที่ 3

ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และคำถามปลายเปิดเพื่อเติมข้อความ

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบประเมินความถูกต้องแม่นยำของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาในแต่ละข้อคำถามทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 50 ถือว่าเลือกข้อนั้น และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดสอบ (Pretest Questionnaire) การใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient)^(43,44) ซึ่งมีสูตรดังต่อไปนี้

$$\alpha = (n/n-1)(1-s^2_i/s^2_t)$$

โดยที่ α = ค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม

n = จำนวนข้อในแบบสอบถามทั้งหมด

s^2_i = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

s^2_t = ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถาม

ค่าความน่าเชื่อถือที่คำนวณได้ในแต่ละด้านของแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่มีความน่าเชื่อถือสูง ดังนี้

ความน่าเชื่อถือในด้าน	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
- ด้านตัวชี้วัดนโยบาย	0.9639
- ด้านกิจกรรมหลัก	0.9422
1. กิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ	0.8703
2. กิจกรรมหลัก งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	0.9630
และความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ	0.9435

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. เตรียมเครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสอบถามความคิดเห็น
2. ขอความร่วมมือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการออกหนังสืออย่างเป็นทางการ เพื่อนำเสนอ ต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยจัดส่งหนังสือไปพร้อมกับแบบสอบถาม เพื่อขอความร่วมมือในการให้หนังสือ / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ในความรับผิดชอบแบบสอบถาม
3. หลังจากส่งแบบสอบถามไปแล้ว ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ตรวจสอบกับผู้ประสานงานในการวิจัยครั้งนี้ เป็นระยะๆ ถึงความก้าวหน้าจนได้รับการตอบกลับร้อยละ 73.7 ของแบบสอบถามทั้งหมด
4. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม
5. สร้างคู่มือการลงรหัส
6. แปลงข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเป็นรหัสตามคู่มือการลงรหัส แล้วบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้แปลงรหัส ตามคู่มือลงรหัส สร้างแฟ้มข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 11, Stata for Windows และ Microsoft Excel วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)^(40,41)

1.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง สรุปโดยใช้สถิติ ความถี่(จำนวน) ร้อยละ เพื่อนำมาประกอบการอภิปรายผล

1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)⁽⁴⁵⁾

1.2.1 ข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical Data) คือ

ก. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว ภูมิลำเนา แหล่งทุนการศึกษา สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานหลังจากจบการศึกษา และสาขาวิชาที่ต้องการศึกษาต่อหลังจากจบการศึกษา สรุปโดยใช้สถิติ ความถี่ (จำนวน) ร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง และรูปภาพ

ข. ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ พื้นที่เขตการศึกษา แหล่งความรู้ทางวิชาการ จากหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนจากภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การประชุม-สัมมนา สื่ออินเทอร์เน็ต สื่อทีวี สื่อสิ่งพิมพ์ จากครอบครัว และแหล่งอื่นๆ สรุปโดยใช้สถิติ ความถี่(จำนวน) ร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง และรูปภาพ

1.2.2 ข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous Data) คือ

ก. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร สรุปโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบตาราง

ข. ข้อมูลความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลักสรุปโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)^(40,41) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดย

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ของตัวแปรไม่อิสระ (ตัวแปรตาม)คือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก กับตัวแปรอิสระ (ตัวแปรต้น)คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน และนำคะแนนเฉลี่ยที่ได้ไปทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงข้อมูล โดยใช้ Histogram และ Kolmogorov-Smirnov test ถ้าพบว่า

2.1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ 2 กลุ่ม (Categories)

- แจกแจงปกติใช้ ใช้สถิติ Unpaired t-test
- แจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

2.1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณมากกว่า 2 กลุ่ม (Categories)

- แจกแจงปกติ ใช้สถิติ One-way ANOVA
- แจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Kruskal-Wallis H test

2.2 วิเคราะห์สหสัมพันธ์ของคะแนนความคิดเห็นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลักกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณต่อเนื่อง คือ อายุ และผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร นำมาทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงข้อมูล โดยใช้ Histogram และ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า

2.2.1 แจกแจงปกติ ใช้สถิติ Pearson Correlation Coefficient

2.2.2 แจกแจงแบบไม่ปกติ ใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานกับฝ่ายวิจัยการศึกษาของมหาวิทยาลัยต่างๆ คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล โดยนำหนังสือขออนุมัติดังกล่าวจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณา ตรวจสอบแบบสอบถามก่อนการเก็บข้อมูล และในส่วนของมหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามโดยฝากผ่านทางทบวงมหาวิทยาลัย ไปยังผู้ประสานงานวิจัยก่อน เพื่อดำเนินการต่อไป หลังจากส่งแบบสอบถามไปแล้ว ผู้วิจัยได้ติดตามและรวบรวมแบบสอบถาม ซึ่งได้รับความร่วมมือ จากมหาวิทยาลัยต่างๆ เป็นอย่างดี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน ของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ส่วนที่ 5 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 การตอบกลับแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้รับการตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 555 คน จากจำนวนทั้งสิ้น 753 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 และได้เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละ ของการตอบกลับและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม ดังรายละเอียด ตารางที่ 4.1 และ 4.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกตามเขตพื้นที่การศึกษาของมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยและเพศ

ประเภท	จำนวนรวม	การตอบกลับ	อัตราตอบกลับ
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่เขตการศึกษา			
ส่วนกลาง	437	334	76.4
ส่วนภูมิภาค	316	221	69.9
มหาวิทยาลัย			
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	216	155	71.8
มหาวิทยาลัยมหิดล	139	115	82.7
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	82	64	78.1
มหาวิทยาลัยนเรศวร	60	54	90.0
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	130	93	71.5
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	126	74	58.7
รวม	753	555	73.7
เพศ			
ชาย	343	245	71.4
หญิง	410	310	75.6

จากตารางที่ 4.1 พบว่า นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีการตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 555 คน จาก 753 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 73.7

ส่วนกลางตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 76.4 และส่วนภูมิภาคตอบกลับร้อยละ 69.9

มหาวิทยาลัยนเรศวร ตอบกลับแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 90.0 รองลงมาคือ มหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ร้อยละ 82.7 และ 78.1 ตามลำดับ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ตอบกลับแบบสอบถามน้อยที่สุดร้อยละ 58.7

เพศชายและเพศหญิง ตอบกลับแบบสอบถามในสัดส่วนร้อยละใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 71.4 และ 75.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกตามเขตพื้นที่ การศึกษาของมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยและเพศ

ประเภท	จำนวนรวม	การตอบกลับ	อัตราตอบกลับ
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่เขตการศึกษา			
ส่วนกลาง	437	334	76.4
ส่วนภูมิภาค	316	221	69.9
	$\chi^2 = 3.99$	df = 1	p-value = 0.046*
มหาวิทยาลัย			
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	216	155	71.8
มหาวิทยาลัยมหิดล	139	115	82.7
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	82	64	78.1
มหาวิทยาลัยนเรศวร	60	54	90.0
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	130	93	71.5
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	126	74	58.7
	$\chi^2 = 30.18$	df = 5	p-value < 0.001*
เพศ			
ชาย	343	245	71.4
หญิง	410	310	75.6
	$\chi^2 = 1.68$	df = 1	p-value = 0.19

จากตารางที่ 4.2 พบว่า นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ในพื้นที่เขตการศึกษาที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับแบบสอบถามระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คือ นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ในส่วนกลางตอบกลับแบบสอบถามมีอัตราตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 76.4 มากกว่าส่วนภูมิภาคที่มีอัตราตอบกลับร้อยละ 69.9

มหาวิทยาลัยมีความแตกต่างกันในการตอบกลับและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) คือ มหาวิทยาลัยนเรศวรมีอัตราตอบกลับแบบสอบถามสูงสุดร้อยละ 90.0 และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีอัตราตอบกลับแบบสอบถามต่ำที่สุดร้อยละ 58.7

อัตราการตอบกลับและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม ระหว่างเพศชายและเพศหญิง แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6

นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ตอบกลับแบบสอบถามความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก ร้อยละ 73.7 อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการตอบกลับแบบสอบถาม ซึ่งเป็นปัญหาของงานวิจัยครั้งนี้ คือ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ เมษายน 2544 และครอบคลุมทั่วประเทศ ใน เมษายน 2545 ความสนใจบางแห่งอาจมีน้อย เนื่องจากขณะเก็บข้อมูลนิสิต /นักศึกษาแพทย์อยู่ในช่วงเปลี่ยนวิชาฝึกปฏิบัติงานและบางวิชาที่ฝึกปฏิบัติงานนิสิต /นักศึกษาแพทย์กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ มาก แต่อย่างไรก็ตามแบบสอบถามที่ได้รับจากการตอบกลับทำให้มีข้อมูลต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=555)		
ชาย	245	44.1
หญิง	310	55.9
อายุ (n=555)		
Min = 21 Max = 32 Median= 23.0 Mean = 23.5 S.D = 1.40		
ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร (n=525)		
Min = 2.00 Max = 3.94 Median= 3.06 Mean = 3.07 S.D = 0.41		
สิทธิการรักษาของครอบครัว (n=555)^(a)		
ไม่มีสิทธิ	155	27.9
มีสิทธิของสมาชิกครอบครัวใช้หลักประกัน	400	72.1
ค่าธรรมเนียม 30 บาท	117	29.2
สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	21	5.3
ราชการ / รัฐวิสาหกิจ	216	54.0
ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน	24	6.0
ประกันสุขภาพเอกชน	16	4.0
อื่นๆ	6	1.5

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนา (n =337)		
ภาคกลาง	136	40.4
ในเขตเทศบาล	119	87.5
นอกเขตเทศบาล	17	12.5
ภาคเหนือ	51	15.1
ในเขตเทศบาล	24	47.1
นอกเขตเทศบาล	27	52.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	88	26.1
ในเขตเทศบาล	64	72.7
นอกเขตเทศบาล	24	27.3
ภาคใต้	62	18.4
ในเขตเทศบาล	40	64.5
นอกเขตเทศบาล	22	35.5
แหล่งที่ได้รับทุนการศึกษา (n =555)		
ทุนส่วนตัว	458	82.5
ทุนรัฐบาล	97	17.5
สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงาน (n =555)^(b)		
รพ.มหาวิทยาลัย	143	25.7
รพศ. / รพท.	188	33.9
รพช.	175	31.5
ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)	7	1.3
เอกชน	37	6.7
อื่นๆ	5	.9
เลือกศึกษาต่อในสาขาวิชา (n =555)^(c)		
ไม่ศึกษา	77	13.9
ศึกษาในสาขาวิชา	478	86.1
ประเภทที่ 1	2	0.4
ประเภทที่ 2	288	60.3

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทที่ 3	70	14.6
ประเภทที่ 4	27	5.6
ประเภทที่ 5	6	1.3
สาขาอื่นๆ	85	17.8
พื้นที่เขตการศึกษาของมหาวิทยาลัย (n=555)		
ส่วนกลาง	334	60.2
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	155	46.4
มหาวิทยาลัยมหิดล	115	34.4
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	64	19.2
ส่วนภูมิภาค	221	39.8
มหาวิทยาลัยนเรศวร	54	24.4
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	93	42.1
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	74	33.5
แหล่งข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (n =555)^(d)		
ไม่ทราบ	23	4.1
ทราบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	532	95.9
ภาคทฤษฎี	280	52.6
ภาคปฏิบัติ	211	39.7
ประชุม สัมมนา	45	8.5
สื่ออินเตอร์เน็ต	134	25.2
สื่อทีวี	368	69.2
สื่อสิ่งพิมพ์	328	61.7
จากครอบครัว	133	25.0
จากแหล่งอื่นๆ	58	10.9

(a) อื่นๆ ประกอบด้วย โดยเบิกจากบริษัทเอกชน (การมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว)

(b) อื่นๆ ประกอบด้วย การเปิดคลินิกส่วนตัว (สถานบริการที่ต้องออกไปปฏิบัติงาน)

(c) เลือกศึกษาต่อในสาขาวิชา^(46,47) ประกอบด้วย

ประเภทที่ 1 = สาขาขาดแคลนมาก ได้แก่ เวชศาสตร์ครอบครัว พยาธิวิทยาทั่วไป นิติเวชศาสตร์
จิตเวชศาสตร์ อายุรศาสตร์โรคเลือด

ประเภทที่ 2 = สาขาหลัก ได้แก่ ศึกษาศาสตร์-นรีเวชวิทยา อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์

ประเภทที่ 3 = สาขารอง ได้แก่ วิสัญญีวิทยา เวชศาสตร์ฟื้นฟู รังสีวิทยาทั่วไป เวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยา แขนงอาชีพเวชศาสตร์

ประเภทที่ 4 = สาขานิยมเรียนมาก ได้แก่ จักษุวิทยา โสต-ศอ-นาสิกวิทยา ตจวิทยา

ประเภทที่ 5 = สาขาเฉพาะทาง เป็นสาขาต่อยอด ได้แก่ ศัลยศาสตร์ทรวงอก ศัลยศาสตร์ตกแต่ง อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

สาขาอื่นๆ ประกอบด้วย เลือกศึกษาต่อแต่ไม่ระบุชื่อสาขาวิชา, สาขาวิชาที่เกี่ยวกับแพทย์ เช่น การบริหารด้านสาธารณสุข และสาขาวิชาที่ไม่เกี่ยวกับแพทย์ เช่น MBA, นิติศาสตร์

^(d) จากแหล่งอื่นๆ ประกอบด้วย รุ่นพี่ที่เป็นแพทย์

จากตารางที่ 4.3 พบว่า นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ตอบกลับแบบสอบถาม มี

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน คือ

เพศชายร้อยละ 44.1 และเพศหญิงร้อยละ 55.9

อายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.5 ปี โดยอายุต่ำสุดเท่ากับ 21 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 32 ปี

ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรเท่ากับ 3.07 โดยผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรต่ำสุดเท่ากับ 2.00 และผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรสูงสุดเท่ากับ 3.94

การมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว มีสิทธิร้อยละ 72.1 โดยส่วนใหญ่มีสิทธิราชการ / รัฐวิสาหกิจร้อยละ 54.0 รองลงมาสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท) ร้อยละ 29.3 และต่ำที่สุดมีสิทธิอื่นๆ ร้อยละ 1.5

ภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคกลางมากที่สุดร้อยละ 40.4 โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 87.5 ส่วนที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือต่ำที่สุดร้อยละ 26.1, 18.4 และ 15.1 ตามลำดับ โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 72.7, 64.5 และ 47.1 ตามลำดับ แต่ภาคเหนืออยู่นอกเขตเทศบาลซึ่งเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 52.9

แหล่งทุนการศึกษาส่วนใหญ่ใช้ทุนส่วนตัวร้อยละ 82.5 และใช้ทุนรัฐบาลเพียงร้อยละ 17.5

สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานมากที่สุด คือ รพศ./รพท. ร้อยละ 33.9 ซึ่งใกล้เคียงกับ รพช. และรพ.มหาวิทยาลัย ร้อยละ 31.5 และ 25.8 ตามลำดับ

หลังจากจบการศึกษามีความประสงค์จะศึกษาต่อร้อยละ 86.1 และไม่ศึกษาต่อมีเพียงร้อยละ 13.9 โดยเลือกศึกษาต่อสาขาวิชาประเภทที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 60.3 รองลงมาเลือกศึกษาต่อสาขาอื่นๆ ร้อยละ 17.8 และเลือกศึกษาต่อในสาขาวิชาประเภทที่ 1 น้อยที่สุดร้อยละ 0.4

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ในพื้นที่เขตการศึกษาส่วนกลางตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 60.2 และส่วนภูมิภาคตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 39.8

ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ร้อยละ 95.9 และไม่ทราบมีเพียงร้อยละ 4.1 โดยทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“30 บาทรักษาทุกโรค” จากสื่อที่วิพากษ์มากที่สุดร้อยละ 69.2 รองลงมาทราบจากสื่อสิ่งพิมพ์ และภาคทฤษฎี ร้อยละ 61.7 และ 52.6 ตามลำดับ และทราบจากการประชุม, สัมมนาต่ำที่สุดร้อยละ 8.5

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ระหว่างส่วนกลางและ ส่วนภูมิภาค จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยสนับสนุน	พื้นที่เขตการศึกษา					
	ส่วนกลาง		ส่วนภูมิภาค		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	147	26.5	98	17.6	245	44.1
หญิง	187	33.7	123	22.2	310	55.9
รวม	334	60.2	221	39.8	555	100
อายุ						
ส่วนกลาง	Min = 21 Max = 32 Median= 23.0 Mean = 23.3 S.D = 1.41					
ส่วนภูมิภาค	Min = 21 Max = 31 Median= 24.0 Mean = 23.8 S.D = 1.35					
รวม	334	60.2	221	39.8	555	100
ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร						
ส่วนกลาง	Min = 2.01 Max = 3.94 Median= 3.20 Mean = 3.16 S.D = 0.39					
ส่วนภูมิภาค	Min = 2.00 Max = 3.84 Median= 2.96 Mean = 2.94 S.D = 0.40					
รวม	310	59.0	215	41.0	525	100
สิทธิการรักษาของครอบครัว						
ไม่มีสิทธิ	125	22.5	30	5.4	155	27.9
มีสิทธิของสมาชิกครอบครัว	209	37.7	191	34.4	400	72.1
รวม	334	60.2	221	39.8	555	100
สิทธิของสมาชิกครอบครัว						
ค่าธรรมเนียม 30 บาท	45	11.2	72	18.0	117	29.2
สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	9	2.3	12	3.0	21	5.3
ราชการ /รัฐวิสาหกิจ	124	31.0	92	23.0	216	54.0
ประกันสังคม, กองทุนเงินทดแทน	17	4.2	7	1.8	24	6.0
ประกันสุขภาพเอกชน	10	2.5	6	1.5	16	4.0
อื่นๆ	4	1.0	2	0.5	6	1.5
รวม	209	52.2	191	47.8	400	100

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ระหว่างส่วนกลางและ ส่วนภูมิภาค จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยสนับสนุน	พื้นที่เขตการศึกษา					
	ส่วนกลาง		ส่วนภูมิภาค		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิภาค						
ภาคกลาง	120	35.6	16	4.7	136	40.4
ในเขตเทศบาล	104	76.5	15	11.0	119	87.5
นอกเขตเทศบาล	16	11.8	1	0.7	17	12.5
ภาคเหนือ	21	6.2	30	8.9	51	15.1
ในเขตเทศบาล	11	21.6	13	25.5	24	47.1
นอกเขตเทศบาล	10	19.6	17	33.3	27	52.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	31	9.2	57	16.9	88	26.1
ในเขตเทศบาล	24	27.3	40	45.4	64	72.7
นอกเขตเทศบาล	7	8.0	17	19.3	24	27.3
ภาคใต้	17	5.1	45	13.4	62	18.4
ในเขตเทศบาล	13	21.0	27	42.5	40	64.5
นอกเขตเทศบาล	4	6.5	18	29.0	22	35.5
รวม	189	56.1	148	43.9	337	100
เขตภูมิภาค						
ในเขตเทศบาล	275	49.5	140	25.3	415	74.8
นอกเขตเทศบาล	59	10.6	81	14.6	140	25.2
แหล่งที่ได้รับทุนการศึกษา						
ทุนส่วนตัว	300	54.0	158	28.5	458	82.5
ทุนรัฐบาล	34	6.1	63	11.4	97	17.5
รวม	334	60.1	221	39.9	555	100
สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงาน						
รพ.มหาวิทยาลัย	111	20.0	32	5.8	143	25.7
รพศ. /รพท.	94	16.9	94	16.9	188	33.9
รพช.	91	16.4	84	15.1	175	31.5
ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)	5	0.9	2	0.4	7	1.3
เอกชน	29	5.2	8	1.5	37	6.7

