ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาว ในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

นางสุวารี เจริญมุขยนันท

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

FACTORS INFLUENCING THE DECISION TO USE HEALTH CARE SERVICE PROVIDED IN THE PUBLIC HOSPITALS FOR LAOTIAN PATIENTS IN THAILAND

Mrs. Suwaree Charoenmukayananta

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Doctor of Philosophy Program in Health Research and Management

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย
โดย	นางสุวารี เจริญมุขยนันท
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรันยา เฮงพระพรหม นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาดุษฎีบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์โสภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สรันยา เฮงพระพรหม)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ)

.....กรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์)

สุวารี เจริญมุขยนันท : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย. (FACTORS INFLUENCING THE DECISION TO USE HEALTH CARE SERVICE PROVIDED IN THE PUBLIC HOSPITALS FOR LAOTIAN PATIENTS IN THAILAND) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : ผศ.ดร.สรันยา เฮงพระพรหม, นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ, 123 หน้า.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย วิธีการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนแรก เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ในโรงพยาบาลที่มีพื้นที่ติดพรมแดนจำนวน 54 แห่ง โดยการสังเกตบริบทของพื้นที่และเก็บรวบรวมสถิติข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวในแต่ละโรงพยาบาล ส่วนที่สอง เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ด้วยการใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ความเห็นของผู้ป่วยที่สุ่มได้ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ ส่วนที่สามคือ การสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ให้บริการ เพื่อรวบรวมข้อมูลและความเห็นด้านการบริหารจัดการกับสถานการณ์การให้บริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มาใช้บริการด้วยกลุ่มโรคและหัตถการไม่ซับซ้อน และทุกโรงพยาบาลตลอดแนวชายแดนเผชิญปัญหาการเรียกเก็บเงินค่าบริการไม่ได้ ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการคือ การรับรู้ในความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการระหว่างไทย-ลาว (OR=3.30, 95%CI 2.36, 4.61) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (OR=2.52, 95%CI 1.80, 3.53) และระยะทางในการมาใช้บริการ (OR=1.86, 95%CI 1.28, 2.70) ความเห็นจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเห็นว่า ควรมีการจัดการจากรัฐบาลในเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเงินในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจน สรุปได้ว่าคุณภาพของระบบบริการเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการและควรมีการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างเหมาะสมสำหรับประชาชนของทั้งสองประเทศ

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

ปีการศึกษา 2555 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

5275360930 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT
KEYWORDS : HEALTH CARE SERVICE / CROSS BORDER HEALTH / HEALTH CARE QUALITY

SUWAREE CHAROENMUKAYANANTA : FACTORS INFLUENCING THE DECISION TO USE HEALTH CARE SERVICE PROVIDED IN THE PUBLIC HOSPITALS FOR LAOTIAN PATIENTS IN THAILAND. ADVISOR : ASSOC. PROF. JIRUTH SRIRATTANABAN, MD, Ph.D., CO-ADVISOR : ASST. PROF. SARUNYA HENGPRAPROM, Ph.D., CHANVIT THARATHEP, MD, 123 pp.

This study was aimed to assess the situation and related factors that may influence utilization of the health care services in Thai public hospitals along the border. This study consisted of three parts; the first was the site visits of 54 Thai public hospitals along Thai-Laos border. Hospitals' data and context in the health care service utilization of Laotian patients at each hospitals were collected. Second part, the analytic study with set of questionnaire was given to the selected sample of Laotian patients. This part was done for access factor influencing the decision to return. Third part was to interviews the hospital directors and their staffs in the current scurcumstance of health care service.

The significance finding showed the increasing number of Laotian patients over the past three years with most common diseases and operative procedures. All hospitals have confronted with financial burden, and the main factors affecting decision in using health services were the perception of the difference in health care quality (OR= 3.30, 95% CI 2.36, 4.61), the ability to pay (OR= 2.52, 95% CI 1.80, 3.53) and distance to service (OR= 1.86, 95% CI 1.28, 2.70). The interviews with the hospital directors and staffs revealed that they needed more financial support and a clear policy for these patients from the government.

In conclusion, quality of health care service is the major factor influencing the ecision to use the health service and the appropriate the financial management for Thai and Laotian should be taken into consideration.

Department : Preventive and Social Medicine Student's Signature .....

Field of Study : Health Research and Management Advisor's Signature .....

Academic Year : 2012 Co-advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรึกษาอย่างต่อเนื่องด้วยดีเสมอมา รวมทั้ง ผศ.ดร.สรันยา เฮงพระพรหม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ให้คำปรึกษาและดูแลในขั้นตอนการดำเนินงานของวิทยานิพนธ์ และ นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ (รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่กรุณาให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมพร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

ขอขอบคุณนายสุรเดช ทองเข็ม ผู้ออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล นายสาทิศ เมธาสิทธิ์ สุขสำเร็จ ผู้ให้คำแนะนำเส้นทางสำหรับการเดินเพื่อเก็บข้อมูล นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ ผู้ช่วยเหลือให้ทุกขั้นตอนการทำงานให้ผ่านพ้นด้วยดีเสมอมา ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านและผู้ประสานงานในโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลที่ยินดีสละเวลาให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลอันเป็นประโยชน์ให้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้สนับสนุนและเปิดโอกาสสำหรับการศึกษาในครั้งนี้จากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้แก่ นพ.วิศิษฎ์ สงวนวงศ์วาน หัวหน้าศูนย์วิจัย และนางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์ หัวหน้างานกายภาพบำบัด และขอขอบคุณทุกกำลังใจและความห่วงใยจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานทุกคน รวมทั้งผู้มีพระคุณอีกมากมายหลายท่านที่มิอาจเอ่ยนามได้ทั้งหมด

ขอขอบคุณสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภชที่สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานให้โครงการนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ ..... ญ

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 2

บทที่ 2 ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน 6

2.2 สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน 8

2.3 แนวทางการจัดการปัญหาการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนเชิงนโยบาย 10

2.4 แนวคิดทางการตลาดและพฤติกรรมผู้บริโภค 12

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 14

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 14

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 2 23

บทที่ 4 ผลการวิจัย 26

บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล 79

รายการอ้างอิง 94

ภาคผนวก 100

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 123

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนโรงพยาบาลที่แบ่งตามประเภทของด่านพรมแดนและรูปแบบของการเดินทางข้ามพรมแดน 28

ตารางที่ 2 แสดงการใช้บริการข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาว 32

ตารางที่ 3 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคที่ผู้ป่วยชาวลาวมาใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอก (Out-patient Department) 37

ตารางที่ 4 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคที่ผู้ป่วยชาวลาวมาใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน (In-patient Department) 38

ตารางที่ 5 แสดงรายการโรค 5 ลำดับแรกของหัตถการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยชาวลาว 39

ตารางที่ 6 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคในผู้ป่วยนอก(Out-patient Department) จำแนกตามประเภทของ ด่านพรมแดน 41

ตารางที่ 7 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคในผู้ป่วยใน(In-patient Department) จำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน 43

ตารางที่ 8 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของหัตถการจำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน 45

ตารางที่ 9 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคที่คนไทยมาใช้บริการสุขภาพ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาลปี 2553 48

ตารางที่ 10 แสดงค่าบริการและค่าบริการที่เรียกเก็บได้โดยรวมจำแนกตาม ขนาดของโรงพยาบาล 50

ตารางที่ 11 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ (No intention to return; ITR)กับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำ (Intention to return; ITR) 52

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่จำแนกตามประเภทของด่านพรมแดนกับคุณลักษณะทางกายภาพ 54

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย-ลาวระหว่างกลุ่ม No ITR กับ ITR 58

ตารางที่ 14 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ (No intention to return; ITR) กับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำ (Intention to return; ITR) 60

สารบัญตาราง(ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ (No intention to return; ITR) กับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำ (Intention to retuen; ITR) 61
ตารางที่ 16 การทดสอบพหุสัมพันธ์(multicollinearity) ของปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ 62
ตารางที่ 17 แสดงการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ 63
ตารางที่ 18 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ 65
ตารางที่ 19 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการในประเทศไทยจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล 67

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา 4
ภาพที่ 2 แสดงโรงพยาบาลเป้าหมายที่ทำการศึกษา 19
ภาพที่ 3 แสดงการเก็บข้อมูลด้านปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพซ้ำ 19
ภาพที่ 4 แสดงแผนที่ประเทศไทยและพื้นที่ติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 29
ภาพที่ 5 แสดงลักษณะเขตแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 30
ภาพที่ 6 แสดงที่ตั้งของโรงพยาบาลแบ่งตามประเภทของด่านพรมแดนและลักษณะการข้ามพรมแดน 31
ภาพที่ 7 แสดงลักษณะพื้นที่ที่ติดชายแดนของด่านพรมแดนประเภทด่านผ่อนปรนประเภทเปิดทุกวัน 69
ภาพที่ 8 แสดงลักษณะพื้นที่ที่ติดชายแดนของด่านพรมแดนประเภทด่านผ่อนปรนประเภทเปิดบางวัน 69
ภาพที่ 9 แสดงลักษณะพื้นที่ที่ติดชายแดนของด่านพรมแดนประเภทด่านท้องถิ่น 70
ภาพที่ 10 แสดงลักษณะพื้นที่ที่ติดชายแดนของด่านพรมแดน 70

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล 4
แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนครั้งของการมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวจำแนกตาม ขนาดโรงพยาบาล 34
แผนภูมิที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการจำแนกตามประเภทการใช้บริการ และขนาดโรงพยาบาล 35
แผนภูมิที่ 4 แสดงจำนวนครั้งของการมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวจำแนกตามประเภท การใช้บริการและขนาดโรงพยาบาล 35

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการบริการสาธารณสุขแก่คนต่างชาติบริเวณชายแดนเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมการให้บริการสุขภาพเฉพาะผู้ที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ส่งผลให้คนต่างชาติและแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมายเข้าไม่ถึงระบบบริการสาธารณสุข อีกทั้งประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพดีกว่าประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้ประชาชนตามแนวชายแดนจากประเทศเพื่อนบ้านนิยมเข้ามารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขบริเวณชายแดนไทยต้องแบกรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นและภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่มีการจัดสรรงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินงานเฉพาะสำหรับจังหวัดชายแดน ปัญหานี้ยังไม่มีการจัดการเชิงนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในจังหวัดชายแดน และยังขาดการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนอีกด้วย

สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นประเทศที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทย 11 จังหวัด ตั้งแต่ทางเหนือจนถึงภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศได้แก่ เชียงราย พะเยา น่าน อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เลย หนองคาย นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี การติดต่อระหว่างไทย-ลาวทำได้ง่ายและมีหลายช่องทางทำให้ประชาชนเดินทางไปมาหาสู่กันได้ง่ายมากยิ่งขึ้น ผลกระทบโดยตรงที่ทำให้เกิดปัญหาระบบสาธารณสุขได้แก่ การมีจำนวนผู้ป่วยชาวลาวเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยมากขึ้นโดยไม่สามารถควบคุมได้ทั้งทางภาครัฐและภาคเอกชน ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ใช่แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยที่มีการลงทะเบียนอย่างถูกต้องและมีระบบการจ่ายเงินสนับสนุนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ แต่เป็นกลุ่มที่เข้ามาเพื่อใช้บริการทางสุขภาพโดยเฉพาะต่างจากการเดินทางข้ามพรมแดนเข้ามาในประเทศไทยของคนชาติอื่นไม่ว่าจะเป็นกัมพูชาหรือพม่า ที่ข้ามพรมแดนมาด้วยปัญหาทางการเมืองหรือผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยตรง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนประเทศลาว ทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ของไทยโดยเฉพาะหน่วยบริการสาธารณสุขตามจังหวัดชายแดน รับภาระงานเพิ่มขึ้นโดยไม่มีการวางแผนและเตรียมความพร้อมต่อการให้บริการ ข้อมูลการศึกษาโดยการสำรวจจากประชาชนลาวที่อยู่บริเวณชายแดนที่ติดกับประเทศไทยในปี 2004[1, 2] พบว่า ผู้ป่วยชาวลาวที่อยู่ในเขตเมืองมาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ส่วนผู้ที่อยู่ในเขตชนบทจะ

เลือกใช้บริการในสถานบริการพยาบาลของรัฐ โดยจะเลือกใช้บริการของสถานบริการพยาบาลที่ติดกับชายแดนกรณีที่เป็นฉุกเฉินเร่งด่วน ส่วนกรณีที่เป็นโรคที่รุนแรงและมีความซับซ้อนมากขึ้นจะเลือกใช้สถานบริการที่มีศักยภาพสูงขึ้นในระดับจังหวัดหรือสถานบริการเฉพาะทาง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงเหตุผลของการเลือกใช้บริการในประเทศไทย เนื่องจากสถานบริการในประเทศไทยมีศักยภาพในการให้บริการที่สูงกว่า[3] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานการศึกษาอื่นที่ยืนยันถึงปัจจัยการเลือกใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน

สถิติรายงานการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างด้าวไม่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2551ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์จากการให้บริการผู้ป่วยชาวลาวไม่ต่ำกว่า 20 ล้านบาทต่อปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น หากต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยชาวลาวเพิ่มโดยไม่ได้มีการวางแผนการเตรียมความพร้อม ไม่มีนโยบายหรือวิธีการจัดการที่เหมาะสม[4] โรงพยาบาลตามจังหวัดชายแดนจะต้องรับภาระเหล่านี้มากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านวิชาชีพของโรงพยาบาลและประสิทธิภาพการให้บริการแก่ประชาชนไทยให้ครอบคลุมและทั่วถึง สำหรับสถานการณ์ของจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดนหลายจังหวัด เช่น จังหวัดมุกดาหาร มีสถานการณ์ในลักษณะเช่นเดียวกันแต่ยังไม่มีการวิเคราะห์และนำมาศึกษาถึงผลกระทบต่อระบบบริการ จึงควรต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม ส่วนสถานการณ์ที่จังหวัดเชียงราย ในพ.ศ.2542 พบว่าสถานพยาบาลในจังหวัดเชียงรายต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเนื่องจากเก็บค่าบริการไม่ได้จากการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติอย่างต่อเนื่อง[5] สถานการณ์เช่นนี้แสดงให้เห็นว่าเกิดผลกระทบที่จังหวัดตามชายแดนต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาระด้านต่างๆ ของประเทศในอนาคต แต่ในขณะเดียวกันยังคงต้องคำนึงถึงหลักสิทธิความเท่าเทียมกันที่มนุษย์ทุกชาติ ทุกภาษาควรจะต้องได้รับบริการทางสุขภาพที่เท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกันอีกด้วย[6, 7]

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการสอบถามไปยังแหล่งข้อมูลที่รับผิดชอบด้านการให้บริการทางสาธารณสุข พบว่า ยังไม่พบรายงานการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย และไม่มีการจัดการเชิงนโยบายอย่างชัดเจนในด้านการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย ดังนั้น จึงเป็นที่มาของคำถามงานวิจัยว่าอะไรเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย และควรมีแนวทางในการจัดการปัญหาการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป(General Objective)

ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยที่ติดพรมแดนไทย-ลาว

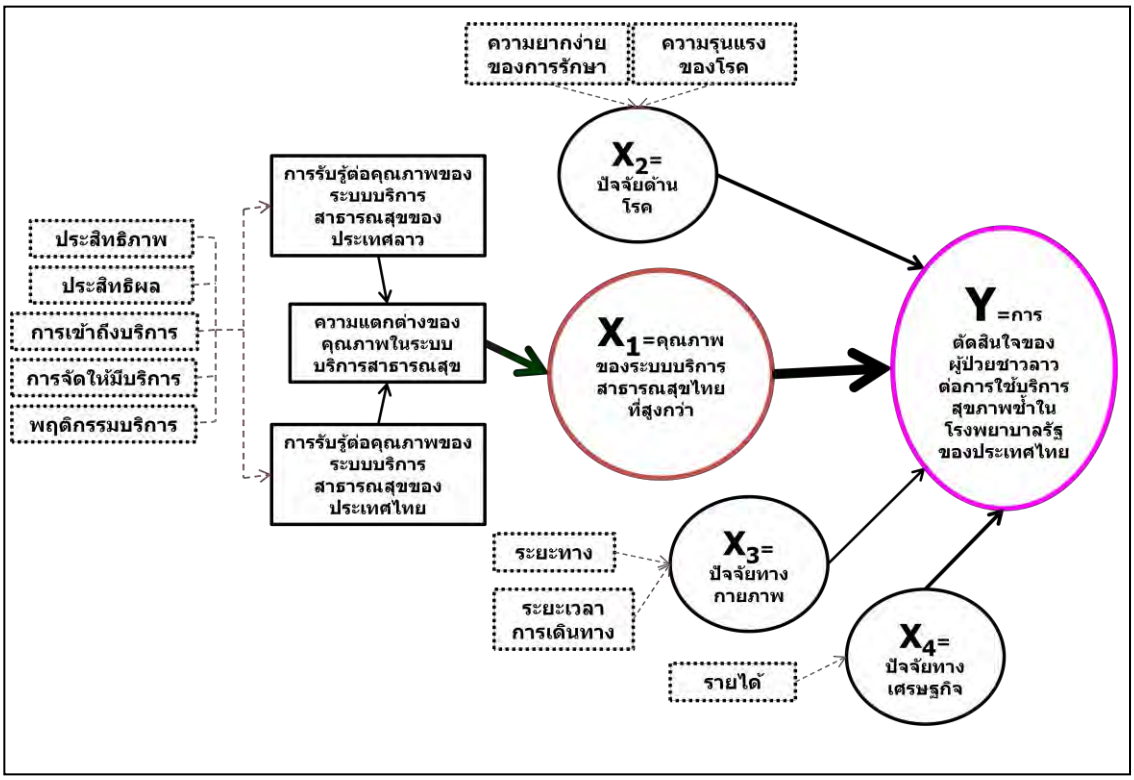
วัตถุประสงค์เฉพาะ(Specific Objectives)

1. ศึกษาสถานการณ์การมาใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย
2. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพซ้ำของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย

กรอบแนวคิด (Conceptual framework)

กรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษาพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแนวคิดทางการตลาด(marketing concept) ในด้านพฤติกรรมของผู้บริโภค(consumer behavior)[8] เนื่องจากแม้ว่าสุขภาพจะเป็นสินค้าหรือการบริการที่มีผลกระทบต่อความจำเป็นของชีวิต แต่การศึกษาด้านการตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพยังอยู่ในขอบเขตที่พฤติกรรมของผู้บริโภคของแนวคิดทางการตลาดสามารถอธิบายได้ (ภาพที่ 1) ทั้งนี้ รายละเอียดของแนวคิดดังกล่าวจะได้แสดงไว้ในบทต่อไป

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา(Conceptual framework)



สมมติฐานการวิจัย

1. ความแตกต่างของคุณภาพในระบบบริการสาธารณสุขไทย-ลาว ปัจจัยด้านโรค ปัจจัยทางกายภาพ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของชาวลาวต่อการใช้บริการสุขภาพซ้ำในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย
2. ความแตกต่างของคุณภาพในระบบบริการสาธารณสุขไทย-ลาว เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของชาวลาวต่อการใช้บริการสุขภาพซ้ำในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการในประเทศไทย หมายถึง ผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมาใช้บริการสุขภาพเมื่อได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้วจะข้ามพรมแดนกลับ ไม่รวมผู้ที่เป็นแรงงานต่างด้าวหรือข้ามมาทำงานในประเทศไทย ไม่รวมผู้ที่ย้ายถิ่นมาอยู่อาศัยในเมืองไทยถาวรหรือไม่มีที่พักอย่างถาวรในประเทศไทย และไม่รวมผู้ที่มีคู่สมรสเป็นคนไทยหรือมีบิดาหรือมารดาเป็นคนไทย

สถานบริการสุขภาพ/สาธารณสุขในประเทศลาว หมายถึง สถานที่ให้บริการการดูแลรักษาเมื่อเกิดโรค/อาการเจ็บป่วย ทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงหมอ คลินิกเอกชน เป็นต้น

ปัจจัยด้านโรค หมายถึง ปัจจัยที่สะท้อนให้ทราบถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความรุนแรงของโรค/อาการของผู้ป่วยและความยากง่ายของการรักษา วัดได้จาก ความเห็นของผู้ป่วยต่อโรค/อาการของตนเองและความเห็นต่อการรักษาที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ

คุณภาพของระบบบริการ หมายถึง ลักษณะที่แสดงให้เห็นว่าการบริการนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการมีความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจจากการใช้บริการ ได้แก่

1. ประสิทธิผล หมายถึง การรับรู้ต่อความสามารถในการรักษาโรค/อาการของสถานบริการ วัดได้จาก ความเห็นของผู้ป่วยต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษา
2. ประสิทธิภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยในด้านภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับบริการที่ได้รับ วัดได้จาก ความเห็นของผู้ป่วยต่อความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายที่เสียไปต่อการรักษา/ผลการรักษาที่ได้รับ
3. การจัดให้มีบริการ หมายถึง การรับรู้ว่าสถานบริการนั้นมีบริการด้านการรักษาตามความจำเป็นของผู้ป่วยและมีความทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้อย่างเพียงพอ วัดได้จาก ความเห็นของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น ตลอดจนสถานบริการมีเครื่องมือหรือยารักษาโรคที่จำเป็นต้องใช้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องส่งต่อไปสถานบริการสุขภาพอื่น

4. ความสามารถในการเข้าถึงการบริการ หมายถึง การรับรู้ถึงความสะดวกในการเข้าใช้บริการของผู้ป่วย วัดได้จาก ความเห็นต่อความยากง่ายหรือความสะดวกในการเข้ามาใช้บริการที่สถานบริการนั้น
5. พฤติกรรมการบริการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกในด้านการให้บริการสุขภาพของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้บริการ วัดได้จาก ความเห็นต่อการแสดงออกของบุคลากรในด้านการให้บริการสุขภาพต่อผู้ป่วย

ปัจจัยทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ หมายถึง ความสามารถที่จะจ่ายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการใช้บริการ

บทที่ 2
ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน
2. สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน
3. แนวทางการจัดการปัญหาการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนเชิงนโยบาย
4. ลักษณะของพฤติกรรมผู้บริโภคตามแนวคิดทางการตลาด

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทั่วไปที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางสังคม และลักษณะทางเศรษฐกิจของประชากรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพโดยตรง ซึ่งประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้ ที่จะเป็นทั้งปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยยับยั้งต่อการใช้บริการ ทำให้ส่งผลต่อตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพได้แก่ อัตราการป่วยและอัตราการตาย โดยตัวแปรที่ใช้แทนการใช้บริการคือ อัตราส่วนการครองเตียงในโรงพยาบาลต่อจำนวนประชากร[9]

สำหรับปัจจัยด้านคุณภาพของระบบบริการทางการแพทย์ได้แก่ ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการ ความเพียงพอด้านทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นบุคลากร เครื่องมือ หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนพฤติกรรมการให้บริการของบุคลากร โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ที่ต้องข้ามพรมแดนมาใช้บริการ พบรายงานการศึกษาของประเทศสหภาพยุโรปที่รายงานว่าคุณภาพของการบริการเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ข้ามพรมแดนและทำให้ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์[10] และเป็นปัจจัยกระตุ้นต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายของประเทศในแถบยุโรปที่ต้องมีกฎหมายและข้อตกลงร่วมกันในการจัดการด้านการใช้บริการทางการแพทย์ข้ามพรมแดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการที่มีประเทศสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นในสหภาพยุโรป เช่น สาธารณรัฐเชค(Czech Republic) สโลวาเกีย (Slovakia) สโลวีเนีย(Slovenia) โครเอเชีย(Croatia) ทำให้มีการใช้บริการข้ามพรมแดนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีศักยภาพการให้บริการที่น้อยกว่าและมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตชนบทที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศของตน จึงต้องพึ่งพาบริการสุขภาพจากต่างประเทศที่อยู่ใกล้กว่า[11] ส่วนประเทศสมาชิกเดิมแม้จะมีศักยภาพการให้บริการที่ไม่แตกต่างกันแต่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการ เช่น ผู้ป่วยใน สหราชอาณาจักรต้องข้าม

ไปใช้บริการสุขภาพที่ประเทศฝรั่งเศสเนื่องจากต้องการลดระยะเวลาในการรอคอยการบริการ นอกจากนี้ ประชาชนในประเทศสหภาพยุโรปสามารถเดินทางข้ามพรมแดนได้ด้วยความสะดวก เนื่องจากภาษาและวัฒนธรรมมีความใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีระบบการจ่ายเงินด้านสวัสดิการสุขภาพที่เชื่อมโยงกัน ทำให้มีการแสวงหาการบริการสุขภาพที่ดีสำหรับตนได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น[12] สำหรับปัจจัยต่อการมุ่งแสวงหาการบริการสุขภาพนั้น โรงพยาบาลเป้าหมายที่เลือกใช้บริการต้องมีประกอบด้วย ประสิทธิภาพการรักษา ความคุ้มค่า ศักยภาพของผู้ให้บริการ มีการตอบสนองความต้องการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[10, 13, 14]ส่งผลให้ประเทศสหภาพยุโรปต้องมีการศึกษาปัญหา กำหนดนโยบายหรือข้อตกลงด้านบริการสุขภาพเพื่อบริหารจัดการระบบการเงินการคลังในด้านการชำระเงินคืน(reimbursement) และมีข้อตกลงเพื่อเพิ่มศักยภาพการบริการสุขภาพของแต่ละประเทศให้มีความใกล้เคียงกันมากขึ้น[15-19] ซึ่งรายงานการศึกษาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยด้านคุณภาพของการบริการส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน

สำหรับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในประเทศแถบทวีปอเมริกา พบรายงานการศึกษาน้อยกว่าทางประเทศสหภาพยุโรปอาจเนื่องจากข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม ประเด็นปัญหาหรือการพัฒนาด้านระบบบริการทางการแพทย์ที่พรมแดนประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาให้ความสนใจ จะเป็นการศึกษาเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่าย เช่น การลดระยะเวลาการรอคอยในการบริการสุขภาพ หรือการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง[20] ส่วนพรมแดนระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกากับประเทศเม็กซิโก มีปัจจัยต่อการใช้บริการที่แตกต่างจากประเทศแคนาดา กล่าวคือ ประชาชนที่มีรายได้และการศึกษาที่สูงของประเทศเม็กซิโกมักแสวงหาการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและศักยภาพสูง ได้แก่ การมีผู้เชี่ยวชาญ มีเทคโนโลยีการรักษา และมีการดูแลรักษาที่ดีกว่าประเทศเม็กซิโก ส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรทางสาธารณสุขในประเทศเม็กซิโก เนื่องจากบุคลากรกลุ่มนี้เข้ามาทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกามากขึ้น ส่วนประชาชนของสหรัฐอเมริกาที่มีรายได้น้อยกลับข้ามพรมแดนไปยังประเทศเม็กซิโกเพื่อไปใช้บริการสุขภาพที่มีราคาต่ำกว่าการให้บริการในสหรัฐอเมริกา[21, 22] ซึ่งรายงานการศึกษาของประเทศในทวีปอเมริกาสะท้อนปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการในด้านคุณภาพของระบบบริการ ได้แก่ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การเข้าถึงบริการ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ส่วนประเทศในแถบเอเชีย พบรายงานการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการข้ามพรมแดนในประเทศอัฟกานิสถาน(Afghanistan) ปากีสถาน(Pakistan) และทาจิกิสถาน (Tajikistan) คือศักยภาพการให้บริการที่ต่ำและมีบริการทางการแพทย์ไม่เพียงพอทำให้ต้องส่ง

ผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือใช้บริการที่ประเทศอื่นที่มีการบริการดีกว่า ดังนั้น การจัดการปัญหาการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในกลุ่มประเทศนี้ จึงต้องเน้นที่การจัดให้มีบริการที่เพียงพอและพัฒนาศักยภาพของการบริการให้มากขึ้น[23] แต่เนื่องจากประเทศเหล่านี้จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรต่อปีอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ศักยภาพและความเพียงพอของการบริการจึงเป็นผลมาจากรายได้ของประเทศ ดังนั้น การศึกษานี้จึงสะท้อนปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการข้ามพรมแดนในด้านคุณภาพของบริการที่ผ่านทางปัจจัยทางเศรษฐกิจ

สำหรับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนระหว่างสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวกับประเทศไทย พบรายงานศึกษาของ Vallée และคณะในปี 2007 ที่ทำการสำรวจสุขภาพของคนลาวจำนวน 27 หมู่บ้านที่แขวง Vientiane ของประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยได้ประยุกต์ใช้ความรู้ด้านภูมิศาสตร์และความน่าจะเป็น(Geographical objectives and probabilistic methods)ผสมผสานกับวิธีการสำรวจ(survey) ซึ่งมีประเด็นเรื่องสุขภาพเป็นเป้าหมายในการสำรวจ การศึกษานี้ยังไม่สะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนแต่รายงานถึงข้อดีของการเลือกใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม(cluster)ในการสำรวจข้อมูล[24] และจากรายงานการศึกษาบางส่วนด้านภูมิศาสตร์สุขภาพ(health geography)ของ Bochaton ในปี 2004 พบว่า ผู้ป่วยชาวลาวข้ามมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก โดยส่วนหนึ่งของสาเหตุที่ทำให้มาใช้บริการคือ ความรุนแรงของโรคและศักยภาพในการบริการ[1]

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่ผ่านมา เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา(descriptive study)ทั้งสิ้น และอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยด้านโรค คุณภาพของการบริการ ระยะทางและรายได้ เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาใดสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยดังกล่าวอย่างชัดเจน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้พัฒนาเป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาวโดยพัฒนาเป็นรูปแบบ(model) และทดสอบสมมติฐานของรูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าว

2. สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขชายแดน

ปัญหาสุขภาพหรือสาธารณสุขชายแดน เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและละเอียดเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน เกี่ยวพันและเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ หลายหน่วยงาน เนื่องจากบริเวณชายแดนมีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี บางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชญากรรม และการพัฒนาด้านต่างๆ ของแต่ละประเทศ อีกทั้งในปัจจุบันการติดต่อ

คมนาคมมีความสะดวกมากขึ้นทำให้ประชาชนในแต่ละประเทศสามารถเดินทางข้ามพรมแดนได้ง่ายขึ้น ทำให้การควบคุมและการป้องกันโรคเป็นไปได้อย่างลำบาก ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรระหว่างประเทศ รวมไปถึงองค์กรเอกชน และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาให้ประชาชนบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขชายแดนพบว่า ประเทศในแถบยุโรปมีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพระหว่างชายแดนมากเนื่องจากสามารถเดินทางติดต่อกันได้โดยสะดวก และมีการใช้บริการสุขภาพข้ามประเทศกันมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญที่มีการศึกษาสำหรับประเทศในแถบยุโรป ได้แก่ การศึกษาพฤติกรรมในการใช้บริการสุขภาพในประเทศที่มีศักยภาพที่สูงกว่า(Health-seeking behavior for high quality service) ระบบประกันสุขภาพระหว่างประเทศ(Health care alliance) กองทุนสุขภาพระหว่างประเทศ(sickness funds) และการใช้บริการสุขภาพ(Health service utilization)[19, 25-29]

สถานการณ์การศึกษาสุขภาพชายแดนระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา คือ การศึกษาประเด็นการจ่ายและการชำระเงินคืนในระบบสุขภาพระหว่างประเทศ (Payment and reimbursement) การประกันสุขภาพระหว่างประเทศ(International Health Insurance) และการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีศักยภาพสูงกว่าโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีระบบและการจัดการการเงินด้านสุขภาพระหว่างประเทศ[30] ซึ่งแตกต่างจากประเด็นการศึกษาในบริเวณชายแดนสหรัฐอเมริกาและประเทศเม็กซิโก เนื่องจากมีการใช้บริการสุขภาพในลักษณะแลกเปลี่ยนกันขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจ คือ ชาวอเมริกันที่มีรายได้ต่ำมักจะแสวงหาบริการสุขภาพที่ประเทศเม็กซิโกเนื่องจากยาและการบริการมีราคาต่ำ ส่วนชาวเม็กซิกันที่มีรายได้สูงจะแสวงหาบริการสุขภาพที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเนื่องจากมีศักยภาพการให้บริการที่สูงกว่า[31] จึงมีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับทางเศรษฐศาสตร์ เช่น เรื่องความเต็มใจในการจ่ายค่าบริการ(Willingness to Pay) อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับบริการสุขภาพชายแดนระหว่างสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโกมักจะเน้นประเด็นเฉพาะ เช่น การควบคุมและป้องกันโรค[32, 33] การศึกษานโยบายควบคุมการสูบบุหรี่[34] เป็นต้น

การศึกษาปัญหาสุขภาพชายแดนในแถบเอเชียและพื้นที่บริเวณภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง มักจะเป็นประเด็นเฉพาะเรื่อง เช่นการควบคุมและป้องกันโรค[35, 36] เป็นต้น สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในประเด็นสุขภาพชายแดนในประเด็นผู้อพยพและแรงงานต่างชาติ เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสุขภาพจิตในผู้อพยพชาวกัมพูชาเพื่อนำไปใช้ในการจัดการเชิงนโยบาย[37]

การศึกษาศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้อพยพชาวพม่าในค่ายผู้อพยพบริเวณจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพจิต[38] การจัดการปัญหาสาธารณสุขและสังคมของแรงงานต่างชาติจังหวัดเชียงราย[5] สำหรับการศึกษาการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในพื้นที่ประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบเพียงการศึกษาเดียวในปีพ.ศ. 2547[1, 2] โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของผู้ป่วยชาวลาวที่เข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ลักษณะผู้ป่วยที่มาใช้บริการไม่ใช่ผู้อพยพและไม่ใช่กลุ่มแรงงานต่างชาติที่มีระบบประกันสุขภาพในการให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเจ็บป่วย แต่เป็นผู้ป่วยที่เดินทางข้ามพรมแดนเข้ามาเพื่อใช้บริการสุขภาพโดยเฉพาะ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นแม้ยังไม่ส่งผลกระทบในภาพรวมของประเทศ แต่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพื้นที่ชายแดนที่ติดกับประเทศลาวโดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

3.แนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนเชิงนโยบาย

หลายประเทศทั่วโลกได้ใช้การจัดการเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขและพัฒนาปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ได้ใช้การจัดการด้านนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการจัดการอาหารและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน โดยนโยบายดังกล่าวส่งผลถึงประชาชนทั้งสองประเทศไปพร้อมกัน[39] ประเทศกานาได้ทำการศึกษานโยบายสุขภาพก่อนตัดสินใจด้านนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติ [40] สหราชอาณาจักรได้ทำการประเมินผลของนโยบายภายหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านการดูแลปฐมภูมิด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ตามขั้นตอนที่ใช้ในการกำหนดนโยบาย[41] หรือแม้แต่ประเทศแอฟริกาใต้ที่พัฒนาระบบประกันสุขภาพโดยผ่านการศึกษาเชิงนโยบาย[42] การศึกษาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้นโยบายเพื่อการจัดการปัญหาด้วยการมองภาพรวมของประเทศ ซึ่งจะต้องมีการวิเคราะห์องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมและครบถ้วนมากที่สุดก่อนจะมีการประกาศใช้นโยบาย

การจัดการเชิงนโยบาย ประกอบด้วยการศึกษาหลายส่วนเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นนโยบายที่ส่งผลต่อประชาชนระหว่างประเทศจะต้องมีความรอบคอบมากขึ้น มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายได้อธิบายถึงองค์ประกอบของการกำหนดนโยบายไว้หลายองค์ประกอบ เป็นต้นว่า การกำหนดนโยบายจะต้องประกอบไปด้วย ปัจจัยในการกำหนดนโยบาย องค์ประกอบของนโยบาย ข้อควรคำนึงในการกำหนดนโยบาย ประเภทและแหล่งของนโยบาย และการเผยแพร่สื่อสาร นโยบายหรือขั้นตอนในการกำหนดนโยบายประกอบไปด้วย การกำหนดทางเลือกต่าง ๆ ของนโยบาย การวิเคราะห์และประเมินค่าทางเลือกนโยบาย การสรุปทางเลือกและทางออกของนโยบาย การตัดสินกำหนด

นโยบาย และผลผลิตของการพัฒนานโยบาย[43, 44] สำหรับนโยบายระหว่างประเทศนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและประชากร ตลอดจนปัจจัยด้านความมั่นคงของประเทศ[44]

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงนโยบายในระบบสุขภาพนั้น พบว่าความจำเป็นในอนาคตของบริการทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการ งบประมาณทางการเงินในการจัดการให้มีบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ระดับของประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวกับแผนและผู้ให้บริการ[45] เป็นประเด็นสำคัญสำหรับใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้การตัดสินใจและผลักดันให้นโยบายสามารถประสบผลสำเร็จได้นั้นคือ ปัจจัยด้านการเมือง ดังจะเห็นได้ชัดเจนจากการศึกษาการพัฒนานโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของประเทศไทย[46]และประเทศกานา[47] ที่อาศัยปัจจัยทางการเมืองมาใช้ในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพจนประสบผลสำเร็จ ในขณะที่ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะแหล่งงบประมาณสนับสนุนของประเทศนั้น จะเป็นประเด็นที่ใช้พิจารณาก่อนการตัดสินใจใช้นโยบาย เนื่องจากต้องมีการศึกษาถึงความคุ้มทุนและความเพียงพอของทรัพยากรของประเทศ[48, 49]

ในประเทศไทยมีการใช้รูปแบบการศึกษาเพื่อการจัดการเชิงนโยบายในหลายโครงการ ทั้งในด้านการตัดสินใจนโยบายการบริหารและการตัดสินใจนโยบายด้านการรักษา เช่น การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพโดยใช้ความรู้ กรณีศึกษาประสบการณ์ของประเทศไทยในการพัฒนานโยบาย[50] การวิเคราะห์นโยบายในด้านการตัดสินใจนำการรักษาการเปลี่ยนไตเข้าในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[51] การศึกษาต้นทุนและผลได้ของแผนยุทธศาสตร์ที่แตกต่างกันในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[52] การวิเคราะห์สถานการณ์เอดส์(AIDS) และเอชไอวี(HIV)ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย[53] เป็นต้น ซึ่งการศึกษาเหล่านี้ ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ขั้นตอนของการกำหนดนโยบายเพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายก่อนลงมือปฏิบัติ

นอกจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงนโยบายในระบบสุขภาพแล้ว ประเด็นที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการตัดสินใจเชิงนโยบายคือ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายนั้น ซึ่งจะเป็นประเด็นที่สนับสนุนและผลักดันให้นโยบายนั้น สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงตลอดจนประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน[54]

อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานการศึกษาด้านนโยบายสาธารณสุขสำหรับการจัดการปัญหาสุขภาพหรือสาธารณสุขชายแดน โดยเฉพาะประเด็นปัญหาระหว่างประเทศไทยและลาวที่ยังไม่มีการจัดการในเชิงนโยบายอย่างชัดเจน โดยการจัดการในปัจจุบันเป็นโครงการความร่วมมือเฉพาะประเด็นเท่านั้น ทำให้ปัญหาสุขภาพหรือสาธารณสุขชายแดนไทยและลาว ยังคงเป็น

ปัญหาอยู่จนถึงปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการหาแนวทางการจัดการปัญหาในเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับการปฏิบัติ โดยศึกษาข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับสถานการณ์ เพื่อให้สามารถนำไปในการดำเนินงานได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

4.ลักษณะของพฤติกรรมผู้บริโภคตามแนวคิดทางการตลาด

พฤติกรรมของผู้บริโภคในทางการตลาด เป็นพฤติกรรมที่บุคคลจะค้นหา (searching) เลือกซื้อ(purchasing) ใช้(using) ประเมินผล(evaluating) และการจัดการภายหลังการซื้อ(disposing) ในสินค้าหรือบริการนั้นเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง ในทางการตลาดแล้ว ต้องมีการศึกษาให้ละเอียดว่า ใครคือลูกค้า อะไรคือสินค้า เหตุผลที่ต้องซื้อ จะซื้อได้อย่างไร ควรจะซื้อเมื่อไหร่ ซื้อได้ที่ไหน สินค้านั้นถูกซื้อและใช้บ่อยมากเพียงใด รวมไปถึงใครหรืออะไรมีอิทธิพลต่อการซื้อนั้น

ในทางการตลาด พฤติกรรมของผู้บริโภคมีองค์ประกอบ 5 ประการคือ

1. การได้รับสินค้าหรือบริการ(obtaining) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการซื้อหรือได้รับสินค้าหรือบริการ ประกอบด้วย วิธีการตัดสินใจซื้อ สินค้าหรือบริการที่จะพิจารณาซื้อ สถานที่ซื้อ วิธีการจ่าย และวิธีการได้รับซึ่งรวมถึงการขนส่งสินค้าหรือบริการนั้นด้วย
2. การบริโภค(consuming) หมายถึงการใช้สินค้าหรือบริการนั้น ประกอบด้วย วิธีการใช้ วิธีการเก็บรักษาสินค้า ใครคือผู้ใช้สินค้าหรือบริการ จำนวนที่บริโภคมากหรือน้อยเพียงใด และวิธีการเปรียบเทียบสินค้าหรือบริการที่ใช้กับความคาดหวังที่ต้องการ
3. การดำเนินการภายหลังการซื้อ(disposing) เป็นวิธีการที่ผู้ซื้อหรือผู้ใช้จะดำเนินการกับสินค้าหรือบริการนั้น ได้แก่ กำจัดสินค้าที่ยังคงเหลือค้างอยู่ การเลิกใช้หรือเลิกซื้อ
4. อิทธิพลจากผู้บริโภค(consumer influence) เป็นปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ซื้อ ได้แก่
   4.1 ปัจจัยภายใน(internal factors) ได้แก่ ค่านิยม ทัศนคติ แรงจูงใจ ความรู้สึก ความเห็น
   4.2 ปัจจัยภายนอก(external factors) ได้แก่ สังคมและวัฒนธรรม ครอบครัว กลุ่มเพื่อน
   4.3 ปัจจัยส่วนบุคคล(personal characteristics) ได้แก่ อายุ รายได้ อาชีพ ความรู้ ประสบการณ์
5. อิทธิพลจากองค์กร(organization influences) ประกอบด้วย คุณภาพของสินค้าหรือบริการ (quality) การบริการ(service) การโฆษณา(advertising) ราคา(price) สภาพแวดล้อม (environment) และความสะดวก(convenience)

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการจะส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจที่จะเลือกซื้อหรือเลือกใช้ของผู้บริโภค ซึ่งกระบวนการดังกล่าวมีลำดับขั้นตอน 5 ขั้นตอนคือ 1)การรับรู้ถึงความ

ต้องการ หรือการรับรู้ต่อปัญหา 2) การค้นหาข้อมูล 3) การประเมินผลทางเลือกก่อนการตัดสินใจ 4) การตัดสินใจซื้อหรือใช้ และ 5) พฤติกรรมหรือผลลัพธ์หลังการตัดสินใจ ซึ่งหากคุณค่าที่ได้รับจริงต่ำกว่าความคาดหวัง ผู้บริโภคจะเกิดความไม่พึงพอใจ ส่งผลต่อการเลิกใช้หรือเลิกซื้อสินค้าหรือบริการนั้นตามมา[8]

จากการทบทวนแนวคิดที่กล่าวมาแล้ว ทำให้สามารถประมวลได้ว่า การบริการสุขภาพเป็นสินค้าและบริการที่ยังต้องอาศัยแนวคิดทางการตลาดด้านพฤติกรรมของผู้บริโภค เนื่องจากองค์ประกอบและขั้นตอนต่างๆ ที่จะเลือกใช้บริการมีความสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว และแม้ว่าการศึกษานี้จะกระทำอยู่ในขอบเขตของโรงพยาบาลรัฐที่มีการแข่งขันเพื่อสร้างแรงจูงใจในการใช้บริการน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชน แต่การศึกษาในด้านการตัดสินใจที่จะใช้บริการยังอยู่บนพื้นฐานของพฤติกรรมผู้บริโภคเช่นเดิม อีกทั้งการตัดสินใจกลับมาใช้บริการสุขภาพซ้ำ ยังสะท้อนถึงการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพด้วย

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ(Survey study) ด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลแบบผสม (Mixed method) ประกอบด้วยวิธีการเชิงปริมาณ(Quantitative method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative method) โดยแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะดังต่อไปนี้คือ

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลเป้าหมาย จำนวน 54 แห่ง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นข้อมูลโรงพยาบาล ส่วนที่สองเป็นข้อมูลคุณลักษณะและความเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการของผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลโรงพยาบาล

ทำการสังเกตบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลและภูมิศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาว และรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากฝ่ายเวชสถิติของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในแต่ละโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ติดชายแดนทั้ง 54 แห่ง ในช่วงระยะเวลาตามปีงบประมาณย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2553 ได้แก่ ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและสถิติรายรับ-รายจ่ายในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ ทำการรวบรวมโดยผู้ประสานงานในพื้นที่โรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อประโยชน์ด้านการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลจากบุคคลภายนอกโรงพยาบาล

ประชากรในการศึกษา

โรงพยาบาลในจังหวัดที่ติดชายแดนลาวทั้งหมด 11 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง(แผนภูมิที่ 1)

เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ 54 โรงพยาบาล เพื่อทำการทบทวนเอกสารข้อมูลของโรงพยาบาลจากหน่วยงานเวชสถิติ ได้แก่ จำนวนคนและครั้งการมาใช้บริการ กลุ่มโรคที่มาใช้บริการ จำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากการใช้บริการ จำนวนเงินที่สามารถชำระได้ จำนวนเงินที่โรงพยาบาลให้การสงเคราะห์ เป็นต้น

โรงพยาบาลเป้าหมาย ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่ 11 จังหวัดคือ เชียงราย น่าน พะเยา อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เลย หนองคาย นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี และในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือ

โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดข้างต้นในอำเภอที่ติดชายแดนทั้งหมดของจังหวัดนั้นทั้งหมด 42 อำเภอ ประกอบด้วย

- **จังหวัดเชียงราย 3 อำเภอ** คือ เวียงแก่น เชียงของ เชียงแสน
- **จังหวัดน่าน 6 อำเภอ** คือ สองแคว ทุ่งช้าง เฉลิมพระเกียรติ บ่อเกลือ แม่จริม และเวียงสา
- **จังหวัดพะเยา 2 อำเภอ** คือ เชียงคำ และภูซาง
- **จังหวัดอุตรดิตถ์ 2 อำเภอ** คือ น้ำปาด และบ้านโคก
- **จังหวัดพิษณุโลก 1 อำเภอ** คือ ชาติตระการ
- **จังหวัดเลย 5 อำเภอ** คือ นาแห้ว ภูเรือ ท่าลี่ เชียงคาน และปากชม
- **จังหวัดหนองคาย 9 อำเภอ** คือ สังคม ศรีเชียงใหม่ ท่าบ่อ โพนพิสัย รัตนวาปี ปากคาด บึงโขงหลง บึงกาฬ และบุ่งคล้า
- **จังหวัดนครพนม 3 อำเภอ** คือ บ้านแพง ท่าอุเทน และธาตุพนม
- **จังหวัดมุกดาหาร 2 อำเภอ** คือ หว้านใหญ่ และดอนตาล
- **จังหวัดอำนาจเจริญ 1 อำเภอ** คือ ชานุมาน
- **จังหวัดอุบลราชธานี** 9 อำเภอ คือ เขมราฐ นาตาล โพธิ์ไทร ศรีเมืองใหม่ โขงเจียม สิรินธร บุณฑริก นาจะหลวย และน้ำยืน

1.2 ข้อมูลผู้ป่วย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลความเห็นที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ เก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถาม โดยผู้ประสานงานในพื้นที่แต่ละโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล โดยทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามเมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระคือ

1.2.1.1 **ตัวแปรตาม** ได้แก่ การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพซ้ำของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทยในครั้งต่อไป(Intention to return) ตัววัดคือ ระดับคะแนนที่แสดงถึงแนวโน้มการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ

1.2.1.2 ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น ได้แก่

1.2.1.2.1 การรับรู้ความแตกต่างต่อคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขระหว่างไทย-ลาว(Perceived difference Score in health services quality between Thailand-Laos) ตัววัดคือ ระดับความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การเข้าถึงบริการ การจัดให้มีบริการและพฤติกรรมการให้บริการระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของไทยและลาว

1.2.1.2.2 ปัจจัยด้านโรค(Disease factor) ตัววัดคือ ระดับคะแนนของการรับรู้ต่อความยากง่ายของการรักษาและความรุนแรงของโรค

1.2.1.2.3 ปัจจัยทางกายภาพ(Physical factor) ตัววัดคือ หน่วยวัดของระยะทางเป็นเมตรหรือกิโลเมตร และหน่วยวัดระยะเวลาของการเดินทางเป็นนาทีหรือชั่วโมง

1.2.1.2.4 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ(Economic factor) ตัววัดคือ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาของผู้ป่วยชาวลาว(Ability to pay)

1.2.1.3 **ตัวแปรควบคุม(control variable)** ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย

ผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยที่ติดพรมแดนไทย-ลาว 11 จังหวัด

ระยะเวลาในการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2553

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. ข้อมูลผู้ป่วยชาวลาวที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย
2. ข้อมูลผู้ป่วยชาวลาวที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Two-stage sampling คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสมการ[55]

$$n= \frac{2(\sigma^2[Z_{\alpha/2}+Z_{\beta}]^2)}{[\mu_1-\mu_2]^2}$$

โดยค่า σ คือความแปรปรวนของระดับความเห็นต่อความแตกต่างของระบบบริการสาธารณสุขไทย-ลาว ซึ่งจะได้จากการศึกษานำร่อง(Pilot study) ของผู้วิจัย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร แต่ไม่ใช่สถานที่ที่ถูกกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมาย

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของระดับความเห็นต่อการรับรู้ความแตกต่างของระบบบริการสาธารณสุขไทย-ลาวของผู้ป่วยชาวลาวที่ตัดสินใจใช้บริการที่ประเทศลาว

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของระดับความเห็นต่อการรับรู้ความแตกต่างของระบบบริการสาธารณสุขไทย-ลาวของผู้ป่วยชาวลาวที่ตัดสินใจใช้บริการที่ประเทศไทย

ในกลุ่มศึกษานำร่อง(pilot study) มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มละประมาณ 30 คน ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คนต่อกลุ่ม[9]

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยชาวลาวที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ(stratified sampling) ตามภาพที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยมีผู้ประสานงานในพื้นที่แต่ละโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์กับผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่ติดชายแดน 11 จังหวัดของประเทศไทย รวม จำนวน 54 โรงพยาบาล ได้แก่

1.1 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดที่ติดกับชายแดนทุกจังหวัด จำนวน 11 โรงพยาบาล ได้แก่ เชียงราย พะเยา น่าน อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เลย หนองคาย นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี

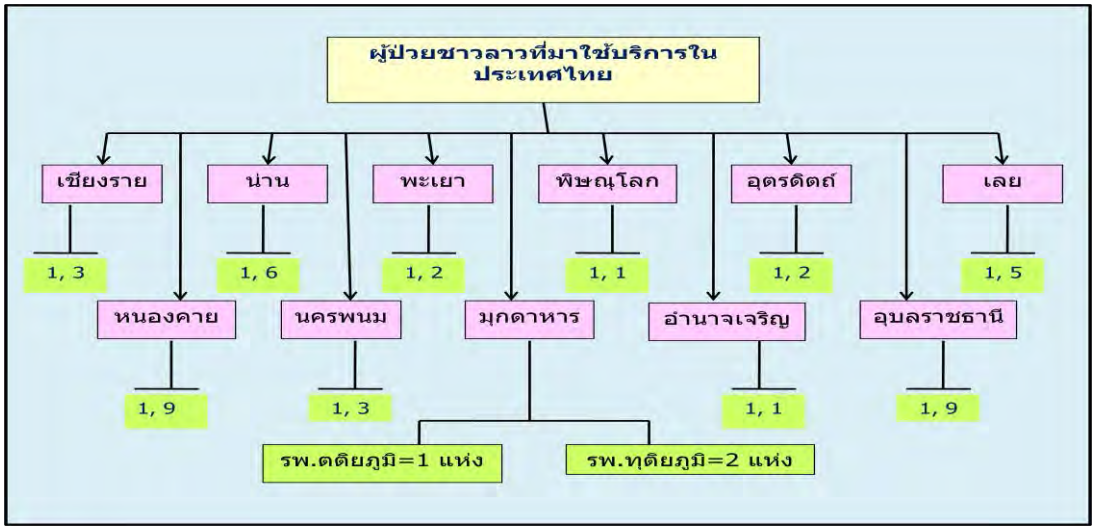
1.2 โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในอำเภอทุกอำเภอที่ติดชายแดน จำนวน 43 โรงพยาบาลในจังหวัดข้างต้น

ทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยชาวลาวทั้งหมด ที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตามกำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือกจนครบจำนวน โดยไม่ซ้ำคน

ข้อตกลง :

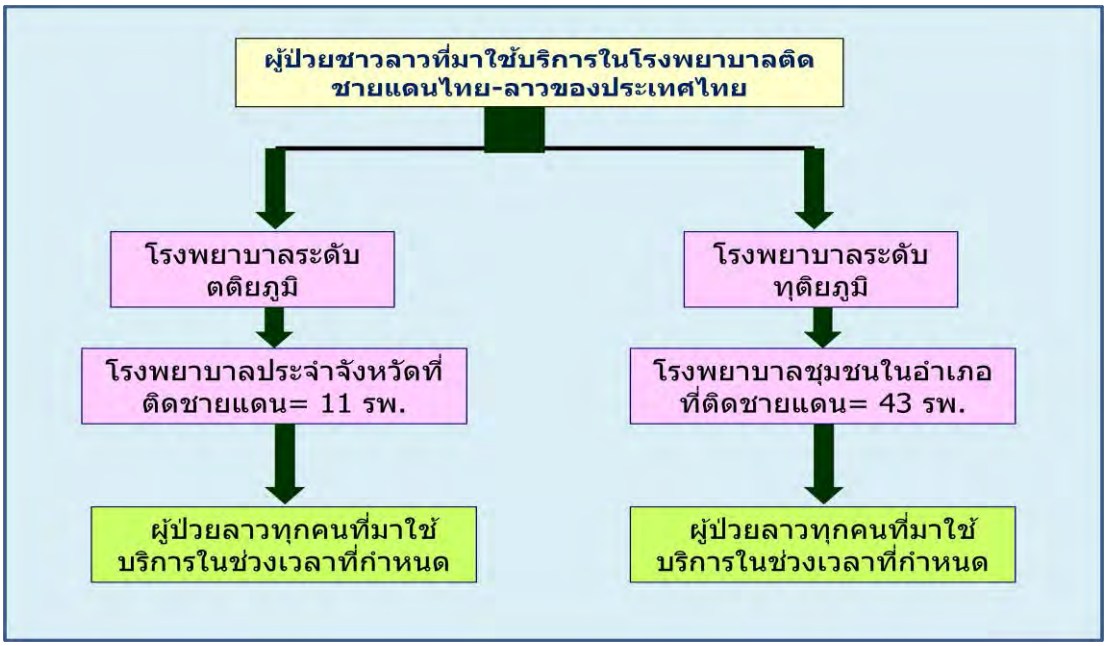
1. ทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยชาวลาวทั้งหมด ที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตามกำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือกจนครบจำนวน โดยไม่ซ้ำคน โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเท่ากับ 3 เดือน ตามขั้นตอนในภาพที่ 3
2. จำนวนจริงของผู้ป่วยชาวลาวที่ทำการเก็บรวบรวมขึ้นอยู่กับปริมาณการใช้บริการจริงในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

ภาพที่ 2 แสดงโรงพยาบาลเป้าหมายที่ทำการศึกษา



หมายเหตุ: ตัวเลขที่ปรากฏในแต่ละจังหวัด หมายถึง จำนวนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ(โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลระดับจังหวัด) และจำนวนโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ(โรงพยาบาลชุมชน) ในแต่ละจังหวัด ตามลำดับ

ภาพที่ 3 แสดงการเก็บข้อมูลด้านปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพซ้ำ



โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อทำการสัมภาษณ์ข้อมูลในกลุ่มที่ 1 คือ

เกณฑ์คัดเข้าสำหรับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการสุขภาพซ้ำ

1. ผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการ**ครั้งแรก**ในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล
2. มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวภายในเวลา**ไม่เกิน 6 เดือน**ก่อนมาใช้บริการที่ประเทศไทย
3. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยชาวลาวที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำภายหลังการใช้บริการในครั้งแรกภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนทำการศึกษา จะถูกเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยชาวลาวที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของประเทศลาว เลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลรัฐของประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่ติดชายแดนประเทศไทย 4 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลประจำแขวงเวียงจัน(Vientiane), โรงพยาบาลประจำแขวงคำม่วน(Khammouane), โรงพยาบาลประจำแขวงสะหวันนะเขต(Savannakhet) และโรงพยาบาลประจำแขวงจำปาสัก (Champasak) เพื่อทำการสุ่มสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยชาวลาวที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย แต่ได้ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำที่ประเทศไทยในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนทำการศึกษา โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ

เกณฑ์คัดเข้าสำหรับกลุ่มที่ตัดสิน<u>ไม่ใช้</u>บริการสุขภาพซ้ำ

1. ผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐของประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล
2. มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยภายในเวลา**ไม่เกิน 6 เดือน**ก่อนมาใช้บริการที่ประเทศไทย
3. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เกณฑ์คัดออกสำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มคือ

1. ไม่ยินยอมให้ข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้และไม่มีผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง(Structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง[1,19-23] และแนวคิดด้านการตลาด[9, 56] พร้อมทั้งออกแบบเพื่อลดอคติในด้านความจำ(recall bias) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยการทำ Content validity ชนิด face validity และทำการทดลองใช้แบบสอบถาม (try out)เพื่อปรับแบบสัมภาษณ์ จากนั้นทำการแปลแบบสอบถามและเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นภาษาลาว ด้วยชาวลาวที่ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาสามารถอ่านและเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาลาวได้เป็นอย่างดีก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บข้อมูล

การสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม โดยมีผู้ประสานงานในพื้นที่แต่ละโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัย ทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลโดยที่ผู้วิจัยจะไม่ได้ติดต่อโดยตรงกับผู้ป่วย ขณะทำการเก็บข้อมูล ผู้เก็บข้อมูลต้องไม่แต่งกายที่ชี้บ่งว่าเป็นบุคลากรของโรงพยาบาล และไม่ใช่ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในด้านการดูแลรักษาโดยตรงกับผู้ป่วย เก็บข้อมูลภายหลังการให้บริการเสร็จสิ้น ได้แก่ กรณีเป็นผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลขณะรอรับยากลับหรือภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการทุกอย่างและรอกลับ กรณีเป็นผู้ป่วยใน เก็บข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างรอกลับ ทำการสัมภาษณ์โดยใช้อุปกรณ์ประกอบการสัมภาษณ์เป็นแผ่นชาร์ทคำถาม(flash chart) เพื่อถามคำถามแต่ละข้อ จากนั้นบันทึกคำตอบลงในแบบบันทึกการสัมภาษณ์และรวบรวมส่งคืนให้ผู้วิจัย ทั้งนี้ ควบคุมคุณภาพผู้เก็บข้อมูลด้วยการอบรมการใช้แบบสอบถาม ทดสอบการใช้อุปกรณ์การสัมภาษณ์และวิธีการเก็บข้อมูลโดยนักวิจัยหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนในการขอสัมภาษณ์

1. ขออนุญาตด้วยวาจาเพื่อขอสัมภาษณ์ก่อนยื่นเอกสาร และให้เซ็นยินยอมก่อนทำการสัมภาษณ์
2. สัมภาษณ์โดยผู้เก็บข้อมูลที่สามารถสื่อสารภาษาลาวได้เป็นอย่างดี โดยไม่จำเป็นต้องใช้ล่าม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ฐานนิยม เพื่อให้ทราบขนาดของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้สถิติเชิงอนุมานได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณ(Multiple Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำในครั้งต่อไป

กระบวนการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลประกอบด้วย

1. การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลด้วยการทำการสำรวจและตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด (data cleaning and exploration)
2. การแปลงข้อมูล(data transformation) ทำการจัดกลุ่มข้อมูลและการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของข้อมูลตามข้อตกลงตามสถิติ ได้แก่ การกำหนดเกณฑ์และการจัดกลุ่มย่อยของแต่ละปัจจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ระยะทางการมาใช้บริการ ระยะเวลาเดินทางมาใช้บริการ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษา การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อความซับซ้อนในการรักษา และคะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว
3. การวิเคราะห์และประมวลผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ระยะที่ 2 ทำการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ(Qualitative method) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ (interview) จากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (face to face) หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (phone interview) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกับที่สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวนอย่างน้อย 1 คน ในโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวนอย่างน้อย 2 โรงพยาบาล และส่วนที่สองทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย โดยทั้งสองส่วนนักวิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์ข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ส่วนแรก : สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

มีขอบเขตการสัมภาษณ์ได้แก่ ความเห็นต่อสถานการณ์การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาว ผลกระทบและ/หรือปัญหาจากการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยชาวลาว แนวทางในการบริหารจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยลาว และข้อเสนอแนะต่อผู้กำหนดนโยบาย

ประชากรในการศึกษา

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลของจังหวัดเป้าหมายในระยะที่ 1
2. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านการเงิน การสงเคราะห์ ผู้ปฏิบัติงานด้านการให้บริการของโรงพยาบาลเป้าหมายในระยะที่ 1

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling) เนื่องจากลักษณะของผู้ให้ข้อมูลต้องมีความจำเพาะ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลของโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการให้บริการผู้ป่วยชาวลาว หมายถึง ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้แทนผู้บริหารที่สามารถให้ข้อมูลในด้านนโยบายขององค์กรในด้านการให้บริการผู้ป่วยชาวลาว และสามารถให้ข้อมูลด้านผลกระทบที่โรงพยาบาลได้รับ

   สำหรับการศึกษานี้เลือกผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้แทนผู้บริหารของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับผลกระทบทางบวกมากกว่าทางลบ จำนวน 1 คน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับผลกระทบทางลบมากกว่าทางบวก จำนวน 1 คน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ได้รับผลกระทบทางบวกมากกว่าทางลบ จำนวน 1 คน และ

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ได้รับผลกระทบทางลบมากกว่าทางบวก จำนวน 1 คน รวม 4 คน โดยมีข้อมูลนำเข้าเพื่อการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล จากผลการศึกษาในระยะที่ 1

2. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการให้บริการผู้ป่วยชาวลาว หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่การเงิน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นต้น

สำหรับการศึกษานี้เลือกเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกับผู้บริหารโรงพยาบาลในข้อ 2 จำนวน โรงพยาบาลละ 1 คน รวม 4 คน

2. ส่วนที่สอง : สัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย

ขอบเขตในการสัมภาษณ์ข้อมูลคือ การรับรู้ต่อสถานการณ์การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาว นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติในปัจจุบัน ทิศทางของนโยบายและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติในอนาคต

ประชากรในการศึกษา

ผู้ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling) เนื่องจากลักษณะของผู้ให้ข้อมูลต้องมีความจำเพาะ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ

เกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้กำหนดนโยบาย(Policy maker) หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่หรือมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายในการตัดสินใจและ/หรือวินิจฉัยทางเลือกนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขชายแดน

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและมีตำแหน่งอย่างน้อยเป็นผู้บริหารระดับกรมหรือเทียบเท่า จำนวน 1 คน ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและมีตำแหน่งอย่างน้อยในระดับผู้อำนวยการ จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่ได้แนวทางจากข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Content analysis ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธี Triangulation method คือ ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน (data triangulation)ทั้งสถานที่และบุคคล และข้อมูลจากวิธีการที่แตกต่างกัน (methodological triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์และการทบทวนสถิติข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทที่ 4
ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

1.1 ข้อมูลตามลักษณะภูมิศาสตร์

ประเทศไทยมีพื้นที่ชายแดนติดต่อประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเป็นระยะทาง 1,810 กิโลเมตร แบ่งเป็นระยะทางเขตแดนทางบก 702 กิโลเมตร และเขตแดนทางน้ำ 1,108 กิโลเมตร จังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดนระหว่างไทย-ลาวมีทั้งหมด 11 จังหวัด(ภาพที่ 4 และ 5)[57] โรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวที่ให้บริการสุขภาพในระดับ 10 เตียงขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 53 โรงพยาบาล(ตารางที่ 1) โรงพยาบาลที่สามารถเข้าร่วมการศึกษา มีจำนวน 41 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 77.4 ของโรงพยาบาลทั้งหมด อีก 12 โรงพยาบาลมีข้อจำกัดในด้านฐานข้อมูลและมีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาไม่ครบตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด จึงไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ โดยโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง กระจายอยู่ตามแนวพื้นที่ชายแดนทั่วไป แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาตามขนาดของโรงพยาบาลหรือจำนวนเตียงในการให้บริการได้ 3 กลุ่มคือ

1. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 10 เตียงและ 30 เตียง คิดเป็นร้อยละ 70 (21/30) ของโรงพยาบาลขนาดเล็กทั้งหมด
2. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 60, 90 และ 120 เตียง คิดเป็นร้อยละ72.7 (8/11) ของโรงพยาบาลขนาดกลางทั้งหมด
3. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 200 เตียงขึ้นไป รวม 12 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 (12/12) ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งหมด

ผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการมีลักษณะการข้ามพรมแดน 3 ลักษณะคือ ข้ามพรมแดนทางน้ำผ่านแม่น้ำโขงโดยใช้สะพานถาวร ข้ามพรมแดนทางน้ำผ่านแม่น้ำโขงหรือสาขาโดยใช้เรือ และข้ามพรมแดนทางบกในภูมิประเทศที่เป็นช่องเขา โดยการข้ามพรมแดนดังกล่าวต้องผ่านด่านพรมแดนที่แบ่งเป็น 5 ประเภท(ภาพที่ 6)คือ

