

รายงานวิจัย

ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทย:
กรณีศึกษาผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Inequalities in Access to Healthcare Services in Thailand:
A Case Study of Citizens Covered by the Universal Coverage Scheme



ปณิดา จันทรสุกรี
นิพนธ์ รุ่งจินดารัตน์
พีระศักดิ์ จั่วตัน

สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

สนับสนุนทุนวิจัยโดย
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
มีนาคม 2560

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย “ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทย: กรณีศึกษาผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ปีงบประมาณ 2559 ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดนุวิศ สาคริก ซึ่งเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัยนี้ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งและทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่ของสำนักวิจัยและหน่วยงานต่างๆ ภายในสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ที่ให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ ที่มีส่วนช่วยให้การจัดทำโครงการวิจัยฉบับนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

นอกจากนี้ ขอขอบคุณผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกท่านที่ช่วยดำเนินการแจกแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ และผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การเก็บข้อมูลดำเนินไปอย่างราบรื่นและประสบผลสำเร็จ

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลจากการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจทั่วไป และเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างเสมอภาค ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว

คณะผู้วิจัย

สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

มิถุนายน 2560

บทสรุปผู้บริหาร

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเข้าถึงบริการพื้นฐานดังกล่าวมีอิทธิพลต่อชีวิตของประชาชนในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ สถานภาพทางสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งสภาวะสุขภาพและความสุขของประชากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าทางสังคมและผลิตภาพส่วนบุคคล ดังนั้นการให้บริการสาธารณสุขจึงเป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่จะทำให้เกิดศักยภาพส่วนบุคคลและโอกาสที่เท่าเทียมกันสำหรับประชาชนทุกคน

ถึงแม้ว่าโครงการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะทำให้ประชาชนไทยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงแล้วในปัจจุบัน แต่ในความเป็นจริงนั้น ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพก็ยังคงเป็นประเด็นที่รัฐบาลให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการแก้ไขอยู่ เนื่องจากความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ การสร้างโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพจึงทำให้คนมีศักยภาพเต็มที่ในการทำมาหาเลี้ยงชีพ ซึ่งจะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากความรู้สึกเหลื่อมล้ำของคนในสังคมได้

เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง) ในภูมิภาคต่างๆ โดยแบ่งตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 13 เขต และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยคณะผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจากแนวคิดการประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Penchansky และ Thomas (1981) และแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Aday และ Andersen (1974) เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย อายุ 15-59 ปี จำนวน 5,400 คน

ผลการสำรวจปัจจัยนำที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 30-39 ปี สมรสแล้วหรืออยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส นับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และเป็นผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันรวมทั้งสิ้น 4 คน และเกือบ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) โดยเป็นเด็กเล็กและผู้สูงอายุมากที่สุด ผลการสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับต่ำ รับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง รับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคในระดับสูง และรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคในระดับปานกลาง

ผลการสำรวจปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 10,001 - 20,000 บาท มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ (นอกจากสิทธิบัตรทอง) ระยะทางจากที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงสถานบริการสาธารณสุข คือ 6-10 กิโลเมตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อวิทยุ/หอกระจายข่าว/เสียงตามสายในหมู่บ้าน สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์ และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อโทรทัศน์นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) สำหรับสื่อบุคคลนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องเพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน และได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับสูง ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “สิทธิหลักประกันสุขภาพคุ้มครองคนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิอื่นๆ จากรัฐ” “เมื่อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายที่ทางราชการออกให้ทุกครั้ง” และ “กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการจากหน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพได้ทุกแห่ง” ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ น้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ “ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ปีละไม่เกิน 4 ครั้ง” “ในกรณีทั่วไปผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการจากหน่วยบริการของรัฐที่เลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำเท่านั้น” และ “สิทธิหลักประกันสุขภาพคุ้มครองบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ เป็นต้น”

ผลการสำรวจปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆ (สามารถทำเองได้) โดยกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำเองได้คิดเป็นสัดส่วนมากที่สุด คือ การดูแลตัวเอง กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้โดยลำบากเป็นสัดส่วนมากที่สุด คือ การขึ้น-ลงบันได การเจ็บป่วยครั้งล่าสุดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรุนแรง และส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด

ผลการสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ การยอมรับคุณภาพของบริการ รองลงมา คือ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ และความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ตามลำดับ สำหรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อจำแนกตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 13 เขตนั้น พบว่า การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในภาพรวมอยู่

ในระดับสูงเกือบทุกเขต ยกเว้นเขต 9 นครราชสีมา เขต 13 กรุงเทพมหานคร และเขต 4 สระบุรี ที่ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีลักษณะทางสังคมประชากรแตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ขนาดของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการที่มีต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากที่สุด รองลงมา คือ การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และรายได้ของครอบครัว ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 18.4

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	2
1.3 ขอบเขตการวิจัย	3
1.4 ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับรัฐสวัสดิการ	5
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณะ	10
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)	16
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	20
2.5 แนวคิดการประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Penchansky และ Thomas (1981)	23
2.6 แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Aday และ Andersen (1974)	24
2.7 ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย	26
2.8 ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศไทย	29
2.9 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง)	41
2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย	52
2.12 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	54
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	55
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
3.2 วิธีดำเนินการวิจัย	57
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
3.4 การสร้างแบบสอบถาม	63
3.5 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม	63
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	66
4.1 ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข	66
4.2 ปัจจัยนำที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	67
4.3 ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	79
4.4 ปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	85
4.5 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	89
4.6 การวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพ	98
4.7 การวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการที่มีต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	100
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	102
5.1 สรุปผลการวิจัย	102
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	104
5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	109
5.4 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ	111
บรรณานุกรม	112
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	118

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 เป้าหมาย เหตุผล และตัวอย่างการแทรกแซงของรัฐบาลในตลาดประกันสุขภาพ	16
2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย 3 ระบบ	30
2.3 การเปรียบเทียบสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ทั่วประเทศและจำแนกเป็นรายภูมิภาค	32
2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างงบประมาณอุดหนุนของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ	33
2.5 การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อหัวของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบสำหรับรหัสกลุ่มโรค (DRG)	34
2.6 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ	36
2.7 การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ	37
2.8 สรุปรงานวิจัยภายในประเทศที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981)	47
2.9 สรุปรงานวิจัยต่างประเทศที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981)	51
3.1 จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย อายุ 15-59 ปี และจำนวนตัวอย่างซึ่งจัดสรรให้กับจังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่าง	56
3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเมื่อกำหนดด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha)	64
4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ	76
4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	91
4.3 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในแต่ละด้านและภาพรวม จำแนกตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 13 เขต	96
4.4 การเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยจำแนกตามลักษณะทางสังคมประชากร	98
4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	101

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	25
2.2	ผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพที่ประชากรไทยในแต่ละช่วงรายได้ได้รับในปี พ.ศ. 2547	31
2.3	งบประมาณด้านสาธารณสุขสุทธิของภาครัฐที่ช่วยเหลือประชากรในแต่ละช่วงรายได้ ในปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2546	32
2.4	แหล่งงบประมาณและการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ	35
2.5	กรอบแนวคิดในการวิจัย	53
3.1	วิธีดำเนินการวิจัย	58
4.1	ความถี่ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66
4.2	ประเภทการเข้ารับบริการสาธารณสุขในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	67
4.3	เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม	67
4.4	อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม	68
4.5	สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม	68
4.6	ศาสนาที่ผู้ตอบแบบสอบถามนับถือ	69
4.7	ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม	69
4.8	ระดับการศึกษาสูงสุดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม	70
4.9	อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม	70
4.10	สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มเด็ก (อายุ 0-14 ปี)	71
4.11	จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี)	71
4.12	จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)	72
4.13	จำนวนรวมของสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน	73
4.14	สมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้)	73
4.15	จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้)	74
4.16	สัดส่วนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้)	74
4.17	รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	79
4.18	ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน	79
4.19	สิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ (นอกเหนือจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิบัตรทอง)	80
4.20	ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำไว้	80

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.21	การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากสื่อต่าง ๆ	82
4.22	การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากสื่อบุคคล	83
4.23	การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ตอบแบบสอบถาม แยกเป็นรายข้อ	84
4.24	ระดับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ตอบแบบสอบถาม	85
4.25	สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	85
4.26	ความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังของผู้ตอบแบบสอบถาม	86
4.27	ความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม	87
4.28	ความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม	88
4.29	ผลกระทบของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดต่อชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม	88
5.1	กรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	105
5.2	การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 13 เขต	106

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัญหาความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขโดยด่วนและสามารถเห็นได้อย่างชัดเจนในสังคมปัจจุบัน กล่าวคือมีการส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง ทำให้พวกเขาได้รับความเดือดร้อนเนื่องจากความไม่เท่าเทียมทางสังคม ขาดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่สมควรได้รับ ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นปัญหาที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาให้ความสนใจเป็นอย่างมากและพยายามแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง เนื่องจากการเข้าถึงบริการพื้นฐานดังกล่าวมีอิทธิพลต่อชีวิตของประชาชนในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ สถานภาพทางสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งสภาวะสุขภาพและความสุขของประชากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าทางสังคม (Societal Progress) และผลิตภาพส่วนบุคคล (Individual Productivity) ดังนั้นการให้บริการสาธารณสุขจึงเป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่จะทำให้เกิดศักยภาพส่วนบุคคลและโอกาสที่เท่าเทียมกันสำหรับประชาชนทุกคน (MacKinney, Coburn, Lundblad, McBride, Mueller, & Watson, 2014)

สำหรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น ถึงแม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองจะส่งผลให้อัตราการเข้าถึงบริการระบบสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นและความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพลดลงอย่างเป็นรูปธรรม โดยจะเห็นได้จาก 1) การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการเฉพาะทาง เช่น ต้อกระจก หัวใจ และมะเร็ง 2) ประสิทธิภาพในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง มีแนวโน้มดีขึ้น และ 3) ความยากจนเนื่องจากภาระรายจ่ายด้านสุขภาพลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ บัตรทอง สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม รวมทั้งความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายของทรัพยากรและคุณภาพของบริการ (คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร, 2556; พวงชมพู ประเสริฐ, 2561) นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพของไทยยังคงประสบปัญหาในอีกหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาค่าใช้จ่าย ปัญหาด้านทรัพยากร ปัญหาด้านสถานบริการ หรือปัญหาด้านการจัดงบประมาณ ซึ่งปัญหาต่างๆ ดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้

ผลการศึกษาของมูลนิธิสถาบันอนาคตไทยศึกษา (2556) สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ถึงแม้ว่าประชาชนไทยเกือบทั้งประเทศสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้าแล้วในปัจจุบัน แต่ความเป็นจริงนั้นยังมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ยกตัวอย่างเช่น ในขณะที่แพทย์ 1 คนดูแลผู้ป่วยในกรุงเทพฯ น้อยกว่า 1,000 คน แต่แพทย์ 1 คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น จะต้องดูแลคนไข้มากถึง 5,000 คน นอกจากนี้ ในกรุงเทพฯ มีเครื่อง MRI ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคมกกว่าโรงพยาบาลในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือถึง 12 เท่า (เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร) สถิติเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระหว่างภูมิภาคต่างๆ ซึ่งความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้นมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ โดยผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีก็มีโอกาสที่จะหารายได้น้อยกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี ดังนั้นการสร้างโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพจะทำให้คนมีศักยภาพเต็มที่ในการทำมาหาเลี้ยงชีพ ซึ่งจะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากความรู้สึกเหลื่อมล้ำของคนในสังคมได้

จากการทบทวนวรรณกรรม คณะผู้วิจัยพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาเกี่ยวกับประชาชนไทยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นกองทุนหนึ่งใน 3 กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐเป็นการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้สิทธิดังกล่าว โดยไม่ได้สำรวจระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ไม่ว่าจะเป็นศึกษาเฉพาะโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะจังหวัด หรือศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ใช้บริการ เช่น ผู้พิการ ผู้ใช้บริการทันตกรรม เป็นต้น สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นการศึกษาเฉพาะจังหวัด (กฤตวรรณสาห์ราย, 2553; พิไลอ์ เขียวแก้ว, 2552; อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ, 2547) ผลการศึกษาจึงไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะระหว่างภูมิภาคต่างๆ

จากช่องว่างทางการวิจัย (Research Gap) ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง) ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยแบ่งตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 13 เขต และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และคณะผู้วิจัยจะนำผลการวิจัยไปพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขต่อไป ซึ่งความเท่าเทียมกันและความเสมอภาคของประชาชนจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 13 เขต

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ทั้ง 13 เขต

1.2.3 เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

โครงการวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภูมิภาคต่างๆ โดยแบ่งตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 13 เขต และมีข้อมูลครอบคลุม 5 ประเด็นหลักดังนี้

1. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความถี่ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเภทของการเข้ารับบริการสาธารณสุข
2. ปัจจัยนำที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เช่น ความเพียงพอของรายได้ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. ปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย
5. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย อายุ 15-59 ปี จำนวน 23,268,940 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 12 กันยายน 2557) โดยคณะผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างตามระเบียบวิธีทางสถิติ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 5,400 คน

1.3.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

โครงการวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยทั้งสิ้น 1 ปี 9 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2560

1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1.4.1 ด้านวิชาการ

ทำให้ได้กรอบแนวคิดที่ใช้สำหรับศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นถึงทั้งระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งกรอบแนวคิดนี้อาจนำไปปรับ

ใช้เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายกับประเทศไทยได้อีกด้วย

1.4.2 ด้านนโยบาย

ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว โดยหน่วยงานที่สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ได้โดยตรง คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้รัฐบาลยังสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณากำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 13 เขต รวมถึงอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการที่มีต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในบทนี้จะกล่าวถึงแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับรัฐสวัสดิการ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข
3. แนวคิดเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
5. แนวคิดการประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Penchansky และ Thomas (1981)
6. แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Aday และ Andersen (1974)
7. ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย
8. ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศไทย
9. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง)
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
11. กรอบแนวคิดในการวิจัย
12. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับรัฐสวัสดิการ

ประเทศไทยมีแนวคิดที่จะผลักดันให้เป็นประเทศแบบรัฐสวัสดิการ ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับรัฐบาลที่จะมีบทบาทสำคัญในการคุ้มครองและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนภายในประเทศ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยยึดหลักของการให้โอกาสที่เท่าเทียมกันแก่ทุกคน สร้างความเป็นธรรมในการกระจายความมั่งคั่ง และความรับผิดชอบต่อสาธารณะที่จะต้องเข้าไปดูแลบุคคลที่ขาดแคลนเพื่อให้มีปัจจัยขั้นต่ำในการดำรงชีวิตที่ดี (วรวิทย์ เจริญเลิศ, 2556) โดยไม่ได้มีข้อกำหนดอย่างชัดเจนว่าแนวนโยบายเช่นใดจึงจะจัดว่าเป็นรัฐสวัสดิการ แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่ารัฐสวัสดิการสามารถเป็นเครื่องมือของรัฐในการสร้างความเป็นธรรมทางสังคมและความชอบธรรมทางการเมืองได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ John Rawls ที่เชื่อว่าความยุติธรรมจะเป็นหลักช่วยให้สังคมเกิดระเบียบและสงบสุข หลักแห่งความยุติธรรมของ Rawls เชื่อมั่นในหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) หลักแห่งเสรีภาพที่เท่าเทียม ที่เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิในอิสรภาพ

พื้นฐานเท่าเทียมกัน และ 2) หลักแห่งความเท่าเทียมทางโอกาส ที่เชื่อว่าความไม่เท่าเทียมทางสังคมจะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมเท่านั้น และความเท่าเทียมนั้นต้องผนวกเข้ากับตำแหน่งหน้าที่การงานที่เปิดโอกาสให้กับทุกคนด้วย (พงษ์เทพ สันติกุล, 2549)

2.1.1 ความหมายของรัฐสวัสดิการ

ความหมายของคำว่า “รัฐสวัสดิการ” โดยทั่วไปจะครอบคลุมการจัดองค์กรเศรษฐกิจและสังคมในรูปแบบต่างๆ Sinn (1995, อ้างถึงใน วรณพงษ์ ดุรงค์เวโรจน์, 2554) ได้กล่าวว่า รัฐสวัสดิการ (Welfare State) มีสาระสำคัญ คือ การเน้นเรื่องการกระจายสิทธิและผลประโยชน์ที่รัฐพึงมีหน้าที่จะต้องจัดสรรให้แก่พลเมืองในประเทศอย่างทั่วถึง รัฐสวัสดิการจึงหมายถึงรัฐชาติหรือสังคมที่มีบทบาทความรับผิดชอบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในด้านต่างๆ โดยการกำหนดนโยบายของประเทศซึ่งเน้นดำเนินการเพื่อสร้างหลักประกันการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพอย่างน้อยในระดับพื้นฐานแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียม (พงษ์เทพ สันติกุล, 2549) เช่น การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนในด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ และความมั่นคงทางสังคม (กิตติพัฒน์ นนทปัทมเดช, 2550) ซึ่งเป็นทางเลือกในการตอบสนองความต้องการของประชาชนโดยไม่จำเป็นต้องใช้รัฐที่มีการปกครองในลัทธิคอมมิวนิสต์ เป็นการตอบสนองความต้องการของสังคมและประชาชนโดยยังคงระบบเศรษฐกิจแบบตลาดเสรี มีระบบกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคล และระบอบการปกครองประชาธิปไตย (วรณพงษ์ ดุรงค์เวโรจน์, 2554)

ประเทศที่เป็นรัฐสวัสดิการเป็นประเทศที่พยายามใช้ “อำนาจรัฐ” เพื่อควบคุม “อำนาจตลาด” ไม่ให้สร้างความเดือดร้อนให้กับพลเมือง และเพื่อบรรเทาผลกระทบของอำนาจตลาด โดยอาศัยกลไกด้านการเมืองและการบริหารจัดการเป็นเครื่องมือสร้างความมั่นคงทางสังคมอย่างน้อยใน 3 ด้าน (พงษ์เทพ สันติกุล, 2549) คือ

- 1) สร้างความมั่นคงด้านรายได้ให้กับบุคคลหรือครอบครัว
- 2) สร้างหลักประกันให้ประชาชนเมื่อต้องตกอยู่ในสภาวะการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น การเจ็บป่วย การว่างงาน การเป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 3) สร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสังคม โดยไม่มีสถานะและชนชั้นเป็นปัจจัยขัดขวางการเข้าถึงบริการสังคมของรัฐ

2.1.2 รูปแบบของรัฐสวัสดิการ

ความแตกต่างในบริบทและความเชื่อพื้นฐานของสังคมทำให้พัฒนาการของรัฐสวัสดิการในแต่ละประเทศแตกต่างกันออกไป แม้จะมีการพูดถึง “ทฤษฎีการบรรจบกันของรัฐสวัสดิการ” (Welfare Convergence) ที่หมายถึงการมีพัฒนาการของนโยบายรัฐสวัสดิการในแต่ละประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในความเป็นจริงแล้วยังคงมีความแตกต่างกันในบางส่วน ละครความเหมือนกันในบางส่วน (พงษ์เทพ สันติกุล, 2550) รัฐสวัสดิการของแต่ละประเทศมีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่ม (Esping-Andersen, 1998 อ้างถึงใน พงษ์เทพ สันติกุล, 2549) คือ

2.1.2.1 รัฐสวัสดิการแบบเสรีนิยม (Liberal Welfare States) เป็นระบบที่มีการถ่ายเททรัพยากรต่ำ และต้องผ่านการทดสอบระดับความจำเป็นก่อน เน้นการสงเคราะห์มากกว่าการสร้างความมั่นคงทางสังคม ผู้รับประโยชน์สวัสดิการเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย รัฐจะสนับสนุนให้ระบบตลาดเป็นผู้ทำหน้าที่จัดสวัสดิการเป็นส่วนใหญ่ ประเทศที่ใช้ระบบสวัสดิการแบบนี้ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และแคนาดา

2.1.2.2 รัฐสวัสดิการแบบวิสาหกิจนิยม (Corporatist Welfare States) เป็นการ จัดสวัสดิการที่มีรากฐานมาจากความร่วมมือระหว่างรัฐและกลุ่มหรือคณะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ ได้แก่ กลุ่มลูกจ้าง นายจ้าง เป็นระบบสวัสดิการที่เน้นสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับประชาชนที่เรียกว่า การประกันสังคม โดยเป็นการแทรกแซงจากภาครัฐอย่างชัดเจน เนื่องจากเป็นกฎหมายบังคับ ประเทศที่จัดสวัสดิการแบบนี้ เช่น เยอรมนี ฝรั่งเศส และออสเตรีย

ประเทศเยอรมันในปี ค.ศ. 1980 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ Otto von Bismarck ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี นับได้ว่ามีความก้าวหน้าในการจัดสวัสดิการแบบวิสาหกิจนิยมมากกว่าประเทศอื่น โดยมีการตรากฎหมายเพื่อคุ้มครองแรงงานในปี ค.ศ. 1882 1884 และ 1889 แม้ว่าจะมีผู้วิจารณ์ว่าเป็นการดำเนินการทางการเมืองเพื่อจูงใจให้แรงงานไม่ไปเข้าร่วมกับฝ่ายสังคมนิยม อีกทั้งทำให้แรงงานต้องตกอยู่ภายใต้สภาพการณ์พึ่งพิงรัฐ แต่ปรากฏต่อมาว่ามีการนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านสวัสดิการในประเทศต่างๆ อย่างแพร่หลาย

2.1.2.3 รัฐสวัสดิการแบบสังคมนิยมประชาธิปไตย (Social Democratic Welfare States) ที่ยึดหลักการจัดสวัสดิการแบบทั่วถึง และไม่ให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการโดยระบบตลาด ดังนั้นสวัสดิการที่ประชาชนได้รับจึงไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย และไม่เน้นการทำหน้าที่จัดสวัสดิการโดยครอบครัว ประเทศที่ใช้ระบบรัฐสวัสดิการแบบนี้ คือ ประเทศในกลุ่มแสกนดิเนเวีย (เดนมาร์ก นอร์เวย์ สวีเดน) และเนเธอร์แลนด์

การจัดสวัสดิการแบบนี้อาจเรียกว่าเป็นการจัดสวัสดิการแบบ “เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข” ซึ่งรัฐจะจัดเก็บภาษีในอัตราก้าวหน้าแล้วนำมาจ่ายประโยชน์ทดแทนในอัตราคงที่ (Flat Rate) การจัดสวัสดิการโดยอาศัยวิธีการนี้อาจถือได้ว่าเป็นการกระจายซ้ำทรัพยากรที่มีความเป็นธรรมมากที่สุดตามแนวคิดของความยุติธรรมของ Rawls เพราะผู้มีรายได้สูงจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมาก (ถูกเก็บภาษีในอัตราสูง) และผู้มีรายได้น้อยจะรับภาระค่าใช้จ่ายน้อยถึงไม่ต้องรับภาระเลย (ถูกเก็บภาษีในอัตราต่ำ และถ้ารายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่รัฐกำหนดไว้ก็ไม่ต้องเสียภาษีเลย) ในขณะที่ทุกๆ คนจะได้รับประโยชน์จากสวัสดิการเท่าเทียมกัน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยก็เป็นการจัดสวัสดิการตามแนวคิดนี้

2.1.3 สวัสดิการสังคม

ลักษณะพื้นฐานของรัฐสวัสดิการ คือ การมีสวัสดิการสังคม ซึ่งหมายถึง ระบบการจัดบริการทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนา และการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง เหมาะสมเป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน (วรรณพงษ์ ดุรงคเวโรจน์, 2554) ในเบื้องต้นนั้น หลักประกันสังคม

(Social Insurance) เป็นลักษณะพื้นฐานของรัฐสวัสดิการซึ่งเป็นสิ่งที่จัดให้มีขึ้นในประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว (เช่น การประกันสุขภาพแห่งชาติในอังกฤษ หลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ ทุพพลภาพ และประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น) โครงการประกันเหล่านี้เริ่มจากการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาโดยการออกเงินสมทบแบบบังคับและให้สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ประกันตนและครอบครัวในยามที่เกิดความต้องการ แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ในทางปฏิบัติแล้ว การให้สิทธิประโยชน์มักจะอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าความคาดหมายของผู้ที่ออกแบบระบบได้วางแผนไว้ (วรวิทย์ เจริญเลิศ, 2556)

รัฐสวัสดิการจะรวมถึงการบริการสาธารณะ เช่น การศึกษาขั้นพื้นฐาน การบริการสุขภาพ และบ้านพักอาศัย โดยอาจจะมีการเก็บค่าใช้จ่ายต่ำหรือแบบให้เปล่า พิจารณาในแง่แล้ว รัฐสวัสดิการจะมีลักษณะกว้างกว่าในประเทศยุโรปตะวันตก เมื่อเทียบกับสหรัฐอเมริกา เช่น มีการจัดระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า และรัฐเข้าไปอุดหนุนค่าใช้จ่ายการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน โครงการลดความยากจนและระบบภาษีส่วนบุคคลก็จัดเป็นมิติหนึ่งของรัฐสวัสดิการ ระบบภาษีส่วนบุคคลแบบก้าวหน้ามักจะถูกใช้เป็นเครื่องมือในการกระจายรายได้ เพื่อบรรลุนโยบายยุติธรรมในสังคมและเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการสร้างหลักประกันทางสังคม และสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่ไม่ได้มาจากการออกเงินสมทบ ในประเทศสังคมนิยม รัฐสวัสดิการจะครอบคลุมถึงการมีงานทำและการควบคุมราคาสินค้าบริโภคด้วย (วรวิทย์ เจริญเลิศ, 2556)

2.1.4 บทบาทของรัฐสวัสดิการ

รายงานของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) ฉบับที่ 66 ได้สรุปถึงบทบาทของรัฐสวัสดิการว่าประกอบด้วย 2 ส่วน (ปรามิทย์ ตั้งเกียรติกำจาย, 2552) คือ

2.1.4.1 การช่วยเตรียมประชาชนให้สามารถเผชิญกับความเสี่ยงทางสังคมประเภทต่างๆ (Ex-ante Risk Management) ซึ่งเป็นหลักของการประกันสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทั้งจากการทำงานและไม่ใช้จากการทำงาน การเข้าสู่วัยชราตามวงจรชีวิตมนุษย์ และการเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจที่กระทบต่อการมีงานทำ

2.1.4.2 การสงเคราะห์เมื่อประชาชนอยู่ในภาวะยากลำบาก (Ex-post Risk Management) เพราะไม่สามารถต่อสู้กับความเสี่ยงทางสังคมได้ หน้าที่หลักของรัฐสวัสดิการ คือ การช่วยเหลือประชาชนเพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนไม่ตกอยู่ใต้มาตรฐานการดำรงชีพขั้นต่ำหรือการช่วยเหลือคนจนนั่นเอง อีกทั้งยังช่วยสร้างความเป็นธรรมและความเท่าเทียมระหว่างคนรวยและคนจนมากขึ้น ทั้งนี้ปัญหาของการจัดสวัสดิการอาจมี 2 ประการ คือ

- 1) ไม่จัดสรรสวัสดิการให้แก่ผู้ที่สมควรได้รับ
- 2) จัดสรรสวัสดิการให้แก่ผู้ที่ไม่ควรได้รับ

การจัดสรรสวัสดิการผิดพลาดทำให้ความเป็นธรรมลดลงได้ นอกจากนี้หน้าที่อื่นๆ ของรัฐสวัสดิการมีทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและการจัดสรรทรัพยากร (เช่น การตัดสินใจว่าจะใช้เงินสร้างโรงพยาบาลหรือสร้างรถไฟฟ้า หรือควรเพิ่มสวัสดิการคนชราหรือไม่ หรือการเพิ่มสวัสดิการคนชราควร

ดำเนินการอย่างไรให้การใช้เงินมีประสิทธิภาพ) การเปลี่ยนแรงจูงใจในการบริโภคสินค้าและบริการ หรือการทำงานของประชาชน (เช่น การนำภาษีเหี่ยวและบุหรี่ยาเป็นรายได้ในการให้สวัสดิการเพื่อช่วยลดแรงจูงใจในการบริโภคสินค้าดังกล่าว) และสร้างความยืดหยุ่นในสังคมที่จะไม่ทอดทิ้งผู้ลำบากและไม่แบ่งแยกสวัสดิการตามเชื้อชาติหรือศาสนา

2.1.5 ระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขของไทยกับแนวคิดรัฐสวัสดิการ

แนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมยังขึ้นอยู่กับระบบการเมืองและระบบเศรษฐกิจของแต่ละประเทศด้วย โดยระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ในโลกนี้อาจแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ (เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร, 2554)

2.1.5.1 การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลเอกชน และคลินิก การบริการมุ่งการแข่งขันเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดแก่สถานบริการสาธารณสุข ประชาชนมีเสรีภาพในการใช้บริการอย่างเต็มที่ บริการส่วนใหญ่จะมีคุณภาพสูง เนื่องจากต้องแข่งขันกันในการให้บริการ แต่ในระบบบริการสาธารณสุขแบบนี้มีการใช้เทคโนโลยีระดับสูงและราคาแพง การบริการสุขภาพจึงมีค่าบริการสูง ทำให้ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ประเทศที่ใช้ระบบนี้ คือ สหรัฐอเมริกา ฟิlipปินส์ และเคนยา อันนี้จะเข้าได้กับหลักของเสรีภาพ

2.1.5.2 การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการให้กับประชาชนของตน ทั้งในแบบให้เปล่าและประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะมาจากภาษีอากรหรือกองทุนด้านสุขภาพอื่นๆ สถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นของรัฐหรือองค์กรที่ไม่แสวงกำไร การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบรัฐสวัสดิการนี้ประชาชนจะมีความเสมอภาคกันในการเข้าถึงสถานบริการ แต่เสรีภาพในการเลือกใช้บริการของประชาชนมีน้อยกว่าในระบบตลาดแข่งขันเสรี อันนี้เข้าได้กับหลักเสมอภาคและความเป็นธรรม

2.1.5.3 การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบสังคมนิยม (Socialist Health System) การบริการสาธารณสุขทุกอย่างจะถูกวางแผนมาจากส่วนกลาง รัฐเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประชาชนสามารถใช้บริการแบบได้เปล่าตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ ในระบบนี้โดยหลักการแล้วค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะต่ำ เนื่องจากการประหยัดจากขนาด (Economy of Scale) แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ที่วางแผนจัดบริการสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งขาดแรงจูงใจในการดำเนินงาน ทำให้ระบบนี้ค่อนข้างจะมีประสิทธิภาพต่ำ ในระบบนี้ประชาชนจะไม่มีเสรีภาพในการใช้บริการ ทุกคนมีความเสมอภาคเท่าเทียมกันหมด ประเทศที่ใช้ระบบแบบนี้คือประเทศคอมมิวนิสต์เดิม เช่น สหภาพโซเวียตเดิม และคิวบา

2.1.5.4 การจัดบริการสาธารณสุขแบบครอบคลุมทั้งหมด (Comprehensive Health System) รัฐจะมีหน้าที่ในการให้หลักประกันการบริการสาธารณสุขทุกชนิดแก่ประชาชนโดยการจัดบริการให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มและครอบคลุมบริการทุกชนิด โดยรัฐบาลจะเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินแก่สถานบริการสาธารณสุข ประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น อังกฤษ ศรีลังกา เป็นต้น

แนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับประเทศไทยในช่วงระยะเวลาก่อนปี พ.ศ. 2554 เป็นการจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) กล่าวคือเป็นการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลเอกชนและคลินิก การบริการมุ่งเน้นการแข่งขันเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดแก่สถานบริการสาธารณสุข ประชาชนมีเสรีภาพในการใช้บริการอย่างเต็มที่ บริการส่วนใหญ่จะมีคุณภาพสูง เนื่องจากต้องแข่งขันกันในการให้บริการ แต่ในระบบบริการสาธารณสุขแบบนี้ ค่าบริการสุขภาพจะมีราคาแพง ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักเสรีภาพ หรือสรุปได้ว่าเป็นแบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเป็นหลัก โดยที่ประชาชนสามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างเสรี (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2548 อ้างถึงใน สภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2554)

อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา ทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีความพยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการ ซึ่งการจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการให้กับประชาชน ทั้งในแบบให้เปล่าและแบบประชาชนมีส่วนร่วมในการเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมาจากภาษีอากรหรือกองทุนด้านสุขภาพอื่นๆ และสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นของรัฐหรือองค์กรที่ไม่แสวงกำไร การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบรัฐสวัสดิการนี้จะทำให้ประชาชนมีความเสมอภาคกันในการเข้าถึงการบริการ แต่เสรีภาพในการเลือกใช้บริการของประชาชนจะน้อยกว่าในระบบตลาดแข่งขันเสรี (สภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2554)

เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยมีการจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แก่ประชาชนชาวไทยเป็นการเพิ่มเติม จากเดิมที่มีระบบหลักประกันสุขภาพหลักเพียง 2 ระบบเท่านั้น คือ “ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ”(CSMBS) และ “ระบบประกันสังคม”(SSS) (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2554) ในขณะที่การบริการสาธารณสุขของประเทศไทยก็มีการแข่งขันกันในเชิงธุรกิจมากยิ่งขึ้นเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากกรณีที่โรงพยาบาลเอกชนได้มีการกระจายหุ้นและมีการลงทุนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น (วิระศักดิ์ พุทธาศรี, สมหญิง สายธนู และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2556)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณะ

2.2.1 การบริการสาธารณะ

2.2.1.1 ความหมายของการบริการสาธารณะ

การบริการสาธารณะ หมายถึง การที่หน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจจะเป็นหน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชนดำเนินการส่งต่อบริการให้แก่ประชาชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองต่อ

ความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวม โดยที่การให้บริการมีลักษณะเป็นระบบที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ประการ คือ หน่วยงานและบุคคลที่ทำหน้าที่ให้บริการ ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากร กระบวนการและกิจกรรม ช่องทางการให้บริการ ผลผลิตหรือตัวบริการ และผลกระทบหรือคุณค่าที่มีต่อผู้รับบริการ (อัจฉราพรรณ จรัสวัฒน์, 2551)

ส่วนความหมายให้เชิงการปกครองนั้น ประยูร กาญจนกุล (2538) อธิบายว่า บริการสาธารณะ หมายถึง กิจกรรมที่อยู่ในความอำนาจการหรืออยู่ในการควบคุมของฝ่ายปกครอง ที่จัดทำเพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน

นันทวัฒน์ บรมานันท์ (2554) ให้ความหมายว่า บริการสาธารณะเป็นกิจกรรมที่ฝ่ายปกครองทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์สาธารณะ ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไข 2 ประการ คือ

1) กิจกรรมที่ถือว่าเป็นบริการสาธารณะจะต้องเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับนิติบุคคลในกฎหมายมหาชน ซึ่งหมายถึงการที่นิติบุคคลในกฎหมายมหาชนเป็นผู้ประกอบกิจกรรมที่เป็นบริการสาธารณะนั้นด้วยตนเอง อันได้แก่ กิจกรรมที่รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน หรือรัฐวิสาหกิจเป็นผู้ดำเนินการ และหมายความรวมถึงกรณีนิติบุคคลในกฎหมายมหาชนมอบกิจการของตนบางประเภทให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแทน แต่องค์กรที่มอบยังคงควบคุมและกำกับดูแลให้การดำเนินกิจกรรมนั้นอยู่ในสภาพเดียวกับที่องค์กรผู้มอบเป็นผู้ดำเนินการเอง (นิติบุคคลตามกฎหมายมหาชน หมายถึง นิติบุคคลที่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำบริการสาธารณะ ได้แก่ รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน และวิสาหกิจมหาชน)