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ระหว่างส่วนกลางและ
ส่วนภูมิภาค จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยสนับสนุน	พื้นที่เขตการศึกษา					
	ส่วนกลาง		ส่วนภูมิภาค		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ	4	0.7	1	0.2	5	0.9
รวม	334	60.1	221	39.9	555	100
เลือกศึกษาต่อในสาขาวิชา						
ไม่ศึกษา	44	7.9	33	5.9	77	13.9
ศึกษาในสาขาวิชา	290	52.3	188	33.9	478	86.1
รวม	334	60.2	221	39.8	555	100
ศึกษาในสาขาวิชา						
ประเภทที่ 1	1	0.2	1	0.2	2	0.4
ประเภทที่ 2	168	35.1	120	25.1	288	60.3
ประเภทที่ 3	30	6.3	40	8.4	70	14.6
ประเภทที่ 4	19	4.0	8	1.7	27	5.6
ประเภทที่ 5	5	1.1	1	0.2	6	1.3
สาขาอื่นๆ	67	14.0	18	3.7	85	17.8
รวม	290	60.7	188	39.3	478	100
แหล่งข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
ไม่ทราบ	21	3.8	2	0.4	23	4.1
ทราบ	313	56.4	219	39.4	532	95.9
รวม	334	60.2	221	39.8	555	100
ทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากแหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
ภาคทฤษฎี	185	66.1	95	33.9	280	100
ภาคปฏิบัติ	136	64.5	75	35.5	211	100
ประชุม สัมมนา	24	53.3	21	46.7	45	100
สื่ออินเตอร์เน็ต	67	50.0	67	50.0	134	100
สื่อทีวี	201	54.6	167	45.4	368	100
สื่อสิ่งพิมพ์	192	58.5	136	41.5	328	100
จากครอบครัว	75	56.4	58	43.6	133	100
จากแหล่งอื่นๆ	32	55.2	26	44.8	58	100

จากตารางที่ 4.4 พบว่า.. นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ใน

พื้นที่เขตการศึกษาของมหาวิทยาลัยส่วนกลาง มี

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล คือ

ตอบกลับแบบสอบถามเป็นเพศชายร้อยละ 26.5 และเพศหญิงร้อยละ 33.7

อายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.3 ปี โดยอายุต่ำสุดเท่ากับ 21 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 32 ปี

ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรเท่ากับ 3.16 โดยผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรต่ำสุดเท่ากับ 2.01 และผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรสูงสุดเท่ากับ 3.94

การมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว มีสิทธิร้อยละ 37.7 โดยส่วนใหญ่มีสิทธิราชการ / รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.0 รองลงมา มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท) ร้อยละ 11.2 และต่ำสุดมีสิทธิอื่นๆ ร้อยละ 1.0

ภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคกลางมากที่สุดร้อยละ 35.6 โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 76.5 ส่วนที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ต่ำที่สุดร้อยละ 9.2, 6.2 และ 5.1 ตามลำดับ โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 27.3, 21.6 และ 21.0 ตามลำดับ

เขตภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 49.5 และนอกเขตเทศบาลมีเพียงร้อยละ 10.6

แหล่งทุนการศึกษาส่วนใหญ่ใช้ทุนส่วนตัวร้อยละ 54.0 และใช้ทุนรัฐบาลมีเพียงร้อยละ 6.1

สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานมากที่สุด คือ รพ.มหาวิทยาลัยร้อยละ 20 ซึ่งใกล้เคียงกับ รพศ./รพท. และ รพช. ร้อยละ 16.9 และ 16.4 ตามลำดับ

หลังจากจบการศึกษามีความประสงค์จะศึกษาต่อร้อยละ 52.3 และไม่ศึกษาต่อมีเพียงร้อยละ 7.9 โดยเลือกศึกษาต่อสาขาวิชาประเภทที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 35.1 รองลงมาเลือกศึกษาต่อสาขาอื่นๆ ร้อยละ 14 และเลือกศึกษาต่อในสาขาวิชาประเภทที่ 1 น้อยที่สุดร้อยละ 0.2

ปัจจัยสนับสนุน

ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ร้อยละ 56.4 และไม่ทราบมีเพียงร้อยละ 3.8 โดยทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” จากภาคทฤษฎีมากที่สุดร้อยละ 66.1 รองลงมาทราบจากภาคปฏิบัติ และสื่อสิ่งพิมพ์ร้อยละ 64.5 และ 58.5 ตามลำดับ และทราบจากสื่ออินเทอร์เน็ตต่ำที่สุดร้อยละ 50

พื้นที่เขตการศึกษาของมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค มี

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล คือ

อัตราการตอบแบบสอบถามเป็นเพศชายร้อยละ 17.6 และเพศหญิงร้อยละ 22.2

อายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.8 ปี โดยอายุต่ำสุดเท่ากับ 21 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 31 ปี

ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรเท่ากับ 2.94 โดยผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรต่ำสุดเท่ากับ 2.00 และผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรสูงสุดเท่ากับ 3.84

การมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว มีสิทธิร้อยละ 34.4 โดยส่วนใหญ่มีสิทธิราชการ / รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 23 รองลงมาสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท) ร้อยละ 18 และต่ำสุดมีสิทธิอื่นๆ ร้อยละ 0.5

ผู้มีล้าเนาอาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดร้อยละ 16.9 โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 45.4 ส่วนที่มีภูมิล้าเนาอาศัยอยู่ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลางต่ำที่สุดร้อยละ 13.4, 8.9 และ 4.7 ตามลำดับ โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 42.5, 25.5 และ 11 ตามลำดับ แต่สำหรับภาคเหนืออยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลคือร้อยละ 33.3

เขตภูมิล้าเนาส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 25.3 และนอกเขตเทศบาลมีเพียงร้อยละ 14.6 แหล่งทุนการศึกษาส่วนใหญ่ใช้ทุนส่วนตัวร้อยละ 28.5 และใช้ทุนรัฐบาลมีเพียงร้อยละ 11.4 สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานมากที่สุด คือ รพศ./รพท. ร้อยละ 16.9 ซึ่งใกล้เคียงกับ รพช. และ รพ.มหาวิทยาลัย ร้อยละ 15.1 และ 5.8 ตามลำดับ

หลังจากจบการศึกษามีความประสงค์จะศึกษาต่อร้อยละ 33.9 และไม่ศึกษาต่อมีเพียงร้อยละ 5.9 โดยเลือกศึกษาต่อสาขาวิชาประเภทที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 25.1 รองลงมาเลือกศึกษาต่อสาขาวิชาประเภทที่ 2 ร้อยละ 8.4 และเลือกศึกษาต่อในสาขาวิชาประเภทที่ 1 กับศึกษาต่อในสาขาวิชาประเภทที่ 5 น้อยที่สุดเท่ากันร้อยละ 0.2

ปัจจัยสนับสนุน

ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ร้อยละ 39.4 และไม่ทราบมีเพียงร้อยละ 0.4 โดยทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” จากสื่ออินเทอร์เน็ตมากที่สุดร้อยละ 50 รองลงมาทราบจากการประชุมสัมมนา และสื่อทีวีร้อยละ 46.7 และ 45.4 ตามลำดับ และทราบจากภาคทฤษฎีต่ำที่สุดร้อยละ 33.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก

โดยภาพรวม

เนื่องจากได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 555 คน พบว่าส่วนที่ 2 มีข้อความถามจำแนกดังนี้

1) คะแนนความคิดเห็นโดยภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 2) คะแนนความคิดเห็นด้านตัวชี้วัดนโยบายต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความจำนวน 19 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 3) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความจำนวน 25 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 4) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความจำนวน 15 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 และ 5) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความจำนวน 10 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคะแนนความคิดเห็นเป็น 6 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 คือ ไม่เห็นด้วย, ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 คือ เห็นด้วยน้อย, ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3 คือ เห็นด้วยปานกลาง, ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4 คือ เห็นด้วยมาก และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด โดยพิจารณาแต่ละข้อความเป็นรายด้าน ดังตารางที่ 4.5 พบว่า

ด้านตัวชี้วัดนโยบาย : นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.84 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และมีรถยนต์ส่งต่อ รองลงมาคือ ข้อ. ประชาชนมีบทบาทดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนสิ่งแวดล้อมและข้อ. มีการเชื่อมโยงบูรณาการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10, 4.07 และ 4.02 ตามลำดับ และความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือ ข้อ. มีแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวประจำครอบครัว, ข้อ. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร และข้อ. มีรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66, 3.61 และ 3.48 ตามลำดับ

ด้านกิจกรรมหลัก : นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลัก, ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.74 เมื่อพิจารณากิจกรรมหลักเป็นรายด้านตามงานพบว่า

งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ : นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับแรก คือข้อ. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือทำอะไร เพื่อสวยงาม รองลงมาคือข้อ. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น และข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33, 4.09 และ 4.02 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือข้อ. ไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด, ข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อ. ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เกินกว่า 15 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93, 2.82 และ 2.70 ตามลำดับ

งานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค : นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ. มีการดูแลสุขภาพเด็กพัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค รองลงมาคือข้อ. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และข้อ. มีบริการการวางแผนครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33, 4.26 และ 4.19 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือข้อ. มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพ, ข้อ. ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ และข้อ. มีการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01, 3.84 และ 3.76 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 4.5)

ส่วนกลาง

ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 334 คน โดยส่วนที่ 2 มีข้อคำถามจำแนกดังนี้ 1) คะแนนความคิดเห็นโดยภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 2) คะแนนความคิดเห็นด้านตัวชี้วัดนโยบายต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 3) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 4) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 และ 5) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 ดังตารางที่ 4.6 พบว่า

ด้านตัวชี้วัดนโยบาย : นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.84 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับแรก คือข้อ. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และมีรถยนต์ส่งต่อ รองลงมาคือข้อ. ประชาชนมีบทบาท

แลตนเอง ครอบครัว ชุมชนสิ่งแวดลอมและขอ. มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทยเพียงพอ พร้อมใช้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 4.08 และ 4.03 ตามลำดับ และความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายขอที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือ ขอ. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร, ขอ. มีแพทยและพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ประจำครอบครัว และขอ. มีรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63, 3.62 และ 3.53 ตามลำดับ

ด้านกิจกรรมหลัก : นิสิต /นักศึกษาแพทย ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลัก, ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.73 เมื่อพิจารณากิจกรรมหลักเป็นรายด้านตามงานพบว่า

งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ : นิสิต /นักศึกษาแพทย ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 โดยมีค่าเฉลี่ยรายขอสูงสุด 3 อันดับแรก คือขอ. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือกระทำใดๆ เพื่อสวยงาม รองลงมาคือขอ. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น และขอ. ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27, 4.07 และ 4.02 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายขอที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือขอ. ไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด, ขอ. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และขอ. ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เกินกว่า 15 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 , 2.82 และ 2.82 ตามลำดับ

งานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค : นิสิต /นักศึกษาแพทย ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 โดยมีค่าเฉลี่ยรายขอสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ขอ. มีการดูแลสุขภาพเด็กพัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค รองลงมาคือขอ. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และขอ. มีบริการการวางแผนครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 , 4.25 และ 4.22 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายขอที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือขอ. มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพ, ขอ. ครอบคลุมการให้ยาด้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ และขอ. มีการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98, 3.88 และ 3.80 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 4.6)

ส่วนภูมิภาค

ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 221 คน โดยส่วนที่ 2 มีข้อความคำถามจำแนกดังนี้ 1) คะแนนความคิดเห็นโดยภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความคำถามทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 2) คะแนนความคิดเห็นด้านตัวชี้วัดนโยบายต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความคำถามจำนวน 19 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 3) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความคำถามจำนวน 25 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 4) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความคำถามจำนวน 15 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 และ 5) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อความคำถามจำนวน 10 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ดังตารางที่ 4.7 พบว่า

ด้านตัวชี้วัดนโยบาย : นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.84 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับแรก คือข้อ. ประชาชนมีบทบาทดูแลตนเอง ครอบคลุม ชุมชน สิ่งแวดล้อม รองลงมาคือข้อ. มีการเชื่อมโยงบูรณาการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และข้อ. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และมีรถยนต์ส่งต่อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06, 4.06 และ 4.02 ตามลำดับ และความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือ ข้อ. เน้นบริการที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด อย่างมีประสิทธิภาพ, ข้อ. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร และข้อ. มีรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64, 3.58 และ 3.41 ตามลำดับ

ด้านกิจกรรมหลัก : นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลัก, ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.74 เมื่อพิจารณากิจกรรมหลักเป็นรายด้านตามงานพบว่า

งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ : นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับแรก คือข้อ. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือกระทำใดๆ เพื่อสวยงาม รองลงมาคือข้อ. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น และข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43, 4.11 และ 4.04 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือข้อ. ไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด, ข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อ.

ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รักษาเป็นผู้ป่วยใน เกินกว่า 15 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87, 2.82 และ 2.49 ตามลำดับ

งานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค : นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ. มีการดูแลสุขภาพเด็กพัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค รองลงมาคือข้อ. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และข้อ. มีการส่งเสริมสุขภาพด้านทันตสาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35, 4.29 และ 4.19 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือข้อ. มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัว, ข้อ. ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ และข้อ. มีการเยี่ยมบ้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00, 3.79 และ 3.70 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 4.7)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ	เข้าใจ/ความคิดเห็น					mean (n)	S.D.	
	n(%)	0	1	2	3	4			5
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
1. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และมีรถยนต์ส่งต่อ	6(1.1)	8(1.5)	10(1.8)	24(4.4)	86(15.7)	172(31.3)	249(45.4)	4.10(549)	1.08
2. ประชาชนมีบทบาทดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม	5(0.9)	3(0.5)	12(2.2)	28(5.1)	95(17.3)	175(31.8)	237(43.1)	4.07(550)	1.04
3. มีการเชื่อมโยงบูรณาการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู	6(1.1)	4(0.7)	11(2.0)	22(4.0)	114(20.8)	179(32.6)	219(39.9)	4.02(549)	1.03
4. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชน	4(0.7)	12(2.2)	7(1.3)	24(4.4)	96(17.4)	204(37.0)	208(37.7)	3.99(551)	1.09
5. ให้การวินิจฉัย มีบริการถูกต้องตามมาตรฐานวิชาการ	3(0.5)	8(1.4)	13(2.4)	22(4.0)	115(20.8)	169(30.6)	225(40.8)	3.99(552)	1.10
6. มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอ พร้อมใช้	7(1.3)	15(2.7)	10(1.8)	35(6.4)	95(17.3)	162(29.6)	231(42.2)	3.96(548)	1.21
7. มีการดูแลต่อเนื่อง กรณีส่งต่อ ในการรักษาแต่ละระดับ	9(1.6)	4(0.7)	8(1.5)	23(4.2)	134(24.5)	202(37.0)	175(32.1)	3.92(546)	0.99
8. มีระบบรับรองคุณภาพบริการ	13(2.3)	13(2.4)	14(2.6)	27(5.0)	122(22.5)	162(29.9)	204(37.6)	3.88(542)	1.18
9. บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ	2(0.4)	7(1.3)	13(2.4)	32(5.8)	132(23.9)	187(33.8)	182(32.9)	3.85(553)	1.09
10. ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ	8(1.4)	7(1.3)	15(2.7)	33(6.0)	119(21.8)	195(35.6)	178(32.5)	3.85(547)	1.10

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

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
		0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)		
11. มีบริการแบบองค์รวม คือ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ	6(1.1)	10(1.8)	16(2.9)	26(4.7)	127(23.1)	184(33.5)	186(33.9)	3.85(549)	1.14
12. ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ	4(0.7)	13(2.4)	12(2.2)	33(6.0)	121(22.0)	195(35.4)	177(32.1)	3.82(551)	1.15
13. ผู้มารับบริการทุกคนมีสิทธิตามหลักประกันด้านสุขภาพ	11(2.0)	21(3.9)	12(2.2)	23(4.2)	124(22.8)	177(32.5)	187(34.4)	3.81(544)	1.23
14. มีสถานบริการระดับปฐมภูมิใกล้บ้าน	12(2.2)	18(3.3)	17(3.1)	38(7.0)	117(21.5)	155(28.5)	198(36.5)	3.78(543)	1.28
15. เน้นบริการที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด อย่างมีประสิทธิภาพ	11(2.0)	21(3.9)	16(2.9)	33(6.1)	127(23.3)	169(31.1)	178(32.7)	3.73(544)	1.27
16. มีระบบข้อมูลที่เชื่อถือให้เกิดบริการสุขภาพแบบองค์รวม	29(5.2)	10(1.9)	18(3.4)	33(6.3)	150(28.5)	170(32.3)	145(27.6)	3.69(526)	1.15
17. มีแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ประจำครอบครัว	9(1.6)	21(3.8)	17(3.1)	41(7.5)	140(25.6)	157(28.8)	170(31.1)	3.66(546)	1.28
18. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร	17(3.1)	11(2.0)	23(4.3)	43(8.0)	156(29.0)	161(29.9)	144(26.8)	3.61(538)	1.20
19. มีโรงพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน	8(1.4)	12(2.2)	24(4.4)	50(9.1)	186(34.0)	154(28.2)	121(22.1)	3.48(547)	1.18
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านตัวชี้วัด (19 ข้อ)								3.84	0.82

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

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
		0	1	2	3	4	5		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ									
1. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือกระทำใดๆ เพื่อสวยงาม	3(0.5)	10(1.8)	10(1.8)	19(3.4)	64(11.6)	93(16.8)	356(64.5)	4.33(552)	1.11
2. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น	6(1.1)	13(2.4)	15(2.7)	21(3.8)	100(18.2)	113(20.6)	286(52.2)	4.09(548)	1.21
3. ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม	6(1.1)	12(2.2)	17(3.1)	20(3.6)	110(20.0)	128(23.3)	262(47.7)	4.02(549)	1.03
4. ครอบคลุมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยค่าใช้จ่ายภายใน 72 ชั่วโมง แรกให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง	6(1.1)	16(2.9)	11(2.0)	30(5.5)	105(19.1)	143(26.0)	244(44.4)	3.97(549)	1.23
5. ครอบคลุมการตรวจ บำบัด ฟื้นฟู ของแพทย์ทางเลือก	23(4.2)	15(2.8)	16(3.0)	35(6.6)	131(24.7)	171(32.2)	163(30.7)	3.73(531)	1.21
6. ครอบคลุมการตรวจ ฟื้นฟู ทางกายภาพจนถึงสิ้นสุดการรักษา	9(1.6)	20(3.7)	21(3.8)	29(5.3)	122(22.3)	186(34.1)	168(30.8)	3.72(546)	1.26
7. ครอบคลุมการใส่เต้านมเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	26(4.7)	32(6.0)	24(4.5)	36(6.8)	116(21.9)	150(28.4)	171(32.3)	3.59(529)	1.42
8. ไม่ครอบคลุมการรักษาที่อยู่ในระหว่างค้นคว้า ทดลอง	20(3.6)	41(7.7)	18(3.4)	36(6.7)	137(25.6)	127(23.7)	176(32.9)	3.53(535)	1.47
0 = ไม่เห็นด้วย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด									

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
		0	1	2	3	4	5		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
9. ไม่ครอบคลุมผู้ประสบภัยจากรถ	15(2.7)	51(9.4)	15(2.8)	41(7.6)	138(25.6)	110(20.4)	185(34.3)	3.47(540)	1.55
10. ไม่ครอบคลุมโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวเกิน 180 วัน	60(10.8)	48(9.7)	19(3.8)	29(5.9)	146(29.5)	136(27.5)	117(23.6)	3.32(495)	1.48
11. ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่ค่าใช้จ่ายสูง อวัยวะเทียม ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด	18(3.3)	69(12.9)	25(4.7)	50(9.4)	127(23.8)	138(25.9)	124(23.3)	3.15(533)	1.61
12. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ	9(1.6)	63(11.5)	41(7.5)	54(9.9)	138(25.3)	95(17.4)	155(28.4)	3.15(546)	1.65
13. ไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด (งบเฉพาะ)	13(2.3)	82(15.1)	43(7.9)	55(10.1)	130(24.0)	116(21.4)	116(21.4)	2.93(542)	1.69
14. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (งบเฉพาะ)	6(1.1)	96(17.5)	43(7.8)	55(10.0)	140(25.5)	99(18.0)	116(21.1)	2.82(549)	1.73
15. ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน (งบเฉพาะ)	30(5.4)	93(17.7)	40(7.6)	59(11.2)	148(28.2)	112(21.3)	73(13.9)	2.70(525)	1.64
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ (15 ข้อ)								3.50	0.79
0 = ไม่เห็นด้วย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด									