1. ด่านถาวร
2. ด่านผ่อนปรนหรือจุดผ่อนปรนที่เปิดทุกวัน
3. ด่านผ่อนปรนหรือจุดผ่อนปรนที่เปิดเป็นบางวัน
4. ด่านชั่วคราวหรือช่องทางระดับพื้นที่

5. เส้นทางผ่านไปยังพรมแดน เป็นพื้นที่ตัวเมืองที่มีเส้นทางในต่างอำเภอที่สามารถข้ามพรมแดนได้

ทั้งนี้ ลักษณะของการข้ามพรมแดนและด่านพรมแดนแต่ละประเภทจะมีความสัมพันธ์กับขนาดของเมืองและบริบทด้านเศรษฐกิจของพื้นที่ โดยผู้ใช้บริการที่ข้ามพรมแดนผ่านด่านถาวรจะมาจากเมืองขนาดใหญ่หรือเมืองหลักของแขวงและอยู่ในเขตเศรษฐกิจหลัก เช่น ผู้มีที่อยู่ในแขวงเวียงจัน สะหวันนะเขต คำม่วน จะข้ามพรมแดนผ่านด่านถาวรจังหวัดหนองคาย มุกดาหารและนครพนม ตามลำดับ ส่วนผู้ใช้บริการที่ข้ามพรมแดนผ่านด่านผ่อนปรนจะมาจากเมืองที่มีขนาดเล็กลงและมีลักษณะเศรษฐกิจปานกลาง เช่น ไซยะบุรี บ่อแก้ว จำปาสักจะข้ามพรมแดนผ่านด่านผ่อนปรนในอำเภอที่ติดชายแดนไม่ว่าจะเป็น อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย หรือ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น สำหรับการข้ามพรมแดนผ่านด่านชั่วคราวหรือช่องทางระดับพื้นที่ มักจะเป็นพื้นที่ติดกันหรือใกล้กันมาก เป็นการติดต่อระดับหมู่บ้าน ได้แก่ อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น ข้อมูลจากคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ใช้บริการพบว่า ผู้ที่ข้ามพรมแดนผ่านทางแม่น้ำโขงจะเดินทางได้สะดวกและรวดเร็ว ทำให้มาใช้บริการมากกว่าการข้ามพรมแดนผ่านทางช่องเขา (ภาพที่ 6) ทั้งนี้ จำแนกจำนวนโรงพยาบาลด้วยประเภทของด่านพรมแดนและรูปแบบการเดินทางดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนโรงพยาบาลที่แบ่งตามประเภทของด่านพรมแดนและรูปแบบของการเดินทางข้ามพรมแดน

ประเภทของด่านพรมแดน	รูปแบบของการข้ามพรมแดน	ประเภทของโรงพยาบาล	
		โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์
ด่านถาวร	สะพาน	-	3
	เรือ	3	-
	ถนน	5	-
ด่านผ่อนปรน เปิดทุกวัน	เรือ	9	-
	ถนน, ช่องเขา	4	-
ด่านผ่อนปรน เปิดบางวัน	เรือ	11	-
	ถนน, ช่องเขา	5	-
ด่านท้องถิ่น(ช่องทางระดับชาวบ้าน)	เรือ	1	-
	ถนน, ช่องเขา	5	-
เส้นทางผ่านไปพรมแดน	ถนน	-	8
รวม		**43**	**11**

ภาพที่ 4 แสดงแผนที่ประเทศไทยและพื้นที่ติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ภาพที่ 5 แสดงลักษณะเขตแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

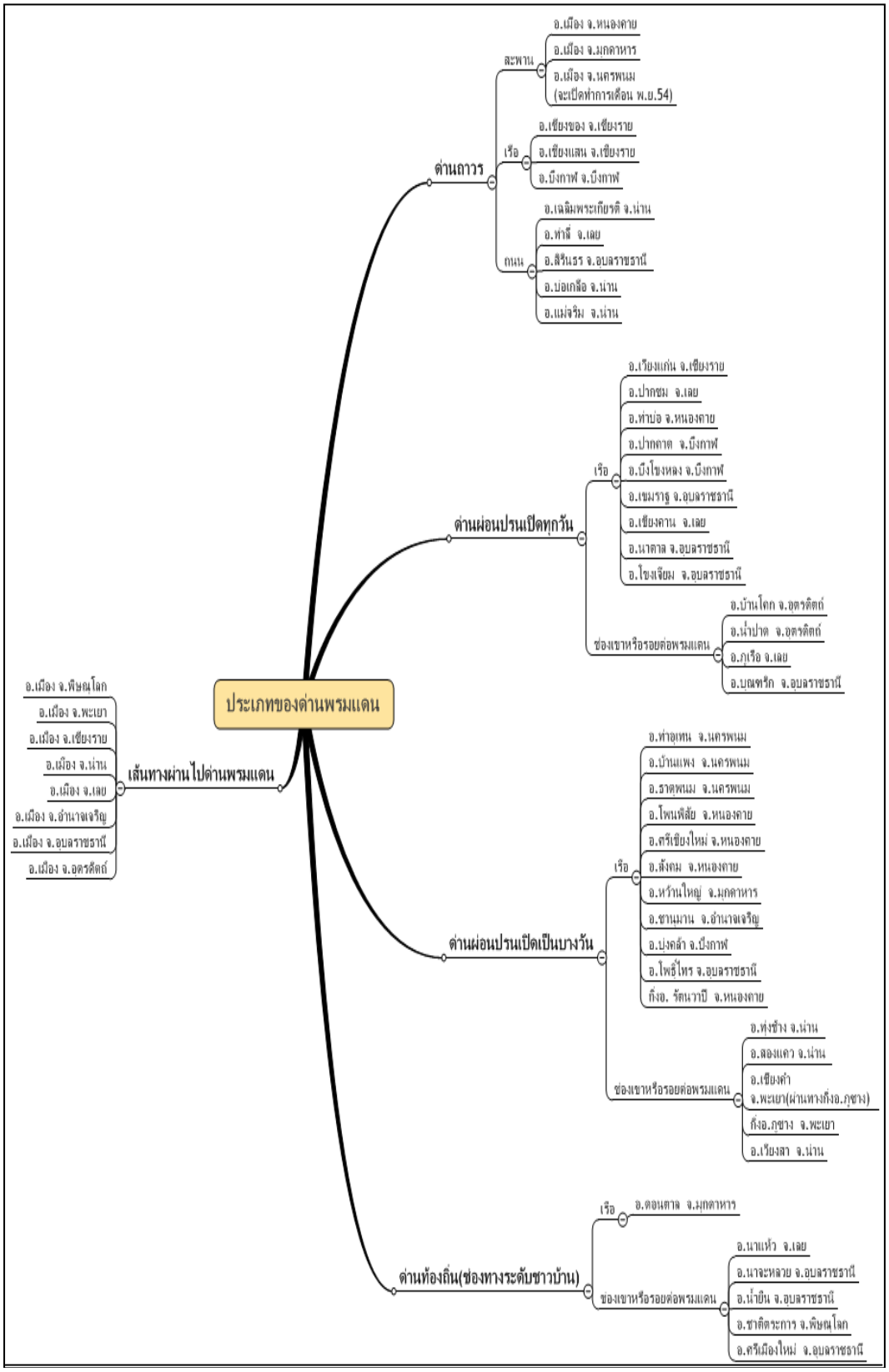
หมายเหตุ :

วงกลมสีแดง หมายถึง จุดสิ้นสุดพื้นที่การติดต่อ

เส้นสีฟ้า หมายถึง เขตแดนทางน้ำ

เส้นสีเขียว หมายถึง เขตแดนทางบก

ภาพที่ 6 แสดงที่ตั้งของโรงพยาบาลแบ่งตามประเภทของด่านพรมแดนและลักษณะการข้ามพรมแดน



1.2 ปริมาณและภาระการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาว

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลในปีงบประมาณพ.ศ. 2551 ถึง 2553 พบว่า จำนวนผู้ป่วยลาวที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง ซึ่งพบในการใช้บริการทั้งประเภทผู้ป่วยใน(In Patient Department; IPD)และผู้ป่วยนอก(Out Patient Department; OPD) ในโรงพยาบาลทุกกลุ่ม โดยมีจำนวนการใช้บริการของผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนการใช้บริการข้ามพรมแดนของผู้ป่วยลาว

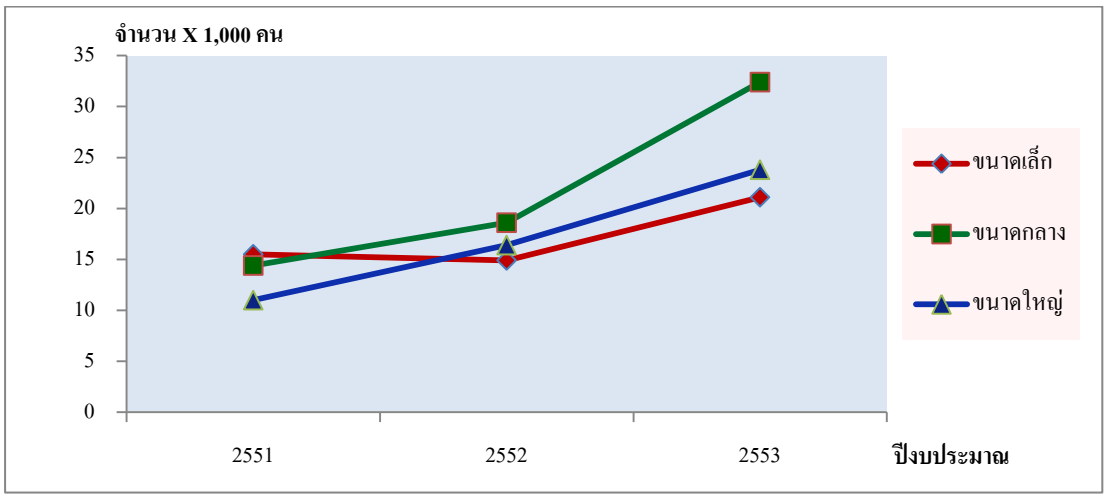
ขนาดโรงพยาบาล	ประเภทการใช้บริการ	ปีงบประมาณ					
		2551		2552		2553	
		คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
เล็ก (n=21)	OPD	15.5	22.8	16.7	24.7	17.9	27.2
	IPD	2.9	3.6	3.2	4.3	3.8	4.9
	total	**18.4**	**26.5**	**19.9**	**29.1**	**21.7**	**32.2**
กลาง (n=8)	OPD	19.7	29.3	20.2	31.2	27.3	40.7
	IPD	4.5	4.8	4.6	4.9	6.1	6.5
	total	**24.2**	**34.1**	**24.8**	**36.2**	**33.4**	**47.2**
ใหญ่ (n=12)	OPD	12.1	20.9	15	25.3	16.6	28.9
	IPD	6.4	6.9	6.8	7.2	7.9	8.5
	total	**18.5**	**27.7**	**21.8**	**32.5**	**24.5**	**37.3**

หมายเหตุ :

1. OPD : Outpatient Department
2. IPD : Inpatient Department
3. หน่วยของจำนวนคนและครั้งคูณด้วย 1,000

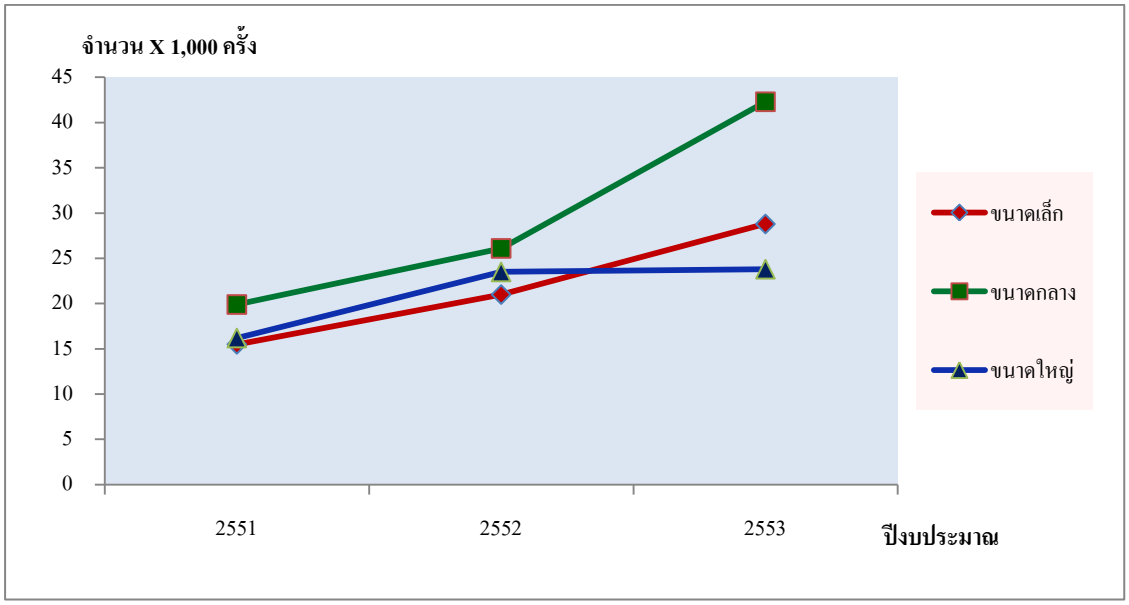
ลักษณะแนวโน้มของจำนวนคนที่มาใช้บริการพบว่า จำนวนคนที่มาใช้บริการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลทุกขนาด (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล



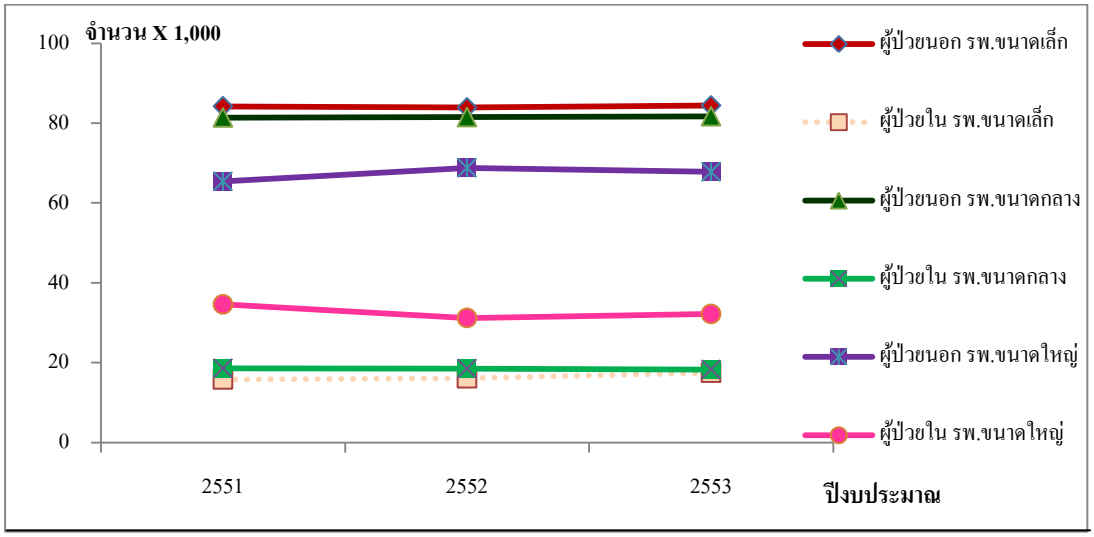
ในขณะที่จำนวนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลทุกขนาด กลับพบว่าจำนวนครั้งของการใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นไม่มากและมีแนวโน้มลดลง แต่จะเพิ่มการใช้บริการมากขึ้นในโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดกลาง โดยเพิ่มขึ้นสูงอย่างเห็นได้ชัดในโรงพยาบาลขนาดกลาง(แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนครั้งของการมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

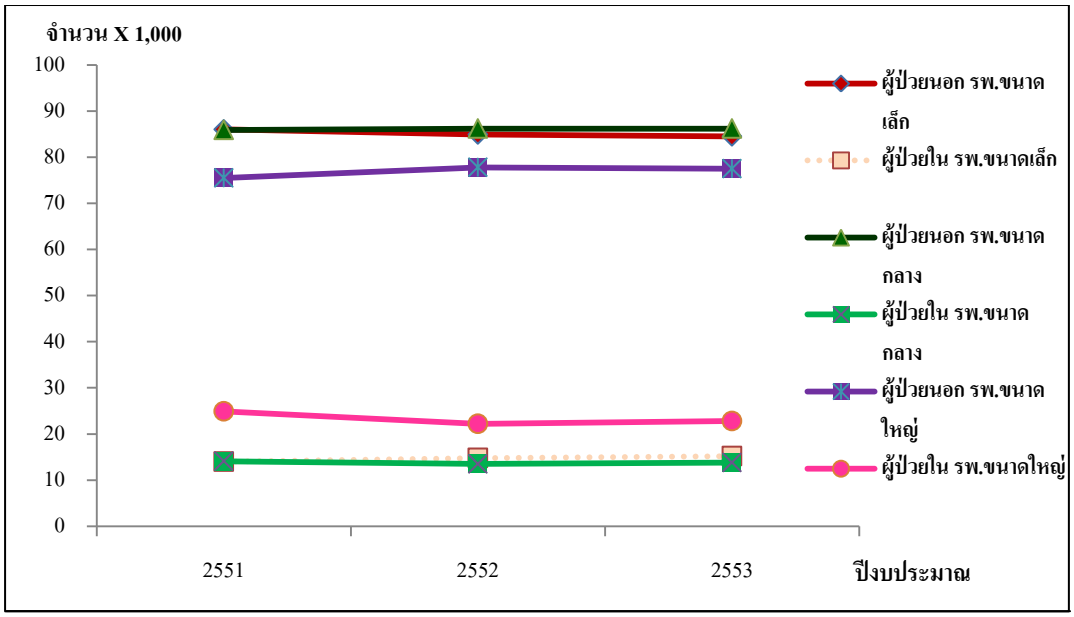


พิจารณาข้อมูลเพื่อศึกษาแนวโน้มการใช้บริการสุขภาพแยกตามประเภทการใช้บริการและขนาดของโรงพยาบาล พบว่า การใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มคงที่ในทุกกลุ่มโรงพยาบาล แต่ในโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดกลางมีการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ใช้บริการประเภทผู้ป่วยในสูงกว่า ลักษณะดังกล่าวเป็นเช่นเดียวกันทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง(แผนภูมิที่ 3 และ 4)

แผนภูมิที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการ จำแนกตามประเภทการใช้บริการและขนาด โรงพยาบาล



แผนภูมิที่ 4 แสดงจำนวนครั้งของการมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาว จำแนกตามประเภทการใช้บริการและขนาด โรงพยาบาล



สำหรับข้อมูลการให้บริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) ของ World Health Organization, 2007 และหัตถการที่ให้การบริการตาม Classification of Procedures (ICD-9-CM,(Clinically Modified), 2005 ในช่วงระยะเวลา 3 ปีย้อนหลังระหว่างปีงบประมาณพ.ศ. 2551 ถึง 2553 จะเห็นว่า 5 อันดับแรกของของโรคที่ผู้ป่วยข้ามพรมแดนมาใช้บริการเป็นโรคที่ไม่ซับซ้อน ยกตัวอย่างเช่น Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Dyspepsia (K30), Essential(primary) hypertention (I10), Supervision of normal pregnancy, unspecified (Z349), Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09) เป็นต้น ส่วนหัตถการที่ให้บริการก็เป็นหัตถการแบบไม่ซับซ้อนเป็นส่วนใหญ่ ยกตัวอย่างเช่น Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632), Other appendectomy (4709), Low cervical cesarean section (741), Reduction of fracture and dislocation (79) เป็นต้น โดยหัตถการที่มีความซับซ้อนต้องใช้ความชำนาญสูงจะให้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ตารางที่ 3-5)

โดยสามารถจัดแบ่งกลุ่มอาการตามลักษณะของโรคที่มาใช้บริการมี 5 กลุ่ม คือ

1. โรคที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Essential(primary) hypertention (I10), Dyspepsia (K30)
2. โรคที่มีลักษณะเป็นโรคติดต่อสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ได้แก่ Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09), Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9), Dengue hemorrhagic fever (A91)
3. โรคที่เกิดจากการติดเชื้อหรือการอักเสบ ได้แก่ Septicemia,unspecified, septic shock (A419), Urinary tract infection, site not specified (390), Acute appendicitis,unspecified (K359)
4. โรคหรืออาการบาดเจ็บที่รุนแรงต้องการการรักษาขั้นสูง ซึ่งมีจำนวนน้อยและมีการใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น ได้แก่ intracranial injury, unspecified (S069), Reduction of fracture and dislocation (79)
5. มาใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย ได้แก่ General medical examination (Z0), Spontaneous vertex delivery (O800), Low cervical cesarean section (741)

ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า แนวโน้มการใช้บริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่มาใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่

ตารางที่ 3 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคที่ผู้ป่วยชาวลาวมาใช้บริการประเภท**ผู้ป่วยนอก (Outpatient Department)**

ขนาดโรงพยาบาล	ลำดับที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
เล็ก (n=21)	1	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Dyspepsia (K30)
	2	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	3	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute uppper respiratory infection, unspecified (J06.9)	Supervision of normal pregnancy, unspecified (Z349)
	4	Acute upper respiratory infection, unspecified (J06.9)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	5	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Essential(primary) hypertention (I10)	Essential(primary) hypertention (I10)
กลาง (n=8)	1	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)	Supervision of normal pregnancy, unspecified (Z349)
	2	myalgia (M791)	Supervision of normal pregnancy, unspecified (Z349)	Dyspepsia (K30)
	3	Supervision of normal pregnancy, unspecified (Z349)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Acute uppper respiratory infection, unspecified (J06.9)
	4	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Essential(primary) hypertention (I10)
	5	acute pharyngitis, unspecified (J029)	Acute upper respiratory infection, unspecified (J06.9)	Myalgia (M791)
ใหญ่ (n=12)	1	Dyspepsia (K30)	General medical examination (Z0)	General medical examination (Z0)
	2	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)
	3	Essential(primary) hypertention (I10)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	4	Acute upper respiratory infection, unspecified (J06.9)	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute upper respiratory infection, unspecified (J06.9)
	5	Supervision of normal pregnancy, unspecified (Z349)	Acute upper respiratory infection, unspecified (J06.9)	Essential(primary) hypertention (I10)

ตารางที่ 4 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคที่ผู้ป่วยชาวลาวมาใช้บริการประเภท**ผู้ป่วยใน (Inpatient Department)**

ขนาดโรงพยาบาล	ลำดับที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
เล็ก (n=21)	1	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	2	Singleton,born in hospital (Z380)	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)
	3	Spontaneous vertex delivery (O800)	Acute bronchitis, unspecified (J209)	Septicemia, unspecified, septic shock (A419)
	4	Pneumonia, unspecified (J189)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Dyspepsia (K30)
	5	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Singleton, born in hospital (Z380)	Dengue(virus) fever (A90)
กลาง (n=8)	1	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)
	2	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	3	Singleton, born in hospital (Z380)	Pneumonia, unspecified (J189)	Dengue hemorrhagic fever (A91)
	4	Pneumonia, unspecified (J189)	Singleton, born in hospital (Z380)	Pneumonia, unspecified (J189)
	5	Urinary tract infection, site not specified (390)	Dyspepsia (K30)	Singleton, born in hospital (Z380)
ใหญ่ (n=12)	1	Acute appendicitis, unspecified (K359)	Acute appendicitis, unspecified (K359)	Acute appendicitis, unspecified (K359)
	2	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	3	Thallassaemia (D56)	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified (P07)	Dengue hemorrhagic fever (A91)
	4	Septicemia, unspecified, septic shock (A419)	intracranial injury, unspecified (S069)	Spontaneous vertex delivery (O800)
	5	intracranial injury, unspecified (S069)	Pneumonia, unspecified (J189)	intracranial injury, unspecified (S069)

ตารางที่ 5 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของหัตถการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยชาวลาว

ขนาดโรงพยาบาล	ลำดับที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
เล็ก* (n=21)	1	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)
	2	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)
กลาง (n=8)	1	Other appendectomy(4709)	Other appendectomy(4709)	Other appendectomy(4709)
	2	Low cervical cesarean section (741)	Low cervical cesarean section (741)	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)
	3	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)	Low cervical cesarean section (741)
	4	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)
	5	Dilation and curettage of uterus (690)	Repair of hernia (53)	Other dilatation an curettage (6909)
ใหญ่ (n=12)	1	Operation on skin and subcutaneous tissue (86)	Other appendectomy (4709)	Other appendectomy (4709)
	2	Low cervical cesarean section(741)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)	Low cervical cesarean section(741)
	3	Other appendectomy (4709)	Reduction of fracture and dislocation (79)	Operation on skin and subcutaneous tissue (86)
	4	Reduction of fracture and dislocation (79)	Operation on skin and subcutaneous tissue (86)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)
	5	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Diagnostic radiology (87)	Cholecystectomy (512)

หมายเหตุ: * : โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มีบริการด้านการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น

เมื่อพิจารณาลักษณะของโรคจำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน พบว่าลักษณะของโรคที่พบไม่แตกต่างจากการจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลในการบริการทุกประเภทรวมทั้งหัตถการในการรักษา นั่นคือ ลักษณะโรคที่พบเป็นโรคที่พบได้ทั่วไป และพบว่า มีการใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยจำนวนมากขึ้น ได้แก่ General medical examination (Z0), Spontaneous vertex delivery (O800), Low cervical cesarean section (741) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในพื้นที่ซึ่งเป็นเส้นทางผ่านเข้า-ออกพรมแดนจะพบมากกว่าในพื้นที่อื่น (ตารางที่ 6-8)

ตารางที่ 6 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคของ**ผู้ป่วยนอก(Out-patient Department)**จำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน

ประเภทของด่าน	ลำดับที่	ปีงบประมาณ 2551	ปีงบประมาณ 2552	ปีงบประมาณ 2553
ด่านถาวร (n=8)	1	Dyspepsia (K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	2	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Essential(primary) hypertention (I10)	Essential(primary) hypertention (I10)
	3	Acute respiratory infection (J00-J06)	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)
	3	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute respiratory infection (J00-J06)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	3	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Supervision of normal pregnancy (Z34)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
ด่านผ่อนปรนที่เปิดทุกวัน (n=11)	1	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	2	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)
	3	Acute respiratory infection (J00-J06)	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	4	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute respiratory infection (J00-J06)	Essential(primary) hypertention (I10)
	5	Myalgia (M791)	Myalgia (M791) & Supervision of normal pregnancy (Z34)	Supervision of normal pregnancy (Z34)
ด่านผ่อนปรนที่เปิดบางวัน (n=9)	1	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)
	2	Dyspepsia (K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	3	Acute respiratory infection (J00-J06)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	4	Supervision of normal pregnancy (Z34)	Acute respiratory infection (J00-J06)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	5	Myalgia (M791)	Supervision of normal pregnancy (Z34)	Supervision of normal pregnancy (Z34)
ด่านชั่วคราว (n=3)	1	Acute respiratory infection (J00-J06)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	2	Supervision of normal pregnancy (Z34)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	3	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)*	Supervision of normal pregnancy (Z34)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	4	Essential(primary) hypertention (I10)*	Acute respiratory infection (J00-J06)	Supervision of normal pregnancy (Z34)
	5	Spontaneous vertex delivery (O800)*	fever unspecified (R509)	Spontaneous vertex delivery (O800)

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคของ**ผู้ป่วยนอก(Out-patient Department)**จำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน

ประเภทของด่าน	ลำดับที่	ปีงบประมาณ		
		2551	**2552**	**2553**
เส้นทางผ่านไปพรมแดน (n=8)	1	Persons encountering health services for other counseling and medical advice, not elsewhere classified (Z71.0-Z71.9)	Persons encountering health services for other counseling and medical advice, not elsewhere classified (Z71.0-Z71.9)	Persons encountering health services for other counseling and medical advice, not elsewhere classified (Z71.0-Z71.9)
	2	Essential(primary) hypertention (I10)	Dyspepsia (K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	3	Dyspepsia (K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Dyspepsia (K30)
	4	Supervision of normal pregnancy (Z34)	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	5	Acute respiratory infection (J00-J06)	Supervision of normal pregnancy (Z34)	Supervision of normal pregnancy (Z34)

ตารางที่ 7 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคของ**ผู้ป่วยใน(In-patient Department)**จำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน

ประเภทของด่าน	ลำดับที่	ปีงบประมาณ		
		2551	**2552**	**2553**
ด่านถาวร (n=8)	1	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	2	Pneumonia, unspecified (J189)	Pneumonia, unspecified (J189)	Pneumonia, unspecified (J189)
	3	Singleton, born in hospital (Z380)*	Singleton, born in hospital (Z380)*	Dengue hemorrhagic fever (A91)*
	3	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)*	Spontaneous vertex delivery (O800)*	Spontaneous vertex delivery (O800)*
	3	Spontaneous vertex delivery (O800)*	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)*	Septicemia, unspecified, septic shock (A419)*
ด่านผ่อนปรนที่เปิดทุกวัน (n=11)	1	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	2	Influenza and pneumonia (J10-J18)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Acute pharyngitis, unspecified (J029)
	3	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)*	Dyspepsia (K30)*	Pneumonia, unspecified (J189)*
	4	Dyspepsia (K30)*	Acute bronchitis, unspecified (J209)*	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)*
	5	Singleton, born in hospital (Z380)*	Dengue(virus) fever (A90)	Spontaneous vertex delivery (O800)*
ด่านผ่อนปรนที่เปิดบางวัน (n=9)	1	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)
	2	Spontaneous vertex delivery (O800)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	3	Singleton, born in hospital (Z380)	Acute bronchitis, unspecified (J209)	Dengue(virus) fever (A90)*
	4	Acute bronchitis, unspecified (J209)	Pneumonia, unspecified (J189)	Dengue hemorrhagic fever (A91)*
	5	fever unspecified (R509)	Septicemia, unspecified, septic shock (A419)	Dyspepsia (K30)*
ด่านชั่วคราว (n=3)	1	Dengue(virus) fever (A90)*	Viral intestinal infection (A084)*	Septicemia, unspecified, septic shock (A419)
	2	Dengue hemorrhagic fever (A91)*	Spontaneous vertex delivery (O800)*	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	3	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)*	Dengue hemorrhagic fever (A91)*	Dengue hemorrhagic fever (A91)*
	4	Spontaneous vertex delivery (O800)*	Acute respiratory infection (J00-J06)*	Spontaneous vertex delivery (O800)*
	5	Spontaneous abortion (O03)*	Urinary tract infection, site not specified (N390)*	Dyspepsia (K30)*

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคของ**ผู้ป่วยใน(In-patient Department)**จำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน

ประเภทของด่าน	ลำดับที่	ปีงบประมาณ		
		2551	**2552**	**2553**
เส้นทางผ่านไปพรมแดน (n=8)	1	Delivery (O80-O84)	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)
	2	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)
	3	Septicemia, unspecified, septic shock (A419)	Acute appendicitis, unspecified (K359)	Acute appendicitis, unspecified (K359)
	4	Acute appendicitis, unspecified (K359)	Aplastic and other anaemia (D60-D64)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	5	Thalassaemia (D56)	Intracranial injury, unspecified (S069)	Influenza and pneumonia (J10-J18)

ตารางที่ 8 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของหัตถการจำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน

ประเภทของด่าน	ลำดับที่	ปีงบประมาณ		
		2551	**2552**	**2553**
ด่านถาวร (n=8)	1	Other appendectomy (4709)*	Other appendectomy (4709)*	Other appendectomy (4709)*
	2	Low cervical cesarean section (74.1)*	Low cervical cesarean section (74.1)*	Low cervical cesarean section (74.1)*
	3	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)*	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)*	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)*
	3	Reduction of fracture and dislocation (79)	Operations on skin and subcutaneous tissue (86)	Operations on skin and subcutaneous tissue (86)
	3	Obstetrical procedures (72-75)	Transfusion of blood and blood components (990)	Interview, evaluation, consultation and examination (89)
ด่านผ่อนปรนที่เปิดทุกวัน (n=11)	1	Operations on skin and subcutaneous tissue (86)	Operations on skin and subcutaneous tissue (86)	Operations on skin and subcutaneous tissue (86)
	2	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)	other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)
	3	Low cervical cesarean section (74.1)	Low cervical cesarean section (74.1)	Low cervical cesarean section (74.1)
	4	-	-	-
	5	-	-	-
ด่านผ่อนปรนที่เปิดบางวัน (n=9)	1	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)*	Other appendectomy (4709)
	2	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)*	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)*	Low cervical cesarean section (74.1)*
	3	Other appendectomy (4709)*	Repair of hernia (53)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)*
	4	Repair of hernia (53)*	Other dilatation an curettage (6909)**	Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)*
	5	Low cervical cesarean section (74.1)*	Low cervical cesarean section (74.1)**	Other dilatation an curettage (6909)*
ด่านชั่วคราว (n=3)	1	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes (66.32)
	2	-	-	-
	3	-	-	-

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของหัตถการจำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน

ประเภทของด่าน	ลำดับที่	ปีงบประมาณ		
		2551	**2552**	**2553**
เส้นทางผ่านไปพรมแดน (n=8)	1	Low cervical cesarean section (74.1)	Other appendectomy (4709)	Other appendectomy (4709)*
	2	Other appendectomy (4709)	Operations on skin and subcutaneous tissue (86)	Low cervical cesarean section (74.1)*
	3	Reduction of fracture and dislocation (79)	Low cervical cesarean section (74.1)*	Operations on skin and subcutaneous tissue (86)
	4	Operations on skin and subcutaneous tissue (86)	Reduction of fracture and dislocation (79)*	Reduction of fracture and dislocation (79)*
	5	Computerized Axial Tomography of head (8703) and Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Computerized axial tomograhy of head (8703) and Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)*

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการบริการของคนไทยในปีเดียว พบว่า ในโรงพยาบาลทั้งขนาดใหญ่ ขนาดกลางและขนาดเล็ก คนไทยมาใช้บริการด้วยโรคที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ได้แก่ Diseases of circulatory system (I00-I99), Endocrine, nutritional and metabolic disease (E00-E90), Diseases of digestive system (K00-K14, K20-K23, K28-K31, K57-K63, K71-K77, K82-K93), และ Diseases of the musculoskeletal system (M00-M25, M40-M99) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงรายการ 5 ลำดับแรกของโรคที่คนไทยมาใช้บริการสุขภาพจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลปี 2553

ขนาดของโรงพยาบาล	ลำดับที่	ประเภทการใช้บริการ	
		ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
เล็ก	1	Diseases of digestive system (K00-K14,K20-K23, K28-K31,K57-K63, K71-K77,K82-K93)	Diseases of the respiratory system (J00-J99)
	2	Diseases of the respiratory system (J00-J99)	Hypertensive diseases (I10-I15)
	3	Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E99)	Other intestinal infection disease (A03-A09)
	4	Diseases of the circulatory system (I00-I99)	Diabetes mellitus (E10-E14)
	5	Diseases of the musculoskeletal system (M00-M25,M40-M99)	Single spontaneous delivery (O80)
กลาง	1	Diseases of the respiratory system (J00-J99)	Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E99)
	2	Diseases of digestive system (K00-K14,K20-K23, K28-K31,K57-K63, K71-K77,K82-K93)	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere classified (R00-R99)
	3	Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E99)	Intestinal infectious diseases (A00-A09)
	4	Diseases of the musculoskeletal system (M00-M25,M40-M99)	Diseases of the blood and blood forming organs and certain disorders involving the immune mechanism (D50-89)
	5	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere classified (R00-R99)	Hypertensive diseases (I10-I15)
ใหญ่	1	Diseases of the circulatory system(I00-I99)	Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E99)
	2	Diseases of the genitourinary system (N00-N99)	Diseases of the blood and blood forming organs and certain disorders involving the immune mechanism (D50-89)
	3	Diseases of the musculoskeletal system (M00-M25,M40-M99)	Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O99)
	4	Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E99)	Certain conditions originating in the perinatal period (P00-P96)
	5	Diseases of the respiratory system (J00-J99)	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere classified (R00-R99)

ในการมาใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวทุกครั้ง ต้องมีการเรียกเก็บค่าบริการ เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของไทยไม่ครอบคลุมผู้ที่มิได้มีสัญชาติไทย ซึ่งผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ทำให้ส่งผลกระทบในการบริหารจัดการด้านงบประมาณและการเงินต่อโรงพยาบาลในแต่ละแห่งแตกต่างกัน

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลทุกขนาดตลอดระยะเวลา 3 ปี ย้อนหลังจะพบว่าโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยชาวลาวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ทั้งหมด ซึ่งค่าบริการที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้นั้น มูลค่าโดยประมาณการเป็นครึ่งหนึ่งของค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งหมด ทั้งนี้ สามารถเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยชาวลาวประเภทผู้ป่วยนอกได้มากกว่าผู้ป่วยใน (ตารางที่ 10)

นอกจากนี้ ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลมีข้อน่าสังเกตว่า โรงพยาบาลขนาดเล็กมีจำนวนค่าบริการที่เรียกเก็บได้จริงต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ โดยเรียกเก็บได้ต่ำกว่าร้อยละ 50 ทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และการเรียกเก็บค่าบริการประเภทผู้ป่วยนอกสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้สูงกว่าการใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน ยกเว้น โรงพยาบาลขนาดกลางที่เรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยในได้สูงกว่าผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 แสดงค่าบริการที่เรียกเก็บและค่าบริการที่เก็บได้โดยรวมจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลในช่วง 3 ปี ย้อนหลัง

ขนาดโรงพยาบาล	ประเภทการใช้บริการ	ปีงบประมาณ 2551 (ล้านบาท)		ปีงบประมาณ 2552 (ล้านบาท)		ปีงบประมาณ 2553 (ล้านบาท)	
		ค่าบริการที่เรียกเก็บ	ค่าบริการที่เก็บได้จริง(ร้อยละ)	ค่าบริการที่เรียกเก็บ	ค่าบริการที่เก็บได้จริง(ร้อยละ)	ค่าบริการที่เรียกเก็บ	ค่าบริการที่เก็บได้จริง(ร้อยละ)
เล็ก (n=21)	ผู้ป่วยนอก	6.7	2.7 (40.3)	8.0	3.1 (38.9)	25.8	3.6 (14.1)
	ผู้ป่วยใน	5.6	1.6 (28.4)	7.9	2.4 (29.9)	9.1	2.7 (30.1)
กลาง (n=8)	ผู้ป่วยนอก	11.6	6.8 (58.9)	11.7	6.8 (58.2)	13.1	6.9 (52.8)
	ผู้ป่วยใน	8.1	5.3 (65.7)	10.4	6.7 (74.5)	13.5	8.5 (63.5)
ใหญ่ (n=12)	ผู้ป่วยนอก	9.9	7.9 (80.4)	12.4	9.2 (74.5)	13.7	11.7 (85.3)
	ผู้ป่วยใน	75.4	37.6 (49.9)	85.1	40.1 (47.1)	105.1	56.7 (53.9)
รวม (n=41)	ผู้ป่วยนอก	28.2	17.5 (61.9)	32.2	19.2 (59.7)	52.7	22.2 (42.1)
	ผู้ป่วยใน	89.1	44.5 (49.9)	103.5	49.2 (47.5)	127.7	68.0 (53.3)

หมายเหตุ : ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถแยกข้อมูลค่าบริการและค่าบริการที่เรียกเก็บได้ตามเชื้อชาติ/สัญชาติ จากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ

2.1 ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยชาวลาว

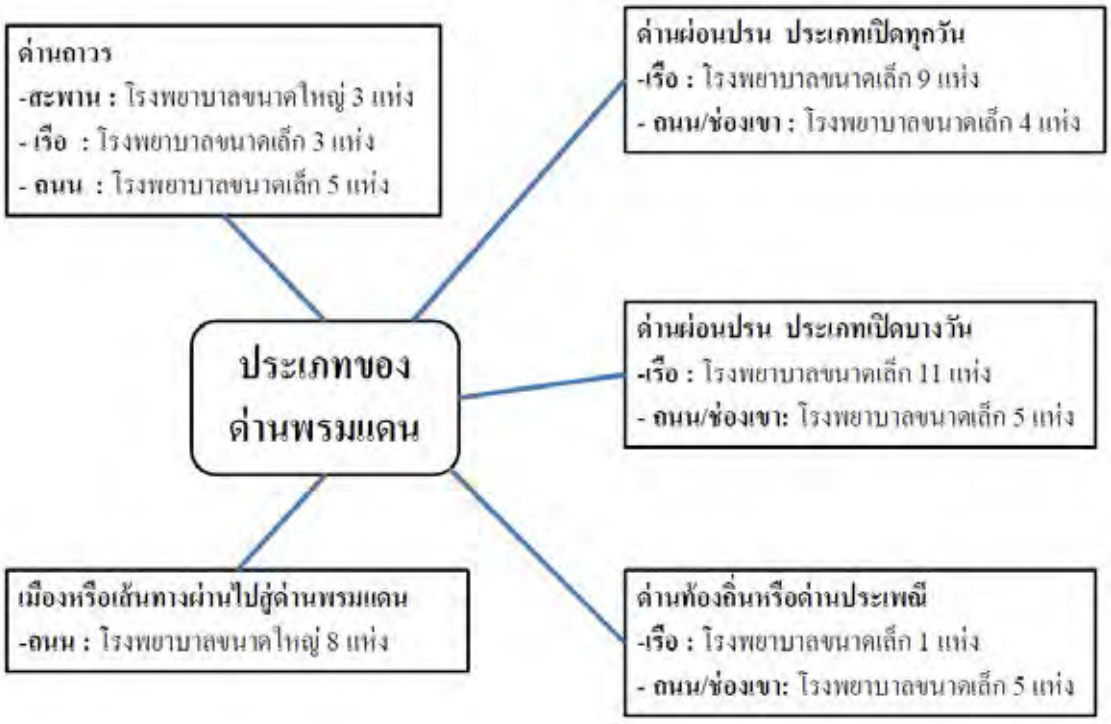
ข้อมูลเชิงคุณลักษณะของผู้มาใช้บริการ ในช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 1,220 คน พบว่า เพศหญิงมาใช้บริการจำนวน 758 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 เพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มของโรงพยาบาล โดยช่วงอายุที่มาใช้บริการมากอยู่ในช่วงไม่เกิน 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 41.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 50.9 ระดับการศึกษาคือ เรียนในขั้นพื้นฐานคิดเป็นร้อยละ 56.5 ในจำนวนนี้ร้อยละ 62.9 มีที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลของรัฐในฝั่งไทยในระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร และร้อยละ 57.3 ใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการมากกว่า 1 ชั่วโมง(ตารางที่ 11)

ทั้งนี้ บริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศลาวในบริเวณชายแดน พบว่า สถานบริการสุขภาพของประเทศลาวในพื้นที่ของด่านพรมแดนประเภทด่านท้องถิ่น ด่านผ่อนปรนประเภทเปิดบางวัน และด่านผ่อนปรนประเภทเปิดทุกวัน เป็นสถานบริการสุขภาพในระดับสุกศาลาซึ่งเทียบเท่าหรือต่ำกว่าสถานีอนามัยของประเทศไทย การรักษาเป็นเพียงหมอพื้นบ้านและการรักษาสมุนไพรกลางบ้าน สำหรับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่บริเวณด่านถาวร สถานบริการสุขภาพจะมีทั้งคลินิกเอกชน โรงพยาบาลประจำเมือง และบางแห่งอาจมีโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นความร่วมมือกับต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม สถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ที่เป็นโรงพยาบาลประจำเมืองหรือโรงพยาบาลเอกชน ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ห่างจากชายแดนมากกว่า 50 กิโลเมตร ทำให้ผู้ป่วยชาวลาวในพื้นที่ชายแดนยังต้องเดินทางมาใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลในประเทศไทยมากกว่าสถานบริการสุขภาพดังกล่าว

ตารางที่ 11 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ (No intention to return; No ITR) กับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำ (intention to return; ITR)

คุณลักษณะ	จำนวนผู้ไม่มาใช้บริการซ้ำ (n=305)	จำนวนผู้มาใช้บริการซ้ำ (n=915)	จำนวนทั้งหมด (N=1,220)
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)
อายุ(ปี)			
อายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	37.3±14.3	37.1±15.2	1,205 (98.8)
เพศ			
หญิง	195 (63.9)	563 (61.5)	758 (62.1)
ชาย	110 (36.1)	352 (38.5)	462 (37.9)
สถานะ			
โสด	90 (29.5)	201 (22.0)	291 (23.9)
สมรส	199 (65.2)	666 (72.8)	865 (70.9)
ม่าย/หย่า/แยก	16 (5.2)	48 (5.2)	64 (5.2)
อาชีพ			
เกษตรกร	98 (32.1)	523 (57.2)	621 (50.9)
ค้าขาย	58 (19.0)	135 (14.8)	193 (15.8)
ลูกจ้าง	42 (13.8)	112 (12.2)	154 (12.6)
เจ้าหน้าที่รัฐ	47 (15.4)	20 (2.2)	67 (5.5)
นักเรียน/นักศึกษา	27 (8.8)	52 (5.7)	79 (6.5)
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	32 (10.5)	66 (7.2)	98 (8.0)
อื่นๆ	1 (0.3)	7 (0.8)	8 (0.7)
การศึกษา			
ไม่ได้เรียน	82 (26.9)	341 (37.3)	423 (34.7)
เรียน	160 (52.5)	529 (57.8)	689 (56.5)
เรียนขั้นสูง	63 (20.7)	45 (4.9)	108 (8.9)
ระยะทาง(กิโลเมตร)			
≤ 50	182 (65.5)	535 (62.1)	717 (62.9)
> 50	96 (34.5)	326 (37.9)	422 (37.1)
ระยะเวลาในการเดินทาง(ชั่วโมง)			
≤1	113 (39.1)	382 (43.9)	495 (42.7)
>1	176 (60.9)	488 (56.1)	664 (57.3)

การเดินทางข้ามพรมแดนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดกลางส่วนใหญ่จะเป็นการใช้เรือข้ามฟากและบริการรถโดยสารประจำทาง ในขณะที่การเดินทางมาใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยนิยมใช้บริการรถจ้างเหมาบริการ มีจำนวนน้อยมากที่เดินเท้ามาใช้บริการ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีที่อยู่ในพื้นที่ติดบริเวณพรมแดนเป็นช่องเขา(ภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 แสดงลักษณะการมาใช้บริการสุขภาพจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลและด่านพรมแดน

ทั้งนี้ หากการมาใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย สามารถเดินทางไปและกลับได้ภายใน 1 วันผู้ป่วยจะไม่ค้างคืน แต่ในกรณีมีที่อยู่ในประเทศลาวที่มีระยะทางที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลมากจนไม่สามารถไปและกลับได้ภายในวันเดียว มักจะเดินทางมาพักค้างคืนกับญาติที่อยู่พื้นที่ใกล้ชายแดนมากที่สุด ก่อนจะเดินทางเข้าประเทศไทยในวันถัดไป แต่สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะพักค้างที่โรงพยาบาลจนกว่าจะจำหน่ายกลับ

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะทางกายภาพตามประเภทของด่านพรมแดน พบว่า การเดินทางมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยโดยการผ่านด่านพรมแดนประเภทด่านถาวร จะมีระยะทางสั้นกว่าและใช้เวลาในการเดินทางน้อยกว่าเช่นเดียวกับการเดินทางผ่านด่านพรมแดนประเภทด่านผ่อนปรนเปิดเป็นบางวัน ส่วนการเดินทางผ่านด่านผ่อนปรนประเภทเปิดทุกวันและด่านท้องถิ่น แม้จะมีระยะทางน้อยกว่า แต่ใช้เวลาในการเดินทางมากกว่า 1 ชั่วโมง ส่วนการเดินทางเข้าไปใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะใช้การเดินทางที่มีระยะทางไกลและใช้ระยะเวลานาน(ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่จำแนกตามประเภทของด่านพรมแดนกับคุณลักษณะทางกายภาพ

ประเภทของด่านพรมแดน	**คุณลักษณะทางกายภาพ**			
	ระยะทางในการมาใช้บริการ (กิโลเมตร)		**ระยะเวลาเดินทางมาใช้บริการ (ชั่วโมง)**	
	≤50	**>50**	**<1**	**>1**
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด่านถาวร	359(50.1)	132(31.3)	258(52.1)	236(35.5)
ด่านผ่อนปรน ประเภทเปิดทุกวัน	145(20.2)	97(23.0)	86(17.4)	164(24.7)
ด่านผ่อนปรน ประเภทเปิดบางวัน	174(24.3)	30(7.1)	146(29.5)	57(8.6)
ด่านท้องถิ่น	31(4.3)	0(0)	1(0.2)	30(4.5)
เส้นทางผ่านไปด่านพรมแดน	8(1.1)	163(38.6)	4(0.8)	177(26.7)

2.2 การทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาว

ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ สถานะ อาชีพ การศึกษา ได้ทำการจัดกลุ่มใหม่ก่อนทำการทดสอบ เนื่องจากการมีจำนวนกลุ่มย่อยจำนวนมากในปัจจัยดังกล่าวจะทำให้เกิดปัญหาการไม่มีจำนวนข้อมูลในกลุ่มย่อย(zero cell) ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ(Multiple Logistic Regression)

เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มย่อยสำหรับปัจจัยด้านระยะทางในการมาใช้บริการและระยะเวลาเดินทางมาใช้บริการนั้น กำหนดจากค่าเฉลี่ยของข้อมูลที่ได้รับภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด จึงทำให้กลุ่มย่อยสำหรับปัจจัยด้านระยะทางในการมาใช้บริการคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 กิโลเมตร กับมากกว่า 50 กิโลเมตร ส่วนระยะเวลาในการเดินทางแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมงและใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง

การแบ่งกลุ่มย่อยสำหรับปัจจัยด้านความสามารถในการจ่าย กำหนดจากข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการจัดกลุ่มใหม่จาก 3 กลุ่มคือ จ่ายได้ทั้งหมด จ่ายได้บางส่วน และไม่สามารถจ่ายได้ เหลือเพียง 2 กลุ่มเนื่องจากกลุ่มไม่สามารถจ่ายได้มีจำนวนน้อยมากคือ 29 คนซึ่งเป็นจำนวนที่มีความแตกต่างมาก และอาจทำให้เกิดปัญหา zero cell เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ(Multiple Logistic Regression) นั่นคือ กลุ่มที่สามารถจ่ายได้ทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาในการจ่ายค่าบริการและกลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายได้ จัดเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการจ่ายค่าบริการ

สำหรับการแบ่งกลุ่มย่อยของปัจจัยด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ต่อความซับซ้อนในการรักษานั้น จากแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบใน 3 ข้อคือ ไม่ใช่ ใช่ และไม่แน่ใจ กำหนดให้ข้อคำตอบ “ไม่ใช่” มีค่าคะแนน 0 “ใช่” มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 ส่วน “ไม่แน่ใจ” มีค่าคะแนนเป็น 0 เนื่องจากมีความหมายของคำตอบในเชิงปฏิเสธ จากนั้นรวมคะแนนปัจจัยทั้งสองซึ่งมีทั้งหมดด้านละ 5 ข้อ แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นกลุ่มย่อยโดย ให้ค่าคะแนนที่น้อยกว่า 3 เป็น 0 หมายถึง การรับรู้ว่าโรคไม่รุนแรงและการรับรู้ว่าการรักษาไม่ซับซ้อน ส่วนค่าคะแนนรวมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 กำหนดให้เป็น 1 หมายถึง การรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรงและรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีความซับซ้อนในการรักษา

การประเมินคุณภาพระบบบริการประกอบด้วย 5 ด้านคือ ประสิทธิภาพของการให้บริการ ประสิทธิผลของการให้บริการ การเข้าถึงบริการ การจัดให้มีบริการอย่างเพียงพอและพฤติกรรมการให้บริการ แต่ละองค์ประกอบมีข้อคำถามที่มีข้อเลือกสำหรับคำตอบ 3 ข้อคือ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ค่าคะแนนของแต่ละคำตอบคือ ค่าคะแนนเป็น 0 สำหรับคำตอบ “ไม่ใช่”

และ “ไม่แน่ใจ” และมีค่าคะแนนเป็น 1 สำหรับคำตอบ “ใช่” จากนั้นนำคะแนนรวมของแต่ละองค์ประกอบมาหาผลต่างระหว่างความเห็นของการรับรู้ต่อคุณภาพระบบบริการประเทศไทยกับประเทศลาว (ตารางที่ 13) ส่วนการแบ่งกลุ่มย่อยของปัจจัยการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาวนั้น ได้มาหลังจากการนำค่าคะแนนคุณภาพระบบบริการสุขภาพของไทยและคะแนนคุณภาพระบบบริการของลาวมาหาผลต่างแล้ว นำผลต่างที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ยซึ่งจากข้อมูลที่ได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.2 จึงนำมากำหนดเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มย่อยคือ กลุ่มแรกมีค่าคะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพมากกว่า 10 คะแนน และอีกกลุ่มมีค่าคะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ทั้งนี้

สำหรับแนวโน้มการตัดสินใจที่จะใช้บริการสุขภาพซ้ำ(intention to return) กำหนดเกณฑ์จาก ผลคะแนนความเห็นรวมของแนวโน้มการตัดสินใจในอนาคตซึ่งมีในแบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ โดยแต่ละข้อมีข้อเลือกของคำตอบที่คิดค่าคะแนนเป็น 0 สำหรับคำตอบ “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” และมีค่าคะแนนเป็น 1 สำหรับคำตอบ “ใช่” จากนั้นนำคะแนนมารวมกัน แล้วแบ่งกลุ่มย่อยเป็นตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ(No intention to return; No ITR) และตัดสินใจใช้บริการซ้ำ(Intention to return; ITR) โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งกลุ่มคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป ให้เป็นกลุ่ม ITR ส่วนค่าคะแนนรวมที่น้อยกว่า 3 ให้เป็นกลุ่ม ITR

ผลการทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ (No intention to return; No ITR) กับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำ (intention to return; ITR) พบว่า คุณสมบัติพื้นฐานที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มคือ สถานภาพสมรส อาชีพ และการศึกษา โดยกลุ่ม ITR มีจำนวนผู้อยู่ในสถานภาพสมรสมากกว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม และส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ตารางที่ 14)

การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ (No intention to return; No ITR) กับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำ (intention to return; ITR) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลสองตัวแปร(Bivariate data analysis) พบว่าความสามารถในด้านการจ่ายของผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และความแตกต่างระหว่างคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขไทย-ลาว เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม No ITR และ กลุ่ม ITR โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้บางส่วน มีโอกาสที่จะเลือกตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมด ในขณะที่ความแตกต่างด้านคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขไทย-ลาวจะส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยสูงกว่าจะมีโอกาสตัดสินใจมาใช้บริการสูงกว่าเมื่อเทียบกับการรับรู้ในคุณภาพของระบบบริการที่ต่ำกว่า(ตารางที่ 15)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบพหุสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ(Multicollinearity) ก่อนทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพุคูณ (Multiple regression analysis) ซึ่งผลการทดสอบโดยทั่วไปจะพิจารณาจากค่าเทอร์เลอร์เรนซ์ (tolerance) และค่า VIF(Variance Inflation Factor) เกณฑ์ที่นิยมใช้คือ ตัวแปรใดมีค่าเทอร์เลอร์เรนซ์ เข้าใกล้ 1 จะมีความอิสระจากตัวแปรอื่น และหากมีค่า VIF มีค่ามากกว่า 10 แสดงว่า มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นสูง และจากผลการทดสอบพบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดในสมการมีค่าเทอร์เลอร์เรนซ์เข้าใกล้ 1 และ ค่า VIF มีค่าเฉลี่ยที่ 1.18 ดังนั้นจึงสรุปว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระดังกล่าวไม่สูงมากและสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับตัวแปรตามด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ (ตารางที่ 16)

เมื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลของประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก(Multiple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำได้แก่ อาชีพ การศึกษา ความสามารถในการจ่าย ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะทางในการเดินทาง และคะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว(ตารางที่ 17) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพซ้ำของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยคือ อาชีพ การศึกษา ความสามารถในการจ่ายค่ารักษา ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะทางในการมาใช้บริการและการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว โดยมีการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาวและความสามารถในการจ่ายค่ารักษาเป็นปัจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำโดยมีค่า OR คือ 3.30 (95%CI 2.36,4.61) และ 2.52 (95%CI 1.10, 2.22) ตามลำดับ(ตารางที่ 18 และ 19)

โดยทำการทดสอบสมการด้าน Goodness of fit test ด้วย Likelihood-ratio test และ AIC test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value >0.05) และ สมการที่ได้มีความเป็นไปได้และมีความเหมาะสมของสมการที่สามารถยอมรับได้(Model 2 <model 1)

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย-ลาวระหว่างกลุ่ม No ITR กับ ITR

การรับรู้ คุณภาพระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล	**No ITR (n)**	**ITR (n)**	**P-value**
ประสิทธิภาพของการให้บริการ[§]	80	151	<0.001*
- การบริการมีค่ารักษาที่สูงมาก	(26.3)	(16.5)	
- การบริการที่ได้รับคุ้มค่ากับเงินที่ต้องจ่าย			
- มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาจำนวนมาก			
- การรักษาที่ได้รับไม่คุ้มกับการเดินทางมาใช้บริการ			
- การรักษาที่ได้รับคุ้มค่ากับความพึงพอใจ			
ค่าเฉลี่ยคะแนนความต่าง(mean±SD) [§§]	0.26 ±0.4	0.17±0.4	0.001*
ประสิทธิผลของการให้บริการ[§]	125	428	0.078
- รักษาโรคที่ยากได้	(41.0)	(46.8)	
- การรักษาได้ผลดี			
- ได้รับการดูแลจากผู้มีความรู้ความสามารถ			
- มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง			
- มีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ			
- มีความพึงพอใจหลังได้รับบริการ			
ค่าเฉลี่ยคะแนนความต่าง(mean±SD) [§§]	0.41±0.5	0.47±0.5	0.077
การเข้าถึงบริการ[§]	115	385	0.179
- ที่ตั้งของโรงพยาบาลในประเทศไทยสามารถไป-มาสะดวก	(37.7)	(42.1)	
- โรงพยาบาลในประเทศไทยมีขั้นตอนที่ยุ่งยากในการเข้ารับบริการ			
- ได้รับบริการอย่างรวดเร็ว			
- มีความพร้อมในการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง			
ค่าเฉลี่ยคะแนนความต่าง(mean±SD) [§§]	0.38±0.5	0.42±0.5	0.176

ตารางที่ 13 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย-ลาวระหว่างกลุ่ม No ITR กับ ITR

การรับรู้ คุณภาพระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล	**No ITR จำนวน (ร้อยละ)**	**ITR จำนวน (ร้อยละ)**	**P-value**
การจัดให้มีบริการอย่างเพียงพอ§ - มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สะอาดพร้อมใช้ - มีเจ้าหน้าที่มากพอที่จะให้บริการ - มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่มันสมัย - มียารักษาโรคที่จำเป็นต้องใช้ - เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ - มีแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษา	128 (42.0)	471 (51.5)	0.004*
ค่าเฉลี่ยคะแนนความต่าง(mean±SD)§§	0.42±0.5	0.51±0.5	0.004*
พฤติกรรมการให้บริการ§ - เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้ - เจ้าหน้าที่สามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับอาการและสาเหตุของโรคให้เข้าใจได้ - เจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังการรักษาได้ - มีพฤติกรรมการให้บริการดี ยิ้มแย้ม พูดจาไพเราะ	98 (32.1)	224 (24.5)	0.009*
ค่าเฉลี่ยคะแนนความต่าง(mean±SD)§§	0.32±0.5	0.24±0.4	0.012*

§ระดับนัยสำคัญทางสถิติคือ 0.05 ทดสอบด้วย Pearson's Chi square

§§ระดับนัยสำคัญทางสถิติคือ 0.05 ทดสอบด้วย student t-test

ตารางที่ 14 คุณลักษณะพื้นฐานเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ (No intention to return; No ITR) กับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำ (intention to return; ITR)

คุณลักษณะพื้นฐาน	จำนวนทั้งหมด (N=1,220)		P value
	No ITR	ITR	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ(ปี),			
อายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน§	37.3±14.3	37.1±15.0	0.810
เพศ			0.453
หญิง	195(63.9)	563(61.5)	
ชาย	110 (36.1)	352 (38.5)	
สถานภาพสมรส			0.012*
โสด/ม่าย/หย่า/แยก	106(34.8)	249(27.2)	
สมรส	199(65.2)	666(72.8)	
อาชีพ			<0.001*
เกษตรกรรม	98(32.1)	523(57.2)	
อื่นๆ †	207(67.9)	392(42.8)	
การศึกษา			0.001*
ไม่ได้เรียน	82(26.9)	341(37.3)	
เรียนหนังสือ	223(73.1)	574(62.7)	

† อาชีพอื่นๆ ได้แก่ ค้าขาย, ลูกจ้าง, เจ้าหน้าที่ของรัฐ, นักเรียน, พ่อบ้าน/แม่บ้าน, นักบวช

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติคือ 0.05 ทดสอบด้วย Pearson's Chi square

§ ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย student t-test

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ (No intention to return; No ITR) กับกลุ่มที่ตัดสินใจใช้บริการซ้ำ (intention to return; ITR)

คุณลักษณะ	จำนวนทั้งหมด (N=1,220)		P value
	No ITR	ITR	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะทางในการมาใช้บริการ(กิโลเมตร)			0.317
≤ 50	182(65.5)	535(62.1)	
> 50	96(34.5)	326(37.9)	
ระยะเวลาเดินทางมาใช้บริการ (ชั่วโมง)			0.152
≤1	113(39.1)	382(43.9)	
>1	176(60.9)	488(56.1)	
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษา			<0.001*
ไม่สามารถจ่าย§	111(36.9)	234(25.6)	
สามารถจ่ายได้ทั้งหมด	190(63.1)	679(74.4)	
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค			0.337
รุนแรง	154(50.5)	491(53.7)	
ไม่รุนแรง	151(49.5)	424(46.3)	
การรับรู้ต่อความซับซ้อนในการรักษา			0.608
ไม่ซับซ้อน	90(29.5)	256(28.0)	
ซับซ้อน ยุ่งยาก	215(70.5)	659(72.0)	
คะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว§§			<0.001*
≤10	229(75.1)	469(51.3)	
>10	76(24.9)	446(48.7)	

§ ความสามารถในการจ่ายในกลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายได้ ประกอบด้วย กลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายได้ กับกลุ่มที่สามารถจ่ายได้เพียงบางส่วน

§§ คะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว ประกอบด้วย การรับรู้ในความแตกต่างของประสิทธิภาพในการรักษา, การรับรู้ในความคุ้มค่าของการบริการ, การรับรู้ต่อความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ, การรับรู้ต่อการจัดให้มีบริการ, และพฤติกรรมการให้บริการ

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติคือ 0.05 ทดสอบด้วย Pearson's Chi square

ตารางที่ 16 การทดสอบพหุสัมพันธ์(multicollinearity) ของปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ	**VIF**	**Tolerance**
คะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว	1.04	0.96
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษา	1.06	0.95
ระยะทางในการมาใช้บริการ(กิโลเมตร)	1.50	0.67
ระยะเวลาเดินทางมาใช้บริการ (ชั่วโมง)	1.44	0.69
อาชีพ	1.07	0.94
การศึกษา	1.11	0.90
อายุ	1.05	0.95

ตารางที่ 17 แสดงการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ

คุณลักษณะ	จำนวนทั้งหมด (N=1,220)	No ITR จำนวน (ร้อยละ)	ITR จำนวน (ร้อยละ)	Crude Odds Ratio‡ (95%CI)	Adjusted Odds Ratio‡‡ (95% CI)
อายุ(ปี), mean ±SD	1,220	37.3±14.3	37.1±15.2	0.99 (0.978, 0.998)	0.99(0.980, 1.000)
เพศหญิง	758	195 (63.9)	563 (61.5)	0.98 (0.978, 0.999)	N/A
สถานภาพ					
โสด/ม่าย/หย่า/แยก	355	106 (34.8)	249 (27.2)	1	N/A
สมรส	865	199 (65.2)	666 (72.8)	1.24 (0.887, 1.727)	
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษา					
ไม่สามารถจ่าย	345	111 (36.9)	234 (25.6)	1	1
สามารถจ่ายได้ทั้งหมด	869	190 (63.1)	679 (74.4)	2.58 (1.828, 3.641)*	2.52(1.804, 3.531)*
อาชีพ					
อื่นๆ†	599	207 (67.9)	392 (42.8)	1	1
เกษตรกรรม	621	98 (32.1)	523 (57.2)	2.64 (1.197, 3.638)*	2.78(2.034, 3.789)*
การศึกษา					
เรียน	797	223 (73.1)	574 (62.7)	1	1
ไม่ได้เรียน	423	82 (26.9)	341 (37.3)	1.59 (1.133, 2.236)*	1.59(1.134, 2.236)*

หมายเหตุ : † อาชีพอื่นๆ ได้แก่ ค้าขาย, ลูกจ้าง, เจ้าหน้าที่ของรัฐ, นักเรียน, พ่อบ้าน/แม่บ้าน, นักบวช

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ(P value) คือ 0.05 ทดสอบด้วย ‡ : Logistic regression, ‡‡ : Backward stepwise multiple regression analysis

