บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่ประเทศชาติจะพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าได้นั้นต้องอาศัยทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ คุณภาพชีวิตของมนุษย์ในชาติจะดีขึ้นหรือไม่นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับรายได้ที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว ต้องพิจารณาปัจจัยอื่นทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมร่วมด้วยว่ามีความสอดคล้องและเป็นระบบเพียงใด ปัจจัยทางสังคมโดยเฉพาะความมั่นคงทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิตนับเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่ง ดังปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อที่ 25 (1) กล่าวว่า (สุเทพ เชาวลิต 2527: 292)

> ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว การมีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการรักษาทางการแพทย์และบริการสังคมที่จำเป็น มีสิทธิในความมั่นคงยามว่างงาน เจ็บป่วย พิการ เป็นหม้าย วัยชรา หรือขาดอาชีพในพฤติกรรมที่อยู่นอกเหนืออำนาจแห่งตน

แนวทางหนึ่งซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นคงให้แก่ตนเองและครอบครัวคือการประกันสังคม หลายประเทศในแถบยุโรปได้ให้การยอมรับและออกฎหมายการประกันสังคมขึ้นทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักประกันและช่วยเหลือประชาชนในชาติยามขาดอาชีพหรือเจ็บป่วย

สำหรับประเทศไทยได้มีความพยายามจะจัดการประกันสังคมให้แก่ประชาชนโดยมีการตราเป็นพระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2495 แต่มิได้มีการประกาศใช้ ต่อมาได้มีการนำข้อเสนอนี้แก่รัฐบาลพิจารณาใหม่ในปี พ.ศ. 2508 แต่รัฐบาลในสมัยนั้นได้ระงับเรื่องไว้เนื่องจากเห็นว่าเป็นการไม่เหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4

จึงได้มีการวางแนวทางการประกันสังคมไว้อย่างกว้าง ๆ ปัจจุบันรัฐได้จัดการการประกันสังคมหลายลักษณะ ดังเช่น 1) พระราชกฤษฎีกาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ 2) กองทุนเงินทดแทนผู้ใช้แรงงาน และ 3) โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การดำเนินงานใน 3 ลักษณะนี้เน้นการให้การประกันสุขภาพ แต่การดำเนินงานดังกล่าวมิอาจให้การประกันแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศซึ่งได้แก่เกษตรกรที่ยากจนในชนบท จำนวนประมาณ 10 ล้านคนว่าสามารถจะเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ แม้แต่โครงการที่มีข้อระบุถึงการช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัย เช่นโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลก็ตาม จากรายงานการวิจัยของ นิภา มนุญปีจุ พบว่ายังมีผู้มีรายได้น้อยไม่มีบัตรสงเคราะห์อีกเป็นจำนวนมาก และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนบัตรสงเคราะห์ตามภาคต่าง ๆ กับรายได้จากสินค้าที่ผลิตในภาคนั้น ๆ ยังพบว่ามีสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม แสดงว่าการกระจายของบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาลยังไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของรัฐบาลอย่างแท้จริง (วิชัย โชควิวัฒน์ 2529: 618-619) กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพอนามัย จึงได้ดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและทั้งเป็นการสนองนโยบายของรัฐที่ว่า "จะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ" โดยการปรับปรุงโครงการในลักษณะประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้สามารถเป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจต่อไป โครงการดังกล่าวคือ โครงการบัตรสุขภาพ

โครงการบัตรสุขภาพเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 การดำเนินงานในระยะแรกเป็นการทดลองศึกษาหารูปแบบความเป็นไปได้ ทำการทดลองในพื้นที่ 6 จังหวัด 7 ตำบล รวม 10 หมู่บ้าน เน้นการให้บริการอนามัยแม่และเด็กในครั้งนั้นเรียกชื่อว่า "โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก" ระยะที่ 2 พ.ศ. 2527 โครงการได้เปลี่ยนชื่อเป็น "โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข" มีการกำหนดหลักเกณฑ์ - การดำเนินงาน เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ และได้ขยายพื้นที่การทดลองดำเนินงานออกไปอีก ในระยะนี้ได้มีการนำระบบบริการสาธารณสุขต่าง ๆ มาใช้ เช่นระบบการส่งต่อผู้ป่วย การกลั่นกรองผู้รับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ และการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในโครงการ

เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานในระยะที่ 3 โครงการในระยะที่ 3 เป็นโครงการต่อเนื่อง 3 ปีคือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528-2530 มีเป้าหมายว่าเมื่อสิ้นโครงการแล้วจะดำเนินงานได้ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมการสำหรับดำเนินนโยบายการประกันสุขภาพในแผนพัฒนาฯฉบับที่ 6 หลักการสำคัญของโครงการบัตรสุขภาพในระยะนี้คือ การจำหน่ายบัตรสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการ การจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุมชน

วัตถุประสงค์ของโครงการบัตรสุขภาพคือต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายจิตใจ สติปัญญาและมีความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สินตามมาตรฐานความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย นั่นคือ โครงการบัตรสุขภาพ เป็นวิธีดำเนินการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานโดยตรง

แม้ว่าโครงการบัตรสุขภาพเป็นวิธีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ก็ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าเป็นวิธีการประกันสุขภาพโดยรัฐ โครงการนี้ประชาชนเป็นผู้ซื้อบัตรเพื่อจะได้รับบริการรักษาพยาบาลตามเงื่อนไข รัฐเป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาลดังกล่าวโดยไม่คิดมูลค่า หรือให้ในขอบเขตที่กำหนด โครงการประกันสุขภาพจึงเป็นโครงการที่ประชาชนยอมเสียทรัพย์สินเพื่อแลกเปลี่ยนกับความเสี่ยงในเรื่องการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกับการประกันสุขภาพ ซึ่งเมธี ครองแก้ว (2530: 29) กล่าวว่า การประกันสุขภาพเป็นการที่บุคคลยอมเสียทรัพย์สินบางอย่างเพื่อแลกเปลี่ยนกับความเสี่ยงในเรื่องการรักษาพยาบาล ดังนั้นโครงการบัตรสุขภาพจะดำเนินต่อไปได้ดีหรือไม่นั้นย่อมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหลายประการด้วยกัน เงื่อนไขที่สำคัญที่สุดคือเงื่อนไขด้านประชาชน ความต้องการซื้อบัตรสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อประชาชนมองเห็นความจำเป็นว่าหากเจ็บป่วยจะต้องสิ้นเปลืองเงินทองจนอาจเป็นหนี้สิน อีกทั้งมีรายได้อยู่ในฐานะที่จะซื้อบัตรได้ เงื่อนไขด้านประชาชนอีกประการหนึ่งคือการได้รับการสงเคราะห์ตามโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไม่ซื้อบัตรสุขภาพได้ (วิชัย โชควิวัฒน์ 2530: 37) เมื่อพิจารณาในแง่เศรษฐศาสตร์การตัดสินใจประกันสุขภาพเป็นการหาอัตถประโยชน์สูงสุด (Utility Maximized) ด้านสุขภาพคือการมีสุขภาพดี ดังนั้นปัจจัย

ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของบุคคลที่จะประกันสุขภาพคือความมากน้อยของความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงด้านสุขภาพ ความน่าจะเป็นของโอกาสของการเกิดโรคหรือมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ขนาดของความสูญเสียทั้งจากการรักษาพยาบาลและเวลาที่เสียไปขณะเจ็บป่วย รวมถึงรายได้ที่ขาดไปจากการไม่ได้ประกอบอาชีพ ความแตกต่างในปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน (เมธี ครองแก้ว 2529: 64-66) นอกจากนี้บุคคลที่มีความแตกต่างกันด้วยเงื่อนไขของสภาพการทำงานคือผู้ที่มีและไม่มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการป้องกันโรคหรือการเสี่ยงต่อโรคและความเจ็บป่วย รายได้ เป็นปัจจัยที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน (อรพรรณ ทันจางสิทธิ์ 2521)

สำหรับการศึกษาลักษณะของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ พบว่า สาเหตุที่ซื้อบัตรสุขภาพเพราะต้องการความสะดวกรวดเร็วในการใช้บริการรักษาพยาบาล (อรชร ศาสตราวาหะ 2528) การคาดหวังผลประโยชน์จากบริการรักษาพยาบาล การชักชวนของเจ้าหน้าที่ การคาดว่าจะมีความเจ็บป่วยในครอบครัว (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2529) ส่วนสาเหตุที่ไม่ซื้อบัตรสุขภาพ เนื่องจากคาดว่าจะไม่มีผู้เจ็บป่วยในครอบครัว (อรชร ศาสตราวาหะ 2528) ไม่มีความศรัทธาในโครงการ ไม่มีศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ผู้บริการ ต้องการลองดูผลการดำเนินงานระยะหนึ่งก่อน สมาชิกในครอบครัวเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ นอกจากนั้นยังพบลักษณะบางประการที่สำคัญของผู้ซื้อบัตรสุขภาพคือเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2529)

การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในระยะที่ 3 ปี พ.ศ. 2530 เป็นการดำเนินงานเพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล เตรียมการรองรับการปรับปรุงเป็นการประกันสุขภาพ แต่จากรายงานการสำรวจติดตามผลการดำเนินงานจนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2529 โครงการได้เปิดดำเนินงานเพียงร้อยละ 37.98 ของตำบลทั่วประเทศ (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ 2529: 1) ดังนั้นจึงต้องพยายามเร่งรัดการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพนอกจากจะให้ครอบคลุมพื้นที่แล้วยังต้องให้มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มมากขึ้นด้วย เพื่อผลในทางเศรษฐศาสตร์

สำหรับโครงการบัตรสุขภาพของจังหวัดแพร่ เริ่มโครงการในระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2527 เปิดดำเนินงานใน 5 อำเภอ 7 ตำบล รวม 40 หมู่บ้าน และมีการขยายพื้นที่ออกไปอีก จนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2529 จังหวัดแพร่ได้เปิดโครงการบัตรสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 65.63 ของตำบล และเป็นร้อยละ 24.44 ของหมู่บ้านทั้งจังหวัด (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ 2529: 4) ในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของโครงการระยะที่ 3 มีเป้าหมายที่จะดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพให้ครบทุกตำบลในทุกอำเภอ จึงต้องพยายามหาแนวทางให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย และอีกประการหนึ่งจังหวัดแพร่ เป็นจังหวัดในภาคเหนือที่อยู่ในโครงการจังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต (MINI THAILAND) เป็นจังหวัดเป้าหมายที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพอย่างเต็มพื้นที่ อีกทั้งจังหวัดแพร่ยังเป็นจังหวัดในโครงการทดลองผสมผสานบัตรสุขภาพและบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นโครงการของกระทรวงสาธารณสุขที่พยายามจะดำเนินงานการประกันสุขภาพ โดยใช้บัตรสุขภาพ ด้วยความสำคัญดังกล่าวนี้จึงได้มีการศึกษาหาแนวทางการปรับปรุงโครงการบัตรสุขภาพ โดยศึกษาถึงลักษณะของประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งจากแนวคิดและผลงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่ามีตัวแปรหลายตัวแปรที่มีส่วนสนับสนุนให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการฯ และบางตัวแปรที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ การศึกษาตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชาชนทั้งสองกลุ่ม จะทำให้ทราบว่ากลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมีคุณลักษณะเช่นใด และคุณลักษณะใดเป็นคุณลักษณะเด่นของกลุ่มประชาชน จะสามารถนำตัวแปรคุณลักษณะดังกล่าวมาปรับปรุงกับกลุ่มประชาชนที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ตลอดจนการสำรวจพื้นที่ก่อนดำเนินการก็สามารถนำการศึกษาตัวแปรเหล่านี้มาใช้พยากรณ์ความสำเร็จของโครงการฯ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่ เพื่อจะนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ ของจังหวัดแพร่ให้บรรลุเป้าหมายต่อไป (ศึกษาสภาพจังหวัดแพร่เพิ่มเติมในภาคผนวก)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่

2. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่

3. สร้างสมการจำแนกกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่

ขอบเขตของการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระที่จะศึกษาเป็นตัวแปรที่คาดว่าสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ จำนวน 13 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ การศึกษา รายได้ ขนาดของครอบครัว สิทธิด้านการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ ลักษณะสถานบริการที่นิยม ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ค่านิยมสมัยใหม่ ความรู้ความเข้าใจในโครงการฯ ความคิดเห็นต่อโครงการฯ และความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่

2. ตัวแปรตามคือการเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพของประชาชนจังหวัดแพร่ เฉพาะที่อยู่ในพื้นที่เปิดจำหน่ายบัตรสุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2529

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรทั้ง 13 ตัวแปรคือ

การศึกษา

รายได้

ขนาดของครอบครัว

สิทธิด้านการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ

การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ

ลักษณะสถานบริการที่นิยม

ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน

ค่านิยมสมัยใหม่

ความรู้ความเข้าใจในโครงการบัตรสุขภาพ

ความคิดเห็นต่อโครงการบัตรสุขภาพ และ

ความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่

สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรจำแนกกลุ่ม หมายถึงตัวแปรที่ได้รับการเลือกจากสมการจำแนกกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ

โครงการบัตรสุขภาพ หมายถึงโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะของการประกันสุขภาพ ประชาชนเข้าร่วมโครงการฯ โดยการจ่ายเงินซื้อบัตร และจะได้รับการรักษาพยาบาลตามเงื่อนไขที่กำหนด ลักษณะของบัตรสุขภาพมี 3 ประเภทคือ บัตรครอบครัวเพื่อการรักษาพยาบาล บัตรบุคคลเพื่อการรักษาพยาบาล และบัตรอนามัยแม่และเด็ก

การเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ หมายถึงการซื้อบัตรสุขภาพเฉพาะบัตรครอบครัวจากโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2530

ประชาชน หมายถึงหัวหน้าครอบครัวที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ เฉพาะที่เปิดจำหน่ายบัตรระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2529 ซึ่งได้แก่ หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 8 และหมู่ที่ 9 ตำบลร้องกวาง หมู่ที่ 7 ตำบลแม่คำมี และหมู่ที่ 8 ตำบลแม่ยางฮ่อ อำเภอร้องกวาง

รายได้ หมายถึงจำนวนเงินที่หัวหน้าครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวหามาได้จากการประกอบอาชีพและจากผู้อื่น ในปี 2529

การศึกษา หมายถึงระดับชั้นเรียนจากการเรียนในสถานศึกษา

ขนาดของครอบครัว หมายถึงจำนวนสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยหัวหน้าครอบครัว ภรรยา และบุตรที่ยังไม่ได้สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

สิทธิด้านการรักษาพยาบาล หมายถึงการได้รับสวัสดิการหรือการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ จากหน่วยงานต้นสังกัด ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานธุรกิจเอกชน การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย สวัสดิการอาสาสมัคร และทหารผ่านศึก

การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ หมายถึงความรู้สึกจากการประเมินตนเองและบุคคลในครอบครัวถึงสภาพร่างกายจิตใจ และความสามารถในการทำงานของตนเองและบุคคลในครอบครัว และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2529)