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
	ใจ n(%)	0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)		
งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค									
1. มีการดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค	2(0.4)	2(0.4)	7(1.3)	8(1.4)	78(14.1)	150(27.1)	308(55.7)	4.33(553)	0.90
2. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	2(0.4)	3(0.5)	9(1.6)	6(1.1)	91(16.5)	156(28.2)	288(52.1)	4.26(553)	0.94
3. มีบริการการวางแผนครอบครัว	1(0.2)	4(0.7)	12(2.2)	15(2.7)	85(15.3)	164(29.6)	274(49.5)	4.19(554)	1.02
4. มีการส่งเสริมสุขภาพด้านทันตสาธารณสุข	2(0.4)	5(0.9)	13(2.4)	19(3.4)	89(16.1)	176(31.8)	251(45.4)	4.12(553)	1.05
5. มีการตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง	11(2.0)	5(0.9)	12(2.2)	17(3.1)	112(20.6)	165(30.3)	233(42.8)	4.06(544)	1.05
6. มีการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ	3(0.5)	4(0.7)	12(2.2)	26(4.7)	108(19.6)	163(29.5)	239(43.3)	4.05(552)	1.06
7. มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัว	2(0.4)	6(1.1)	14(2.5)	20(3.6)	103(18.6)	178(32.2)	232(42.0)	4.04(553)	1.07
8. มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพ	6(1.1)	7(1.3)	9(1.6)	25(4.6)	121(22.0)	153(27.9)	234(42.6)	4.01(549)	1.09
9. ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ	7(1.3)	20(3.6)	19(3.5)	32(5.8)	106(19.3)	149(27.2)	222(40.5)	3.84(548)	1.30
10. มีการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	2(0.4)	14(2.5)	19(3.4)	30(5.4)	146(26.4)	156(28.2)	188(34.0)	3.76(553)	1.22
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (10 ข้อ)								4.06	0.84
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลัก (25 ข้อ)								3.74	0.69
0 = ไม่เห็นด้วย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด									

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนกลาง

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	เข้าใจ/ความคิดเห็น						mean (n)	S.D.
		0	1	2	3	4	5		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
ด้านตัวชี้วัดนโยบาย									
1. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และมีรถยนต์ส่งต่อ	1(0.3)	3(0.9)	7(2.1)	15(4.5)	45(13.5)	106(31.8)	157(47.1)	4.15(333)	1.04
2. ประชาชนมีบทบาทดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม	4(1.2)	1(0.3)	9(2.7)	16(4.8)	54(16.4)	108(32.7)	142(43.0)	4.08(330)	1.04
3. มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอ พร้อมใช้	3(0.9)	4(1.2)	6(1.8)	19(5.7)	59(17.8)	101(30.5)	142(42.9)	4.03(331)	1.09
4. ให้การวินิจฉัย มีบริการถูกต้องตามมาตรฐานวิชาการ	1(0.3)	5(1.5)	8(2.4)	12(3.6)	67(20.1)	105(31.5)	136(40.8)	4.00(333)	1.10
5. มีการเชื่อมโยงบูรณาการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู	3(0.9)	2(0.6)	7(2.1)	14(4.2)	73(22.1)	107(32.3)	128(38.7)	3.99(331)	1.03
6. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชน	2(0.6)	8(2.4)	6(1.8)	18(5.4)	52(15.7)	115(34.6)	133(40.1)	3.98(332)	1.15
7. มีการดูแลต่อเนื่อง กรณีส่งต่อ ในการรักษาแต่ละระดับ	4(1.2)	2(0.6)	7(2.1)	12(3.6)	80(24.2)	122(37.0)	107(32.4)	3.92(330)	1.00
8. มีบริการแบบองค์รวม คือ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ	4(1.2)	5(1.5)	9(2.7)	14(4.2)	75(22.7)	116(35.2)	111(33.6)	3.88(330)	1.10
9. บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ	2(0.6)	3(0.9)	7(2.1)	20(6.0)	83(25.0)	106(31.9)	113(34.0)	3.87(332)	1.07
10. ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ	3(0.9)	4(1.2)	8(2.4)	24(7.3)	65(19.6)	123(37.2)	107(32.3)	3.86(331)	1.10

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

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนกลาง (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
		0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)		
11. มีระบบรับรองคุณภาพบริการ	7(2.1)	10(3.1)	8(2.4)	18(5.5)	71(21.7)	105(32.1)	115(35.2)	3.83(327)	1.21
12. เน้นบริการที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด อย่างมีประสิทธิภาพ	9(2.7)	9(2.8)	9(2.8)	18(5.5)	78(24.0)	102(31.4)	109(33.5)	3.79(325)	1.20
13. ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ	2(0.6)	11(3.3)	7(2.1)	22(6.6)	71(21.4)	116(34.9)	105(31.6)	3.77(332)	1.21
14. ผู้มารับบริการทุกคนมีสิทธิตามหลักประกันด้านสุขภาพ	6(1.8)	15(4.6)	8(2.4)	12(3.7)	78(23.8)	104(31.7)	111(33.8)	3.77(328)	1.28
15. มีสถานบริการระดับปฐมภูมิใกล้บ้าน	5(1.5)	11(3.3)	16(4.9)	23(7.0)	61(18.5)	98(29.8)	120(36.5)	3.76(329)	1.32
16. มีระบบข้อมูลที่เอื้อให้เกิดบริการสุขภาพแบบองค์รวม	10(3.0)	7(2.2)	12(3.7)	22(6.8)	95(29.3)	98(30.2)	90(27.8)	3.65(324)	1.19
17. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร	12(3.6)	6(1.9)	14(4.3)	24(7.5)	91(28.3)	102(31.7)	85(26.4)	3.63(322)	1.18
18. มีแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ประจำครอบครัว	5(1.5)	15(4.6)	11(3.3)	21(6.4)	87(26.4)	98(29.8)	97(29.5)	3.62(329)	1.31
19. มีโรงพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน	5(1.5)	7(2.1)	17(5.2)	33(10.0)	94(28.6)	95(28.9)	83(25.2)	3.53(329)	1.23
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านตัวชี้วัด (19 ข้อ)								3.84	0.82

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

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนกลาง (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น					mean(n)	S.D.	
		0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)			5 n(%)
ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ									
1. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือกระทำใดๆ เพื่อสวยงาม	0(0.0)	8(2.4)	10(3.0)	14(4.2)	30(9.0)	61(18.3)	211(63.2)	4.27(334)	1.21
2. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น	1(0.3)	8(2.4)	14(4.2)	13(3.9)	54(16.3)	66(19.9)	177(53.3)	4.07(332)	1.27
3. ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม	2(0.6)	9(2.7)	12(3.6)	13(3.9)	56(16.9)	83(25.0)	159(47.9)	4.02(332)	1.25
4. ครอบคลุมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยค่าใช้จ่ายภายใน 72 ชั่วโมง แรกให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง	3(0.9)	11(3.3)	9(2.7)	19(5.7)	57(17.2)	85(25.7)	150(45.3)	3.95(331)	1.28
5. ครอบคลุมการตรวจ บำบัด ฟื้นฟู ของแพทย์ทางเลือก	13(3.9)	10(3.1)	10(3.1)	18(5.6)	76(23.7)	107(33.3)	100(31.2)	3.74(321)	1.22
6. ครอบคลุมการตรวจ ฟื้นฟู ทางกายภาพจนสิ้นสุดการรักษา	3(0.9)	14(4.2)	14(4.2)	15(4.5)	73(22.1)	113(34.1)	102(30.8)	3.70(331)	1.30
7. ครอบคลุมการใส่เต้านมเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	15(4.5)	24(7.5)	15(4.7)	19(6.0)	69(21.6)	89(27.9)	103(32.3)	3.55(319)	1.48
8. ไม่ครอบคลุมผู้ประสบภัยจากรถ	7(2.1)	28(8.6)	12(3.7)	21(6.4)	80(24.5)	65(19.9)	121(37.0)	3.54(327)	1.54
0 = ไม่เห็นด้วย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด									

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนกลาง (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
		0	1	2	3	4	5		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
9. ไม่ครอบคลุมการรักษาที่อยู่ในระหว่างค้นคว้า ทดลอง	9(2.7)	24(7.4)	14(4.3)	20(6.2)	81(24.9)	83(25.5)	103(31.7)	3.52(325)	1.47
10. ไม่ครอบคลุมโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวเกิน 180 วัน	30(9.0)	28(9.2)	17(5.6)	18(5.9)	85(28.0)	82(27.0)	74(24.3)	3.31(304)	1.51
11. ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่ค่าใช้จ่ายสูง อวัยวะเทียม ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด	9(2.7)	41(12.7)	19(5.9)	34(10.6)	62(19.3)	91(28.3)	75(23.3)	3.14(322)	1.64
12. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ	4(1.2)	37(11.2)	28(8.5)	30(9.1)	84(25.5)	61(18.5)	90(27.3)	3.13(330)	1.64
13. ไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟันฟู ผู้ติดยาเสพติด (งบเฉพาะ)	3(0.9)	48(14.5)	31(9.4)	29(8.8)	73(22.1)	77(23.3)	73(22.1)	2.96(331)	1.70
14. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (งบเฉพาะ)	2(0.6)	56(16.9)	27(8.1)	36(10.8)	82(24.7)	63(19.0)	68(20.5)	2.82(332)	1.71
15. ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน (งบเฉพาะ)	11(3.3)	53(16.4)	26(8.0)	29(9.0)	86(26.6)	75(23.2)	54(16.7)	2.82(323)	1.66
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ (15 ข้อ)								3.51	0.81

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

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อกิจกรรมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนกลาง (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
		ใจ	0	1	2	3	4		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค									
1. มีการดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค	2(0.6)	1(0.3)	7(2.1)	4(1.2)	40(12.0)	100(30.1)	180(54.2)	4.32(332)	0.92
2. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	2(0.6)	2(0.6)	8(2.4)	4(1.2)	47(14.2)	101(30.4)	170(51.2)	4.25(332)	1.00
3. มีบริการการวางแผนครอบครัว	1(0.3)	3(0.9)	8(2.4)	7(2.1)	44(13.2)	104(31.2)	167(50.2)	4.22(333)	1.02
4. มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัว	1(0.3)	3(0.9)	10(3.0)	13(3.9)	52(15.6)	113(33.9)	142(42.6)	4.07(333)	1.07
5. มีการส่งเสริมสุขภาพด้านทันตสาธารณสุข	2(0.6)	3(0.9)	11(3.3)	14(4.2)	47(14.2)	114(34.3)	143(43.1)	4.07(332)	1.09
6. มีการตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง	5(1.5)	4(1.2)	8(2.4)	9(2.7)	60(18.2)	111(33.7)	137(41.6)	4.06(329)	1.06
7. มีการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ	3(0.9)	3(0.9)	12(3.6)	20(6.0)	53(16.0)	107(32.3)	136(41.1)	3.98(331)	1.13
8. มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพ	3(0.9)	6(1.8)	9(2.7)	13(3.9)	67(20.2)	98(29.6)	138(41.7)	3.98(331)	1.15
9. ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ	2(0.6)	9(2.7)	16(4.8)	16(4.8)	62(18.7)	90(27.1)	139(41.9)	3.88(332)	1.29
10. มีการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	1(0.3)	10(3.0)	13(3.9)	14(4.2)	78(23.4)	98(29.4)	120(36.0)	3.80(333)	1.25
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (10 ข้อ)								4.05	0.86
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลัก (25 ข้อ)								3.73	0.71
0 = ไม่เห็นด้วย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด									

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนภูมิภาค

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ	เข้าใจ/ความคิดเห็น						mean (n)	S.D.
	n(%)	0	1	2	3	4	5		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)			
ด้านตัวชี้วัดนโยบาย									
1. ประชาชนมีบทบาทดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม	1(0.5)	2(0.9)	3(1.4)	12(5.5)	41(18.6)	67(30.5)	95(43.2)	4.06(220)	1.05
2. มีการเชื่อมโยงบูรณาการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู	3(1.4)	2(0.9)	4(1.8)	8(3.7)	41(18.8)	72(33.0)	91(41.7)	4.06(218)	1.03
3. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และมีรยยนต์ส่งต่อ	5(2.3)	5(2.3)	3(1.4)	9(4.2)	41(19.0)	66(30.6)	92(42.6)	4.02(216)	1.13
4. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชน	2(0.9)	4(1.8)	1(0.5)	6(2.7)	44(20.1)	89(40.6)	75(34.2)	4.00(219)	1.00
5. ให้การวินิจฉัย มีบริการถูกต้องตามมาตรฐานวิชาการ	2(0.9)	3(1.4)	5(2.3)	10(4.6)	48(21.9)	64(29.2)	89(40.6)	3.97(219)	1.11
6. มีระบบรับรองคุณภาพบริการ	6(2.7)	3(1.4)	6(2.8)	9(4.2)	51(23.7)	57(26.5)	89(41.4)	3.95(215)	1.14
7. มีการดูแลต่อเนื่อง กรณีส่งต่อ ในการรักษาแต่ละระดับ	5(2.3)	2(0.9)	1(0.5)	11(5.1)	54(25.0)	80(37.0)	68(31.5)	3.91(216)	0.98
8. ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ	2(0.9)	2(0.9)	5(2.3)	11(5.0)	50(22.8)	79(36.1)	72(32.9)	3.89(219)	1.05
9. ผู้มารับบริการทุกคนมีสิทธิตามหลักประกันด้านสุขภาพ	5(2.3)	6(2.8)	4(1.9)	11(5.1)	46(21.3)	73(33.8)	76(35.2)	3.87(216)	1.17
10. มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอ พร้อมใช้	4(1.8)	11(5.1)	4(1.8)	16(7.4)	36(16.6)	61(28.1)	89(41.0)	3.84(217)	1.35
0 = ไม่เห็นด้วย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด									

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนภูมิภาค (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
		0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)		
11. ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ	5(2.3)	3(1.4)	7(3.2)	9(4.2)	54(25.0)	72(33.3)	71(32.9)	3.84(216)	1.11
12. บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ	0(0.0)	4(1.8)	6(2.7)	12(5.4)	49(22.2)	81(36.7)	69(31.2)	3.83(221)	1.12
13. มีสถานบริการระดับปฐมภูมิใกล้บ้าน	7(3.2)	7(3.3)	1(0.5)	15(7.0)	56(26.2)	57(26.6)	78(36.4)	3.82(214)	1.20
14. มีบริการแบบองค์รวม คือ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ	2(0.9)	5(2.3)	7(3.2)	12(5.5)	52(23.7)	68(31.1)	75(34.2)	3.81(219)	1.19
15. มีระบบข้อมูลที่เอื้อให้เกิดบริการสุขภาพแบบองค์รวม	19(8.6)	3(1.5)	6(3.0)	11(5.4)	55(27.2)	72(35.6)	55(27.2)	3.74(202)	1.10
16. มีแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ประจำครอบครัว	4(1.8)	6(2.8)	6(2.8)	20(9.2)	53(24.4)	59(27.2)	73(33.6)	3.71(217)	1.25
17. เน้นบริการที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด อย่างมีประสิทธิภาพ	2(0.9)	12(5.5)	7(3.2)	15(6.8)	49(22.4)	67(30.6)	69(31.5)	3.64(219)	1.36
18. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร	5(2.3)	5(2.3)	9(4.2)	19(8.8)	65(30.1)	59(27.3)	59(27.3)	3.58(216)	1.23
19. มีโรงพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน	3(1.4)	5(2.3)	7(3.2)	17(7.8)	92(42.2)	59(27.1)	38(17.4)	3.41(218)	1.10
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านตัวชี้วัด (19 ข้อ)								3.84	0.82

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

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนภูมิภาค (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น					mean(n)	S.D.	
	n(%)	0	1	2	3	4			5
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ									
1. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือกระทำใดๆ เพื่อสวยงาม	3(1.4)	2(0.9)	0(0.0)	5(2.3)	34(15.6)	32(14.7)	145(66.5)	4.43(218)	0.94
2. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น	5(2.3)	5(2.3)	1(0.5)	8(3.7)	46(21.3)	47(21.8)	109(50.5)	4.11(216)	1.13
3. ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม	4(1.8)	3(1.4)	5(2.3)	7(3.2)	54(24.9)	45(20.7)	103(47.5)	4.04(217)	1.13
4. ครอบคลุมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยค่าใช้จ่ายภายใน 72 ชั่วโมง แรกให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง	3(1.4)	5(2.3)	2(0.9)	11(5.0)	48(22.0)	58(26.6)	94(43.1)	3.99(218)	1.14
5. ครอบคลุมการตรวจ ฟื้นฟู ทางกายภาพจนสิ้นสุดการรักษา	6(2.7)	6(2.8)	7(3.3)	14(6.5)	49(22.8)	73(34.0)	66(30.7)	3.74(215)	1.21
6. ครอบคลุมการตรวจ บำบัด ฟื้นฟู ของแพทย์ทางเลือก	10(4.5)	5(2.4)	6(2.9)	17(8.1)	55(26.2)	64(30.5)	63(30.0)	3.70(210)	1.20
7. ครอบคลุมการใส่เต้านเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	11(5.0)	8(3.8)	9(4.3)	17(8.1)	47(22.4)	61(29.0)	68(32.4)	3.66(210)	1.33
8. ไม่ครอบคลุมการรักษาที่อยู่ในระหว่างค้นคว้า ทดลอง	11(5.0)	17(8.1)	4(1.9)	16(7.6)	56(26.7)	44(21.0)	73(34.8)	3.55(210)	1.48
0 = ไม่เห็นด้วย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด									

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนภูมิภาค (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ n(%)	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
		0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)		
9. ไม่ครอบคลุมผู้ประสบภัยจากรถ	8(3.6)	23(10.8)	3(1.4)	20(9.4)	58(27.2)	45(21.1)	64(30.0)	3.37(213)	1.55
10. ไม่ครอบคลุมโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวเกิน 180 วัน	30(13.6)	20(10.5)	2(1.0)	11(5.8)	61(31.9)	54(28.3)	43(22.5)	3.34(191)	1.46
11. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ	5(2.3)	26(12.0)	13(6.0)	24(11.1)	54(25.0)	34(15.7)	65(30.1)	3.17(216)	1.67
12. ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่ค่าใช้จ่ายสูง อวัยวะเทียม ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด	9(4.1)	28(13.3)	6(2.8)	16(7.6)	65(30.8)	47(22.3)	49(23.2)	3.16(211)	1.59
13. ไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟันฟู ผู้ติดยาเสพติด (งบเฉพาะ)	10(4.5)	34(16.1)	12(5.7)	26(12.3)	57(27.0)	39(18.5)	43(20.4)	2.87(211)	1.67
14. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (งบเฉพาะ)	4(1.8)	40(18.4)	16(7.4)	19(8.8)	58(26.7)	36(16.6)	48(22.1)	2.82(217)	1.75
15. ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน (งบเฉพาะ)	19(8.6)	40(19.8)	14(6.9)	30(14.9)	62(30.7)	37(18.3)	19(9.4)	2.49(202)	1.59
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ (15 ข้อ)								3.50	0.76

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

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนภูมิภาค (ต่อ)

ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก	ไม่เข้าใจ	ความเข้าใจ/ความคิดเห็น						mean(n)	S.D.
	ใจ	0	1	2	3	4	5		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค									
1. มีการดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค	0(0.0)	1(0.5)	0(0.0)	4(1.8)	38(17.2)	50(22.6)	128(57.9)	4.35(221)	0.88
2. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	0(0.0)	1(0.5)	1(0.5)	2(0.9)	44(19.9)	55(24.9)	118(53.4)	4.29(221)	0.90
3. มีการส่งเสริมสุขภาพด้านทันตสาธารณสุข	0(0.0)	2(0.9)	2(0.9)	5(2.3)	42(19.0)	62(28.1)	108(48.9)	4.19(221)	0.98
4. มีบริการการวางแผนครอบครัว	0(0.0)	1(0.5)	4(1.8)	8(3.6)	41(18.6)	60(27.1)	107(48.4)	4.15(221)	1.02
5. มีการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ	0(0.0)	1(0.5)	0(0.0)	6(2.7)	55(24.9)	56(25.3)	103(46.6)	4.14(221)	0.94
6. มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพ	3(1.4)	1(0.5)	0(0.0)	12(5.5)	54(24.8)	55(25.2)	96(44.0)	4.06(218)	0.99
7. มีการตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง	6(2.7)	1(0.5)	4(1.9)	8(3.7)	52(24.2)	54(25.1)	96(44.7)	4.06(215)	1.04
8. มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัว	1(0.5)	3(1.4)	4(1.8)	7(3.2)	51(23.2)	65(29.5)	90(40.9)	4.00(220)	1.07
9. ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ	5(2.3)	11(5.1)	3(1.4)	16(7.4)	44(20.4)	59(27.3)	83(38.4)	3.79(216)	1.34
10. มีการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	1(0.5)	4(1.8)	6(2.7)	16(7.3)	68(30.9)	58(26.4)	68(30.9)	3.70(220)	1.17
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (10 ข้อ)								4.08	0.82
รวมค่าเฉลี่ยรายด้านกิจกรรมหลัก (25 ข้อ)								3.74	0.68

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

**ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษา แพทย์ ชั้นปีที่ 6
ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน**

จำนวนข้อคำถามความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมทั้งหมด 44 ข้อแบ่ง
เป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านตัวชี้วัดนโยบายมีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ
2. ด้านกิจกรรมหลักโดยรวมมีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งเป็น
 - 2.1 ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ
 - 2.2 ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

และในแต่ละข้อคำถามมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. มีความเข้าใจต่อตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลักหรือไม่ (เข้าใจ, ไม่เข้าใจ)
2. มีความเข้าใจต่อตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลัก โดยแบ่งความคิดเห็นออกเป็น 6
ระดับ ของความคิดเห็น ได้แก่ ไม่เห็นด้วย (0), เห็นด้วยน้อยที่สุด (1), เห็นด้วยน้อย (2), เห็นด้วยปาน
กลาง (3), เห็นด้วยมาก (4) และ เห็นด้วยมากที่สุด (5) ดังนั้นคะแนนความคิดเห็นจะมีตั้งแต่ 0 (0 x 44) ถึง
220 (5x 44) คะแนน แต่เนื่องจากทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงข้อมูลโดยใช้ Histogram และ -
Kolmogorov-Smirnov test แล้วพบว่ามีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Nonparametric Test โดย
คำนวณและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่า Mean Rank และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของระดับ
ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังรายละเอียดตารางที่ 4.8 และตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบค่า Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์
ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบาย และ
ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยสนับสนุน	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดย รวม
เพศ^a					
ชาย (n=245)	278.06	282.85	278.76	286.85	280.19
หญิง (n=310)	277.95	274.17	277.40	271.01	276.27
<i>p-value</i>	.994	.526	.921	.246	.774
สิทธิการรักษาของครอบครัว^a					
ไม่มีสิทธิ (n=155)	244.35	252.11	271.22	238.28	244.57
มีสิทธิ (n=400)	291.04	288.03	280.63	293.39	290.95
<i>p-value</i>	.002*	.018*	.535	.000*	.002*
ประเภทการมีสิทธิของสมาชิกในครอบครัว^b					
ค่าธรรมเนียม 30 บาท (n=117)	202.97	219.88	217.89	216.74	212.04
สังคมควรช่วยเหลือ (n=21)	182.88	185.95	192.40	193.60	183.38
ราชการ / รัฐวิสาหกิจ (n=216)	199.69	197.32	197.94	195.74	198.75
ประกันสังคม กองทุนเงิน ทดแทน(n=24)	190.94	168.15	164.52	183.65	177.88
ประกันสุขภาพ (n=16)	187.78	173.03	188.41	157.44	179.56
ประเภทอื่นๆ (n=6)	315.58	190.67	158.17	261.75	244.83
<i>p-value</i>	.231	.251	.291	.203	.549
ภูมิลำเนา^b					
ภาคกลาง (n=136)	181.56	175.51	177.28	171.94	177.38
ภาคเหนือ (n=51)	152.80	162.87	155.91	178.36	156.43
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(n=88)	182.11	183.98	179.24	180.54	186.14
ภาคใต้ (n=62)	136.15	138.50	147.08	138.47	136.63
<i>p-value</i>	.006*	.030*	.111	.046*	.010*

ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบค่า Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์
 ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบาย และ
 ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย สนับสนุน	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดย รวม
เขตภูมิลำเนา^a					
ในเขตเทศบาล (n=415)	271.53	270.15	270.49	273.06	270.13
นอกเขตเทศบาล (n=140)	297.16	301.28	300.25	292.64	301.34
<i>p-value</i>	.102	.047*	.058	.210	.046*
แหล่งที่ได้รับทุนการศึกษา^a					
ทุนส่วนตัว (n=458)	276.17	274.55	276.05	274.27	274.72
ทุนรัฐบาล (n=97)	286.66	294.28	287.21	295.62	293.48
<i>p-value</i>	.558	.271	.534	.232	.295
สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงาน^b					
รพ.มหาวิทยาลัย (n=143)	275.42	248.73	255.40	255.83	259.17
รพศ. /รพท. (n=188)	280.10	289.17	293.89	273.22	286.49
รพช. (n=175)	292.00	301.87	289.68	311.38	299.18
ศูนย์สุขภาพชุมชน (n=7)	257.71	300.00	309.07	267.21	279.29
เอกชน (n=37)	216.32	222.82	227.77	240.18	211.09
อื่นๆ (n=5)	267.80	237.10	246.20	218.60	249.10
<i>p-value</i>	.220	.013*	.084	.020*	.033*
การศึกษาต่อ^a					
ไม่ศึกษาต่อ (n=77)	276.05	285.21	306.18	250.40	283.51
ศึกษาต่อ (n=478)	278.31	276.84	273.46	282.45	277.11
<i>p-value</i>	.909	.671	.096	.102	.745

ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบค่า Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์
 ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบาย และ
 ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและ สนับสนุน	ปัจจัย	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดย รวม
ศึกษาต่อในกลุ่มสาขาวิชา^b						
ประเภทที่ 1 (n=2)		88.75	197.50	304.00	84.50	131.25
ประเภทที่ 2 (n=288)		285.63	282.17	278.52	286.48	283.72
ประเภทที่ 3 (n=70)		271.69	279.06	273.66	279.16	274.72
ประเภทที่ 4 (n=27)		280.30	299.83	292.35	302.89	293.65
ประเภทที่ 5 (n=6)		121.33	103.00	71.75	276.67	94.67
สาขาอื่นๆ (n=85)		273.89	263.78	263.65	270.06	267.74
<i>p-value</i>		.155	.164	.038*	.329	.101
พื้นที่เขตการศึกษา^a						
ส่วนกลาง (n=334)		278.81	277.86	282.37	277.01	277.14
ส่วนภูมิภาค (n=221)		276.7	278.2	271.4	279.4	279.3
<i>p-value</i>		.883	.979	.430	.858	.876
แหล่งข้อมูล^a						
ไม่ทราบ (n=23)		253.33	274.72	337.46	191.78	262.65
ทราบ (n=532)		279.07	278.14	275.43	281.73	278.66
<i>p-value</i>		.451	.920	.069	.008*	.639
ภาคทฤษฎี^a						
ไม่ทราบ (n=252)		256.96	256.63	264.11	257.05	255.16
ทราบ (n=280)		298.67	298.99	291.64	298.58	300.44
<i>p-value</i>		.002*	.002*	.043*	.002*	.001*
ภาคปฏิบัติ^a						
ไม่ทราบ (n=321)		272.30	272.56	276.88	270.12	272.20
ทราบ (n=211)		287.29	286.87	279.83	290.85	287.45
<i>p-value</i>		.285	.308	.833	.138	.277

ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบค่า Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์
 ชั้นปีที่ 6 ต่อกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบาย และ
 ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย สนับสนุน	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดย รวม
ประชุม/สัมมนา ^a					
ไม่ทราบ (n=487)	280.85	280.51	281.09	279.14	280.96
ทราบ (n=45)	245.73	249.50	242.93	265.12	244.47
<i>p-value</i>	.159	.214	.126	.573	.143
สื่ออินเทอร์เน็ต ^a					
ไม่ทราบ (n=398)	280.32	275.88	276.00	277.71	277.64
ทราบ (n=134)	270.72	284.66	284.27	278.90	279.12
<i>p-value</i>	.546	.581	.603	.940	.926
สื่อทีวี ^a					
ไม่ทราบ (n=164)	279.17	273.43	281.00	264.10	275.12
ทราบ (n=368)	277.41	280.32	276.48	285.07	279.46
<i>p-value</i>	.903	.632	.753	.144	.763
สื่อสิ่งพิมพ์ ^a					
ไม่ทราบ (n=204)	277.05	273.73	280.21	265.68	275.84
ทราบ (n=328)	278.66	280.96	276.47	286.52	279.49
<i>p-value</i>	.907	.602	.787	.131	.792
จากครอบครัว ^a					
ไม่ทราบ (n=399)	273.78	274.33	277.40	271.36	273.61
ทราบ (n=133)	291.38	289.65	279.91	299.08	291.92
<i>p-value</i>	.270	.336	.875	.081	.251
จากแหล่งอื่นๆ ^a					
ไม่ทราบ (n=474)	274.55	278.71	281.78	273.92	276.50
ทราบ (n=58)	307.55	271.88	245.57	312.93	290.89
<i>p-value</i>	.138	.759	.103	.078	.518

^a Mann-Whitney U Test

^b Kruskal-Wallis H Test

จากตารางที่ 4.8 พบว่า

เพศ : เพศแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว : สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัวที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยการมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการไม่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว ส่วนด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ประเภทการมีสิทธิของสมาชิกในครอบครัว : ประเภทการมีสิทธิของสมาชิกในครอบครัวที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ภูมิลำเนา : การมีภูมิลำเนาอาศัยที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคอื่นๆ ส่วนด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

เขตภูมิลำเนา : การมีเขตภูมิลำเนาอาศัยที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและด้านกิจกรรมหลัก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การมีเขตภูมิลำเนาอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการมีเขตภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลส่วนด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

แหล่งทุนการศึกษา : การมีแหล่งที่ได้รับทุนการศึกษาที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงาน : ความต้องการไปปฏิบัติงานในสถานบริการที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ความต้องการไปปฏิบัติงานในสถานบริการที่โรงพยาบาลชุมชนมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าความต้องการไปปฏิบัติงานในสถานบริการอื่นๆ ส่วนด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

การศึกษาต่อ : การที่มีความประสงค์จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

การศึกษาต่อในกลุ่มสาขาวิชา : การที่มีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรในประเภทสาขาวิชาที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การที่มีความประสงค์จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรในประเภทสาขาวิชาประเภทที่ 1 มีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการที่มีความประสงค์จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรในประเภทสาขาวิชาประเภทอื่นๆ ส่วนความคิดเห็นโดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

พื้นที่เขตการศึกษา : พื้นที่เขตการศึกษาของมหาวิทยาลัยที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

แหล่งข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็น พบว่า การได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการไม่ได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนความคิดเห็นโดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ภาคทฤษฎี : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาคทฤษฎีที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาคทฤษฎีมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการไม่ได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาคทฤษฎี

ภาคปฏิบัติ : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาคปฏิบัติที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ประชุม สัมมนา : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากการประชุมสัมมนาที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สื่ออินเทอร์เน็ต : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่ออินเทอร์เน็ตที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สื่อทีวี : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อทีวีที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สื่อสิ่งพิมพ์ : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อสิ่งพิมพ์ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

จากครอบครัว : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

แหล่งอื่นๆ : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากแหล่งอื่นๆ ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ตารางที่ 4.9 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลักกับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิดเห็น โดยรวม
อายุ (n=555)					
r_s	0.049	0.046	0.058	0.058	0.054
<i>p-value</i>	.249	.283	.172	.742	.203
ผลการเรียนเฉลี่ย (n=525)					
r_s	-0.058	-0.083	-0.064	-0.051	-0.079
<i>p-value</i>	.072	.185	.057	.145	.241

โดยใช้ Spearman's Rank Correlation Coefficient

จากตารางที่ 4.9 พบว่า นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มี

อายุ : อายุกับความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน มีสหสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร : ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่มีสหสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน ($p\text{-value} > 0.05$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบค่า Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์
ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบาย และ
ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามการจัดการเรียนการสอน โดยภาพรวม

การเรียนการสอน	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดย รวม
ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^a					
ไม่พอเพียง (n=345)	238.87	237.97	240.83	237.73	238.03
พอเพียง (n=149)	267.47	269.56	262.94	270.13	269.42
<i>p-value</i>	<i>.041*</i>	<i>.024*</i>	<i>.114</i>	<i>.020*</i>	<i>.025*</i>
ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายฯ^a					
ไม่ปรับปรุง (n=191)	185.69	184.04	184.66	178.45	186.13
ปรับปรุง (n=163)	167.90	169.84	169.11	176.38	167.39
<i>p-value</i>	<i>.103</i>	<i>.193</i>	<i>.154</i>	<i>.849</i>	<i>.086</i>
วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนร่วมกระตุ้นทำให้อายการทำงานในชุมชน^a					
ไม่มีส่วนกระตุ้น (n=147)	216.77	217.40	229.48	207.19	214.73
มีส่วนกระตุ้น (n=355)	265.88	265.62	260.62	269.85	266.72
<i>p-value</i>	<i>.001*</i>	<i>.001*</i>	<i>.029*</i>	<i><.001*</i>	<i><.001*</i>
การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้^a					
ไม่สามารถนำไปประยุกต์ (n=67)	180.43	192.67	199.68	196.83	181.37
นำไปประยุกต์ได้ (n=434)	261.89	260.00	258.92	259.36	261.75
<i>p-value</i>	<i><.001*</i>	<i><.001*</i>	<i>.002*</i>	<i>.001*</i>	<i><.001*</i>

^a ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

จากตารางที่ 4.10 พบว่า

ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า : ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้าน
กิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าพอเพียงมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่พอเพียง ส่วนด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ความต้องการการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อายากทำงานในชุมชน : วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อายากทำงานในชุมชนที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อายากทำงานในชุมชนมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าวิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่มีส่วนกระตุ้นทำให้อายากทำงานในชุมชน

การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ : การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้มีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับไม่สามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.11 แสดงการเปรียบเทียบค่า Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์
ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบาย และ
ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามการจัดการเรียนการสอน ในส่วนกลาง

การเรียนการสอน	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดย รวม
ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^a					
ไม่พอเพียง (n=183)	139.07	137.68	139.66	138.16	137.96
พอเพียง (n=103)	151.38	153.83	150.33	152.99	153.33
<i>p-value</i>	.227	.113	.295	.143	.131
ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายฯ^a					
ไม่ปรับปรุง (n=129)	115.71	116.44	116.45	111.45	117.19
ปรับปรุง (n=90)	101.81	100.77	100.76	107.92	99.69
<i>p-value</i>	.110	.072	.071	.683	.044*
วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อายการทำงานในชุมชน^a					
ไม่มีส่วนกระตุ้น (n=96)	124.19	125.12	131.79	120.71	123.12
มีส่วนกระตุ้น (n=197)	158.11	157.66	154.41	159.81	158.64
<i>p-value</i>	.001*	.002*	.032*	<.001*	.001*
การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้^a					
ไม่สามารถนำไปประยุกต์ (n=45)	109.90	122.70	125.27	124.32	112.84
นำไปประยุกต์ได้ (n=248)	153.73	151.41	150.94	151.11	153.20
<i>p-value</i>	.001*	.036*	.061	.050	.003*

^a Mann-Whitney U Test

จากตารางที่ 4.11 พบว่า
ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า : ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกัน
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ความต้องการการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การไม่ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าความต้องการการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน : วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชนที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชนมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าวิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่มีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน

การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ : การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย และด้านกิจกรรมหลัก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้มีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับไม่สามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ ส่วนด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ตารางที่ 4.12 แสดงการเปรียบเทียบค่า Mean Rank ของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์
ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบาย และ
ด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามการจัดการเรียนการสอน ในส่วนภูมิภาค

การเรียนการสอน	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดย รวม
ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^a					
ไม่พอเพียง (n=162)	100.56	101.02	102.83	100.59	100.59
พอเพียง (n=46)	118.38	116.76	110.37	118.28	118.27
<i>p-value</i>	.076	.117	.453	.077	.079
ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายฯ^a					
ไม่ปรับปรุง (n=62)	69.80	67.54	67.16	67.13	68.75
ปรับปรุง (n=73)	66.47	68.39	68.71	68.74	67.36
<i>p-value</i>	.622	.900	.818	.811	.837
วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนร่วมกระตุ้นทำให้อายการทำงานในชุมชน^a					
ไม่มีส่วนกระตุ้น (n=51)	93.84	92.99	97.51	85.93	93.56
มีส่วนกระตุ้น (n=158)	108.60	108.88	107.42	111.16	108.69
<i>p-value</i>	.130	.103	.309	.009	.120
การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้^a					
ไม่สามารถนำไปประยุกต์ (n=22)	68.16	65.36	68.05	68.27	65.41
นำไปประยุกต์ได้ (n=186)	108.80	109.13	108.81	108.78	109.12
<i>p-value</i>	.003	.001	.003	.003	.001

^a Mann-Whitney U Test

จากตารางที่ 4.12 พบว่า

ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า : ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกัน
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ความต้องการการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อายากทำงานในชุมชน : วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อายากทำงานในชุมชนที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อายากทำงานในชุมชนมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าวิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่มีส่วนกระตุ้นทำให้อายากทำงานในชุมชน ส่วนความคิดเห็นโดยรวมด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ : การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้มีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับไม่สามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.13 สรุปค่า *p-value* ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบาทหลัก
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย และด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตาม
ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ตัวแปร	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟัน ฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดยรวม
เพศ ^a	.994	.526	.921	.246	.774
อายุ ^b	.249	.283	.172	.742	.203
ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร ^b	.072	.185	.057	.145	.241
สิทธิการรักษาของครอบครัว ^a	.002*	.018*	.535	<.001*	.002*
ประเภทการมีสิทธิ ของสมาชิกในครอบครัว ^c	.231	.251	.291	.203	.549
ภูมิฐานะ ^c	.006*	.030*	.111	.046*	.010*
เขตภูมิฐานะ ^a	.102	.047*	.058	.210	.046*
แหล่งที่ได้รับทุนการศึกษา ^a	.558	.271	.534	.232	.295
สถานบริการที่ต้องการ ไปปฏิบัติงาน ^c	.220	.013*	.084	.020*	.033*
การศึกษาต่อ ^a	.909	.671	.096	.102	.745
ศึกษาต่อกลุ่มสาขาวิชา ^c	.155	.164	.038*	.329	.101
พื้นที่เขตการศึกษา ^a	.883	.979	.430	.858	.876
แหล่งข้อมูลนโยบายฯ ^a	.451	.920	.069	.008*	.639
ภาคทฤษฎี ^a	.002*	.002*	.043*	.002*	.001*
ภาคปฏิบัติ ^a	.285	.308	.833	.138	.277
ประชุม/สัมมนา ^a	.159	.214	.126	.573	.143
สื่ออินเทอร์เน็ต ^a	.546	.581	.603	.940	.926
สื่อทีวี ^a	.903	.632	.753	.144	.763
สื่อสิ่งพิมพ์ ^a	.907	.602	.787	.131	.792
จากครอบครัว ^a	.270	.336	.875	.081	.251
จากแหล่งอื่นๆ ^a	.138	.759	.103	.078	.518