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ

คุณลักษณะ	จำนวนทั้งหมด (N=1,220)	No ITR จำนวน (ร้อยละ)	ITR จำนวน (ร้อยละ)	Crude Odds Ratio‡ (95%CI)	Adjusted Odds Ratio‡‡ (95% CI)
ระยะเวลาในการเดินทาง (ชั่วโมง)					
>1	664	176 (60.9)	488 (56.1)	1	1
≤1	495	113 (39.1)	382 (43.9)	1.54 (1.082, 2.197)*	1.56(1.100, 2.225)*
ระยะทางในการเดินทาง (กิโลเมตร)					
≤ 50	717	182 (65.5)	535 (62.1)	1	1
> 50	422	96 (34.5)	326 (37.9)	1.87 (1.283, 2.712)*	1.86(1.283, 2.701)*
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค					
ไม่รุนแรง	645	154 (50.5)	491 (53.7)	1	N/A
รุนแรง	575	151 (49.5)	424 (46.3)	1.02 (0.740, 1.415)	
การรับรู้ต่อความซับซ้อนในการรักษา					
ไม่ซับซ้อน	346	90 (29.5)	256 (28.0)	1	N/A
ซับซ้อน	874	215 (70.5)	659 (72.0)	1.07 (0.758,1.521)	
คะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว					
≤10	698	229 (75.1)	469 (51.3)	1	1
>10	522	76 (24.9)	446 (48.7)	3.31 (2.366, 4.626)*	3.30(2.364, 4.607)*

หมายเหตุ : * ระดับนัยสำคัญทางสถิติ(P value) คือ 0.05 ทดสอบด้วย , ‡ : Logistic regression, ‡‡ : Backward stepwise multiple regression analysis

ตารางที่ 18 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำ

คุณลักษณะ	Crude Odds Ratio‡ (95%CI)	Adjusted Odds Ratio‡‡ (95% CI)	P-value
อายุ	0.99 (0.975, 0.997)	0.99 (0.980, 1.000)	0.052
อาชีพ			<0.001*
อื่นๆ	1	1	
เกษตรกรรม	2.64 (1.197, 3.638)	2.78 (2.034, 3.789)	
การศึกษา			0.007*
เรียนหนังสือ	1	1	
ไม่ได้เรียน	1.59 (1.133, 2.236)	1.59 (1.134, 2.236)	
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษา			<0.001*
ไม่สามารถจ่าย	1	1	
สามารถจ่ายได้ทั้งหมด	2.12 (1.523, 2.940)	2.52 (1.804, 3.531)	
ระยะเวลาเดินทางมาใช้บริการ (ชั่วโมง)			0.013*
>1	1	1	
≤1	1.54 (1.082, 2.197)	1.56 (1.100, 2.225)	
ระยะทางในการมาใช้บริการ(กิโลเมตร)			0.001*
≤ 50	1	1	
> 50	1.87 (1.288, 2.723)	1.86 (1.284, 2.701)	
คะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว			<0.001*
≤10	1	1	
>10	3.56 (2.569, 4.946)	3.30 (2.364, 4.607)	

หมายเหตุ :

‡ Logistic regression

‡‡ Multiple logistic regression (stepwise method) เมื่อควบคุมปัจจัยด้านอายุ, เพศ, อาชีพ, การศึกษา, การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค, การรับรู้ต่อความซับซ้อนในการรักษา

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติคือ 0.05 ทดสอบด้วย Multiple logistic regression (stepwise method)

ดังนั้น ผู้ป่วยชาวลาวกลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาวมาก มีโอกาสตัดสินใจใช้บริการซ้ำมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้น้อย เป็น 3.30 เท่า(95% Confidence interval 2.364, 4.607) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นให้คงที่

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความสามารถจ่ายค่ารักษาทั้งหมด มีโอกาสตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมดเป็น 2.52 เท่า(95% Confidence interval 1.804, 3.531) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นให้คงที่

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีระยะทางในการเดินทางมาใช้บริการมากกว่า 50 กิโลเมตร มีโอกาสตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำมากกว่ากลุ่มที่มีระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 กิโลเมตร เป็น 1.86 เท่า (95% Confidence interval 1.284, 2.701) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นให้คงที่

ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการมาใช้บริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง มีโอกาสตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ต้องใช้ระยะเวลามาใช้บริการมากกว่า 1 ชั่วโมง เป็น 1.56 เท่า (95% Confidence interval 1.100, 2.225) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นให้คงที่

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีโอกาสตัดสินใจมาใช้บริการมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น 2.78 เท่า (95% Confidence interval 2.034, 3.789) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นให้คงที่

ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีโอกาสตัดสินใจมาใช้บริการมากกว่ากลุ่มที่เรียนหนังสือเป็น 1.59 เท่า (95% Confidence interval 1.134, 2.236) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นให้คงที่

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการในประเทศไทย ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณภาพของระบบบริการ ประกอบด้วยความเห็นอันดับหนึ่งคือ มีหมอเก่ง อันดับสองคือ รักษาโรคที่ยากได้ และอันดับสามคือ มีเครื่องมือที่พร้อมและทันสมัย (ตารางที่ 17) ทั้งนี้เมื่อจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลพบว่า นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ปัจจัยทางเศรษฐกิจก็ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการด้วย

ตารางที่ 19 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการในประเทศไทย จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

ขนาดของโรงพยาบาล	ลำดับที่	คุณภาพของระบบบริการ	P-value*
เล็ก (n=21)	1	มีหมอเก่ง	0.004*
	2	รักษาโรคที่ยากได้	0.235
	3	มีความคุ้มค่าในการรักษา	0.001*
กลาง (n=8)	1	มีหมอเก่ง	0.004*
	2	มีความคุ้มค่าในการรักษา	0.001*
	3	มีเครื่องมือพร้อม ทันสมัย	0.001*
ใหญ่ (n=12)	1	มีหมอเก่ง	0.004*
	2	มีเครื่องมือพร้อม ทันสมัย	0.001*
	3	รักษาโรคที่ยากได้	0.235

* Chi-Square test, significant level < 0.05

ข้อสังเกต ที่พบคือ

- ผู้มาใช้บริการข้ามพรมแดนส่วนใหญ่มีที่อยู่ใกล้พรมแดนและสามารถเดินทางมาใช้บริการที่ประเทศไทยได้ใกล้กว่า สะดวกกว่า เร็วกว่าที่จะไปใช้บริการที่สถานบริการในประเทศลาวโดยตรง
- กลุ่มอายุของผู้มาใช้บริการร้อยละ 50 ขึ้นไปอยู่ในวัยแรงงานคือไม่เกิน 30 ปี
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการในประเทศไทย สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ให้บริการและสถานบริการ แต่ไม่สอดคล้องกับลักษณะและความรุนแรงของโรคในการมาใช้บริการจริง เช่น เหตุผลต่อการตัดสินใจอันดับหนึ่งคือ มีหมอเก่ง รักษาโรคที่ยากได้ มีเครื่องมือพร้อมและทันสมัย แต่โรคที่มาใช้บริการเป็นโรคทั่วไป เช่น Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Dyspepsia (K30), Essential(primary) hypertention (I10), Supervision of normal pregnancy, unspecified (Z349), Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09) เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นชัดเจนว่า

ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคหรือการรับรู้ต่อความยากง่ายในการรักษาไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเห็นด้านการบริหารจัดการและนโยบาย

3.1 สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย

- **สถานการณ์ด้านการบริหารจัดการในปัจจุบัน**

3.1.1 สถานการณ์ที่โรงพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวน 4 คน จาก 2 โรงพยาบาล พบว่า

ก. บริบทด้านพื้นที่ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการจ่ายค่าบริการ

โรงพยาบาลที่มีพื้นที่ติดกับชายแดนในเขตพื้นที่ที่ไม่ใช่เขตเศรษฐกิจหรือเมืองใหญ่ ประกอบกับอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง เดินทางได้ลำบากเมื่อเทียบกับเดินทางข้ามพรมแดนเข้ามาในประเทศไทย โรงพยาบาลกลุ่มนี้ที่จะได้รับผลกระทบด้านภาระการเงินค่อนข้างมาก เพราะไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยได้ มีการแก้ปัญหาโดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลในการรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ และบางครั้งต้องขอรับบริจาคเงินจากบุคลากรโรงพยาบาลเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางให้ผู้ป่วยใช้ในการกลับบ้าน (ภาพที่ 7-10) โรงพยาบาลที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้มีอย่างน้อย 20 โรงพยาบาล ด่านพรมแดนที่อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลเหล่านี้ ได้แก่ ด่านผ่อนปรน ทั้งประเภทเปิดทุกวัน และเปิดบางวัน และบางส่วนเป็นโรงพยาบาลที่มีการข้ามมาใช้บริการโดยผ่านทางช่องเขาหรือช่องทางระดับพื้นที่ ซึ่งชาวลาวข้ามพรมแดนมาใช้บริการผ่านทางด่านท้องถิ่น

ภาพที่ 7 แสดงลักษณะพื้นที่ที่ติดชายแดนของด่านพรมแดนประเภทด่านผ่อนปรนประเภทเปิดทุกวัน

ภาพที่ 8 แสดงลักษณะพื้นที่ที่ติดชายแดนของด่านพรมแดนประเภทด่านผ่อนปรนประเภทเปิดบางวัน

ภาพที่ 9 แสดงลักษณะพื้นที่ที่ติดชายแดนของด่านพรมแดนประเภทด่านท้องถิ่น

ภาพที่ 10 แสดงลักษณะพื้นที่ที่ติดชายแดนของด่านพรมแดน

ข. **บริบทด้านการบริหารจัดการ ที่ส่งผลต่อการเรียกเก็บค่าบริการ** ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรด้านการเงินและสังคมสงเคราะห์จำนวน 2 คน จาก 2 โรงพยาบาล พบว่า

โรงพยาบาลขนาดเล็กที่อยู่ในพื้นที่ติดกับพื้นที่เขตเศรษฐกิจของประเทศลาว ต้องแข่งขันกับสถานบริการสุขภาพเอกชนทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ไม่ว่าจะเป็นคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ที่มีการคัดเลือกโดยธรรมชาติตามศักยภาพของผู้ใช้บริการทำให้สามารถให้บริการได้เร็วกว่าเนื่องจากมีผู้ใช้บริการน้อยกว่า ดังนั้น ผู้ใช้บริการที่มีความสามารถในการจ่ายสูงจะไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพเอกชน หรือใช้บริการที่สถานบริการเอกชนจนถึงขีดความสามารถจะจ่ายได้จึงจะกลับมาใช้บริการของรัฐ ส่วนผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายต่ำกว่าจะเลือกใช้บริการของรัฐอยู่แล้ว ทำให้โรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดเล็กกลุ่มนี้พบกับปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่ได้ติดพื้นที่เขตเศรษฐกิจ ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดเล็กมีภาระค่าใช้จ่ายในการให้สังคมสงเคราะห์ต่อผู้ป่วยชาวลาวเป็นจำนวนสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากโดยธรรมชาติผู้ใช้บริการมีความสามารถในการจ่ายไม่มาก

“คนไข้ที่ข้ามมาจากฝั่งโน้น พายเรือกันมา เงินก็ไม่มี เรียกเก็บก็ไม่ได้ ไม่รู้จะทำยังไง ดูแล้วก็รู้ว่า ไม่มีจริงๆ ก็ต้องช่วยเหลือกันไป บางคน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต้องช่วยกันเรี่ยไรเงินเพื่อส่งกลับมาก็มี”

“...บางคนเพราะถูกส่งตัวมาจากคลินิก เพราะคลินิกไม่มีเครื่องมือ ต้องมาทำที่โรงพยาบาล มาถึงรักษาเสร็จ อ้าว! ไม่มีเงินจ่าย เพราะจ่ายที่คลินิกไปหมดแล้ว แล้วจะให้ทำยังไงนอกจากต้องช่วยกันไป...”

สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ไม่มีการบริหารจัดการที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการผู้ป่วยชาวลาวหรือผู้ป่วยต่างชาติ จะทำให้เกิดปัญหาในการรับภาระค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

“คนไข้ที่ส่งมาสังคมสงเคราะห์จะถูกส่งมาเมื่อรักษาเสร็จแล้ว แล้วจะมีประโยชน์อะไรจะส่งมาคัดกรอง มาถึงขั้นนี้ยังไงก็ต้องให้สงเคราะห์กันไป”

“ระบบน่ะ...มี ส่งมาคัดกรอง เราก็สัมภาษณ์แล้ว ให้ความเห็น ขีดเส้นใต้สีแดงเขียนตัวโตๆ ว่าผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ก็ไม่มีใครสนใจ บางคนรักษาด้วยการเปลี่ยนอวัยวะเทียม หรือใช้เทคโนโลยีสูงๆ แบบนี้ก็ไม่รู้จะส่งมาคัดกรองทำไม”

"...คนไข้มาถึงสังคมสงเคราะห์ด้วยเรื่องไม่มีเงินจ่าย พอถามก็บอกมารักษาที่คลินิก แล้วหมอที่คลินิกก็ส่งมาที่โรงพยาบาล เงินจ่ายเป็นค่าฝากไข้หมอที่คลินิกไปแล้ว 10 พัน (บาท) เลยไม่มีเงินมาจ่ายที่โรงพยาบาล.."

"...ข้อมูลสังคมสงเคราะห์มี แต่ไม่มีใครเอาไปทำอะไร เลยไม่รู้จะเก็บข้อมูลไปทำไม เสียเวลา..."

"...คนไข้เขาส่งข่าวกันปากต่อปาก ว่า มาที่ฝั่งไทย ไม่ต้องมีเงินทางนี้ก็รักษาให้ อยู่ทางโน้นจะรักษาต้องจ่ายเงินก่อน มาทางนี้ พอรักษาเสร็จก็ให้บอกว่า ไม่มีเงิน แล้วเขาก็จะช่วย ...อันนี้คนไข้เขาเล่าให้ฟังเอง เราก็เลยได้แต่รับรู้แต่ทำอะไรไม่ได้..."

ค. การปรับตัวของโรงพยาบาลต่อปัญหา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 3 คน จาก 3 โรงพยาบาล พบว่า

โรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่มีระบบการจัดการที่เป็นรูปแบบชัดเจน แน่นอน แต่มีโรงพยาบาลสองแห่งได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคายที่เริ่มมีระบบการบริหารจัดการอย่างเข้มแข็งเพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและได้ผลชัดเจน ซึ่งแบ่งวิธีการปรับตัวได้เป็น 2 ลักษณะคือ การปรับตัวด้านบริหารจัดการและการปรับตัวด้านการพัฒนาศักยภาพ

- การปรับตัวในด้านบริหารจัดการ โรงพยาบาลแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง เริ่มจากกลไกที่มีอยู่เดิมคือ การตรวจสอบสิทธิของผู้มาใช้บริการ ผู้บริหารโรงพยาบาลทราบว่า ปัญหาการมาใช้บริการของผู้ป่วยต่างด้าวมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายส่วน จึงได้มีการประสานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว เพื่อให้มีความเข้มแข็งในด้านการจัดผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าระบบให้ได้มากที่สุด ทำให้สามารถเรียกเก็บเงินคืนได้ในบางส่วน สำหรับผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการโดยเฉพาะไม่ใช่กลุ่มแรงงาน กลุ่มนี้ต้องมีการคัดกรองอย่างเข้มแข็ง หากถูกส่งต่อมาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน จะถูกจัดเป็นกลุ่มที่พิจารณาให้การสงเคราะห์น้อยกว่ากลุ่มที่มีความจำเป็นด้านค่าใช้จ่ายจริง การจัดระบบที่เข้มแข็งอย่างนี้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องให้การสงเคราะห์ลงไปได้มาก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้กล่าวถึงเหตุผลในการตัดสินใจและวิธีดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาของโรงพยาบาลนี้ว่า สืบเนื่องจากปัญหาการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในด้านการสงเคราะห์ค่อนข้างมากโดยเฉพาะผู้ป่วยชาวลาวที่ถูกส่งตัวมาจากคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน

"โรงพยาบาลต้องหาวิธีที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องพึ่งงบประมาณหรือรอรับการช่วยเหลือเข้ามาในระบบ เพียงใช้ระบบและกลไกของหน่วยงานที่มีอยู่เดิมแต่พัฒนาศักยภาพให้มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพมากขึ้น"

นั่นคือ ระบบสารสนเทศและงานสิทธิบัตร ทำให้เป็นที่มาของการปรับระบบในงานสิทธิบัตรให้มีหน้าที่ในการตรวจสอบสิทธิการใช้บริการอย่างเข้มแข็ง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหนักหรือฉุกเฉินก็ให้บริการตามปกติ ส่วนกลุ่มที่ถูกส่งตัวมาจากคลินิกหรืออยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเตรียม (elective case) จะถูกส่งไปคัดกรองที่งานสิทธิบัตรก่อน

"จะมีการคัดกรองว่ามีญาติพี่น้องในพื้นที่ประเทศไทยหรือไม่ และถ้าเป็นผู้ป่วยชาวลาวที่มีที่อยู่ในประเทศไทย อาจต้องสอบถามผ่านผู้ใหญ่บ้าน ก่อนที่จะพิจารณาให้การสงเคราะห์"

ส่วนสาเหตุที่ทำให้จำนวนค่าใช้จ่ายในการให้สงเคราะห์ลดลงอย่างมาก มีสาเหตุมาจากมีความเข้มแข็งในการใช้ระบบบัตรสุขภาพในแรงงานต่างด้าวซึ่งนายจ้างต้องจ่ายเงินเพื่อซื้อประกันให้กับลูกจ้างในราคา 1,300 หรือ 1,800 บาท) ทั้งนี้ เคยได้มีการสะท้อนปัญหาดังกล่าวไปทางผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขหลายครั้ง แต่ก็ไม่เคยมีการสะท้อนกลับแต่อย่างใด จึงต้องมีการปรับระบบการเรียกเก็บที่ชัดเจนและเข้มแข็ง ซึ่งต้องมีการดำเนินงานคู่ขนานไปกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวในพื้นที่จึงจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ ส่วนความเห็นต่อการให้ความช่วยเหลือด้านงบประมาณมายังโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดนนั้น มีความเห็นว่า ไม่ควรจัดสรรด้วยการให้เปล่าเพราะจะทำให้โรงพยาบาลไม่หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามบริบทด้วยตนเอง

"การที่จะจัดสรรความช่วยเหลือด้านงบประมาณต้องมีการดำเนินการอย่างรอบคอบ ไม่ควรเป็นการให้เปล่า เพราะจะทำให้โรงพยาบาลไม่พึ่งตนเอง หรืออาจพิจารณาหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลืออย่างชัดเจนเพราะโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่มีความต้องการและความจำเป็นที่แตกต่างกัน"

- การปรับตัวในด้านการพัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลแห่งที่สองเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง ดำเนินการเปลี่ยนภาวะวิกฤติที่มีผู้ป่วยชาวลาวข้ามพรมแดนมาใช้บริการจำนวนมากให้เป็นโอกาส โดยพัฒนาระดับศักยภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยชาวลาวที่มีกำลังหรือมีความสามารถในการจ่ายมาใช้บริการให้มากขึ้น แทนที่จะมีแต่กลุ่มที่มีกำลังจ่ายน้อยเพียงกลุ่มเดียว การดำเนินงานในลักษณะนี้ แม้ว่า ค่าใช้จ่ายในด้านการสงเคราะห์ยังคงมีอยู่ แต่โรงพยาบาลจะมีรายรับทั้งจากค่าบริการตามปกติและการบริจาคสนับสนุนจากผู้ป่วยกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายสูงตามมา ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหานี้ไปได้

“จุดแข็งของเราก็คือ ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า เหมาะสมกว่า ฝีมือไม่ต่างกัน-เราก็ต้องมาพัฒนาเรื่องการบริการ สิ่งสำคัญ เพราะเรา เรื่องรักษาไม่แพ้ ราคาเราได้เปรียบ แต่เรื่องการบริการถ้าทำตามแบบอดีต คือ ข้าราชการจ๋า ก็ไม่มีทางที่จะสามารถซื้อเขาได้ เพราะฉะนั้นเราต้องไปเลียนแบบเอกชน คือ เราสามารถ ก็อบปี้ ได้ ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นที่ศูนย์ทุกอย่าง เราสามารถไปดูที่เอกชนว่า ดูว่าเขาทำยังไงการบริการเขาเป็นอย่างไร ดูที่เซอร์วิส อย่างเดียว คือ พยายามเน้นเรื่องเซอร์วิส ถ้าแค่เดินเข้ามาก็รู้สึกถึงบรรยากาศอย่างที่พูดถึงเมื่อกี้ ไม่เหมือนเดินเข้ามาแล้วมีแต่เรื่องซีเรียส ตึกโทรมๆ เก่า ๆ ขึ้นรา ไม่ทาสี บรรยากาศไม่มีความร่มรื่นไม่มี สิ่งอำนวยความสะดวกไม่มี อะไรอย่างนี้ มันจะทำให้เขามีความรู้สึกว่าเอ๊ะ จะไปโรงพยาบาลเอกชนทำไมถึงจะต่างกันก็พอรับได้”

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในประเด็นการปรับตัวของโรงพยาบาลในด้านการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้จากผู้ป่วยชาวลาว พบว่า รูปแบบของการปรับตัวดังกล่าว แยกเป็น 2 รูปแบบคือ

1. ใช้ขั้นตอนและกลไกที่มีอยู่เดิมแต่เน้นการปฏิบัติให้มีความเข้มงวดมากขึ้น ทั้งนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ให้นโยบาย อีกทั้ง ควบคุม กำกับและติดตามการปฏิบัติให้มีความต่อเนื่อง
2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและโรงพยาบาลให้สามารถแข่งขันกับสถานบริการอื่นทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ เพื่อรองรับผู้ใช้บริการที่มีกำลังซื้อและความต้องการสูง โดยมีปัจจัยร่วมที่ทำให้สำเร็จได้ 2 ประการคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลและบริบทของโรงพยาบาลที่ต้องอยู่ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจ

3.1.2 สถานการณ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากการสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน บุคลากรฝ่ายนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 2 คน บุคลากรฝ่ายประกันสุขภาพและประกันสังคม จำนวน 2 คน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรฝ่ายแผนและยุทธศาสตร์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จาก 2 จังหวัด พบว่า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดน ส่วนใหญ่มีการประสานงานติดต่อกับแผนกสาธารณสุขประจำแขวงของประเทศลาวในพื้นที่ที่ติดกัน แต่ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ทำงานประสานกันจะเป็นเรื่องข้อมูลการเฝ้าระวังโรคตามข้อตกลงของ Mekong basin disease surveillance(MBDS) และกฎของ International health regulations (IHR) โดยฝ่ายไทยและลาวจะรวบรวมส่งข้อมูลแลกเปลี่ยนกันเป็นระยะ ตามการตกลงของแต่ละพื้นที่ แต่ความเข้มแข็งของการทำงานดังกล่าวขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าจะเป็นของฝั่งไทยหรือลาว

สำหรับข้อมูลในด้านสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยชาวลาวในภาพรวมของจังหวัด พบว่า มีการรวบรวมเพียงตัวเลขค่ารักษาพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งอาจทำได้ไม่ครบถ้วนทุกโรงพยาบาลและการดำเนินงานเพื่อรวบรวมข้อมูลขึ้นกับความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากข้อมูลดังกล่าว ไม่ได้อยู่ในระบบรายงานปกติที่ต้องส่งเข้ากระทรวงสาธารณสุข เป็นแต่เพียงรวบรวมข้อมูลไว้สำหรับในบางโอกาสที่ถูกเรียกถามข้อมูลเท่านั้น

จะเห็นได้ว่า มุมมองต่อการให้ความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับนโยบาย

สำหรับความเห็นในด้านการบริหารจัดการปัญหาในอนาคต พบว่า การบริหารจัดการปัญหา ต้องกระทำในระดับนโยบายของประเทศและระหว่างประเทศเท่านั้น และในมุมมองของผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดน และผู้บริหารงานสาธารณสุขสูงสุดระดับจังหวัด มีความเห็นว่า น่าจะเป็นไปได้หากรัฐให้ความสำคัญต่อปัญหาและกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง โดยเฉพาะแนวคิดเรื่องบัตรประกันสุขภาพของคนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยหรือการมีกองทุนสุขภาพร่วมระหว่างประเทศอาเซียน

“ผมคิดว่าขายบัตรประกันสุขภาพให้คนลาวขายเลยเหมือนกับตอนนี้บริษัทประกันชีวิตที่เป็นเอกชนของเรา เมื่อก่อนเขารับเฉพาะคนไทยใช่ไหมครับที่ๆจะซื้อประกันใช่ไหมครับ เวลาเขา

ประสบอุบัติเหตุหรืออะไรประมาณนั้น เขาเคลม เดี๋ยวนี้รับคนลาวก็รับนะครับ ผมว่า แล้วทำไม คนไทยไม่ขายบัตรประกันสุขภาพให้คนลาวไปเลยเท่ากับรายหัว"

"แนวคิดผมเองว่าถ้าทำเป็นลักษณะประกันกลาง เช่น เวลาเราไปเที่ยวเขาก็ยังมีการประกันเลยนะอย่างไปต่างประเทศเขามีประกันนะ...สมมุติว่า เวลาเราเจ็บป่วย เราก็เข้ารับการรักษาได้ซึ่งลักษณะนี้มันน่าจะทำได้...ก็คือประกันอาเซียนก็ได้คือมีบริษัทใดบริษัทหนึ่งที่เป็นอินเตอร์เนชั่นแนลใช่ไหมรับประกันเลย...ข้ามมาก็เอาใบประกันมาว่าก็คือ จากการตรวจก็ต้องมีระบบนี้ว่าถ้าไม่มีบัตรใบประกันเหมือนเราไปต่างประเทศทำวีซ่า หรือว่าพาสปอร์ตถ้าไม่มีประกันก็ไม่ให้ข้ามนี่ก็จบแล้วก็เป็นเงินไม่ต้องมากใช่ไหมครับอาจจะเป็นเงินไม่กี่บาทเพราะว่าถ้าเป็นแมสใหญ่ใช่ไหมเงินนิดเดียว...สิบบาทยี่สิบบาทอะไรอย่างนี้นะหรือว่าร้อยบาทซึ่งถือว่าเป็นเงินไม่มากอันนี้ก็คือน่าจะเป็นทางออกได้แต่ว่าต้องมีการประชุมกันนะครับ แล้วผมคิดว่าบริษัทในเรื่องของประกันเขารับอยู่แล้วเพราะแม้เป็นคนเป็นสิบล้านยี่สิบล้านคนก็คือเรามองทั้งรอบบ้านรวมถึงประเทศไทยด้วยรวมทั้งประเทศไทยที่อาจจะต้องข้ามไปรักษามาเลเซียในกรณีเร่งด่วนหรือว่าเวลาไปพม่า...ระบบเดียวกันเลยนะครับมันก็ได้สมประโยชน์กันทั้งหมดไม่ใช่ว่าใครจะได้ประโยชน์เสียประโยชน์เพียงประเทศเดียวคงไม่นะครับเพราะว่าเราก็มีโอกาสที่จะไปต่างประเทศอย่างเช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ หรือว่า เวียดนามอะไรอย่างนี้นะ"

"น่าจะมีกองทุนร่วมตรงนี้ได้คล้ายๆกับเป็นหลักประกันของเราใช้กับกลุ่มที่อยู่ตะเข็บชายแดน"

"นโยบายอย่างเดียวครับโพลิซีว่าด้วยเรื่องระหว่างประเทศมันต้องเป็นโพลิซีไม่ใช่ต่างคนต่างทำไม่ได้กระทรวงสาธารณสุขกระทรวงเดียวก็ไม่ได้ต้องกระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม"

3.1.3 สถานการณ์ในระดับนโยบาย

ก. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า

การบริหารจัดการด้านการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ติดชายแดนนั้น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีนโยบายที่จะต้องให้บริการตามหลักมนุษยธรรม โดยให้มีการจัดการเรื่องการเฝ้าระวังโรคและให้โรงพยาบาลในพื้นที่ต้องบริหารจัดการปัญหาตามบริบทในพื้นที่ของตน โดยประเด็นด้านยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน มี 4 ประเด็นหลักคือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนหรือภาคีทำงาน และการบริหารจัดการ

- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ การสนับสนุนให้มีการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่
- การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ การอยู่ในหลักประกันสุขภาพและการมีสถานบริการให้การรักษา โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือเข้าถึงบริการได้ยาก (Outreach service) ได้แก่ คนไทยที่อยู่ห่างไกลตามขอบชายแดน กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยแต่ยังไม่ได้รับสิทธิ์เป็นพลเมืองประเทศไทย ซึ่งไม่ได้ครอบคลุมถึงคนลาวหรือคนที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชนของคนไทย
- ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนหรือภาคีทำงาน มีเวทีหรือ forum ทำงานร่วมกัน ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ ซึ่งทำให้ไม่มีทิศทาง(direction)
- การบริหารจัดการ โดยเฉพาะเรื่องข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะนำไปสู่การประสานงานกับต่างประเทศ

สำหรับแนวทางสำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศได้มีการวางแผนในหลายประเด็น ได้แก่ ระบบส่งต่อ ซึ่งควรจะมีการพัฒนาร่วมกันระหว่างสองประเทศ ความร่วมมือในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลในเชิงระบบ เช่น การส่งรายงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหลายหน่วยงานได้เริ่มทำไปบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีข้อมูลว่า พื้นที่ไหนได้ทำไปแล้วบ้างและได้ผลเป็นอย่างไร

ทั้งนี้ ความเห็นของผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในประเด็นปัญหาคือ การแบ่งปันทรัพยากรระหว่างหน่วยงานและปัญหาด้านระบบข้อมูล

"ปัญหาที่พบคือ หลายจังหวัด ไม่มีเป้าหมายเฉพาะ (focal point) ที่ชัดเจน ไม่มีการเชื่อมโยงกันภายในจังหวัด ซึ่งบางจังหวัดมีหน่วยงานทำงานเฉพาะ ในชื่อ กลุ่มกิจการเฉพาะ

ที่สำคัญคือ ไม่ค่อยมีการ แบ่งปันทรัพยากรระหว่างหน่วยงานหรือแม้แต่ภายในหน่วยงานเดียวกัน (shared resource) ยกตัวอย่างเช่น การแชร์ปัญหาร่วมกันในเรื่องปัญหาและผลกระทบในการมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวต่อคนไทย บางแผนกหรือบางหน่วยงานมีข้อมูลแต่เก็บไว้กับตัว ไม่นำมาแลกเปลี่ยนกัน ก็เลยไม่มีใครรู้ หรือบางหน่วยงานมีการสำรวจปัญหา(explore)ไว้ แต่ไม่เผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นรับรู้ ก็ทำให้เกิดปัญหาในด้านการวางแผนและการจัดการ โดยเฉพาะงานด้านควบคุมและป้องกันโรค เช่น โรคบางอย่างที่ต้องเฝ้าระวังหรือเฝ้าระวังเป็นพิเศษ หรือ การตรวจจับ (detect) ในเรื่องการป้องกัน เช่น การขนไก่ข้ามประเทศ"

"ระบบข้อมูลของคนต่างด้าวยังไม่ดี อาจสืบเนื่องมาจากปัญหาเรื่อง การจำแนกคน (identification) คือไม่สามารถระบุตัวคนต่างด้าวได้ เพราะคนกลุ่มนี้ไม่มีเลขประจำตัว ทำให้ไม่สามารถแยกเชื้อชาติได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการด้านงบประมาณ เพราะเมื่อจำแนกหรือ identify ไม่ได้ ก็จะไม่รู้ตัวหาร เพื่อนำมาคำนวณค่าใช้จ่ายให้ครอบคลุม (coverage)"

ข้อสรุปสำหรับสถานการณ์ในระดับนโยบายที่พบคือ

- ยังไม่มีนโยบายในประเด็นด้านการจัดสรรงบประมาณ
- ประเด็นที่เป็นปัญหาในปัจจุบันคือ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระบบข้อมูล

ข. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า

การจัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่แถบชายแดน ที่ต้องรับภาระปัญหาด้านค่าใช้จ่ายจากคนต่างชาติที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้นั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ไม่ได้จัดสรรงบประมาณเป็นพิเศษให้แต่อย่างใด เนื่องจากขอบเขตความรับผิดชอบของสปสช.คือการดูแลการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยชาวไทย และการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลจึงเป็นงบประมาณที่คำนวณรายจ่ายต่อหัวประชากรที่เป็นคนไทยเท่านั้น พร้อมทั้งหากมองในมุมของกระทรวงสาธารณสุขเอง ก็คงไม่สามารถจะจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มิใช่ชาวไทยได้ จึงเป็นช่องว่างที่ทำให้เกิดภาระที่โรงพยาบาลต้องช่วยเหลือตัวเองขึ้น

ในอดีต สปสช. มีการจ่ายเงินให้เป็นเหมาจ่ายรายหัว(capitation) โดยปรับ(adjust)ไปตามโครงสร้างประชากรในพื้นที่ แต่ไม่สามารถทำให้โรงพยาบาลนำไปอุดหนุนหรือสังเคราะห์(subsidize)รายได้ของโรงพยาบาลให้สามารถอยู่ได้ เนื่องจากทางสปสช.ไม่ทราบ