2) กิจกรรมที่ถือว่าเป็นบริการสาธารณะจะต้องเป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์สาธารณะและตอบสนองความต้องการของประชาชน

2.2.1.2 หลักเกณฑ์สำคัญในการจัดบริการสาธารณะ

นันทวัฒน์ บรมานันท์ (2554) สรุปไว้ว่า หลักเกณฑ์ขั้นพื้นฐานในการจัดทำบริการสาธารณะประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ หลักว่าด้วยความเสมอภาค หลักว่าด้วยความต่อเนื่อง และหลักว่าด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) หลักว่าด้วยความเสมอภาค เป็นหลักเกณฑ์ที่มีความสำคัญประการแรกในการจัดทำบริการสาธารณะ เนื่องจากการที่รัฐเข้ามาจัดทำบริการสาธารณะนั้น รัฐมิได้มีจุดมุ่งหมายที่จะจัดทำบริการสาธารณะขึ้นเพื่อประโยชน์ของผู้หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะ แต่เป็นการจัดทำเพื่อประโยชน์ของประชาชนทุกคน ประชาชนทุกคนย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติหรือได้รับผลประโยชน์จากบริการสาธารณะอย่างเสมอภาคกัน ความเสมอภาคนี้มีหลายประเภท กล่าวโดยสรุปคือ นอกจากความเสมอภาคที่จะได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณะอย่างเท่าเทียมกันแล้ว ยังหมายถึงความเสมอภาคที่จะได้รับบริการเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นราคาค่าบริการหรือการบริการ ความเสมอภาคในการเข้าเป็นคู่สัญญาของรัฐที่จะต้องมีการเรียกประกวดราคาหรือประมูลเพื่อให้บุคคลทั่วไปมีโอกาสเข้าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเป็นคู่สัญญาของรัฐ รวมทั้งความเสมอภาคในการเข้าทำงานกับรัฐ

อย่างเท่าเทียมกันโดยการสอบแข่งขันกับบุคคลอื่นๆ ภายใต้เงื่อนไขบางประการเกี่ยวกับคุณสมบัติด้านความรู้ความสามารถพื้นฐาน (กิจการใดที่รัฐจัดทำขึ้นเพื่อบุคคลใดโดยเฉพาะจะไม่มีลักษณะเป็นบริการสาธารณะ)

2) หลักว่าด้วยความต่อเนื่อง การบริการสาธารณะเป็นกิจการที่มีความจำเป็นสำหรับประชาชน ดังนั้น หากบริการสาธารณะหยุดชะงักลงไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ประชาชนผู้ใช้บริการสาธารณะย่อมได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายได้ ด้วยเหตุนี้บริการสาธารณะจึงต้องมีความต่อเนื่องในการจัดทำ ความต่อเนื่องดังกล่าวนี้ไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนตายตัวว่าจะต้องมีลักษณะอย่างไร สำหรับบริการสาธารณะบางประเภทซึ่งจะต้องจัดทำอย่างถาวร เช่น การรักษาความสงบเรียบร้อยภายในและภายนอกประเทศ การรักษาพยาบาล การควบคุมการคมนาคมทางอากาศ ความต่อเนื่องจะหมายถึงการจัดทำบริการสาธารณะประเภทนั้นๆ ตลอด 24 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 7 วัน ในขณะที่บริการสาธารณะบางประเภทซึ่งไม่จำเป็นต้องจัดทำอย่างถาวรแต่ต้องจัดทำอย่างสม่ำเสมอ ก็อาจจัดทำโดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขบางประการ เช่น พิพิธภัณฑสถานกำหนดเวลาเปิด-ปิด กำหนดวันหยุดได้ สถานศึกษาสามารถกำหนดวันเวลาในการให้การศึกษา รวมทั้งการหยุดพักร้อนประจำปี เป็นต้น

3) หลักว่าด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง บริการสาธารณะที่ดีจะต้องสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมกับเหตุการณ์และความจำเป็นในทางปกครองที่จะรักษาประโยชน์สาธารณะรวมทั้งปรับปรุงให้เข้ากับวิวัฒนาการของความต้องการส่วนรวมของประชาชนด้วย

ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2549) กล่าวถึงการบริการสาธารณะไว้ว่า โดยหลักการแล้ว การบริการสาธารณะย่อมยังประโยชน์แก่สังคมและบุคคลทั่วไป การดำเนินบทบาทสำคัญประการนี้ของหน่วยงานภาครัฐจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญต่อเรื่องของประสิทธิภาพในเชิงการบริหารจัดการ และประสิทธิภาพ เช่นว่านี้ย่อมเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดทิศทางการบริหารรวมของประสิทธิภาพการจัดการภาครัฐที่มีผลต่อระบบการบริหารงานภาครัฐและระบบเศรษฐกิจ การให้บริการของภาครัฐที่มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนสมรรถนะของการปฏิบัติงานด้านการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการประชาชนที่เป็นลูกค้าผู้รับบริการของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้รากฐานของการบริหารราชการหรือการบริหารงานภาครัฐตามแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management: NPM) ที่ระบบราชการของหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยรับมาเป็นกระบวนการทัศน์ในการขับเคลื่อนการจัดการระบบงานภาครัฐในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่นี้นอกจากจะมุ่งเน้นการปรับปรุงสมรรถภาพและการยกระดับกำลังการผลิตของหน่วยงานภาครัฐแล้ว ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) และมีการเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะมากขึ้น

2.2.2 การบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข

2.2.2.1 ความหมายของการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข

การบริการสาธารณสุขเป็นหนึ่งในบริการสาธารณะที่ภาครัฐต้องเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน “บริการสาธารณสุข” หมายถึง บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การ

รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ (สภานิติบัญญัติ แห่งชาติ, 2554)

2.2.2.2 หลักการจัดบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุข

หลักการหรือแนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุข ในสังคมของแต่ละประเทศนั้น ส่วนใหญ่มักจะขึ้นอยู่กับค่านิยม (Value) และปรัชญาแนวความคิดที่สังคมหรือ ประเทศนั้นๆ ยึดถือ โดยค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขใน สังคมตามหลักสากลนั้นมีอยู่ด้วยกัน 4 ประการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2552 อ้างถึงใน สภานิติ บัญญัติแห่งชาติ, 2554) คือ

1) หลักความเสมอภาค (Equality) หมายถึง ในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐให้แก่ ประชาชนนั้นจะต้องยึดหลักของความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง เสมอภาคกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องรายได้หรือถิ่นที่อยู่ และรัฐจะต้องขยายการบริการ สาธารณสุขให้เพียงพอและอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ

2) หลักความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องมี ความสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative Needs) ของประชาชนด้วย โดยที่ความจำเป็น ทางด้านสุขภาพนี้ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ซึ่งมีความแตกต่างจากความต้องการทางด้านสุขภาพที่ ประชาชนตระหนักถึง (Felt Needs) ประชาชนในแต่ละกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพเท่ากันจะต้อง ได้รับบริการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน

3) หลักเสรีภาพ (Freedom) หมายถึง บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคบริการ สาธารณสุขได้ตามความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย (Ability to Pay) ของแต่ละบุคคล ซึ่ง เสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับรายได้และอำนาจซื้อของแต่ละบุคคลด้วย เช่น การเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชนย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

4) หลักประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การ จัดบริการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์ สูงสุด ด้วยหลักประสิทธิภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่ดีที่สุดโดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรน้อยที่สุด การ ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีราคาแพง

ระบบสาธารณสุขอาจจะมีประสิทธิภาพหรือการจัดการความแตกต่างจากระบบเศรษฐกิจ ยกตัวอย่างเช่น อังกฤษมีระบบเศรษฐกิจเสรีแต่ระบบสุขภาพเป็นแบบเบ็ดเสร็จ ในประเทศสังคมนิยมหรือ คอมมิวนิสต์นั้น ระบบสุขภาพมักด้อยประสิทธิภาพด้านการจัดสรรทรัพยากร (Allocative Inefficiency) เพราะการบริหารรวมศูนย์สู่ศูนย์กลาง ทำให้การจัดการระดับท้องถิ่นไม่ยืดหยุ่น ส่วนประเทศที่ใช้ระบบตลาด มักจะมีปัญหาด้อยประสิทธิภาพเชิงเทคนิคเพราะผู้บริโภคมีทางเลือกมาก ร่วมกับเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงมี ปัญหารุนแรงกว่าประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา เกิดวิกฤตทรัพยากรและเกิดกระแสการปฏิรูป

ระบบสาธารณสุขรวมทั้งสวัสดิการสังคม บทบาทรัฐทั้ง 2 ขั้วจึงเคลื่อนเข้าหากันมากขึ้น ในความเป็นจริงแล้ว แต่ละประเทศมีระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมเพราะระบบบริการสาธารณสุขเพียงระบบเดียวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคมได้อย่างพอเพียง (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2554)

2.2.3 บทบาทของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุข

บทบาทของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุขสามารถจำแนกได้ 3 รูปแบบ (Titmus, 1974 อ้างถึงใน เพ็ญแข ลากยั้ง, 2554) คือ

1) The Residual Welfare Model รูปแบบนี้พัฒนามาจากปรัชญาเสรีนิยมซึ่งเชื่อมั่นในกลไกตลาดตามหลักอุปสงค์อุปทานต่อบริการ โดยเชื่อว่าคนยากจนที่เข้าไม่ถึงบริการมีเป็นส่วนน้อยของประเทศ หากรัฐต้องรับภาระจัดบริการให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มจะเป็นเรื่องสูญเสียเปล่าและไม่จำเป็น จึงเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล (Individual Responsibility) แต่เนื่องจากตลาดบริการสุขภาพเป็นตลาดไม่สมบูรณ์ (Market Imperfection) ต้องมีการแทรกแซงในระดับหนึ่ง ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเป็นที่ยอมรับน้อยลง

2) The Industrial Achievement Performance Model รูปแบบนี้เน้นผลิตภาพ (Productivity) ของตลาดบริการสุขภาพเป็นหลัก ประเทศที่ใช้รูปแบบนี้อย่างเด่นชัด ได้แก่ สหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น

3) The Institutional Redistribution Model รูปแบบนี้พัฒนามาจากปรัชญาส่วนรวมนิยม (Collectivism) เช่น ระบบความมั่นคงทางสังคม (Social Security System) จัดบริการสังคมแก่พลเมือง เพราะเป็นความรับผิดชอบของสังคมร่วมกัน โดยรัฐรับภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพ และประชาชนจ่ายค่าเบี้ยประกันและภาษีตามระดับรายได้ ได้แก่ ประเทศในยุโรป และชัดเจนมากในกลุ่มสแกนดิเนเวีย

2.2.3.1 พัฒนาการแนวคิดด้านสุขภาพของรัฐ

จากประสบการณ์ของประเทศพัฒนาในยุโรป อาจสรุปแนวคิดด้านสุขภาพของรัฐได้ว่ามีพัฒนาการ 3 ขั้นตอนซึ่งมีความเจริญด้านวิทยาศาสตร์และการแพทย์และสาธารณสุขเป็นพื้นฐาน (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2554) ดังนี้

1) แนวคิดสาธารณสุข (Public Health Approach) รัฐให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพว่าเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นปัจจัยเอื้อให้โรคแพร่กระจาย แนวคิดนี้ทำให้เกิดการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม และขยายคำจำกัดความของสิ่งแวดล้อมให้กว้างขึ้นในเวลาต่อมา โดยรัฐมีมาตรการกำกับและควบคุมบังคับ (Regulation and Compulsion)

2) แนวคิดป้องกันโรคระดับบุคคล เชื่อว่าถ้าประชาชนได้รับบริการป้องกันโรคและได้รับคำแนะนำตั้งแต่แรกก็จะมีสุขภาพดี จากสถานการณ์การเสียชีวิตและป่วยของทารกและมารดาที่ยังคงมีอัตราสูง ไม่ได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน แม้จะมีมาตรการควบคุมด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม จึงเกิดแนวความคิดใหม่ว่าการป้องกันที่ตัวมารดาและเด็กโดยตรงน่าจะเป็นมาตรการที่ให้ผลแน่นอนกว่า แนวคิดนี้ทำให้เกิดงานอนามัยมารดาและเด็ก อนามัยโรงเรียน และโครงการอาหารกลางวัน รวมทั้งเพิ่มความสนใจในการจัดบริการทันตสุขภาพ โดยให้ทันตสุศึกษาและทันตกรรมป้องกันแก่เด็ก

3) แนวคิดการเพิ่มบทบาทรัฐในการจัดบริการ แทนที่จะปล่อยให้ประชาชนใช้บริการตามฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมหรือระบบประกันโดยสมัครใจ รัฐบางแห่งเข้ามาจัดบริการรักษาโรคโดยตรงเพื่อคุ้มครองอย่างเบ็ดเสร็จ โดยเริ่มจากการสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ การป้องกันโรคระดับบุคคล และการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ต่อมา มีการปรับบทบาทไปตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองของแต่ละประเทศ ระบบสุขภาพเป็นผลสะท้อนของอุดมการณ์แนวคิดปรัชญาผ่านทางนโยบาย การเมืองและการบริหารประเทศ โดยกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนและการจัดสรรทรัพยากร บริบทร่วมกันของประเทศพัฒนาแล้วทั้งในยุโรปและเอเชีย คือ ระบบการเมืองเป็นประชาธิปไตย และมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา มีการบริหารรวมศูนย์สู่ศูนย์กลาง ทำให้ท้องถิ่น (ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบประชาธิปไตย) และประชาชนอ่อนแอ หวังพึ่งพาผู้ปกครองประเทศ หรือนักการเมืองประชานิยมมากกว่าจะสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรของประเทศอย่างมีเหตุมีผล และยังขาดการตรวจสอบการดำเนินงานของภาครัฐด้วย บทบาทภาครัฐจึงตอบสนองต่อประชาชนอย่างไม่เบ็ดเสร็จ ครบถ้วน และไม่ยั่งยืน

2.2.3.2 รัฐบาลและระบบประกันสุขภาพ

ในการแทรกแซงของรัฐบาลเพื่อให้ตลาดประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมแก่ประชาชนมากที่สุด รัฐบาลต้องมีบทบาทหลักในการเป็นผู้นำที่ทำให้เกิดความร่วมมือกันของชุมชนต่างๆ และทำให้คนในสังคมยินดีร่วมมือกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาประกันสุขภาพดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน โดยอาจต้องใช้กฎหมายเข้ามาบังคับควบคุมไปด้วย อย่างไรก็ตาม แม้รัฐบาลเข้าแทรกแซงมากน้อยเพียงใดก็ไม่อาจขจัดปัญหาพื้นฐานการประกันสุขภาพให้หมดไปได้อย่างสิ้นเชิง รัฐบาลอาจแก้ปัญหาการคัดเลือกที่ขัดประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะมีอำนาจบังคับให้ประชาชนทุกคนอยู่ในระบบประกันสุขภาพได้ ทำให้ผู้มีสุขภาพดีที่ปกติแล้วมักไม่สนใจการประกันสุขภาพก็ต้องอยู่ในระบบพร้อมกับผู้ที่สุขภาพไม่ดี หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ประชาชนทุกคนต้องเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขกันอย่างถ้วนหน้า ส่วนปัญหาภาวะภัยทุจริยานั้นเป็นปัญหาที่รัฐบาลไม่อาจแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์ เพียงแต่สามารถลดความรุนแรงของปัญหาลงได้บ้างเท่านั้น (อัมมาร สยามวาลา, อนุ เน้นหนา และนิพิฐ พิรวะ, 2555)

2.2.3.3 เป้าหมายและเหตุผลในการแทรกแซงตลาดประกันสุขภาพ

รัฐบาลในประเทศต่างๆ มีการแทรกแซงและจัดระบบประกันสุขภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะในรายละเอียดปลีกย่อย ทั้งในด้านการเงินของระบบประกันสุขภาพ หรือการจัดให้มีบริการสาธารณสุขและประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน ซึ่งพอสรุปเป้าหมายและเหตุผลในการแทรกแซงตลาดประกันสุขภาพได้ ดังนี้

ตารางที่ 2.1 เป้าหมาย เหตุผล และตัวอย่างการแทรกแซงของรัฐบาลในตลาดประกันสุขภาพ

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการแทรกแซง
1. เพื่อประกันความเสี่ยงทางสุขภาพ	- ปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องที่ไม่แน่นอน - สุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ - การรักษาพยาบาลบางครั้งมีค่าใช้จ่ายสูงและอาจทำให้ครอบครัวผู้ป่วยล้มละลายได้	- จัดตั้งโครงการประกันสุขภาพ
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	- ผู้ที่สุขภาพไม่ดีหรือมีโรคเรื้อรังอาจถูกกีดกันจากตลาดประกันสุขภาพ (การคัดเลือกที่ขัดประโยชน์) - ทุกสังคมมีกลุ่มคนรายได้น้อย ซึ่งมักมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้น้อยกว่าคนทั่วไป	- รัฐบาลบังคับให้ทุกคนมีประกันสุขภาพ - ให้เงินอุดหนุนผู้มีรายได้น้อยเพื่อซื้อประกันสุขภาพ - ใช้เงินจากระบบภาษีช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย
3. เพื่อเพิ่มการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการในตลาดประกันสุขภาพ	- เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ - การประหยัดต่อขนาดและการผลิต	- รัฐในฐานะเป็นผู้ซื้อบริการรายเดียวมีอำนาจต่อรองกับผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น - เพิ่มแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการในการเพิ่มคุณภาพ
4. เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในตลาดประกันสุขภาพ	- ปัญหาภาวะร้ายทุจรรยาของผู้ให้บริการ	- วางระบบการจัดการด้านการเงินในตลาดประกันสุขภาพ - การใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการบริการสาธารณสุขทั้งในระดับรวมและระดับหน่วยบริการ

ที่มา: อัมมาร สยามวาลา, อนุ แนนหนา และนิพิฐ พิรเวช (2555)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)

2.3.1 ความหมายของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

เศรษฐศาสตร์เป็นการศึกษาถึงวิธีการที่ระบบเศรษฐกิจทำการผลิตสินค้าและบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ และจำหน่ายแจกสินค้าและบริการเหล่านั้นไปยังบุคคลที่ต้องการ และเป็นการศึกษาถึงวิธีการตัดสินใจเลือกทางเลือกของบุคคลในระบบเศรษฐกิจในทางที่เหมาะสมที่สุด ก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอันมีอยู่จำกัดไปในทางที่เกิดประโยชน์สูงสุด ปัญหาทางเศรษฐกิจสามารถจำแนกได้ 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ ปัญหาเกี่ยวกับการผลิต ปัญหาเกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค และปัญหาเกี่ยวกับการจำแนก

แจกจ่ายสินค้าหรือบริการไปยังผู้บริโภค การแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ 3 ประการหลักข้างต้นนั้นแตกต่างกันตามลัทธิทางเศรษฐกิจหรือแนวคิดระบบเศรษฐกิจ (สุกัญญา ตันธนวัฒน์ และคณะ, 2552) กล่าวคือ มีความแตกต่างกันระหว่างระบบเศรษฐกิจแบบวางแผนซึ่งอาศัยการวางแผนโดยตรงจากส่วนกลางหรือรัฐบาล ได้แก่ ระบบเศรษฐกิจแบบสังคมนิยม และระบบเศรษฐกิจคอมมิวนิสต์ กับระบบเศรษฐกิจที่ใช้กลไกตลาดเป็นพื้นฐาน ได้แก่ ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม และระบบเศรษฐกิจแบบผสม (คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์, 2555)

ในทางเศรษฐศาสตร์ถือว่าการสาธารณสุขเป็นสาขาย่อยของระบบเศรษฐกิจไทยที่มีความสำคัญมากต่อเสถียรภาพและความมั่นคงของประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคต อีกทั้งยังมีการนำแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้กับการสาธารณสุขเพื่อให้การสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การนำแนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา การจัดสรรทรัพยากรด้านการบริการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชน (ปกรณ ลัมโยธิน, 2558)

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คือ การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์เพื่อกำหนดนโยบาย การวางแผน และการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การใช้หลักเศรษฐศาสตร์มาประกอบการตัดสินใจใช้งบประมาณและจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนและต่อการสาธารณสุขมากที่สุด (ภิกขุ ภาวนานันท์, 2552)

2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจและสาธารณสุข

การพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนมีผลต่อเศรษฐกิจของประเทศ ในขณะเดียวกันการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศก็มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนเช่นกัน ถ้าพัฒนางานสาธารณสุขให้ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) มีประสิทธิผล (Effectiveness) มีความเท่าเทียมและเป็นธรรม (Equality and Equity) ก็จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น เจ็บป่วยน้อยลง หรือเจ็บป่วยไม่รุนแรงและไม่เรื้อรัง (ภิกขุ ภาวนานันท์, 2552) ดังนั้นเศรษฐกิจของประเทศก็จะดีขึ้น โดยรัฐไม่ต้องสูญเสียงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายในเรื่องของสุขภาพหรือความเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น และการที่ประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพอนามัยดีนั้นยังสามารถสร้างผลผลิตหรือรายได้ให้กับตนเองและประเทศอีกด้วย ในทางกลับกันถ้าพัฒนาเศรษฐกิจให้ดีขึ้น ประชาชนกินดี อยู่ดี ประชาชนและประเทศมีรายได้สูงขึ้น ก็สามารถพัฒนาการสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยของประชาชนให้ดีขึ้นด้วย ดังนั้นเศรษฐกิจและสาธารณสุขจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก (ภิกขุ ภาวนานันท์, 2552)

2.3.3 หลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

หลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ประกอบด้วย 3 หลักใหญ่ๆ ด้วยกัน (ปกรณ ลัมโยธิน, 2558) คือ

1) ต้องจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ (Allocative Efficiency) หรือเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Worthwhile)

2) ต้องจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพแบบเทคนิค (Technical Efficiency) หรือประสิทธิภาพแบบการผลิต (Production Efficiency) เป็นการใช้ทรัพยากรน้อยที่สุดในการผลิตบริการสุขภาพที่กำหนดไว้

3) การจัดสรรบริการสุขภาพในลักษณะที่เป็นธรรม (Fairness) ตามกฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่นและยอมรับของสังคมนั้นๆ

อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปนั้นระบบสุขภาพได้นำเศรษฐศาสตร์สุขภาพมาประยุกต์ใช้ใน 4 ส่วนที่สำคัญด้วยกัน ได้แก่ การเงินการคลังและระบบประกันสุขภาพ (Finance and Insurance) หน่วยบริการ (Industrial Organization) บุคลากรสาธารณสุข (Labor) และการคลังสาธารณะ (Public Finance) (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2554)

2.3.4 ลักษณะการบริการสาธารณสุขทางเศรษฐศาสตร์

ในทางเศรษฐศาสตร์นั้น การให้บริการด้านสุขภาพจัดเป็นสินค้าและบริการประเภทหนึ่งที่ได้จากกระบวนการผลิต แต่เป็นสินค้าและบริการที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากสินค้าและบริการประเภทอื่นๆ จึงมีผลให้การบริโภคและการให้บริการด้านสุขภาพมีลักษณะแตกต่างจากสินค้าประเภทอื่นด้วย สินค้าและบริการด้านสุขภาพสามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภท (นพวัลลี เตชะวัชรนันท์, 2556) คือ 1) เป็นสินค้าเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการผลิตและมีต้นทุนในการผลิต ผู้บริโภคจึงต้องจ่ายค่าบริการ ได้แก่ การบริการสุขภาพโดยภาคเอกชน และการบริการรักษาพยาบาลโดยภาครัฐที่คิดค่าบริการ 2) เป็นสินค้าสาธารณะ โดยเป็นสินค้าที่ผ่านกระบวนการผลิตและมีต้นทุนในการผลิตเช่นกัน แต่ภาครัฐรับภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายในรูปแบบของงบประมาณสนับสนุน ทำให้ผู้บริโภคเสียค่าใช้จ่ายเพียงบางส่วนหรือไม่เสียค่าบริการเลย เช่น การบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลภาครัฐที่สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีลักษณะพิเศษของบริการสุขภาพตามความหมายทางเศรษฐศาสตร์ ดังสาระสำคัญต่อไปนี้ (คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์, 2555)

1) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่จะต้องได้รับเมื่อมีความต้องการ (Need) และเมื่อผู้บริโภคมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพก็จะแสวงหาบริการเพื่อตอบสนองความต้องการ เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ที่มีปัญหาอยู่ในระดับที่พอจะฟื้นฟูการทำงานของร่างกายบางส่วนได้ จึงต้องการที่จะได้รับการบำบัดทางกายภาพ เป็นต้น

2) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่พึงได้รับเมื่อเกิดความจำเป็น

3) กลไกตลาดไม่อาจทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการจัดสรรสินค้าหรือบริการสุขภาพสู่บุคคลทุกๆ คนในสังคม ภาครัฐจึงต้องมีบทบาทเข้าแทรกแซงตลาดบริการสุขภาพในระบบเศรษฐกิจทุกรูปแบบ

4) สินค้าและบริการสุขภาพเป็นสินค้าที่มีผลกระทบภายนอก กล่าวคือ การบริโภคสินค้าและบริการสุขภาพของบุคคลหนึ่งทำให้บุคคลอื่นๆ ได้รับผลกระทบด้วยทั้งในทางบวกและทางลบ

5) ผู้บริโภคบริการสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจโดยสมบูรณ์เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพ

ด้วยเหตุนี้ผู้ให้บริการสุขภาพต้องจึงทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ใช้บริการหรือผู้บริโภคในหลายกรณี จะเห็นได้ว่า สินค้าและบริการทั่วไปนั้นมีลักษณะแตกต่างจากบริการด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมาก กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นสินค้าที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีพ และหาสินค้าชนิดอื่นที่ไม่ใช่ชนิดเดียวกันหรือผลัดมาเพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันมาทดแทนได้ยากหรือมีจำนวนน้อย ปัญหาด้านการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลก็เป็นปัญหาในลักษณะพิเศษ โดยเฉพาะการบริการด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลนั้นมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการอื่นๆ การลงทุนทางด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปกำไรสูงสุดแก่ผู้ลงทุน แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภคเอง อันเป็นผลได้โดยรวมในสังคม (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2554)

2.3.5 บทบาทของรัฐ (Government Involvement) ในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งของสินค้าและบริการในตลาดระบบสุขภาพ คือ การเป็นสินค้าคุณธรรม (Merit Goods) และสินค้าสาธารณะ (Public Goods) จึงส่งผลให้เกิดความล้มเหลวของตลาด (Market Failure) กล่าวคือ กลไกการตลาดไม่สามารถทำงานได้อย่างสมบูรณ์ในตลาดระบบสุขภาพ จุดดุลยภาพของตลาดจึงไม่สะท้อนต้นทุนหรือราคาที่แท้จริงออกมา ทำให้ภาครัฐต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในตลาดระบบสุขภาพมากกว่าภาคส่วนเศรษฐกิจอื่นๆ โดยภาครัฐจะเข้ามามีบทบาทใน 2 ลักษณะ คือ

1) ด้านอุปสงค์ (Demand-side) เป็นการแทรกแซงต้นทุนการบริโภค เช่น การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน(Universal Coverage) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2554)

2) ด้านอุปทาน (Supply-side) รัฐบาลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องโดยการออกกฎระเบียบต่างๆ เพื่อควบคุมจำนวนบุคลากรและหน่วยบริการ เช่น การออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สถานพยาบาล คลินิก ร้านขายยา เป็นต้น (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2554)

การแทรกแซงของภาครัฐด้านอุปสงค์นั้นมีความจำเป็นที่จะต้องใช้งบประมาณแผ่นดินเป็นเครื่องมือในการสนับสนุน ในการกระจายงบประมาณแผ่นดินในส่วนสาธารณสุข รัฐต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ของนโยบายในระดับมหภาค ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความเป็นธรรมระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ ในการเข้าถึงการให้บริการ มีการกระจายงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในระดับที่พอใจ มีนโยบายการป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และงบประมาณก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการ (วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และณัฐธิดา คำผล, 2553)

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

2.4.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

สำหรับนิยามของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิม พลตันสกุล (2550) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

2) การไม่กระทำ (Non Action) พฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

จากที่กล่าวมาจึงสรุปถึงนิยามของพฤติกรรมสุขภาพได้ว่า หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องและมีผลกับเรื่องสุขภาพ อาจเป็นการกระทำหรือไม่กระทำที่ส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพยังสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ โดย Kropolkin (ม.ป.ป. อ้างถึงใน อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ, 2547) ได้ให้แนวคิดของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใน 4 มิติไว้ ดังนี้

- 1) การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ
- 2) การรู้จักป้องกันตนเองจากโรคร้ายต่างๆ
- 3) การรักษาอย่างถูกต้องเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย
- 4) การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ

ขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเองมี 2 ลักษณะ คือ

1) การดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำขณะที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงโดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

(1) การดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วย และหลีกเลี่ยงจากภัยอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ

(2) การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งเน้นการป้องกันการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ โดยได้มีการแบ่งระดับของการป้องกันไว้ 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันเบื้องต้น

(Primary Prevention) 2) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) และ 3) การป้องกันการระบาดของโรค (Tertiary Prevention)

2) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินเกี่ยวกับอาการผิดปกติของตนเอง ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำการใดๆ ไปเพื่อตอบสนองอาการผิดปกติ ส่วนการกระทำนั้นมีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเองหรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น ครอบครัว เครือข่ายสังคม ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข

ดังนั้นเมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ

- 1) การตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ
- 2) การใช้ยารักษาตนเอง เช่น การซื้อยามากินเอง
- 3) การรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนหลับพักผ่อน
- 4) การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุข

ในกระบวนการของการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา แม้ว่าผู้ป่วยจะให้การยอมรับในฐานะผู้ป่วยโดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและทำการรักษา รวมถึงการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่างๆ แต่บุคคลก็เป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังเป็นผู้ประเมินการรักษาของแพทย์ว่าทำให้ตนเองดีขึ้นหรือไม่ และควรหยุดรักษาเมื่อใด

2.4.2 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Health Seeking Behavior)

สำหรับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพนั้น ได้มีแนวคิดของ Kleinman (1980 อ้างถึงใน อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ, 2547) ที่อธิบายว่า ในสังคมหนึ่งๆ จะมีระบบการดูแลสุขภาพเกิดขึ้น โดยระบบต่างๆ ที่มีอยู่ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพเป็นการผสมผสานกันด้วย 3 ส่วนคือ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งประชาชนจะรักษาโดยใช้ 3 ระบบดังกล่าวกลับไปกลับมา หรืออาจจะรักษาพร้อมๆ กันเลย

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับตัวกำหนดการให้บริการสุขภาพของ Anderson, Kravits และ Anderson (1975 อ้างถึงใน เบญญา ลวกโสง, 2541) ได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพว่าการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์และปริมาณการให้บริการทางการแพทย์จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย คือ

1) ปัจจัยโน้มนำที่มีอยู่ก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย มีอยู่ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ และเพศ และปัจจัยทางสังคม เช่น การศึกษา อาชีพ และความเชื่อด้านสุขภาพ

2) ปัจจัยสนับสนุน คือ ปัจจัยที่บ่งบอกความสามารถของแต่ละบุคคลในด้านการใช้บริการสุขภาพ ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ เช่น รายได้ การประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากรชุมชน เช่น สถานบริการ บุคลากรในชุมชน เป็นต้น

3) ปัจจัยด้านความจำเป็น ซึ่งประกอบไปด้วย ความจำเป็นที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับอาการป่วย ความรุนแรงของอาการป่วย และความจำเป็นที่ได้รับการประเมินจากระบบบริการ เช่น การที่แพทย์ลงความเห็นว่าต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

2.4.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

พฤติกรรมของบุคคลเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน เนื่องจากบุคคลแต่ละบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและดำเนินไปอย่างต่อเนื่องแตกต่างกัน และยังมีความสัมพันธ์กับหลายๆ สิ่ง เช่น สภาพแวดล้อม ปัจจัยที่บุคคลเกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์ และระหว่างปัจจัยที่บุคคลเรียนรู้กับปัจจัยที่เกิดขึ้นมากับบุคคล ตั้งแต่เริ่มต้นชีวิต ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมต่างๆ ได้นั้นจะต้องมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

1) เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงค่านิยม ซึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และเพศยังเป็นตัวแปรที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ นอกจากนี้เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคมอีกด้วย (Orem, 1985 อ้างถึงใน อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ 2547)

2) อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านการพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้อายุยังเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ โดยอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1985 อ้างถึงใน อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ 2547)

3) ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานของความรู้ การศึกษาช่วยให้บุคคลเห็นถึงประโยชน์ของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม และทำให้บุคคลตระหนักถึงประโยชน์และความสำคัญของการรักษาสุขภาพ ที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ดีและเหมาะสม (อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ, 2547)

4) รายได้ เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตในด้านความต้องการพื้นฐาน และการเลือกใช้บริการสาธารณสุข รวมทั้งสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสริมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นการใช้บริการสาธารณสุขของผู้มีรายได้สูงและรายได้น้อยจึงมีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้มีรายได้สูงไม่ต้องกังวลกับปัญหาทางเศรษฐกิจจึงใช้ประโยชน์จากการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขได้ดีกว่าผู้มีรายได้น้อย ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อย ต้องกังวลกับการรักษาพยาบาลและหารายได้เพื่อดูแลตนเองและครอบครัวจึงทำให้ได้รับประโยชน์จากการเข้ารับบริการสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้มาก (ไฉนพร ชื่นใจเรือง, 2536 อ้างถึงใน อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ, 2547)

2.4.2.2 เงื่อนไขของการรับบริการทางสุขภาพ

การบริการสุขภาพเปรียบเสมือนสินค้าทั่วไปที่บุคคลสามารถที่จะเลือกว่าจะใช้บริการหรือไม่ใช้บริการก็ได้ โดยเมื่อจะใช้บริการก็จะเลือกใช้ได้ตามที่ต้องการ ยกเว้นผู้บริโภครู้สึกเจ็บป่วยถึงขั้นวิกฤตหรือชั้นเสียชีวิต (Life Threatening) หรือหมดสติ รวมถึงการบริการสุขภาพแบบฉุกเฉิน (Emergency Service) ที่ต้องทำการรักษาชีวิตไว้ก่อนผู้บริโภครู้สึกถึงทางเลือกน้อยหรือแทบจะไม่มีทางเลือกเลย (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2551) ดังนั้นการที่บุคคลจะเลือกเข้ารับบริการสุขภาพนั้นจึงต้องมีเงื่อนไขบางประการ ได้แก่

- 1) สภาพของสุขภาพในบุคคลมีการเสื่อมไป เช่น ความชรา ความเจ็บป่วย เป็นต้น หรือมีความจำเป็นต้องดำเนินการ เช่น การป้องกันโรค การควบคุมโรค เมื่อมีการระบาด
- 2) ปรับปรุงสถานะสุขภาพให้สูงกว่าไม่ได้รับการบริการ เช่น การรักษาโรค

จากที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ มีผลกระทบต่อการตัดสินใจใช้บริการหรือบริโภคสาธารณสุข บุคคลแต่ละบุคคลอาจมีพฤติกรรมในการตัดสินใจในการใช้บริการที่แตกต่างกันออกไปโดยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันหรือความจำเป็นในการรับบริการ อีกทั้งยังมีเรื่องของปัจจัยในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศ วัย สิ่งแวดล้อม หรือแม้กระทั่งพันธุกรรม เพราะฉะนั้นเราควรที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนโครงสร้างในด้านการให้บริการสาธารณสุขให้สามารถรองรับบุคคลทุกประเภทที่ต้องการจะมาใช้บริการ

2.5 แนวคิดการประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Penchansky และ Thomas (1981)