^a Mann-Whitney U Test

^b Spearman's Rank Correlation Coefficient

^c Kruskal-Wallis H Test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.13 แสดงเพื่อเปรียบเทียบค่า *p-value* ให้ชัดเจนมากขึ้น

ตารางที่ 4.14 สรุปค่า *p-value* ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบาทหลัก
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย และด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตาม
การจัดการเรียนการสอน โดยรวม ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค

ตัวแปร	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟัน ฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิด เห็นโดยรวม
โดยรวม					
ที่ผ่านมากการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^a	.041*	.024*	.114	.020*	.025*
ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายฯ ^a	.103	.193	.154	.849	.086
วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน ^a	.001*	.001*	.029*	<.001*	<.001*
การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ ^a	<.001*	<.001*	.002*	.001*	<.001*
ในส่วนกลาง					
ที่ผ่านมากการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^a	.227	.113	.295	.143	.131
ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายฯ ^a	.110	.072	.071	.683	.044*
วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน ^a	.001*	.002*	.032*	<.001*	.001*
การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ ^a	.001*	.036*	.061	.050	.003*

^a Mann-Whitney U Test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.14 สรุปค่า *p-value* ของความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อบทบัญญัติหลัก
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย และด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตาม
การจัดการเรียนการสอน โดยรวม ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค (ต่อ)

ตัวแปร	ตัวชี้วัด นโยบาย	กิจกรรม หลัก	รักษา ฟื้นฟู	ส่งเสริม ป้องกัน	ความคิดเห็น โดยรวม
ในส่วนภูมิภาค					
ที่ผ่านมากการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^a	.076	.117	.453	.077	.079
ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายฯ ^a	.622	.900	.818	.811	.837
วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน ^a	.130	.103	.309	.009*	.120
การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ ^a	.003*	.001*	.003*	.003*	.001*

^a Mann-Whitney U Test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.14 แสดงเพื่อเปรียบเทียบค่า *p-value* ให้ชัดเจนมากขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

ข้อคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนทั้งหมด	555	100
ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้อง	494	89.0
ไม่พอเพียง	345	69.8
พอเพียง	149	30.2
ความคิดเห็นต่อการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงในวิชาที่เกี่ยวข้อง	490	88.3
ไม่ต้องปรับปรุง	191	39.0
ต้องปรับปรุง	299	61.1
ความคิดเห็นต่อภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีส่วนกระตุ้นทำให้ ต้องการทำงานในชุมชน	502	90.5
ไม่มีส่วนกระตุ้น	147	29.3
มีส่วนกระตุ้น	355	70.7
ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอน ที่สามารถนำไปประยุกต์ใน การปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในอนาคตได้	501	90.3
ไม่สามารถนำไปปฏิบัติและประยุกต์ได้	67	13.4
สามารถนำไปปฏิบัติและประยุกต์ได้	434	86.6
ความคิดเห็นด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ แพทย์ด้านเวชปฏิบัติ ครอบคลุมกับแพทย์เฉพาะทาง	488	87.9
มีความก้าวหน้าน้อยกว่า	336	68.9
มีความก้าวหน้าเท่ากับหรือมากกว่า	152	31.1

จากตารางที่ 4.15 พบว่า นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีข้อเสนอแนะต่อการจัดการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้อง แสดงความคิดเห็นว่าไม่พอเพียงร้อยละ 69.8 และเห็นว่าพอเพียงร้อยละ 30.2

ความคิดเห็นต่อการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงในวิชาที่เกี่ยวข้อง แสดงความคิดเห็นว่าต้องปรับปรุงร้อยละ 61.1 และเห็นว่าไม่ต้องปรับปรุงร้อยละ 39.0

ความคิดเห็นต่อภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีส่วนกระตุ้นทำให้ต้องการทำงานในชุมชน แสดงความคิดเห็นว่ามีส่วนกระตุ้นร้อยละ 70.7 และเห็นว่าไม่มีส่วนกระตุ้นร้อยละ 29.3

ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอน ที่สามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในอนาคตได้ แสดงความคิดเห็นว่าสามารถนำไปปฏิบัติและประยุกต์ได้ร้อยละ 86.6 และเห็นว่าไม่สามารถนำไปปฏิบัติและประยุกต์ได้มีเพียงร้อยละ 13.4

ความคิดเห็นด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ แพทย์ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวกับแพทย์เฉพาะทาง แสดงความคิดเห็นว่ามีความก้าวหน้าน้อยกว่าร้อยละ 68.9 และเห็นว่ามีความก้าวหน้าเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 31.1

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวน ร้อยละ ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหาและข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ความคิดเห็นต่อภาพรวมของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(n=529)		
ผู้รับบริการได้รับผลกระทบ เช่น ระบบส่งต่อ	87	15.7
เร่งรัดการดำเนินการ จึงขาดการร่วมมือจากหลายฝ่าย	68	12.3
ประชาชนไม่รู้สิทธิและหน้าที่ของตน เช่น ไม่ทำตามระบบ ขาดความรู้	60	10.8
บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับผลกระทบ	50	9.0
สถานบริการมีมาตรฐานการรักษาไม่เหมือนกัน	50	9.0
ดีแล้ว และควรพัฒนาในจุดด้อยของโครงการต่อไป	45	8.1
งบประมาณ(ทรัพยากรบุคคล วัสดุ การบริหารไม่พร้อม)	40	7.2
ดีสำหรับสถานบริการในเขตชนบท แต่เขตเมืองประสบปัญหา	32	5.8
ประชาชนเข้าถึงบริการตามสิทธิ และเสมอภาค	30	5.4
มาจากนักการเมือง	24	4.3
ความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (n=534)		
ตัวชี้วัดเป็นทฤษฎี ไม่เป็นรูปธรรม ปฏิบัติตามยาก	102	18.4
ไม่ครอบคลุมโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง	68	12.3
การประสานกับฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง การกระจายอำนาจ การประชาสัมพันธ์	64	11.5
ระบบส่งต่อและมาตรฐานของแต่ละโรงพยาบาลไม่เหมือนกัน	60	10.8
บุคคลากรไม่เพียงพอ	52	9.4
งบประมาณไม่เพียงพอ	42	7.6
หน่วยงานต่างๆต้องร่วมกันดำเนินงาน เช่น กระทรวงศึกษา	41	7.4
เป็นการดำเนินงานที่ใช้ระยะเวลานานในการประเมินผล	32	5.8
บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ	31	5.6
ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ	29	5.2

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวน ร้อยละ ปัญหาและข้อเสนอแนะ (ต่อ)

ปัญหาและข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา (n=494)		
มีการสอนแต่ concept	65	11.7
นิสิตยังไม่ทราบหน้าที่ในฐานะแพทย์ในโครงการ	56	10.1
มีชั่วโมงการเรียนการสอนน้อย	51	9.2
ไม่มีการสอนอย่างจริงจัง เป็นการศึกษารเอง	46	8.3
นิสิตยังไม่เข้าใจนโยบายเท่าที่ควร	41	7.4
เรียนไปแล้วไม่สามารถนำมาแก้ปัญหาของโรงพยาบาลได้	34	6.1
นิสิตไม่มีเวลาศึกษา	30	5.4
นิสิตยังไม่ได้ให้ความสนใจเท่าที่ควร	25	4.5

จากตารางที่ 4.16 พบว่า นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อภาพรวมของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) ผู้รับบริการได้รับผลกระทบ เช่น ระบบส่งต่อ 2) เรงรัดการดำเนินการ จึงขาดการร่วมมือจากหลายฝ่ายเร่งรัดการดำเนินการ จึงขาดการร่วมมือจากหลายฝ่าย 3) ประชาชนไม่รู้สิทธิและหน้าที่ของตน เช่น ไม่ทำตามระบบ ขาดความรู้ ร้อยละ 15.7, 12.3 และ 10.8 ตามลำดับ

มีความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) ตัวชี้วัดเป็นทฤษฎี ไม่เป็นรูปธรรม ปฏิบัติตามยาก 2) ไม่ครอบคลุมโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง 3) การประสานกับฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง การกระจายอำนาจ การประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 18.4, 12.3 และ 11.5 ตามลำดับ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) มีการสอนแต่ concept 2) นิสิตยังไม่ทราบหน้าที่ในฐานะแพทย์ในโครงการ นิสิตยังไม่ทราบหน้าที่ในฐานะแพทย์ในโครงการ 3) มีชั่วโมงการเรียนการสอนน้อย ร้อยละ 11.7, 10.1 และ 9.2 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) ใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ผ่านการตรวจสอบแล้ว โดยส่งไปให้กลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนธันวาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546 ทั้งหมดจำนวน 753 ชุดและได้รับแบบสอบถามตอบกลับ จำนวน 555 ชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows versions 11, Microsoft Excel และ Stata for Windows ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ข้อมูลการตอบกลับ

ได้รับการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด 555 ราย (ร้อยละ 73.7) และไม่ตอบกลับแบบสอบถาม 198 ราย (ร้อยละ 26.3) คิดเป็นสัดส่วน การไม่ตอบกลับต่อการตอบกลับเท่ากับ 1 : 2.8

ส่วนกลางตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 334 (ร้อยละ 76.4) และไม่ตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 103 ราย (ร้อยละ 23.6) คิดเป็นสัดส่วนของพื้นที่เขตการศึกษาในส่วนกลาง ไม่ตอบกลับต่อการตอบกลับเท่ากับ 1 : 3.2

ส่วนภูมิภาคตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 221 (ร้อยละ 69.9) และไม่ตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 95 ราย (ร้อยละ 30.1) คิดเป็นสัดส่วนของพื้นที่เขตการศึกษาในส่วนภูมิภาค ไม่ตอบกลับต่อการตอบกลับเท่ากับ 1 : 2.3

เมื่อพิจารณาตามพื้นที่เขตการศึกษา พบว่า การตอบกลับแบบสอบถามและไม่ตอบกลับแบบสอบถามระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยคิดเป็นสัดส่วนระหว่าง ที่ตอบกลับส่วนภูมิภาค : ที่ตอบกลับส่วนกลางเท่ากับ 1 : 1.5

เมื่อพิจารณาตามมหาวิทยาลัย พบว่า การตอบกลับแบบสอบถามและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมหาวิทยาลัยนครสวรรค์มีส่วนการตอบกลับแบบสอบถามสูงสุด (ร้อยละ 90)

เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า การตอบกลับแบบสอบถามและไม่ตอบกลับแบบสอบถามระหว่างเพศชายและเพศหญิง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) โดยคิดเป็นสัดส่วนการตอบกลับระหว่าง เพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 1.3

ตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยสนับสนุน

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า มีเพศชายจำนวน 245 ราย (ร้อยละ 44.1) และเพศหญิงจำนวน 310 ราย (ร้อยละ 55.9) คิดเป็นสัดส่วนระหว่าง เพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1 : 1.3

เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.5 ปี โดยอายุต่ำสุดเท่ากับ 21 ปีและอายุสูงสุดเท่ากับ 32 ปี

เมื่อพิจารณาตามผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร พบว่า มีผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรเท่ากับ 3.07 โดยผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรต่ำสุดเท่ากับ 2.00 และผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรสูงสุดเท่ากับ 3.94

เมื่อพิจารณาตามการมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว พบว่า มีสิทธิจำนวน 400 ราย (ร้อยละ 72.1) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ จำนวน 216 ราย (ร้อยละ 54) รองลงมาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท) จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 29.3) และต่ำสุดใช้สิทธิอื่นๆ ได้แก่ การเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทต้นสังกัด (ไม่ใช่รัฐวิสาหกิจ) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 1.5)

เมื่อพิจารณาตามภูมิลำเนา พบว่า มีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลางมากที่สุดจำนวน 136 ราย (ร้อยละ 40.4) โดยอยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 87.5) ส่วนภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคใต้ และต่ำที่สุดคือภาคเหนือ จำนวน 88, 62 และ 51 รายตามลำดับ (ร้อยละ 26.1, 18.4 และ 15.1 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาล และส่วนภาคเหนืออยู่นอกเขตเทศบาล จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 52.9)

เมื่อพิจารณาตามแหล่งที่ได้รับทุนการศึกษา พบว่า ใช้นุ้ทุนส่วนตัวจำนวน 458 ราย (ร้อยละ 82.5) และใช้นุ้ทุนรัฐบาลจำนวน 97 ราย (ร้อยละ 17.5) คิดเป็นสัดส่วนระหว่าง ทุนรัฐบาลต่อทุนส่วนตัว เท่ากับ 1 : 4.7

เมื่อพิจารณาตามสถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงาน พบว่า สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานมากที่สุด คือ รพศ./รพท. จำนวน 188 ราย (ร้อยละ 33.9) และสถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานน้อยที่สุด คือ อื่นๆ ได้แก่ ไปรพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม และเปิดคลินิกส่วนตัว จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 0.9)

เมื่อพิจารณาตามความต้องการการเลือกที่จะศึกษาต่อ พบว่า มีความต้องการเลือกที่จะศึกษาต่อจำนวน 478 ราย (ร้อยละ 86.1) และไม่มีความต้องการที่จะศึกษาต่อจำนวน 77 ราย (ร้อยละ 13.9) คิดเป็นสัดส่วนระหว่าง การไม่ศึกษาต่อ ต่อการศึกษาต่อ เท่ากับ 1 : 6.2

เมื่อพิจารณาตามความต้องการการเลือกสาขาวิชาที่จะศึกษาต่อ พบว่า สาขาวิชาที่จะเลือกในการศึกษาต่อมากที่สุด คือ สาขาวิชาประเภทที่ 2 จำนวน 288 ราย (ร้อยละ 60.3) และสาขาวิชาที่จะเลือกในการศึกษาต่อน้อยที่สุด คือ สาขาวิชาประเภทที่ 1 จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.4)

ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน

เมื่อพิจารณาตามพื้นที่เขตการศึกษา พบว่า พื้นที่เขตการศึกษาส่วนกลางจำนวน 334 ราย (ร้อยละ 60.2) และพื้นที่เขตการศึกษาส่วนภูมิภาคจำนวน 221 ราย (ร้อยละ 39.8) คิดเป็นสัดส่วนระหว่าง ส่วนภูมิภาคต่อส่วนกลางที่ตอบกลับแบบสอบถามเท่ากับ 1 : 1.5

เมื่อพิจารณาตามการที่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “ 30 บาทรักษาทุกโรค” พบว่า รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 532 ราย (ร้อยละ 95.9) และไม่ทราบข้อมูลมีจำนวนเพียง 23 ราย (ร้อยละ 4.1) คิดเป็นสัดส่วนระหว่าง ไม่ทราบต่อรับทราบเท่ากับ 1 : 23.1

เมื่อพิจารณาตามแหล่งข้อมูลที่ได้รับ พบว่า แหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุดคือจากสื่อทีวี จำนวน 368 ราย (ร้อยละ 69.2) และแหล่งข้อมูลที่ได้รับน้อยที่สุดคือจากการประชุม สัมมนา จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 8.5)

พื้นที่เขตการศึกษาของมหาวิทยาลัยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ปัจจัยส่วนบุคคล

เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เป็นเพศชายร้อยละ 26.5 และ 17.6 ส่วนเพศหญิงร้อยละ 33.7 และ 22.2 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 1 : 1.5 เท่ากัน

เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.3 ปีและ 23.8 ปี, อายุต่ำสุด 21 ปีเท่ากัน ส่วนอายุสูงสุดเท่ากับ 32 ปี และ 31 ปี ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร พบว่า ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรเท่ากับ 3.16 และ 2.94, ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรต่ำสุดเท่ากับ 2.01 และ 2.00 ส่วนผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรสูงสุดเท่ากับ 3.94 และ 3.84 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว พบว่า ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีสิทธิร้อยละ 37.7 และ 34.4, โดยส่วนใหญ่มีสิทธิราชการ / รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.0 และ 23, รองลงมาสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท) ร้อยละ 11.2 และ 18 ส่วนต่ำสุดมีสิทธิอื่นๆ ร้อยละ 1.0 และ 0.5 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กับการมีสิทธิราชการ / รัฐวิสาหกิจ เท่ากับ 1.3 : 1

เมื่อพิจารณาภูมิลำเนา พบว่า ส่วนกลางมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคกลางมากที่สุดร้อยละ 35.6 โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 76.5 ส่วนที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ต่ำที่สุดร้อยละ 9.2, 6.2 และ 5.1 ตามลำดับ โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 27.3, 21.6 และ 21.0 ตามลำดับ ในส่วนภูมิภาคมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดร้อยละ 16.9 โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 45.4 ส่วนที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลางต่ำที่สุดร้อยละ 13.4, 8.9 และ 4.7 ตามลำดับ โดยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 42.5, 25.5 และ 11 ตามลำดับ แต่สำหรับภาคเหนืออยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลคือร้อยละ 33.3

เมื่อพิจารณาเขตภูมิลำเนา พบว่า ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีเขตภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 49.5 และ 25.3 ส่วนนอกเขตเทศบาลมีเพียงร้อยละ 10.6 และ 14.6 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กับเขตภูมิลำเนาในเขตเทศบาล เท่ากับ 1.95 : 1

เมื่อพิจารณาแหล่งทุนการศึกษา พบว่า ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ใช้ทุนส่วนตัวร้อยละ 54.0 และ 28.5 ซึ่งใช้ทุนรัฐบาลมีเพียงร้อยละ 6.1 และ 11.4 คิดเป็นสัดส่วนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กับการใช้ทุนส่วนตัว เท่ากับ 1.9 : 1

เมื่อพิจารณาสถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนกลาง : สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานมากที่สุด คือ รพ.มหาวิทยาลัยร้อยละ 20 ซึ่งใกล้เคียงกับ รพศ./รพท. และ รพช. ร้อยละ 16.9 และ 16.4 ตามลำดับ ในส่วนภูมิภาค : สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงานมากที่สุด คือ รพศ./รพท. ร้อยละ 16.9 ซึ่งใกล้เคียงกับ รพช.และ รพ.มหาวิทยาลัย ร้อยละ 15.1 และ 5.8 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กับสถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงาน คือ รพศ./รพท. เท่ากับ 8.7 : 1

เมื่อพิจารณาความต้องการการเลือกที่จะศึกษาต่อ พบว่า ส่วนกลางหลังจากจบการศึกษามีความประสงค์จะศึกษาต่อร้อยละ 52.3 และ 33.9 และไม่ศึกษาต่อมีเพียงร้อยละ 7.9 และ 5.9 ตามลำดับ โดยเลือกศึกษาต่อสาขาวิชาประเภทที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 35.1 และ 25.1 ตามลำดับ โดยส่วนกลางรองลงมาเลือกศึกษาต่อสาขาอื่นๆ ร้อยละ 14 และเลือกศึกษาต่อในสาขาวิชาประเภทที่ 1 น้อยที่

สุดร้อยละ 0.2 และส่วนภูมิภาคเลือกรองลงมาเลือกศึกษาต่อสาขาวิชาประเภทที่ 2 ร้อยละ 8.4 และเลือกศึกษาต่อในสาขาวิชาประเภทที่ 1 กับศึกษาต่อในสาขาวิชาประเภทที่ 5 น้อยที่สุดเท่ากันร้อยละ 0.2 คิดเป็นสัดส่วนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กับการศึกษาต่อ เท่ากับ 1.54 : 1