สถานบริการที่นิยม หมายถึงสถานบริการด้านการรักษาพยาบาลที่เลือกไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องการบริการด้านการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ หมายถึงพฤติกรรมซึ่งวัดจากแบบวัด ดัดแปลงมาจากแนวคิดพฤติกรรมการป้องกันโรคของฮาร์ริส และกูเทน (Harris and Guten 1979: 19-20) และของแลงกลี (Langlie 1977: 127-128) แบบวัดประกอบด้วยการวัดพฤติกรรมด้านการบริโภค การใช้บริการทางการแพทย์ การพักผ่อน การเสพสิ่งเสพติด และการจัดสิ่งแวดล้อม

ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล หมายถึงอุปสรรค เหตุขัดข้องที่รู้ขณะเจ็บป่วยและต้องการรับการรักษาพยาบาล ปัญหาที่เกิดขึ้นเสมอประกอบด้วยปัญหาด้านการเดินทาง จิตใจ และอารมณ์ และด้านการเงิน

การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน หมายถึงการได้กระทำหรือมีส่วนกระทำในกิจกรรมของชุมชน ตามมาตรฐานของความจำเป็นพื้นฐานสังคมไทยประกอบด้วย การเข้าร่วมกลุ่ม การอบรม ประชุม เสนอความคิดเห็น การบริจาคกำลังทรัพย์ กำลังกาย และกำลังความคิด เพื่อพัฒนาชุมชนและบำรุงรักษาสาธารณสมบัติในชุมชน

ค่านิยมสมัยใหม่ หมายถึงความเชื่อ ความคิดเห็นที่เกี่ยวกับลักษณะสมัยใหม่ ซึ่งวัดจากแบบวัดที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความทันสมัยของอินเกลส์ (Inkels 1966: 14) ประกอบด้วยลักษณะสมัยใหม่ 9 ประการคือ การยอมรับประสบการณ์ใหม่มีความคิดเห็นกว้างขวาง

ทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบันและสนใจเรื่องอนาคต วางแผนการดำเนินชีวิตไว้ล่วงหน้า เชื่อว่าทุกสิ่งเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา มีเหตุผล ให้เกียรติและยอมรับความสามารถของผู้อื่น เข้าใจวิทยาศาสตร์และเทคนิคใหม่ ๆ เชื่อและสนับสนุนความยุติธรรม

ความรู้ความเข้าใจในโครงการบัตรสุขภาพ หมายถึงการรู้ จำหรือระลึกได้ถึงประเภทบัตร ราคาบัตร และเงื่อนไขการรับสิทธิประโยชน์ถูกต้องตามเงื่อนไขของโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2530

ความคิดเห็นต่อโครงการบัตรสุขภาพ หมายถึงความคิดเห็นของหัวหน้าครอบครัวต่อการดำเนินงาน เงื่อนไข ผลประโยชน์ที่จะได้รับตามเงื่อนไขของโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2530

ความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ หมายถึงความคิดเห็น ความเชื่อถือที่มีต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ด้านความรู้ความสามารถในการให้บริการและลักษณะส่วนตัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ผลของการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะให้ประโยชน์คือ

1. ทำให้ทราบถึงคุณลักษณะของประชาชนจังหวัดแพร่กลุ่มที่มีแนวโน้มจะเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการประชาสัมพันธ์โครงการบัตรสุขภาพต่อไป

2. การจัดลำดับตัวแปรที่สามารถจำแนกหรืออธิบายความแตกต่างระหว่างประชาชนทั้งสองกลุ่มจะเป็นข้อมูลหรือแนวทางการจัดบริการสาธารณสุข และการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ว่าจะต้องปรับปรุง พัฒนาในจุดใดก่อน

3. สมการที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นสมการที่สามารถอธิบายความแตกต่างของกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ดังนั้นจึงสามารถนำมาเป็นแนวทางการสำรวจพื้นที่ก่อเปิดดำเนินการ สามารถจะทำนายความสำเร็จของโครงการในพื้นที่ต่าง ๆ ในจังหวัดแพร่ได้