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้นเป็นระบบการให้บริการดูแลสุขภาพของคนที่มีการนำไปปฏิบัติกันทั่วโลก หัวใจสำคัญในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน คือ การสร้างความพึงพอใจในการให้บริการสาธารณสุข และนำไปสู่การมีบทบาทสำคัญในการดำเนินนโยบายสาธารณสุขอีกด้วย (Levesque, Harris, & Russell, 2013)

อย่างไรก็ตาม การตีความหรือการให้คำนิยามของคำว่า “การเข้าถึงบริการสาธารณสุข” ยังคงมีความซับซ้อนและหลากหลายเป็นอย่างมาก นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขจำนวนมากให้ความหมายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขไว้แตกต่างกัน จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มีความหมายที่เป็นสากลของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยส่วนใหญ่แล้วการให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจะเป็นในลักษณะของการระบุปัจจัยหรือลักษณะต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุข หรือคุณภาพของการให้บริการสาธารณสุข และความต้องการใช้บริการสาธารณสุข นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่มักจะขาดการทำความเข้าใจบริบทหรือมิติของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน ผลการศึกษาที่ออกมาจึงขึ้นอยู่กับบริบทและสภาพแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันไปตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของงานศึกษานั้นๆ และนักวิจัยส่วนใหญ่ยังมีความไม่ชัดเจนดังกล่าวในการทำการศึกษ โดยบางครั้งปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาก็ไม่มี

ความเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเลย (Levesque et al., 2013; Shrestha, 2010) ในการศึกษา การเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามบริบทของประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักจะวัดการเข้าถึงบริการ สาธารณสุขในด้านการใช้บริการและความพึงพอใจ ซึ่งไม่ใช่ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการที่แท้จริง แต่สำหรับ งานวิจัยต่างประเทศนั้น มีการนำแนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981) ไปใช้อย่างแพร่หลายใน การประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Levesque et al., 2013)

Penchansky และ Thomas (1981) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินการเข้าถึงบริการ 5 ด้าน ได้แก่

- 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความ ต้องการของผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับบริการ
- 2) การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก (Accessibility) คือ ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับ บริการสามารถไปใช้บริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง ระยะทาง และค่าใช้จ่าย
- 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ แหล่งบริการที่ ผู้ป่วยยอมรับว่ามีความสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ขั้นตอนการรับบริการ เวลาของการปฏิบัติงาน และความสะดวกในการเข้ารับบริการ
- 4) ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability) คือ ความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของการบริการและการประกันของผู้ป่วย หรือความต้องการกับรายได้ของผู้ป่วย
- 5) การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) คือ ทศนคติของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่มีต่อ ลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

การประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้ง 5 มิติดังนี้สามารถปิดช่องว่างของการกระจายและเชื่อมกับ ข้อมูลทางด้านสถิติประชากร ซึ่งใช้เป็นประโยชน์ต่อเครื่องมือทางด้านการเงินและภูมิศาสตร์ได้ (สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, 2546)

2.6 แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Aday และ Andersen (1974)

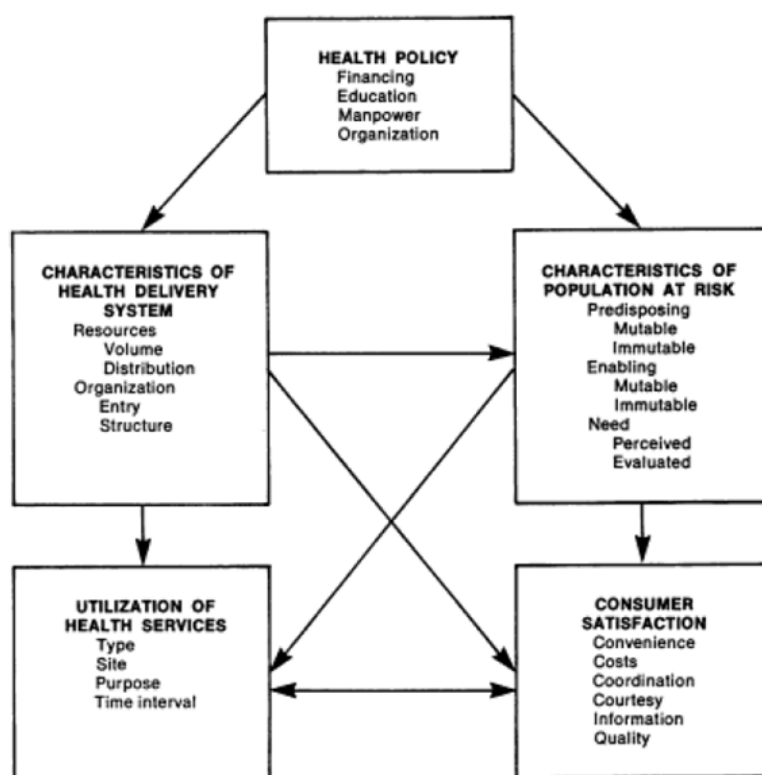
Aday และ Andersen (1974) ได้อธิบายว่าการเข้าถึงบริการสาธารณสุขไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านโครงสร้างเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือลักษณะด้านระบบบริการสุขภาพด้วย ซึ่ง ปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการรวมทั้งความพอใจของผู้ใช้บริการ กรอบแนวคิด พื้นฐานของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Aday และ Andersen (1974) ดัง แสดงในภาพที่ 2.1 นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่

1. นโยบายสาธารณสุข (Health Policy) ได้แก่ งบประมาณ การศึกษา อัตราค่าจ้าง และการจัดองค์กร
2. ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of Health Delivery System) ได้แก่ ความ พอเพียง การกระจายทรัพยากร ความครอบคลุมของการให้บริการ และโครงสร้างของระบบการให้บริการ

3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of Population at Risk) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย

4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of Health Services) เช่น ชนิดของสถานบริการ แหล่งที่ตั้งของสถานบริการ จุดประสงค์ และเวลาที่ใช้บริการ

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer Satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง เช่น ความสะดวก ค่าใช้จ่าย ผู้ให้บริการ ข้อมูลข่าวสาร และคุณภาพ



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ที่มา: Aday & Andersen, 1974

ตัวแบบการบริการสุขภาพนั้นได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเรียนรู้ถึงเหตุผลของการเข้ารับบริการสุขภาพ ศึกษาความเท่าเทียมในการเข้ารับบริการ และช่วยในการพัฒนานโยบายส่งเสริมทางด้านสุขภาพ โดยตัวแบบการบริการสุขภาพจะมุ่งเน้นในการวิเคราะห์ด้านสถาบันครอบครัวเหตุเพราะการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลนั้นสามารถวัดได้จากจำนวนประชากร ลักษณะทางสังคม และลักษณะทางเศรษฐกิจของสถาบันครอบครัว อย่างไรก็ตามตัวแบบนี้มีจุดประสงค์ในการออกแบบมาเพื่ออธิบายถึงประโยชน์ในการเข้ารับบริการสุขภาพ

ไม่ใช่เพื่อบ่งเน้นในการหาปฏิสัมพันธ์ของการเข้ารับบริการหรือผลของการเข้ารับบริการทางสุขภาพ (Andersen, McCutcheon, Aday, Chiu & Bell, 1995)

การเข้าถึงบริการจะเกิดความเท่าเทียมก็ต่อเมื่อปัจจัยความต้องการสัมพันธ์กับการใช้บริการทางสุขภาพ และเมื่อตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการถูกกำหนดโดยประโยชน์จากการรับบริการสุขภาพสามารถเรียกได้ว่าการเข้าถึงบริการที่ประสบผลสำเร็จ

2.7 ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

2.7.1 ความเป็นมาของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

ระบบสาธารณสุขในประเทศไทยมีการพัฒนามาตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวที่ได้ทรงจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราชขึ้นมาเพื่อรักษาโรคให้แก่ราษฎรทั่วไป นอกจากนี้พระองค์ทรงตั้งกรมพยาบาลและโรงพยาบาลคนเสียจริต ซึ่งเป็นโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแห่งแรกของไทย ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขึ้นมาและได้เปลี่ยนชื่อกรมพยาบาลเป็นกรมประชาภิบาล และยกฐานะแผนกต่างๆ ขึ้นเป็นกอง ประกอบด้วย กองบัญชาการเบ็ดเสร็จ กองสุขาภิบาล กองพยาบาล และกองเวชวัตถุ ต่อมาได้เปลี่ยนอีกครั้งเป็นกรมสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2461 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2485 ได้สถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้นมาตามประกาศราชกิจจานุเบกษาตอนที่ 16 เล่ม 59 และในปีเดียวกันในรัฐบาลของจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้มีการพิจารณาให้รวมโรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่างๆ ของรัฐบาล เทศบาล และกิจการแพทย์ทั้งหมดขึ้นเป็นหน่วยเดียว ยุบสภาอากาศไทย และโอนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลของสภาอากาศไทยมารวมอยู่ภายในกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

หลังจากนั้นการสาธารณสุขของไทยก็ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่เริ่มประกาศใช้ฉบับแรกเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2504 โดยได้ระบุว่าการสาธารณสุขกำหนดบทบาทการพัฒนาปรับปรุงที่สำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ให้กับประชาชน คือ การปรับปรุงและขยายงานสาธารณสุข มีการสร้างโรงพยาบาลใหม่ๆ เพิ่มขึ้นหลายแห่ง และปรับปรุงโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้วให้มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัย ส่งเสริมการสุขาภิบาลและบริการอนามัยแก่ประชาชนทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และการป้องกันโรคติดต่อ การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ค้นคว้าและชั้นสูตรวินิจฉัยโรคต่างๆ ในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งการควบคุมโรค การวิเคราะห์อาหารและยา และการผลิตยาปฏิชีวนะต่างๆ เพื่อประโยชน์ด้านการแพทย์และอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ในปี พ.ศ. 2513 การสาธารณสุขในประเทศไทยได้มีเป้าหมายลดอัตราการเพิ่มจำนวนประชากรให้เหลือร้อยละ 2.5 ต่อปี และให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์โดยเฉพาะในเขตชนบททางไกล ตลอดจนการรวมงานวางแผนครอบครัวเข้ากับงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงได้จัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติและใช้ผนวกเข้ากับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4-6 ได้เกิดโรคที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในเขตเมือง โดยเฉพาะในเขตชุมชนแออัดเพิ่มสูงขึ้น และการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทำให้เกิดเป็นปัญหาสังคม รวมทั้งโรคที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมจากการทำงานและอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุเหล่านี้ทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขโดยการยึดเป้าหมายการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All by the Year 2000) มีการแยกแผนงานโครงการสาขาย่อย เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขเป็นกลไกที่สำคัญ (ไพโรจน์ ภัทรนรากุล และทัศนัย ชันตยาภรณ์, 2547)

ส่วนในระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) จะมีปัญหาพื้นฐานของโรคที่เกี่ยวกับความยากจน รวมทั้งโรคที่เกิดจากการทำงาน โรคเอดส์ โรคจิต ความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากมลภาวะ ด้วยเหตุนี้ระบบสาธารณสุขจึงมุ่งเน้นไปยังการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) เพื่อต้องการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้ดีขึ้น โดยอาศัยกลยุทธ์การจัดบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานเป็นพื้นฐานการดำเนินงาน มาตรการหลักที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน การปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการ การปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดการสาธารณสุข รวมถึงการส่งเสริมเทคโนโลยีและการพัฒนาสารสนเทศสาธารณสุข (ไพโรจน์ ภัทรนรากุล และทัศนัย ชันตยาภรณ์, 2547)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8-10 (พ.ศ. 2540-2554) เป็นแผนที่มีความต่อเนื่องกันโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นพื้นฐานในการพัฒนาในทุกด้านและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของคนไทย ซึ่งในขณะนั้นปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้มีจำนวนประชากรที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง และอุบัติเหตุ ทำให้แนวทางในการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับนี้มีเป้าหมายที่คน โดยให้คนเป็นทั้งผู้รับประโยชน์ (Beneficiary) และเป็นผู้พัฒนาสุขภาพของตนเอง (Self-Care) ครอบครัวและชุมชนนั้นจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการสาธารณสุขที่ชัดเจน ส่งเสริมการกระจายอำนาจ ประสานการดำเนินงานระหว่างภาครัฐ เอกชน ประชาชน และองค์กรชุมชนในทุกระดับ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและกำหนดทิศทางการจัดการสาธารณสุขท้องถิ่น โดยมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดมาเป็นการพัฒนาแบบองค์รวมหรือบูรณาการ โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ควบคู่กับการพัฒนาสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัวคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2552; ไพโรจน์ ภัทรนรากุล และทัศนัย ชันตยาภรณ์, 2547)

นอกจากนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2544 รัฐบาลพรรคไทยรักไทยได้พยายามผลักดันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้คำขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการเสนอจากคณะแพทย์ชนบท โดยโครงการนี้เริ่มจากการที่คนไข้ทุกคนมีค่าใช้จ่ายในการพบแพทย์หนึ่งครั้งไม่เกินคนละ

30 บาท ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการ ไม่ว่าจะเป็นคนไข้นอกหรือคนไข้ใน รวมไปถึงค่ายาด้วย (สุทยุต โอสรประสพ, 2550)

จะเห็นได้ว่าระบบสาธารณสุขในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีความก้าวหน้าในเรื่องสถานะสุขภาพมากขึ้น ขณะที่ปัญหาสาธารณสุขนั้นมีความเชื่อมโยงกับสภาพการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ และปัญหาความไม่เท่าเทียมในระบบบริการสาธารณสุขก็ยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทายการบริหารจัดการสาธารณสุขจนถึงปัจจุบัน

2.7.2 ปัญหาการเข้าถึงระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

ปัญหาของระบบการจัดการสาธารณสุขของประเทศไทยทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อการเข้าถึงระบบสาธารณสุขของประชาชน ซึ่งสามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ดังนี้

2.7.2.1 ความไม่เท่าเทียมในระบบบริการสาธารณสุข

แม้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีความไม่เท่าเทียมกัน บุคลากรและทรัพยากรต่างๆ ด้านการสาธารณสุขมีคุณภาพและปริมาณที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้การที่ประเทศไทยยังคงมีระบบคุ้มครองสุขภาพอีก 2 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลและระบบประกันสังคมที่ให้การดูแลผู้ได้รับประโยชน์แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับคนไข้ภายใต้โครงการสวัสดิการข้าราชการสูงกว่าคนไข้ที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึง 4 เท่า (สุทยุต โอสรประสพ, 2550)

2.7.2.2 ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

ประเทศไทยอาจจะประสบความสำเร็จในเรื่องสาธารณสุขถ้วนหน้าด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำ แต่มีข้อแตกต่างกับประเทศที่มีรายได้ปานกลางตรงที่รัฐเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการสาธารณสุขต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว จากร้อยละ 1.4 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นประมาณร้อยละ 3 ในปี พ.ศ. 2551 ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเนื่องมาจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแผนงานด้านสุขภาพอื่นๆ เพราะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้นและประชากรสูงอายุมากขึ้น จะเห็นได้ว่าสัดส่วนงบประมาณรัฐสำหรับการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสร้างความท้าทายให้กับระบบประกันสุขภาพในระยะยาว รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นนี้ และได้บังคับใช้มาตรการต่างๆ เพื่อบรรเทาปัญหา เช่น การปรับปรุงการจัดการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล การให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ แต่ยังคงมีมาตรการต่างๆ อีกมากที่สามารถนำมาใช้เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว (สุทยุต โอสรประสพ, 2550)

2.7.2.3 บทบาทของรัฐบาลและส่วนท้องถิ่นด้านการสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของไทยกระจายตัวอยู่ในหลายกระทรวง หลายหน่วยงานรัฐ หลายแผนงานด้านการประกันสุขภาพ รวมถึงรัฐบาลท้องถิ่นอีกหลายหน่วย โดยหน่วยงานทั้งหลายเหล่านี้ได้ใช้

วิธีการที่แตกต่างกันในการส่งต่องบประมาณไปยังหน่วยงานอื่นๆ และท้องถิ่นเพื่อจัดให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ระบบการจัดการมีความซ้ำซ้อนและขาดประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากความล้าสมัยของระบบบริหาร การจ่ายเงิน การจัดทำรายงาน และการติดตามผล (สุทยุต โอสรประสพ, 2550)

จากการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ผ่านมาของประเทศไทยจะเห็นได้ว่าระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้ประสบผลสำเร็จกับโครงการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคหรือโครงการบัตรทอง แต่อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพของไทยนั้นก็ยังคงประสบปัญหาในอีกหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาค่าใช้จ่าย ปัญหาด้านทรัพยากร ปัญหาด้านสถานบริการ หรือปัญหาด้านการจัดแจงงบประมาณ ซึ่งปัญหาต่างๆ ดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้

2.8 ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ความคุ้มครองกลุ่มประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 5 ล้านคน ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนจำนวน 10 ล้านคน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจากสิทธิความคุ้มครองของสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม มีจำนวนมากถึง 48 ล้านคน (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ, 2556) นอกจากนี้ความหลากหลายของแต่ละระบบยังส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยตรง ผู้รับบริการก็ได้รับบริการที่แตกต่างกันตามแต่ละระบบ มีสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน การเบิกจ่ายต่างกัน บางระบบใช้ระบบการเบิกจ่ายแบบมีเพดาน ซึ่งเมื่อเกินเพดาน ผู้ป่วยก็ต้องร่วมจ่ายเอง ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการก็ต้องมีภาระงานเพิ่มขึ้นในเรื่องการเบิกจ่ายที่ต่างกันด้วยข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างกันในแต่ละระบบด้วย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดที่แตกต่างกัน โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รวมถึงพ่อ แม่ บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน ในขณะที่ระบบประกันสังคมถือเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้างที่รัฐ นายจ้าง และลูกจ้างร่วมกันสมทบแก่แรงงานในระบบ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรัฐสวัสดิการที่จัดแก่ประชาชนไทยกลุ่มอื่นๆ ที่เหลือ ซึ่งเกิดจากการรวมระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนั้น ซึ่งได้แก่ ระบบสวัสดิการผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล ระบบบัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่ไม่มีหลักประกันใดๆ ระบบหลักประกันทั้ง 3 ระบบมีการออกแบบระบบที่ต่างกันหลายประเด็น เช่น แหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน ดังแสดงในตารางที่ 2.2 (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และพินทุสร เหมพิสุทธิ์, 2556)

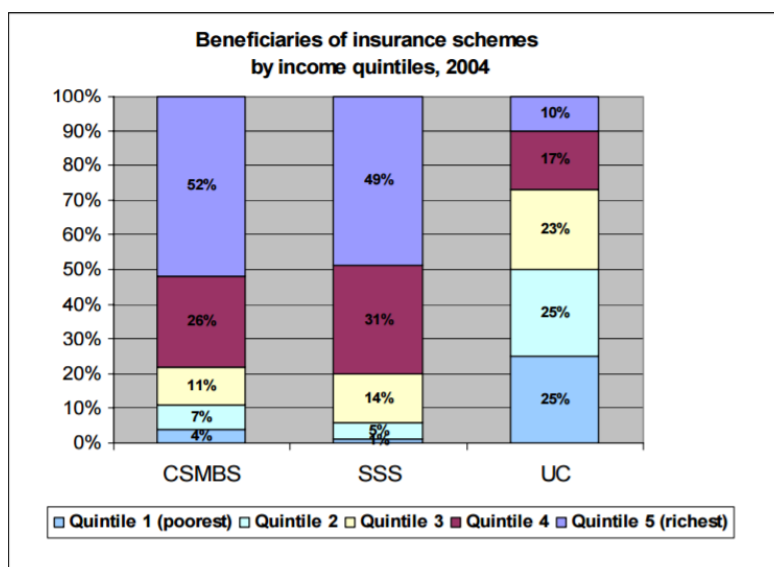
ตารางที่ 2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย 3 ระบบ

	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม
จำนวนผู้มีสิทธิ	48.6 ล้านคน (75.5%)	5 ล้านคน (8%)	10.50 ล้านคน (15.8%)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปี 2555 เท่ากับ 2,755.6 บาท	งบประมาณรัฐ รายจ่ายใน ปี 2555 เท่ากับ 61,317.24 ล้านบาท (~12,000 บาท/คน)	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และ ลูกจ้างฝ่ายละเท่ากันร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2555 เท่ากับ 1,446 บาท และมีรายจ่ายรวมเฉลี่ย 2,228 บาท/คน
สิทธิประโยชน์	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และ ห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร ชดเชยตามมาตรา 41	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและ ห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ค่าอาหารและ ห้องสามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ
ผู้ให้บริการ	สถานพยาบาลรัฐและเอกชน คู่สัญญา และสถานพยาบาลในเครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ใช้โรงพยาบาลเอกชนได้ กรณีฉุกเฉินและบริการ ผ่าตัดนัดหมายล่วงหน้าที่กำหนด	โรงพยาบาลรัฐและเอกชน คู่สัญญาและสถานพยาบาลในเครือข่าย
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก สำหรับบริการผู้ป่วยในจัดสรรบทยอดรวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG	ผู้ป่วยนอกตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยใน ตามอัตราที่กำหนด (DRG)	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และพินทุสร เหมพิสุทธิ (2556)

นอกจากนี้ ประชากรไทยในแต่ละช่วงรายได้ยังได้รับผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพในสัดส่วนที่ต่างกัน ดังภาพที่ 2.2 ที่แสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2547 ประชากรกลุ่มที่รายได้ต่ำสุด (Quintile 1) ได้รับผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติถึงร้อยละ 25 ในขณะที่ได้รับผลประโยชน์จากระบบ

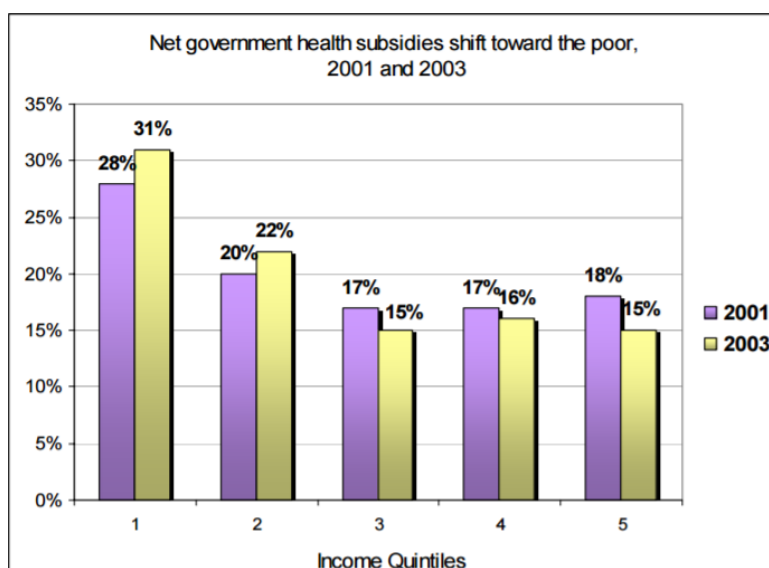
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพียงร้อยละ 4 และระบบประกันสังคมเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ในขณะที่ประชากรกลุ่มที่รายได้สูงสุด (Quintile 5) นั้นได้รับผลประโยชน์จากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคมถึงร้อยละ 52 และ 49 ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 10 ที่ได้รับผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สถิตินี้ดังกล่าวดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบอย่างชัดเจน



ภาพที่ 2.2 ผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพที่ประชากรไทยในแต่ละช่วงรายได้ได้รับในปี พ.ศ. 2547
ที่มา: IHPP (2007 อ้างถึงใน Antos, 2007)

2.8.1 ความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ตระหนักถึงประเด็นปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมานานแล้ว และได้มีการพัฒนาการเข้าถึงระบบสาธารณสุขของประชากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสนับสนุนงบประมาณจำนวนมากเพื่อช่วยเหลือคนยากจนให้สามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้อย่างมีคุณภาพ จากภาพที่ 2.3 จะเห็นได้ว่า งบประมาณด้านสาธารณสุขสุทธิของภาครัฐที่ช่วยเหลือประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด (Quintile 1) นั้นมากกว่างบประมาณด้านสาธารณสุขที่ช่วยเหลือประชากรกลุ่มที่มีรายได้สูงสุด (Quintile 5) ถึงร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2544 และร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2546 นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบงบประมาณในปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2546 จะเห็นได้ว่ารัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขให้ประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ (Quintile 1 และ 2) เพิ่มขึ้น ในขณะที่จัดสรรงบประมาณให้ประชากรกลุ่มที่มีรายได้สูง (Quintile 4 และ 5) ลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลมีความพยายามที่จะช่วยเหลือคนยากจนให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น



ภาพที่ 2.3 งบประมาณด้านสาธารณสุขสุทธิของภาครัฐที่ช่วยเหลือประชากรในแต่ละช่วงรายได้

ในปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2546

ที่มา: IHPP (2007 อ้างถึงใน Antos, 2007)

ความเหลื่อมล้ำด้านการบริการสาธารณสุขที่มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ จำนวนแพทย์ต่อประชากร และ ช่องว่างของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระหว่างกรุงเทพมหานครและภูมิภาคอื่นๆ เมื่อพิจารณาตารางที่ 2.3 จะพบว่า จำนวนประชากรต่อแพทย์ทั้งทั่วประเทศและทุกภูมิภาคมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึงปี พ.ศ. 2553 เนื่องจากภาครัฐมีความพยายามกำหนดมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการลดความแตกต่างของการกระจายแพทย์ระหว่างเมืองและชนบท โดยเพิ่มค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ทำงานในชนบทหรือ กำหนดโควตาการอบรมเฉพาะทาง เพื่อทำให้ความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุขลดลง

ตารางที่ 2.3 การเปรียบเทียบสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ทั่วประเทศและจำแนกเป็นรายภูมิภาค

ปี	2523		2533		2543		2553	
จำนวน	แพทย์ (คน)	ประชากรต่อแพทย์ 1 คน	แพทย์ (คน)	ประชากรต่อแพทย์ 1 คน	แพทย์ (คน)	ประชากรต่อแพทย์ 1 คน	แพทย์ (คน)	ประชากรต่อแพทย์ 1 คน
ทั่วประเทศ	6,622	6,769	12,520	4,357	22,435	2,715	26,162	2,572
กรุงเทพมหานคร	4,101	1,145	5,910	985	9,504	669	9,082	757
ภาคกลาง	788	12,343	2,061	5,860	4,973	2,859	5,832	2,743
ภาคเหนือ	772	11,754	1,703	6,215	2,774	4,121	3,848	3,163
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	395	39,744	1,127	16,893	1,890	11,019	2,809	8,143
ภาคใต้	566	9,944	1,719	4,053	3,294	2,455	4,591	2,042

ที่มา: คำนวณโดยคณะวิจัย

ในภาพรวมนั้น ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เป็นต้นมา มีการออกบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อยร่วมกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และบุคลากรสุขภาพ แต่จุดเปลี่ยนสำคัญ คือ การเกิดขึ้นของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพลดลงอย่างเป็นรูปธรรม โดยจะเห็นได้จาก 1) การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการเฉพาะทาง เช่น ต้อกระจก หัวใจ และมะเร็ง 2) ประสิทธิภาพในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง มีแนวโน้มดีขึ้น และ 3) ความยากจนเนื่องจากภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ ลดลง (คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร, 2556)

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการออกแบบระบบและการแยกส่วนกลไกการอภิบาลระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ การเลือกปฏิบัติระหว่างสิทธิที่แตกต่างกัน เช่น ข้าราชการมีแนวโน้มได้รับยาราคาแพงกว่าผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายของทรัพยากรและคุณภาพของบริการ (คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร, 2556) ซึ่งความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 ระบบสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

2.8.1.1 ความเหลื่อมล้ำด้านงบประมาณอุดหนุน

ประเทศไทยใช้งบประมาณด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 4.1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ซึ่งหมายความว่าเรามีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่มากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) แต่งบประมาณจำนวนที่รัฐแบ่งสัดส่วนให้แก่ระบบสุขภาพไม่เท่ากัน จากงบประมาณ ปี พ.ศ. 2556 รัฐบาลใช้งบประมาณสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดถึง 100,699 ล้านบาท รองลงมา คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ใช้งบประมาณ 62,195 ล้านบาท และระบบประกันสังคม ใช้งบประมาณ 7,490.62 ล้านบาท ดังแสดงในตารางที่ 2.4 แต่เมื่อพิจารณางบประมาณต่อหัว พบว่าระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีงบประมาณต่อหัวมากที่สุด คิดเป็น 5 เท่าของระบบประกันสังคม และ 4 เท่าของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นตัวสะท้อนให้เห็นความเหลื่อมล้ำในระบบการรักษาพยาบาลของประเทศอย่างชัดเจน

ตารางที่ 2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างงบประมาณอุดหนุนของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ

	ระบบสวัสดิการ ข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพ แห่งชาติ
จำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน)	4.9	9.4	48
ค่าใช้จ่าย/คน/ปี (บาท)	11,000 -12,000	2,105	2,755.60
รัฐบาลสมทบ	100% (62,195 ล้านบาท)	33.3% (7,490.62 ล้านบาท)	100% (100,699 ล้านบาท)

ที่มา: เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556)

เมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า ระบบการจ่ายเงินงบประมาณจากภาครัฐยังมีความแตกต่างกันในแต่ละระบบอีกด้วย คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจใช้ระบบการจ่ายตามที่เรียกเก็บ จึงไม่สามารถควบคุมงบประมาณในการเบิกจ่ายได้ ระบบประกันสังคมใช้วิธีการส่งงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดไปที่โรงพยาบาลคู่สัญญา หากโรงพยาบาลคู่สัญญามีโรงพยาบาลลูกข่ายหรือมีกรณีต้องส่งต่อไปรับบริการในโรงพยาบาลใหญ่ขึ้น โรงพยาบาลนั้นๆ ต้องบริหารจัดการค่าใช้จ่ายและโอนเงินไปชำระบริการเอง ซึ่งมีปัญหาการไม่ส่งต่อจนทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันเวลา ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้การส่งเงินไปที่หน่วยบริการแบบผสมผสาน คือ ใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยในสำนักงานจะจ่ายงบประมาณไปที่โรงพยาบาลตามการรักษาโรค ซึ่งช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายและควบคุมมาตรฐานการรักษาได้อีกด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

2.8.1.2 ความเหลื่อมล้ำด้านค่าใช้จ่ายต่อหัว

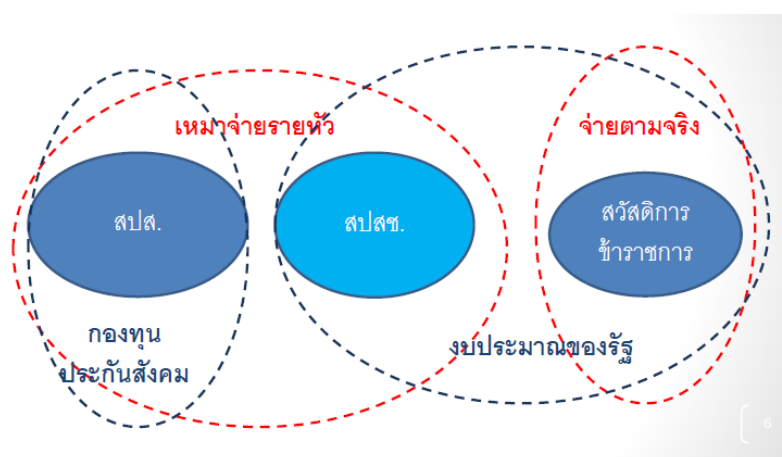
สำหรับความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบในรูปแบบของค่าใช้จ่ายต่อหัวนั้น จากตารางที่ 2.5 จะเห็นได้ว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงกว่าระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น กลุ่มอาการปวดหัว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระบบสวัสดิการข้าราชการมีค่าใช้จ่ายต่อหัวเท่ากับ 4,107.39 บาท ซึ่งสูงกว่าระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อหัวอยู่ที่ 1,512.23 บาท และ 2,650.90 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 2.5 การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อหัวของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบสำหรับรหัสกลุ่มโรค (DRG)

รหัสกลุ่มโรค (DRG)	กลุ่มอาการ	ค่าใช้จ่ายต่อหัว (บาทต่อคน)		
		ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
01640	ปวดหัว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Headache, no CC)	4,107.39	1,512.23	2,650.90
01520	เนื้องอกในระบบประสาท และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Nervous system neoplasms, no CC)	10,461.05	4,799.37	8,033.20
01680	ความผิดปกติอื่นๆ ของระบบประสาทและไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Other disorders of nervous system, no CC)	16,029.68	2,729.65	5,943.82

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2554 อ้างถึงใน เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556)

นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายต่อหัวยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลของแต่ละระบบที่มีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริงกับระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว จะเห็นได้ดังภาพที่ 2.4 และแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามกลุ่มโรค (DRG) อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ดังแสดงไว้แล้วในตารางที่ 2.5 ทำให้สถานบริการสาธารณสุขมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ใช้สิทธิแต่ละระบบแตกต่างกันด้วย (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ, 2556)



ภาพที่ 2.4 แหล่งงบประมาณและการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ
ที่มา: เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556)

2.8.1.3 ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์

ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคมและกองทุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการที่ได้เลือกหรือลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้น เนื่องจากเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่สมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากเป็นระบบจ่ายตามจริง นอกจากนี้สิทธิในการรักษาโรคก็ต่างกัน เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพของข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการเข้ารับบริการได้ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ เป็นต้น (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ, 2556) ดังแสดงในตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
1) การคุ้มครองบุคคลในครอบครัว	บิดา มารดา ภรรยา และบุตร 3 คน	เฉพาะผู้ประกันตน	เฉพาะผู้ประกันตน
2) ระยะเวลาสิ้นสุดการคุ้มครอง	- ตลอดชีพ	- ขาดส่งเงินสมทบเกิน 3 เดือน - 6 เดือนหลังจากสิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง	ตลอดชีพหรือเมื่อได้รับสิทธิอื่นจากภาครัฐ
3) สถานพยาบาลที่สามารถใช้บริการได้	หน่วยบริการรัฐทุกแห่ง	หน่วยบริการที่เลือก (รัฐหรือเอกชน) โรงพยาบาลเอกชน 90 แห่ง และหน่วยบริการเครือข่ายภาคเอกชน 1,348 แห่ง	หน่วยบริการที่ลงทะเบียน (รัฐหรือเอกชน) โรงพยาบาลเอกชน 44 แห่ง คลินิกเอกชน 168 แห่ง และหน่วยบริการเครือข่ายภาคเอกชน 242 แห่ง
4) ยาและเวชภัณฑ์	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ*	ยาไม่ต่ำกว่าในบัญชียาหลักฯ*	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
5) สิทธิการคลอดบุตร	เบิกจ่ายตามจริง	- เหม่าจ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง - เงินสงเคราะห์การหยุดงานครั้งละ 50% ของค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน	เบิกจากตาม DRG ไม่เกิน 2 ครั้ง
6) ประเภทของโรคที่คุ้มครอง - โรคไต (ฟอกเลือด) - การให้ยาด้านไวรัสเอดส์	ไม่เกิน 2,000 บาท/ครั้ง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ให้สิทธิกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	ไม่เกิน 1,500 บาท/ครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท/สัปดาห์ ให้สิทธิกับผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	1,500/1,700 บาท/ครั้ง ตามสภาพผู้ป่วย และไม่จำกัดจำนวนครั้ง ให้สิทธิกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงการให้ยาด้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
7) การชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาล	ไม่มี	ไม่มี	มี (มาตรา 41)

* กรณีที่แพทย์บ่งชี้จึงสามารถใช้นายนอกบัญชีฯ ได้

ที่มา: เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556)