ปัจจัยสนับสนุน

เมื่อพิจารณาตามการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท รักษาทุกโรค” ร้อยละ 56.4 และ 39.4 และไม่ทราบมีเพียงร้อยละ 3.8 และ 0.4 ตามลำดับ โดยส่วนกลางทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท รักษาทุกโรค” จากภาคทฤษฎีมากที่สุดร้อยละ 66.1 รองลงมาทราบจากภาคปฏิบัติ และสื่อสิ่งพิมพ์ร้อยละ 64.5 และ 58.5 ตามลำดับ และทราบจากสื่ออินเทอร์เน็ตต่ำที่สุดร้อยละ 50 และส่วนภูมิภาคทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท รักษาทุกโรค” จากสื่ออินเทอร์เน็ตมากที่สุดร้อยละ 50 รองลงมาทราบจากการประชุม สัมมนา และสื่อทีวีร้อยละ 46.7 และ 45.4 ตามลำดับ และทราบจากภาคทฤษฎีต่ำที่สุดร้อยละ 33.9 คิดเป็นสัดส่วนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กับการทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท รักษาทุกโรค” เท่ากับ 1.43 : 1

ตอบคำถามตามวัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives) ข้อ

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

เปรียบเทียบความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ : เพศแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

อายุ : อายุกับความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน มีสหสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร : ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่มีสหสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน ($p\text{-value} > 0.05$)

สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว : สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยการมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการไม่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว ส่วนด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ประเภทการมีสิทธิของสมาชิกในครอบครัว : ประเภทการมีสิทธิของสมาชิกในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกัน อย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ภูมิลำเนา : การมีภูมิลำเนาอาศัยที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ภาคอื่นๆ ส่วนด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

เขตภูมิลำเนา : การมีเขตภูมิลำเนาอาศัยที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและด้านกิจกรรมหลัก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การมีเขตภูมิลำเนาอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการมีเขตภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลส่วนด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

แหล่งทุนการศึกษา : การมีแหล่งที่ได้รับทุนการศึกษาที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สถานบริการที่ต้องการไปปฏิบัติงาน : ความต้องการไปปฏิบัติงานในสถานบริการที่ต่าง กัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value < 0.05) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ความต้องการไปปฏิบัติงานในสถานบริการที่โรงพยาบาลชุมชนมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าความต้องการไปปฏิบัติงานในสถานบริการอื่นๆ ส่วนด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

การศึกษาต่อ : การที่มีความประสงค์จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

การศึกษาต่อในกลุ่มสาขาวิชา : การที่มีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรในประเภทสาขาวิชาที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การที่มีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรในประเภทสาขาวิชาประเภทที่ 1 มีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการที่มีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรในประเภทสาขาวิชาประเภทอื่นๆ ส่วนความคิดเห็นโดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

พื้นที่เขตการศึกษา : พื้นที่เขตการศึกษาของมหาวิทยาลัยที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

แหล่งข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็น พบว่า การได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการไม่ได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนความคิดเห็นโดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ภาคทฤษฎี : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาคทฤษฎีที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาคทฤษฎีมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการไม่ได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาคทฤษฎี

ภาคปฏิบัติ : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาคปฏิบัติที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ประชุม สัมมนา : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากการประชุมสัมมนาที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สื่ออินเทอร์เน็ต : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่ออินเทอร์เน็ตที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สื่อทีวี : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อทีวีที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

สื่อสิ่งพิมพ์ : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อสิ่งพิมพ์ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

จากครอบครัว : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

แหล่งอื่นๆ : การรับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากแหล่งอื่นๆ ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ตอบคำถามตามวัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives) ข้อ

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบายและด้านกิจกรรมหลัก ในภาพรวม

เนื่องจากได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 555 คน พบว่าส่วนที่ 2 มีข้อคำถามจำแนกดังนี้

1) คะแนนความคิดเห็นโดยภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 2) คะแนนความคิดเห็นด้านตัวชี้วัดนโยบายต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 3) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 4) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 และ 5) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคะแนนความคิดเห็นเป็น 6 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 คือ ไม่เห็นด้วย, ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 คือ เห็นด้วยน้อย, ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3 คือ เห็นด้วยปานกลาง, ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4 คือ เห็นด้วยมาก และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนกลาง

ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 334 คน มีข้อคำถามจำแนกดังนี้ 1) คะแนนความคิดเห็นโดยภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 2) คะแนนความคิดเห็นด้านตัวชี้วัดนโยบายต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 3) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 4) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 และ 5) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05

ส่วนภูมิภาค

ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 221 คน มีข้อคำถามจำแนกดังนี้ 1) คะแนนความคิดเห็นโดยภาพรวมต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 2) คะแนนความคิดเห็นด้านตัวชี้วัดนโยบายต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถาม

จำนวน 19 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 3) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 4) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 และ 5) คะแนนความคิดเห็นด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08

ด้านตัวชี้วัดนโยบาย

โดยภาพรวม

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านตัวชี้วัดนโยบายเท่ากับ 3.84 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.02-4.10 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก อยู่ในข้อ. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และมีรถยนต์ส่งต่อ รองลงมาคือ ข้อ. ประชาชนมีบทบาทดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม และข้อ. มีการเชื่อมโยงบูรณาการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.48-3.66 อยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก ในข้อ. มีแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ประจำครอบครัว ข้อ. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร และข้อ. มีโรงพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน

ในส่วนกลาง

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านตัวชี้วัดนโยบายเท่ากับ 3.84 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.03-4.15 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก อยู่ในข้อ. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และมีรถยนต์ส่งต่อ รองลงมาคือ ข้อ. ประชาชนมีบทบาทดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อมและข้อ. มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอพร้อมใช้ และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.53-3.63 อยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก ในข้อ. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร, ข้อ. มีแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ประจำครอบครัว และข้อ. มีโรงพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน

ในส่วนภูมิภาค

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านตัวชี้วัดนโยบายเท่ากับ 3.84 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.02-4.06 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก อยู่ในข้อ. ประชาชนมีบทบาทดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม รองลงมาคือข้อ. มีการเชื่อมโยงบูรณาการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และข้อ. เครื่องมือ อุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง และ

มีรถยนต์ส่งต่อ และรายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41–3.64 อยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก อยู่ในข้อ. เน้นบริการที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด อย่างมีประสิทธิภาพ, ข้อ. ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหาร และข้อ. มีรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับรักษาแบบพื้นบ้าน

ด้านกิจกรรมหลัก

โดยภาพรวม

นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลัก, ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.74

ในส่วนกลาง

นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลัก, ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.73

ในส่วนภูมิภาค

นิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลัก, ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.74

ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ

โดยภาพรวม

ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง และเมื่อพิจารณารายชื้อ พบว่า รายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.02–4.33 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือข้อ. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือกระทำใดๆ เพื่อสวยงาม รองลงมาคือข้อ. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น และข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม สำหรับรายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.70–2.93 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง คือข้อ. การไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟันฟู ผู้ติดยาเสพติด รองลงมาคือข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อ. ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เกินกว่า 15 วัน

ในส่วนกลาง

ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง และเมื่อพิจารณารายชื้อ พบว่า รายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.02–4.27 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือข้อ. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือกระทำใดๆ เพื่อสวยงาม รองลงมาคือข้อ. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น และข้อ. ไม่ครอบคลุมการ

รักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม สำหรับรายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.82–2.96 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง คือข้อ. การไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟันฟู ผู้ติดยาเสพติด รองลงมาคือข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อ. ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เกินกว่า 15 วัน

ในส่วนภูมิภาค

ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง และเมื่อพิจารณารายชื้อ พบว่า รายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.04–4.43 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือข้อ. ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศ หรือกระทำใดๆ เพื่อสวยงาม รองลงมาคือข้อ. ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินจำเป็น และข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม สำหรับรายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.49–2.87 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง คือข้อ. การไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษา ฟันฟู ผู้ติดยาเสพติด รองลงมาคือข้อ. ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อ. ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เกินกว่า 15 วัน

ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โดยภาพรวม

พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และเมื่อพิจารณารายชื้อ พบว่า รายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.19–4.33 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือข้อ. มีการดูแลสุขภาพเด็กพัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค รองลงมาคือข้อ. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และข้อ. มีบริการการวางแผนครอบครัว รายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.76–4.01 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงมาก คือข้อ. มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพ รองลงมาคือข้อ. ครอบคลุมการให้ยาด้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ และข้อ. มีการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มค่าเฉลี่ยความคิดเห็น 3 อันดับแรก

ในส่วนกลาง

พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และเมื่อพิจารณารายชื้อ พบว่า รายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.22–4.32 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือข้อ. มีการดูแลสุขภาพเด็กพัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค รองลงมาคือข้อ. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และข้อ. มีบริการการวางแผนครอบครัว เมื่อพิจารณารายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.80–3.98 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก คือข้อ. มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพ รองลงมาคือข้อ. ครอบคลุมการให้ยาด้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ และข้อ. มี

การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยยังอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มค่าเฉลี่ยความคิดเห็น 3 อันดับแรก

ในส่วนภูมิภาค

พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.19–4.35 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือข้อ. มีการดูแลสุขภาพเด็กพัฒนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค รองลงมาคือข้อ. มีบริการตรวจดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และ ข้อ. มีการส่งเสริมสุขภาพด้านทันตสาธารณสุข เมื่อพิจารณารายข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.70–4.00 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงมาก คือข้อ.มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัว, ข้อ. ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกและผู้ติดเชื้อ และข้อ. มีการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยยังอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มค่าเฉลี่ยความคิดเห็น 3 อันดับแรก

เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามการจัดการเรียนการสอน

ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยภาพรวม

ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพอเพียงมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่พอเพียง ส่วนด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ในส่วนกลาง

ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ในส่วนภูมิภาค

ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยภาพรวม

ความต้องการการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ในส่วนกลาง

ความต้องการการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การไม่ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าความต้องการการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ในส่วนภูมิภาค

ความต้องการการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน

โดยภาพรวม

วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชนที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชนมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าวิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่มีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน

ในส่วนกลาง

วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชนที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชนมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าวิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่มีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน

ในส่วนภูมิภาค

วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชนที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า วิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชนมีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าวิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่มีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน ส่วนความคิดเห็นโดยรวมด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้

โดยภาพรวม

การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้มีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับไม่สามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้

ส่วนกลาง

การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย และด้านกิจกรรมหลัก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้มีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับไม่สามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ ส่วนด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ส่วนภูมิภาค

การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม และรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้มีค่าเฉลี่ยลำดับที่สูงกว่าการเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับไม่สามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้

อภิปรายผล

การตอบกลับแบบสอบถาม

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 555 ราย จากจำนวน 753 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.7 น่าจะเป็นตัวแทนประชากรกลุ่มเป้าหมายได้

เมื่อพิจารณาตามพื้นที่เขตการศึกษาและตามมหาวิทยาลัย อัตราการตอบกลับแบบสอบถามและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพื้นที่เขตการศึกษากลางมีการตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 76.4 มากกว่าส่วนภูมิภาคที่มีการตอบกลับแบบสอบถามเพียงร้อยละ 69.9 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สถานที่ตั้งของมหาวิทยาลัยในเขตส่วนกลางอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ทั้งหมดทำให้ผู้วิจัยได้ติดตามผลและกระตุ้นผู้ประสานงานได้ง่าย อีกทั้งแหล่งที่นิสิต / นักศึกษาแพทย์ฝึกงานอยู่บริเวณบริเวณชานเมืองใกล้มหาวิทยาลัย แต่ในขณะที่มหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาค สถานที่ตั้งกระจายไปตามภาคต่างๆ เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ทำให้ผู้วิจัยยากในการติดต่อและประสานงาน รวมทั้งความสนใจ บางแห่งอาจมีน้อย เนื่องจากขณะเก็บข้อมูลนิสิต / นักศึกษาแพทย์อยู่ในช่วงเปลี่ยนวิชาฝึกปฏิบัติงานและบางวิชาที่ฝึกปฏิบัติงานนิสิต / นักศึกษาแพทย์กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ มาก และปัญหาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ เมษายน 2544 และครอบคลุมทั่วประเทศใน เมษายน 2545⁽²⁰⁾

เมื่อพิจารณาตามเพศ อัตราการตอบกลับแบบสอบถามและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม พบว่า เพศชายและเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังนั้นเพศจึงไม่มีผลต่ออำนาจของการทดสอบทางสถิติ (power of the statistical test) และผลการศึกษสามารถเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มที่ศึกษาได้

ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ด้านตัวชี้วัดนโยบาย

ในภาพรวม ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านตัวชี้วัดนโยบาย พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านตัวชี้วัดนโยบายในภาพรวม ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค มีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางถึงค่อนข้างมาก และเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย มีความใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจาก หลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา⁽³⁰⁾ สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนมีการจัดการเรียนการสอนให้นิสิตแพทย์ฝึกงานในโรงพยาบาลและชุมชน ตลอดจนเข้าใจปัญหาชุมชน เกิด Community Mind ในการแก้ปัญหาแบบองค์รวม (Holistic Approach) มีบริการแบบเบ็ดเสร็จแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเน้นประสบการณ์การเรียนรู้ในชุมชน สถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

ในภาพรวม ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ในภาพรวม ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก และเมื่อพิจารณารายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีความใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องมาจาก เป็นการรักษาพยาบาลที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน ต้องใช้เทคโนโลยีและเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาแพง จึงมีผลทำให้นิสิต / นักศึกษาแพทย์ มีความเห็นด้วยมากกับข้อนี้

สำหรับด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง มีค่าใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจาก นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ได้เรียนรู้เกี่ยวกับกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์มากขึ้น ประกอบกับการได้ขึ้นฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจริง⁽⁸⁾ ทำให้ได้เห็นสภาพของความเป็นจริง ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนการสอน ที่ต่อเวชศาสตร์ชุมชนที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสาธารณสุขและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(49,50)

ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในภาพรวม ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในภาพรวม ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และเมื่อพิจารณารายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก มีความใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องมาจาก นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ได้ออกฝึกภาคปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการบริหารงานในโรงพยาบาลชุมชนและระบบบริการของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีการรับรู้ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่จะได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง ถึงค่อนข้างมาก มีค่าใกล้เคียงกัน ทั้งในภาพรวม ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งนี้เนื่องมาจากนิสิต / นักศึกษาแพทย์ เห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นการใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ไม่ซับซ้อนและยุ่งยากในการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในขั้นพื้นฐาน ในเชิงรุก เพื่อมุ่งสร้างสุขภาพมากกว่ามุ่งรักษาเชิงรับเพื่อซ่อมสุขภาพ

ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

สิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัวที่แตกต่างกันมีความเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบาย ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าการมีสิทธิการรักษาพยาบาลของครอบครัว ในครอบครัวที่มีสิทธิจะต้องคำนึงถึงสิทธิต่างๆในการรักษาพยาบาลที่จะได้รับตามสิทธินั้นๆ ส่วนในครอบครัวที่ไม่มีสิทธิ ก็ไม่พยายามรับรู้เรื่องการได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลของตนเองที่พึงจะได้รับ แต่เมื่อพิจารณาด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ในครอบครัวที่มีสิทธิและครอบครัวที่ไม่มีสิทธิ ไม่มีความแตกต่างกันเพราะว่าการรักษาพยาบาลเป็นการรักษาทางด้านสุขภาพโดยตรง ทำให้ครอบครัวที่มีสิทธิและไม่มีสิทธิยินดีที่จะจ่ายเงินในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ

ภูมิลำเนา

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ที่มีภูมิลำเนาที่แตกต่างกัน มีความเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ที่มีภูมิลำเนาในสภาพสังคมในแต่ละภาคที่แตกต่างกัน มีวัฒนธรรม ประเพณี ที่แตกต่างกันและเมื่อนิสิตได้รับสิทธิพลวัฒนธรรมและประเพณี

ยอมปฏิบัติตามวัฒนธรรมและประเพณีที่ได้รับมา⁽¹³⁾ เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการพัฒนาในระบบบริการสุขภาพจนทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็งและบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า อีกทั้งยังมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพในระดับต้น

มีข้อมูลสนับสนุนในเรื่องภูมิหลังของแพทย์ที่ทำงานในต่างจังหวัด⁽⁴⁸⁾ พบว่า แพทย์ที่ทำงานในต่างจังหวัด มีภูมิหลังส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเบอร์เกอร์ และคณะ ในเรื่องภูมิหลัง (ภูมิลาเนาเดิม) กับสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์กัน และผลการวิจัยของ ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร⁽³⁶⁾ พบว่า นักศึกษาของโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯและต่างจังหวัดเลือกสถานที่ประกอบอาชีพตามสถานที่เกิด

เขตภูมิลาเนา

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ที่มีเขตภูมิลาเนาที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า นิสิต/นักศึกษแพทย์ ที่มีภูมิหลังอยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งเป็นแหล่งของหน่วยงาน องค์กรและสถานบริการทางด้านสาธารณสุขและมีการสื่อสาร การคมนาคมที่สะดวก จึงทำให้มีความตื่นตัวและรับรู้มากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท

ความต้องการไปปฏิบัติงานในสถานบริการ

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ที่มีความต้องการไปปฏิบัติงานในสถานบริการที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า นิสิต / นักศึกษาแพทย์ มีความต้องการไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมากแสดงว่า นิสิตมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านกิจกรรมหลัก และด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในสถานการณ์ปัจจุบันและมีข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย⁽⁵¹⁾ ว่าได้มีมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ เช่นการกำหนดให้แพทย์จบใหม่ต้องใช้ทุนให้รัฐบาลอย่างน้อย 3 ปี การให้ค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวเป็นเงินเพิ่มพิเศษเดือนละ 10,000 บาท มหาวิทยาลัยบางแห่งได้ทำโครงการแพทย์ชนบท และการยกย่องเชิดชูเกียรติแก่แพทย์ที่ทำงานในชนบท เพื่อป้องกันการขาดแคลนแพทย์แล้ว และมีข้อมูลตรงกับการสำรวจในปี 2536 ว่ามีแพทย์ลาออก 235 คนจาก 4,514 คน (ร้อยละ 5.2) และปี 2537 มีแพทย์ลาออก 256 คนจากจำนวน 4,739 คน (ร้อยละ 5.4) และส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ลาออกจาก รพศ, รพท. และรพช. เท่ากับ 76, 84 และ 96 คนคิดเป็นร้อยละ 5.9, 5.2 และ 5.2 ของจำนวนคนที่ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานตามลำดับ เพราะมีสาเหตุมาจากย้ายไปอยู่ในภาคเอกชนซึ่งให้ค่าตอบแทนสูงกว่าภาครัฐมาก เพราะฉะนั้นข้อมูลตรงนี้น่าจะเป็นแง่คิดว่าขณะกำลังศึกษาเป็นแพทย์ในมหาวิทยาลัย ยังไม่ได้ปฏิบัติงานจริงมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นนโยบายที่มุ่งเน้นในระบบบริการสุขภาพระดับต้น น่าจะมีโครงการสานฝันของแพทย์ที่จบใหม่ ก่อนที่จะลงไปปฏิบัติงานจริงในอนาคต เพื่อเป็น

การเตรียมสถานการณืของสถานบริการให้เอียงปฏิบัติงานและไม่มีงบลาออกและเพื่อสนองตอบต่อนโยบายของรัฐบาล เพราะจากข้อมูลของแพทยสภา ได้ประมาณความต้องการจำนวนแพทย์เฉลี่ยในแต่ละปี พบว่า ปี 2538, 2543, 2548, และ 2553 มีความต้องการแพทย์ 2,714, 3,708, 4,476 และ 6,413 คนตามลำดับ แต่ถ้าพิจารณาในด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างอธิบายได้ว่า งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพเป็นบทบาทหลักในการบริการทางการแพทย์ของแพทย์อยู่แล้ว