สัดส่วนการให้บริการของผู้ป่วยต่างชาติกับผู้ป่วยชาวไทยอย่างชัดเจน อีกทั้งเมื่อตรวจสอบข้อมูลที่มีก็พบว่า ไม่ได้มีจำนวนมากจนเป็นปัญหามาก แต่ต่อมา สปสช. ได้พัฒนาการจัดสรรงบประมาณเป็นพิเศษขึ้นมาจำนวนหนึ่งสำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดนทุกแห่ง โดยใช้การคำนวณด้วยสมการต้นทุนที่เรียกว่า cost function ซึ่งหลักการคือ ทุกโรงพยาบาลจะมีต้นทุนคงที่ (fix cost) ส่วนหนึ่ง แล้วทำการเพิ่มต้นทุนคงที่ให้สูงขึ้น ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลในแต่ละขนาด เพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ทั้งนี้ สปสช.จะคำนวณต้นทุนคงที่จากรายจ่ายของโรงพยาบาล เนื่องจากพบว่า ข้อมูลรายรับของโรงพยาบาลยังไม่ถูกต้องเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ การทำเช่นนี้จะทำให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ครอบคลุมรวมไปถึงปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยต่างชาติไว้ด้วย แต่การที่จะเพียงพอหรือไม่แค่ไหน ขึ้นกับประสิทธิภาพของการบริหารจัดการด้านการเงินในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว สปสช. ได้ทำมาอย่างต่อเนื่องเข้าปีที่ 3 และพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจกับการดำเนินการเช่นนี้ และนอกจากการใช้วิธีการคำนวณด้วยสมการ cost fuction แล้ว สปสช. ยังมีระบบตรวจสอบย้อนกลับไปที่โรงพยาบาลที่ยังมีปัญหาเพื่อตรวจสอบข้อมูลก่อนการจัดสรรงบประมาณด้วย

สถานการณ์ด้านการจัดสรรงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือ

- การจัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลเป็นงบประมาณที่คำนวณรายจ่ายต่อหัวประชากรที่เป็นคนไทยเท่านั้น
- การคำนวณงบประมาณสำหรับโรงพยาบาล ได้จากการคำนวณด้วยสมการต้นทุนที่เรียกว่า cost function
- ข้อมูลที่สปสช.ใช้เพื่อบริหารจัดการงบประมาณ เป็นฐานข้อมูลที่ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น หากข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง การจัดสรรงบประมาณก็จะเหมาะสมด้วย แต่หากข้อมูลที่ได้รับไม่ตรงกับความเป็นจริง ก็จะส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณอย่างแน่นอน

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลทั้งหมดทำให้สามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอภิปรายผลที่ได้ดังนี้คือ

1. สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

พบว่า การข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาวยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การมีหรือไม่มีด่านพรมแดนไม่ได้เป็นอุปสรรคในการมาใช้บริการ แต่เป็นไ ปตามความจำเป็นของสถานะทางสุขภาพและความเชื่อมั่นต่อสถานบริการ ซึ่งหากเป็นการข้ามพรมแดนในพื้นที่ที่ไม่มีด่านจะยิ่งเป็นการเพิ่มสะดวกเนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นค่าธรรมเนียม เห็นได้จากบริเวณพื้นที่ที่ติดแม่น้ำโขงหลายแห่งไม่มีด่านพรมแดน ผู้ป่วยชาวลาวสามารถพายเรือข้ามแม่น้ำพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนได้ แต่เนื่องจากการศึกษานี้ สนใจศึกษาในโรงพยาบาลที่มีขนาด 10 เตียงขึ้นไป จึงไม่ได้รวมโรงพยาบาลดังกล่าวในการศึกษานี้ด้วย สำหรับพื้นที่ที่เป็นช่องเขาจะมีความยากลำบากในด้านการเดินทาง บางพื้นที่ ผู้มาใช้บริการต้องเดินทางด้วยเท้าเป็นเวลาหลายวันเพื่อข้ามมาใช้บริการ ทำให้เป็นอุปสรรคในการตัดสินใจมาใช้บริการโดยธรรมชาติ ส่วนบางพื้นที่ที่พรมแดนถูกกั้นด้วยลำห้วยแคบๆหรือป่าละเมาะเล็กๆ เนื่องจากเป็นหมู่บ้านหรือเป็นพื้นที่เดียวกันมาก่อนที่จะมีพรมแดนทำให้การเดินทางข้ามไปมาเป็นเรื่องง่ายดายยิ่งขึ้นเพราะมีความเกี่ยวพันทางสายเลือด และการข้ามมาใช้บริการในประเทศไทยเป็นความสะดวกมากกว่าที่จะเดินทางไปใช้บริการที่สถานบริการขนาดใหญ่ในประเทศลาวที่อยู่ห่างไกลออกไป แม้ว่าสถานบริการในประเทศไทยเป็นสถานพยาบาลขนาดเล็ก แต่เมื่อเทียบกับสถานบริการที่มีในชุมชนของประเทศลาวกลับถือว่าเป็นสถานบริการที่มีครบทั้งบุคลากร เวชภัณฑ์ และเครื่องมือที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม การมีด่านพรมแดนประเภทด่านถาวร จะอำนวยความสะดวกในด้านการคมนาคมทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการสั้นลง ทำให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

ผู้ป่วยชาวลาวที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง แต่ที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงแบบลดลงของจำนวนผู้มาใช้บริการสำหรับโรงพยาบาลขนาดกลางในปี 2552 (ภาพที่ 3) มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลบางแห่งที่ส่งผลให้ภาพรวมของผู้มาใช้บริการมีจำนวนลดลง และเมื่อพิจารณาประเภทของการใช้บริการตามขนาดของสถานบริการหรือโรงพยาบาลที่

กำหนดไว้ในการศึกษานี้ที่แบ่งเป็น 3 ขนาดคือ ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก จากข้อมูลสถานการณ์ที่ได้จากการศึกษาพบว่า มีความใกล้เคียงและแตกต่างกันของสถานการณ์ทำให้แบ่งขนาดของโรงพยาบาลได้เพียง 2 ขนาดคือ ขนาดเล็กและขนาดใหญ่ นั่นคือ มีการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลขนาดใหญ่น้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่มีใช้บริการประเภทผู้ป่วยในสูงกว่าทั้งจำนวนคนและครั้ง(ภาพที่ 5 และ 6) ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยด้านระยะเวลากับระยะทางของการเดินทางข้ามพรมแดนกลับ ทำให้การมาใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นการบริการที่ใช้เวลาน้อยกว่าและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อพักค้างแรมเพิ่มขึ้น แต่หากจำเป็นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้มาใช้บริการต้องการความมั่นใจด้านศักยภาพของโรงพยาบาลสูงกว่าจึงเลือกที่จะตัดสินใจมาใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เมื่อใช้บริการเป็นผู้ป่วยใน

ส่วนลักษณะโรคที่มาใช้บริการเป็นลำดับแรกๆ แตกต่างจากการใช้บริการของคนไทยที่มาใช้บริการจากกลุ่มโรคที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก(ตารางที่ 8) คือการใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวเป็นกลุ่มโรคที่พบได้ทั่วไปและมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรัง เช่น Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Dyspepsia (K30), Essential(primary) hypertention(I10) แม้แต่โรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุที่ทำให้บริการบ่อยก็เป็นโรคทั่วไป เช่น Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09), Acute upper respiratory infection, unspecified (J06.9) เช่นเดียวกับหัตถการที่ให้บริการก็เป็นหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ได้แก่ Other appendectomy(4709) และ Low cervical cesarean section(741) ในขณะที่การใช้บริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อจำแนกตามลักษณะโรค พบว่า เป็นกลุ่มที่มาใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย ได้แก่ General medical examination(Z0), Spontaneous vertex delivery(O800), Low cervical cesarean section(741) ซึ่งไม่สอดคล้องกับเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจมาใช้บริการที่ต้องการความมั่นใจในศักยภาพการบริการสูง ซึ่งได้แก่ การมีแพทย์ที่เก่ง มีเครื่องมือพร้อม ทันสมัย หรือการมีศักยภาพในการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน จะเห็นได้ว่า การมาใช้บริการในประเทศไทยเป็นประเด็นของความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพและการรักษา อีกทั้งเป็นความรู้สึกถึงความเชื่อมั่นต่อการบริการสุขภาพที่จะได้รับ มากกว่าที่จะเป็นการมาใช้บริการตามความเหมาะสมกับความรุนแรงและความซับซ้อนของโรค ในขณะเดียวกันก็เป็นการสะท้อนถึงความเชื่อมั่นในสถานบริการสุขภาพในประเทศลาวไปในทิศทางตรงกันข้ามโดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กที่เป็นการบริการขั้นพื้นฐานของการบริการสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากการที่ชาวลาวมาใช้บริการด้านการฝากครรภ์และการคลอด เป็นจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การใช้บริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อจำแนกตามลักษณะโรค เป็นกลุ่มที่มาใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย ได้แก่ General medical

examination(Z0), Spontaneous vertex delivery(O800), Low cervical cesarean section(741) ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นสังคมเมืองและเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นอุตสาหกรรมมากขึ้น เนื่องจากต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนเข้างาน และตรวจสุขภาพประจำปีของลูกจ้าง ไม่ว่าจะเป็นการทำงานในประเทศลาวหรือข้ามพรมแดนมาทำงานในประเทศไทย อีกทั้งการมาใช้บริการด้านการฝากครรภ์และการคลอดในประเทศไทยนอกจากเชื่อว่าจะมีความปลอดภัยทั้งแม่และลูกแล้ว ยังทำให้สามารถยื่นขอสัญชาติไทยสำหรับเด็กที่เกิดมาเมื่อมีการแจ้งเกิดในฝ่ายทะเบียนของประเทศไทยด้วย[58]

ในด้านภาระค่าใช้จ่ายทั้งการบริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สามารถเรียกเก็บได้ในภาพรวมทั้งประเทศ คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ โดยความสามารถในการจ่ายของผู้มาใช้บริการจะแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่อยู่ติดชายแดนในพื้นที่ที่มีลักษณะพื้นที่และสภาพทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ดี เป็นสังคมเมืองมากกว่าเป็นสังคมชนบทจะมีความสามารถในการจ่ายสูงกว่า ซึ่งโรงพยาบาลดังกล่าวมักจะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีศักยภาพสูง ทำให้เรียกเก็บค่าบริการได้มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ส่วนประเภทของผู้ป่วยที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้น้อยกว่าคือ ผู้ป่วยใน เนื่องจากจะมีค่าใช้จ่ายสะสมรวมเป็นจำนวนเงินที่มาก อีกทั้งเมื่อต้องนอนพักรักษาตัวก็สะท้อนถึงความรุนแรงของอาการที่มีมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นเพื่อการรักษา ค่าใช้จ่ายจึงสูงขึ้นตาม นอกจากนี้ การพักรักษาตัวจะมีค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่ค่าบริการทางการแพทย์สูงขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ทำให้ความสามารถในการจ่ายลดลงเมื่อเทียบกับการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอก

สำหรับจำนวนเงินที่ให้การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยชาวลาวเมื่อเทียบกับคนไทยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่พบว่า การให้สงเคราะห์ผู้ป่วยชาวลาวจะสูงกว่าผู้ป่วยชาวไทย จะเห็นได้จากข้อมูลโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี มีการสงเคราะห์ผู้ป่วยคนไทยประเภทเจ็บป่วยทั่วไปเป็นจำนวน 12.1 ล้านบาท 8.5 ล้าน และ 5.6 ล้านบาท ประเภทอุบัติเหตุจราจร เป็นจำนวน 7.8 ล้านบาท 6.5 ล้านบาท และ 8.5 ล้านบาท ในปี 2551, 2552 และ 2553 ตามลำดับ ขณะที่การสงเคราะห์ผู้ป่วยชาวลาวรวมทุกประเภทในปีเดียวกันคือ 19.5 ล้านบาท 35.6 ล้านบาท และ 39.6 ล้านบาทตามลำดับ โดยการให้สงเคราะห์ผู้ป่วยชาวไทยจะมีจำนวนมากในกรณีที่เป็นผู้ป่วยจากอุบัติเหตุการจราจร เนื่องจากพาหนะไม่มีการทำประกันภัยบุคคลที่ 3 หรือหมดอายุในวันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือไม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาเบื้องต้นในวงเงิน 15,000 บาทได้

ทั้งนี้ ผู้ป่วยทั่วไป ประกอบด้วย ผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง ได้แก่ ไม่มีใบส่งตัว ใบส่งตัวหมดอายุ มาใช้บริการนอกกำหนดนัดหมายฯลฯ ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ได้แก่ คู่สัญญาเป็นโรงพยาบาลอื่น ป่วยด้วยโรคที่สิทธิไม่คุ้มครอง ตามลำดับความถี่คือ ตั้งครรภ์/คลอดบุตร/ทำแท้ง การบำบัดทดแทนไตแบบ Hemodialysis ทันตกรรม การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ผู้ป่วยสิทธิเบิกต้นสังกัด ได้แก่ ผู้ไม่มีเงินสำรองจ่ายค่ารักษา/ค่าอุปกรณ์ และค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินวงเงินหรือเกินสิทธิ ผู้ป่วยไม่มีสิทธิบัตร ได้แก่ ผู้ไม่มีเลขที่บัตรประชาชน ไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์(คนตกหล่น/เร่ร่อน) พระภิกษุ สามเณร และผู้ป่วยที่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ เรือนจำ/สถานพินิจ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ บ้านพักฉุกเฉิน ฯลฯ

ส่วนผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรจะหมายถึง ผู้ที่ไม่มีประกันภัยบุคคลที่ 3 ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาเบื้องต้นในวงเงิน 15,000 บาท ได้

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลสถานการณ์ด้านลักษณะของโรคที่ผู้ป่วยชาวลาวมาใช้บริการ มีแนวโน้มที่เป็นการใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุจากความเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ General medical examination (Z0), Spontaneous vertex delivery (O800), Low cervical cesarean section (741) เป็นลักษณะของโรคที่ส่งเสริมการเรียกเก็บเงินได้มากกว่าการใช้บริการด้วยลักษณะโรคกลุ่มอื่น ที่สำคัญคือ หากโรงพยาบาลมีการบริหารจัดการด้านการคัดกรองผู้ป่วยตามสิทธิบัตรและการคัดกรองเพื่อให้สังคมสงเคราะห์อย่างเข้มแข็ง จะช่วยลดปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่เรียกเก็บไม่ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านแรงงานต่างด้าวสำหรับผู้ป่วยชาวลาวที่มาทำงานในประเทศไทยเพื่อให้เป็นแรงงานที่ถูกต้องและมีระบบรองรับด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ จะช่วยทำให้โรงพยาบาลไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป

2. สถานการณ์ในการให้บริการและการจัดการปัญหาของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว

โรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ประสบปัญหา 2 ประการคือ ประการแรกเป็นปัญหาด้านภาระงาน โดยภาระงานที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุจากความแตกต่างของบริบทด้านวัฒนธรรม การสื่อสาร และการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ผู้ให้บริการต้องใช้เวลาในการให้บริการมากกว่าการให้บริการคนไทย เนื่องจากต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจในกระบวนการดูแลรักษาในทุกขั้นตอน นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยชาวลาวมาด้วยอาการที่รุนแรงมากกว่าคนไทยทั้งที่เป็นโรคเดียวกันหรือกลุ่มเดียวกัน ทำให้โรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดนต้องเตรียมความพร้อมให้มากกว่าการให้บริการคนไทย เช่น อาการท้องเสีย ผู้ป่วยชาวไทยจะมา

โรงพยาบาลตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกหรือผ่านการดูแลในเบื้องต้นมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ผู้ป่วยชาวลาวจะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการขั้นรุนแรง ซึ่งการเตรียมความพร้อมที่ให้บริการหมายถึง การใช้ทรัพยากรมากกว่าที่ควรจะเป็นในโรคกลุ่มเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นยาที่ใช้ หรือบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงสถานที่ในการให้บริการได้แก่ หอผู้ป่วย หากมีความจำเป็นที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล

ประการที่สองเป็นปัญหาภาระทางการเงิน แม้ว่าข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยในด้านความสามารถในการจ่ายค่ารักษาแล้วพบว่า ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาได้ แต่ข้อมูลโรงพยาบาลเป็นไปในทางตรงข้ามคือ โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้วยการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ส่วนงบประมาณสนับสนุนโรงพยาบาลสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการสงเคราะห์ไม่แน่นอน ขึ้นกับจำนวนเงินที่เหลือจากการจัดสรรจากงบประมาณส่วนอื่นทั้งในระดับจังหวัดหรือระดับเขต เหตุผลที่ทำให้ต้องให้ความสำคัญกับประเด็นค่าใช้จ่ายและสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล เมื่อต้องให้บริการผู้ป่วยชาวลาวหรือผู้ป่วยต่างชาติ เนื่องจากในอดีตวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณให้กับโรงพยาบาลของรัฐจะมีเงินส่วนหนึ่งที่เป็นกองทุนให้การช่วยเหลือสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการการรักษาผ่านโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.) ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้รวมอยู่ด้วย แต่ในปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับระบบเป็นการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผูกติดกับความเป็นคนไทยแต่ไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่ใช่คนไทยหรือไม่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ทำให้กองทุนสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยหายไปส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่มีนโยบายรองรับ การดำเนินการด้านการให้บริการทางการแพทย์อาศัยหลักมนุษยธรรมของผู้ให้การรักษาเป็นหลัก ทำให้เกิดผลกระทบทางการเงินของโรงพยาบาลตามมา จะเห็นได้จากการที่โรงพยาบาลตามแนวชายแดนเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการขาดทุน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการแก้ปัญหา มีเพียงนโยบายให้โรงพยาบาลดำเนินการให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ หากโรงพยาบาลใดสามารถบริหารจัดการให้เกิดความเหมาะสมได้ ปัญหาการขาดทุนด้านภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการก็จะลดน้อยลง

อย่างไรก็ตาม การจัดการปัญหาขึ้นกับการให้ความสำคัญและนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นสำคัญ ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมคือ ระยะเวลาในการอยู่ปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดกลาง มักมีการหมุนเปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่อนข้างบ่อย ทำให้นโยบายไม่มีความต่อเนื่อง สำหรับโรงพยาบาลที่ผู้อำนวยการตระหนักถึงความสำคัญและมี

นโยบายชัดเจนต่อปัญหา จะสามารถควบคุมสถานการณ์ด้านภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการได้ ทำให้ผู้สมควรได้รับการสงเคราะห์ยังได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษา และสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายได้มากขึ้น

3. สถานการณ์ด้านนโยบายการให้บริการและการจัดบริการสำหรับการข้ามพรมแดนมาใช้บริการ

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นต้นสังกัดของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด มีนโยบายในการให้บริการตามหลักการของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีนโยบายที่จะต้องให้บริการตามหลักมนุษยธรรม โดยให้มีการจัดการเรื่องการเฝ้าระวังโรคและให้โรงพยาบาลในพื้นที่ต้องบริหารจัดการปัญหาตามบริบทในพื้นที่ของตน ซึ่งหมายถึงในทางการปฏิบัติ โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องหาแนวทางในการบริหารจัดการปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เอง ส่วนนโยบายในด้านความร่วมมือในการจัดการปัญหาของทั้งสองประเทศยังไม่มีการดำเนินการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างการดำเนินการในประเด็นที่การส่งต่อการรักษา ซึ่งมีความสำคัญทั้งต่อการรักษาต่อเนื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการป้องกันโรคในระยะยาว ที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพของคนไทยเนื่องจากมีผลกระทบทางอ้อมในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาของคนไทย เนื่องจากจะทำให้มีการใช้ทรัพยากรเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยชาวลาวสูง และมีผลกระทบในด้านการป้องกันโรคที่จะเกิดกับคนไทย โดยในปัจจุบันการจัดการประเด็นเรื่องการส่งต่อการรักษาของผู้ป่วยชาวลาว บางแห่งยังเป็นการจัดการระดับพื้นที่หรือระดับจังหวัดกับแขวง ขณะที่หลายแห่งยังไม่มีการดำเนินการเรื่องนี้ สำหรับด้านงบประมาณโดยตรงในการสนับสนุนการให้บริการสำหรับผู้ป่วยชาวลาวหรือผู้ป่วยต่างชาติใดๆ นั้น กระทรวงสาธารณสุขไม่มีงบประมาณสนับสนุน นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาล ได้จัดสรรงบประมาณโดยคำนวณค่าใช้จ่ายตามหัวประชากรที่เป็นคนไทย นั่นหมายถึง ไม่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวหรือผู้ป่วยต่างชาติเช่นเดียวกัน

ส่วนสถานการณ์ด้านประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน(ASEAN Economic Community : AEC) ที่จะดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในปี 2558 นั้น มีข้อตกลงที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็นคือ ข้อตกลงเปิดเสรีการค้าบริการ 4 สาขาได้แก่ e-ASEAN สุขภาพ ท่องเที่ยว และโลจิสติกส์ และข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี 7 วิชาชีพ ได้แก่ วิศวกร สถาปนิก พยาบาล นัก

สำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ และนักบัญชี ซึ่งข้อตกลงทั้งสองประเด็น ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนว่าจะมีแนวทางในการดำเนินงานอย่างไร เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลในอนาคต อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีแนวโน้มที่จะแสดงให้เห็นว่า การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีช่องว่างของคุณภาพและศักยภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย อีกทั้งเมื่อเปิดดำเนินการ AEC จะยิ่งทำให้การคมนาคมสะดวกมากขึ้น การข้ามพรมแดนจะเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้ที่ข้ามพรมแดนมีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาสูง ซึ่งหากมีการใช้บริการสุขภาพมักจะไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยชาวลาวที่มีที่อยู่ในพื้นที่ชายแดนกลับมีความสามารถในการจ่ายที่น้อย นอกจากภาระค่าใช้จ่ายจะยังตกกับประเทศไทยที่เช่นเดิมแล้ว ยังเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจน้อย อาจทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอีกเช่นเดิม

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพซ้ำของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย

พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพซ้ำของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทยได้แก่ การรับรู้ความแตกต่างของคุณภาพระบบบริการสุขภาพระหว่างไทย-ลาว ความสามารถในการจ่ายค่ารักษา ระยะทางในการมาใช้บริการ ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการ อาชีพ และการศึกษา

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพระบบบริการสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ในการเลือกตัดสินใจมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวกับประเด็นด้านประสิทธิภาพของการรักษา การจัดให้มีบริการ และพฤติกรรมบริการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลด้านความสามารถในการจ่ายค่ารักษา รวมถึงข้อมูลจากบริบทของพื้นที่ในประเทศลาวที่พบว่า สถานบริการสุขภาพที่มีเป็นเพียงสุกศาลาหรือสถานีอนามัยที่มีหมอพื้นบ้านให้บริการ ไม่สามารถให้การรักษาหรือให้ข้อมูลสาเหตุของโรคได้

การรับรู้ความแตกต่างของระบบบริการสุขภาพ พบว่าผู้ที่รับรู้ความแตกต่างของระบบบริการสุขภาพได้มากกว่าจะตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพซ้ำมากกว่าผู้ที่รับรู้ความแตกต่างของระบบบริการสุขภาพได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้บริการในประเทศแถบยุโรปคือ ผู้ใช้บริการมักจะตัดสินใจเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลที่มีลักษณะที่ประกอบด้วยประสิทธิภาพการรักษา มีความคุ้มค่า ศักยภาพของผู้ให้บริการสูง [10, 13, 14] แต่สิ่งที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจนคือ ความแตกต่างในศักยภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพระหว่างแต่ละประเทศในแถบยุโรป น้อยกว่าความแตกต่างความแตกต่างในศักยภาพและคุณภาพของระบบ

บริการสุขภาพระหว่างประเทศไทยกับประเทศลาว อีกทั้งระบบการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวมีความแตกต่างจากประเทศในแถบยุโรปมาก เนื่องจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศลาวยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการและยังไม่ครอบคลุมสิทธิการรักษาพื้นฐานหลายประการ ทำให้ผู้ป่วยชาวลาวยังต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตนเอง ในขณะที่ประชาชนในประเทศแถบยุโรปมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ครอบคลุมสิทธิการรักษาขั้นพื้นฐานช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และยังมีระบบประกันสุขภาพระหว่างประเทศเมื่อใช้บริการในประเทศอื่น การศึกษานี้พบความแตกต่างจากการศึกษาข้ามพรมแดนจากประเทศแคนาดามายังประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากการมาใช้บริการของประชาชนชาวแคนาดาที่ข้ามพรมแดนไปใช้บริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกามีสาเหตุเพื่อลดปัญหาระยะเวลาการรอคอยบริการเป็นสำคัญ[59] สำหรับการศึกษาการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกากับประเม็กซิโกนั้น มีความแตกต่างกับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนระหว่างไทย-ลาว ในประเด็นที่เกิดจากการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงในกลุ่มผู้มีรายได้สูงของประเทศเม็กซิโกในประเทศสหรัฐอเมริกา และการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีราคาถูกในกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำของประเทศสหรัฐอเมริกาในประเทศเม็กซิโก เนื่องจากยังไม่มีรายงานการข้ามไปใช้บริการสุขภาพในประเทศลาวของคนไทย แม้จะมีการข้ามไปทำงานที่ลาวอยู่บ้างแต่หากมีความเจ็บป่วย คนไทยจะกลับเข้ามาใช้บริการที่ประเทศไทยเช่นเดิม ด้วยเหตุผลในด้านความมั่นใจในศักยภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งการใช้บริการของคนไทยในประเทศไทยยังมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการให้บริการขั้นพื้นฐานทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ[21, 22]

ด้านความสามารถในการจ่ายค่ารักษา พบว่า ผู้ที่มีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมดจะเลือกตัดสินใจข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพซ้ำในประเทศไทยมากกว่าผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษา ผลการศึกษาที่พบนี้มีไม่สอดคล้องกับสถิติข้อมูลการจ่ายค่าบริการของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการด้วยการสงเคราะห์ค่ารักษาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นทุกปี สะท้อนให้เห็นถึงการบริหารจัดการของโรงพยาบาลในเรื่องการสงเคราะห์ค่ารักษาผู้ป่วยชาวลาว อีกทั้งข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อการตอบปฏิเสธการจ่ายค่าบริการสุขภาพเมื่อถูกเรียกเก็บ เช่น ได้รับข้อมูลข่าวสารส่งต่อกันมาว่า หากถูกเรียกเก็บค่าบริการให้ตอบว่า ไม่มีเงินจ่าย เพื่อจะได้ไม่ต้องจ่ายค่ารักษา และการที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการดังกล่าว ทำให้กลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมดบางคนยังตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพซ้ำที่ประเทศไทย

ระยะทางในการมาใช้บริการและระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการ พบว่า ผู้ที่มีที่มีระยะทางในการมาใช้บริการมาก มีโอกาสจะตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพซ้ำมากกว่าผู้ที่มีระยะทางในการมาใช้บริการน้อยกว่า แต่ผู้ที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางน้อยมีโอกาสจะตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำมากกว่า ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ มีที่อยู่ที่มีระยะทางน้อยกว่า 50 กิโลเมตร นั่นหมายถึง ระยะทางที่ไกลไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจมาใช้บริการ โดยเฉพาะการมีระยะทางที่ไกลแต่มีการคมนาคมที่สะดวกทำให้ระยะเวลาในการเดินทางสั้นลง ซึ่งจะเห็นได้บ่อยในพื้นที่โรงพยาบาลที่อยู่ติดด่านพรมแดนประเภทด่านถาวรและด่านผ่อนปรนประเภทเปิดทุกวัน ในขณะที่ผู้ที่มีระยะทางที่ใกล้กับโรงพยาบาลในประเทศไทยก็เลือกที่จะตัดสินใจมาใช้บริการที่ประเทศไทยมากกว่าจะไปใช้บริการในโรงพยาบาลของประเทศลาว ลักษณะการใช้บริการที่พบสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแถบยุโรปในด้านพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ที่อยู่ในเขตชายแดน โดยพบว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบทที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศของตนที่ส่วนมากตั้งอยู่ในเขตเมืองที่อยู่ห่างไกลได้ ทำให้ต้องพึ่งพาบริการสุขภาพจากต่างประเทศที่อยู่ใกล้กว่า[11] และด้วย ลักษณะที่คล้ายคลึงกันของประเทศแถบยุโรปกับสภาพภูมิประเทศระหว่างไทย-ลาวคือ การมีพรมแดนที่ติดต่อและต่อเนื่องกันสามารถเดินทางข้ามพรมแดนได้ด้วยความสะดวก ภาษาและวัฒนธรรมมีความใกล้เคียงกัน ทำให้ชาวลาวที่อยู่พื้นที่ติดชายแดนนิยมมาใช้บริการที่ประเทศไทย แต่สิ่งที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนคือ ระบบการจ่ายเงินด้านสวัสดิการสุขภาพที่ในประเทศแถบยุโรปมีความเชื่อมโยงกันในหลายประเทศ ขณะที่ประเทศไทยและลาวไม่มีความเชื่อมโยงระหว่างประเทศ[12]

ผู้ที่มีอาชีพเป็นเกษตรกรและไม่ได้เรียนหนังสือ มีโอกาสตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพซ้ำมากกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่นหรือผู้ที่เรียนหนังสือ เนื่องจากเป็นคุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ที่มีอาชีพหลักในการทำเกษตรกรรมและไม่ได้เรียนหนังสือ

การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับส่วนหนึ่งจากการศึกษาของของ Bochaton(2004)[60, 61] ในประเด็นความรุนแรงของโรคที่เป็นพฤติกรรมของการข้ามพรมแดนมาใช้บริการ โดยพบว่า ผู้ป่วยชาวลาวที่มีอาการรุนแรงจะเลือกตัดสินใจมาใช้บริการที่ประเทศไทย แต่ในขณะเดียวกันมีความไม่สอดคล้องในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคหรือความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา โดย Bochaton พบว่า จะผู้ป่วยจะเลือกมาใช้บริการเมื่อมีอาการรุนแรง และเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่มีเฉพาะทาง ความแตกต่างของผลการศึกษาที่พบเนื่องจากการศึกษาของ Bochaton เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชาวลาวที่อยู่ในพื้นที่ที่เป็นบริบทเมืองของแขวงที่อยู่ติดพรมแดน ได้แก่ เมืองปากเซ แขวงจำปาสัก เมืองสะหวันนะเขต เมืองเวียงจันและห้วยทราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบริบทของสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ดี มี

ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาสูง ซึ่งทำให้มีความคาดหวังต่อการได้รับบริการที่สูงด้วย จึงเป็นเหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลจะเลือกมาใช้บริการที่ประเทศไทยโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลเฉพาะทาง นอกจากนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลของทั้งสองการศึกษามีความแตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษานี้ เลือกผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยและมาใช้บริการในครั้งแรก ในขณะที่การศึกษาของ Bochaton เลือกผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยแต่เป็นชาวลาวที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย โดยไม่ได้ศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมาก่อน จึงส่งผลต่อผลการศึกษาที่ต่างกัน

5. จุดเด่นของการศึกษา

การศึกษานี้มีกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ผลการการศึกษาในด้านปัจจัยมีความน่าเชื่อถือสูงมากกว่าการศึกษาอื่น ซึ่งเป็นเพียงการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเพียงความถี่และร้อยละ อีกทั้งยังเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่อยู่ติดชายแดนไทย-ลาว ด้วยการศึกษาข้อมูลจากการลงพื้นที่จริง ทำให้ได้ข้อมูลบริบทของพื้นที่ทั้งจากการสังเกต ข้อมูลของโรงพยาบาล และข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ได้ผลการศึกษาด้านสถานการณ์อย่างแท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังไม่มีรายงานการศึกษาด้านสถานการณ์การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากการการใช้บริการของแรงงานต่างชาติ หรือการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยในบริเวณชายแดนของประเทศอื่น ทำให้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งในการด้านอ้างอิงเป็นแนวทางในศึกษาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้วางแผนเพื่อจัดการกับสถานการณ์ปัญหาได้ทั้งในระกับปฏิบัติและระดับนโยบาย

จุดแข็งในด้านระเบียบวิธีวิจัย การศึกษานี้ได้เลือกกลุ่มการศึกษาเป็นการตัดสินใจใช้บริการซ้ำและเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มารับบริการในครั้งแรก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาใช้บริการ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ทำให้อาจมีทั้งผู้ใช้บริการในครั้งแรกที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการและผู้มีประสบการณ์ในการใช้บริการมาก่อนให้ข้อมูล มีความแตกต่างของการสัมผัสกับปัจจัยร่วมกันและไม่สามารถหากลุ่มเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลได้ ดังนั้น จึงต้องทำการศึกษาในการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพซ้ำและเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มาใช้บริการในครั้งแรกแทน เนื่องจากต้องการผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในการรับบริการสุขภาพก่อนการตัดสินใจ ไม่ใช่การตัดสินใจจากความคาดหวังที่จะได้รับบริการ ซึ่งลักษณะการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเช่นนี้ จะลดอคติ

ที่เรียกว่า miss-classification bias และการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มาใช้บริการในครั้งแรกแทนที่จะเลือกศึกษาในกลุ่มผู้มาใช้บริการกับผู้ไม่มาใช้บริการ เพื่อลดอุปสรรคจากการหากลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ อีกทั้งการเลือกผู้ที่มาใช้บริการในครั้งแรกเป็นผู้ให้ข้อมูลยังเป็นการลดอคติจากการตัดสินใจมาใช้บริการครั้งต่อไปจากการนัดของแพทย์ ซึ่งอาจเป็นแรงจูงใจที่มิใช่เกิดจากปัจจัยที่ทำการศึกษา

อย่างไรก็ตาม ด้วยการเลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพซ้ำ อาจส่งผลให้ข้อมูลของผู้ที่ได้รับประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในด้านลบหายไป แต่ข้อมูลที่หายไปดังกล่าวมีข้อมูลทดแทนจากกลุ่มผู้ใช้บริการที่ประเทศลาว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำ นอกจากนี้ การเลือกเก็บข้อมูลผู้ที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการซ้ำโดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐของประเทศลาว เนื่องจากต้องการเป็นการหลีกเลี่ยงอคติที่เรียกว่า bias response หรือการให้ข้อมูลเชิงมูลเชิงบวกเนื่องจากความกลัวต่อการถูกปฏิเสธการให้บริการ หากต้องสัมภาษณ์ข้อมูลในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.1 ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติต่อพื้นที่

- โรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดนควรมีระบบการคัดกรองความสามารถในการจ่ายค่ารักษาของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เนื่องจากผลการศึกษาในประเด็นปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่ารักษา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการส่วนใหญ่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษา ทำให้โรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวต้องมีนโยบายและข้อปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อแยกกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายออกจากกลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย เพื่อลดปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ข้อมูลยืนยันจากโรงพยาบาลที่มีนโยบายและข้อปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ที่สมควรได้รับการสงเคราะห์ยังสามารถได้รับความช่วยเหลือในใช้บริการขั้นพื้นฐานตามหลักมนุษยธรรมได้ดังเดิม สำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ติดกับเขตเศรษฐกิจของประเทศลาว ต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและศักยภาพสูงขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายสูง พร้อมกับมีนโยบายและข้อปฏิบัติชัดเจนในด้านการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่สมควรได้รับความช่วยเหลืออย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับความช่วยเหลืออย่างแท้จริง นอกจากนี้ ควรกำหนดข้อปฏิบัติสำหรับการจ่ายค่ารักษาอย่างรัดกุมและชัดเจน เนื่องจาก ผลการศึกษาพบว่า

การสงเคราะห์ค่ารักษาผู้ป่วยชาวลาวเกิดขึ้นมากเมื่อใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน ดังนั้น โรงพยาบาลควรกำหนดขั้นตอนและวิธีการจ่ายค่ารักษาที่ลดความเสี่ยงจากการไม่จ่ายค่ารักษาเมื่อต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

- โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยต่างชาติ ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ คือ ฐานข้อมูลผู้ป่วยชาวลาว และ/หรือผู้ป่วยต่างชาติทุกราย เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลและมีฐานข้อมูลที่ต่างกัน มีการเก็บข้อมูลรายข้อ(item) มีความแตกต่างกัน ความสมบูรณ์ของข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันกัน และขาดผู้ที่สามารถใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาทั้งด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาฐานข้อมูลและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลระบบให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนให้เกิดประโยชน์ได้

6.2 ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายของประเทศ

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติและบูรณาการการจัดการฐานข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติในโรงพยาบาลและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากพบว่าข้อมูลของผู้ป่วยต่างชาติในแต่ละหน่วยงานไม่ตรงกันทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ซึ่งเกิดจากขาดการความเชื่อมโยงข้อมูลในแต่ละหน่วยงาน
- ปรับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณตามขนาดของโรงพยาบาลและพื้นที่ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลแต่ละขนาดรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติต่างกัน โรงพยาบาลขนาดเล็กเรียกเก็บค่าบริการได้น้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบริบทด้านสถานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่าพื้นที่อื่น ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาด้านงบประมาณในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติด้วยระบบบังคับซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนเข้าเมืองและกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศไทย-ลาวหรือในกลุ่มประเทศอาเซียน
- มีนโยบายความร่วมมือระหว่างประเทศในประเด็นการส่งต่อ เนื่องจากข้อมูลจากการศึกษาพบว่า การส่งต่อการรักษาผู้ป่วยชาวลาวในปัจจุบัน เป็นเพียงการประสานงานระดับพื้นที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการในกระบวนการส่งต่อ เช่น การส่งต่อข้อมูลการรักษา การรักษา

ต่อเนื่อง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่สามารถไปรับการรักษาต่อที่ประเทศลาวได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมาใช้บริการที่ประเทศไทย

- พัฒนาความร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพและศักยภาพของระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ เพื่อเพิ่มความสามารถในการให้บริการกับผู้ป่วยชาวลาว ซึ่งเป็นการลดช่องว่างความแตกต่างของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย-ลาว เนื่องจากข้อมูลจากการศึกษาพบว่า การใช้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับ และจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยชาวลาวให้สำคัญกับประสิทธิภาพ การจัดให้มีบริการ และพฤติกรรมบริการ ดังนั้น การพัฒนาความร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขในประเด็นดังกล่าว จะเป็นการลดช่องว่างของระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศไทยและลาวลงได้ ทำให้ส่งผลได้ทั้งลดการใช้บริการข้ามพรมแดนโดยไม่จำเป็นและเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในขณะเดียวกัน เนื่องจากสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่สามารถแก้ปัญหาเพียงมองมุมด้านเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องพิจารณาถึงมุมมองด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศด้วย ทั้งนี้ ความร่วมมือดังกล่าวสามารถเลือกบางพื้นที่เพื่อทดลองปฏิบัติเป็นการนำร่อง เช่น พื้นที่ที่มีบริบทของสถานะทางเศรษฐกิจที่ด้อยกว่าพื้นที่อื่น เนื่องจากพื้นที่เหล่านี้พบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่สูง การที่ประเทศไทยไปพัฒนาศักยภาพและคุณภาพให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศลาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานสำหรับปัญหาทางสุขภาพที่พบได้ทั่วไป จะเป็นช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยชาวลาวที่เกิดจากการรักษาทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก หรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ แล้ว และเป็นการช่วยลดภาระการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยชาวลาวของประเทศไทยจากการลดการใช้บริการข้ามพรมแดนโดยไม่จำเป็นในทางอ้อมอย่างยั่งยืน อีกทั้งยังเป็นการควบคุมและป้องกันโรคที่สามารถแพร่ระบาดข้ามถิ่นได้เป็นอย่างดี

  สำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ในบริบทของพื้นที่ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าพื้นที่อื่น ควรได้รับการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการให้บริการในเชิงนโยบายระดับประเทศเพื่อ เช่น พัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือขยายขนาดของโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถในการรองรับผู้ป่วย เพื่อขยายโอกาสในการเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาลและประเทศ ซึ่งจาก

ข้อมูลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่นี้มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาสูงในขณะที่มีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพสูงด้วย ทำให้สามารถรองรับนโยบายได้เป็นอย่างดี

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

ในการศึกษานี้ ไม่ได้ศึกษาในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่มีแพทย์ประจำหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล รวมทั้งสถานีอนามัย ซึ่งทำให้ขาดข้อมูลการใช้บริการในโรงพยาบาลระดับดังกล่าว

ไม่มีรายงานเกี่ยวกับข้อมูลรายได้หรือสถานะทางการเงินของผู้ป่วยชาวลาว เนื่องจากมีความลำบากในการทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากบริบททางความคิดในเรื่องดังกล่าวมีความแตกต่างกับคนไทย

กลุ่มอายุที่ให้ข้อมูลในการศึกษาคือ 18 ปีขึ้นไป เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นความเห็นของผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ซึ่งอาจส่งผลต่อปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคและความยุ่งยากในการรักษา

ประเด็นที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษานี้คือ การนัดของแพทย์ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำ

ดังนั้น ควรจะได้มีการพิจารณานำประเด็นที่กล่าวมาเข้าไว้ในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

นอกจากพิจารณาประเด็นที่เป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ควรพิจารณาแนวทางในการศึกษาความเป็นไปได้สำหรับการพัฒนาระบบการประกันสุขภาพสำหรับผู้ข้ามพรมแดนและกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศ

ข้อสรุปของการศึกษา

สรุปได้ว่า คุณภาพของระบบบริการทางการแพทย์เป็นปัจจัยส่งผลต่อการใช้บริการข้ามพรมแดนผ่านทางความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว หากมองในด้านการพัฒนาก็เป็นโอกาสที่จะพัฒนาทั้งความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านบริการสาธารณสุข หรือสำหรับแต่ละประเทศเองก็เป็นโอกาสที่จะพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีความสมบูรณ์พร้อมมากขึ้น

รายการอ้างอิง

(1) Bochaton A. Etude du recours aux soins des patients laotiens en Thaïlande 2004 [ออนไลน์].2547. แหล่งที่มา: http://www.irdlaos.org/eng/doc/doc.htm [20 มิถุนายน 2553]

(2) Bochaton A. Urbanisation, governance and disparities in Vientiane2004 [ออนไลน์].2547. แหล่งที่มา: http://www.irdlaos.org/eng/activites/AudreyBochaton.htm [14 มิถุนายน 2553]

(3) Bochaton A, Xayaseng V. Health Mobility towards Thailand: objectives, methods, first mapping results2004. [ออนไลน์]. 2547. แหล่งที่มา: http://www.irdlaos.org/eng/activites/AudreyBochaton.htm [14 มิถุนายน 2553]

(4) ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ครรชิต สุขนาค. ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.thailandwto.org/Pub/PubRes/PubRes.asp?Yr=48 [9 มกราคม 2553]

(5) สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล, สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์. การจัดการปัญหาสาธารณสุขและสังคมของแรงงานต่างชาติ จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 8,3 (2542) : 324-31.

(6) บริการสาธารณสุข...องค์ประกอบพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://learners.in.th/blog/necrosright/26406 [25 มิถุนายน 2552]

(7) สุรพงษ์ กองจันทึก. สิทธิการได้รับบริการสาธารณสุขของคนไม่มีสัญชาติไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.statelessperson.com/www/?q=comment/reply/95 [25 มิถุนายน 2552]

(8) ศิริวรรณ เสรีรัตน์. พฤติกรรมผู้บริโภค(Consumer Behaviior). กรุงเทพมหานคร: ธีะฟิล์ม และไซเท็กซ์, 2550.

(9) Anderson JG. Demographic factors affecting health services utilization: a causal model. Med Care 11,2 (March –April 1973) : 104-20.

(10) Groene O, Poletti P, Vallejo P, Cucic C, Klazinga N, Sunol R. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. Qual Saf Health Care 1 (February 2009) : 15-21.

(11) Österle A. Health care across borders: Austria and its new EU neighbours. Journal of European Social Policy 17,2 (2007) : 112–24.

(12) Legido-Quigley H, Glinos I, Baeten R, McKee M. Patient mobility in the European Union. BMJ 27 (January 2007) : 188-90.

(13) Sunol R, Garel P, Jacquerye A. Cross-border care and healthcare quality improvement in Europe: the MARQuIS research project. Qual Saf Health Care 18 (February 2009) : i3-7.

(14) Groene O, Klazinga N, Kazandjian V, Lombrail P, Bartels P. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. Int J Qual HealthCare 20,3 (June 2008) : 155-61.

(15) Evers S, Paulus A, Boonen A. Integrated care across borders: possibilities and complexities. Int J Integr Care 1 (2001) : 18.

(16) Cucic S. European Union health policy and its implications for national convergence. Int J Qual Health Care 12,3 (June 2000) : 217-25.

(17) den Exter A. Patient mobility in European Union: health spas in Ischia, Italy. Croat Med J 46,2 (April 2005) : 197-200.

(18) Brand H, Hollederer A, Wolf U, Brand A. Cross-border health activities in the Euregios : good practice for better health. Health Policy 86,2-3 (May 2008) : 245-54.

(19) Hermans HE, den Exter A. Cross-border alliances in health care: international co-operation between health insurers and providers in the Euregio Meuse-Rhine. Croat Med J ก 40,2 (June 1999) : 266-72.

(20) Davies BJ. Canada's health system. Croat Med J 40,2 (June 1999) : 280-6.

(21) Rivera JO, Ortiz M, Cardenas V. Cross-border purchase of medications and health care in a sample of residents of El Paso, Texas, and Ciudad Juarez, Mexico. J Natl Med Assoc 101,2 (February 2009) : 167-73.

(22) Byrd TL, Law JG. Cross-border utilization of health care services by United States residents living near the Mexican border. Rev Panam Salud Publica 26,2 (August 2009) : 95-100.

(23) Walraven G, Manaseki-Holland S, Hussain A, Tomaro JB. Improving maternal and child health in difficult environments: the case for "cross-border" health care. PLoS Med 6,1 (January 2009) : 5.

(24) Vallee J, Souris M, Fournet F, Bochaton A, Mobillion V, Peyronnie K, et al. Sampling in health geography: reconciling geographical objectives and probabilistic methods. An example of a health survey in Vientiane (Lao PDR). Emerg Themes Epidemiol 4 (2007) : 6.

(25) Vallejo P, Sunol R, Van Beek B, Lombarts MJ, Bruneau C, Vlcek F. Volume and diagnosis: an approach to cross-border care in eight European countries. Qual Saf Health Care 18 (February 2009) :8-14.

(26) Groene O, Poletti P, Vallejo P, Cucic C, Klazinga N, Sunol R. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. Qual Saf Health Care 18 (February 2009) : 15-21.

(27) Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? Eur J Public Health 17,5 (October 2007) : 483-5.

(28) Evers S, Paulus A, Boonen A. Integrated care across borders: possibilities and complexities. Int J Integr Care 1 (2001) : 18.

(29) Sunol R, Garel P, Jacquerye A. Cross-border care and healthcare quality improvement in Europe: the MARQuIS research project. Qual Saf Health Care 1 (February 2009) : 3-7.

(30) Katz SJ, Verrilli D, Barer ML. Canadians' use of U.S. medical services. Health Aff (Millwood) 17,1 (January – February 1998) : 225-35.

(31) Wallace SP, Mendez-Luck C, Castaneda X. Heading south: why Mexican immigrants in California seek health services in Mexico. Med Care 47(6) (June 2009) : 662-9.

(32) Preventing and controlling tuberculosis along the U.S.-Mexico border. MMWR Recomm Rep 50,1 (January 2001) : 1-27.

(33) SoRelle R. US to tackle AIDS on the border. Circulation 101(2) (January 2000) : 30.

(34) Martinez-Donate AP, Hovell MF, Hofstetter CR, Gonzalez-Perez GJ, Kotay A, Adams MA. Crossing borders: the impact of the California Tobacco Control Program on both sides of the US-Mexico border. Am J Public Health 98,2 (February 2008) : 258-67.

(35) Brown T, Peerapatanapokin W. The Asian Epidemic Model: a process model for exploring HIV policy and programme alternatives in Asia. Sex Transm Infect 1 (August 2004) : 19-24.

(36) Ferguson NM, Cummings DA, Cauchemez S, Fraser C, Riley S, Meeyai A, et al. Strategies for containing an emerging influenza pandemic in Southeast Asia. Nature 437,7056 (September 2005) : 209-14.

(37) Mollica RF, Cui X, McInnes K, Massagli MP. Science-based policy for psychosocial interventions in refugee camps: a Cambodian example. J Nerv Ment Dis 190,3 (March 2002) : 158-66.

(38) Lopes Cardozo B, Talley L, Burton A, Crawford C. Karenni refugees living in Thai-Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning. Soc Sci Med 58,12 (June 2004) : 2637-44.

(39) Sacks G, Swinburn BA, Lawrence MA. A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity. Aust New Zealand Health Policy 5 (2008) : 13.

(40) Agyepong IA, Adjei S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. Health Policy Plan 23,2 (March 2008) : 150-60.

(41) Lester H, Hobbs FD. Major policy changes for primary care: potential lessons for the US New Model of family medicine from the quality and outcomes framework in the United Kingdom. Fam Med 39,2 (February2007) : 96-102.

(42) Thomas S, Gilson L. Actor management in the development of health financing reform : health insurance in South Africa, 1994-1999. Health Policy Plan 19,5 (September 2004) : 279-91.

(43) ปัจจัยและองค์ประกอบของนโยบาย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : www.m-ed.net/doc01/policy001.doc , www.m-ed.net/doc01/policy002.doc [9 สิงหาคม 2552]

(44) ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดนโยบาย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://gotoknow.org/blog/chayadaja/179286 [30 มิถุนายน 2552]

(45) Grazier KL, Richardson WC, Martin DP, Diehr P. Factors affecting choice of Health Care PLan. Health Service Research 20,6 (1986) : 659-82.

(46) ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 9 (2549) : 1-18.

(47) Agyepong IA, Adjei S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. Health Policy and Planning 23 (2008) : 150-60.

(48) Murray CJL, Kreuser J, Whang W. Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems. Bull World Health Organ 72,4 (1994) : 663-74.

(49) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จิตปราณี วาศวิท. ปัจจัยในการตัดสินใจเชิงนโยบายและสิ่งท้าทายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 13,6 : 1003-11.

(50) Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. Bull World Health Organ 82,10 (October 2004) : 750-6.

(51) Mandelblatt JS, Lawrence WF, Gaffikin L, Limpahayom KK, Lumbiganon P, Warakamin S, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. J Natl Cancer Inst 94,19 (October 2002) : 1469-83.

(52) Sringernyuang L, Thaweesit S, Nakapiew S. A situational analysis of HIV/AIDS-related discrimination in Bangkok, Thailand. AIDS Care 17 (July 2005) : 165-74.

(53) รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์, ; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 12,6 (2546) : 865-75.

(54) Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. World Health Organization by John Wiley & Sons Ltd.. 1990.

(55) ณัฐจักร เหลืองนภา. เขตแดนทางบกของประเทศไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.navy.mi.th/ptrl/link/pdf/area_thai.pdf [22 ธันวาคม 2555]

(56) คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชา. กฎหมายระหว่างประเทศ(International Law). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554.

ภาคผนวก

แบบบันทึกการสัมภาษณ์โครงการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาว
ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขทั้งของประเทศไทยและประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. ศึกษาสถานการณ์การมาใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลของประเทศไทย
๒. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทยในครั้งต่อไป

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพซ้ำในประเทศไทย

ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความอนุเคราะห์การตอบแบบสอบถามนี้

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ

สุวารี เจริญมุขยนันท

หมายเลขโทรศัพท์ +๖๖ ๘๕ – ๘๔๖ – ๘๓๑๒

e-mail: suwaree711@hotmail.com

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

โปรดให้ข้อมูลที่ตรงความเป็นจริงของท่านมากที่สุดโดยทำเครื่องหมาย x ในช่อง ( ) ที่เลือก หรือเติมคำในช่องว่าง

๑) ประเภทของการใช้บริการของท่าน

( ) ไม่นอนโรงพยาบาล ( ) นอนโรงพยาบาล

๒) เพศ

( ) หญิง ( ) ชาย

๓) สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) สมรส ( ) ม่าย/หย่า/แยก

๔) อาชีพ

( ) เกษตรกร ( ) ค้าขาย ( ) ลูกจ้าง

( ) ทำงานรัฐ ( ) นักเรียนนักศึกษา ( ) แม่บ้านพ่อบ้าน

( ) ในความปกครอง ( ) อื่นๆ .....

๕) อายุ ..... ปี

๖) การศึกษา

( ) ไม่ได้เรียน ( ) เรียน ( ) เรียนขั้นสูง

๗) ที่อยู่ในประเทศลาว แขวง .....

๘) ระยะทางจากบ้านที่ลาวถึงโรงพยาบาลในประเทศไทย..... กิโลเมตร

๙) ระยะเวลาเดินทางจากบ้านที่ลาวถึงโรงพยาบาลในประเทศไทย..... ชั่วโมงนาที

๑๐) พาหนะที่ใช้เดินทาง (ตอบได้มากกว่า๑ ข้อ)

- รถยนต์ส่วนตัว ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- รถโดยสาร ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- รถจ้างเหมา ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- รถจักรยานยนต์ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- เรือ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- เครื่องบิน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- อื่นๆ ..... ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

๑๑) ประเภทการเดินทางมาเมืองไทย

( ) ไป-กลับ ( ) พักค้างคืน

กรณีพักค้างคืน มีสถานที่พักคือ

( ) บ้านญาติ ( ) ที่พักเอกชน ( ) อื่น ๆ .....

๑๒) ความสามารถในการมาใช้บริการ

( ) มาได้เอง ( ) ญาติพามา ( ) อื่น ๆ .....

๑๓) ใครเป็นผู้แนะนำหรือให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจมาใช้บริการที่ประเทศไทย

( ) เพื่อน /ญาติ ในประเทศลาว ( ) เพื่อน/ญาติ ในประเทศไทย
( ) เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลในลาว ( ) เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลในไทย
( ) สื่อสิ่งพิมพ์ ( ) สื่อวิทยุ
( ) สื่อโทรทัศน์ ( ) อื่น ๆ .....

๑๔) จำนวนเงินที่ต้องจ่ายค่ารักษาในประเทศไทยในครั้งนี้อ ..... บาท/กีบ

๑๕) ค่าใช้จ่ายอื่นนอกจากค่ารักษา ในการมารักษาครั้งนี้ คือ

ค่าเดินทาง (ไป - กลับ) ..... บาท/กีบ
ค่าที่พัก(รวม) ..... บาท/กีบ
ค่าอาหาร (รวม) ..... บาท/กีบ
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุ) ..... เป็นเงิน

๑๖) ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาในประเทศไทย

( ) จ่ายได้ทั้งหมด ( ) จ่ายได้บางส่วน ( ) ไม่สามารถจ่ายได้

- **หากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ท่านมีวิธีการจัดการอย่างไร**

( ) ผ่อนจ่าย ( ) จ่ายเท่าที่มี
( ) ติดต่อสังคมสงเคราะห์ ( ) อื่น ๆ .....

- **ใครเป็นผู้แนะนำในวิธีการจัดการ**

( ) เจ้าหน้าที่ฯ ในลาว ( ) เจ้าหน้าที่ฯ.ในไทย
( ) ญาติ/เพื่อนในลาว ( ) ญาติ/เพื่อนในไทย
( ) อื่นๆ .....

๑๗) สถานบริการที่เคยใช้บริการการรักษาที่ลาว

( ) โรงหมอของรัฐ ( ) โรงหมอเอกชน ( ) คลินิก

๑๘) ประเภทการรักษาที่ใช้บริการที่ลาว

( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน

๑๙) อะไรทำให้ตัดสินใจรักษาที่ลาว

( ) ใกล้บ้าน ( ) เสียค่าใช้จ่ายน้อย
( ) อาการไม่รุนแรง ( ) เชื่อมั่นในการรักษา
( ) อื่นๆ .....

๒๐) ภายหลังรักษาที่ประเทศไทยจะกลับไปใช้บริการที่โรงหมอของลาวหรือไม่

( ) ไม่ไป ( ) เป็นบางครั้ง ( ) เป็นประจำ

ตอนที่ ๒ ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้การ

โปรดแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริงที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย X ในช่อง ( ) ที่เลือก โดย เลือก **ไม่ใช่** เมื่อไม่ตรงกับประสบการณ์ที่ท่านได้รับหรือรับ เลือก **ใช่** เมื่อตรงกับประสบการณ์ที่ท่านได้รับหรือรับ เลือก **ไม่แน่ใจ** เมื่อท่านไม่ได้ไม่แน่ใจในการบริการที่ท่านได้รับหรือไม่ทราบข้อมูล

๒.๑) ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ในด้านความรุนแรงของโรคการที่เกิดขึ้นในประเทศลาวก่อนมารักษาที่ประเทศไทย			
๒.๑.๑) ท่านต้องนอนพักรักษาในโรงหมอ			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๑.๒) ท่านรับรู้ว่าอาการของท่านเป็นรุนแรงและหรืออาจมีอันตรายถึงชีวิต			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๑.๓) ท่านรับรู้ว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๑.๔) ท่านรับรู้ว่าเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๑.๕) ท่านรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะเสี่ยงต่อการพิการหรือเสียชีวิต			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๒) ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ในความยากง่ายในการรักษาที่เกิดขึ้นในประเทศลาวก่อนมารักษาที่ไทย			
๒.๒.๑) ท่านจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๒.๒) ท่านต้องไปตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่อื่นเนื่องจากสถานบริการไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจโรคของท่าน			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๒.๓) ท่านต้องไปรักษาที่อื่นเนื่องจากสถานบริการไม่มียารักษาโรคของท่าน			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๒.๔) ท่านต้องไปรักษาที่อื่นเนื่องจากสถานบริการไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะหรือแพทย์เฉพาะทาง			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๒.๕) โรงหมอของลาวสามารถรักษาโรคที่ยุ่งยาก ซับซ้อนได้			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๓) ต้องการทราบความเห็นของท่านต่อคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพในประเทศลาวในด้านผลการให้บริการ			
๒.๓.๑) ท่านมีอาการดีขึ้นภายหลังการรักษา			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๓.๒) หลังการบริการท่านได้รับทราบสาเหตุของโรค			
[illegible]	( ) ไม่ใช่	[illegible] ( ) ใช่	[illegible] ( ) ไม่แน่ใจ

๒.๓.๓) ตลอดการรักษา มีผู้ให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๓.๔) ท่านได้รับการอธิบายความรู้เกี่ยวกับโรค/อาการและปัญหาสุขภาพ [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๓.๕) ท่านได้รับคำตอบเป็นที่พอใจเมื่อซักถามเกี่ยวกับอาการและสาเหตุของโรค [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๓.๖) ท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังการรักษา [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๓.๗) ท่านได้รับดูแลจากสถานบริการอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๓.๘) ท่านมีความพึงพอใจหลังได้รับบริการ [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๔) ต้องการทราบความเห็นของท่านต่อคุณภาพการบริการของสถานบริการสุขภาพในประเทศลาวในด้านความคุ้มค่าที่ท่านได้รับ
๒.๔.๑) ต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๔.๒) การบริการที่ท่านได้รับคุ้มค่ากับเงินที่ต้องจ่ายไป [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๔.๓) ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาเป็นจำนวนมาก [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๔.๔) การรักษาที่ท่านได้รับคุ้มค่ากับการเดินทางมารักษา [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๔.๕) การรักษาที่ท่านได้รับคุ้มค่ากับความพึงพอใจในการใช้บริการ [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๕) ต้องการทราบความเห็นของท่านต่อคุณภาพการบริการของสถานบริการสุขภาพในประเทศลาวในด้านความเพียงพอของทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้บริการ
๒.๕.๑) โรงหมอของลาวมีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ละอาดพร้อมใช้ [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๕.๒) โรงหมอของลาวมียารักษาโรคที่ท่านต้องใช้ [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๕.๓) โรงหมอของลาวมีอุปกรณ์และเครื่องมือมีความทันสมัย [illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ

๒.๕.๔) โรงหมอของลาวมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการรักษา
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๕.๕) โรงหมอของลาวมีเจ้าหน้าที่มากพอที่จะให้บริการท่าน
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๕.๖) โรงหมอของลาวมีระบบบริการที่ดีสามารถให้บริการได้ตลอด๒๔ ชั่วโมง
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๖)ต้องการทราบความเห็นของท่านต่อคุณภาพการบริการของสถานบริการสุขภาพในประเทศลาวในด้านความง่ายสะดวกในการใช้บริการ
๒.๖.๑) สถานที่ตั้งของโรงหมออยู่ไม่ไกลจากบ้าน
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๖.๒) สถานที่ตั้งของโรงหมอไป-มาสะดวก
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๖.๓) ท่านได้รับความสะดวกในการใช้บริก
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๖.๔) ท่านไม่ต้องรอคอยการรักษานา
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๖.๕) ท่านสามารถใช้บริการได้ตามความต้องการหรือความจำเ
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๗) ต้องการทราบความเห็นของท่านต่อคุณภาพการบริการของสถานบริการสุขภาพในประเทศลาวในด้านพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
๒.๗.๑) เจ้าหน้าที่ในโรงหมอของลาวมีความกระตือรือร้นในการดูแลท่/ผู้ป่วย
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๗.๒) เจ้าหน้าที่ในโรงหมอของลาวแสดงออกถึงความสามารถในการให้บริก
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๗.๓) เจ้าหน้าที่ในโรงหมอของลาวพูดจาสุภาพ ยิ้มแย้ แจ่มใสในการให้บริกา
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๗.๔) เจ้าหน้าที่ในโรงหมอของลาวสามารถตอบข้อซักถาม และอธิบายรายละเอียดที่ต้องการทราบได้
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๗.๕) เจ้าหน้าที่ในโรงหมอของลาวทำให้ท่านมั่นใจในการรั
[illegible] ( ) ไม่ใช่ [illegible] ( ) ใช่ [illegible] ( ) ไม่แน่ใจ

๒.๘) ต้องการทราบความเห็นของท่านต่อสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย		
๒.๘.๑) ที่ตั้งโรงพยาบาลในประเทศไทยสามารถไป-มาได้สะดวก		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๒) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีขั้นตอนที่ยุ่งยากในการเข้ารับบริการ		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๓) ท่านได้รับการบริการอย่างรวดเร็ว		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๔) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีความพร้อมในการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๕) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สะอาด		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๖) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีเจ้าหน้าที่มากพอที่จะให้บริการท่าน		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๗) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีอุปกรณ์และเครื่องมือทันสมัย		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๘) โรงพยาบาลในประเทศไทยมียารักษาโรคที่จำเป็นสำหรับท่าน		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๙) โรงพยาบาลในประเทศไทยรักษาโรคที่ยากได้		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๐) การรักษาในโรงพยาบาลของประเทศไทยได้ผลดี		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๑) ท่านมั่นใจว่าได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถ		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๒) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๓) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในประเทศไทยสามารถอธิบายให้ความรู้สึกกับอาการและปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๔) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในประเทศไทยสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับอาการและสาเหตุของโรคให้เข้าใจได้		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๕) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในประเทศไทยสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังการรักษาได้ดี		
[01] ( ) ไม่ใช่	[02] ( ) ใช่	[03] ( ) ไม่แน่ใจ

๒.๘.๑๖) ตลอดการรักษามีผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๗) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในประเทศไทยมีความรู้ความสามารถ [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๘) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในประเทศไทยมีพฤติกรรมการให้บริการดี เช่ยิ้มแย้ม พูดจาไพเราะ [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๑๙) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษา [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๒๐) ท่านมีความพึงพอใจหลังได้รับบริการ [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๒๑) การบริการในประเทศไทยต้องใช้ค่ารักษาที่สูงมาก [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๒๒) การบริการที่ท่านได้รับในโรงพยาบาลของประเทศไทยคุ้มค่ากับเงินที่ต้องจ่าย [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๒๓) มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาใช้บริการในประเทศไทยจำนวนมาก [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๒๔) การรักษาที่ท่านได้รับในโรงพยาบาลของประเทศไทยไม่คุ้มค่ากับการเดินทาง [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๘.๒๕) การรักษาโรงพยาบาลของประเทศไทยที่ท่านได้รับคุ้มค่ากับความพึงพอ [01] ( ) ไม่ใช่ [02] ( ) ใช่ [03] ( ) ไม่แน่ใจ
๒.๙) ความถี่ในการมารักษาในประเทศไทยในโรงพยาบาลของเอกชน
[01] ( ) ไม่เคย [02] ( ) เคย แต่นานแล้ว [03] ( ) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง [04] ( ) ๒-๖ ครั้งต่อปี [05] ( ) มากกว่า ๖ ครั้งต่อปี [06] ( ) อื่นๆ .....

๒.๑๐) **เหตุผลที่ตัดสินใจมารักษาในประเทศไทย**(เลือกตอบได้ไม่เกิน ๓ ข้อ		
• โรงพยาบาลมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของคนลาว	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• รักษาโรคที่ยากได้	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• มีความคุ้มค่าในการรักษา	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• ผู้ให้บริการมีความสามารถ	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• ผู้ให้บริการมีอัธยาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• มีหมอเก่ง	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• ไม่มีเงินก็ได้รับการรักษา	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• ใช้บริการได้ง่ายและสะดวก	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• มียาดี	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• บริการรวดเร็ว ไม่ต้องรอคอยการบริการนาน	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• มีเครื่องมือพร้อมทันสมัย	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• รักษาแล้วหาย/ดีขึ้น	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• มีรายการส่งเสริมการใช้บริการ	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
• อื่นๆ ได้แก่.....	( ) ใช่	( ) ไม่ใช่
๒.๑๑) ต้องการทราบแนวโน้มในการตัดสินใจของท่านในอนาคต		
๒.๑๑.๑) ท่านจะกลับมาใช้บริการการรักษาในประเทศไทยอีกในครั้งต่อไป		
( ) ไม่ใช่	( ) ใช่	( ) ไม่แน่ใจ
๒.๑๑.๒) เจ็บป่วยครั้งต่อไป หากป่วยด้วยโรค/อาการเดิมจะกลับมารักษาอีก		
( ) ไม่ใช่	( ) ใช่	( ) ไม่แน่ใจ
๒.๑๑.๓) เจ็บป่วยครั้งต่อไป หากป่วยด้วยโรค/อาการอื่น จะมารักษาที่ประเทศ		
( ) ไม่ใช่	( ) ใช่	( ) ไม่แน่ใจ
๒.๑๑.๔) เจ็บป่วยครั้งต่อไป หากมีอาการรุนแรง จะมารักษาที่ประเทศไทย		
( ) ไม่ใช่	( ) ใช่	( ) ไม่แน่ใจ
๒.๑๑.๕) ท่านจะแนะนำให้คนอื่น ๆ มาใช้บริการที่โรงพยาบาลในประเทศไทย		
( ) ไม่ใช่	( ) ใช่	( ) ไม่แน่ใจ

๒.๑๒) ประเด็นด้านคุณภาพของโรงพยาบาลที่ท่านให้ความสำคัญสูงสุด๓ อันดับแรก เมื่อต้องตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ		
• รักษาแล้วหาย/ดีขึ้น	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• มีความคุ้มค่าในการรักษา	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• ไม่มีเงินก็ได้รับการรักษา	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• มีหมอเก่ง	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• ยาดี มีคุณภาพ	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• มีเครื่องมือทางการแพทย์ก้าวหน้า ทันสมัย	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• เข้าใช้บริการได้ง่าย อยู่ใกล้บ้านที่ทำงาน	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน ทันสมัย	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความสามารถสูง	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• รักษาโรคที่ยากได้	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• บริการรวดเร็ว ไม่ต้องรอคอยการรักษานาน	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• ให้การดูแลอย่างเป็นธรรม เสมอภาคกัน	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• บุคลากรพูดจาดี มีอัธยาศัยไมตรี ยิ้มแย้	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• ให้ข้อมูลให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• สถานที่สวยงาม สะดวกสบาย บรรยากาศดี	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• รักษาอย่างปลอดภัย ไม่มีโรคแทรกซ้อน	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• ความสะอาดของอุปกรณ์/เครื่องมือ/ห้องตรวจ	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• ได้รับป้ายรับรองคุณภาพจากสถาบันต่าง ๆ	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่
• เอาใจใส่ดูแล กระตือรือร้นช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการหรือร้องขอ	[redacted] ( ) ใช่	[redacted] ( ) ไม่ใช่

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงจากท่าน

สุวารี เจริญมุขยนันท

+๖๖ (๐)๘๖ ๘๔๖ ๘๓๑๒

ແບບຟອມການສຳພາດໂຄງການວິໄຈ
ປັດໃຈທີ່ມີອິທິພົນຕໍ່ການຕັດສິນໃຈນຳໃຊ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ
ຂອງຄົນເຈັບຊາວລາວໃນໂຮງໝໍຂອງລັດຢູ່ປະເທດໄທ

ຄຳອະທິບາຍ

ແບບຟອມສຳພາດສະບັບນີ້ ຈັດພິມຂຶ້ນເພື່ອເປັນການເກັບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບປັດໃຈທີ່ມີ
ຜົນຕໍ່ການຕັດສິນໃຈນຳໃຊ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບຊາວລາວໃນໂຮງໝໍຂອງລັດຢູ່ປະເທດໄທ
ຂໍ້ມູນແລະຄຳແນະນຳທີ່ໄດ້ຮັບຈາກທ່ານຈະເປັນປະໂຫຍດຢ່າງສູງໃນການພັດທະນາແລະປັບປຸງລະບົບບໍລິ
ການສາທາລະນະສຸກທັງຂອງປະເທດໄທແລະປະເທດສາທາລະນະລັດປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວ

ເປົ້າໝາຍຂອງການວິໄຈ

1. ສຶກສາສະພາບການນຳໃຊ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບຊາວລາວໃນໂຮງໝໍຂອງປະເທດໄທ
2. ສຶກສາປັດໃຈທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການຕັດສິນໃຈນຳໃຊ້ບໍລິການຂອງຄົນເຈັບຊາວລາວໃນປະເທດໄທໃນຄັ້ງຕໍ່ໄປ

ແບບສຳພາດແບ່ງອອກເປັນ 2 ສ່ວນ

ສ່ວນທີ 1 ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປຂອງຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນ

ສ່ວນທີ 2 ຂໍ້ມູນດ້ານປັດໃຈທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການຕັດສິນໃຈນຳໃຊ້ບໍລິການສຸຂະພາບຊ້ຳອີກໃນປະເທດໄທ

ຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈທຸກທ່ານຢ່າງສູງໃນການຕອບແບບສອບຖາມນີ້

ກໍລະນີຕ້ອງການສອບຖາມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກະລຸນາຕິດຕໍ່

ສຸວະລີ ຈະເລີນມຸສະຍະບັນ

ໝາຍເລກໂທລະສັບ +668-984-683-12

email: suwaree711@hotmail.com

ตอนที1 ข้อมูลทั่วไป กรุณาใส่ข้อมูลที่ตรงกับความจริงของท่านที่สุด

โดยขูดเครื่องหมาย X ในวงกลม ☐ ที่เลือก หรือเติมคำในช่องว่างเปล่า

1) ประเภทของการใช้บริการของท่าน
☐ 01 | บ่นอนโฮงหม่ ☐ 02 | นอนโฮงหม่
2) เพศ
☐ 01 | ชาย ☐ 02 | ญาย
3) สะภาวะพาบหาวตอบถือ
☐ 01 | เป็นโสด ☐ 02 | แต่งงานแล้ว ☐ 03 | เป็นหม้าย/ ย่าล้าง/แยกกันอยู่
4) อาชีบ
☐ 01 | ชาวนา ☐ 02 | ค้าขาย ☐ 03 | รับจ้าง
☐ 04 | เถ็ดจูกลัด ☐ 05 | นักธุรบ/นักศึกสา ☐ 06 | แม่บ้าน/พ่บ้าน
☐ 07 | อู่พายใต้ถอานรับผิดชอบ ☐ 08 | อื่นๆ .....
5) อายุ.....ปี
6) การศึกสา
☐ 01 | บ่ได้ธุรบ ☐ 02 | ธุรบ ☐ 03 | ธุรบชั้นสูๆ
7) ที่อู่ในประเทดลาอ แขวๆ.....
8) ละยะทางจากเธือนอู่ประเทดลาอไปหาโฮงหม่ในประเทดไท.....กิโลแม็ด
9) ละยะเอลาจากเธือนอู่ประเทดลาอไปหาโฮงหม่ในประเทดไท .....ชั่วโมๆ/นาที
10) พาหนะที่ใช้เดินทาอ(ตอบได้หลายกว่า 1 ข้อ)
• ลิดส่อนบุกคน ☐ 01 | แม่น ☐ 00 | บ่แม่น
• ลิดโดยสาน ☐ 01 | แม่น ☐ 00 | บ่แม่น
• ลิดเทม้า ☐ 01 | แม่น ☐ 00 | บ่แม่น
• ลิดจัก ☐ 01 | แม่น ☐ 00 | บ่แม่น
• เธือ ☐ 01 | แม่น ☐ 00 | บ่แม่น
• เธือบิน ☐ 01 | แม่น ☐ 00 | บ่แม่น
• อื่นๆ ได้แก่..... ☐ 01 | แม่น ☐ 00 | บ่แม่น

11) ປະເພດການເດີນທາງມາເມືອງໄທ

[ ] ໄປ - ກັບ [ ] ພັກແຮມ

- ກໍລະນີພັກແຮມ ມີສະຖານທີ່ພັກແຮມຄື

[ ] ເຮືອນພີ່ນ້ອງ [ ] ເຮືອນພັກເອກະຊົນ [ ] ອື່ນໆ ໄດ້ແກ່.....

12) ຄວາມສາມາດໃນການນຳໃຊ້ບໍລິການ

[ ] ນາເອງໄດ້ [ ] ພີ່ນ້ອງພານາ [ ] ອື່ນໆ ໄດ້ແກ່.....

13) ໃຜເປັນຜູ້ແນະນຳຫລືໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ອນການຕັດສິນໃຈມາປິ່ນປົວໃນປະເທດໄທ

[ ] ໝໍ/ພີ່ນ້ອງໃນລາວ [ ] ໝໍ/ພີ່ນ້ອງໃນໄທ

[ ] ພະນັກງານໃນໂຮງໝໍລາວ [ ] ພະນັກງານໃນໂຮງໝໍໄທ

[ ] ໜັງສືພິມ [ ] ວິທະຍຸ

[ ] ໂທລະພາບ [ ] ອື່ນໆ ໄດ້ແກ່

14) ຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍໃນການປິ່ນປົວຢູ່ປະເທດໄທຄັ້ງນີ້.....ບາດ/ຫີບ

15) ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆນອກຈາກຄ່າປິ່ນປົວ ໃນການມາປິ່ນປົວຄັ້ງນີ້ ຄ

15.1 ຄ່າເດີນທາງໄປ - ກັບ.....ບາດ/ຫີບ

15.2 ຄ່າບ່ອນພັກເຊົ່າ(ລວມ).....ບາດ/ຫີບ

15.3 ຄ່າອາຫານ(ລວມ).....ບາດ/ຫີບ

15.4 ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ (ໄດ້ແກ່).....ຄິດເປັນເງິນ.....ບາດ/ຫີບ

16) ຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວໃນປະເທດໄທ

[ ] ຈ່າຍໄດ້ທັງໝົດ [ ] ຈ່າຍໄດ້ບາງສ່ວນ [ ] ບໍ່ສາມາດຈ່າຍໄດ້

- ກໍ່ວ່າທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວໄດ້ ທ່ານມີວິທີການບໍລິຫານຈັດການຢ່າງໃດ

[ ] ຫ້ອນຈ່າຍ [ ] ຈ່າຍເທົ່າທີ່ມີ

[ ] ໄປຕິດຕໍ່ສັງຄົມສົງເຄາະ [ ] ອື່ນໆໄດ້ແກ່.....

- ໃຜເປັນຜູ້ແນະນຳໃນການບໍລິຫານຈັດການ

[ ] ພະນັກງານໂຮງໝໍໃນລາວແນະນຳ [ ] ພະນັກງານໂຮງໝໍໃນໄທແນະນຳ

[ ] ໝໍ/ພີ່ນ້ອງໃນລາວ [ ] ໝໍ/ພີ່ນ້ອງໃນໄທ

[ ] ອື່ນໆໄດ້ແກ່.....

17) ສະມາຄົມບໍ່ມີການສຸຂະພາບທີ່ເຄີຍເຂົ້າປິ່ນປົວໃນປະເທດລາວ
[ ] ໂຮງໝໍລັດ [ ] ໂຮງໝໍເອກະຊົນ [ ] ນາຍີນາ
18) ປະເພດການປິ່ນປົວ ທີ່ເຄີຍເຂົ້າປິ່ນປົວໃນປະເທດລາວ
[ ] ພະຍາດພາຍນອກ [ ] ພະຍາດພາຍໃນ
19) ສາເຫດທີ່ພາໃຫ້ຕັດສິນໃຈໄປປິ່ນປົວໃນປະເທດໄທ
[ ] ໃກ້ເຮືອນ [ ] ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນ້ອຍກວ່າ
[ ] ຄວາມບໍ່ຄ້ອຍແຄງ [ ] ເຊື່ອໝັ້ນໃນການປິ່ນປົວ
[ ] ອື່ນໆ (ໃດ້ແກ່).....
20) ພາຍຫລັງຈາກການປິ່ນປົວໃນປະເທດໄທແລ້ວທ່ານຈະກັບໄປປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍໃນປະເທດລາວຫລືບໍ່
[ ] ບໍ່ໄປ [ ] ໄປບາງຄັ້ງ [ ] ໄປເປັນປະຈຳ

ຕອນທີ 2 ຄໍ້ມູນປັດໃຈທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການຕັດສິນໃຈນຳໃຊ້ບໍລິການ

ກະລຸນາໃຫ້ຄໍ້ມູນທີ່ກົງກັບຄວາມຈິງຂອງທ່ານທີ່ສຸດ ໂດຍຂຽນເຄື່ອງໝາຍ X ໃນກ່ອງຄຸບ □ ທີ່ເລືອກ

ເລືອກ **ບໍ່ແມ່ນ** ເມື່ອບໍ່ກົງກັບປະສົບການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫລືຮັບຮູ້

ເລືອກ **ແມ່ນ** ເມື່ອກົງກັບປະສົບການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫລືຮັບຮູ້

ເລືອກ **ບໍ່ແນ່ໃຈ** ເມື່ອທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈໃນການບໍ່ມີການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຫລືບໍ່ຮູ້ຄໍ້ມູນ

2.1) ຕ້ອງການຮັບຮູ້ຄໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮັບຮູ້ດ້ານຄວາມສຸນແສງຂອງພະຍາດ/ອາການທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນປະ ເທດລາວ ກ່ອນມາປິ່ນປົວໃນປະເທດໄທ
2.1.1) ທ່ານຕ້ອງນອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.1.2) ທ່ານຮັບຮູ້ວ່າອາການຂອງທ່ານເປັນແຮງແລະ/ຫລືອາດເປັນອັນຕະລາຍເຖິງຊີວິດ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.1.3) ທ່ານຮັບຮູ້ວ່າເປັນພະຍາດທີ່ກ່ຽວພັນກັບອະໄວຍະວະສຳຄັນ ເຊັ່ນ: ຫົວໃຈ ສະໝອງ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.1.4) ທ່ານຮັບຮູ້ວ່າເປັນພະຍາດທີ່ຕ້ອງປິ່ນປົວດ້ວຍການຜ່າຕັດ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.1.5) ທ່ານຮັບຮູ້ວ່າເປັນພະຍາດທີ່ມີຄວາມສຸນແສງເຊິ່ງສາມາດເຮັດໃຫ້ທ່ານພິການຫລືເສຍຊີວິດ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.2) ຕ້ອງການຮູ້ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວກັບການຮັບຮູ້ໃນຄວາມຍາກ/ງ່າຍໃນການປິ່ນປົວທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນປະເທດລາວ ກ່ອນມາປິ່ນປົວໃນປະເທດໄທ
2.2.1) ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງປິ່ນປົວຄວຍການຜ່າຕັດ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.2.2) ທ່ານຕ້ອງໄປນອດເພື່ອບ່ຽມຕີພະຍາດເພີ່ນຢູ່ບ່ອນອື່ນ ເນື່ອງຈາກບໍ່ມີເຄື່ອງມືທີ່ໃຊ້ໃນການນອດພະຍາດຂອງທ່ານ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.2.3) ທ່ານຕ້ອງໄປປິ່ນປົວບ່ອນອື່ນ ເນື່ອງຈາກບໍ່ມີຢ່າປິ່ນປົວພະຍາດຂອງທ່ານ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.2.4) ທ່ານຕ້ອງໄປປິ່ນປົວບ່ອນອື່ນ ເນື່ອງຈາກບໍ່ມີຊ່ຽວຊານຫລືທ່ານໝໍວິຊາສະເພາະ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.2.5) ໃຊຫມໍຂອງສາວສາມາດປິ່ນປົວພະຍາດທີ່ຫຍຸ້ງຍາກຊັບຊ້ອນໄດ້ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.3) ຕ້ອງການຮັບຊາບຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານຕໍ່ຄຸນນະພາບການໃຫ້ບໍລິການຂອງສະຖານບໍລິການສຸຂະພາບໃນປະເທດລາວໃນດ້ານໜ້ານການບໍລິການ
2.3.1) ທ່ານມີອາການດີຂຶ້ນພາຍຫລັງການປິ່ນປົວ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.3.2) ພາຍຫລັງການປ່ນປົວທ່ານໄດ້ຮັບຮູ້ສາເຫດຂອງພະຍາດ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.3.3)ຕະຫລອດການປິ່ນປົວ ມີຜູ້ດູແລແລະໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອເມື່ອທ່ານຕ້ອງການ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.3.4 ທ່ານໄດ້ຮັບການອະທິບາຍຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບພະຍາດ/ອາການແລະປັນຫາສຸຂະພາບ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.3.5) ທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕອບທີ່ພໍໃຈເມື່ອຊັກຖາມກ່ຽວກັບອາການແລະສາເຫດຂອງພະຍາດ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.3.6) ທ່ານໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳໃນການປະຕິບັດຕົວຫລັງການປິ່ນປົວ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.3.7) ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລຈາກສະຖານບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງເມື່ອທ່ານກັບເມືອຢູ່ເຮືອນ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.3.8) ທ່ານມີຄວາມພໍໃຈພາຍຫລັງໄດ້ຮັບການດູແລ [ ] 01 ບໍ່ແມ່ນ [ ] 02 ແມ່ນ [ ] 03 ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.4) ຕ້ອງການຮັບຮູ້ຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານຕໍ່ຄຸນນະພາບການໃຫ້ບໍລິການຂອງສະຖານບໍລິການສຸຂະພາບ ໃນປະເທດລາວ ດ້ານຄຸນຄ່າທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ
2.4.1) ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈໍານວນຫລວງຫລາຍໃນການປິ່ນປົວ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.4.2) ການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄ່າຕໍ່ເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍໄປ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.4.3) ຕ້ອງໃຊ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເດີນທາງມາປິ່ນປົວເປັນຈໍານວນຫລວງຫລາຍ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.4.4) ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນຄຸ້ມຄ່າຕໍ່ການເດີນທາງມາປິ່ນປົວ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.4.5) ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນຄຸ້ມຄ່າຕໍ່ຄວາມພຶງພໍໃຈໃນການໃຊ້ບໍລິການ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.5) ຕ້ອງການຮັບຮູ້ຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານຕໍ່ຄຸນນະພາບການບໍລິການຂອງສະຖານສຸຂະພາບໃນປະເທດ ລາວໃນດ້ານຄວາມພຽງພໍຂອງຊັບພະຍາກອນຕ່າງໆ ເພື່ອໃຫ້ບໍລິການ
2.5.1) ໂຮງໝໍຂອງລາວມີອຸປະກອນແລະເຄື່ອງມືທີ່ສະອາດພ້ອມໃຊ້ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.5.2) ໂຮງໝໍຂອງລາວມີຢ່າທີ່ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ປິ່ນປົວພະຍາດ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.5.3) ໂຮງໝໍຂອງລາວມີອຸປະກອນແລະເຄື່ອງມືທີ່ທັນສະໄໝ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.5.4) ໂຮງໝໍຂອງລາວມີຜູ້ຊ່ຽວຊານວິຊາສະເພາະເພື່ອປິ່ນປົວຄົນເຈັບ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.5.5) ໂຮງໝໍຂອງລາວມີພະນັກງານຈໍານວນພຽງພໍໃນການດູແລຄົນເຈັບ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.5.6) ໂຮງໝໍຂອງລາວມີລະບົບບໍລິການທີ່ດີສາມາດປິ່ນປົວຄົນເຈັບໄດ້ຕະຫລອດ 24 ຊົ່ວໂມງ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.6) ຕ້ອງການຮັບຮູ້ຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານຕໍ່ຄຸນນະພາບການໃຫ້ບໍລິການຂອງສະຖານບໍລິການສຸຂະ ພາບໃນປະເທດລາວດ້ານຄວາມງ່າຍ/ສະດວກໃນການໃຊ້ບໍລິການ
2.6.1) ສະຖານທີ່ຕັ້ງຂອງໂຮງໝໍບ່ໄກຈາກເຮືອນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.6.2) ສະຖານທີ່ຕັ້ງຂອງໂຮງໝໍໄປ - ມາສະດວກ [ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.6.3 ທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມສະດວກໃນການໃຊ້ບໍລິການ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.6.4) ທ່ານບໍ່ຕ້ອງລໍຖ້ານານໃນການປິ່ນປົວ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.6.5) ທ່ານສາມາດໃຊ້ບໍລິການໄດ້ຕາມຄວາມຕ້ອງການຫລືຄວາມຈຳເປັນ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.7) ຕ້ອງການຮັບຮູ້ຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານຕໍ່ຄຸນນະພາບການໃຫ້ບໍລິການຂອງສະຖານບໍລິການສຸຂະພາບໃນປະເທດລາວດ້ານພຶດຕິກຳການໃຫ້ບໍລິການຂອງພະນັກງານ/ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ
2.7.1) ພະນັກງານໃນໂຮງໝໍຂອງລາວມີຄວາມກະຕືລືລົ້ນໃນການດູແລທ່ານ/ຄົນເຈັບ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.7.2) ພະນັກງານໃນໂຮງໝໍຂອງລາວສະແດງອອກໃຫ້ເຫັນຄວາມສາມາດໃນການໃຫ້ບໍລິການ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.7.3) ພະນັກງານໃນໂຮງໝໍຂອງລາວເວົ້າຈາສຸພາບ ອົບອຸ່ນເຊື່ອມໃສໃນການບໍລິການຄົນເຈັບ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.7.4) ພະນັກງານໃນໂຮງໝໍຂອງລາວສາມາດຕອບຂໍ້ຊັກຖາມ ແລະອະທິບາຍລາຍລະອຽດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.7.5) ພະນັກງານໃນໂຮງໝໍຂອງລາວເຮັດໃຫ້ທ່ານໝັ້ນໃຈໃນການປິ່ນປົວ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.8) ຕ້ອງການຮັບຮູ້ຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານສະຖານບໍລິການສຸຂະພາບຂອງປະເທດໄທ
2.8.1) ທີ່ຕັ້ງຂອງໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທສາມາດໄປ-ມາສະດວກ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.8.2) ໂຮງໝໍຂອງປະເທດໄທມີຂັ້ນຕອນທີ່ຫຍຸ້ງຍາກ ໃນການເຂົ້າໃຊ້ບໍລິການ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.8.3) ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການຢ່າງວ່ອງໄວ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.8.4) ໂຮງໝໍປະເທດໄທມີຄວາມພ້ອມໃນການປິ່ນປົວຄົນເຈັບໄດ້ຕະຫລອດ 24 ຊົ່ວໂມງ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.8.5) ໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທມີເຄື່ອງມືແລະອຸປະກອນທີ່ສະອາດ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.8.6) ໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທມີພະນັກງານພຽງພໍໃນການດູແລທ່ານ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ
2.8.7) ໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທມີອຸປະກອນແລະເຄື່ອງມືທີ່ທັນສະໄໝ
[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.8.8) ໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທມີຢາປິ່ນປົວພະຍາດທີ່ຈ່າຍເປັນລ່ຳລັບທ່ານ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.9) ໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທສາມາດປິ່ນປົວພະຍາດທີ່ຫຍຸ້ງຍາກໄດ້
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.10) ການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍຂອງປະເທດໄທໄດ້ຜົນດີແທ້
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.11) ທ່ານໝັ້ນໃຈວ່າໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮູ້ຄວາມສາມາດ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.12)ໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທມີລະບົບການປິ່ນປົວແລະດູແລຄົນເຈັບຢ່າງດີເຍື່ອງ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.13) ພະນັກງານຂອງໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທສາມາດອະທິບາຍໃຫ້ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບອາການແລະປັນຫາສຸ ຂະພາບຜ່ານທ່ານໄດ້ຈັບໄດ້
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.14) ພະນັກງານຂອງໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທສາມາດຕອບຕອບໄດ້ຄຳຖາມທີ່ທ່ານຖາມກ່ຽວກັບອາການ ແລະສາເຫດຂອງພະຍາດທີ່ທ່ານເປັນຈົນທ່ານເຂົ້ໃຈ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.15)ພະນັກງານຂອງໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທສາມາດໃຫ້ຄຳແນະນຳໃນການປະຕິບັດຕົນພາຍຫລັງອອກໂຮງໝໍ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.16) ຕະຫລອດໄລຍະປິ່ນປົວທ່ານມີຜູ້ດູແລແລະໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເມື່ອທ່ານຕ້ອງການ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.17)ພະນັກງານຂອງໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທມີຄວາມຮູ້ຄວາມສາມາດ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.18) ພະນັກງານຂອງໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທສາມາດມີປະຕິກິລິຍາທາງລະຍາດທີ່ດີເມື່ອທ່ານດູແລທ່ານ ເຊັ່ນ ຍິ້ມແຍ້ມແຈ່ມໃສ ເວົ້າຈາສຸພາບອ່ອນຫວານ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.19) ໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທມີຜູ້ຊ່ຽວຊານວິຊາສະເພາະເພື່ອມາປິ່ນປົວທ່ານ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.20) ທ່ານມີຄວາມພໍໃຈພາຍຫລັງທີ່ທ່ານໃຊ້ບໍລິການ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.21) ການບໍລິການໃນປະເທດໄທຕ້ອງໃຊ້ລ່ວງໜ້າປິ່ນປົວສຽງຫລວຍ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.22) ການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນຄຸ້ມຄ່າຕໍ່ເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໄປ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ
2.8.23) ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເດີນທາງມາໃຊ້ບໍລິການສຸຂະພາບໃນປະເທດໄທຈ່ານອນຫລວຍຫລວຍ
[01] [ ] ບໍ່ແມ່ນ [02] [ ] ແມ່ນ [03] [ ] ບໍ່ແມ່ໃຈ

2.8.24) ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນໂຮງໝໍຂອງປະເທດໄທບໍ່ລຸ້ມລ່ວງກັບການເດີນທາງ

[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.8.25) ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນໂຮງໝໍຂອງປະເທດໄທລຸ້ມລ່ວງກັບຄວາມພໍໃຈ

[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.9) ຄວາມກ່ຽວໃນການມາປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍເອກະຊົນໃນປະເທດໄທ

[ ] ບໍ່ເຄີຍ [ ] ເຄີຍມາປິ່ນປົວໃນໄທ ແຕ່ບໍ່ນານມານີ້ເລີຍ

[ ] ຢ່າງໜ້ອຍປີລະເທື່ອ [ ] 2 - 6 ເທື່ອຕໍ່ປີ

[ ] ຫລາຍກ່ວາ 6 ເທື່ອຕໍ່ປີ [ ] ອື່ນໆ ໄດ້ແກ່.....

2.10) ສາເຫດທີ່ຕັດສິນໃຈມາປິ່ນປົວຢູ່ປະເທດໄທ (ທ່ານສາມາດເລືອກຕອບໄດ້ບໍ່ເກີນ 3 ຂໍ້)

- ໂຮງໝໍມີຊື່ສຽງຄົນລາວຍອມຮັບນັບຖືທົ່ວໄປ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ປິ່ນປົວພະຍາດທີ່ໜ້ຍ້ງຍາກ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ມີຄວາມຊຸ້ມຄ່າຕໍ່ການປິ່ນປົວ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ພະນັກງານທີ່ມາປິ່ນປົວຄົນເຈັບມີຄວາມສາມາດ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ພະນັກງານມີຄຸນສົມ ບັດດີ ອົ່ນແອ້ນແຈ່ມໃສ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ມີທ່ານໝໍເກ່ງໆ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ບໍ່ມີເງິນກໍ່ໄດ້ປິ່ນປົວ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ເຂົ້າມາປິ່ນປົວງ່າຍແລະສະດວກສະບາຍ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ມີຢາດີ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ໃຫ້ຍົນການອ້ອງໄວບໍ່ຕ້ອງລໍ້ຖ້ວນວນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ມີເຄື່ອງມືພ້ອມ/ທັນສະໄໝ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ປິ່ນປົວແລ້ວດີ/ດີຂຶ້ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ມີລາຍການສົ່ງເສີມການໃຊ້ບໍລິການ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ
- ອື່ນໆ ໄດ້ແກ່..... [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແມ່ນ

2.11) ຕ້ອງການຮູ້ກ່ຽວກັບແນວໂນ້ມການຕັດສິນໃຈຂອງທ່ານໃນອະນາຄົດ

2.11.1) ທ່ານຈະກັບມາປິ່ນປົວໃນປະເທດໄທອີກໃນຄັ້ງຕໍ່ໄປ

[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.11.2) ເຈັບປ່ວຍຄັ້ງຕໍ່ໄປ ຫາກເຈັບປ່ວຍດ້ວຍພະຍາດ/ອາການເກົ່າຈະກັບມາປິ່ນປົວອີກ

[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.11.3) ເຈັບປ່ວຍຄັ້ງຕໍ່ໄປ ຫາກເຈັບປ່ວຍດ້ວຍພະຍາດ/ອາການອື່ນຈະກັບມາປິ່ນປົວໃນໄທອີກ

[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.11.4) ເຈັບປ່ວຍຄັ້ງຕໍ່ໄປ ຫາກພໍ່ແມ່ອາການລ້ຽງແສງຈະມາປິ່ນປົວຢູ່ປະເທດໄທອີກ

[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.11.5) ທ່ານຈະແນະນຳໃຫ້ຄົນອື່ນໆມາໃຊ້ບໍລິການຢູ່ໂຮງໝໍໃນປະເທດໄທ

[ ] ບໍ່ແມ່ນ [ ] ແມ່ນ [ ] ບໍ່ແນ່ໃຈ

2.12) ປະເດັນທາງດ້ານຄຸນນະພາບຂອງໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໃຫ້ຄວາມສຳຄັນສູງສຸດ 3 ອັນດັບທຳອິດ ເມື່ອທ່ານຕ້ອງຕັດສິນໃຈເລືອກໄປປິ່ນປົວ				
• ປິ່ນປົວແລ້ວດີ/ດີຂຶ້ນ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ມີຄວາມຄຸ້ມຄ່າຕໍ່ການປິ່ນປົວ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ບໍ່ມີເງິນກໍໄດ້ປິ່ນປົວ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ມີທ່ານໝໍເກ່ງ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ມີຢາດີ ແລະມີຄຸນນະພາບ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ມີເຄື່ອງມືທາງການແພດທີ່ກ້າວໜ້າແລະທັນສະໄໝ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ໄປປິ່ນປົວໄດ້ງ່າຍ ຢູ່ໃກ້ເຮືອນ/ບ່ອນເຮັດວຽກ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ມີສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຄົບຊຸດແລະທັນສະໄໝ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ພະນັກງານຂອງໂຮງໝໍມີຄວາມສາມາດສູງ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ປິ່ນປົວພະຍາດທີ່ຫຍຸ້ງຍາກໄດ້	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ບໍ່ມີການລໍຄອງໄວບໍ່ຕ້ອງລໍ້ກັນນານ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ປິ່ນປົວຢ່າງເປັນທ່າ ສະເໝີພາບກັນ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ພະນັກງານເວົ້າຈາດີສຸພາບອ່ອນຫວານ ອົ່ນ ແຍ້ມແຈ່ມໃສ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ມີການໃຫ້ຂໍ້ມູນ/ ໃຫ້ຄຳອະທິບາຍແກ່ຄົນເຈັບ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ສະຖານທີ່ສວຍງາມ ສະດວກສະບາຍ ບັນຍາກາດດີ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ປິ່ນປົວຢ່າງປອດໄພ ບໍ່ມີອຸບັດເຫດ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ຄວາມສະອາດຂອງອຸປະກອນ/ເຄື່ອງມື/ຫ້ອງ ກວດພະຍາດ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ມີປ້າຍຄັບຂອງຄຸນນະພາບຈາກສະຖາບັນຕ່າງໆ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ
• ເອົາໃຈໃສ່ດູແລກະຕືລືລົ້ນຮ່ອຍເຫລືອ ເມື່ອທ່ານຕ້ອງການຫລືຮ້ອງຂໍ	▮	▮ ແມ່ນ	▮	▮ ບໍ່ແມ່ນ

ຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈເປັນຢ່າງສູງທີ່ທ່ານໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມຈິງ

ສຸວາລີ ຈະເລີນມຸຂະຍະນັນ
+668-984-683-12

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายนาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้นำเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย หน้า 2/ 2

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้วยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายเรื่องวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....นางสุวารี เจริญมุขยนันท.....) ชื่อผู้ทำวิจัยตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-สกุล นางสุวารี เจริญมุขยนันท

วัน เดือน ปี เกิด วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2513

สถานที่เกิด จังหวัดอุบลราชธานี

ประวัติการศึกษา

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต(กายภาพบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต(การบริหารบริการสุขภาพ) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ประวัติการทำงาน

- นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี ตั้งแต่ปี 2535 จนถึงปัจจุบัน

ผลงานทางวิชาการ

- หัวหน้าโครงการการวิจัย “ยืดเส้นสายคลายวิกฤติ: การออกกำลังกายในหอผู้ป่วยวิกฤติ” ดำเนินการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2551 ตีพิมพ์ในวารสารสรรพสิทธิเวชสาร ปีที่ 29 ฉบับที่ 3/2551
- เป็นหัวหน้าโครงการงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการลดการใช้ยาในผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อกระดูก และข้อต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองแก จ.อุบลราชธานี” ในปี พ.ศ. 2548 นำเสนอในที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2549และตีพิมพ์ในวารสารกายภาพบำบัด ปีที่ 28 ฉบับที่ 1/2549
- หัวหน้าโครงการงานวิจัย “รูปแบบการบริหารจัดการด้านการบริการทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์” ในปี พ.ศ. 2546 ตีพิมพ์ในวารสารกายภาพบำบัด ปีที่ 27 ฉบับที่ 2/2548
- หัวหน้าโครงการงานวิจัยและนำเสนอผลงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2547 เรื่อง “การประเมินผลระบบการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี”
- หัวหน้าโครงการงานวิจัย “การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ” ในปี พ.ศ. 2543 ตีพิมพ์ในวารสาร กายภาพบำบัด ปีที่ 23 ฉบับที่ 3/2544