2.8.1.4 ความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายเบี้ยประกัน

กองทุนแต่ละกองทุนมีภาระในการจ่ายค่าเบี้ยประกันต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่ายในการจ่ายเงินร่วมกับนายจ้างและรัฐ ในขณะที่ข้าราชการและผู้ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีภาระค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นสวัสดิการของภาครัฐซึ่งรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ, 2556) ดังแสดงในตารางที่ 2.7

ตารางที่ 2.7 การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ

	สัดส่วนค่าใช้จ่าย			
	งบประมาณ จากภาครัฐ	สมทบจาก		
		ลูกจ้าง/ ผู้ประกันตน	นายจ้าง	รัฐ
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	100	0	0	0
ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	100	0	0	0
ระบบประกันสังคม*				
- กองทุนประกันสังคม	0	33.33	33.33	33.33
- กองทุนเงินทดแทน	0	0	100	0
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลพนักงาน ท้องถิ่นและข้าราชการกรุงเทพมหานคร	100	0	0	0
ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0	100	0	0

หมายเหตุ: พิจารณาเพียงค่ารักษายาบาลจากการเจ็บป่วย

ที่มา: เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556)

2.8.1.5 ความเหลื่อมล้ำด้านการใช้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

การใช้บริการมักถูกใช้เป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การใช้บริการเกิดได้จากทั้งปัจจัยด้านอุปสงค์ (ผู้ป่วย) และปัจจัยด้านอุปทาน (ระบบบริการ) โดยการตัดสินใจไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันมักเกิดจากการตัดสินใจของผู้ใช้บริการเอง ในขณะที่ปริมาณและชนิดของบริการที่จัดให้มีมักเกิดจากการตัดสินใจของผู้ให้บริการ สำหรับภาพรวมของการใช้บริการก่อนและหลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น พบว่า มีลักษณะของการกระจายการใช้บริการของกลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำมากกว่ากลุ่มคนที่มีรายได้สูง โดยหลังจากมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้บริการของกลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำยังมีจำนวนมาก

ขึ้น ซึ่งกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Prakongsai, 2008; Vasavid et al., 2004 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 1.4 เท่าของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเมื่อปรับด้วยปัจจัยความจำเป็นด้านสุขภาพแล้ว ซึ่งคาดว่าเป็น เพราะการรับรู้ในสิทธิจากที่ต้องจ่ายเงินสมทบ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเนื่องจากอยู่ในเขตเมือง ประกอบกับต้นทุนการเสียโอกาสของผู้ป่วยอาจไม่สูงนัก (เนื่องจากสามารถลางานได้) ในขณะที่ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการใช้บริการผู้ป่วยในเป็น 1.25 เท่าของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปรับด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิลำเนา และการมีภาวะโรคเรื้อรังแล้ว (Thammatacharee, 2009 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

2.8.1.6 ความเหลื่อมล้ำด้านความแตกต่างของบริการที่ได้รับ

ชนิดและปริมาณของบริการที่ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุนได้รับเกิดจากการตัดสินใจของผู้ให้บริการเป็นหลักอันเนื่องจากการขาดข้อมูลของผู้รับบริการ ความแตกต่างที่มีการกล่าวถึงกัน ในหมู่ประชาชน คือ การส่งจ่ายยา ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ตอกย้ำความจริงในเรื่องดังกล่าว โดยพบว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลัก ยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่มีราคาแพงมากกว่าผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน รวมถึงการได้รับหัตถการบางอย่างที่ราคาสูงกว่า เช่น การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2545; Limwattanon et al., 2009 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

ในด้านระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจากภาวะโรคต่างๆ (เช่น ปวดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดในสมอง) พบว่า ผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนอนในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างชัดเจน แม้จะปรับด้วยเพศ อายุ และความรุนแรงของโรคแล้ว (สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, 2554 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556) สำหรับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็นอนในโรงพยาบาลเป็นจำนวนวันมากกว่าผู้ป่วยอีก 2 ระบบอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่อัตราการเข้ารับการรักษารักษาภายในเวลา 30 วันหลังจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสูงกว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญ (Thammatacharee, 2009 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

2.8.1.7 ความเหลื่อมล้ำในมิติอื่นๆ

นอกจากความเหลื่อมล้ำของการได้รับบริการระหว่างระบบประกันสุขภาพแล้ว ยังพบว่ามี ความเหลื่อมล้ำของการได้รับบริการระหว่างพื้นที่อย่างชัดเจน อันเนื่องจากการกระจายทรัพยากรและความพร้อมของระบบบริการในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน แม้ว่าแนวโน้มความเหลื่อมล้ำของการกระจาย

ทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร จำนวนสถานพยาบาล และเตียงผู้ป่วยระหว่างพื้นที่ต่างๆ จะลดลง แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันอยู่ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2554 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556) ขณะเดียวกันภายหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งในการพัฒนาและยกระดับศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้เป็นศูนย์บริการความเป็นเลิศด้านต่างๆ ซึ่งก็พบว่าส่งผลทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก แม้จะยังคงมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ก็ตาม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2551 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

2.8.2 ทฤษฎีที่อธิบายความเหลื่อมล้ำด้านบริการที่ได้รับระหว่างผู้ใช้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

การใช้บริการสุขภาพเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอุปสงค์และอุปทาน โดยได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัย เช่น ภาวะการเจ็บป่วย รายได้ ราคาค่าบริการ ความครอบคลุมของบริการที่มีอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การรับรู้และเจตคติของทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย เป็นต้น (Barer et al., 1987 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556) ทั้งนี้มีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายความแตกต่างของการใช้บริการ เช่น

1) ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Anderson Behavior Model) มักถูกอ้างอิงถึงและใช้บ่อยในการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยกล่าวว่าการใช้บริการสุขภาพนั้นขึ้นกับปัจจัย 3 กลุ่มหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ (อายุ เพศ อาชีพ) ปัจจัยสนับสนุนการใช้บริการ (รายได้ การมีหลักประกันสุขภาพ มีแพทย์ประจำตัว และการปราศจากสิ่งกีดกั้นในการรับบริการ) และปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในด้านการรับรู้สุขภาพกาย ภาวะทุพพลภาพ และสุขภาพจิต (Andersen, 1995 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

2) ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เสนอว่า การใช้บริการสุขภาพนั้นถูกกำหนดโดยการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ประโยชน์ที่จะได้รับและสิ่งกีดกั้นการใช้บริการ และข้อพิจารณาสำคัญที่จะทำให้ตัดสินใจใช้บริการ (Rosenstock, 1966; Becker et al., 1977 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

3) ทฤษฎีข้อจำกัดด้านองค์กร (Organizational Constraints Model) ซึ่งให้ความสำคัญกับแรงจูงใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยเสนอว่าความแตกต่างของการใช้บริการนั้นถูกชี้นำโดยระดับการแข่งขันในตลาดบริการสุขภาพ แรงจูงใจในการพัฒนาบริการทดแทนที่มีความคุ้มค่ามากกว่าและทางเลือกของปัจเจกหรือปัจจัยในการตัดสินใจ (Wan & Broida, 1985 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

2.8.3 ปัจจัยกำหนดความเหลื่อมล้ำด้านบริการที่ได้รับระหว่างผู้ใช้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

ปัจจัยกำหนดความแตกต่างของการได้รับบริการระหว่างผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างกองทุนกันและผู้ป่วยที่มีภูมิฐานะต่างกันของไทยนั้นสามารถอธิบายได้จากทั้งปัจจัยของตัวผู้ป่วย ปัจจัยในระบบบริการ และปัจจัยด้านระบบประกันสุขภาพ

2.8.3.1 ปัจจัยของตัวผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพชนิดต่างๆ นั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านโครงสร้างอายุ (ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็น 2 เท่าของสัดส่วนผู้สูงอายุในภาพรวม) ภูมิฐานะ (ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ในขณะที่อีก 2 สิทธิส่วนใหญ่อยู่ในเมือง) เศรษฐฐานะ (ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำกว่าอีก 2 สิทธิ) ระดับการศึกษา และอาชีพ ทั้งนี้ความแตกต่างของลักษณะบุคคลมีผลต่อศักยภาพในการแสวงหา การเลือก และการเข้าถึงประเภทบริการที่ต่างกัน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556)

2.8.3.2 ปัจจัยในระบบบริการ

ความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากรระหว่างภูมิภาคต่างๆ และระหว่างเขตเมืองและชนบทนั้นเป็นสิ่งที่ปรากฏมานาน แม้ว่าจะมีแนวโน้มดีขึ้นก็ตาม ดังได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า การใช้บริการนั้นเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอุปสงค์และอุปทาน ดังนั้นในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดย่อมเป็นข้อจำกัดการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ ไปด้วย ขณะเดียวกันพื้นที่ที่มีทรัพยากรหนาแน่นย่อมอำนวยความสะดวกและใช้บริการที่สะดวกขึ้นของประชาชน ขณะที่การจัดบริการในพื้นที่ต่างๆ ยังขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการในการพัฒนาระบบเพื่อให้มีบริการสำหรับประชาชนในการเข้าถึงที่สะดวกขึ้นด้วย เช่น การพัฒนาระบบ Excellence Center ระบบ Fast Track ต่างๆ รวมถึงการจัดเครือข่ายบริการเพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2556 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556) เป็นต้น

2.8.3.3 ปัจจัยด้านระบบประกันสุขภาพ

การที่ประเทศไทยเรามีระบบประกันสุขภาพแยกเป็น 3 ระบบหลัก และแต่ละระบบต่างมีกฎหมายและกลไกการอภิบาลแยกของตนเองโดยไม่มีกลไกการอภิบาลระบบในภาพรวมของประเทศ ทำให้แต่ละระบบต่างสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการ การบริหารจัดการ รวมถึงกำหนดรูปแบบและอัตราจ่ายแยกกัน อันก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขดังที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นหากจะกระระบบประกันสุขภาพที่แยกกันเป็น 3 ระบบดังกล่าวไว้ ก็จำเป็นที่จะต้องมีการกลไกกลางที่มาทำหน้าที่ในการกำกับและอภิบาลระบบในภาพรวมเพื่อกำหนดทิศทาง มาตรฐานกลาง และการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าประสงค์เชิงนโยบายต่อไป (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552 อ้างถึงใน เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ, 2556)

2.9 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบสวัสดิการที่รัฐจัดขึ้นให้กับประชาชนคนไทย เกิดจากการรวมระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งได้แก่ ระบบสวัสดิการผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล ระบบบัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันใดๆ รวมเข้าไว้ด้วยกัน ภายหลังจากที่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 และได้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานในรูปแบบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า การที่บุคคลได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในการบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัยตามระเบียบนี้ด้วยความเสมอภาคและได้มาตรฐาน จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้เข้าถึงประชาชนคนไทยทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงจะได้รับ โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้สิทธินั้น (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554 อ้างถึงใน สมภพ บุญนาศักดิ์, 2555)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันดีในนามของ “สิทธิบัตรทอง” เป็นสิทธิที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญมาตรา 52 และ 82 ที่กำหนดให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับสิทธินั้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552 อ้างถึงใน สมภพ บุญนาศักดิ์, 2555) ในปีงบประมาณ 2554 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณจากรัฐ โดยแบ่งออกเป็น 5 รายการ คือ 1) งบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) 2) งบบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3) งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 5) งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ภายใต้แนวคิดหลักของการบริหารที่ต่อเนื่องมาจากปี พ.ศ. 2553 โดยมีเนื้อหาหลัก คือ 1) สร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสุขภาพ 2) ให้ประชาชนได้รับบริการต่อเนื่องและครบถ้วนอย่างเป็นระบบ 3) เพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4) สนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ 5) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน และ 6) เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารเงินกองทุน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553 อ้างถึงใน สมภพ บุญนาศักดิ์, 2555) และได้กำหนดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการไว้ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร

2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการของเด็ก รวมถึงวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
3. บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษาแก่คู่สมรส รวมทั้งการคุมกำเนิด
4. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
5. ค่ายาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
6. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ ระหว่างพักรักษาตัว ณ หน่วยบริการ
7. การจัดการส่งต่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
8. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเฝ้าระวังโรคเบาหวาน การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจมะเร็งเต้านม เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลสุขภาพโรคก่อนถึงระยะอันตราย
9. บริการทันตกรรม ได้แก่ อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การเคลือบหลุมร่องฟัน และการทำฟันปลอมฐานพลาสติก เป็นต้น
10. บริการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ยาสมุนไพรหรือยาแผนไทย การนวดเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การอบหรือประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา ทั้งนี้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
11. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สำหรับคนพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 หรือคนพิการที่ได้รับการตรวจประเมินว่ามีความพิการอยู่ในเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด เช่น กายภาพบำบัด จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด ฟันฟุการได้ยิน ฟันฟุการมองเห็น และรับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการได้

กรณีของการประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุและอยู่ห่างไกลจากหน่วยบริการที่ระบุ เป็นการเจ็บป่วยที่หากไม่ได้รับการรักษาให้ทันท่วงทีแล้วอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือทำให้สูญเสียอวัยวะ หรือทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติ รวมทั้งการเจ็บป่วยที่มีลักษณะรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ เช่น โรคจิตเฉียบพลัน เป็นต้น สามารถใช้สิทธิเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการที่อยู่ใกล้ที่สุดได้ทันที และสามารถใช้บริการได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

บริการทางการแพทย์ที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ โรคเรื้อรังและโรคค่าใช้จ่ายสูง เช่น 1) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2) ผ่าตัดต่อกระดูก ผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดสมอง 3) บำบัดรักษา มะเร็งต่างๆ 4) การใส่เต้านเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ 5) ยาต้านไวรัสเอดส์ และ 6) การให้สารเมทาโดนระยะยาวในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดที่สมัครใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงคุ้มครองการบริการทดแทนไต ได้แก่ ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ฟอกเลือดล้างไตผ่านเครื่องไตเทียม ผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งในการรับบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับจังหวัด เพื่อให้สิทธิเป็นไปตามลำดับก่อน-หลัง และได้รับบริการที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

บริการทางการแพทย์ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองมีดังนี้ 1) โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน 2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยสารเสพติด 3) อุบัติเหตุ การประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย 4) การรักษาภาวะมีบุตรยาก 5) การผสมเทียม 6) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 7) การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 8) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 9) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง และ 10) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ผู้มีสิทธิบัตรทองหรือทายาทสามารถยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือได้ โดยอาจใช้แบบคำร้องที่กำหนดไว้หรือใช้การเขียนเป็นหนังสือก็ได้

2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนหนึ่งของงานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาไม่ใช่ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีดังต่อไปนี้

จันทิมา นวมะวัฒน์, ปราโมช วงสวัสดิ์ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เขตภาคเหนือตอนล่าง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การวินิจฉัยโรคที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน การเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด เขตที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย และแหล่งชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

ไพศาล พินทิสืบ, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และวรางคณา จันทรงค์ (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมในสถานพยาบาลจังหวัดลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคม การเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคม รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตน ผลการศึกษาพบว่า 1) การเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนในสถานพยาบาลจังหวัดลำปาง ในภาพรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ สถานที่และสภาพแวดล้อม กระบวนการให้บริการ การให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และการให้บริการอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนในสถานพยาบาลจังหวัดลำปางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ระยะเวลาในการมาใช้บริการและระยะเดินทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาล 3) ปัญหาและอุปสรรคที่

สำคัญต่อการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลจังหวัดลำปางของผู้ประกันตน คือ ปัญหาด้านสถานที่และสภาพแวดล้อม และปัญหาด้านบุคลากรและเจ้าหน้าที่

สุภาพร แสงอ่วม, นิหรา กิจธีระวุฒิมิข, ภูติห เทชาดิวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร และกันยารัตน์ คอวนิช (2558) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อประเมินระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 700 คน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่ได้รับการศึกษา การมีอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพรับจ้าง และการอาศัยอยู่คนเดียว ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในขณะที่การมีรายได้ของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงทันตกรรมในผู้สูงอายุ

Yingtaweesak, Yoshida, Hemhongsak, Hamajima, & Chaiyakae (2013) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อสำรวจการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนในชนบทและถิ่นทุรกันดารของประเทศไทย โดยบริบทการวิจัย คือ หมู่บ้านห่างไกลจำนวน 16 หมู่บ้าน ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ข้างต้นส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มน้อยชาวกะเหรี่ยงซึ่งมีรายได้ต่ำและไม่มีการศึกษา แต่มีระบบประกันสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้ โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.5) จะใช้บริการการสาธารณสุขมูลฐานหรือสถานอนามัยและโรงพยาบาล สำหรับระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.9) ใช้เวลาเดินทางจากที่พักอาศัยไปสถานอนามัยอย่างน้อย 30 นาที และจะต้องใช้เวลาเดินทางนานขึ้นในช่วงฤดูฝน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.5 ใช้เวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมงในการเดินทางจากที่พักอาศัยไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดในช่วงฤดูแล้ง และร้อยละ 84.5 ใช้เวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมงในการเดินทางในช่วงฤดูฝน นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงฤดูฝนกลุ่มตัวอย่างจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาล ทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าอาหารระหว่างการเดินทาง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสถานอนามัยในพื้นที่ทุรกันดารมีความจำเป็นอย่างมาก เนื่องจากช่วยเอื้อประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ประชากรในพื้นที่และทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนในพื้นที่เพิ่มขึ้น

สำหรับงานวิจัยภายในประเทศที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ใช้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นตัวแปรต้นมีดังต่อไปนี้

วิชาญ บุญคำ (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของโรงพยาบาลหัวเฉียว โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลหัวเฉียว และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลหัวเฉียว

โดยใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการของ Penchansky และ Thomas (1981) ในการกำหนดตัวแปรต้น แต่ไม่ได้ครอบคลุมถึงความพอเพียงของบริการ (Availability) และการยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ใช้บริการที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลหัวเฉียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา และความต้องการใช้บริการสุขภาพ

ภราดร ดังยางหวาย, ดุษฎี อายุวัฒน์ และสุเกศินี สุภีระ (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนในเขตชนบทภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ไปใช้บริการสุขภาพที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาลและนอกเขตอำเภอเมืองโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 400 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ได้รับความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและด้านการเข้าถึงบริการในระดับสูง และได้รับความเสมอภาคในการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนและการปฏิบัติในการใช้บริการสุขภาพในระดับต่ำที่สุด นอกจากนี้ยังได้ครอบคลุมและความรู้เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอิทธิพลเชิงบวกต่อความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

เยาว์รัชฐา รัตนปัญญากุล (2550) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค และการให้บริการในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อสำรวจความพึงพอใจของประชาชนในการใช้บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรคและการให้บริการของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ใช้บัตรทองเกี่ยวกับการให้บริการของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรคในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การให้บริการเป็นไปตามลำดับ รองลงมา คือ การลดค่าใช้จ่าย การปฏิบัติตามขั้นตอน ความเข้าใจในการใช้บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค ความสะดวก และคุณภาพการบริการ ตามลำดับ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และอาชีพที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในการใช้บริการในระดับที่แตกต่างกัน

สำหรับงานวิจัยภายในประเทศที่ใช้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นตัวแปรตามโดยใช้แนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981) ดังสรุปไว้ในตารางที่ 2.8 มีรายละเอียดดังนี้

พิลือ เขียวแก้ว (2552) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการในเขตจังหวัดพัทลุง โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 คน ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ระดับปฐมภูมิรายด้าน พบว่า การยอมรับในการใช้บริการ ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ และการรับรู้สิทธิคนพิการมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กฤตวรรณ สหรัย (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาความครอบคลุมและแนวทางการปรับปรุงการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชาชนผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนคลองแสนสุข อำเภอเมืองสมุทรปราการ ชุมชนคลองสำโรง อำเภอพระประแดง และชุมชนเกาะบ้านใหญ่ อำเภอบางพลี จำนวน 304 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า 1) ความพอเพียงของรายได้กับค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด 2) สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยและบริเวณโดยรอบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงสิทธิการใช้บัตรทองของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด และ 3) ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าถึงสิทธิการใช้บัตรทองของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด

อติญาณ ศรีเกษตริน, เพ็ญศรี ทองเพชร, สมหมาย คชนาม, อัจริยา วัชรวิวัฒน์, งามนิตย์ รัตนานุกูล, จรัสพงษ์ สุขกรี และสมศักดิ์ ขอบตรง (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปใช้บริการสุขภาพที่สถานอนามัย (ร้อยละ 52.08) รองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 46.33) ส่วนการรักษาที่แพทย์พื้นบ้านมีการไปใช้บริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.42) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทของการประกันสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับรู้สิทธิของกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ การได้รับข้อมูลข่าวสารความต้องการด้านสุขภาพ คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 3) กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมากกว่ากลุ่มที่มีบัตรประกันสังคมและกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มากกว่าผู้ใช้บัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 2.8 สรุปงานวิจัยภายในประเทศที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981)

ชื่อผู้วิจัย (ปี)	บริบทและพื้นที่วิจัย	มิติการเข้าถึงบริการสาธารณสุข					ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
		ความพร้อมของบริการที่มีอยู่	การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก	ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ	การยอมรับคุณภาพของบริการ	
พิลลือ เขียวแก้ว (2552)	การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในจังหวัดพัทลุง	✓	✓	✓	✓	✓	- การรับรู้สิทธิคนพิการ - พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง
กฤตวรรณ สาหร่าย (2553)	การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด จังหวัดสมุทรปราการ	✓	✓	✓	✓	✓	- ความพอเพียงของรายได้กับค่าใช้จ่าย - สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ความเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา - ทักษะเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2547)	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดพังงา และจังหวัดตรัง	✓	✓	✓	✓	✓	- เพศ - ระดับการศึกษา - ประเภทของการประกันสุขภาพ - ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย - การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า - การรับรู้สิทธิของกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ - การได้รับข้อมูลข่าวสาร - ความต้องการด้านสุขภาพ - คุณภาพบริการ

ในส่วนของการวิจัยต่างประเทศที่ทำการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้น คณะผู้วิจัยได้สรุปงานวิจัยที่น่าสนใจไว้ดังต่อไปนี้

Levesque และคณะ (2013) ได้ทำการศึกษเกี่ยวกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยใช้การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) จากการสืบค้นบทความวิจัยที่อยู่ในฐานข้อมูล PubMed และ CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) เพื่อบริยายกรอบแนวคิดของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมมิติต่างๆ และตัวแปรที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านอุปทาน (Supply-side Determinants) และปัจจัยด้านอุปสงค์ (Demand-side Determinants) การศึกษครั้งนี้นำไปสู่ข้อสรุปว่าการเข้าถึงบริการสาธารณสุข คือ โอกาสในการระบุความต้องการบริการสาธารณสุข การค้นหาบริการสุขภาพ การเข้าถึงและการใช้บริการสาธารณสุข และการที่ความต้องการบริการได้รับการตอบสนองอย่างแท้จริง ความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1) การเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (Approachability) 2) การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) 3) บริการที่มีอยู่และความสะดวกในการใช้บริการ (Availability and accommodation) 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และ 5) ความเหมาะสมของบริการ (Appropriateness) ความสามารถของประชากรประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1) ความสามารถในการรับรู้ (Ability to perceive) 2) ความสามารถในการค้นหา (Ability to seek) 3) ความสามารถในการเข้าถึง (Ability to reach) 4) ความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) และ 5) ความสามารถในการมีส่วนร่วม (Ability to engage) ตามกรอบแนวคิดนี้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมิติต่างๆ ของความสามารถของประชากรและมิติต่างๆ ของความสามารถในการเข้าถึงบริการจะก่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

Simpson, Bloom, Cohen และ Parsons (1997) ได้ทำการศึกษเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชากรวัยเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและความจำเป็นต่อการใช้บริการสุขภาพในประชากรวัยเด็กของประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนั้นยังศึกษาถึงผลกระทบของประกันสุขภาพในวัยเด็กที่มีต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ คือ ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Insurance Scheme) ที่ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรในวัยเด็กจำนวน 16,907 คน จากผลการศึกษาพบว่า ในปี ค.ศ. 1993 ประชากรวัยเด็กในสหรัฐอเมริกามากกว่า 7.3 ล้านคนมีความจำเป็นต้องใช้บริการทางสุขภาพ อีกทั้งยังได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องเพราะกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่างๆ อีกทั้งประชากรวัยเด็กจำนวน 4.2 ล้านคนขาดแคลนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ โดยที่ความขาดแคลนนี้นั้นมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ประกันสุขภาพรายได้ต่อครัวเรือน เชื้อชาติ โครงสร้างครอบครัว และแหล่งที่อยู่อาศัย โดยเด็กที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพและรายได้ต่อครัวเรือนน้อย การเข้าถึงบริการทางสุขภาพจะน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และเด็กที่อยู่ในเขตเมืองมีโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากกว่าเด็กที่อยู่ในเขตชนบท

Cohen, Bloom, Simpson และ Parsons (1997) ได้ทำการศึกษเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชากรวัยสูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกา รวมถึงความเหลื่อมล้ำของโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลที่ได้จัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1966 โดยประเมินจากการคุ้มครองจากประกันสุขภาพ แหล่งให้บริการทางสุขภาพที่มีอยู่ และ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการให้บริการทางสุขภาพ ระเบียบวิธีวิจัยใช้ข้อมูลitudinalมีมาวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรวัยสูงอายุจำนวน 4,255 คน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มประชากรสูงอายุนั้น คนที่มีทั้งหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพจากรัฐบาลหรือคนที่มีหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพจากเอกชนจะมีการเลือกใช้บริการทางสุขภาพที่ค่อนข้างจะเหมือนกัน ถ้าเทียบกับประชากรในวัยสูงอายุที่มีแค่หลักประกันสุขภาพ อีกทั้งในปี ค.ศ. 1993 จากจำนวนประชากรวัยชราทั้งหมด มีเพียง 3.3 ล้านคนที่มีความจำเป็นจริงๆ ที่จะใช้บริการสุขภาพ ในประชากรวัยสูงอายุที่มีหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพจากรัฐบาลหรือบุคคลที่มีแต่หลักประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียวจะมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการสุขภาพมากกว่าประชากรวัยสูงอายุที่มีทั้งหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพจากเอกชนถึง 2 เท่า สรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของประชากรสูงอายุ คือ หลักประกันสุขภาพและความจำเป็นในการเข้ารับบริการ

Bloom, Simpson, Cohen และ Parsons (1997) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรวัยทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุระหว่าง 18-64 ปี โดยใช้ลักษณะพื้นฐานทางสังคมของประชากรเป็นตัวชี้วัด ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ แหล่งที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ เงื่อนไขทางด้านสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ในปี ค.ศ. 1993 ประมาณ 3 ใน 4 ของประชากรวัยทำงานทั้งหมดจะมีการเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีระบบประกันสุขภาพจะมีทางเลือกในการใช้บริการทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มียระบบประกันสุขภาพ โดยผู้ที่มีการเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะเลือกรับบริการจากแพทย์ประจำตัว ส่วนที่เหลือจะเลือกรับบริการจากคลินิกและเลือกรับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล สำหรับผู้ที่ไม่เลือกใช้บริการสุขภาพนั้นมีเหตุผลหลัก คือ ไม่มีความจำเป็นจะต้องพบแพทย์และไม่มียระบบประกันสุขภาพหรือไม่มีเงินในการซื้อประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการทำระบบประกันสุขภาพและรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรวัยทำงาน โดยพบว่า กลุ่มวัยทำงานที่มีรายได้สูงมีความจำเป็นที่จะต้องพบแพทย์น้อยกว่ากลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำ และผู้ที่มีระบบประกันสุขภาพมีความจำเป็นต่อการใช้บริการสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ไม่มียระบบประกันสุขภาพ

Goddard และ Smith (2001) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพในประเทศสหราชอาณาจักร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพของกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกันที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ การเข้ารับการรักษาทางด้านสุขภาพ การเข้ารับบริการฉุกเฉิน การรับบริการด้านสุขภาพจิต และการรับบริการด้านการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความแตกต่างกันมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ คุณภาพการได้รับการบริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ได้รับ กล่าวคือ กลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่าจะสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ด้อยกว่าเกือบทุกมิติ

สำหรับงานวิจัยต่างประเทศที่ประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวคิด Penchansky และ Thomas (1981) นั้น คณะผู้วิจัยพบว่ามีการวิจัยที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างมากและยังเป็นประโยชน์สำหรับการต่อยอดการศึกษาในประเทศไทยอีกด้วย ดังสรุปไว้ในตารางที่ 2.9 มีรายละเอียดดังนี้

Andersen และ McCutcheon (1983) ได้ทำการสำรวจมิติในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาขอบเขตของมิติในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แนวคิด และความเป็นไปได้ในการที่มิติเหล่านั้นจะเป็นตัวชี้วัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลทศวรรษในช่วงปี ค.ศ. 1975-1976 และการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 7,787 คน ผลการศึกษาพบว่า ศักยภาพในการเข้าถึงบริการ (ระดับประเทศ และระดับบุคคล) ปัจจัยด้านองค์กร ความต้องการ การรับรู้ในการเข้าถึงบริการ และความสะดวกสบายเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Schneider, McIntyre, Birch และ Eyles (2012) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษารูปแบบของการให้บริการด้านสุขภาพและสำรวจการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศแอฟริกาใต้ รวมถึงศึกษาความเหลื่อมล้ำและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามความต้องการของประชากร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ คือ แหล่งที่อยู่อาศัยของประชากรระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง อีกทั้งการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพของประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทยังไม่เป็นระบบและมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปยังสถานบริการด้านสุขภาพสูง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในประเทศแอฟริกาใต้

Shrestha (2010) ได้ทำการประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของประชาชนเมืองยอกยาคารตา ประเทศอินโดนีเซีย โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในมิติต่างๆ และเพื่อศึกษาความจำเป็นของประชาชนในการใช้บริการสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในเมืองยอกยาคารตาไม่มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขและมีความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการด้วย และยังพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการสาธารณสุขขึ้นอยู่กับเวลาในการรอรับบริการและการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจของแหล่งบริการสาธารณสุขและความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขมีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนในเมืองยอกยาคารตาเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 2.9 สรุปงานวิจัยต่างประเทศที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981)

ชื่อผู้วิจัย (ปี)	บริบทและพื้นที่วิจัย	มิติการเข้าถึงบริการสาธารณสุข					ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
		ความพร้อมของบริการที่มีอยู่	การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก	ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ	การยอมรับคุณภาพของบริการ	
Andersen และ McCutcheon (1983)	การเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา	✓	✓	✓	✓	-	-
Schneider และคณะ (2012)	การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในประเทศแอฟริกาใต้	✓	-	✓	✓	-	- ถิ่นที่อยู่อาศัย (เขตเมืองและเขตชนบท)
Shrestha (2010)	การเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของประชาชนในเมืองยอกยาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย	✓	✓	✓	✓	✓	- เวลาในการรอรับบริการ - การดูแลรักษาเอาใจใส่ของบุคลากร - ความเพียงพอของแหล่งบริการ - ความสะดวก

2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้ตัวแปรตามจากแนวคิดการประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Penchansky และ Thomas (1981) เนื่องจากงานวิจัยในต่างประเทศมีการนำแนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981) ไปใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Levesque et al., 2013) เหตุผลหลักประการหนึ่ง คือ การประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามกรอบแนวคิดนี้สามารถปิดช่องว่างของการกระจายและเชื่อมกับข้อมูลทางด้านสถิติประชากร ซึ่งใช้เป็นประโยชน์ต่อเครื่องมือทางด้านการเงินและภูมิศาสตร์ได้ (สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, 2546)

สำหรับตัวแปรอิสระนั้น คณะผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Aday และ Andersen (1974) ซึ่งประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) นโยบายสาธารณสุข (Health Policy) ได้แก่ งบประมาณ การศึกษา อัตราค่าจ้าง และการจัดองค์กร 2) ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of Health Delivery System) ได้แก่ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร ครอบคลุมของการให้บริการ และโครงสร้างของระบบการให้บริการ 3) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of Population at Risk) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย 4) การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of Health Services) เช่น ชนิดของสถานบริการ แหล่งที่ตั้งของสถานบริการ จุดประสงค์ และเวลาที่ใช้บริการ และ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer Satisfaction) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมุ่งศึกษาเฉพาะตัวแปรระดับบุคคล คือ ปัจจัยด้านลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of Population at Risk) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

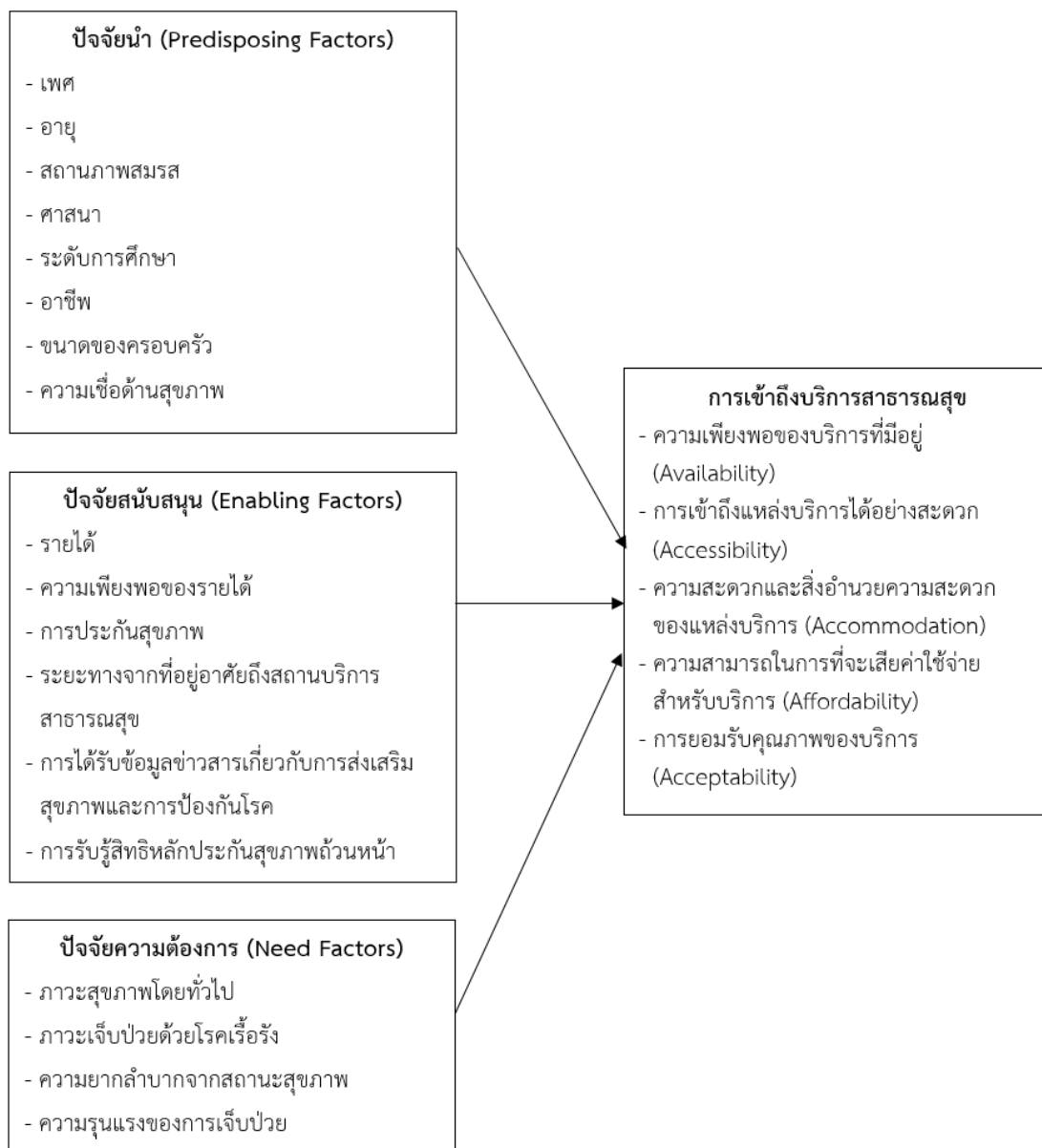
1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ขนาดของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การประกันสุขภาพ ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3) ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ

จากตัวแปรอิสระและตัวแปรตามดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.12 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากตัวแปรอิสระของกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้เป็นตัวแปรที่มีความหมายในเชิงรูปธรรมหรือเป็นกิจกรรมที่สามารถวัดได้ สังเกตได้ คณะผู้วิจัยจึงจะระบุเฉพาะนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการของตัวแปรตามที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ดังต่อไปนี้

- ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับบริการ โดยวัดได้จากความพอเพียงและ/หรือความเหมาะสมของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ ระยะเวลาในการรพบแพทย์ และระยะเวลาในการรอรับยา

- การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก (Accessibility) คือ ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับบริการสามารถไปใช้บริการได้อย่างสะดวก โดยวัดได้จากสถานที่ตั้ง การเดินทาง และระยะทาง

- ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่ามีความสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวก โดยวัดได้จากขั้นตอนการรับบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ เวลาของการปฏิบัติงาน สิ่งอำนวยความสะดวก และอาคารสถานที่

- ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability) คือ ความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของการบริการและการประกันของผู้ป่วยหรือรายได้ของผู้ป่วย โดยวัดได้จากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่ายานอกบัญชีหลัก (ที่เบิกไม่ได้)

- การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) คือ ทัศนคติของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ โดยวัดได้จากความเชี่ยวชาญของแพทย์และพยาบาล การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และความเท่าเทียมในการรับบริการ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เปรียบเทียบ (Correlation-Comparative Study) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร (Population) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย อายุ 15-59 ปี จำนวน 23,268,940 คน (ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค้นจาก <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/index.aspx> เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557)

3.1.2 ตัวอย่าง (Sample) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย อายุ 15-59 ปี จำนวน 5,400 คน

3.1.3 การสุ่มตัวอย่าง

3.1.3.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างตามระเบียบวิธีสถิติ กล่าวคือ ขนาดตัวอย่าง n ที่ทำให้ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าสัดส่วนในประชากรมีค่าไม่เกิน $e = 0.01333$ ด้วยความเชื่อมั่น $1 - \alpha = 0.95$ ($Z = 1.96$)

$$n = \frac{p(1-p)NZ^2}{Ne^2 + p(1-p)Z^2}$$

$$n = \frac{0.5(1-0.5)(23,268,940)(1.96)^2}{(23,268,940)(0.01333)^2 + 0.5(1-0.5)(1.96)^2}$$

$$n = 5,400 \text{ คน}$$

โดย	N	แทน ขนาดประชากรทั้งหมด
	n	แทน ขนาดตัวอย่างทั้งหมด

3.1.3.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นสองขั้นตอน (Stratified Two-Stage Sampling) โดยสุ่มจากพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 13 เขต เขตละ 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพมากกว่า 200,000 คน 1 จังหวัด และจังหวัดที่มีจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพน้อยกว่า 200,000 คน 1 จังหวัด (ยกเว้นเขต 13 กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีเพียง 1 จังหวัด รวมทั้งเขต 7 ขอนแก่น และเขต 9 นครราชสีมา ที่ไม่มีจังหวัดที่มีจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพน้อยกว่า 200,000 คน) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1 ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลหลักในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2 โดยจัดสรรขนาดตัวอย่างไปตามจังหวัดต่างๆ ตามจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดที่มีจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิน 200,000 คน มีขนาดตัวอย่าง 250 หน่วยตัวอย่าง ส่วนจังหวัดที่มีจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยกว่า 200,000 คน มีขนาดตัวอย่าง 150 หน่วยตัวอย่าง ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย อายุ 15-59 ปี และจำนวนตัวอย่าง ซึ่งจัดสรรให้กับจังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่าง

เขต	จังหวัด	จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 15-59 ปี	
		ประชากร	ตัวอย่าง
1. เชียงใหม่	เชียงใหม่	559,540	250
	ลำพูน	129,376	150
2. พิษณุโลก	พิษณุโลก	310,511	250
	อุตรดิตถ์	151,587	150
3. นครสวรรค์	นครสวรรค์	400,947	250
	ชัยนาท	109,918	150
4. สระบุรี	ปทุมธานี	321,433	250
	สระบุรี	192,236	150
5. ราชบุรี	ราชบุรี	323,508	250
	สมุทรสงคราม	69,346	150
6. ระยอง	ระยอง	256,481	250
	ปราจีนบุรี	145,690	150

เขต	จังหวัด	จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 15-59 ปี	
		ประชากร	ตัวอย่าง
7. ขอนแก่น	ขอนแก่น	674,480	250
	มหาสารคาม	334,677	250
8. อุดรธานี	อุดรธานี	597,753	250
	บึงกาฬ	163,316	150
9. นครราชสีมา	นครราชสีมา	965,010	250
	สุรินทร์	458,195	250
10. อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	682,924	250
	มุกดาหาร	111,179	150
11. สุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี	454,332	250
	ภูเก็ต	128,763	150
12. สงขลา	สงขลา	567,032	250
	พัทลุง	192,836	150
13. กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	2,169,579	400
รวม		10,470,649	5,400

ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

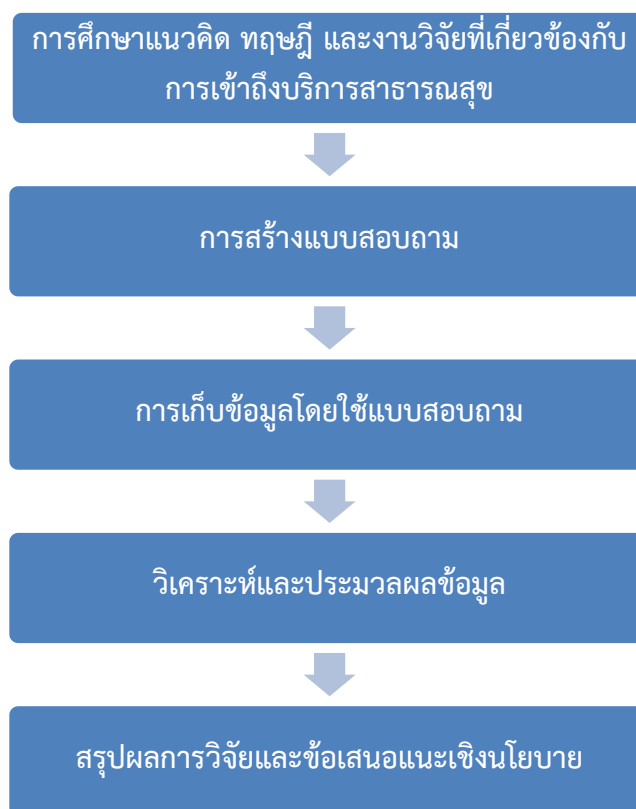
(ค้นจาก <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/index.aspx> เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557)

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

คณะผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 13 เขต และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนกลุ่มดังกล่าว ดังนี้

1. ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. นำความรู้ที่ได้จากการประมวลความรู้มาสร้างแบบสอบถาม เพื่อนำไปสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบสอบถามเชิงปริมาณ โดยครอบคลุมข้อมูล 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความถี่ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเภทของการเข้ารับบริการสาธารณสุข
 - 2) ปัจจัยนำที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ขนาดของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3) ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การประกันสุขภาพ ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 4) ปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย
 - 5) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น
 4. วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลของการสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง
 5. สรุปผลและจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์



ภาพที่ 3.1 วิธีดำเนินการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด โดยคณะผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามฉบับนี้ขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประมวลความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และค้นหาแบบสอบถามที่ใช้สำรวจความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าวที่มีมาก่อน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาข้อคำถามให้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ตอน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเพื่อให้ทราบถึงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความถี่ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเภทของการเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist Questions)

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยนำที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ขนาดของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพ โดยข้อคำถามทั้งหมดยกเว้นความเชื่อด้านสุขภาพมีทั้งลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist Questions) และแบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended Questions) จำนวน 9 ข้อ

สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพนั้นมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 6 คำตอบ คือ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน
จริงที่สุด	6 คะแนน
จริง	5 คะแนน
ค่อนข้างจริง	4 คะแนน
ค่อนข้างไม่จริง	3 คะแนน
ไม่จริง	2 คะแนน
ไม่จริงเลย	1 คะแนน

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ช่วงเท่าๆ กัน ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำที่สุด
 คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ย 5.01-6.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงที่สุด

ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การประกันสุขภาพ ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อคำถามเกี่ยวกับรายได้ ความพอเพียงของรายได้ การประกันสุขภาพ และเขตที่อยู่อาศัยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist Questions) จำนวน 4 ข้อ

สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้นมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง นานๆ ครั้ง และไม่เคย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน
เป็นประจำ	5 คะแนน
บ่อยครั้ง	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
นานๆ ครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคย	1 คะแนน

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น คะแนนเฉลี่ยของสื่อที่เป็นช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แบ่งออกเป็น 5 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งคณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับมากที่สุด

ในส่วนของข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน โดยข้อที่ต้องตอบว่า “ใช่” มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 5 6 7 9 และ 10 ส่วนข้อที่ต้องตอบว่า “ไม่ใช่” มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 4 และ 8 เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบว่า “ไม่แน่ใจ” ได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับการรับรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คะแนนรวม 1-2 คะแนน หมายถึง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับต่ำมาก

คะแนนรวม 3-4 คะแนน หมายถึง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวม 5-6 คะแนน หมายถึง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 7-8 คะแนน หมายถึง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับสูง

คะแนนรวม 9-10 คะแนน หมายถึง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับสูงมาก

ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear Analog Scale) จาก 0-100 จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนวันที่พักรักษาตัวซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีลักษณะเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended Questions) จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist Questions) จำนวน 1 ข้อ

สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับความยากลำบากจากสถานะสุขภาพนั้นมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ ไม่มีปัญหา (ทำเองได้) เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด (ทำไม่ได้) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน
ไม่มีปัญหา (ทำเองได้)	5 คะแนน
เล็กน้อย	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
มาก	2 คะแนน
มากที่สุด (ทำไม่ได้)	1 คะแนน

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น คะแนนเฉลี่ยของความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งคณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80	หมายถึง	ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60	หมายถึง	ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40	หมายถึง	ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20	หมายถึง	ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00	หมายถึง	ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ตอนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น คะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 5 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งคณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80	หมายถึง	การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60	หมายถึง	การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40	หมายถึง	การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20	หมายถึง	การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00	หมายถึง	การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงที่สุด

3.4 การสร้างแบบสอบถาม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสานที่มีทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร โดยการทบทวนแนวความคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต่อจากนั้นคณะผู้วิจัยทำการประมวลข้อมูลทั้งหมด เพื่อปรับกรอบแนวคิดในการวิจัยและเตรียมสร้างแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสอบถามจากกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยคณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ (Validity) ของแบบสอบถามโดยส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบคุณภาพ เพื่อนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปปรับปรุงและแก้ไขข้อคำถามต่างๆ ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ต่อจากนั้นคณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบ (Pre-test) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความถูกต้องสมบูรณ์ (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยคณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามจนแน่ใจว่าถูกต้องและสมบูรณ์

3. ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบถ้วน และนำข้อมูลทั้งหมดมาป้อนข้อมูลและเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น คณะผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เนื่องจากเป็นเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการทำนายอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่มีต่อตัวแปรตาม

4. สรุปผลการวิจัย พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และจัดทำโครงร่างรายงานการวิจัย หลังจากปรับปรุงแก้ไขโครงร่างรายงานการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อนำส่งต่อไป

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยหลักแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นหลักในการสร้าง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งข้อคำถามที่มีความสอดคล้องจะให้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน และไม่สอดคล้องให้ -1 คะแนน หาค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00 และปรับปรุง แก้ไขข้อคำถามจากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว (ภาคผนวก ก) ไปทำการทดสอบ (Pre-test) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษาในครั้งนี้ เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ข้อความเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยการหาความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังปรากฏตามตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเมื่อคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha)

ข้อความ	ค่าความเชื่อมั่น
ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.799
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.711
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.840
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค	0.840
การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค	0.912
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	0.836
การเพียงพอของบริการที่มีอยู่	0.720
การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก	0.758
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	0.726
ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ	0.750
การยอมรับคุณภาพของบริการ	0.749

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอหนังสือแนะนำจากสำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขที่ตกเป็นตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้จัดทำคำชี้แจงในส่วนแรกของแบบสอบถาม โดยคำชี้แจงได้ระบุถึงวัตถุประสงค์ที่ให้ตอบแบบสอบถาม การนำคำตอบที่ได้ไปใช้ประโยชน์ คำอธิบายลักษณะของแบบสอบถาม รวมทั้งชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัย นอกจากนี้ในคำชี้แจงได้มีการแสดงข้อความที่ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความมั่นใจว่าข้อมูลที่จะตอบไปจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล จะไม่มีผลกระทบต่องาน และมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบด้วย

ช่วงเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน 2559 รวมเป็นระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 5 เดือน โดยในการเก็บข้อมูลจะมีผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ทำการฝึกอบรมผู้ช่วยเก็บ

ข้อมูลก่อนที่จะเริ่มทำการเก็บข้อมูล หลังจากรวบรวมแบบสอบถามพร้อมตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ครบ 5,400 ชุด คณะผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล 2 วิธี คือ

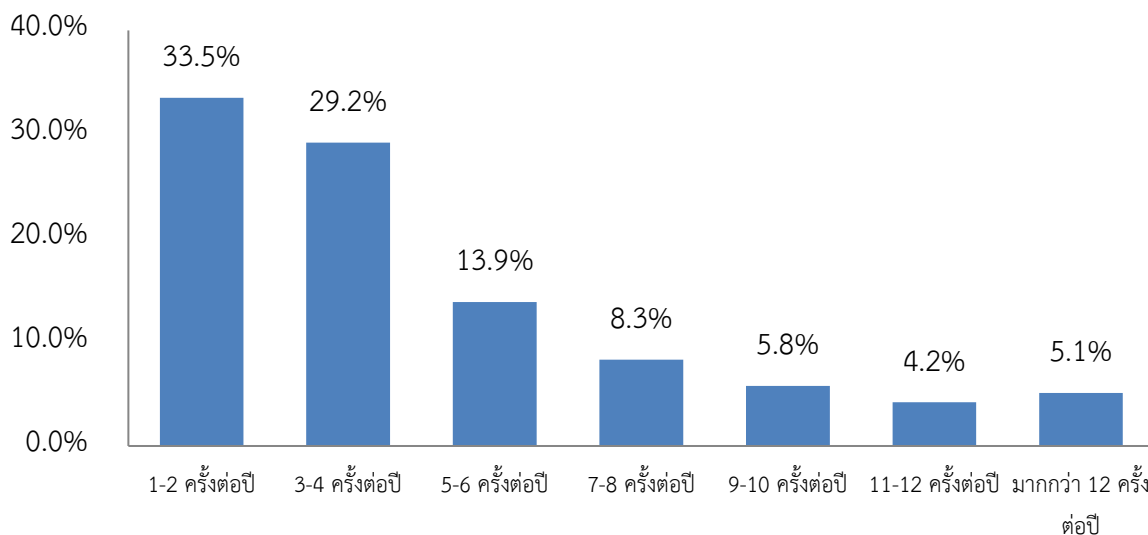
1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายปัจจัยนำเข้า ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความต้องการ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ t-test และ F-test เพื่อหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทางสังคมประชากรต่างกัน และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการ ที่มีต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 13 เขต

บทที่ 4

ผลการวิจัย

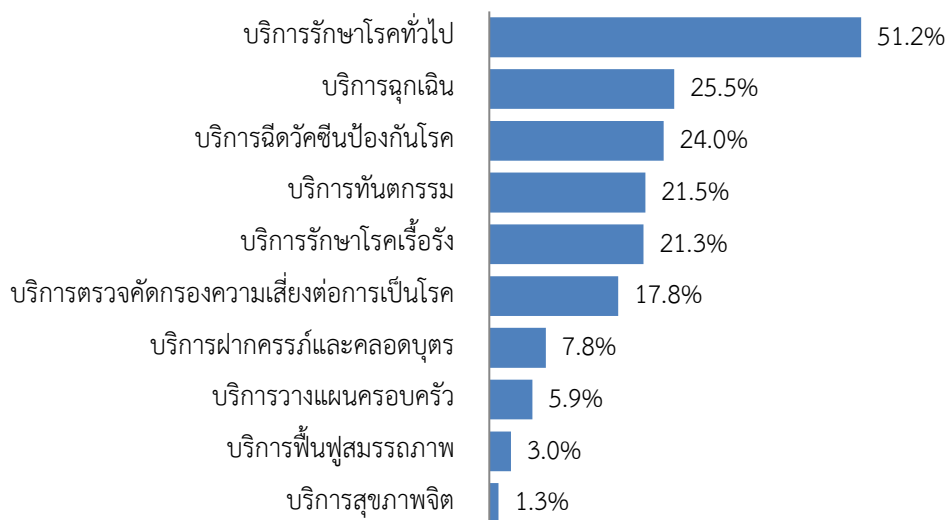
4.1 ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข

ผลการสำรวจความถี่ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 1-2 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 33.5 รองลงมา คือ เข้ารับบริการ 3-4 ครั้งต่อปี และ 5-6 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 29.2 และร้อยละ 13.9 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้น ร้อยละ 8.3 เข้ารับบริการ 7-8 ครั้งต่อปี ร้อยละ 5.8 เข้ารับบริการ 9-10 ครั้งต่อปี ร้อยละ 5.1 เข้ารับบริการมากกว่า 12 ครั้งต่อปี และร้อยละ 4.2 เข้ารับบริการ 11-12 ครั้งต่อปี ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 ความถี่ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

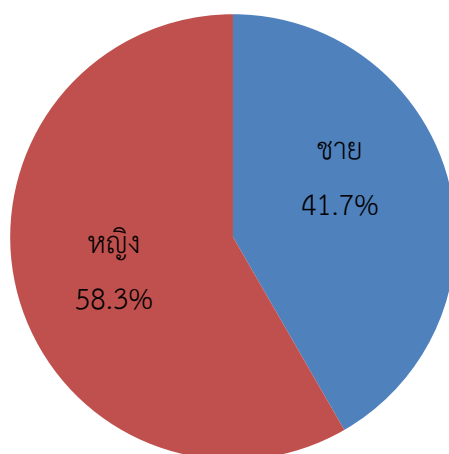
ผลการสำรวจประเภทการเข้ารับบริการสาธารณสุขในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการรักษาโรคทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ เข้ารับบริการ ฉกฉดฉีดวัคซีนป้องกันโรค บริการทันตกรรม บริการรักษาโรคเรื้อรัง และบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 25.5 ร้อยละ 24.0 ร้อยละ 21.5 ร้อยละ 21.3 และร้อยละ 17.8 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้น ร้อยละ 7.8 เข้ารับบริการฝากครรภ์และคลอดบุตร ร้อยละ 5.9 เข้ารับบริการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 3.0 เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และร้อยละ 1.3 เข้ารับบริการสุขภาพจิต ดังภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 ประเภทการเข้ารับบริการสาธารณสุขในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

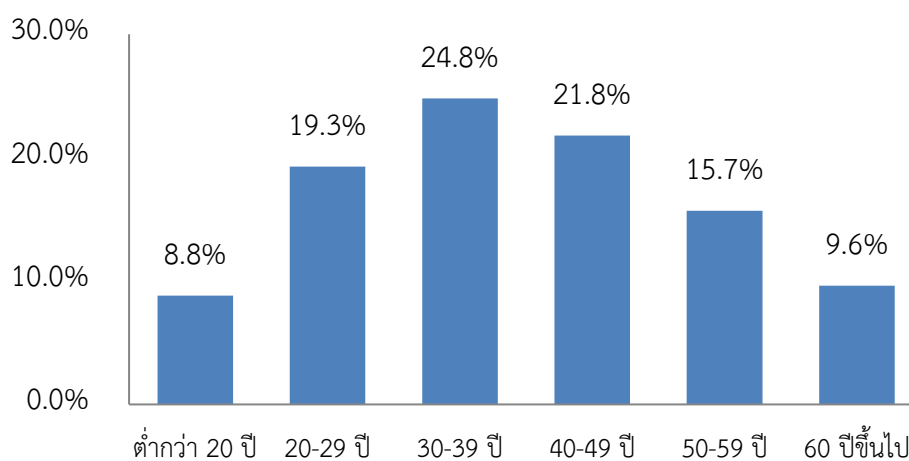
4.2 ปัจจัยนำที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ผลการสำรวจเพศของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 58.3 และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายคิดเป็นร้อยละ 41.7 ดังภาพที่ 4.3



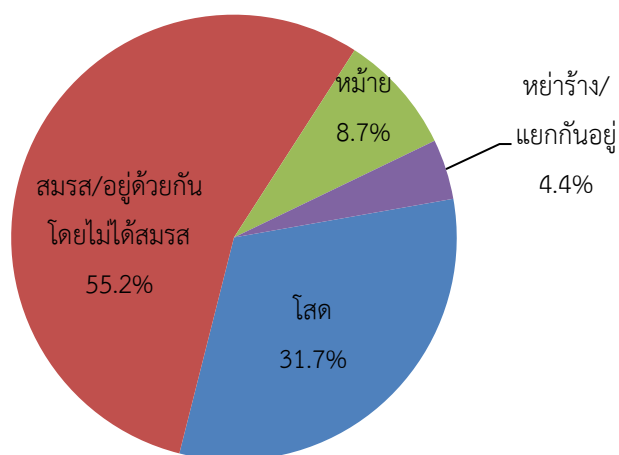
ภาพที่ 4.3 เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจอายุของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.8 รองลงมา คือ อายุ 40-49 ปี อายุ 20-29 ปี และอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.8 ร้อยละ 19.3 และร้อยละ 15.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้น ร้อยละ 9.6 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละ 8.8 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ดังภาพที่ 4.4



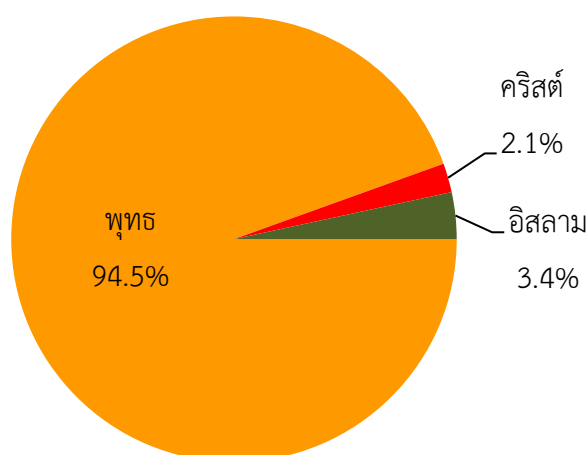
ภาพที่ 4.4 อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจสถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หรืออยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส คิดเป็นร้อยละ 55.2 รองลงมา คือ โสด คิดเป็นร้อยละ 31.7 สำหรับกลุ่มที่เหลือ นั้น ร้อยละ 8.7 เป็นหม้าย และร้อยละ 4.4 หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ดังภาพที่ 4.5



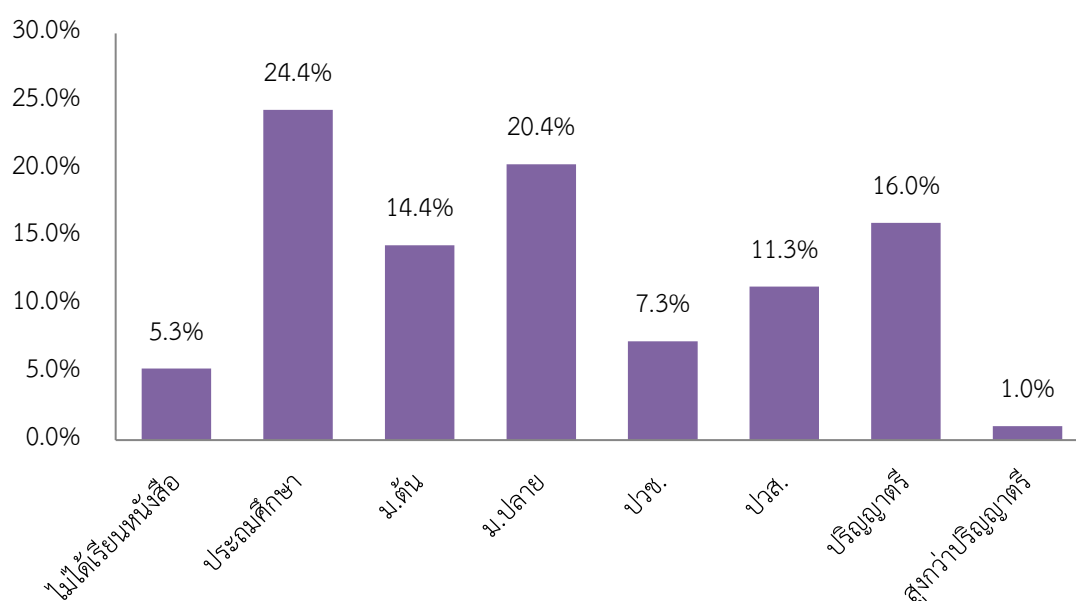
ภาพที่ 4.5 สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจศาสนาที่ผู้ตอบแบบสอบถามนับถือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.5 รองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 3.4 และร้อยละ 2.1 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4.6



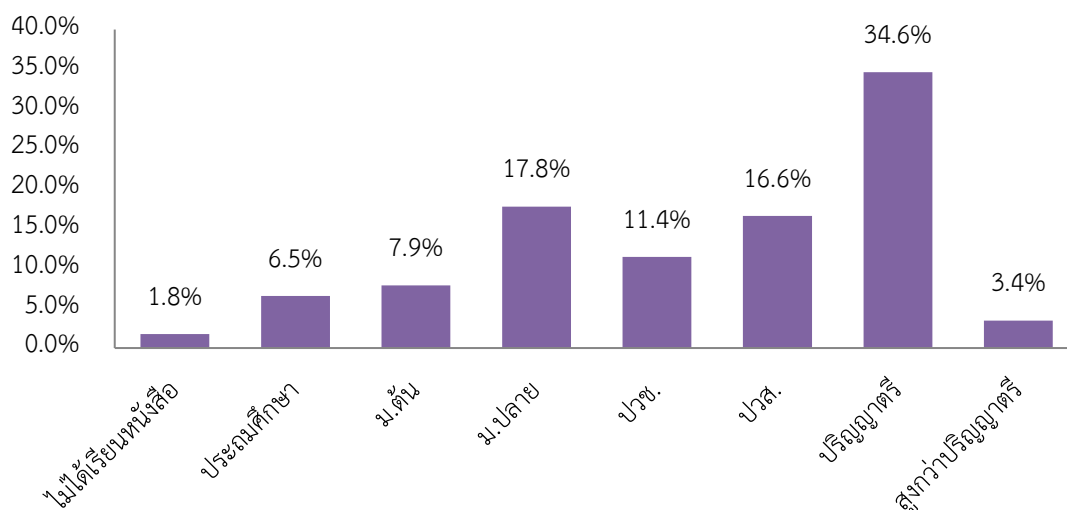
ภาพที่ 4.6 ศาสนาที่ผู้ตอบแบบสอบถามนับถือ

ผลการสำรวจระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 24.4 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรี มัธยมศึกษาตอนต้น และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) คิดเป็นร้อยละ 20.4 ร้อยละ 16.0 ร้อยละ 14.4 และร้อยละ 11.3 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ ร้อยละ 7.3 มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และร้อยละ 1.0 มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ดังภาพที่ 4.7



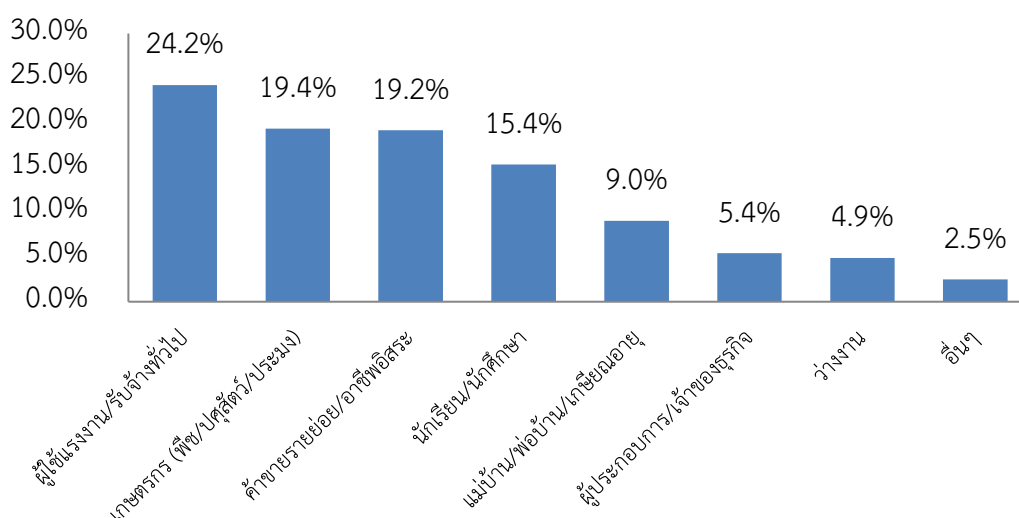
ภาพที่ 4.7 ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากผลการสำรวจระดับการศึกษาสูงสุดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 34.6 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) คิดเป็นร้อยละ 17.8 ร้อยละ 16.6 และร้อยละ 11.4 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4.8



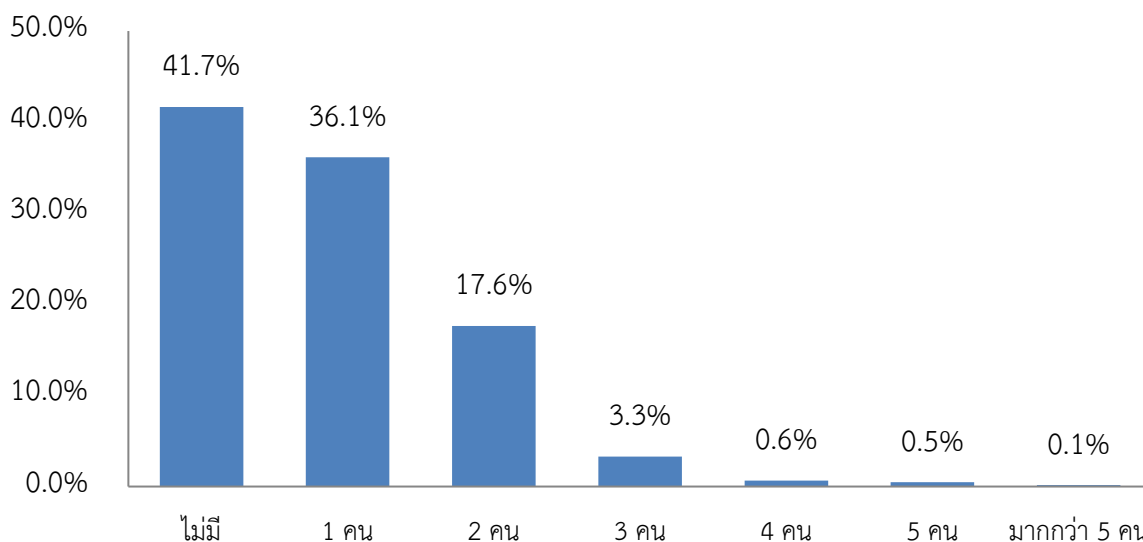
ภาพที่ 4.8 ระดับการศึกษาสูงสุดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจอาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ เกษตรกร ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ และนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 19.4 ร้อยละ 19.2 และร้อยละ 15.4 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้น ร้อยละ 9.0 เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณอายุ ร้อยละ 5.4 เป็นผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ ร้อยละ 4.9 ว่างาน และร้อยละ 2.5 มีอาชีพอื่นๆ ดังภาพที่ 4.9



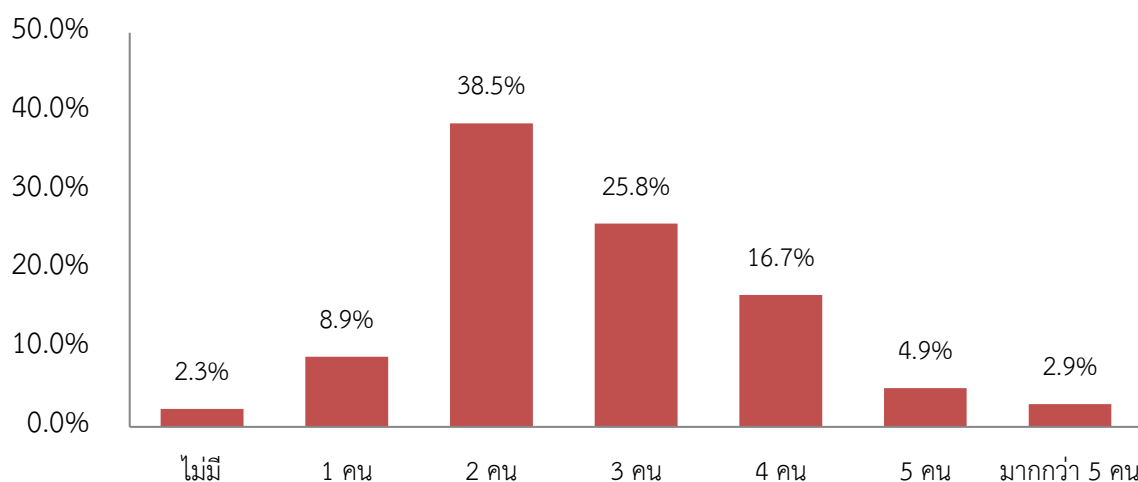
ภาพที่ 4.9 อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มเด็ก (อายุ 0-14 ปี) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กอาศัยอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กจำนวน 1 คน จำนวน 2 คน และจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1 และร้อยละ 17.6 และร้อยละ 3.3 ดังภาพที่ 4.10



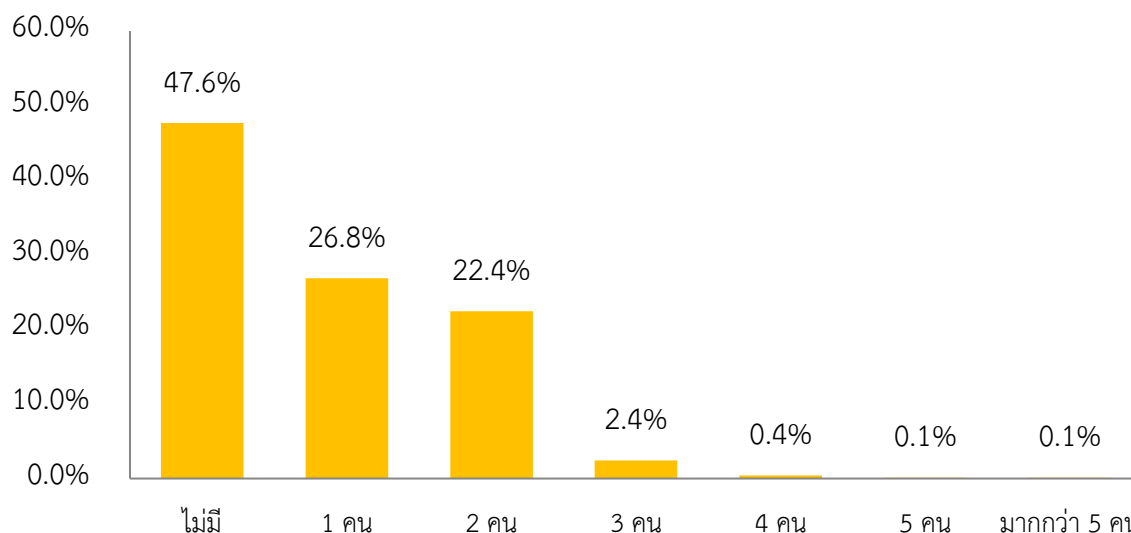
ภาพที่ 4.10 สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มเด็ก (อายุ 0-14 ปี)

ผลการสำรวจจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มวัยทำงานอาศัยอยู่ด้วยกันจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมา คือ มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนวัยทำงานจำนวน 3 คน และจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 และร้อยละ 16.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนวัยทำงานอาศัยอยู่ด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 2.3 ดังภาพที่ 4.11



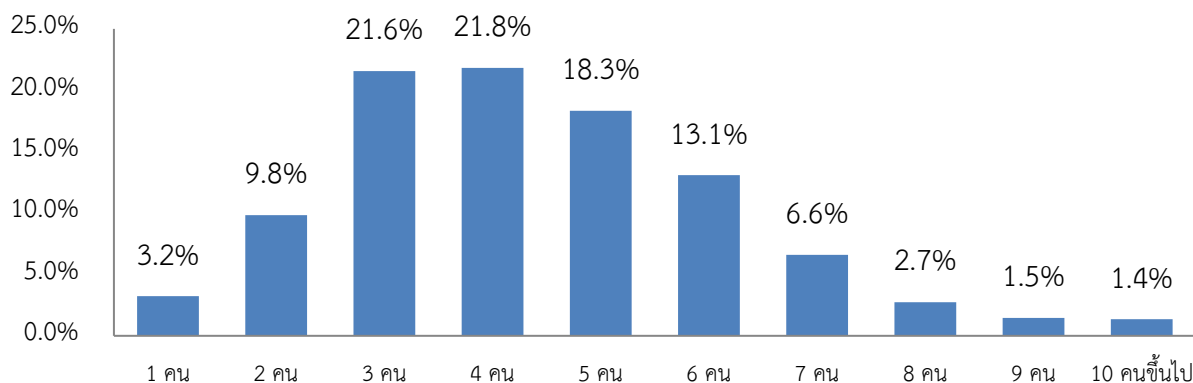
ภาพที่ 4.11 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี)

ผลการสำรวจจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมา คือ มีสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยจำนวน 1 คน และจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 และร้อยละ 22.4 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4.12



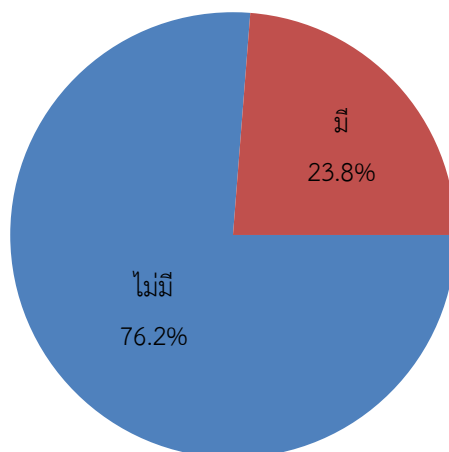
ภาพที่ 4.12 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

ผลการสำรวจจำนวนรวมของสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (รวมผู้ตอบแบบสอบถาม) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันรวมทั้งสิ้น 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8 รองลงมา คือ มีสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งสิ้น 3 คน 5 คน และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 ร้อยละ 18.3 และร้อยละ 13.1 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออื่น ร้อยละ 9.8 มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คน ร้อยละ 6.6 มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 7 คน ร้อยละ 3.2 มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 1 คน ร้อยละ 2.7 มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 8 คน ร้อยละ 1.5 มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 9 คน และร้อยละ 1.4 มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 10 คนขึ้นไป ดังภาพที่ 4.13



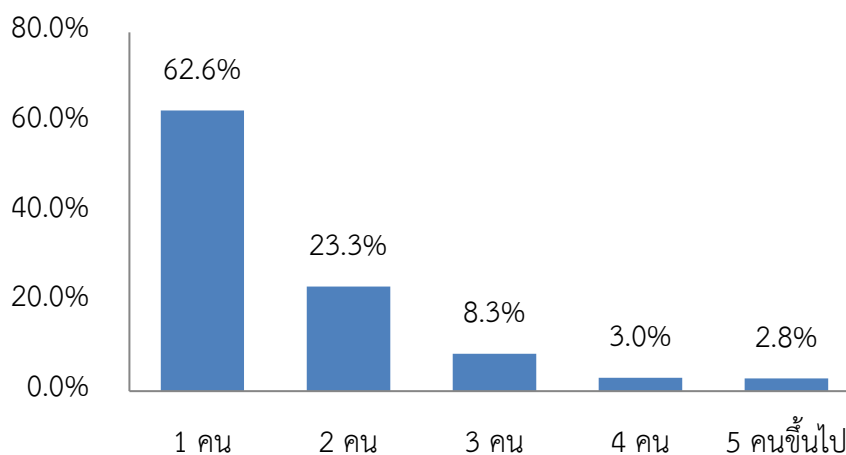
ภาพที่ 4.13 จำนวนรวมของสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน

ผลการสำรวจสมาชิกในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง คิดเป็นร้อยละ 76.2 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง คิดเป็นร้อยละ 23.8 ดังภาพที่ 4.14



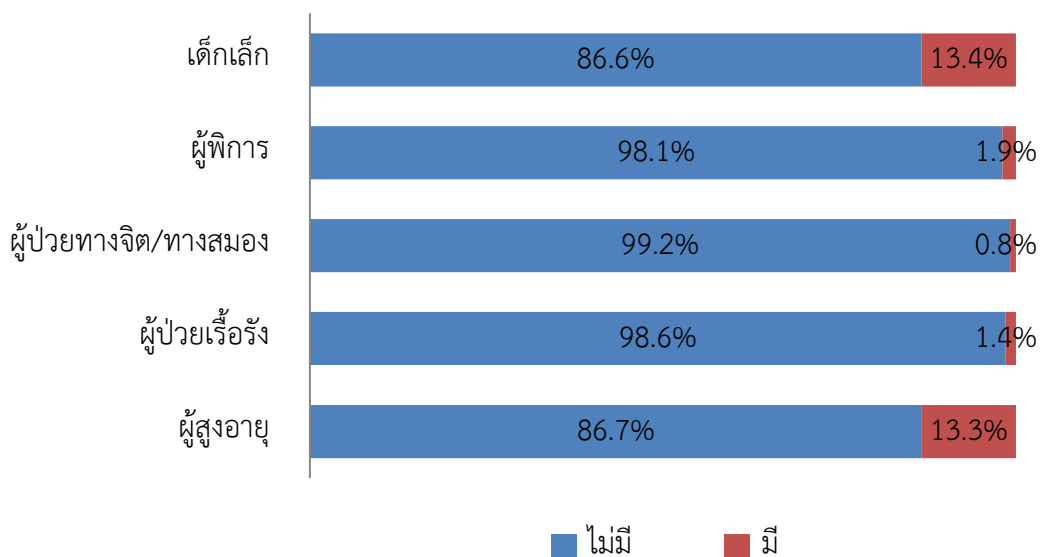
ภาพที่ 4.14 สมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงนั้น ผลการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 62.6 รองลงมา คือ มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้น ร้อยละ 8.3 มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจำนวน 3 คน ร้อยละ 3.5 มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจำนวน 4 คน และร้อยละ 2.8 มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจำนวน 5 คนขึ้นไป ดังภาพที่ 4.15



ภาพที่ 4.15 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้)

ผลการสำรวจสมาชิกในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กเล็กและผู้สูงอายุมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 13.4 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหลือมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 1.9 มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 1.4 และมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยทางจิต/สมอง คิดเป็นร้อยละ 0.8 ดังภาพที่ 4.16



ภาพที่ 4.16 ประเภทของสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้)

ผลการสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ดังตารางที่ 4.1 ผลการสำรวจมีดังนี้

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.88$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครอยู่ในระดับต่ำทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “เมื่อท่านเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพของท่านทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน” ($\bar{X} = 2.94$) “ท่านมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง) มากกว่าคนอื่นๆ ในวัยเดียวกัน” ($\bar{X} = 2.86$) และ “ท่านเจ็บป่วยบ่อยกว่าคนอื่นๆ ในวัยเดียวกัน” ($\bar{X} = 2.84$)

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรครอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.60$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรครอยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “ภาวะความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการทำงานและ/หรือการหารายได้ของท่าน” ($\bar{X} = 4.00$) “ภาวะความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน” ($\bar{X} = 3.95$) และ “เมื่อท่านเจ็บป่วย อาการของโรคค่อนข้างจะรุนแรงกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน” ($\bar{X} = 2.85$)

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรครอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.82$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรครอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ช่วยให้ภาวะความเจ็บป่วยของท่านลดลงหรือหายไปได้เร็วขึ้น” ($\bar{X} = 4.88$) “เมื่อท่านเจ็บป่วย แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สามารถช่วยให้ภาวะความเจ็บป่วยของท่านลดลงหรือหายไปได้” ($\bar{X} = 4.83$) และ “การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันเป็นวิธีการรักษาที่เห็นผลเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด” ($\bar{X} = 4.76$)

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรครอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรครอยู่ในระดับที่ต่างกัน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล เช่น ค่ายาที่เบิกไม่ได้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น” ($\bar{X} = 4.06$) “การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลาสำหรับท่าน” ($\bar{X} = 3.32$) และ “การเข้ารับการรักษาพยาบาลทำให้ท่านได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน” ($\bar{X} = 2.94$)

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

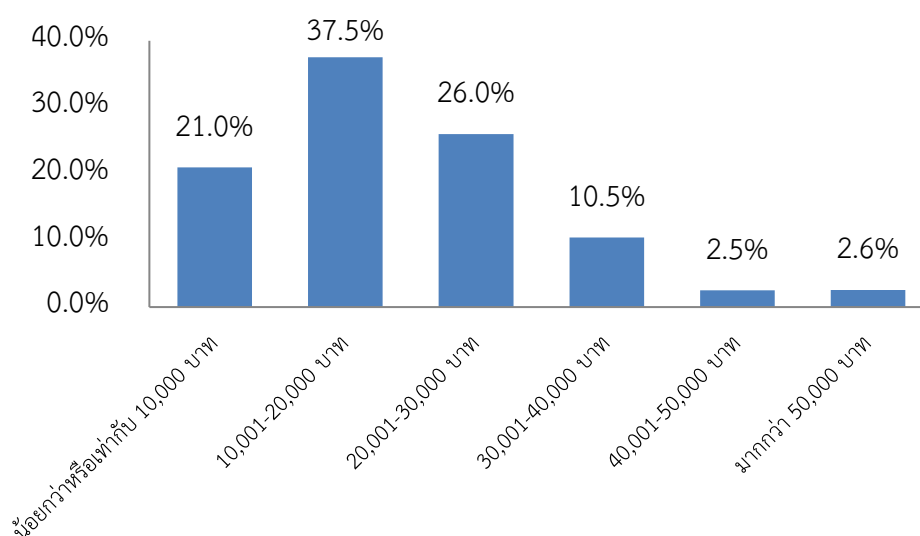
ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค							2.88	1.356	ต่ำ
1. ท่านเจ็บป่วยบ่อยกว่าคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน	352 (6.5%)	491 (9.1%)	748 (13.9%)	1019 (18.9%)	1951 (36.1%)	839 (15.5%)	2.84	1.431	ต่ำ
2. ท่านมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง) มากกว่าคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน	323 (6.0%)	655 (12.1%)	742 (13.7%)	747 (13.8%)	2063 (38.2%)	870 (16.1%)	2.86	1.472	ต่ำ
3. เมื่อท่านเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพของท่านทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน	281 (5.2%)	718 (13.3%)	953 (17.6%)	758 (14.0%)	1831 (33.9%)	859 (15.9%)	2.94	1.466	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค							3.60	1.225	ปานกลาง
1. เมื่อท่านเจ็บป่วย อาการของโรคค่อนข้างจะรุนแรงกว่าผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน	324 (6.0%)	533 (9.9%)	783 (14.5%)	872 (16.1%)	2139 (39.6%)	749 (13.9%)	2.85	1.417	ต่ำ
2. ภาวะความเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	623 (11.5%)	1796 (33.3%)	1163 (21.5%)	583 (10.8)	955 (17.7%)	280 (5.2%)	3.95	1.440	ปานกลาง
3. ภาวะความเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อการทำงานและ/หรือการหารายได้	724 (13.4%)	1750 (32.4%)	1203 (22.3%)	524 (9.7)	935 (17.3%)	264 (4.9%)	4.00	1.446	ปานกลาง

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค							4.82	1.042	สูง
1. เมื่อท่านเจ็บป่วย แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สามารถช่วยให้ภาวะความเจ็บป่วยของท่านลดลงหรือหายไปได้	1679 (31.1%)	2155 (39.9%)	902 (16.7%)	303 (5.6%)	329 (6.1%)	32 (0.6%)	4.83	1.147	สูง
2. การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันเป็นวิธีการรักษาที่เห็นผลเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด	1416 (26.2%)	2270 (42.0%)	1103 (20.4%)	272 (5.0%)	306 (5.7%)	33 (0.6%)	4.76	1.104	สูง
3. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ช่วยให้ภาวะความเจ็บป่วยของท่านลดลงหรือหายไปได้เร็วขึ้น	1735 (32.1%)	2192 (40.6%)	903 (16.7%)	243 (4.5%)	294 (5.4%)	33 (0.6%)	4.88	1.114	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค							3.44	1.139	ปานกลาง
1. การเข้ารับการรักษาพยาบาลทำให้ท่านได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน	279 (5.2%)	674 (12.5%)	845 (15.6%)	1064 (19.7%)	1728 (32.0%)	810 (15.0%)	2.94	1.427	ต่ำ
2. ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล เช่น ค่ายาที่เบิกไม่ได้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น	656 (12.1%)	1581 (29.3%)	1651 (30.6%)	676 (12.5%)	634 (11.7%)	202 (3.7%)	4.06	1.306	สูง
3. การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลาสำหรับท่าน	307 (5.7%)	947 (17.5%)	1253 (23.2%)	1145 (21.2%)	1171 (21.7%)	577 (10.7%)	3.32	1.409	ปานกลาง

- * คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง
- คะแนนเฉลี่ย 5.01-6.00 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงที่สุด

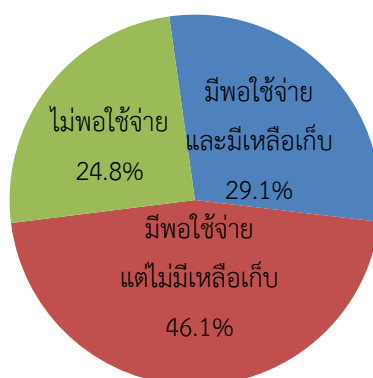
4.3 ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ผลการสำรวจรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ 10,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ 20,001 - 30,000 บาท น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และ 30,001 - 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.0 ร้อยละ 21.0 และร้อยละ 10.5 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนี้ ร้อยละ 2.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 50,000 บาท และร้อยละ 2.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 40,001 - 50,000 บาท ดังภาพที่ 4.17



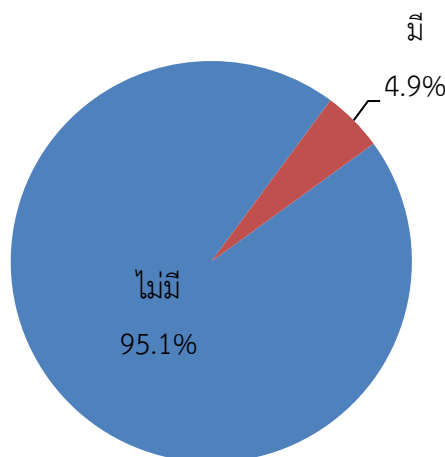
ภาพที่ 4. 17 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

ผลการสำรวจความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้จ่าย แต่ไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 46.1 รองลงมา คือ มีพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 29.1 และไม่พอใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 24.8 ดังภาพที่ 4.18



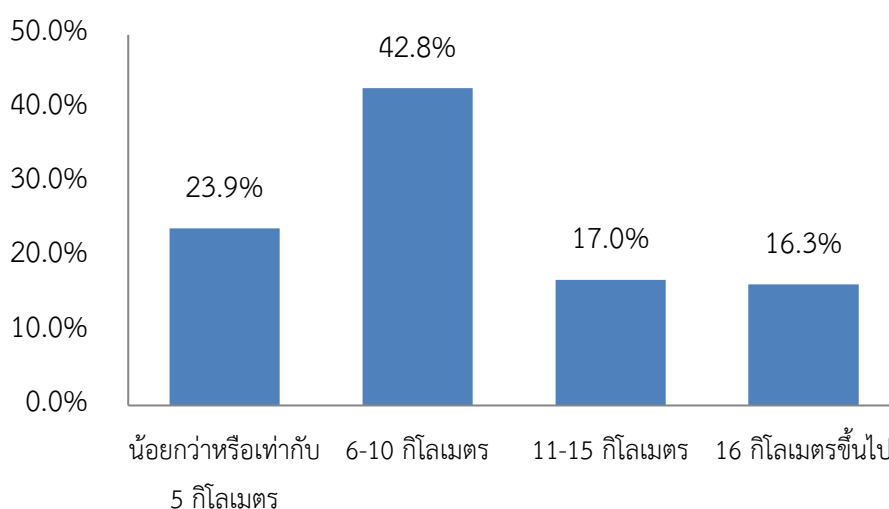
ภาพที่ 4.18 ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ผลการสำรวจสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ (นอกเหนือจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิบัตรทอง) ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 95.1 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4.9 ดังภาพที่ 4.19



ภาพที่ 4.19 สิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ
(นอกเหนือจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิบัตรทอง)

ผลการสำรวจระยะทางจากที่อยู่อาศัยของผู้ตอบแบบสอบถามถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำไว้ (เช่น สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และสถานพยาบาลของเอกชน) พบว่า ระยะทางจากที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำไว้ คือ 6-10 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมา คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลเมตร 23.9% 11-15 กิโลเมตร และ 16 กิโลเมตรขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23.9 ร้อยละ 17.0 และร้อยละ 16.3 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4.20



ภาพที่ 4.20 ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำไว้

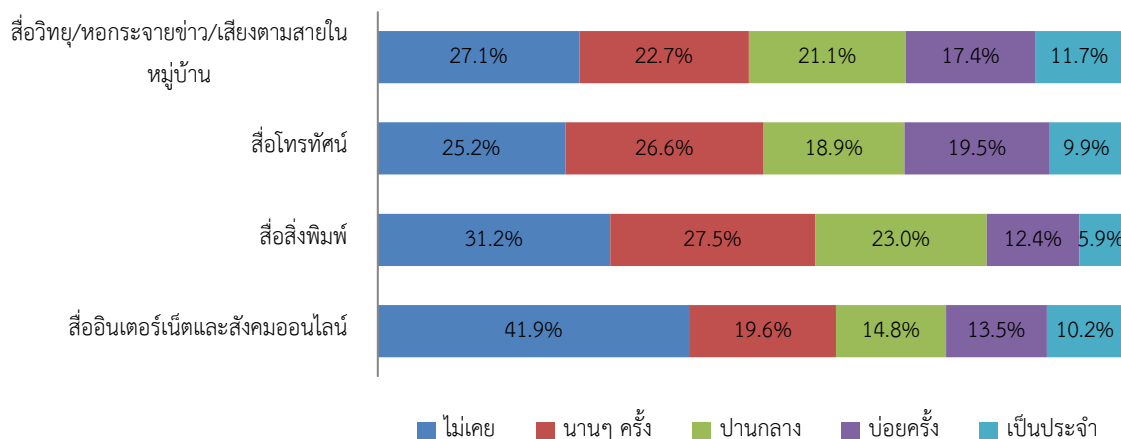
ผลการสำรวจการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อต่างๆ ดังภาพที่ 4.21 มีรายละเอียดดังนี้

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อวิทยุ/หอกระจายข่าว/เสียงตามสายในหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อวิทยุ/หอกระจายข่าว/เสียงตามสายในหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 27.1 รองลงมา คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อวิทยุ/หอกระจายข่าว/เสียงตามสายในหมู่บ้านนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 22.7 ได้รับข้อมูลข่าวสารปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 21.1 ได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 17.4 และได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 11.7

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อโทรทัศน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อโทรทัศน์นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 26.6 รองลงมา คือ ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 25.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้น ร้อยละ 19.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 18.9 ได้รับข้อมูลข่าวสารปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) และร้อยละ 9.9 ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์)

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ แผ่นพับ ป้ายประกาศ เป็นต้น) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 31.23 รองลงมา คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อสิ่งพิมพ์นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ได้รับข้อมูลข่าวสารปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) และได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 27.5 ร้อยละ 23.0 และร้อยละ 12.4 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้น ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 5.9

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์ (เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ เป็นต้น) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 19.6 ได้รับข้อมูลข่าวสารปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 14.8 ได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 13.5 และได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 10.2 ตามลำดับ



ภาพที่ 4.21 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากสื่อต่างๆ

ผลการสำรวจการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากสื่อบุคคล ดังภาพที่ 4.22 มีรายละเอียดดังนี้

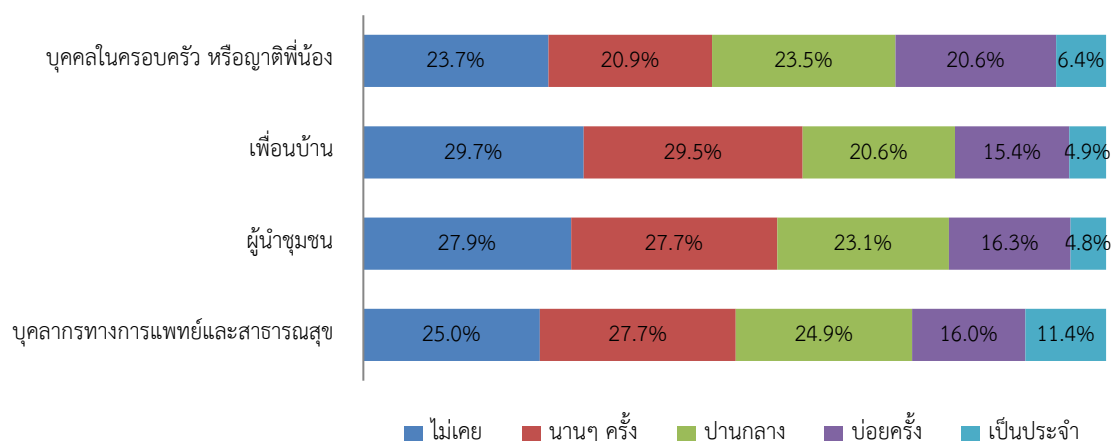
การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 23.7 รองลงมา คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 23.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 20.9 ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 20.6 และได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 11.4 ตามลำดับ

การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากเพื่อนบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 29.7 รองลงมา คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากเพื่อนบ้านนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) และได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 29.5 ร้อยละ 20.6 และร้อยละ 15.4 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้นได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากเพื่อนบ้านเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 4.8

การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากผู้นำชุมชน (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ราษฎรชาวบ้าน เป็นต้น) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 27.9 รองลงมา คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

จากผู้นำชุมชนนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) และได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 27.7 ร้อยละ 23.1 และร้อยละ 23.1 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้นได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากผู้นำชุมชนเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 4.9

การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 27.7 รองลงมา คือ ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 25.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) และได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 24.9 และ 16.0 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือนั้นได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 6.4

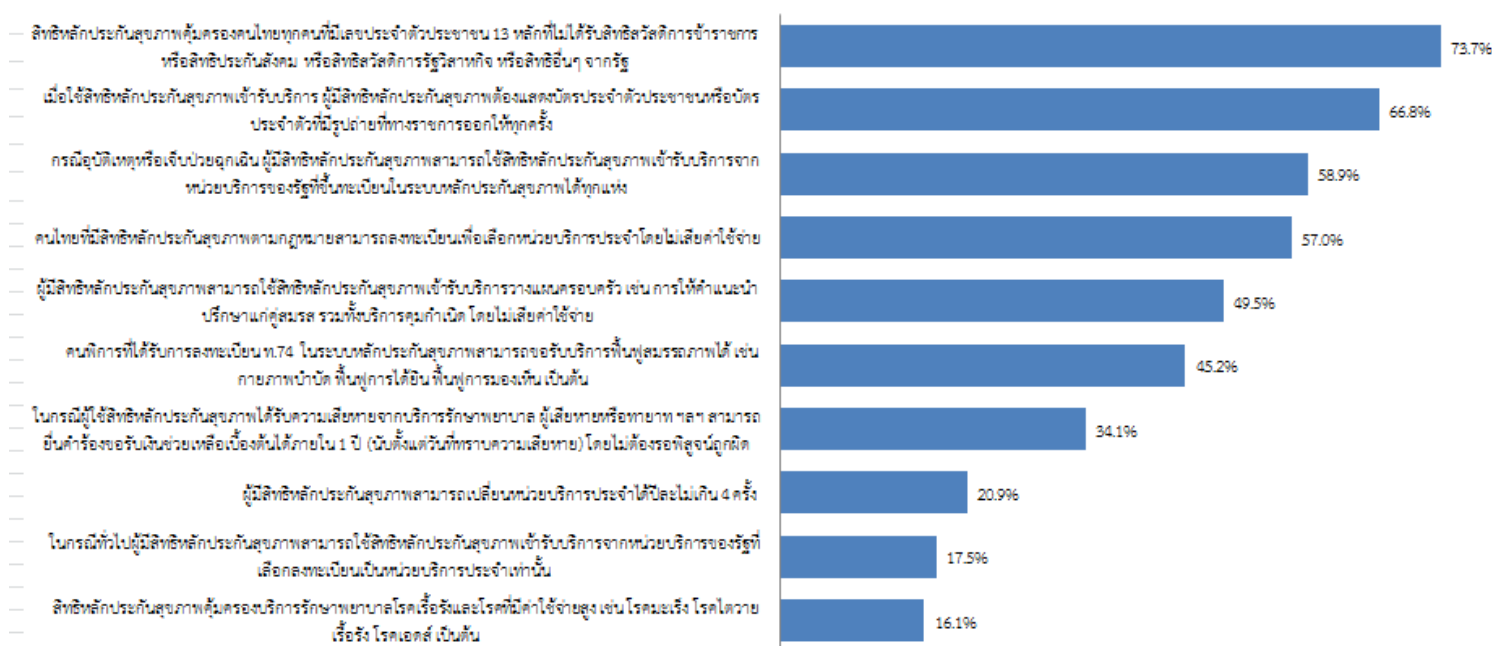


ภาพที่ 4.22 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากสื่อบุคคล

ผลการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ตอบแบบสอบถามโดยแยกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ “สิทธิหลักประกันสุขภาพคุ้มครองคนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิอื่นๆ จากรัฐ” และ “เมื่อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายที่ทางราชการออกให้ทุกครั้ง” คิดเป็นร้อยละ 73.7 และร้อยละ 66.8 ตามลำดับ รองลงมา คือ รับรู้ “กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการจากหน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนในระบบ

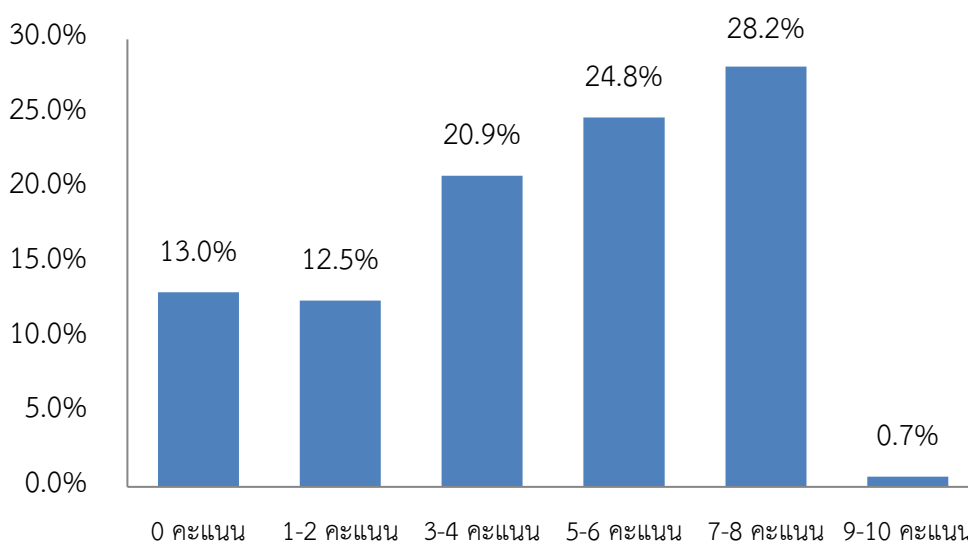
หลักประกันสุขภาพได้ทุกแห่ง” และ “คนไทยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายสามารถลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” คิดเป็นร้อยละ 58.9 และร้อยละ 57.0

สำหรับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้น้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ รับรู้ว่า “ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ปีละไม่เกิน 4 ครั้ง” คิดเป็นร้อยละ 20.9 รับรู้ว่า “ในกรณีทั่วไปผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการจากหน่วยบริการของรัฐที่เลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำเท่านั้น” คิดเป็นร้อยละ 17.5 และรับรู้ว่า “สิทธิหลักประกันสุขภาพคุ้มครองบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ เป็นต้น” คิดเป็นร้อยละ 16.1 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4.23



ภาพที่ 4.23 การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ตอบแบบสอบถาม แยกเป็นรายข้อ

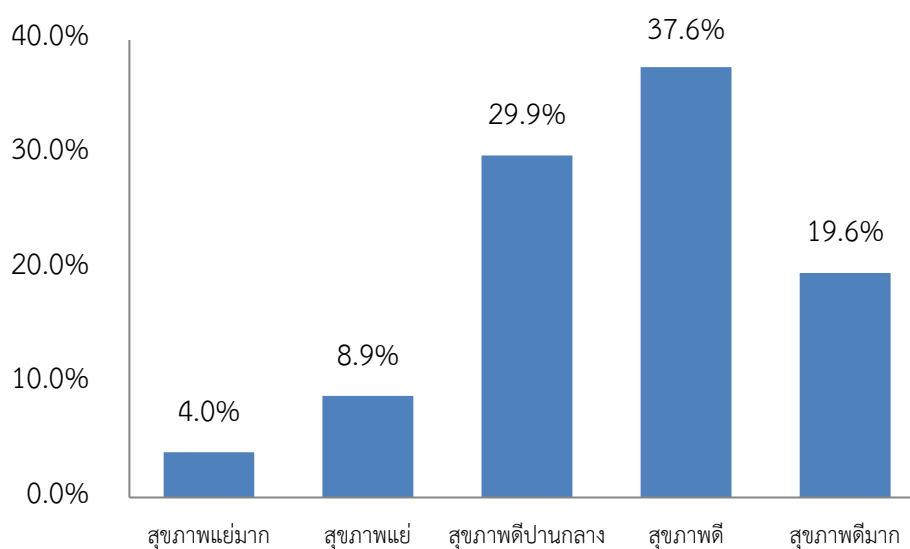
ผลการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ตอบแบบสอบถามเมื่อพิจารณาคะแนนรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับสูง (7-8 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 28.2 รองลงมา คือ การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับปานกลาง (5-6 คะแนน) และการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับต่ำ (3-4 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 24.8 และร้อยละ 20.9 ตามลำดับ ประเด็นที่น่าสังเกต คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวนถึงร้อยละ 13 ไม่มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลย ดังภาพที่ 4.24



ภาพที่ 4.24 ระดับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ตอบแบบสอบถาม

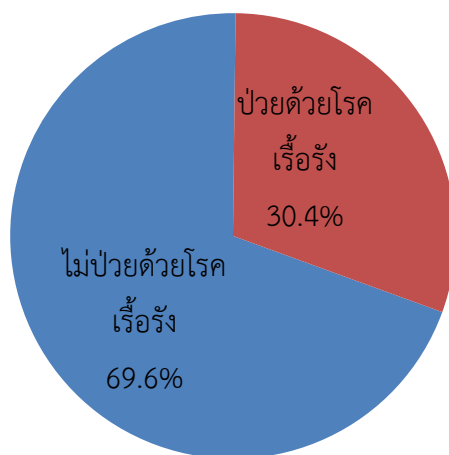
4.4 ปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ผลการสำรวจสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 37.6 รองลงมา คือ มีสุขภาพดีปานกลาง และสุขภาพดีมาก คิดเป็นร้อยละ 29.9 และร้อยละ 19.6 ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ 12.9 ที่มีสุขภาพแย่มากและมาก ดังภาพที่ 4.25



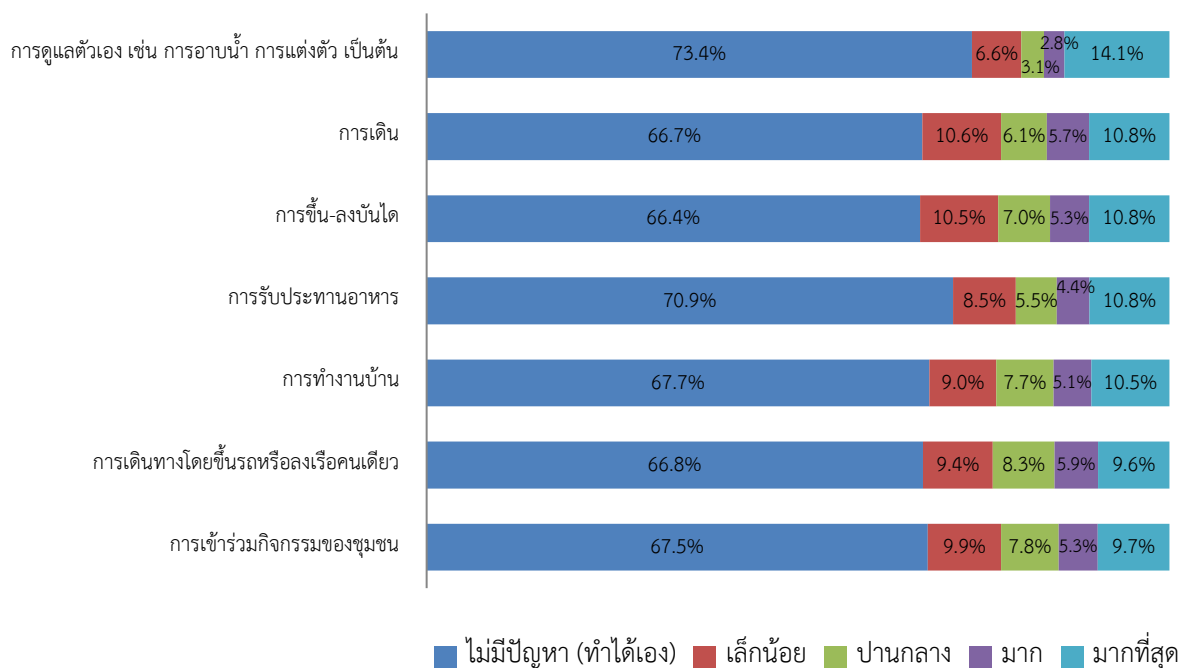
ภาพที่ 4.25 สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 69.6 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 30.4 ดังภาพที่ 4.26



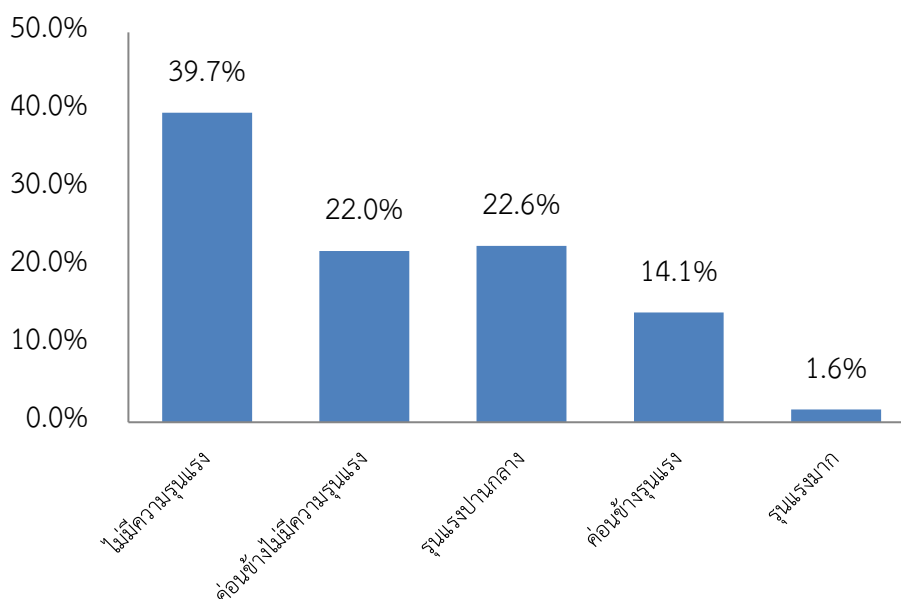
ภาพที่ 4.26 ความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆ (สามารถทำเองได้) โดยกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำเองได้คิดเป็นสัดส่วนมากที่สุด คือ การดูแลตัวเอง เช่น การอาบน้ำ และการแต่งตัว คิดเป็นร้อยละ 73.4 รองลงมา คือ การรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน คิดเป็นร้อยละ 70.9 ร้อยละ 67.7 และร้อยละ 67.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเฉพาะกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความลำบากเล็กน้อยถึงมีความลำบากมากที่สุด กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความลำบากเป็นสัดส่วนมากที่สุด คือ การขึ้น-ลงบันได คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมา คือ การเดิน และการเดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 33.3 และร้อยละ 33.2 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4.27



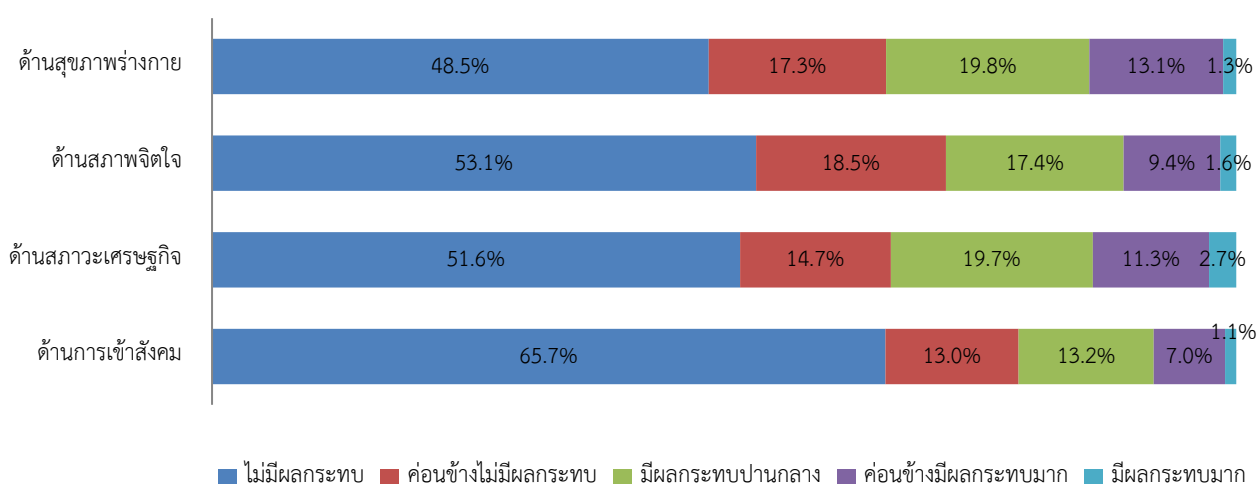
ภาพที่ 4.27 ความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า การเจ็บป่วยครั้งล่าสุดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 39.7 รองลงมา คือ มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดปานกลาง และค่อนข้างไม่มีความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 22.6 และร้อยละ 22.0 ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ 1.6 ของกลุ่มตัวอย่างที่การเจ็บป่วยครั้งล่าสุดมีความรุนแรงมาก ดังภาพที่ 4.28



ภาพที่ 4.28 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการสำรวจผลกระทบของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดต่อชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด ทั้งด้านการเข้าสังคม (ร้อยละ 65.7) ด้านสภาพจิตใจ (ร้อยละ 53.1) ด้านสถานะเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.6) และด้านสุขภาพร่างกาย (ร้อยละ 48.5) เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบปานกลางถึงผลกระทบมาก พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย (ร้อยละ 34.2) รองลงมา คือ ด้านสถานะเศรษฐกิจ (ร้อยละ 33.7) ด้านสภาพจิตใจ (ร้อยละ 28.4) และด้านการเข้าสังคม (ร้อยละ 21.3) ตามลำดับ ดังภาพที่ 4.29



ภาพที่ 4.29 ผลกระทบของการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดต่อชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม

4.5 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ผลการสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ ดังตารางที่ 4.2 มีรายละเอียดดังนี้

เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ การยอมรับคุณภาพของบริการ ($\bar{X} = 3.80$) รองลงมา คือ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ($\bar{X} = 3.79$) การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ($\bar{X} = 3.57$) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ($\bar{X} = 3.56$) และความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ($\bar{X} = 2.98$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.79$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “จำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์อื่นๆ มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ” ($\bar{X} = 4.03$) “จำนวนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์ และเจ้าหน้าที่การเงิน) มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ” ($\bar{X} = 3.86$) “อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมีความเหมาะสมและเพียงพอ” ($\bar{X} = 3.83$) “ระยะเวลาในการรอรับยามีความเหมาะสม” ($\bar{X} = 3.63$) และ “ระยะเวลาในการรอพบแพทย์เพื่อเข้ารับการตรวจรักษามีความเหมาะสม” ($\bar{X} = 3.62$)

ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวกในระดับสูง ($\bar{X} = 3.57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวกในระดับสูงทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลมีความเหมาะสม ง่ายและสะดวกในการเดินทางมารับบริการ” ($\bar{X} = 3.69$) “ท่านมียานพาหนะที่สะดวกในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (ไม่ว่าจะเป็นยานพาหนะส่วนตัวหรือยานพาหนะสาธารณะ เช่น รถประจำทาง รถรับจ้าง)” ($\bar{X} = 3.51$) และ “ท่านสามารถเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ไม่เสียเวลา” ($\bar{X} = 3.50$)

ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการในระดับสูง ($\bar{X} = 3.56$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ในระดับสูงเกือบทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “การเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ (วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 16.30-19.30 น. และวันหยุดราชการ เวลา 08.30-16.30 น.) สอดคล้องกับความต้องการของท่าน และทำให้ท่านได้รับความสะดวกมากขึ้น” ($\bar{X} = 3.88$) “สิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้สำหรับผู้รับบริการ (เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ ห้องอาหาร และสถานที่นั่งรอพบแพทย์) มีความเหมาะสม” ($\bar{X} = 3.71$) “อาคาร

สถานที่และบริเวณโดยรอบของโรงพยาบาลมีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และสะดวกในการให้บริการ” ($\bar{X} = 3.69$) และ “การนัดพบแพทย์และการเลื่อนนัดมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว” ($\bar{X} = 3.64$) สำหรับข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คือ “ขั้นตอนในการเข้ารับบริการ (เช่น การลงทะเบียน การซักประวัติ) ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน และไม่ทำให้ท่านเสียเวลา” ($\bar{X} = 2.88$)

ด้านความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการในระดับปานกลางทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “ค่ายานอกบัญชีหลัก (ที่เบิกไม่ได้) ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บมีความเหมาะสม” ($\bar{X} = 3.11$) “ในกรณีที่ท่านมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลัก (ที่เบิกไม่ได้) ท่านสามารถที่จะจ่ายค่ายานอกบัญชีหลักได้โดยไม่เดือดร้อน” ($\bar{X} = 3.04$) และ “ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไม่ได้เป็นภาระสำหรับท่าน” ($\bar{X} = 2.78$)

ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับคุณภาพของบริการในระดับสูง ($\bar{X} = 3.80$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับคุณภาพของบริการในระดับสูงทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ “แพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์อื่นๆ มีความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญในการตรวจรักษา” ($\bar{X} = 3.97$) “เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์ และเจ้าหน้าที่การเงิน) ให้บริการท่านด้วยความเต็มใจและกระตือรือร้น” และ “เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง” ($\bar{X} = 3.81$ เท่ากัน) และ “ท่านได้รับการเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นๆ” ($\bar{X} = 3.63$)

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเข้าถึง บริการสาธารณสุข
ความพึงพอใจของบริการที่มีอยู่						3.79	0.750	สูง
1. จำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์ อื่นๆ มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการ ของผู้รับบริการ	1830 (33.9%)	2256 (41.8%)	1013 (18.8%)	240 (4.4%)	61 (1.1%)	4.03	0.897	สูง
2. จำนวนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับ โทรศัพท์ และเจ้าหน้าที่การเงิน) มีความเหมาะสมและ เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ	1153 (21.4%)	2658 (49.2%)	1315 (24.4%)	230 (4.3%)	44 (0.8%)	3.86	0.825	สูง
3. อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมี ความเหมาะสมและเพียงพอ	1116 (20.7%)	2637 (48.8%)	1279 (23.7%)	327 (6.1%)	41 (0.8%)	3.83	0.851	สูง
4. ระยะเวลาในการรอพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา มีความเหมาะสม	884 (16.4%)	2317 (42.9%)	1565 (29.0%)	521 (9.6%)	113 (2.1%)	3.62	0.939	สูง
5. ระยะเวลาในการรอรับยามีความเหมาะสม	820 (15.2%)	2337 (43.3%)	1754 (32.5%)	400 (7.4%)	89 (1.6%)	3.63	0.886	สูง
การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก						3.57	0.808	สูง
1. สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลมีความเหมาะสม ง่ายและ สะดวกในการเดินทางมารับบริการ	1066 (19.7%)	2012 (37.3%)	1944 (36.0%)	353 (6.5%)	25 (0.5%)	3.69	0.875	สูง
2. ท่านสามารถเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลได้อย่าง รวดเร็ว ไม่เสียเวลา	818 (15.1%)	1708 (31.6%)	2278 (42.2%)	545 (10.1%)	51 (0.9%)	3.50	0.901	สูง

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเข้าถึง บริการสาธารณสุข
3. ท่านมียานพาหนะที่สะดวกในการเดินทางจากบ้านมา โรงพยาบาล (ไม่ว่าจะเป็นยานพาหนะส่วนตัวหรือ ยานพาหนะสาธารณะ เช่น รถประจำทาง รถรับจ้าง)	853 (15.8%)	1669 (30.9%)	2312 (42.8%)	525 (9.7%)	41 (0.8%)	3.51	0.898	สูง
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของ แหล่งบริการ						3.56	0.513	สูง
1. ขั้นตอนในการเข้ารับบริการ (เช่น การลงทะเบียน การซักประวัติ) ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน และไม่ทำให้ ท่านเสียเวลา	148 (2.7%)	1702 (31.5%)	1505 (27.9%)	1427 (26.4%)	618 (11.4%)	2.88	1.064	ปานกลาง
2. การนัดพบแพทย์และการเลื่อนนัดมีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว	679 (12.6%)	2530 (46.9%)	1832 (33.9%)	309 (5.7%)	50 (0.9%)	3.64	0.807	สูง
3. การเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ (วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 16.30-19.30 น. และวันหยุดราชการ เวลา 08.30-16.30 น.) สอดคล้องกับความต้องการของท่าน และทำให้ท่านได้รับความสะดวกมากขึ้น	1231 (22.8%)	2554 (47.3%)	1374 (25.4%)	198 (3.7%)	43 (0.8%)	3.88	0.828	สูง
4. สิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้สำหรับ ผู้รับบริการ (เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ ห้องอาหาร และ สถานที่นั่งรอพบแพทย์) มีความเหมาะสม	994 (18.4%)	2421 (44.8%)	1531 (28.4%)	314 (5.8%)	140 (2.6%)	3.71	0.921	สูง
5. อาคารสถานที่และบริเวณโดยรอบของโรงพยาบาลมี ความสะดวก เป็นระเบียบเรียบร้อย และสะดวกในการ ให้บริการ	922 (17.1%)	2391 (44.3%)	1653 (30.6%)	349 (6.5%)	85 (1.6%)	3.69	0.883	สูง

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเข้าถึง บริการสาธารณสุข
ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ						2.98	0.617	ปานกลาง
1. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไม่ได้ เป็นภาระสำหรับท่าน	225 (4.2%)	1013 (18.8%)	2131 (39.5%)	1398 (25.9%)	633 (11.7%)	2.78	1.016	ปานกลาง
2. ค่ายานอกบัญชีหลัก (ที่เบิกไม่ได้) ที่โรงพยาบาลเรียก เก็บมีความเหมาะสม	503 (9.3%)	1282 (23.7%)	2106 (39.0%)	1325 (24.5%)	184 (3.4%)	3.11	0.990	ปานกลาง
3. ในกรณีที่ท่านมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลัก (ที่เบิกไม่ได้) ท่านสามารถที่จะจ่ายค่ายานอกบัญชีหลัก ได้โดยไม่เดือดร้อน	612 (11.3%)	1062 (19.7%)	2001 (37.1%)	1383 (25.6%)	342 (6.3%)	3.04	1.076	ปานกลาง
การยอมรับคุณภาพของบริการ						3.80	0.710	สูง
1. แพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์อื่นๆ มี ความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญในการตรวจ รักษา	1301 (24.1%)	2789 (51.6%)	1152 (21.3%)	142 (2.6%)	16 (0.3%)	3.97	0.765	สูง
2. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์ และเจ้าหน้าที่การเงิน) ให้บริการท่านด้วยความเต็มใจ และกระตือรือร้น	1022 (18.9%)	2647 (49.0%)	1435 (26.6%)	265 (4.9%)	31 (0.6%)	3.81	0.816	สูง
3. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถใน การให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถามและให้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง	974 (18.0%)	2712 (50.2%)	1450 (26.9%)	236 (4.4%)	28 (0.5%)	3.81	0.796	สูง

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเข้าถึง บริการสาธารณสุข
4. ท่านได้รับบริการเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินค่ารักษา พยาบาลเองและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นๆ	834 (15.4%)	2484 (46.0%)	1507 (27.9%)	425 (7.9%)	150 (2.8%)	3.63	0.930	สูง

- * คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำที่สุด
 คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงที่สุด

ผลการสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในแต่ละด้านและภาพรวมจำแนกตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 13 เขต ดังตารางที่ 4.3 มีรายละเอียดดังนี้

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.58$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ ($\bar{X} = 3.80$) ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ($\bar{X} = 3.79$) ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ($\bar{X} = 3.57$) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ($\bar{X} = 3.56$) ยกเว้นด้านความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$)

เมื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในภาพรวมจำแนกตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับสูงเกือบทุกเขต โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ สงขลา ($\bar{X} = 3.86$) ระยอง ($\bar{X} = 3.75$) พิษณุโลก ($\bar{X} = 3.75$) นครสวรรค์ ($\bar{X} = 3.71$) ราชบุรี ($\bar{X} = 3.71$) อุตรธานี ($\bar{X} = 3.68$) ขอนแก่น ($\bar{X} = 3.63$) สุราษฎร์ธานี ($\bar{X} = 3.63$) เชียงใหม่ ($\bar{X} = 3.61$) และอุบลราชธานี ($\bar{X} = 3.55$) ยกเว้นนครราชสีมา ($\bar{X} = 3.29$) กรุงเทพมหานคร ($\bar{X} = 3.22$) สระบุรี ($\bar{X} = 3.21$) ที่การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.3 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในแต่ละด้านและภาพรวม จำแนกตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 13 เขต

เขตสุขภาพ	ความเพียงพอของ บริการที่มีอยู่		การเข้าถึงแหล่ง บริการได้อย่าง สะดวก		ความสะดวกและ สิ่งอำนวยความสะดวก ของแหล่ง บริการ		ความสามารถในการ ที่จะเสียค่าใช้จ่าย สำหรับบริการ		การยอมรับคุณภาพ ของบริการ		การเข้าถึงบริการ สาธารณสุขใน ภาพรวม	
	ค่าเฉลี่ย	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	ลำดับ
1. เชียงใหม่	3.90	สูง	3.20	ปานกลาง	3.74	สูง	2.93	ปานกลาง	3.89	สูง	3.61	9
2. พิษณุโลก	4.16	สูง	3.53	สูง	3.71	สูง	2.91	ปานกลาง	4.06	สูง	3.75	3
3. นครสวรรค์	4.21	สูงที่สุด	3.21	ปานกลาง	3.83	สูง	2.94	ปานกลาง	3.88	สูง	3.71	4
4. สระบุรี	3.58	สูง	2.93	ปานกลาง	3.32	ปานกลาง	2.54	ต่ำ	3.36	ต่ำ	3.21	13
5. ราชบุรี	3.85	สูง	3.71	สูง	3.70	สูง	3.17	ปานกลาง	3.94	สูง	3.71	5
6. ระยอง	3.94	สูง	3.95	สูง	3.65	สูง	3.15	ปานกลาง	3.96	สูง	3.75	2
7. ขอนแก่น	3.81	สูง	3.59	สูง	3.63	สูง	3.00	ปานกลาง	3.92	สูง	3.63	7
8. อุตรธานี	3.73	สูง	4.00	สูง	3.65	สูง	3.01	ปานกลาง	3.93	สูง	3.68	6
9. นครราชสีมา	3.42	สูง	3.45	สูง	3.30	ปานกลาง	2.73	ปานกลาง	3.41	สูง	3.29	11
10. อุบลราชธานี	3.77	สูง	3.68	สูง	3.42	สูง	3.08	ปานกลาง	3.71	สูง	3.55	10
11. สุราษฎร์ธานี	3.75	สูง	3.70	สูง	3.49	สูง	3.25	ปานกลาง	3.88	สูง	3.63	8
12. สงขลา	3.95	สูง	4.19	สูง	3.52	สูง	3.37	ปานกลาง	4.31	สูงที่สุด	3.86	1
13. กรุงเทพมหานคร	3.32	ปานกลาง	3.27	ปานกลาง	3.38	ปานกลาง	2.67	ปานกลาง	3.30	สูง	3.22	12
รวม	3.79	สูง	3.57	สูง	3.56	สูง	2.98	ปานกลาง	3.80	สูง	3.58	สูง

- * คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง
- คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงที่สุด

4.6 การวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีลักษณะทางสังคมประชากรแตกต่างกัน

ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีลักษณะทางสังคมประชากรแตกต่างกัน คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที (t-test) และสถิติเอฟ (F-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ขนาดของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันและนับถือศาสนาต่างกันมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยจำแนกตามลักษณะทางสังคมประชากร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	สถิติทดสอบ	p-value
เพศ				
ชาย	71.42	9.92	t = -1.155	0.248
หญิง	71.74	10.37		
อายุ				
ต่ำกว่า 20 ปี	73.82	10.44	F = 17.254	0.000*
20-29 ปี	70.22	10.46		
30-39 ปี	70.63	10.03		
40-49 ปี	72.14	9.39		
50-59 ปี	71.43	10.17		
60 ปีขึ้นไป	73.94	10.76		
สถานภาพสมรส				
โสด	70.52	11.30	F = 16.040	0.000*
สมรส/อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส	72.16	9.33		
หม้าย	73.06	9.91		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	69.54	11.55		
ศาสนา				
พุทธ	71.65	10.09	F = 1.110	0.330
คริสต์	71.04	9.04		

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	สถิติทดสอบ	p-value
อิสลาม	70.61	13.07		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	72.71	10.08	F = 16.280	0.000*
ประถมศึกษา	72.95	9.69		
มัธยมศึกษาตอนต้น	71.59	9.81		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	72.61	8.82		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	68.85	10.83		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	71.35	10.22		
ปริญญาตรี	69.72	11.67		
สูงกว่าปริญญาตรี	66.11	12.90		
อาชีพ				
นักเรียน/นักศึกษา	72.55	10.49	F = 8.354	0.000*
ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ	72.84	11.28		
ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ	70.79	10.28		
ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป	70.28	10.24		
เกษตรกร (พืช/ปศุสัตว์/ประมง)	72.62	9.17		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณอายุ	72.76	9.76		
ว่างงาน	71.28	9.71		
อื่นๆ	70.87	12.38		
ขนาดของครอบครัว				
1 คน	66.57	11.52	F = 29.577	0.000*
2 คน	68.59	11.73		
3 คน	70.33	9.68		
4 คน	71.93	10.11		
5 คน	73.14	9.51		
6 คน	74.01	9.68		
ตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป	72.16	9.72		
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่พอใช้จ่ายต่อเดือน	69.70	11.13	F = 65.627	0.000*
มีพอใช้จ่ายต่อเดือน แต่ไม่เหลือเก็บ	71.21	9.12		

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	สถิติทดสอบ	p-value
		เบี่ยงเบน มาตรฐาน		
มีพอใช้จ่ายต่อเดือน และมีเหลือเก็บ	73.87	10.53		

4.7 การวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการที่มีต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ในการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Regression) พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค (+) และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค (-) ปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ รายได้ของครอบครัว (-) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (+) และการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (+) ส่วนปัจจัยความต้องการที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (+) และความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ (-) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่เหลือ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การมีประกันสุขภาพ ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุข ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Standardized Regression Coefficient) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากที่สุด (Beta = 0.346) รองลงมา คือ การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค (Beta = -0.259) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค (Beta = 0.257) ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ (Beta = -0.155) การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Beta = 0.092) ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Beta = 0.076) และรายได้ของครอบครัว (Beta = -0.056) ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 18.4 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าอำนาจการทำนายของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	P-value	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	b	SE _b	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่ (Constant)	60.608	0.945		64.103	0.000		
ปัจจัยนำเข้า							
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.019	0.048	0.008	0.397	0.691	0.419	2.384
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.014	0.053	0.005	0.275	0.784	0.418	2.394
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค	0.839	0.046	0.257	18.282	0.000*	0.763	1.310
การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค	-0.771	0.043	-0.259	-17.867	0.000*	0.721	1.387
ปัจจัยสนับสนุน							
รายได้ของครอบครัว	-0.496	0.112	-0.056	-4.422	0.000*	0.935	1.070
การมีประกันสุขภาพ	-0.295	0.592	-0.006	-0.498	0.618	0.965	1.037
ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถาน	-0.155	0.128	-0.015	-1.218	0.223	0.967	1.034
บริการสาธารณสุข							
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ	0.413	0.019	0.346	22.157	0.000*	0.619	1.615
ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค							
การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วน	0.368	0.054	0.092	6.799	0.000*	0.830	1.205
หน้า							
ปัจจัยความต้องการ							
ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	0.003	0.007	0.006	0.456	0.649	0.814	1.228
ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	1.678	0.315	0.076	5.322	0.000*	0.746	1.340
ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ	-0.171	0.015	-0.155	-11.364	0.000*	0.811	1.233
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-0.009	0.006	-0.022	-1.598	0.110	0.781	1.281
R ²	= 0.186		F-test	= 94.650			
Adjusted R ²	= 0.184		P-value	= 0.000			

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง) ในภูมิภาคต่างๆ โดยแบ่งตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 13 เขต และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในบทนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย พร้อมทั้งพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 1-2 ครั้งต่อปี รองลงมา คือ 3-4 ครั้งต่อปี ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการรักษาโรคทั่วไปมากที่สุด รองลงมา คือ บริการฉุกเฉิน บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค บริการทันตกรรม และบริการรักษาโรคเรื้อรัง ตามลำดับ

ผลการสำรวจปัจจัยนำเข้าที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 30-39 ปี สมรสแล้วหรืออยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส และนับถือศาสนาพุทธ สำหรับระดับการศึกษานั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี ระดับการศึกษาสูงสุดของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป รองลงมา คือ เกษตรกร ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ และนักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันรวมทั้งสิ้น 4 คน และเกือบ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) โดยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจำนวน 1 คน และเป็นเด็กเล็กและผู้สูงอายุมากที่สุด ผลการสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับต่ำ รับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง รับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคในระดับสูง และรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคในระดับปานกลาง

ผลการสำรวจปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 10,001 - 20,000 บาท มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ (นอกจากสิทธิบัตรทอง) ระยะทางจากที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำไว้ คือ 6-10 กิโลเมตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อวิทยุ/หอกระจายข่าว/เสียงตาม

สายในหมู่บ้าน สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์ และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อโทรทัศน์นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ประเด็นที่น่าสนใจ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อต่างๆ เป็นประจําที่นึกเป็นสําคัญที่นําน้อยมาก สําหรับสื่อบุคคลนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและคําแนะนําเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน และได้รับข้อมูลข่าวสารและคําแนะนําเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารและคําแนะนําเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อบุคคลต่างๆ เป็นประจําที่นึกเป็นสําคัญที่นําน้อยมาก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับสูง (7-8 คะแนน) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน) โดยมีกลุ่มตัวอย่างจํานวนร้อยละ 13 ที่ไม่มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลย ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “สิทธิหลักประกันสุขภาพคุ้มครองคนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิอื่นๆ จากรัฐ” “เมื่อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายที่ทางราชการออกให้ทุกครั้ง” และ “กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการจากหน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพได้ทุกแห่ง” ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ “ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ปีละไม่เกิน 4 ครั้ง” “ในกรณีทั่วไปผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการจากหน่วยบริการของรัฐที่เลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำเท่านั้น” และ “สิทธิหลักประกันสุขภาพคุ้มครองบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ เป็นต้น”

ผลการสำรวจปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพดี รองลงมา คือ สุขภาพดีปานกลาง และสุขภาพดีมาก ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆ (สามารถทำได้) โดยกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำเองได้คิดเป็นสําคัญมากที่สุด คือ การดูแลตัวเอง เช่น การอาบน้ำ และการแต่งตัว กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้โดยลำบากเป็นสําคัญมากที่สุด คือ การขึ้น-ลงบันได รองลงมา คือ การเดิน และการเดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว ตามลำดับ การเจ็บป่วยครั้งล่าสุดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรุนแรง และส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด ไม่ว่าจะเป็นด้านการเข้าสังคม ด้านสภาพจิตใจ ด้านสภาวะเศรษฐกิจหรือด้านสุขภาพร่างกาย

ผลการสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ การยอมรับคุณภาพของบริการ รองลงมา คือ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ และความสามารถในการที่จะเสีย

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ตามลำดับ สำหรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เมื่อจำแนกตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 13 เขตนั้น พบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับสูงเกือบทุกเขต ยกเว้นเขต 9 นครราชสีมา เขต 13 กรุงเทพมหานคร และเขต 4 สระบุรี ที่ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับปานกลาง

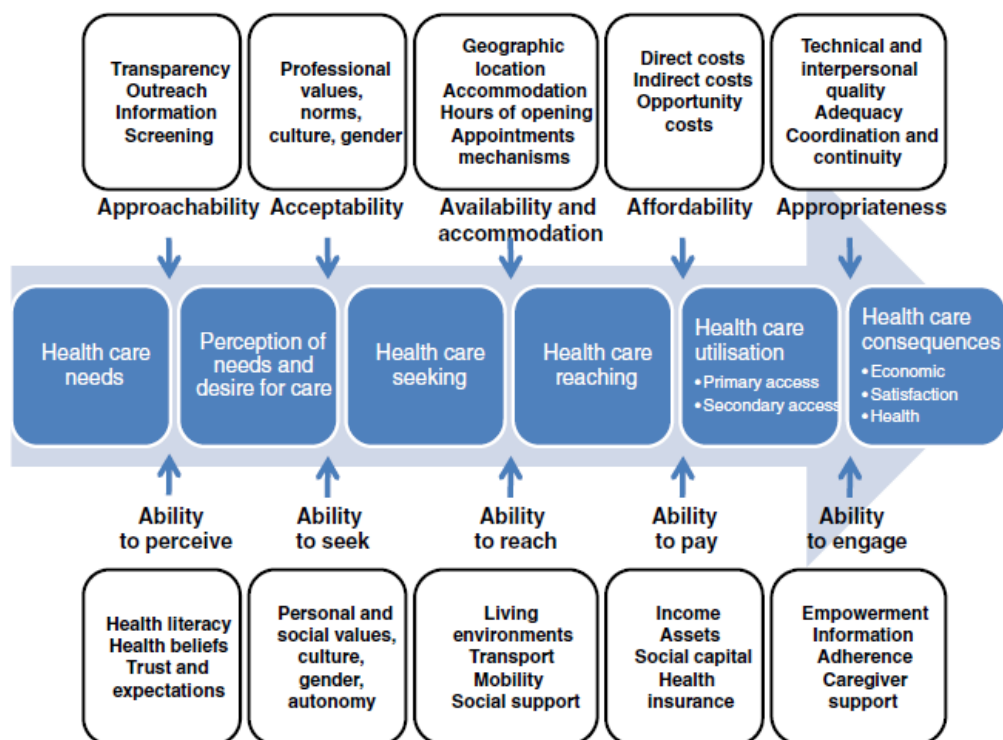
ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีลักษณะทางสังคมประชากรแตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ขนาดของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการที่มีต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากที่สุด รองลงมา คือ การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และรายได้ของครอบครัว ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 18.4

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

หากพิจารณาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในภาพรวมของทั้งประเทศเป็นรายด้านจะพบว่า ด้านที่ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการเข้าถึงน้อยที่สุด คือ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability) ซึ่งเป็นด้านเดียวที่การเข้าถึงอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอีก 4 ด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ซึ่งเมื่อนำมาเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่นำเสนอโดย Levesque และคณะ (2013) ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านอุปทาน (Supply-side Determinants) และปัจจัยด้านอุปสงค์ (Demand-side Determinants) ดังภาพที่ 5.1 แล้วจะพบว่า การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การแสวงหาบริการสาธารณสุข (Health Care Seeking) ซึ่งในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ก็คือ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก (Accessibility) และความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Health Care Reaching) ซึ่งในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ก็คือ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability) จนถึงการใช้บริการสาธารณสุข (Health Care Utilization) ซึ่งในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ก็คือ การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) โดยผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนไทยที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสามารถที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Ability to Reach) และความสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุข

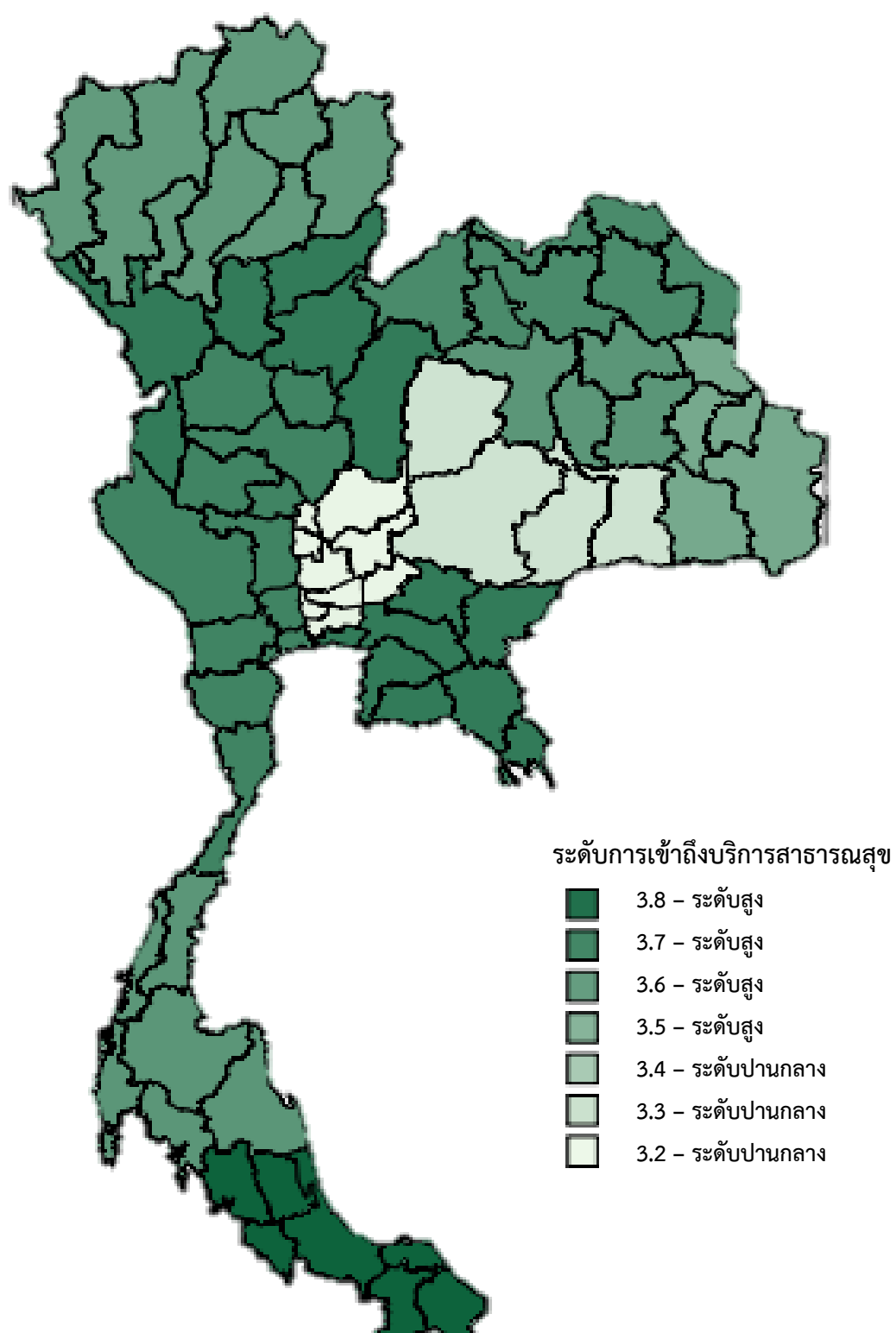
(Ability to Engage) ในขณะที่ยังขาดความสามารถที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุข (Ability to Pay)



ภาพที่ 5.1 กรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ที่มา: Levesque และคณะ (2013)

ผลการเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 13 เขต พบว่า มีพื้นที่ที่ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับสูงจำนวน 10 เขต ในขณะที่พื้นที่ที่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมีอยู่ 3 เขต ได้แก่ เขต 9 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ (ลำดับที่ 11) เขต 13 ซึ่งครอบคลุมเฉพาะจังหวัดกรุงเทพมหานคร (ลำดับที่ 12) และเขต 4 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดสระบุรี จังหวัดอยุธยา จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดนครนายก (ลำดับที่ 13) ดังภาพที่ 5.2



ภาพที่ 5.2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
จำแนกตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 13 เขต

เมื่อพิจารณาเฉพาะพื้นที่ที่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีอยู่ 3 เขต พบว่า พื้นที่ที่ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขน้อยที่สุด 2 อันดับสุดท้าย คือ เขต 13 กรุงเทพมหานคร และเขต 4 สระบุรี นั้นครอบคลุมจังหวัดที่อยู่ในภาคกลาง จากการสำรวจข้อมูลประชากรแฝง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) พบว่า ภาคกลางเป็นพื้นที่ที่มีประชากรแฝงมากที่สุด เนื่องจากภาคกลางเป็นศูนย์กลางทางอุตสาหกรรม ธุรกิจ และการค้า รวมทั้งเป็นศูนย์รวมของสถาบันการศึกษา ในปี พ.ศ. 2558 ภาคกลางมีประชากรแฝงที่อาศัยอยู่ประจำในจังหวัดหนึ่ง แต่ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดที่อาศัยอยู่นั้น (Non-registered Population) จำนวนถึง 3.47 ล้านคน โดยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานครมากที่สุด มีจำนวน 2.37 ล้านคน (ร้อยละ 33 ของประชากรแฝงที่อาศัยอยู่ประจำทั้งหมด) ส่วนประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานหรือเรียนหนังสือในจังหวัดที่ตนเองไม่ได้อาศัยอยู่ (Commuter Population) ก็อยู่ในภาคกลางมากที่สุดเช่นเดียวกัน มีจำนวน 8.83 แสนคน โดยจังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานและเรียนหนังสือมากที่สุด มีจำนวนทั้งสิ้น 6.27 แสนคน แบ่งออกเป็นประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานจำนวน 4.79 แสนคน (ร้อยละ 46.6 ของประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานทั้งหมด) และประชากรแฝงที่เข้ามาเรียนหนังสือจำนวน 1.48 แสนคน (ร้อยละ 58.6 ของประชากรแฝงที่เข้ามาเรียนหนังสือทั้งหมด) ซึ่งประชากรแฝงกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดปริมณฑลและจังหวัดใกล้เคียง เช่น ออยุธยา ปทุมธานี และสมุทรสงคราม ซึ่งใช้เวลาในการเดินทางเข้ามายังกรุงเทพมหานครไม่นานนักเนื่องจากการคมนาคมที่สะดวกมากขึ้น ประชากรแฝงที่เพิ่มมากขึ้นเหล่านี้ทำให้ประชากรเดิมที่อยู่ในพื้นที่ภาคกลางเข้าถึงการบริการจากภาครัฐได้น้อยลง เนื่องจากมีประชากรที่อาศัยอยู่มากกว่าที่รัฐจะสามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสาธารณสุขที่มีข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งจำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาล งบประมาณ บุคลากรทางการแพทย์ และระบบการให้บริการ ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 แล้วว่าในปัจจุบันประเทศไทยก็ยังคงมีปัญหาคอขวดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ ถึงแม้ว่าสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นหลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่เป็นรายด้าน พบว่า เขต 9 นครราชสีมา และเขต 13 กรุงเทพมหานครนั้นไม่มีด้านใดที่ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่เขต 4 สระบุรี มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำอยู่ 2 ด้าน คือ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability) และการยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) ส่วนด้านการพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) นั้น ประชาชนมีการเข้าถึงในระดับสูง และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก (Accessiblity) และด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ประชาชนมีการเข้าถึงในระดับปานกลาง ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้ง 3 ด้านดังกล่าวมีสถานการณ์ที่ดีก็คือ การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 4 สระบุรี ตระหนักถึงปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีความล่าช้าของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพหรือบัตรทองในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคกลางในเขต 4 โดยเฉพาะจังหวัดนนทบุรีและจังหวัดปทุมธานีที่มีจำนวนประชากรสิทธิบัตรทองหนาแน่น จำนวน 1.4 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 41.75 ของประชากร

สิทธิบัตรทองในเขต 4 จำนวนทั้งสิ้น 3.4 ล้านคน) จึงมีนโยบายในการส่งเสริมให้สถานบริการภาครัฐและเอกชนขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยได้ดำเนินการจัดให้มีการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเป็นประจำทุกปี ทั้งสถานบริการแห่งใหม่ที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการและสถานบริการที่เป็นหน่วยบริการอยู่แล้ว การดำเนินนโยบายดังกล่าวอย่างจริงจังและต่อเนื่องมีส่วนสำคัญที่ทำให้การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชากรสิทธิบัตรทองมีความพอเพียงมากขึ้น และทำให้ประชากรสิทธิบัตรทองสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขได้สะดวกยิ่งขึ้น (สำนักข่าว Hfocus, 2559)

สำหรับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้น พบว่า ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) และแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของ Pender และ Pender (1987) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาโรคมากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุขมากขึ้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคอยู่ในระดับสูงแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ว่าการรักษาโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และยาที่ได้รับการส่งจ่ายนั้นมีประสิทธิภาพสามารถควบคุมโรคหรือลดภาวะความเจ็บป่วย และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุข รวมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

ในทางตรงกันข้าม การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคมีอิทธิพลเชิงลบต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาโรคมากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุขน้อยลง อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ว่าอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้ารับบริการสาธารณสุข ได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บปวด การเสียเวลา และการเสียค่าใช้จ่ายนั้นเป็นเรื่องเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับคุณประโยชน์จากการให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าจะพบอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์บ้างก็ตาม

ปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลเชิงลบต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข กล่าวคือ บุคคลที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองน้อยกว่าบุคคลที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ภราดร ดังยางหวาย และคณะ (2548) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งการเข้าถึงบริการเป็น 1 ใน 4 ด้านของความเสมอภาคดังกล่าว อธิบายได้ว่า

ประชาชนที่มีรายได้ของครอบครัวสูงเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นๆ ที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็อาจจะมีทางเลือกเพิ่มขึ้นในการรับบริการสาธารณสุข เช่น การใช้บริการคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับคนที่มีรายได้เพียงพอที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเองได้

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคส่งผลในทางบวกต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุขมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2547) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อย 0.90 เท่า นอกจากนี้การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ส่งผลในทางบวกต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุขมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2547) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยรักษาเองโดยญาติพี่น้องและคลินิกแพทย์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สิทธิน้อย 0.87 และ 0.93 เท่า ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยความต้องการที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้น ได้แก่ ความยากลำบากจากสถานะสุขภาพ และภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยความยากลำบากจากสถานะสุขภาพมีอิทธิพลเชิงลบต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในขณะที่ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นจริง นั่นก็คือ เมื่อบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยมีความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ มากเท่าใดก็มีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้น้อยลงเท่านั้น โดยเฉพาะบุคคลที่มีความลำบากในการขึ้น-ลงบันได การเดิน และการเดินทางโดยลำพัง และเมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็มีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุขมากขึ้น เนื่องจากมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากมิติของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศมีการเข้าถึงน้อยที่สุด คือ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability) โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากที่อยู่อาศัยไปยังสถานบริการสาธารณสุขซึ่งประชาชนที่ใช้สิทธิบัตรทองเกือบร้อยละ 40 เห็นว่าเป็นภาระอย่างมาก ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขจึงควรกำหนดนโยบายหรือมาตรการเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางของประชาชนที่ใช้สิทธิบัตรทอง โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

แนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางของผู้ป่วย คือ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ หรืออุปกรณ์ดิจิทัลมาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพและการรักษาทางการแพทย์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก และรวดเร็ว แม้ผู้ป่วยกับแพทย์จะอยู่ห่างไกลกัน โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

(Health Professional-to-Patient) ทั้งในรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถโต้ตอบกันได้ทันที (Real Time Telemedicine Interactive or Synchronous) เช่น การประชุมทางไกล (Video-Conferencing) หรือรูปแบบของการตรวจสอบระยะไกลหรือการเฝ้าติดตามด้วยตนเอง (Remote Monitoring Telemedicine หรือ Self-Monitoring/Testing) โดยระบบการแพทย์ทางไกลประเภทนี้จะช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยสามารถตรวจสอบผู้ป่วยจากระยะทางไกลโดยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ จึงเหมาะสำหรับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคที่เฉพาะเจาะจง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เป็นต้น (สกลนันทน์ หุ่นเจริญ, ณมน จีรังสุวรรณ และปณิตา วรรณพิรุณ, 2557)

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ซึ่งได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ (เฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคและการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคณะผู้วิจัยได้พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังต่อไปนี้

1. ควรกำหนดมาตรการที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น โดยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ก็เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยลดการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคได้ เนื่องจากทำให้ความกังวลของผู้ป่วยในแง่ของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสาธารณสุขลดน้อยลง อีกทั้งควรมีการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่ใช้สิทธิบัตรทองที่ยังมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 20-39 ปี เป็นต้น

2. ควรเพิ่มการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชนตามแนวทางการให้การศึกษาแก่สาธารณะ (Public Information and Education) เนื่องจากการให้ข้อมูลข่าวสารมีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการสาธารณสุข ที่ผ่านมานั้นประเทศไทยรวมทั้งประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ เน้นการรักษาโรคมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งๆ ที่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพมากกว่าในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้นในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ประชาชน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, จิรบุรณ โตสงวน และหทัยชนก สุมาลี, 2553; สำนักข่าว Hfocus, 2560)

3. ควรเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับทราบและเข้าใจอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะเรื่องของสิทธิการรักษาพยาบาลและการใช้สิทธิใน

กรณีต่างๆ ซึ่งประชาชนที่ใช้สิทธิบัตรทองยังขาดความรู้ความเข้าใจ โดยการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ อย่างหลากหลาย ทั้งช่องทางการสื่อสารแบบดั้งเดิม (Traditional Communication Channels) เช่น หนังสือคู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ และสื่อมวลชนประเภทต่างๆ และช่องทางการสื่อสารสมัยใหม่ (Modern Communication Channels) ในรูปแบบของสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกระดับในปัจจุบัน (อภิรักษ์ พุกสวัสดิ์ และกุลทิพย์ ศาสตรระจุ, 2556) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยเสริมสื่อประชาสัมพันธ์แบบดั้งเดิมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

จากการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Research Method) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลระดับลึกมากขึ้น หรือข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่การศึกษาเชิงปริมาณไม่สามารถอธิบายได้ ผลการศึกษาดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและสาเหตุของความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยระดับบุคคล ดังนั้นเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์มากขึ้น การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยอื่นๆ ด้วย ยกตัวอย่างเช่น หากใช้กรอบแนวคิดของ Aday และ Andersen (1974) ก็อาจจะศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ นอกจากลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ เช่น นโยบายสาธารณสุข และลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ในความเป็นจริงนั้นการพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้นควรพิจารณาจากมุมมองหลายระดับ (Multilevel perspective) โดยควรพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ สถาบัน องค์กร และผู้ให้บริการ ร่วมกับปัจจัยระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับประชากร (Levesque et al., 2013) จึงจะสะท้อนถึงสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. 2552. 90 ปีการสาธารณสุขไทย เพื่อคนไทยสุขภาพดี (ออนไลน์). สืบค้นจาก http://www.med.cmu.ac.th/research/lanna-medstudies/doc/history/PublicHealth-Hist_90yrs.pdf [21 ตุลาคม 2558].
- _____. 2544. ระเบียบกระทรวงว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2544. นนทบุรี: ม.ป.พ..
- กฤตวรรณ สาทรัมย์. 2553. การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- กิตติพัฒน์ นนทปัทมกุล. 2550. สวัสดิการสังคมเพื่อคนด้อยโอกาส นโยบายว่าด้วยการกินดี อยู่ดี มีสุข มีสิทธิ. กรุงเทพฯ: เอดิชั่นเพรส โปรดักส์.
- คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์. 2555. สรุปเนื้อหารายวิชาของการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์.
- คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร. 2556. สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในการประกันสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3822> [12 กันยายน 2557]
- จันทิมา นวมะวัฒน์, ปราโมช วงสวัสดิ์ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. 2558. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เขตภาคเหนือตอนล่าง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 9 (1): 8-15.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิม พลตันสกุล. 2550. พฤติกรรมสุขภาพ = Health behavior. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์. 2556. กลไกอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ. 2556. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- ทศพร ศิริสัมพันธ์. 2549. แนวคิด ทฤษฎี และหลักการรัฐประศาสนศาสตร์ในการตรวจสอบถ่วงดุล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นพมลลี เตชาวิชร์นันท์. 2556. การวิเคราะห์ศักยภาพธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. 2554. มาตรฐานใหม่ของการจัดทำบริการสาธารณสุขระดับชาติในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- เบญญา ลวกไธสง. 2541. ความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปกรณัม ลัทธิโยนิน. 2558. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (ออนไลน์). สืบค้นจาก

<http://www.hu.ac.th/academic/article/Economic/pagonH.htm> [16 มีนาคม 2559].

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์.

ประยูร กาญจนดุล. 2538. คำบรรยายกฎหมายปกครอง. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราโมทย์ ตั้งเกียรติกำจาย. 2552. แนวทางการแก้ปัญหาความยากจน: เสรีนิยม ประชานิยม หรือรัฐสวัสดิการ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

พงศธร พอกเพิ่มดี. 2554. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 20 (3): 552-533.

พงษ์เทพ สันติกุล. 2549. จุดกำเนิดรัฐสวัสดิการในสยาม. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. 14 (1): 216-259.

พวงชมพู ประเสริฐ. 2561. “ระบบบริการสาธารณสุข” คนไทยเข้าถึงแต่ยังเหลื่อมล้ำ (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/338987> [18 กรกฎาคม 2562].

พิลลือ เขียวแก้ว. 2553. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ.

เพ็ญแข ลากยั้ง. 2554. เศรษฐศาสตร์บริการสุขภาพช่องปาก. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ไพโรจน์ ภัทรนรากุล และทัศนัย ชันตยาภรณ์. 2547. การปฏิรูปบทบาทภารกิจเพื่อการจัดการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ไพศาล พินทิสืบ, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และวราภรณ์ จันทรงค์. 2555. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมในสถานพยาบาล จังหวัดลำปาง (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ภราดร ดังยางหวาย, ดุษฎี आयวัฒน์ และสุเกสิณี สุภธีระ. 2548. ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัย มข. (บศ.). 5 (1): 158-171.

ภิญโญ ภาวนานันท์. 2552. เศรษฐศาสตร์เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขอย่างไร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล (จุลสาร).

มูลนิธิสถานบันอนาคตไทย. 2556. Background Paper: A Nation in Decline? (ออนไลน์). สืบค้นจาก http://www.thailandff.org/th/reports/nation_chapter3.2.php [16 มีนาคม 2559].

เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร. 2554. วิชาการสาธารณสุข (Public Health) (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://methavit-of-health-policy.blogspot.com/> [16 มีนาคม 2559].

เยาวรัตน์ รัตนปัญญากุล. 2550. ความคิดเห็นของประชาชนต่อการใช้บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค

และการให้บริการในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐ
ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ
มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณพงษ์ ดุรงคเวโรจน์. 2554. การปฏิรูปประเทศไทยเข้าสู่รัฐสวัสดิการ. สืบค้นจาก

<https://docs.google.com/file/d/0B0KdFG2GZWWqTWNFWHA0OnF3X3M/edit?pli=1>

[17 กันยายน 2557].

วรวิทย์ เจริญเลิศ. 2556. ประเทศไทยกับแนวคิดรัฐสวัสดิการ: ก้าวข้ามประชานิยม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

วิชาญ บุญคำ. 2557. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(บัตรทอง) ของโรงพยาบาลหัวเฉียว. วารสาร มฉก. วิชาการ. 18 (35): 75-92.

วิวัฒน์ ถาวรพัฒน์ และณัฐธิดา คำผล. 2553. แนวคิดเศรษฐศาสตร์พื้นฐานในเศรษฐศาสตร์ด้านยา
วารสารวิชาการสาธารณสุข. 19 (4): 655-665.

วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สมหญิง สายธนู และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2546. รายงานการวิจัยเรื่องบทบาทและการ
ปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ
(พ.ศ. 2539 - 2544). กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ โตสงวน และหทัยชนก สุมาลี. 2553. รายงานวิจัยเรื่องบทบาทขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ และข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สกลนันท์ หุ่นเจริญ, ฌมณ จีรังสุวรรณ และปณิดา วรรณพิรุณ. 2557. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล
เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ. วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม พระจอมเกล้าพระนคร
เหนือ. 5 (2): 191-198.

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. 2554. สิทธิในการรักษาพยาบาล: ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
ทางด้านสาธารณสุข (ออนไลน์). สืบค้นจาก
http://www.senate.go.th/lawdatacenter/includes/ECkeditor/upload/Image/b/IN37_jul_8_3.pdf [16 มีนาคม 2559].

สมชาย สุขศิริเสรีกุล. 2551. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

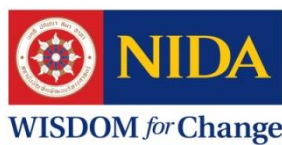
สมภพ บุญนาคศักดิ์. 2555. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพของ
บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และพินทุสร เหมพิสุทธิ. 2556. ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบ
หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2556. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักข่าว Hfocus. 2559. สปสช. เขต 4 สละบุรีตรวจมาตรฐานคลินิกเอกชนในระบบบัตรทอง (ออนไลน์). สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2016/09/12649> [28 มิถุนายน 2560].
- สำนักข่าว Hfocus. 2560. เทรนด์งานส่งเสริมสุขภาพ คน สธ. ต้องเป็น Facilitator ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (ออนไลน์). สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2017/04/13708> [28 มิถุนายน 2560].
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2552. ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=14> [12 กันยายน 2557].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2559. สรุปผลที่สำคัญประชากรแฝงในประเทศไทย พ.ศ. 2558 (ออนไลน์). สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/article_attach/18399/20297.pdf [28 มิถุนายน 2560].
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557. คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี. 2556. การประเมินการรับรู้เรื่องสิทธิและความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2556. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557 สถิติและรายงาน (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/index.aspx> [12 กันยายน 2557].
- สุกัญญา ตันธนวัฒน์ และคณะ. 2552. เศรษฐศาสตร์ทั่วไป (EC103). กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุหฤต โอสรประสพ. 2550. ประเทศไทยกับความยั่งยืนของการคุ้มครองสุขภาพอย่างถ้วนหน้า (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.worldbank.org/th/news/feature/2012/08/20/thailand-sustaining-health-protection-for-all> [21 ตุลาคม 2558].
- สุภาพร แสงอ่วม, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ภูติท เตชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร และกันยารัตน์ คอวนิช. 2558. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. *เชียงใหม่ทันตสาร*. 36 (1): 53-61.
- สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์. 2546. การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อติญาณ ศรีเกษตริน, เพ็ญศรี ทองเพชร, สมหมาย คชนาม, อัจริยา วัชรวิวัฒน์, งามนิตย์ รัตนานุกูล,

- จรัสพงษ์ สุขกรี และสมศักดิ์ ขอบตรง. 2547. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อภิชาติ พุกสวัสดิ์ และกุลทิพย์ ศาสตระรุจิ. 2556. การประชาสัมพันธ์ภายใต้กระแสสื่อสังคมออนไลน์. **วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา.** 6 (2): 24-38.
- อัจฉราพรรณ จรัสวัฒน์. 2551. **การบริหารบริการสาธารณะ (Public Service Administration)** (ออนไลน์). สืบค้นจาก http://www.aj-thaicriminologist.com/document/KM/87_km.pdf [16 มีนาคม 2559].
- อัมมาร สยามวาลา, อนุ เน้นหนา และนิพัฏฐ พิรวช. 2555. **ระบบหลักประกันสุขภาพไทย: บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีการประกันสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Aday, L. A. & Andersen, R. 1974. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Service Research.** 9 (3): 208-220.
- Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday A. A., Chiu, Y. G., & Bell, R. 1995. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? **J Health Soc Behav.** 36 (1): 1-10.
- Andersen, R. M. & McCutcheon, A. 1983. Exploring Dimensions of Access to Medical Care. **Health Services Research.** 18 (1): 49-73.
- Antos, J. R. 2007. **Health Care Financing in Thailand: Modeling and Sustainability.** Mission Report to the World Bank. Washington, DC: Peterson Center on Healthcare, American Enterprise Institute.
- Best, J. W. 1977. **Research in Education.** Eaglewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B., Simpson, G., Cohen, R. A., & Parsons, P. E. 1997. Access to Health Care Part 2: Working-age Adults. **Vital and Health Statistics.** 197 (10): 1-55.
- Cohen, R. A., Bloom, B., Simpson, G., & Parsons, P. E. 1997. Access to Health Care Part 3: Older Adults. **Vital and Health Statistics.** 198 (10): 1-39.
- Goddard, M. & Smith, P. 2001. Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence from the UK. **Social Science & Medicine.** 53: 1149-1162.
- Levesque, J., Harris, M. F., & Russell, G. 2013. Patient-centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Population. **International Journal for Equity in Health.** 12 (18): 1-9.
- MacKinney, A. C., Coburn, A. F., Lundblad, J. P., McBride, T. D., Mueller, K. J., & Watson, S. D. 2014. **Access to Rural Health Care – A Literature Review and New Synthesis.** Iowa City, IA: Rural Policy Research Institute.

- Penchansky, R. & Thomas J. W. 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care**. 19 (2): 40-127.
- Pender, N. J. & Pender, A. R. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. Norwalk, Conn: Appleton & Lange.
- Rosenstock, I. 1974. Historical Origins of the Health Belief Model. **Health Education & Behavior**. 2 (4): 328-335.
- Schneider, H., McIntyre, D., Birch, S., & Eyles, J. 2012. **Researching Equity in Access to Health Care (REACH)**. Johannesburg: University of the Witwatersrand.
- Shrestha, J. 2010. **Evaluation of Access to Primary Healthcare: A Case Study of Yogyakarta, Indonesia**. Master Thesis in Geo-Information Science and Earth Observation, University of Twente.
- Simpson, G., Bloom, B., Cohen, R. A., & Parsons, P. E. 1997. Access to Health Care Part 1: Children. **Vital and Health Statistics**. 10 (196): 1-46.
- Yingtaweesak, T., Yoshida, Y., Hemhongsak, P., Hamajima, N., & Chaiyakae, S. 2013. Accessibility to Health Care Services in Thasongyang, Tak Province, Thailand. **Nagoya Journal of Medical Science**. 75 (3-4): 243-250.

ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม



สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

118 ถนนเสรีไทย แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร 10240

โทรศัพท์ 0-2727-3024 โทรสาร 0-2374-8972

เว็บไซต์ <http://rc.nida.ac.th/th/>

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลโครงการวิจัย เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทย: กรณีศึกษาผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (สิทธิ 30 บาท หรือ สิทธิบัตรทอง) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ตอนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ตอนที่ 4 ปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ตอนที่ 5 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

คณะผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำไปประมวลผลในภาพรวมเพื่อรวบรวมเป็นเอกสารทางวิชาการเท่านั้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

อาจารย์ ดร.ปณิดา จันท์สุกรี

หัวหน้าโครงการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ท่านเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นจำนวนกี่ครั้งต่อปี

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. 1-2 ครั้งต่อปี | ☐ 2. 3-4 ครั้งต่อปี |
| ☐ 3. 5-6 ครั้งต่อปี | ☐ 4. 7-8 ครั้งต่อปี |
| ☐ 5. 9-10 ครั้งต่อปี | ☐ 6. 11-12 ครั้งต่อปี |
| ☐ 7. มากกว่า 12 ครั้งต่อปี | |

2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้ารับบริการสาธารณสุขประเภทใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค
- ☐ 2. บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม เป็นต้น
- ☐ 3. บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษาแก่คู่สมรส การคุมกำเนิด
- ☐ 4. บริการฝากครรภ์และคลอดบุตร
- ☐ 5. บริการรักษาโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย เป็นต้น
- ☐ 6. บริการรักษาโรคเรื้อรัง/โรคเฉพาะทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ไตวายเรื้อรัง เอชไอวี ฆ่าตัดต่อกระดูก ฆ่าตัดหัวใจ เป็นต้น
- ☐ 7. บริการฉุกเฉิน เช่น การเจ็บป่วยแบบกะทันหัน การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นต้น
- ☐ 8. บริการทันตกรรม เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมพลาสติก เป็นต้น
- ☐ 9. บริการสุขภาพจิต
- ☐ 10. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น กายภาพบำบัด การฟื้นฟูการได้ยิน การฟื้นฟูการมองเห็น เป็นต้น

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. เพศ

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 1. ชาย | ☐ 2. หญิง |
|------------------------------|-------------------------------|

2. อายุ

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ 1. ต่ำกว่า 20 ปี | ☐ 2. 20-29 ปี |
| ☐ 3. 30-39 ปี | ☐ 4. 40-49 ปี |
| ☐ 5. 50-59 ปี | ☐ 6. 60 ปีขึ้นไป |

3. สถานภาพสมรส

- ☐ 1. โสด
 ☐ 2. สมรส/อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส
- ☐ 3. หม้าย
 ☐ 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ศาสนาที่ท่านนับถือ

- ☐ 1. พุทธ
 ☐ 2. คริสต์
- ☐ 3. อิสลาม
 ☐ 4. อื่นๆ โปรดระบุ _____

5. ระดับการศึกษาของท่าน

- ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
 ☐ 2. ประถมศึกษา
- ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ 5. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
 ☐ 6. ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส.)
- ☐ 7.ปริญญาตรี
 ☐ 8. สูงกว่าปริญญาตรี

6. ระดับการศึกษาสูงสุดของสมาชิกในครอบครัว

- ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
 ☐ 2. ประถมศึกษา
- ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ 5. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
 ☐ 6. ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส.)
- ☐ 7. ปริญญาตรี
 ☐ 8. สูงกว่าปริญญาตรี

7. อาชีพของท่าน

- ☐ 1. นักเรียน/นักศึกษา
 ☐ 2. ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ (มีการจ้างลูกจ้าง)
- ☐ 3. ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ
 ☐ 4. ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป
- ☐ 5. เกษตรกร (พืช/ปศุสัตว์/ประมง)
 ☐ 6. แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณอายุ
- ☐ 7. ว่างงาน
 ☐ 8. อื่นๆ โปรดระบุ _____

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (รวมผู้ตอบแบบสอบถาม) (หากไม่มี โปรดระบุเลข “0”)

1. กลุ่มเด็ก (อายุ 0-14 ปี) จำนวน _____ คน
2. กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) จำนวน _____ คน
3. กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน _____ คน
- จำนวนทั้งสิ้น _____ คน

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) (หากไม่มี โปรดระบุเลข “0”)

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี จำนวนทั้งสิ้น _____ คน

☐ 2.1 เด็กเล็ก จำนวน _____ คน

☐ 2.2 ผู้พิการ จำนวน _____ คน

☐ 2.3 ผู้ป่วยทางจิต/ทางสมอง จำนวน _____ คน

☐ 2.4 ผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน _____ คน

☐ 2.5 ผู้สูงอายุ จำนวน _____ คน

10. ความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค						
1. ท่านเจ็บป่วยบ่อยกว่าคนอื่นๆ ในวัยเดียวกัน						
2. ท่านมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง) มากกว่าคนอื่นๆ ในวัยเดียวกัน	-					
3. เมื่อท่านเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพของท่านทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน						
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
4. เมื่อท่านเจ็บป่วย อาการของโรคค่อนข้างจะรุนแรงกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน						
5. ภาวะความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน						
6. ภาวะความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการทำงานและ/หรือการหารายได้ของท่าน						
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค						
7. เมื่อท่านเจ็บป่วย แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สามารถช่วยให้ภาวะความเจ็บป่วยของท่านลดลงหรือหายไปได้						
8. การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันเป็นวิธีการรักษาที่เห็นผลเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
9. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ช่วยให้ภาวะความเจ็บป่วยของท่านลดลงหรือหายไปได้เร็วขึ้น						
การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค						
10. การเข้ารับการรักษาพยาบาลทำให้ท่านได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน						
11. ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล เช่น ค่ายาที่เบิกไม่ได้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น						
12. การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลาสำหรับท่าน						

ตอนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ครัวเรือนของท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด

- ☐ 1. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ☐ 2. 10,001 - 20,000 บาท
☐ 3. 20,001 - 30,000 บาท ☐ 4. 30,001 - 40,000 บาท
☐ 5. 40,001 - 50,000 บาท ☐ 6. มากกว่า 50,000 บาท

2. รายได้ในครัวเรือนของท่านเพียงพอต่อการใช้จ่ายหรือไม่

- ☐ 1. มีพอใช้จ่ายต่อเดือน และมีเหลือเก็บ
☐ 2. มีพอใช้จ่ายต่อเดือน แต่ไม่เหลือเก็บ
☐ 3. ไม่พอใช้จ่ายต่อเดือน

3. ท่านมีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ (นอกเหนือจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิบัตรทอง) เช่น ประกันสุขภาพเอกชน หรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี โปรดระบุ _____

4. จากบ้านของท่านถึงโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่ท่านลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำไว้ (เช่น สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และสถานพยาบาลของเอกชน) เป็นระยะทางประมาณกี่กิโลเมตร

- ☐ 1. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลเมตร ☐ 2. 6-10 กิโลเมตร
☐ 3. 11-15 กิโลเมตร ☐ 4. 16 กิโลเมตรขึ้นไป

5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านสื่อต่างๆ ต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อความ	ระดับความถี่				
	เป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปานกลาง (3-4 ครั้ง/ สัปดาห์)	นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ สัปดาห์)	ไม่เคย
1. สื่อวิทยุ/หออกระจายข่าว/เสียงตามสายในหมู่บ้าน					
2. สื่อโทรทัศน์					
3. สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ แผ่นพับ ป้ายประกาศ เป็นต้น)					
4. สื่ออินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์ (เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ เป็นต้น)					

6. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากบุคคลต่างๆ ต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อความ	ระดับความถี่				
	เป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปานกลาง (3-4 ครั้ง/ สัปดาห์)	นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ สัปดาห์)	ไม่เคย
1. บุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง					
2. เพื่อนบ้าน					
3. ผู้นำชุมชน (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น)					
4. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น)					

7. การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. สิทธิหลักประกันสุขภาพคุ้มครองคนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิอื่นๆ จากรัฐ			
2. คนไทยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายสามารถลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย			
3. ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง			
4. ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพทุกคนสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการจากหน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพได้ทุกแห่ง			
5. กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการจากหน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพได้ทุกแห่ง			
6. เมื่อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายที่ทางราชการออกให้ทุกครั้ง			
7. ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการวางแผนครอบครัว เช่น การให้คำแนะนำปรึกษาแก่คู่สมรส รวมทั้งบริการคุมกำเนิด โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย			
8. สิทธิหลักประกันสุขภาพไม่ได้คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ เป็นต้น			
9. คนพิการที่ได้รับการลงทะเบียน ท.74 ในระบบหลักประกันสุขภาพสามารถขอรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ เช่น กายภาพบำบัด ฟื้นฟูการได้ยิน ฟื้นฟูการมองเห็น เป็นต้น			
10. ในกรณีผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท ฯลฯ สามารถยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ภายใน 1 ปี (นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย) โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ถูกผิด			

ตอนที่ 4 ปัจจัยความต้องการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหรือเขียน ○ รอบตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในปัจจุบันอยู่ในระดับใด



2. ท่านมีความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง (โรคที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป) หรือไม่

☐ 1. ไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

☐ 2. ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 2.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด

☐ 2.2 โรคความดันโลหิตสูง

☐ 2.3 โรคเบาหวาน

☐ 2.4 โรคหลอดเลือดสมอง

☐ 2.5 โรคต่อมไทรอยด์

☐ 2.6 โรคกระดูกและข้อ

☐ 2.7 โรคไต

☐ 2.8 โรคกล้ามเนื้อ

☐ 2.9 โรคภูมิแพ้

☐ 2.10 โรคเมะเร็ง

☐ 2.11 โรคระบบทางเดินอาหาร

☐ 2.12 โรคระบบทางเดินหายใจ

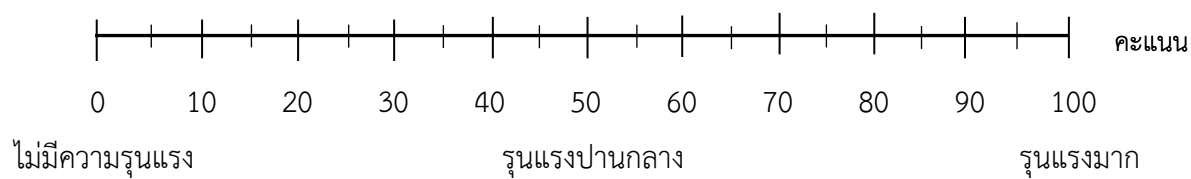
☐ 2.13 โรคระบบประสาท

☐ 2.14 อื่นๆ โปรดระบุ _____

3. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากมากน้อยเพียงใดในการทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้

กิจกรรมในชีวิตประจำวัน	ระดับความยากลำบาก				
	ไม่มีปัญหา (ทำเองได้)	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด (ทำไม่ได้)
1. การดูแลตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น					
2. การเดิน					
3. การขึ้น-ลงบันได					
4. การรับประทานอาหาร					
5. การทำงานบ้าน					
6. การเดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว					
7. การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การทำบุญ งานประเพณีต่างๆ เป็นต้น					

4. การเจ็บป่วยของท่านในครั้งล่าสุดมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด



5. การเจ็บป่วยของท่านในครั้งล่าสุดมีผลกระทบต่อชีวิตของท่านในด้านต่างๆ มากน้อยเพียงใด

5.1 ด้านสุขภาพร่างกาย (เช่น ความทรุดโทรมของร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น)



5.2 ด้านสภาพจิตใจ (เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น)



5.3 ด้านสภาวะเศรษฐกิจ (เช่น ค่าใช้จ่าย การหารายได้ เป็นต้น)



5.4 ด้านการเข้าสังคม (เช่น การคบหาสมาคมกับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เป็นต้น)



6. ท่านต้องพักรักษาตัวจากการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดเป็นระยะเวลา _____ วัน

(จำนวนวันที่พักรักษาตัว หมายถึง วันที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและวันที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านโดยไม่สามารถทำงาน เรียนหนังสือ หรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ)

ตอนที่ 5 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การเพียงพอของบริการที่มีอยู่					
1. จำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์อื่นๆ มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ					
2. จำนวนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์ และเจ้าหน้าที่การเงิน) มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ					
3. อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมีความเหมาะสมและเพียงพอ					
4. ระยะเวลาในการรอพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาที่มีความเหมาะสม	-				
5. ระยะเวลาในการรอรับยาที่มีความเหมาะสม					
การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก					
6. สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลมีความเหมาะสม ง่ายและสะดวกในการเดินทางมารับบริการ					
7. ท่านสามารถเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ไม่เสียเวลา					
8. ท่านมียานพาหนะที่สะดวกในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (ไม่ว่าจะเป็นยานพาหนะส่วนตัวหรือยานพาหนะสาธารณะ เช่น รถประจำทาง รถรับจ้าง)					
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ					
9. ขั้นตอนในการเข้ารับบริการ (เช่น การลงทะเบียน การซักประวัติ) มีความยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้ท่านเสียเวลา					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. การนัดพบแพทย์และการเลื่อนนัดมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว					
11. การเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ (วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 16.30- 19.30 น. และวันหยุดราชการ เวลา 08.30-16.30 น.) สอดคล้อง กับความต้องการของท่านและทำให้ท่านได้รับความสะดวกมากขึ้น					
12. สิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้สำหรับ ผู้รับบริการ (เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ ห้องอาหาร และสถานที่นั่ง รอพบแพทย์) มีความเหมาะสม					
13. อาคารสถานที่และบริเวณโดยรอบของโรงพยาบาลมีความ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และสะดวกในการให้บริการ					
ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ					
14. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเป็นภาระ อย่างมากสำหรับท่าน					
15. ค่ายานอกบัญชีหลัก (ที่เบิกไม่ได้) ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บมี ความเหมาะสม					
16. ในกรณีที่ท่านมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลัก (ที่เบิก ไม่ได้) ท่านสามารถจ่ายยานอกบัญชีหลักได้โดยไม่เดือดร้อน					
การยอมรับคุณภาพของบริการ					
17. แพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์อื่นๆ มีความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญในการตรวจรักษา					
18. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์ และ เจ้าหน้าที่การเงิน) ให้บริการท่านด้วยความเต็มใจและ กระตือรือร้น					
19. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการให้ บริการ เช่น สามารถตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ ได้อย่างถูกต้อง					
20. ท่านได้รับบริการเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล เองและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นๆ					