สาเหตุที่แพทย์ส่วนกลาง เลือกลงสถานบริการสุขภาพอยู่ในเขตเมือง ในอนาคตจะเกิดปัญหาแพทย์ส่วนกลางไม่กระจายตัว มีการกระจุกตัวในเขตเมือง อาจมีสาเหตุหลายประการซึ่งตรงกับข้อมูลที่ว่า⁽⁴⁸⁾ สาเหตุที่แพทย์ไม่นิยมไปทำงานที่บริเวณนอกเขตชุมชนเมือง เพราะ ความกดดันของท้องถิ่น ความโดดเดี่ยวในการปฏิบัติงาน ขาดเครื่องมือ ขาดความก้าวหน้าในชีวิต ความเปลี่ยวเปลี่ยว ความเสื่อมทางวิชาการ การขาดรายได้ และการที่ต้องทำงานทุกอย่างที่นอกเหนือไปจากการรักษาพยาบาล

และมีข้อมูลสนับสนุนจากการสำรวจ⁽⁴⁸⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกระจายของแพทย์ในภาครัฐและเอกชน คือ การกระจายตัวของแพทย์ในภาครัฐขึ้นอยู่กับสภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดมากกว่าจะเป็นไปตามความต้องการและกำลังซื้อของประชาชน และสภาพทางภูมิศาสตร์ของจังหวัด ส่วนการกระจายของแพทย์ในเอกชนเป็นไปตามความหวังของประชาชนมากกว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจของจังหวัดและปัจจัยอื่นๆ

ความประสงค์ที่จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรการศึกษา

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ที่มีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อหลังจากจบหลักสูตรการศึกษาที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อความคิดเห็น เนื่องจากการศึกษาวิชาทางการแพทย์ในแต่ละสาขาวิชา มีวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนเน้นหนักไปแต่ละด้านแต่ละหลักสูตรแตกต่างกันไป ทั้งนี้โรงเรียนแพทย์ (Medical Education)⁽⁸⁾ ก็มีปรัชญาและหน้าที่รับผิดชอบ โดยจะให้การศึกษา (Education) การวิจัย (research) และให้บริการ (Service) ต้องถูกประเมินโดยสังคมในด้านคุณภาพ (Quality) ด้านความเป็นธรรม (Equity) ด้านประสิทธิภาพ (Cost-effectiveness) ด้านความตรงหลักสูตร (Relevance) การปรับองค์กรให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนกิจกรรมด้านสาธารณสุข การเข้าไปเป็นหุ้นส่วนกับระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยที่ชุมชนสามารถตรวจสอบได้ (Social accountability)

และสาเหตุที่ส่งผลให้มีความต้องการศึกษาต่อ⁽⁴⁸⁾ คือ ต้องการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลัวว่าวิชาการจะไม่ทันคนอื่น และมีปัจจัยอื่นๆ คือ ปัญหาการบริหารงาน ปัญหาความไม่อบอุ่นในการทำงาน ขาดการรวมกลุ่ม ขัดผลประโยชน์กับบุคลากรที่อยู่เดิม

และมีข้อมูลสนับสนุนของ องอาจ วิพุธศิริ⁽³⁷⁾ ได้ศึกษาความคิดเห็นของอาจารย์และแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมเวชศาสตร์ชุมชน สำหรับแพทย์โรงพยาบาลอำเภอ ในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า โรง

เรียนแพทย์ยังให้การศึกษาเพื่อเตรียมนักศึกษาแพทย์ไปปฏิบัติงานในชนบทยังไม่ดีพอ ยังเน้นการบำบัดรักษาโรคมากกว่าการป้องกันโรค การฝึกอบรมเกี่ยวกับเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์ชุมชน และสาธารณสุขศาสตร์ ยังไม่เพียงพอควรมีการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ให้สอดคล้องกับงานโรงพยาบาลอำเภอ

การรับทราบแหล่งข้อมูล

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ที่มีการรับทราบแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นนโยบายที่เน้นในเรื่องของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับองค์ นนทสูต⁽³⁶⁾ คือ แพทย์ที่จบใหม่จะต้องเป็นแพทย์ใช้ทุน จะต้องไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบทบาทในการบริหารงาน การบริการสุขภาพ และเป็นผู้สำรวจปัญหาชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ

ภาคทฤษฎี

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ที่ได้รับทราบข้อมูลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากภาคทฤษฎีที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวม ด้านตัวชี้วัดนโยบายด้านกิจกรรมหลัก ด้านกิจกรรมหลักงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ด้านกิจกรรมหลักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การเรียนการสอนของหลักสูตรแพทยศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยต่างๆมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านจำนวนหน่วยกิต ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร⁽³⁶⁾ ที่พบว่า ระยะเวลาการสอนของวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ในคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีสัดส่วนการออกฝึกภาคปฏิบัติในชุมชนน้อยและส่วนใหญ่เห็นว่ามีความสำคัญน้อยและมีความชอบงานด้านรักษาพยาบาลและป้องกันโรคมากกว่า

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในภาพรวม เห็นว่า เป็นนโยบายที่ดีแต่ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ อาจจะยากเนื่องจากความไม่พร้อมทั้งบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันประชาชนเองก็ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายทำให้เกิดความสับสน อย่างไรก็ตามหากต้องการมีการผลักดันการดำเนินการตามโครงการ จะต้องพิจารณาในเรื่องงบประมาณ ความครอบคลุมการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การเตรียมบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ให้เพียงพอ และมีการดูแลเรื่องความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะๆ เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านตัวชี้วัด เห็นว่า ตัวชี้วัดบางข้อวัดเป็นรูปธรรมได้ยาก แต่มีนิสิต/นักศึกษาแพทย์ บางส่วนที่ให้ความคิดเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี มีตัวชี้วัดที่ดี ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการและการประเมินผลตามโครงการ เพราะนโยบายนี้ทำให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการได้ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ค่อยๆ ดำเนินการแก้ไข ต่อไป เช่น มีการปรับมาตรฐานการบริการของสถานบริการให้มีมาตรฐานเดียวกันเพื่อการประเมินผลในการวัดคุณภาพของตัวชี้วัดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันและเป็นธรรม

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านกิจกรรมหลัก เห็นว่า เป็นเรื่องยากในการปฏิบัติ เพราะขาดงบประมาณ บุคลากรกระจายไม่ทั่วถึง อุปกรณ์ไม่พร้อม ขาดความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และให้ข้อเสนอแนะว่า ควรติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุง พัฒนาโครงการให้ดีขึ้น กิจกรรมหลักควรบริการให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาลโรคต่างๆมากขึ้น เพิ่มคุณภาพและศักยภาพของโรงพยาบาล ควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาลให้ทัดเทียมกันในแต่ละโรงพยาบาล มีการกระจายงบประมาณ บุคลากรและสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไปในทิศทางเดียวกัน

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านการจัดการเรียนการสอน เนื่องจากส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นนโยบายที่เพิ่มเริ่มดำเนินการตอนปี 6 ยังไม่มีการสอดแทรกเนื้อหาในชั่วโมงเรียนหรือบางแห่งมีการสอดแทรกเนื้อหาแต่ก็ยังไม่เพียงพอ แต่พอจะทราบนโยบายฯ จากสื่อทีวี และสื่ออื่นๆ สำหรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เห็นว่าน่าจะมีการเรียนการสอนบ้าง ขณะเดียวกันก็ให้ไปเรียนรู้ด้วยตนเองจากโรงพยาบาล เพื่อเข้าใจหลักการกว้างๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการทำงานในอนาคตได้ แต่ก็มีอีกส่วนหนึ่งที่เห็นว่า ไม่จำเป็นต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอะไร เพราะสามารถหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ ได้ และสำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนในวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีส่วนกระตุ้นทำให้อยากทำงานในชุมชน ส่วนใหญ่เห็นว่า มีส่วนกระตุ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอุดมการณ์ของแต่ละบุคคล มีบางส่วนต้องการทำงานในชุมชน ต้องการที่จะสัมผัสกับชุมชนขณะกำลังศึกษา ทำให้ได้มีการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง แต่ก็มีอีกส่วนหนึ่งที่มีความต้องการทำงานในเขตเมือง เพราะให้เหตุผลว่าชุมชนไม่มีความก้าวหน้า ไม่มีความพร้อมในด้านต่างๆ

นิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกี่ยวกับการเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคต ส่วนใหญ่เห็นว่า ยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ในศสช. เพราะยังไม่ได้ออกไปปฏิบัติงานจริง อย่างไรก็ตามเมื่อถึงเวลาคงต้องค่อยๆ เรียนรู้ไป

ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกี่ยวกับความก้าวหน้าในวิชาชีพของแพทย์ด้านเวชปฏิบัติครอบครัว เมื่อเทียบกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ามี ความก้าวหน้าน้อยกว่า เนื่องจากประชาชนและผู้รับบริการให้ความสำคัญน้อยโดยมักจะไปพบแพทย์เฉพาะทางมากกว่า และรายได้ก็น้อยกว่าแพทย์เฉพาะทาง

ความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านอื่นๆ มีเพิ่มเติมคือ การกำหนดนโยบาย ควรมองให้ครอบคลุมถึงผลกระทบระยะยาวต่อประชาชนและผู้ให้บริการ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากข้อมูลความคิดเห็นที่ได้รับ จะมีนิสิต /นักศึกษาแพทย์จำนวนหนึ่ง ยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งตัวชี้วัดและกิจกรรมหลัก น่าจะมีการจัดอบรม ปฐมนิเทศเกี่ยวกับการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการฝึกปฏิบัติงานและส่งผลให้การปฏิบัติงานจริงภายหลังสำเร็จการศึกษาแล้วดียิ่งขึ้นต่อไป

2. ควรมีการเพิ่มเนื้อหาการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเรื่องภูมิลาเนาและเขตภูมิลาเนา มีผลต่อความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นนโยบายที่เน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ดังนั้นรัฐบาลควรสนับสนุนงบประมาณในการผลิตแพทย์เพิ่มในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โดยคัดเลือกผู้รับทุนที่มีภูมิลาเนาเกิดในชนบทจริงๆ และให้กลับไปใช้ทุนที่ภูมิลาเนาเดิม หรือให้โควตาแก่นักเรียนต่างจังหวัดมาเรียนแพทย์ให้มากขึ้น

4. รัฐบาลและหน่วยงานการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ควรมีสิ่งจูงใจในการที่ให้แพทย์มาศึกษาในสาขาขาดแคลนมากขึ้น เช่น หลังจากจบแพทยศาสตรบัณฑิตแล้วไม่ต้องกลับไปใช้ทุน ให้ศึกษาต่อได้เลย หรือมีทุนการศึกษาให้แก่นิสิต /นักศึกษาแพทย์ที่มีความประสงค์จะศึกษาต่อในสาขาขาดแคลน หรืออาจพิจารณาให้สิทธิพิเศษอื่นๆ

5. จัดทำโครงการสานฝันให้กับบัณฑิตแพทย์ เพื่อเพิ่มทัศนคติที่ดีในการที่จะออกไปปฏิบัติงานในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของนิสิต /นักศึกษาแพทย์กลุ่มนี้หลังจากจบการศึกษาแล้ว ทั้งที่เป็นแพทย์ใช้ทุนหรือประกอบอาชีพส่วนตัว ว่ามีความเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกับขณะเป็นนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 หรือไม่อย่างไร

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร ในสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนหรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ที่จัดการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการดำเนินงานในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. ควรศึกษาความคาดหวังของกลุ่มนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อการไปปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิว่าเป็นอย่างไร

รายการอ้างอิง

1. สาธารณสุข,กระทรวง."เอกสารบันทึกหลักการและเหตุผล ประกอบร่าง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพและมาตรฐานคุณภาพบริการสาธารณสุข เพื่อเสนอคณะกรรมการวิสามัญพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ...." เพื่อพิจารณา วันพุธที่ 27 มีนาคม 2545.
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
3. สาธารณสุข,กระทรวง.ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า : แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน .มกราคม 2545 : 15,10-14.
4. อัมพล จินดาวัฒน์ และคณะ บรรณาธิการ. อะไรเป็นอะไร? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง: 30 บทรักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท21 เซ็นจูรี่ จำกัด: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544.
5. ไพจิตร ปวะบุตร. ศูนย์สุขภาพชุมชน คำตอบของสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน. (ไม่ปรากฏโรงพิมพ์),2544.
6. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2541. สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2/2541: 133-141.
7. มหาวิทยาลัย,ทบวง.นเรศวร,มหาวิทยาลัย.คณะแพทยศาสตร์. คู่มือหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรฉบับปรับปรุง. 2539 : 1-2.
8. สรุปลการสัมมนา เรื่อง การจัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ชุมชน. ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 2-3 เมษายน 2541. (เอกสารอัดสำเนาประกอบการสัมมนา)
9. Mc Dowell L, Newell C. Measuring Health : A Guide to Rating Scale and Questionnaires, 1996.
10. Webster.Webster's Ninth New collegiate Dictionary (a Merriam-Webster) Class of '88, Merriam-Webster inc, Publishers Spring field, Massachusetts, U.S.A., 1984 : 828.
11. Kolasa BJ. Introduction to Behavior Science for Business. NewYork : John Wiley, 1969.
12. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทักษะคดี : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร พืระพันธ์นา, 2526.
13. ทวรรณีย์ ไสวัจธรรมกุล. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543 : 9.

14. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช, 2542: 189-193.
15. คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สนนง. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เก้า พ.ศ. 2545-2549, สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545 : 40-41.
16. สาธารณสุข, กระทรวง. วิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบัน. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดีไซน์, 2544 : 33-165.
17. สาธารณสุข, กระทรวง. วิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบัน. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดีไซด์, 2544 : 1.
18. สำเริง แหงกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ. ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. นครราชสีมา, สมบูรณ์การพิมพ์, พฤศจิกายน, 2544 : 16-17,37.
19. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง. วิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบัน. จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท. นนทบุรี, 2545 : 5-7.
20. สาธารณสุข, กระทรวง. รายงานผลการดำเนินสร้างหลักสุขภาพแก่ประชาชนไทยในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544). สำนักงานประกันสุขภาพ, 2545.
21. สุรศักดิ์ เนียมปาน. พฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชน) คณะแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544:34.
22. ปฏิรูประบบสุขภาพ, สำนักงาน. "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งหน้า เพื่อฝันจ่ายไหวหรือ". บริการสุขภาพ. สิงหาคม, 2543 : 1-4.
23. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดีไซด์, 2544 : 59.
24. Rifat A, Henrietta L. What is good Primary Care ?-What is the Evidence that it is "GOOD" ? Developing Primary Care Resource Pack. Jan 1996, M 2-4.
25. Vouri H. "Health for All. Primary Health Care and General Practitioners" Keynote Address WONCA ,1986.
26. ไพจิตร ปวะบุตร. ศูนย์สุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์. (ไม่ปรากฏโรงพิมพ์) 2545 : 33-56.
27. สาธารณสุข, กระทรวง. ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า : แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. พฤษภาคม 2544 : 14.
28. การแพทย์, กรม. แนวทางเวชปฏิบัติ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับนำร่อง เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ. ตุลาคม, 2544 : 1-9

29. สาธารณสุข,กระทรวง.โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข,สำนักงาน. แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม-ตอบ เกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า.มกราคม, 2545 : 52-53.
30. ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์ และคณะ. บทเรียนการปฏิรูปหลักสูตรแพทย์เพื่อส่งเสริมการผลิตแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป /เวชศาสตร์ครอบครัว ของโรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศและประเทศไทย 5 แห่ง. 2542 : 1. (เอกสารอัดสำเนาประกอบการประชุม)
31. อำนวยการร่วม,คณะกรรมการ.บริหาร,คณะกรรมการ. การประชุมกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2540. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 7 กุมภาพันธ์ ณ ห้องประชุม ชั้น 15 อาคารสุจิตินโณ, 2540. (เอกสารอัดสำเนาประกอบการประชุม)
32. นเรศวร,มหาวิทยาลัย.บทความพิเศษ”แนวโน้มของแพทยศาสตร์ศึกษาทั่วโลก.”
สารคณะแพทยศาสตร์, มกราคม-กุมภาพันธ์,1 : 1, 2546: 4-5
33. มนัส วงศ์เสงี่ยม, วีระ งามสุด. คู่มือ เวชศาสตร์ป้องกันเชิงรุกในสหัฐวรรษใหม่. สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2542 วันที่ 27 มิถุนายน 2543 ณ บำราศนราดรุร, โรงพยาบาล :นนทบุรี, 2543 : 67.
34. มหาวิทยาลัย,ทบวง.ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย,สำนักงาน. คู่มือ “แนะแนวศึกษาต่อสถาบันอุดมศึกษา.” กองบริการการศึกษา, 2542.
35. อารี วิริยะเสรี และคณะ. รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า (ร่าง), (ไม่ปรากฏโรงพิมพ์), 2545.
36. ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. เจตคติของนิสิตแพทย์ในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดต่อเวชศาสตร์ชุมชน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร ; 25, 2524.
37. องอาจ วิพุทธศิริ. ความคิดเห็นของอาจารย์และแพทย์เกี่ยวกับการฝึกอบรมเวชศาสตร์ชุมชนสำหรับโรงพยาบาลอำเภอในประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร ; 28, 2527.
38. อนงค์ นนทสุด และคณะ. วิจัยการจัดสร้างเสริมรูปแบบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต. หน่วยศึกษาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2526.
39. เสรี ร่วมสุข. หลักสูตรเสริมของนิสิตแพทย์ ในโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท. วาสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า (มกราคม – พฤษภาคม, เมษายน – มิถุนายน) : 1,1-2, 2527 : 9 -17.
40. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. กรุงเทพ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 5, 2540.
41. ทัสสนี นุชประยูร, เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติในวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 5, 2541.
42. Lemeshow F, et al. Adequacy of Sample size in Health studies. In Sample size for Sample surveys. English, 1990 : 41-47.

43. ดุสิต สุจิรวรัตน์. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญดีการพิมพ์ ; 3, 2544.
44. Cronbach L.J. Essential of Psychological Testing. 3 rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
45. กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เวอร์ชัน 7-10. กรุงเทพฯ : ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ ; 4, 2544 : 34-40.
46. ประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ที่ 56/2535 เรื่อง การกำหนดนโยบายการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ, คณะกรรมการแพทยสภา, 2535. (เอกสารสำเนาประกาศ)
47. ประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ที่ 4/2545 เรื่อง การรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2546, แพทยสภา, 2546. (เอกสารสำเนาประกาศ)
48. วรณดี แสงประทีปทอง. ความสัมพันธ์ระหว่าง ภูมิหลัง ปัญหาในการปฏิบัติงานและเหตุผลส่วนตัวกับการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์. ปรินญาครุศาสตรบัณฑิต (วิจัยการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
49. จรัส สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ ระบบสุขภาพ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดีไซด์, 2543.
50. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. รายงานการศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ระหว่างประจำการของกระทรวงสาธารณสุข : พัฒนาคณะพัฒนาองค์กร พัฒนาสังคม. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2542.
51. ชำแก้ว หวานวารี, วิชัย เอกพลากรและบุศรา เกิดพึ้งบุญประชา. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการให้แพทย์เกษียณอายุราชการมาปฏิบัติงานรักษาผู้ป่วย ในโรงพยาบาลของรัฐ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ดีไซน์ จำกัด , 2539 : 12-15.

บรรณานุกรม

1. วิทย์ เทียงบุญธรรม. พจนานุกรมอังกฤษ-ไทย. กรุงเทพฯ, เอเชีย. กรู๊ป, 2543.
2. มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์. วิทยาลัย, บัณฑิต. คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์. หน่วยมาตรฐานวิทยานิพนธ์ และเผยแพร่, งานมาตรฐานการศึกษา, 2544.
3. Douglas G. Altman. Practical Statistics for Medical Research. Great Britain by TJ Press (Padstow) Ltd, Padstow, Cornwall, 1994.
4. ภิญโญ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ซาลาประวอร์ตน และทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทำให้สำเร็จ, กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น ; 2, 2543.
5. วลัยภา ศรีสุภาพ. การบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
6. มยุรี จิรวินิชย์. "ประเมินการพัฒนาภาวะผู้นำแพทย์เวชปฏิบัติ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีการศึกษา 2537". จุฬาลงกรณ์เวชสาร ; 39, No. 9 กันยายน, 2538 : 627-634.
7. นเรศวร, มหาวิทยาลัย. วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, ศูนย์. รายงานการวิจัย ความเป็นไปได้และทางเลือกของระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. (ไม่ปรากฏโรงพิมพ์), 2544.
8. สมชาย สุขสิริเสรีกุล. การทบทวนและระดมความคิดเห็นเพื่อสังเคราะห์ประเด็นการวิจัย เรื่อง โครงการสังเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านบริการสุขภาพ. ปริญญามหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ตุลาคม, 2541.
9. สมพงษ์ ศรีแสนปาง. ภาพรวมการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ชุมชน ของคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ ในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะแพทยศาสตร์. 2541 (เอกสารอัดสำเนา).
10. ยุวดี ภาษาและคณะ. คู่มือทางการพยาบาล. ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ; 5, 2537.
11. พิลัยพร พุทธเสน. ปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติของแพทย์ในการให้บริการเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
12. วิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบัน. รายงานการวิจัย การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี. (ไม่ปรากฏโรงพิมพ์), 2545.
13. สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, สำนักงาน. แนวทางการดำเนินงานโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดชลบุรี ในระยะเปลี่ยนผ่าน(ฉบับร่าง). มิถุนายน, 2544.

14. นครราชสีมา, สาธารณสุขจังหวัด, สำนักงาน. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (ฉบับย่อ). สิงหาคม, 2542.
15. นครราชสีมา, สาธารณสุขจังหวัด, สำนักงาน. คู่มือการประเมินหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (สศถ.ย.) สำหรับผู้เฝ้าติดตาม จังหวัดนครราชสีมา. สิงหาคม, 2542.
16. สำเริง แหงกระโทก. บรรณารักษ์. แนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครราชสีมา. พฤษภาคม, 2544.
17. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือ หมอครอบครัว เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน ; 2, 2545.
18. สาธารณสุข, กระทรวง. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงาน. มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. มกราคม, 2545.
19. สาธารณสุข, กระทรวง. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงาน. ชุดเอกสาร เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ : บริการสุขภาพใกล้ใจ – ใกล้บ้าน. มีนาคม, 2545.
20. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2544.
21. วิพุธ พูลเจริญ. รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสาธารณสุขและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ : สุขภาพ อุดมการณ์ และยุทธศาสตร์ทางสังคม. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
22. ปรีดา แต่อารักษ์และคณะ. รายงานการวิจัย ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
23. สาธารณสุข, กระทรวง. ปลัดกระทรวงฯ, สำนักงาน. กองสุขศึกษา. แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545.
24. วนิตา วิระกุล บรรณารักษ์. เอกสารสรุปการสัมมนาวิชาการ ผู้นำ สสม. เนื่องในวาระแห่งปี 2543 : สรรสาระ สสม. อีสาน ; 4-6 กันยายน 2543 ; ณ โรงแรมอิมพีเรียลภูเก็ต จังหวัดเพชรบูรณ์, 2543.
25. สาธารณสุข, กระทรวง. นโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนักงาน. รายงานโครงการเวทีวิชาการ การศึกษาอนาคตการสาธารณสุข. 14-16 กุมภาพันธ์ 2544 ; ณ โรงแรมเรติสัน ห้องบอลรูม กรุงเทพฯ, 2544.
26. อัมพล จินดาวัฒน์ และคณะ. รายงานการวิจัย พัฒนางานประจำด้วยการวิจัย : ประสพการณ์จากโครงการวิจัยร่วมปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2536-2537, 2537.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

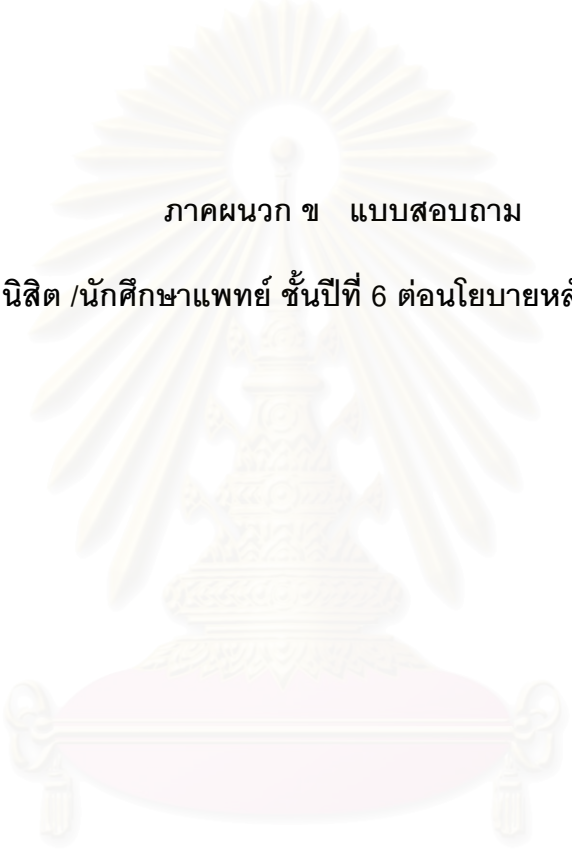
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต
อดีตนายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยและ
ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
2. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชุนนุม พรหมชาติแก้ว
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
หัวหน้าศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์
รองผู้อำนวยการสำนักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
5. แพทย์หญิงนงนุช สวรรค์ปัญญาเลิศ
นายแพทย์ 9 สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
6. อาจารย์สุกัลยา คงสวัสดิ์
สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข
7. นายแพทย์พิชัย ศิริพรพาณิชย์
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี
8. นายแพทย์สวรรค์ ขวัญใจพานิช
ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลชลบุรี
9. คุณทรงศนีย์ ไสรัจธรรมกุล
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

รายนามผู้ชี้แนะแนวทางในการดำเนินการวิจัย

1. อาจารย์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร
ที่ปรึกษาอธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูริย์ โล่ห์สุนทร
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. อาจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

ความคิดเห็นของนิสิต /นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cen	<input type="checkbox"/>		

แบบสอบถาม
ความคิดเห็นของนิสิต / นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ต่อ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
“โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ใน หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมค่าลงในช่องว่าง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
3. ค่าระดับชั้นสะสมเฉลี่ยตลอดหลักสูตร (GPAX) (โปรดระบุ.....)
4. สมาชิกในครอบครัวของท่าน (บิดา มารดา และพี่น้องร่วมสายโลหิต) ส่วนใหญ่
ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบใด (ตอบเพียง 1 ข้อ)
 - 1 ไม่ได้ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพใดๆ (จ่ายเงินเอง)
 - 2 ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพซึ่งเป็นแบบ
 - 1) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบบไม่มี “ท” (ค่าธรรมเนียม 30 บาท)
 - 2) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบมี “ท” (ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล)
 - 3) ราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - 4) ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน
 - 5) ประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เช่น ประกันเอกชน
 - 6) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ท่านมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดใด (โปรดระบุชื่อจังหวัด).....
 - 1) ในเขตเทศบาล 2) นอกเขตเทศบาล
6. ท่านเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต โดยได้รับทุนการศึกษาจากแหล่งใด
 - 1) ทุนส่วนตัว
 - 2) ทุนรัฐบาล (โปรดระบุแหล่งทุนต้นสังกัด).....

สำหรับ
ผู้วิจัย

- Sex
- Age
- GPAX
- Fami 1
- Fami 2
- Prov 1
- Prov 2
- Sou

7. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” จากแหล่งข้อมูลใด

1 ไม่ทราบ

2 ได้รับทราบจากแหล่งข้อมูล ต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1) ภาคทฤษฎี

โปรดระบุรายวิชา1.

2.

2) ภาคปฏิบัติ

โปรดระบุรายวิชา 1.

2.

3) การเข้าร่วมประชุม การสัมมนา ฯ (โปรดระบุชื่อเรื่อง)

1.ปีที่จัด.....หน่วยงานที่จัด.....

2.ปีที่จัด.....หน่วยงานที่จัด.....

3.ปีที่จัด.....หน่วยงานที่จัด.....

4) ทราบจากสื่อ Internet

5) ทราบจากสื่อทีวี

โปรดระบุชื่อรายการ.....

6) ทราบจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ หนังสือพิมพ์ ฯ

โปรดระบุชื่อรายการ.....

7) ทราบจากความรู้ที่ถ่ายทอดในครอบครัวจากบิดา มารดาและญาติ

8) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. ถ้าท่านมีโอกาสเลือกเมื่อสำเร็จการศึกษา สถานบริการสุขภาพใดที่ต้องการไปปฏิบัติงานมากที่สุด

1 รพ.มหาวิทยาลัย

2 รพศ. / รพท.

3 รพช.

4 ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)

5 เอกชน

6 อื่นๆ โปรดระบุชื่อสถานบริการ.....

9. ถ้าท่านมีโอกาสศึกษาต่อ ท่านจะเลือกศึกษาต่อในสาขาวิชาใด มากที่สุด

1 ไม่ศึกษาต่อ

2 ศึกษาต่อในสาขาวิชา

(โปรดระบุชื่อสาขาวิชา)

UC

TUC

PUC

MUC

NetUC

TVUC

NewsUC

KnowUC

ECTUC

PLACE

EDU

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำชี้แจง เมื่อท่านได้อ่านรายละเอียด ตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลักของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโปรดพิจารณาว่า

ท่านเข้าใจในตัวชี้วัดนโยบายหรือกิจกรรมหลักนั้นๆ หรือไม่ หากไม่เข้าใจต่อตัวชี้วัดนโยบายหรือกิจกรรมหลักนั้นๆ กรุณาเขียน ในช่องไม่เข้าใจนโยบายฯ แล้วไม่ต้องตอบในช่องระดับความคิดเห็น

แต่หากเข้าใจในตัวชี้วัดนโยบายหรือกิจกรรมหลักนั้นๆ กรุณาตอบว่า ท่านมีระดับความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยต่อตัวชี้วัดนโยบายหรือกิจกรรมหลักนั้นๆ หรือไม่ ถ้าเห็นด้วย มีระดับความคิดเห็นมากน้อยเพียงใด โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน

โปรดใช้เกณฑ์ด้านล่างในการพิจารณาระดับความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดนโยบายและกิจกรรมหลักของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระดับความคิดเห็น

- | | | | |
|-------|--------------------|---------|---|
| 0 คือ | ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความนี้ |
| 1 คือ | เห็นด้วยน้อยที่สุด | หมายถึง | ท่านมีความเห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความในข้อนี้อยู่ในระดับ 1-20% |
| 2 คือ | เห็นด้วยน้อย | หมายถึง | ท่านมีความเห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความในข้อนี้อยู่ในระดับ 21-40% |
| 3 คือ | เห็นด้วยปานกลาง | หมายถึง | ท่านมีความเห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความในข้อนี้อยู่ในระดับ 41-60% |
| 4 คือ | เห็นด้วยมาก | หมายถึง | ท่านมีความเห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความในข้อนี้อยู่ในระดับ 61-80% |
| 5 คือ | เห็นด้วยมากที่สุด | หมายถึง | ท่านมีความเห็นด้วยเกี่ยวกับข้อความในข้อนี้อยู่ในระดับ 81-100% |

ข้อ	รายละเอียดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”	ไม่ เข้าใจ นโยบายฯ	มีความเข้าใจนโยบายฯ					สำหรับ ผู้วิจัย	
			ไม่ เห็น ด้วย	เห็นด้วย					
				ระดับ ความคิดเห็น					
ตัวชี้วัดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า									
1	มีสถานบริการระดับปฐมภูมิอยู่ใกล้บ้าน โดยมีระยะเวลาเดินทางไปรับบริการไม่เกิน 30 นาที (โดยรถยนต์)								K 1 <input type="checkbox"/>
2	มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน ประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับชุมชนและสถานบริการเอกชน								K 2 <input type="checkbox"/>
3	มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอและพร้อมใช้ที่จะให้การรักษาพยาบาล								K 3 <input type="checkbox"/>
4	มีบุคลากร คือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว / พยาบาล เวชปฏิบัติครอบครัว ประจำครอบครัวเพื่อให้บริการ								K 4 <input type="checkbox"/>
5	ให้การวินิจฉัยและบริการถูกต้องตามมาตรฐานวิชาการ มีคุณภาพและสังคมตรวจสอบได้								K 5 <input type="checkbox"/>
6	มีระบบรับรองคุณภาพบริการ								K 6 <input type="checkbox"/>
7	เครื่องมือและอุปกรณ์ มีมาตรฐาน ถูกต้อง เทียบตรง เช่น มีรถสำหรับส่งต่อ								K 7 <input type="checkbox"/>
8	บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการที่ผู้ป่วยพึงใจ								K 8 <input type="checkbox"/>
9	ผู้มารับบริการทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพตามสิทธิการรักษาพยาบาล								K 9 <input type="checkbox"/>
10	ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ มีความรู้สึกว่าสถานบริการเป็นที่พึงทางกายและทางใจ								K10 <input type="checkbox"/>
11	ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนข้อคิดเห็นแก่สถานบริการเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข								K11 <input type="checkbox"/>
12	เน้นบริการที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ (ต้นทุนต่ำ แต่ได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า)								K12 <input type="checkbox"/>
13	ประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว สิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยมี บุคลากรสาธารณสุขคอยเฝ้าอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้								K13 <input type="checkbox"/>

ข้อ	รายละเอียดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”	ไม่ เข้าใจ นโยบายฯ	มีความเข้าใจนโยบายฯ					สำหรับ ผู้วิจัย	
			ไม่ เห็น ด้วย	เห็นด้วย					
				ระดับ ความคิดเห็น					
			1	2	3	4	5		
14	ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะในด้านการบริหารหรือร่วมบริหาร และจัดการด้านสุขภาพในชุมชน เช่น ประชาคมสุขภาพ								K14 <input type="checkbox"/>
15	มีการให้บริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ								K15 <input type="checkbox"/>
16	มีระบบข้อมูลที่เอื้อให้เกิดบริการแบบองค์รวม รู้ถึงบุคคล ครอบครัว ชุมชน และจิตวิญญาณ เช่น การจัดทำ Family Folder : FF								K16 <input type="checkbox"/>
17	มีการเชื่อมโยงบูรณาการ ของระบบบริการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู								K17 <input type="checkbox"/>
18	มีการดูแลต่อเนื่องเมื่อส่งไปรักษาต่อในแต่ละระดับ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประสานการดูแลสุขภาพผู้ป่วย								K18 <input type="checkbox"/>
19	มีบริการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันควบคู่กับการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร								K19 <input type="checkbox"/>
กิจกรรมหลัก (กิจกรรมชุดสิทธิประโยชน์ : Core package)									
1. ด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ									
20	ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยโรค บำบัดและฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา								K20 <input type="checkbox"/>
21	ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยโรค บำบัดและฟื้นฟูสภาพของแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการประกอบโรคศิลป์								K21 <input type="checkbox"/>
22	ครอบคลุมการใส่เต้านเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่								K22 <input type="checkbox"/>
23	ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด								K23 <input type="checkbox"/>

ข้อ	รายละเอียดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”	ไม่ เข้าใจ นโยบายฯ	มีความเข้าใจนโยบายฯ					สำหรับ ผู้วิจัย	
			ไม่ เห็น ด้วย	เห็นด้วย					
				ระดับ ความคิดเห็น					
			1	2	3	4	5		
24	ครอบคลุมกรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศ โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง หลังจากนั้นหน่วยบริการคู่สัญญาจะรับผิดชอบ								K24 <input type="checkbox"/>
25	ไม่ครอบคลุมโรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน								K25 <input type="checkbox"/>
26	ไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด								K26 <input type="checkbox"/>
27	ไม่ครอบคลุมผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้ประสบภัยจากรถ								K27 <input type="checkbox"/>
28	ไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยากและการผสมเทียม								K28 <input type="checkbox"/>
29	ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนเพศและการกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์								K29 <input type="checkbox"/>
30	ไม่ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์								K30 <input type="checkbox"/>
31	ไม่ครอบคลุมโรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ไม่เกิน 180 วัน (ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์)								K31 <input type="checkbox"/>
32	ไม่ครอบคลุมการรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง								K32 <input type="checkbox"/>
33	ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม								K33 <input type="checkbox"/>
34	ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (Organ Transplant)								K34 <input type="checkbox"/>

ข้อ	รายละเอียดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”	ไม่ เข้าใจ นโยบายฯ	มีความเข้าใจนโยบายฯ					สำหรับ ผู้วิจัย			
			ไม่ เห็น ด้วย	เห็นด้วย							
				ระดับ ความคิดเห็น							
					1	2	3	4	5		
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค											
35	ต้องมีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแล สุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง										K35 <input type="checkbox"/>
36	ต้องมีบริการตรวจ และดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์										K36 <input type="checkbox"/>
37	มีการดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ ภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค										K37 <input type="checkbox"/>
38	มีการตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย โดย แพทยสภา 2543)										K38 <input type="checkbox"/>
39	ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก และผู้ติดเชื้อ ตามแนวทางคณะกรรมการกำหนด										K39 <input type="checkbox"/>
40	มีบริการ การวางแผนครอบครัว										K40 <input type="checkbox"/>
41	มีการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน										K41 <input type="checkbox"/>
42	มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับ บุคคลและระดับครอบครัว										K42 <input type="checkbox"/>
43	มีการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนให้ประชาชนมี ส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ										K43 <input type="checkbox"/>
44	มีการส่งเสริมสุขภาพด้านทันตสาธารณสุข										K44 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

คำชี้แจง กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านต่อไปนี้
ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. โดยภาพรวม ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร (opi1)

.....
.....
.....

2. ท่านมีความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (opi2)

1) ปัญหา

อุปสรรค.....

2)

ข้อเสนอแนะ.....

3. ท่านมีความคิดเห็นต่อกิจกรรมหลักของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (opi3)

1) ปัญหา

อุปสรรค.....

2)

ข้อเสนอแนะ.....

4. ท่านมีความคิดเห็นต่อการเรียนการสอน

1) ท่านคิดว่าที่ผ่านมาได้มีการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพอเพียง หรือไม่ (opi4)

1.1 ไม่พอเพียง เพราะ

1.2 พอเพียง เพราะ.....

2) ท่านต้องการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือไม่ อย่างไร (opi5)

2.1 ไม่ต้องปรับปรุง เพราะ.....

2.2 ต้องปรับปรุง เพราะ

และต้องการให้มีการปรับปรุงอย่างไร.....

3) ท่านคิดว่าการเรียนการสอนในวิชาเวชศาสตร์ชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีส่วนกระตุ้นทำให้ท่านอยากทำงานในชุมชน หรือไม่ (opi6)

3.1 ไม่มีส่วนกระตุ้น เพราะ

3.2 มีส่วนกระตุ้น เพราะ

4) ท่านคิดว่า การเรียนการสอนและการฝึกเวชปฏิบัติที่ได้รับ สามารถนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในอนาคตได้ หรือไม่ (opi7)

4.1 ไม่สามารถนำไปปฏิบัติและประยุกต์ได้

เพราะ.....

4.2 สามารถนำไปปฏิบัติและประยุกต์ได้

เพราะ.....

5) ท่านคิดว่า แพทย์ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวมีความก้าวหน้าในวิชาชีพมากน้อยเพียงใด เมื่อเทียบกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น (opi8)

5.1 มีความก้าวหน้าน้อยกว่า เพราะ.....

5.2 มีความก้าวหน้าเท่ากับ หรือมากกว่า เพราะ.....

5. ความคิดเห็นด้านอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุ) (opi9)

.....
.....

ขอขอบคุณที่กรุณาใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางบุณทริกา อินทสิงห์ เกิดวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2513 จังหวัดอุดรธานี สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตร หลักสูตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ เชียงใหม่ (ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่) ปีการศึกษา 2533 ต่อมา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2540 และเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งนักวิชาการศึกษา ระดับ 5 ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย