

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค  
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี



นายนราพงศ์ ธีระจักรวิภาส

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2718-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CONSUMER SATISFACTION UNDER "30 BAHT TREAT ALL DISEASES" PROJECT  
IN COMMUNITY HOSPITAL, PATHUMTHANEE PROVINCE

Mr. Narapong Theeraakarawipas

สถาบันวิทยบริการ

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

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-2718-6



นราพงศ์ วีระศรีวิภาส : ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี (CONSUMER SATISFACTION UNDER "30 BAHT TREAT ALL DISEASES PROJECT" IN COMMUNITY HOSPITAL, PATHUMTHANEE PROVINCE) อ.ที่ปรึกษา รศ. นพ. อองอาจ วิพุทธศิริ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, จำนวน 142 หน้า ISBN 974 -17 - 2718 - 6

**ความเป็นมา** ในอดีต ประชากรร้อยละ 20 ของประเทศ ไม่มีสิทธิใดๆ ในการใช้บริการสุขภาพ รัฐบาลยุคปัจจุบันมีนโยบายเร่งด่วนสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยโครงการแรกคือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ดำเนินการครั้งแรก 1 เมษายน 2544 ใน 6 จังหวัด ซึ่งปทุมธานีเป็น 1 ใน 6 จังหวัดที่เริ่มดำเนินการ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่มีต่อการให้บริการ โดยโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง

**กลุ่มประชากรที่ศึกษา** ประชาชนที่เป็นตัวแทน 1,665ครัวเรือนทั้งหมดในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ในจังหวัดปทุมธานี

**ขนาดตัวอย่าง** ตัวแทนครัวเรือน 860 คน จากกลุ่มเป้าหมาย 1,207 ครัวเรือน (อัตราตอบ 71.3%)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง

**สถิติที่ใช้** Unpaired t – test, Paired t – test และ One – way ANOVA

**ผลการศึกษา** ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.6%) มีอายุเฉลี่ย 42.1 ปี สถานภาพสมรส (68.2%) จบระดับประถมศึกษา (47.6%) มีอาชีพรับจ้าง (31.7%) สถานะการเงินพอกินพอใช้ (68.7%) เป็นผู้เคยใช้บริการ 195 คน (22.7%) ในจำนวนนี้เคยเป็นผู้ป่วยใน 53 คน (27.2% ของผู้เคยใช้บริการ) ผู้เคยใช้บริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนมีโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ผู้เคยใช้บริการผู้ป่วยนอกใน รพ.ชุมชน ขนาด 60 เตียงให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด มากกว่า 50% จำนวน 3 จาก 18 ข้อ คือเรื่อง 1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2) ความสะดวกในการเดินทาง 3) ความใส่ใจของแพทย์ (54.8%, 50.0% และ 50.0% ตามลำดับ) ผู้เคยใช้บริการผู้ป่วยนอกใน รพ.ชุมชน ขนาด 10 – 30 เตียง ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด มากกว่า 50% เพียงจำนวน 1 ข้อจาก 18 ข้อ คือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (52.0%) สำหรับผู้ที่เคยนอนพักใน รพ.ชุมชน ขนาด 60 เตียง ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด มากกว่า 50% จำนวน 3 จาก 12 ข้อ คือ 1) ค่าใช้จ่าย 2) ความสะอาดของห้องพัก 3) การดูแลของเจ้าหน้าที่ (77.8%, 66.7% และ 66.7% ตามลำดับ) ส่วนผู้ที่เคยนอนพักใน รพ.ชุมชน ขนาด 10 – 30 เตียง ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ต่ำกว่า 50% ในทุกข้อจาก 12 ข้อ ปัจจัยรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในบริการผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ผู้เคยใช้บริการ 195 คน กว่าครึ่งระบุว่าควรจะต้องปรับปรุงบริการ(49.7%)ใน 2 เรื่อง นุคกลางพุดจาไม่ดี (48.5%) และบริการรักษาไม่ดี (46.4%) .

**สรุปผลการวิจัย** ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ในจังหวัดปทุมธานี ครั้งหนึ่งไม่มีความพึงพอใจต่อบริการ ทั้งการพุดจาและการรักษา ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์ในการสะท้อนภาพรวมของบริการ ซึ่งต้องเร่งรัดพัฒนาคุณภาพบริการ สร้างจิตสำนึกในการให้บริการ ตลอดจนวางแผน กำกับ ประเมินผล โดยประเมินผลต่อเนื่อง

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

ลายมือชื่อผู้เขียน.....

สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 447 53775 30: MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD: CONSUMER SATISFACTION/ QUALITY OF SERVICE/ UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

NARAPONG THEERAAKARAWIPAS: CONSUMER SATISFACTION UNDER "30 BAHT TREAT ALL DISEASES PROJECT" IN COMMUNITY HOSPITAL OF PATHUMTHANEE PROVINCE. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. DR. ONG-ARJ VIPUTSIRI, THESIS CO-ADVISOR: ASST. PROF. SOMRAT LERTMAHARIT, 142 pp. ISBN 974 – 17 – 2718 – 6

**Background:** In the past, 20% of population had no right in health care. This government launched policy to achieve universal health coverage by "30 baht threat all diseases project", which was implemented on April , 2001 in 6 provinces, and Pathumthanee was 1 of 6 pilot project..

**Objectives:** To study consumer satisfaction under "30 baht threat all diseases project" toward services in community hospital of Pathumthanee province.

**Research Design:** Cross - sectional descriptive study

**Study Populations:** Representative population 1,665 household in community of Pathumthanee province

**Sample Size:** Representative 860 people from target group 1,207 household (response rate 71.3 percent)

**Research Tools:** Self - administered questionnaire

**Statistics:** Unpaired t - test, Paired t –test and One - way ANOVA

**Results:** The respondents were female (54.6%), mean age 42.1 year, married (68.2%). level of education was primary school 47.6%. Occupation was general workers (31.7%), adequate earning (68.7%). They had ever used health services 195 people (22.7 percent) and had ever admitted as inpatient 53 people (27.2% of consumer). Consumers marked more satisfaction than before the project launched with statistically significant ( $p < 0.01$ ). More than 50 percent of outpatient clients in 60-bed community hospital marked high score of satisfaction, 3 out of 18 items listed as 1) treatment expense 2) transport convenience 3) doctor attention (54.8%, 50.0% and 50.0%, respectively), but outpatient clients in 10–30 bed community hospital marked high score of satisfaction by more than 50 percent only 1 out of 18 items as treatment cost (52.0%). Inpatient used clients in 60–bed hospital rated 3 out of 12 items as highly satisfied by more than 50 percent as 1) treatment expense 2) room cleanliness 3) providers care (77.8%, 66.7%, and 66.7%, respectively). For 10–30 bed hospital, inpatients marked high score of satisfaction less than 50 percent in all 12 topics. Further analysis revealed that inpatient services satisfaction were statistically significant different ( $p < 0.01$ ) by household income and expense. Half of 195 experienced clients dissatisfied (49.7%) and suggested improving as bad courtesy of personnel and poor treatment service (48.5% and 46.4% of dissatisfied clients, respectively).

**Conclusions:** Client respondents revealed that community hospitals services quality in Pathumthanee province needed to be improved. Fifty percent of the respondents dissatisfied with providers performances should be used as an important result-based indicator in monitoring and evaluation for future health services development.

Department of Preventive and Social Medicine.

Field of study : Community Medicine

Academic year 2002

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co-advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ นายแพทย์องอาจ วิบุตศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาแนะนำช่วยเหลือ ซึ่งแนบข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์บดี ธนะมั่น ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบ วิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ดร. วณิ ปิ่นประทีป ที่กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธีระชัย คงเอี่ยมตระกูล นายแพทย์ 8 รักษาการผู้เชี่ยวชาญด้านเวช กรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่เก็บข้อมูลวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการนำสำรวจข้อมูลในครัวเรือน ของทุกพื้นที่ในจังหวัดปทุมธานี

ขอขอบคุณ คุณวิไล สร้อยทอง, คุณวรรณวี, คุณวีรวรรณ, คุณวรารวรรณ สร้อยทอง และทีมงานผู้ช่วยเก็บข้อมูล และรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอขอบคุณ คุณวิโรจน์ ศรีทอง นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือในการจัดโครงร่างการวิจัย และแบบสอบถามการวิจัย

ขอขอบคุณ คุณณัฐวดี ศรีสง เพื่อนเวชศาสตร์ชุมชน รุ่นที่ 13 รวมทั้งเพื่อนในเวลา นอกเวลา และน้องรุ่น 14 ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจด้วยดี

และทำยนี้ขอขอบคุณ ทนตแพทย์หญิงจารุณารัตน์ พรรัตน์วิสัย ผู้ให้กำลังใจในการศึกษา การ ทำวิจัย วิทยานิพนธ์ และกำลังใจในทุกๆเรื่องตลอดมา เป็นผลให้วิทยานิพนธ์สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

นายแพทย์นราพงศ์ ธีรฉัตรวิภาส

เมษายน 2546

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฐ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ปัญหาทางจริยธรรม.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ.....	7
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการ และการเข้าถึงบริการ.....	12
แนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	14
ความเป็นมาของโรงพยาบาลชุมชน.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46

3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
รูปแบบการวิจัย.....	54
ระเบียบวิธีวิจัย.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้อง.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
ส่วนที่ 1 จำนวนและร้อยละของครัวเรือนที่เก็บข้อมูลได้จริงในแต่ละพื้นที่	
ตามความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง.....	62
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการ	
และกลุ่มที่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิโครงการ	
30 บาทรักษาทุกโรค.....	63
ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ที่เคยใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	
ที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี.....	85
ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ในการใช้และ	
ไม่ใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	94
ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนในการใช้บริการโครงการ	
30 บาทรักษาทุกโรค ที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี	
ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน.....	95
ส่วนที่ 6 ปัญหาและข้อเสนอแนะ.....	97
5. สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	100
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลการวิจัย.....	104
ข้อเสนอแนะ.....	106
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	106
รายการอ้างอิง.....	107



สารบัญ (ต่อ)

ณ

หน้า

ภาคผนวก.....	116
ภาคผนวก ก. แบบสอบถาม.....	117
ภาคผนวก ข. ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดปทุมธานี.....	124
ผู้ทรงคุณวุฒิ.....	141
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	142



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญญัตินี้ (ต่อ)

ญ

ตาราง	หน้า
2.1 เปรียบเทียบข้อดี และข้อด้อยของระบบการคลังสาธารณสุข สำหรับการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า.....	22
2.2 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของต่างประเทศ.....	38
2.3 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสี่ประเทศในเอเชีย.....	40
2.4 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย.....	43
3.1 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
4.1 จำนวนครัวเรือนที่วางแผนเก็บข้อมูล และร้อยละของครัวเรือนที่เก็บข้อมูลได้จริง ในแต่ละพื้นที่ ตามความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่ง.....	62
4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	64
4.3 จำนวนและร้อยละของครัวเรือนที่มีผู้ที่ไม่มียาได้.....	66
4.4 จำนวนรวม และค่าเฉลี่ย ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ในครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง.....	66
4.5 จำนวนและร้อยละของครัวเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และการไปตรวจรักษา.....	67
4.6 จำนวนและร้อยละของครัวเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย.....	67
4.7 จำนวนและร้อยละของสถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุดในกลุ่มครัวเรือนตัวอย่าง.....	68
4.8 จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์ใช้บริการก่อนมีโครงการ 30 บาท.....	69
4.9 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ในอำเภอก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	69
4.10 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ในอำเภอก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	70
4.11 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ในอำเภอหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	70
4.12 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพในอำเภอก่อนและหลัง มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเปรียบเทียบในผู้ที่ไม่เคยและเคยใช้บริการ.....	71
4.13 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพในอำเภอ ก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	71
4.14 จำนวนและร้อยละของการมีสิทธิต่างๆ ของคนในครัวเรือน ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	72
4.15 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับการได้สิทธิบัตร และการพบบัตรซ้ำซ้อน	

สารบัญตาราง (ต่อ)

ฎ

ตาราง	หน้า
หลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	73
4.16 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตร โรงพยาบาลใกล้บ้าน.....	74
4.17 จำนวนและร้อยละของการรับทราบสิทธิตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	75
4.18 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	76
4.19 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นที่มีต่อบริการใกล้บ้าน.....	77
4.20 จำนวนและร้อยละการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ใน จ.ปทุมธานี ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	78
4.21 ประสิทธิภาพที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชน.....	79
4.22 จำนวนและร้อยละผู้ใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	79
4.23 จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ครัวเรือนไม่เคยใช้บริการตามสิทธิ โครงการ 30 บาท.....	80
4.24 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมใช้บริการ ตามสิทธิโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค.....	80
4.25 จำนวนและร้อยละ การใช้บริการของตัวแทนครัวเรือน ผู้ตอบแบบสอบถาม.....	81
4.26 จำนวนและร้อยละ สถานที่ในการใช้บริการ ตามสิทธิโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค.....	81
4.27 จำนวนและร้อยละเหตุผลของการไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชน.....	82
4.28 จำนวนและร้อยละความเข้าใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค.....	82
4.29 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้ใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน.....	84
4.30 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ต่อการบริการของโรงพยาบาลชุมชน.....	86
4.31 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจผู้ป่วยนอก จำแนกตามขนาดเตียง โรงพยาบาลชุมชน.....	88
4.32 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ผู้ที่เคยนอนพักในโรงพยาบาล.....	91
4.33 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจผู้ป่วยใน ที่ใช้บริการที่โรงพยาบาล จำแนกตามขนาดเตียงโรงพยาบาลชุมชน.....	93
4.34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	

สารบัญตาราง (ต่อ)

ฎ

ตาราง	หน้า
ในผู้ที่ไม่เคยใช้ และผู้ที่เคยใช้บริการ.....	94
4.35 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการทั่วไป ความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา และความพึงพอใจผู้ป่วยใน เปรียบเทียบตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	95
4.36 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้ใช้บริการด้านประโยชน์ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	97
4.37 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้ใช้บริการด้านสิทธิของผู้มีบัตรทอง โครงการ 30 บาท.....	97
4.38 จำนวนและร้อยละ สิ่งที่ผู้ให้บริการประทับใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	98
4.39 จำนวนและร้อยละ สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้ปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	98
4.40 จำนวนและร้อยละ สิ่งที่ผู้ให้บริการประทับใจเป็นพิเศษต่อโรงพยาบาลชุมชน ตามสิทธิบัตร.....	99
4.41 จำนวนและร้อยละ สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้โรงพยาบาลชุมชนปรับปรุงแก้ไข.....	99

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิด.....	4
3.1 แผนผังการสู่มตัวอย่าง.....	58



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2541 พบว่า ประเทศไทยใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งสิ้นประมาณ 179,689.15 ล้านบาท คิดเป็นรายจ่ายภาครัฐประมาณร้อยละ 61.39 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด รายจ่ายภาคประชาชนร้อยละ 38.61 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยส่วนที่ครัวเรือนต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเองมีถึงร้อยละ 32.74 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด<sup>(1)</sup>

ระบบประกันสุขภาพชนิดต่าง ๆ มีความไม่เสมอภาค ทั้งในด้านการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับ 2,106 บาท/คน/ปี สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้ต่ำและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูลได้รับ 363 บาท/คน/ปี โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจได้รับ 250 บาท/คน/ปี และประกันสังคมรัฐอุดหนุนหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายทั้งหมด 1,290 บาท/คน/ปี คือ 430 บาท/คน/ปี (ข้อมูลปี พ.ศ. 2541)<sup>(2)</sup>

จากสถิติเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2541 ประเทศไทยมีผู้ไร้หลักประกันสุขภาพร้อยละ 20 ถึง 31 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2542) ซึ่งภาวะขาดหลักประกันสุขภาพดังกล่าว กระจายทั้งในกลุ่มผู้มีฐานะดีและกลุ่มผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนและด้อยโอกาสทางสังคม กลุ่มเหล่านี้จะต้องรับผิดชอบตนเองด้านการเงินเมื่อเจ็บป่วย<sup>(2)</sup>

ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพบริการของประชาชน นับตั้งแต่บริการพื้นฐานที่จำเป็น เช่น บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย การเข้าและเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีในการตรวจรักษา ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษายาบาลต่าง ๆ ในปัจจุบันมีมาตรฐานที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการจذبบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนอย่างไม่เท่าเทียม ประชาชนขาดข้อมูลด้านคุณภาพ ไม่สามารถเลือกซื้อหาบริการที่ดีได้ ยิ่งไปกว่านั้นระบบยังไม่ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้มากเท่าที่ควร ดังเช่นในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของราชการ นอกจากนี้ การประกันสุขภาพส่วนใหญ่ เช่น ประกันสังคม ไม่สามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ ประชาชนในหลายกลุ่มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการบางประเภทที่จำเป็นเนื่องจากไม่ได้รับความคุ้มครอง

ระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพส่วนมากยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนนโยบายหรือบริหารจัดการ ทำให้เกิดความอ่อนด้อยในเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม

ความสามารถในการตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินงานกลไกเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคภายใต้ระบบต่าง ๆ ยังมีข้อจำกัดและขาดความชัดเจน ไม่มีกระบวนการตรวจประเมินด้านคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม ยกเว้นแต่ระบบประกันสังคมที่มีการกำหนดและตรวจมาตรฐานของสถานพยาบาลและการร้องเรียนของผู้ประกันตน<sup>(2)</sup>

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีดังนี้<sup>(3)</sup>

**มาตรา 52** บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

**มาตรา 54** บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

**มาตรา 82** รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

รัฐบาลชุดปัจจุบันได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภาในวันจันทร์ที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 โดยมีนโยบายเร่งด่วนข้อ 1 (7) สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน<sup>(4)</sup>

ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 รัฐบาลเริ่มดำเนินการตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยโครงการแรก คือโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ระยะที่ 1 ในพื้นที่ 6 จังหวัด คือ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ พะเยา ยโสธร และยะลา โดยดำเนินการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้มีสิทธิคือทุกคนที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่ 6 จังหวัดและเป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมายหรือระเบียบอื่น ๆ ของรัฐอยู่ก่อนแล้ว

ระยะที่ 2 วันที่ 1 มิถุนายน 2544 ดำเนินการเพิ่มอีก ในพื้นที่ 15 จังหวัด คือ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส

และในปีงบประมาณ 2545 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 ขยายโครงการครอบคลุม 75 จังหวัดทั่วประเทศ และพื้นที่ 13 เขตในกรุงเทพฯ คือ เขตบึงกุ่ม มีนบุรี คลองสามวา คันนายาว หนองจอก สะพานสูง ลาดกระบัง ธนบุรี จอมทอง ดอนเมือง หลักสี่ บางเขน และสายไหม

ผู้วิจัยสนใจศึกษา ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็น 1 ใน 6 จังหวัดนำร่องของโครงการ ดำเนินการตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 โดยช่วง 6 เดือนแรก ดำเนินการเหมือนสิทธิบัตรสวัสดิการผู้ป่วยรายได้น้อยเดิม ต่อมา 1 ตุลาคม 2544 ดำเนินการเต็มรูปแบบตามโครงการฯ การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ช่วยให้ทราบความคาดหวังและความต้องการของประชาชนที่มีต่อโครงการฯ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการในการพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพต่อไป

### คำถามของการวิจัย (Research Questions)

#### คำถามหลักของการวิจัย (Primary Research Question)

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในจังหวัดปทุมธานี ที่มีต่อการให้บริการโดยโรงพยาบาลชุมชน เป็นอย่างไร

#### คำถามรองของการวิจัย (Secondary Research Questions)

1. ความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ในการใช้และไม่ใช้บริการ ตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจ ต่อการให้บริการ ของผู้ที่เคยใช้บริการ ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

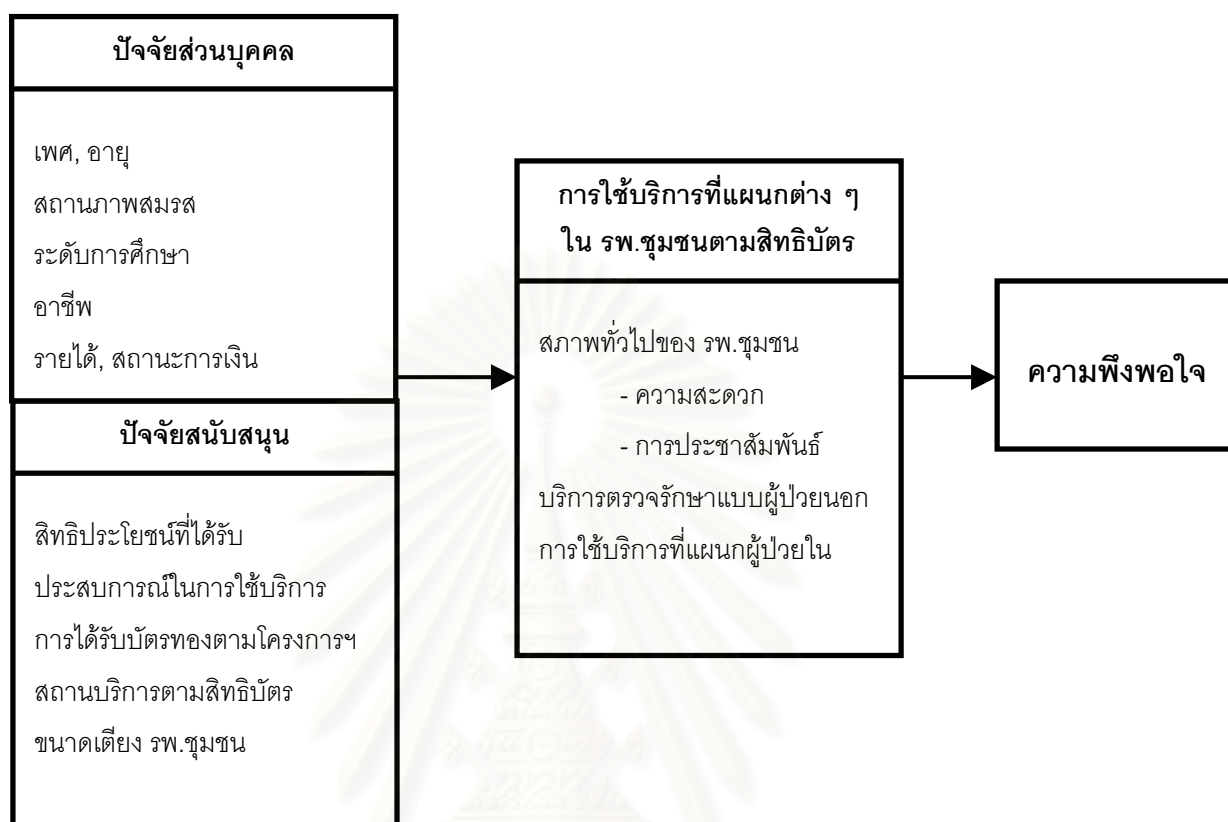
เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ที่มีต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็น 1 ใน 6 จังหวัดนำร่องของโครงการฯ

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ในการใช้และไม่ใช้บริการ ตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการ ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี



### กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิด

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ข้อมูลจากผู้ให้บริการถือเป็นความจริง และเชื่อถือได้
2. ข้อมูลที่ได้จากผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคน เป็นอิสระไม่เกี่ยวข้องกัน
3. ผู้ที่ทำบัตรตามสิทธิ และลงทะเบียนเพิ่มขึ้นตลอดเวลา การวิจัยครั้งนี้ถือว่าผู้ที่ทำบัตร และลงทะเบียนเพิ่มภายหลัง (มิถุนายน 2545) มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด
4. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการหลักตามโครงการฯ เท่านั้น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – sectional descriptive study)

## คำสำคัญ

Consumer Satisfaction, Quality of Service, Universal Health Coverage

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ภายในจังหวัดปทุมธานี และไม่มีสิทธิในการรักษาใด ๆ มาก่อน
2. ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ หมายถึง ความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับในด้านคุณภาพของบริการ ทัศนคติของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ระยะเวลารอตรวจ และการได้รับทราบข้อมูลความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน
3. โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค หมายถึง โครงการแรกของรัฐบาลในการดำเนินการตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเริ่มโครงการตั้งแต่ เมษายน พศ.2544 ในพื้นที่ 6 จังหวัด
4. สถานบริการหลักตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค หมายถึง โรงพยาบาลที่ตกลงยอมรับกฎเกณฑ์การปฏิบัติ ตามโครงการฯ ของรัฐบาล
5. สถานบริการรองตามโครงการฯ หมายถึง สถานบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ แต่ไม่มีแพทย์อยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง
6. บริการที่มีคุณภาพ หมายถึง การบริการที่ผู้ใช้บริการพึงพอใจ

## ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่ได้มีสิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใด ๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา จึงคาดว่าไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

## ข้อจำกัดของการวิจัย

คาดว่าจะไม่มีในการวิจัยครั้งนี้

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็น 1 ใน 6 จังหวัดนำร่องของโครงการ ดำเนินการตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 มีประโยชน์ในการศึกษาผลของโครงการฯ ที่มีต่อประชาชน นอกจากนี้สถานบริการในจังหวัดปทุมธานี สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพของสถานบริการ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการ และการเข้าถึงบริการ
5. แนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
6. ความเป็นมาของโรงพยาบาลชุมชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

วอลเลสเตอร์ (Wallestein 1971) ให้ความหมายความพึงพอใจว่า “ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย หรือความรู้สึกขั้นสุดท้าย (End – state in falling) ที่ได้รับผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์”

วอลแมน ได้ให้ความหมายว่า “ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึก (Feeling) มีความสุขเมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goals) ความต้องการ (Wants) หรือแรงจูงใจ (Motivation)

เครซ และดริชฟิลด์ มีความเห็นด้วยกับวอลแมน เขากล่าวว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง พร้อมบรรลุจุดมุ่งหมาย (Goals) ที่ตั้งไว้ระดับหนึ่ง

ทิวฟิน และแมคคอร์มิก กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นแรงจูงใจของมนุษย์ที่ตั้งอยู่บนความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic needs) มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์ และสิ่งจูงใจ (Incentive) และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ

นักวิจัยไทย 2 ท่านได้ให้ความหมายของความพึงพอใจคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ วิมลสิทธิ์ หรยางกูร (2535) ให้ความหมายความพึงพอใจเป็นการให้ค่าความรู้สึกของคนเราที่มีความสัมพันธ์กับระบบโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับความหมายของสภาพแวดล้อม ค่าความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสภาพแวดล้อม ซึ่งจะแตกต่างกัน เช่นความรู้สึก ดี เลว พอใจ ไม่พอใจ สมใจ และไม่สมใจ เป็นต้น

จากความหมายของความพึงพอใจที่ได้รวบรวมมานี้ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะมีความคิดคล้ายคลึงกัน ซึ่งพอสรุปได้ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกพึงพอใจเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับในสิ่งที่ต้องการ หรือบรรลุจุดหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับตอบสนอง เพราะสิ่งนั้นหรือบุคคลนั้นสามารถลดความเครียดลงจนก่อให้เกิดความสุขใจขึ้น และความพึงพอใจนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะส่วนบุคคล สภาพเศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ตลอดจนทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยด้วย

เซลเลย์ (1975) ได้สรุปว่าทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ คือทฤษฎีว่าด้วยความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกทางบวก คือความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ส่วนความรู้สึกทางลบคือความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความไม่สบายใจ ความรู้สึกทางบวกและความสุข มีความสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อน ระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกทั้งสามเรียกว่าระบบความพึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจจะเกิดขึ้นต่อเมื่อความรู้สึกทางบวกมากกว่าทางลบ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความพอใจของมนุษย์ การวิเคราะห์ระบบความพึงพอใจ คือการศึกษาทรัพยากร (Resource) หรือสิ่งเร้า (Stimuli) แบบใดเป็นที่ต้องการเพื่อจะทำให้เกิดความพึงพอใจและความสุขแก่มนุษย์

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น

### ความหมาย

พจนานุกรม New Webster's Century Dictionary (1974) <sup>(11)</sup> ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การตัดสินใจ คำวิจารณ์ ความคิดเห็น หรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับ ข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือข่าวสาร โดยความเชื่อนั้นจะขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือ ความคิดเห็น การแสดงออกทางความคิดเห็น ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

Blair J. Kolasa (1969) <sup>(12)</sup> ให้ความหมายว่า ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกของบุคคลในการพิจารณาข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการประเมินผล (Evaluation) สิ่งใดสิ่งหนึ่ง จากสิ่งแวดล้อม (Circumstances)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) <sup>(13)</sup> กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้นมักมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยา เฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

### สิ่งที่มีอิทธิพลทำให้ความคิดเห็นแตกต่างกัน

1. การอบรมของครอบครัว อิทธิพลของครอบครัวมีมากกว่าปัจจัยอื่นๆ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกของคน
2. การศึกษา ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่มีความอิทธิพลต่อความคิดเห็นเพราะเป็นการจัดสถานการณ์ให้แก่บุคคล
3. วัฒนธรรมและประเพณี บุคคลเมื่อได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและประเพณีย่อมปฏิบัติตามวัฒนธรรมและประเพณีในทางที่ดี
4. กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง บุคคลเมื่ออยู่ในกลุ่มใดหรือสังคมใด ก็จะมีความคิดเห็นไปในทางเกี่ยวกับกลุ่มหรือสังคมนั้นๆ กลุ่มเป็นส่วนผลักดันให้บุคคลเรียนรู้ได้โดยตรง
5. สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น เพราะ เป็นสิ่งที่สร้างความคิดทางด้านบวกและด้านลบได้

### การวัดความคิดเห็น

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2531) <sup>(14)</sup> เสนอการวัดความคิดเห็นหรือทัศนคติที่นิยมและรู้จักกันแพร่หลาย มี 4 วิธี คือ

1. วิธีของเทอร์สโตน (Thurstone's Method) เป็นวิธีการสร้างมาตรวัด (Scale) ออกเป็นบริเวณเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็นหรือ ทัศนคติไปทางเดียวกัน และเป็นเสมือนว่าเป็นมาตรวัด ที่มีช่วงห่างเท่ากัน (Equal Appearing Intervals)
2. วิธีกัตต์แมน (Guttman's Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติ หรือ ความคิดเห็นในแนวเดียวกัน และสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติสูง ต่ำ แบบเปรียบเทียบกันและกันได้จากอันดับต่ำสุดถึงสูงสุดได้ และแสดงถึงการสะสมของความคิดเห็น
3. วิธีจำแนกแบบ S-D Scale (Semantic Different Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นโดยอาศัยคู่คุณศัพท์ที่มีความหมายตรงกันข้าม (Bipolar Adjective) เช่น ดี-เลว ชยัน-ขี้เกียจ เป็นต้น

4. วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's Method) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธี แบบลิเคิร์ต (Likert's Method) เป็นวิธีสร้างมาตรวัดทัศนคติที่นิยมแพร่หลาย เพราะ เป็นการสร้างมาตรวัดที่ง่ายและประหยัดเวลา ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงทัศนคติในทางที่ชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่าจะ เป็นเชิงบวก (Positive) หรือ เชิงลบ (Negative)

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ (Health Services Utilization)

Anderson, Kravits and Anderson (1975)<sup>(47)</sup> ได้เสนอรูปแบบการศึกษาถึงการให้บริการอนามัยทั้งระบบโดยเริ่มต้นจากระบบการให้บริการอนามัยว่าประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง โดยมองตั้งแต่นโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดสรรอัตรากำลัง การจัดองค์การสาธารณสุขว่าจะมีผลต่อลักษณะระบบการให้บริการอนามัย และลักษณะของผู้ใช้หรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร ดังนี้คือ

1. ลักษณะของระบบการให้บริการอนามัย (Characteristic of health delivery system) ปัจจัยทางด้านนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการอนามัยของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละด้าน แต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรร ทั้งในด้านปริมาณและการกระจาย นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์การสาธารณสุข ในด้านระบบการให้บริการและลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ว่าจะมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้รับบริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร

2. ลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง (Characteristic of population at risk) เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ แบ่งได้ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลที่นำไปสู่การให้บริการสุขภาพ คุณสมบัติเหล่านี้มีอยู่ก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ขนาดครอบครัว ปัจจัยทางสังคม เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพ

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการสุขภาพ ได้ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพและแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อมีความต้องการ

3. ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for health services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องให้ความสำคัญต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม และการได้รับการประเมินจากระบบบริการ เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องรับการรักษาอย่างไรบ้าง เป็นต้น ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังที่ได้กล่าวแล้ว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในด้าน ต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวก (Convenience) ที่ได้รับจากบริการ ได้แก่
  - . การใช้เวลารอคอยต่อบริการต่าง ๆ ในสถานบริการ
  - . การได้รับการรักษาดูแล เมื่อมีความต้องการ
  - . ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ (Availability) ได้แก่
  - . การได้รับบริการครบทุกประเภทในสถานบริการแห่งหนึ่ง ตามความต้องการของผู้ป่วย
  - . การที่เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย และจิตใจ
  - . ได้มีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางอันดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information) สามารถแยกข้อมูลได้เป็น 2 ประเภท คือ
  - . ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย
  - . ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตน และการใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการแห่งนั้น
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย



#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้บริการและการเข้าถึงการบริการ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ<sup>(48)</sup> ได้รวบรวมพฤติกรรมกรรมการใช้บริการโดยกล่าวว่านักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ ได้สรุปถึง แนวทางการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งมุ่งหวังให้บุคคลพึงพอใจ จะมี 7 ประการ ดังนี้

1. แนวทางด้านประชากร หรือคุณลักษณะของประชากร ผู้ใช้บริการ ( Demographic factors ) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่าคุณลักษณะประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการ สาธารณสุขทั้งด้านป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาล คุณลักษณะของประชาชนนี้ รวมถึง อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะสะท้อนให้เห็น ลักษณะวงจรชีวิตของครอบครัว ซึ่งมักจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเจ็บป่วยในครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของสมาชิกภายในครอบครัว แต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน

2. แนวทางด้านโครงสร้างทางสังคมของผู้ใช้บริการ ( Social structure factors ) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

3. แนวทางด้านจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพส่วนใหญ่ จะพิจารณา และให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ (Health Value) บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) เกี่ยวกับสุขภาพ ทศนคติ และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคลและแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล เป็นต้น

4. แนวทางด้านเศรษฐกิจฐานะ ของครอบครัวของผู้ใช้บริการ (Family Resources) ปัจจัยทางเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้น ๆ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวรวมถึงรายได้ของครอบครัวส่วนรวม หรือหัวหน้าครอบครัว ในต่างประเทศพิจารณารวมเกี่ยวกับ การทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย

5. แนวทางด้านแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้มุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการและสภาพภูมิศาสตร์ของสถานที่บริการและที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลมากน้อยเพียงใดตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่

6. แนวทางด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ ( Organization factors ) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการ การให้บริการสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคล และสิ่งแวดล้อมนอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงราคาค่าบริการ หรือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ คุณภาพของบริการ และพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกด้วย

7. แนวทางด้านระบบการสาธารณสุขของประเทศ (Health System) ปัจจัยนี้จะพิจารณา และให้ความสำคัญระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่งซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) อันได้แก่ นโยบายการสาธารณสุข ด้านการเมือง และงบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้เพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน เป็นต้น กระบวนการ (Process) ในการจัดบริการสุขภาพ ระดับต่าง ๆ เป็นรูปแบบและกลวิธีในการจัดบริการสุดท้ายคือผลผลิต (Outcome) และผลกระทบ ที่เกิดจากระบบสาธารณสุขนั้น ๆ

เฟรดเดริค เอ. เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ<sup>(51)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการพบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เวลาที่มี การเดินทาง จำนวนเงิน และลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม เป็นต้น

2. ปัจจัยเรื่องลักษณะของสถานบริการ เช่น คุณภาพของการให้บริการ ชื่อเสียง เครื่องมือ วิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่กับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอย เป็นต้น

3. ปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ระยะทางใกล้ไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทางสภาพของ ถนน ความคิดเห็นของเพื่อน/ญาติ

สุธีรา สุนทรระกูล<sup>(49)</sup> ได้วิเคราะห์ถึงปัญหาการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในไทยว่า ปัญหาการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนเกี่ยวข้องกับปัญหาต่อไปนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ ได้แก่

1.1 การตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคภัยไข้เจ็บของแต่ละบุคคลซึ่งจะ เกี่ยวข้องกับทัศนคติของตนเองต่อภาวะการเจ็บป่วยของตน จะส่งผลถึงการเลือกแหล่งรักษา และ ทัศนคติต่อ ผู้ให้บริการด้วย

1.2 ความรู้สึกทางด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องยอมอดทนต่อการ ลำบากใจในการมารับการรักษาจากแพทย์ จากสถานบริการนั้น ๆ ทั้งนี้เพราะว่าความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีความห่างเหินกันทางสังคมมาก สื่อสารกันไม่ได้ดี พูดกันไม่เข้าใจ มีความ สนใจและความต้องการคนละอย่าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกลดคุณค่าของความเป็นคนลงในบางครั้ง จากแหล่งรักษานั้น ๆ

1.3 ลักษณะอาการเจ็บป่วย ถ้าอาการที่เกิดขึ้นเป็นแบบทันทีทันใดและ รุนแรงผู้ป่วยก็มักจะไปใช้บริการของรัฐหรือการรักษาแผนปัจจุบัน แต่ถ้าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แบบเรื้อรัง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการการรักษาของแผนโบราณมากกว่าของรัฐ และหากเป็น การเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะทำการรักษาตัวเอง ไม่ไปใช้บริการของรัฐ

1.4 ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับของความรุนแรง ของอาการที่ผู้ป่วยแต่ละคนคิดว่ามีผลต่อสุขภาพ และเป็นอันตรายต่อชีวิตของเขา

1.5 ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยและสถานบริการการรักษา ถ้าอยู่ใกล้กับชุมชน อาจเป็นตลาดหรือย่านการค้า จำนวนการมาใช้บริการจะสูงมากกว่าสถานบริการที่อยู่ไกลชุมชน

1.6 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา

1.7 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค

1.8 โอกาสที่จะไปใช้บริการ ซึ่งจะเป็นไปตามลักษณะอาชีพ

1.9 เขตที่อยู่อาศัย หากอาศัยอยู่ในเขตเมืองก็มีโอกาสที่จะไปใช้การรักษาจากสถานบริการมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

1.10 ประสบการณ์ที่เคยมารับการรักษาในครั้งก่อน

1.11 การให้ความสำคัญต่อปัญหาทางสุขภาพอนามัย

## 2. ปัญหาของผู้ให้บริการ ได้แก่

2.1 การกระจายของสถานบริการ ซึ่งยังกระจายไปไม่ถึงทั่วถึงทุกพื้นที่ มีแต่เฉพาะในเขตเมืองที่เจริญ ทำให้เมื่อคนชนบทมีการเจ็บป่วยก็รักษาไปตามบุญตามกรรม

2.2 การกระจายของแพทย์ในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกันมาก

2.3 การให้คุณค่าทางสังคมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ซึ่งสามารถรักษาได้เพียงกลุ่มน้อยเท่านั้น แต่ปัญหาสาธารณสุขของประเทศนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพียงโรคที่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ง่ายโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้เราอยู่ห่างจากปัญหาสาธารณสุขที่ต้องแก้ไขมากขึ้น

2.4 ลักษณะของสถานบริการรักษาที่เป็นอุปสรรคไม่ให้ประชาชนมารับบริการรักษา เช่น กฎระเบียบของสถานบริการที่เป็นของราชการ มีขั้นตอนยุ่งยาก ต้องรอตรวจน การตรวจรักษาเน้นที่การรักษาโรค รักษาที่ร่างกาย ไม่ได้รักษาด้านจิตใจด้วยนอกจากนี้ยังเกิดความห่างเหินทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ล้วนเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยไปใช้หรือไม่ใช้บริการการรักษาจากสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าจะอยู่ในเขตเมืองหรือชนบท

## 5. แนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(50)</sup>

5.1 แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มต้นมีมานานตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 แต่เดิมหลักประกันสุขภาพจัดตั้งเพื่อเป็นวิธีการทดแทนเงินเลี้ยงชีพขณะเจ็บป่วย ต่อมาได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นการสร้างหลักประกันของการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน หลักประกันสุขภาพเริ่มดำเนิน

การในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีฝีมือและชาวนาที่ฐานะปานกลาง กลุ่มคนเหล่านี้มีรายได้ต่ำกว่าที่จะสามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพแก่ภาคเอกชนหรือโรงพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นจึงมีการเก็บเงินเป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือน เพื่อจัดตั้งกองทุนขณะที่ไม่เจ็บป่วย

การมีหลักประกันสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วย โดยไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคขัดขวาง นับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับ และได้รับการยอมรับและปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งแต่เดิมจะเกิดขึ้นเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed countries) และประเทศที่มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับสูงเท่านั้น แต่ในปัจจุบันประเทศที่กำลังพัฒนาได้มองเห็นถึงความสำคัญและพยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยศึกษาจากประสบการณ์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว และสามารถดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ สาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนาต่างให้ความสำคัญ เพราะการประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกกำหนดเป็นเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน ในรายงานประจำปีขององค์อนามัยโลก ปี 2542 เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาบอกว่า ระบบสาธารณสุขที่ปราศจากการบริหารจัดการจะไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Equity) และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย

ในระบบของสังคมนั้นประกอบด้วยประชาชนที่มีฐานะร่ำรวย ปานกลาง และยากจน โดยทั่ว ๆ ไปแล้วคนในสังคมจะสามารถจัดการกับความเสี่ยงในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลครอบครัวหรือตัวเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่มีฐานะยากจน การให้ความดูแลของรัฐบาลแก่คนเหล่านี้จะต้องมีความเป็นธรรมและสามารถทำให้คนเหล่านี้เข้าถึงบริการที่จัดได้ การให้บริการด้านสุขภาพของทุกประเทศมีความเป็นไปได้ที่จะให้ประชาชนจ่ายจากกระเป๋าของตนเองหรือของครัวเรือนในการไปใช้บริการบางอย่าง แต่ก็มีปัญหาในประชาชนบางกลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย ทำให้อาจเข้าไม่ถึงบริการและมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ระบบการผลิตและความมั่นคงของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้วที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นั้น จะมีรูปแบบการคลังสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับบริการสุขภาพโดยทั่วหน้านั้นมุ่งหวังในการกระจายความเป็นธรรมในสังคมสองประการ คือการกระจายความเสี่ยงหรือลดความเสี่ยงของบุคคลในการที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (การกระจายภาระค่าใช้จ่าย) และทำหน้าที่ในการกระจายความมั่งคั่งและความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในสังคม กล่าวคือประชาชนทุกคนควรเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็น โดยที่ฐานะด้านเศรษฐกิจไม่เป็นตัวกีดกันการเข้าถึงบริการ

การประกันสุขภาพ เป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk sharing) ที่บุคคลในสังคมจะมา ร่วมดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยที่ผู้มีสุขภาพดีก็จะถือว่าได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่มีฐานะดีก็ จะมาร่วมดูแลผู้ที่ยากจนกว่า อย่างไรก็ตามดีสักวันหนึ่งเมื่อสมาชิกในสังคมที่ร่วมประกันสุขภาพเกิด เจ็บป่วยขึ้นมา ก็จะได้หลักประกันว่าสังคมจะให้การดูแลรักษาตนเองบ้าง ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความ สุขและความทุกข์ (Law of average or social solidarity) ในหมู่ประชาชนด้วยกันเอง โดยมีรัฐ เป็นเสมือนผู้เสริมแรง (Enforcer) การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคมซึ่งเป็นการ ส่งเสริมความมั่นคงของสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองทุกประเภท (Comprehensive coverage) ได้แก่การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย การคลอดบุตร ฯลฯ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความ คุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการ (Access to personal health care) เมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บ ป่วย โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม <sup>(52)</sup>

นอกจากนี้การประกันสุขภาพยังเป็นกลไกในการบริหารทางการเงิน เพื่อที่จะกระจายภาระ ต้นทุนในการให้บริการ การรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยไปสู่กลุ่มบุคคลที่มาประกันร่วมกัน ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะจัดหรือลดอุปสรรคทางการเงินในการให้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วย โดยมีเหตุผลที่สำคัญของการจัดประกันสุขภาพ คือ <sup>(53)</sup>

1. ลักษณะของการเจ็บป่วย ไม่ได้มีขั้นตอนอย่างสม่ำเสมอ และไม่สามารถทำนายล่วงหน้า ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการผันผวนของการใช้จ่าย เพื่อรับการรักษาพยาบาล ณ เวลาหนึ่ง ๆ
2. เพื่อเป็นการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างผู้เจ็บป่วยกับผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคคลในแง่ที่ว่าบุคคลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาล ได้เมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่าย
3. เพื่อเป็นการส่งเสริมสวัสดิการของบุคคลในด้านสุขภาพอนามัย และสนับสนุนให้บุคคล ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ

การประกันสุขภาพ มีรูปแบบการดำเนินการหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองของแต่ละประเทศ Abel Smith ผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสุขภาพของ องค์การอนามัยโลกได้เสนอเอาไว้ว่า การประกันสุขภาพแบบใด ๆ ก็ควรมีเกณฑ์การพิจารณา โดยยึดหลักการดังต่อไปนี้

1. ประหยัดและคุ้มค่า กล่าวคือให้ผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงิน ที่จ่ายไป นอกจากนี้ควรมีราคาถูกและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย
2. มีการป้องกันไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น
3. จะต้องขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการ โดยผู้ให้ประกันกับการให้บริการโดยรัฐ เพื่อที่จะทำให้การจัดบริการทั้งสองประเภทสามารถที่จะผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว

4. เงื่อนไขต่าง ๆ ของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสม สอดคล้องกับผู้ประกันและเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างที่จะยินดีจ่ายเงินสมทบ (Contribution) เป็นค่าของการประกันสุขภาพ

นอกเหนือจากเกณฑ์เหล่านี้แล้วสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาด้วยคือ

1. Affordability กล่าวคือมีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรร และระบบการบริหารดีพอที่จะดำเนินการได้ ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวรวมถึงทรัพยากรทุกประเภทที่ต้องใช้เพื่อการประกันสุขภาพ เช่น แหล่งที่มาของเงินที่จะนำมาใช้จ่ายดำเนินงาน บุคลากรต่าง ๆ สถานบริการสาธารณสุข วัสดุ และอุปกรณ์ข้อมูลข่าวสาร วิทยาการ เวลา ฯลฯ

2. Accessibility กล่าวคือเปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันแสวงหาบริการได้อย่างเพียงพอ หรือผลประโยชน์ทางการให้บริการแก่ผู้เอาประกันมีมากพอ

3. Acceptability วิธีการ เงื่อนไขของการประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน รัฐบาล และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีความสอดคล้องทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศ

4. Accountability มีกลไกที่สามารถใช้ตรวจสอบควบคุม มิให้เกิดความประพฤตินิชอบของผู้ให้บริการ ผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

5. Adaptability การดำเนินงาน เงื่อนไขต่าง ๆ ควรมีลักษณะที่ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เข้ากับสภาวะการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สิ่งที่สำคัญคือต้องครอบคลุมทั้งประชากรภาคอุตสาหกรรม และเกษตรกรรม การขยายความครอบคลุมแก่ภาคนอกเกษตรกรรม จะประสบความสำเร็จต้องสร้างระบบต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นได้แก่

- ระบบการเงินการคลัง
- องค์กรและขบวนการในการให้บริการ
- การจัดหารายได้อื่นเสริมจากงบประมาณรัฐ
- บทบาทการซื้อบริการที่เข้มแข็ง (WHO 1997)

องค์การอนามัยโลก<sup>(54)</sup> ได้เสนอแนะไว้ว่าหลักประกันสุขภาพที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีลักษณะสำคัญ 5 ประการคือ

- มุ่งให้เกิดการกระจายความเสี่ยง (Pooling of risk) เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการมีผู้สุขภาพไม่ดีมากเกินไป (Adverse selection) สำหรับผู้ประกันตน
- มีการกำหนดระยะเวลาการประกันสุขภาพที่ชัดเจนเหมาะสม

-มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการคัดกรองผู้ป่วยจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (gate keeping)

- ครอบคลุมถึงการให้บริการด้านการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ
- มีการบริการจัดการกองทุนอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะเงินเฟ้อ

ระบบการคลังสุขภาพ การเฉลี่ยความเสี่ยง และกลไกการจ่ายเงินเพื่อสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเกือบทั้งหมดให้เข้าถึงบริการสุขภาพ จึงเป็นประเด็นสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะ 50 ปีที่ผ่านมาประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่สามารถทำให้ประชาชนเกือบทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพด้วยนโยบายของรัฐ จัดบริการด้วยภาษีจากรัฐ (General tax) การล่มสลายของกลุ่มประเทศสังคมนิยมในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา ทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศสังคมนิยมลดลง ประชาชนต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเองหรือครัวเรือนมากขึ้น ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนหนึ่งกำลังก้าวเข้าสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

ระบบการคลังสาธารณสุขที่ให้หลักประกันด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการโดยทั่วหน้าของประชาชนทุกคนของประเทศต่าง ๆ นั้นสามารถจำแนกได้เป็นหลักใหญ่ ๆ สองระบบด้วยกัน คือ (1) ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Services System) และ (2) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ในระยะหลังนั้นได้มีวิวัฒนาการของระบบการคลังสาธารณสุขแบบใหม่เกิดขึ้นสำหรับการเข้าถึงบริการโดยทั่วหน้า คือระบบการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account) ซึ่งประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศหลักที่ใช้ระบบนี้ อย่างไรก็ดีการที่จะให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยทั่วหน้า ไม่ว่าจะเป็ระบบใดก็ตามสิ่งที่เหมาะสมกันประการหนึ่งคือรัฐต้องเข้าไปจัดการให้เกิดขึ้น โดยอาจเป็นการเข้าไปจัดให้มีขึ้นเอง เช่นในกรณีของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติหรือการออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพ ในกรณีของรูปแบบประกันสังคมและการออมเพื่อสุขภาพ

#### 1. ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service)

ประเทศอังกฤษเป็นตัวอย่างที่ดีของการคลังในรูปแบบระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ หรือที่เรียกว่า Beveridge Model ตามชื่อของ Sir William Beveridge ผู้เสนอแนะให้รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งประเทศอย่างเต็มที่ กล่าวคือรัฐบาลเป็นผู้จัดทุนสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขเอง ระบบสาธารณสุขจะด้รับงบประมาณจากรัฐบาลจากภาษีอากร และให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเอง หรือสถานบริการที่รัฐให้การสนับสนุน

เงินทุนหรือคลินิก ในรูปแบบนี้จะทำให้สามารถคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพได้ และทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกัน และได้รับการยอมรับว่าเป็นระบบที่ส่งเสริมความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคมและมีความเป็นธรรม (Solidarity and equity) ระบบนี้จะแพงหรือถูกขึ้นกับความยินดีของรัฐบาลว่าจะจัดสรรเงินให้กับบริการสาธารณสุขมากน้อยเท่าใด

ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาตินี้จะทำให้รัฐบาลต้องรับภาระที่หนักมาก และมีบทบาทมากทั้งในด้านการคลังและการจัดบริการ ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลโดยตรงต่อคุณภาพและปริมาณของบริการที่ต้องจัดให้เพียงพอ ระบบนี้จะมีการเมืองเข้ามาแทรกได้มากเมื่อเทียบกับระบบอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากต้องอาศัยเงินงบประมาณมาสนับสนุนการจัดบริการ นอกจากนั้นการที่ใช้งบประมาณที่จำกัดและแน่นอนทำให้การนำเอาเทคโนโลยีใหม่เข้ามานั้นสามารถทำได้ช้า และแน่นอนว่าทางเลือกสำหรับประชาชนก็ต้องจำกัดไปด้วย

## 2. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม ต้นแบบคือประเทศเยอรมันนี้ เรียกรูปแบบนี้ว่า Bismarck Model ตามชื่อของ Richard Bismarck ผู้เป็นต้นคิดของระบบนี้ ปรัชญาสำคัญของระบบนี้คือแนวคิดด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (Social Solidarity) กล่าวคือคนรวยช่วยคนจน คนมีสุขภาพดีช่วยคนมีสุขภาพด้อยกว่า คนหนุ่มสาวช่วยเด็กและคนชรา ลักษณะสำคัญของระบบนี้คือประชาชนทุกคนที่มีรายได้ต้องมีการจ่ายเงินจำนวนหนึ่งของรายได้ของตนเพื่อการประกันสุขภาพสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว รวมถึงกลุ่มคนที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือได้น้อย เพื่อครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ เช่นบริการด้านสุขภาพและอื่น ๆ โดยอัตราการจ่ายจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน เช่น การจ่ายเบี้ยประกันเป็นสัดส่วนของเงินเดือนซึ่งอาจเป็นอัตราตายตัวหรือเป็นในอัตราที่ก้าวหน้า แต่ส่วนใหญ่จะมีเพดานของเบี้ยประกัน ทั้งนี้ผู้ที่รับผิดชอบร่วมจ่ายด้วยนั้นปกติ คือนายจ้างหรือในบางประเทศรัฐบาลก็เข้าไปร่วมจ่ายด้วย และลูกจ้างก็จะได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กำหนดและรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วย (กรณีของไทยที่ปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมไปถึงครอบครัว) ระบบนี้ต่างจากระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติเพียงวิธีการบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งเงินทุนเท่านั้น สำหรับการบริหารจัดการนั้นอาจดำเนินการโดยรัฐเอง หรืออาจเป็นองค์กรเอกชนก็ได้ รัฐเพียงควบคุมกำกับและปกติผู้ให้บริการก็อาจเป็นได้ทั้งภาครัฐและเอกชน

รูปแบบนี้ถูกแทรกแซงจากระบบการเมืองน้อยกว่ารูปแบบแรก เนื่องจากการบริหารจัดการภายใต้กฎหมายของตนเอง มีความแน่นอนในด้านรายรับมากกว่ารูปแบบแรก เนื่องจากไม่ต้องไปแข่งขันกับกระทรวงอื่น ๆ ในด้านงบประมาณ และประชาชนก็ยินดีที่จะจ่ายมากกว่าการเพิ่ม



ภาษี ทั้งนี้เนื่องจากมองเห็นชัดเจนถึงวัตถุประสงค์ของการจ่าย แต่ข้อจำกัดของระบบนี้จะมีค่าบริหารจัดการที่สูงกว่าระบบแรก เนื่องจากต้องมีการเก็บเบี้ยประกันแยกต่างหาก นอกจากนี้ในประเทศที่มีประชาชนทำงานอยู่นอกระบบมาก ไม่มีรายได้ประจำจะทำให้การเก็บเบี้ยประกันมีความยากลำบากมากขึ้น ขณะเดียวกันปัญหาด้านเศรษฐกิจก็อาจมีผลกระทบต่ออำนาจการจ่ายเบี้ยประกันของประชาชน อย่างไรก็ตามระบบนี้ก็ยังคงมีความมั่นคงกว่าระบบแรก เนื่องจากประกันสังคมมีเงินสำรองที่เก็บจากผู้ประกันตนอยู่มากเมื่อเทียบกับการที่ต้องของงบประมาณจากรัฐบาล

### 3. ระบบบัญชีการออมเพื่อบริการสุขภาพ (Medical Saving Account)

รูปแบบนี้จะต้องมีบัญชีการออมของประชาชนทุกคนหรือทุกครัวเรือน เพื่อการใช้จ่ายสำหรับบริการด้านสุขภาพ แนวคิดหลักคือถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน แต่ความจำเป็นด้านสุขภาพก็เชื่อว่าไม่สามารถคาดการณ์ได้ทั้งหมด ปกติความจำเป็นด้านสุขภาพของคนจะมีสูงขึ้นเมื่อวัยมากขึ้น ดังนั้นการออมเพื่อบริการด้านสุขภาพจึงเป็นการวางแผนตั้งแต่วันที่ยังมีสุขภาพดีอยู่ เป็นการให้ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพของตนเองตลอดช่วงอายุขัยของตนเอง ระบบนี้มีข้อดีอยู่ที่ว่าการที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพจากบัญชีการออมของตนเองนั้น จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการใช้บริการที่เกินจำเป็นได้ อย่างไรก็ตามการออมอย่างเดียวก็อาจไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่าบริการได้ หากประสบกับการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพงมาก ดังนั้นในระบบนี้สิ่งที่จะต้องมีความคู่ไปด้วยคือการประกันสำหรับการเจ็บป่วยที่อาจทำให้ถึงกับล้มละลาย (Catastrophic insurance) ระบบนี้ถือว่าเป็นการประกันสุขภาพสำหรับตนเองในอนาคต และคาดว่าระบบนี้จะแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับประกันสังคมเมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนทุกคนรับผิดชอบอนาคตของตนเอง สำหรับในกรณีของประชาชนที่มีฐานะ ยากจน อาจไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการออม ก็จำเป็นต้องมีระบบรองรับซึ่งก็ไม่พ้นรัฐต้องเข้าไปจัดการโดยอาศัยระบบภาษีเข้ามาช่วย ในกรณีของสิงคโปร์ก็จะมี Medifund สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้หรือบัญชีเงินออมมีไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

บัญชีการออมเพื่อสุขภาพ เป็นกลไกในการระดมทุนสำหรับการใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพที่กำหนดเท่านั้น ระบบคล้ายกับการกองทุนบำเหน็จบำนาญ กล่าวคือมีการออมในขณะที่ยังมีรายได้ อยู่และสามารถถอนออกมาใช้ได้สำหรับบริการสุขภาพตามข้อกำหนด การที่ต้องออมเพื่อใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพเท่านั้น อาจทำให้คนไม่มีความสนใจในการออมพอดังนั้นจึงมีมาตรการเสริม เช่น ให้ใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพของบุคคลในครอบครัวด้วย หรือการจ่ายชดเชยเมื่อเจ็บป่วย

อย่างไรก็ดีไม่ว่าจะเป็นระบบการคลังแบบใด การคลังภาครัฐก็ยังไม่สามารถช่วยตัวเองได้ รัฐก็ต้องเข้าไปให้การช่วยเหลืออยู่ดี เช่น การจ่ายเบี้ยประกันให้แทนหรือการจ่ายค่าบริการให้แทน ในกรณีของระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ ในกรณีบัญชีเงินออมผู้ป่วยไม่พอจ่ายค่าบริการ เป็นต้น

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของการคลังแต่ละประเภท จะเห็นว่าต่างก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาตินั้นมีข้อเด่นด้านค่าบริหารจัดการต่ำ และมีความเป็นธรรมเนื่องจากระบบภาษีรายได้ส่วนใหญ่เป็นในอัตราก้าวหน้า แต่ก็มีข้อด้อยคือภาระทั้งหมดจะอยู่ที่ภาครัฐแต่ฝ่ายเดียวหรือเป็นส่วนใหญ่ หากรัฐบาลประสบปัญหาการจัดเก็บรายได้ก็จะมีผลกระทบมาก ส่วนระบบประกันสังคมนั้นจะมีความแน่นอนด้านการเงินมากกว่า ถึงแม้จะประสบกับปัญหาเศรษฐกิจก็ยังมีกองทุนสำรองอยู่ ต่างจากระบบงบประมาณและประชาชนยินดีจ่ายมากกว่าการจ่ายภาษี นอกจากนี้ยังสามารถดำเนินงานและกำหนดนโยบายได้อิสระกว่าระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ เนื่องจากการเมืองแทรกแซงได้น้อยกว่ามีกฎหมายรองรับ แต่ก็มีค่าบริหารจัดการสูงและหากมีประชาชนทำงานนอกระบบมากก็จะมีปัญหาด้านการจัดเก็บเบี้ยประกัน สำหรับระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพนั้น มีข้อเด่นตรงสามารถป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็นของประชาชนได้ เนื่องจากการจ่ายจากบัญชีตนเอง สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั่วหน้าได้โดยบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องมีการออมเพื่อสุขภาพ และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและสุขภาพของตนเอง แต่ก็มีข้อด้อยตรงที่ไม่ได้มีการกระจายความเสี่ยง และทรัพยากรระหว่างกลุ่มคนในสังคม คนที่มีฐานะยากจนจะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ทำให้อาจมีปัญหาด้านการขาดความเป็นธรรมได้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของระบบการคลังสาธารณสุขสำหรับการเข้าถึง  
บริการถ้วนหน้า<sup>(55)</sup>

ระบบการคลัง	ข้อเด่น	ข้อด้อย
ระบบบริการสาธารณสุข แห่งชาติ (National Health Service)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริหารจัดการต่ำ เนื่องจากไม่ต้องมีการจัดเก็บเบี้ยประกัน</li> <li>2. มีความเป็นธรรม ถ้าระบบภาษีโดยรวมมีลักษณะก้าวหน้า ซึ่งระบบภาษีที่เป็นธรรม จะประกอบด้วยภาษีรายได้ที่มีอัตราก้าวหน้าตามรายได้เป็นส่วนประกอบหลัก</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีความไม่แน่นอนต้องไปแข่งขันกับกระทรวงอื่นในการของบประมาณ</li> <li>2. ถูกการเมืองแทรกแซงได้ง่าย และมาก</li> <li>3. มีปัญหาเรื่องการขาดประสิทธิภาพของระบบราชการและการไม่ค้อยตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน</li> </ol>
ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีความแน่นอนของเงิน สำหรับบริการสุขภาพ</li> <li>2. ประชาชนมักยินดีจ่ายมากกว่าภาษี เนื่องจากมีวัตถุประสงค์ และได้ผลกลับคืนมาชัดเจน</li> <li>3. ค่อนข้างตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนดี</li> <li>4. ผู้ให้บริการมีรายได้ที่แน่นอน และดีขึ้นเมื่อเทียบกับระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริหารจัดการสูง</li> <li>2. ถ้าประชาชนส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบไม่ได้มีเงินเดือนประจำ จะมีปัญหาในการบริหารจัดการค่อนข้างมาก</li> <li>3. ในสังคมที่สัดส่วนผู้สูงอายุมาก จะทำให้ภาระการจ่ายเงินของคนทำงานเพิ่มขึ้น</li> </ol>
ระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ไม่ใช้บริการเกินจำเป็น</li> <li>2. ลดภาระของรัฐและสังคมโดยรวม เนื่องจากทุกคนรับผิดชอบต่อเฉพาะครอบครัวตนเอง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคล (หากไม่มีระบบเสริม) ซึ่งจะมีปัญหาด้านความเป็นธรรม</li> <li>2. มีปัญหาด้านการบริหารจัดการเหมือนประกันสังคม</li> </ol>

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่าง ๆ ประกอบด้วยประเทศแคนาดา อังกฤษ ออสเตรเลีย เยอรมันนี ญี่ปุ่น ไต้หวัน เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ ต่างก็มีวิวัฒนาการในการริเริ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ (Coverage) ระบบการคลังสาธารณสุข (Finance) การจัดผลิตบริการ (Supply) ที่แตกต่างกัน

## 5.2 วิวัฒนาการของการริเริ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <sup>(55,56)</sup>

ประเทศแคนาดา มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีวิวัฒนาการมาจากระบบประกันโรงพยาบาล (Hospital Insurance) และในปี 1956 ได้ออกเป็นกฎหมาย Hospital Insurance and Diagnostic Service (HIDS) เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนที่รับบริการจากโรงพยาบาล และในปี 1966 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ปรับเปลี่ยนเป็นระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมาย Medical Care Act

ประเทศอังกฤษ ประชากรทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเจ็บป่วย มีสิทธิใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการตั้งแต่ปีค.ศ.1948 มีการออกพระราชบัญญัติ National Health Service Act และก่อตั้ง National Health Service เป็นองค์กรหลักในการบริหารงานด้านสุขภาพ

ประเทศออสเตรเลีย ในการดำเนินนโยบายเพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นได้มีการจัดตั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำหนดของกฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายสาธารณสุขชื่อ National Health Act และดำเนินงานภายใต้ระบบบริการชื่อ Medicare Program

ประเทศเยอรมันนี มีการประกันสังคมเกิดขึ้นเป็นประเทศแรก คือตั้งแต่ปี 1881 ภายใต้การปกครองของ Bismarck ซึ่งต้องการให้ประชาชนในความปกครองที่เป็นลูกจ้างได้รับบำนาญ โดยให้นายจ้างและรัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายของการประกันสังคม และในปี 1883 ได้ตรากฎหมายประกันสังคมฉบับแรกขึ้นบังคับใช้เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้าง ในเรื่องการรักษาพยาบาล ยารักษาโรค และให้ประโยชน์ทดแทน กรณีเจ็บป่วย หากผู้ประกันตนไม่สามารถทำงานได้ และในปี 2432 ได้มีการบัญญัติกฎหมายให้ความคุ้มครองแก่ผู้ทุพพลภาพและคนชราขึ้น

ประเทศญี่ปุ่น ริเริ่มจากการออกกฎหมายประกันสุขภาพในปี 1992 โดยใช้ระบบประกันสุขภาพแบบเยอรมันนี และได้มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมขึ้นในปี 1938 เพื่อดูแลด้านสุขภาพประชาชนหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และอิทธิพลจากประเทศอเมริกาได้ทำให้ญี่ปุ่นประกาศกฎหมายรัฐธรรมนูญ ซึ่งบัญญัติให้รัฐบาลรับผิดชอบด้านสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข

ประเทศไต้หวัน ระบบประกันสุขภาพแรงงานเป็นระบบแรกที่มีในไต้หวัน หลังจากนั้นก็มีระบบประกันสังคมและประกันข้าราชการ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนได้ทั้งหมด ด้วยปัจจัยการเติบโตของเศรษฐกิจ และการขัดแย้งทางการเมืองของระบบ กับฝ่ายค้านผลักดันให้รัฐบาลสร้างความมั่นคงทางการเมืองโดยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2000 (Health Insurance For All by the Year 2000) และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจึงได้จัดให้มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ขึ้น

ประเทศเกาหลีใต้ เริ่มมีระบบประกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพ ซึ่งมีรากฐานมาจากรูปแบบ Bismarck's Model หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 1977 ได้ออกกฎหมายประกันสุขภาพโดยการบังคับให้โรงงานที่มีลูกจ้างมากกว่า 500 คนเข้าร่วมระบบประกันสังคม และในปี 1983 ได้มีกฎหมายประกันความเจ็บป่วยจากการทำงานในโรงงาน

ประเทศสิงคโปร์ ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้ประกาศให้ความสำคัญกับเรื่องสาธารณสุขว่ามีความสำคัญเป็นอันดับห้า ถัดจากเรื่องความมั่นคงของประเทศ การจัดการงานทำ ที่พักอาศัยและการศึกษา

สำหรับประเทศไทยนั้น จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพ ดังนี้

1.สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการการรักษายาบาลที่รัฐบาลจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

1.1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล รัฐบาลได้เริ่มให้หลักประกันประชาชนผู้มีรายได้น้อย ให้สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้ โดยไม่คิดมูลค่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ในสมัยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี และดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศ ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 1,500 บาท เป็นเส้นแบ่งความยากจน เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2524 และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,800 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 2,000 บาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นไป

1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล โครงการนี้ปรากฏเป็นนโยบายตั้งแต่รัฐบาล พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี แต่เริ่มมีงบประมาณดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2534 จำนวน 48.5 ล้านบาท ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลรวมเป็นงบประมาณโครงการเดียวกับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้ทั้งหมด 4.2 ล้านคน

1.3 โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ ได้ตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหักไว้ 3 บาทกันไว้ที่โรงเรียน สำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนในสถานีนามัยหรือโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยที่เหลือ 27 บาทนั้น ให้จังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลเหล่านั้นสัญญาจะให้บริการฟรีแก่นักเรียนที่เจ็บป่วย จำนวนนักเรียนที่ใช้ในการขอตั้งงบประมาณ ได้จากการสำรวจนักเรียนที่มีได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของระบบใด ๆ แต่ในทางปฏิบัติโรงเรียนต้องออกบัตรให้กับนักเรียนทุกคน เพราะจะเกิดปัญหาการแบ่งแยกเกิดขึ้น ในปี 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 180.9 ล้านบาท และ 125 ล้านบาท ในปี 2535 โดยครอบคลุมนักเรียน 6.7 และ 4.17 ล้านคนตามลำดับ

1.4 โครงการสงเคราะห์เด็ก 0-12 ปี การประกันสุขภาพในเด็กนักเรียนได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยเฉพาะนักเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ อายุ 6-12 ปีเท่านั้น ที่ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่าจากสถานบริการของรัฐ ในขณะที่นักเรียนที่สังกัดอื่น ๆ หรือไม่ได้อยู่ในโรงเรียน จะไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพดังกล่าว จนถึงสมัยรัฐบาลนายชวน หลีกภัย ได้ขยายหลักประกันทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเด็กตั้งแต่ 0-12 ปีทั้งหมดงบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งให้ผ่านกระทรวงศึกษาธิการ และส่วนอื่นรวมอยู่ในงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งทั้งสี่โครงการรวมเรียกว่า สวัสดิการการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมประชากรรวมทั้งสิ้น 29.3 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 48.1<sup>(54,57)</sup>

1.5 สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงาน รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ทำงานกับภาคราชการ จะได้รับ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด ซึ่งคุ้มครองถึงบิดา มารดา คู่สมรสและบุตร แต่ก็เป็น สวัสดิการที่ขาดเงินเดือนที่ได้รับในอัตราที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับลูกจ้างในภาคเอกชน ขณะนี้มีประชาชนที่ครอบคลุมรวมทั้งสิ้น 6.7 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 13<sup>(21)</sup>

1.6 สวัสดิการรักษาพยาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ รัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้โดยเฉพาะ แต่อาศัยงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนโครงการสวัสดิการประชาชน ข้อ 1 ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น ๆ เช่น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระภิกษุสามเณร เป็นต้น เริ่มปรากฏเป็นนโยบายชัดเจนในรัฐบาลสมัยของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัยครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.0 ล้านคน กำหนดผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนและครอบครัว ซึ่งเริ่มได้รับประกันเช่นกันในรัฐบาลชุดนี้ ครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.5 ล้านคน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับหลักประกันทางด้านนี้ 0.61 ล้านคน

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

2.1 กองทุนเงินทดแทนแรงงาน ได้ดำเนินงานภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนด อัตราร้อยละ 0.2-0.3 ของค่าจ้างเข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว (Employer Liability Scheme) การมีกองทุนนี้ก็เพื่อให้หลักประกันการเจ็บป่วยแก่ลูกจ้าง ซึ่งปฏิบัติงานให้กับนายจ้างตามกฎหมายแรงงาน

2.2 กองทุนประกันสังคม โครงการนี้ปรากฏเป็นจริงในรัฐบาล สมัยพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี และได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ในปีแรกจะบังคับใช้กฎหมายโดยคุ้มครองแรงงานไทยในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ประมาณ 4 ล้านคน ให้มีหลักประกันในด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ และต่อมาในเดือนกันยายน 2536 ได้ขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ซึ่งจะทำให้แรงงานไทยได้รับการคุ้มครองเพิ่มมากขึ้นอีกประมาณ 0.5 ล้านคน โครงการนี้ให้การดูแลผู้ประกันตน โดยการทำสัญญาจ้าง (Subcontract) สถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชน ในราคา 700 บาทต่อคนต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 800 บาทต่อคนต่อปีในปี 2539-2540 และในปี 2541-2542 เพิ่มขึ้นเป็น 900 บาทและ 1,000 บาทต่อคนต่อปี

2.3 กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 โดยเจ้าของหรือผู้คุ้มครองรถยนต์หรือรถอื่นที่กฎหมายกำหนด ต้องจ่ายเบี้ยประกันตามกฎหมาย และจะคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์เมื่อบาดเจ็บหรือตาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ประสบภัยมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชน ที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ ประกอบด้วย

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นการดำเนินงานด้านธุรกิจของบริษัทเอกชนในการประกันสุขภาพ ทั้งนี้เป็นการเพิ่มเติมต่อทำยกรรมธรรม์ประกันชีวิต และการธุรกิจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพอย่างเดียว รวมทั้งระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในธุรกิจเอกชน ประชาชนสามารถซื้อหลักประกันเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มก็ได้ ซึ่งสามารถทำได้เป็นหลายรูปแบบ ได้แก่

3.1.1 การซื้อกรรมธรรม์เพื่อคุ้มครอง และให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากกรรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทต่าง ๆ ในระบบประกันบุคคลหรือประกันหมู่

3.1.2 การซื้อกรรมธรรม์ประกันวินาศภัย โดยเฉพาะประกันอุบัติเหตุ โดยรวม การคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพ

3.1.3 การซื้อกรรมธรรม์ประกันสุขภาพโดยเฉพาะจากบริษัทที่จดทะเบียนทำธุรกิจประกันภัย

การประกันสุขภาพเอกชนมีข้อจำกัด คือให้การคุ้มครองสำหรับลูกจ้าง หรือผู้มีรายได้สูงพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ ศักยภาพในการขยายการคุ้มครองมีน้อย ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงมาก การจ่ายแก่โรงพยาบาลและแพทย์เป็นแบบ fee-for-service ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้น ซึ่งสะท้อนไปยังเบี้ยประกันที่สูงขึ้นไปอีก การประกันสุขภาพกับเอกชน ดำเนินการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 9 แสนคน ในปี 2535 และ 1.2 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 2<sup>(57)</sup>

3.2 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานโดยอาศัยการพัฒนารูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพ โครงการนี้มีความมุ่งหวังที่จะให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ที่มีรายได้อยู่ในระดับต่ำ ไม่สามารถรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเอง หรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยได้ ขณะนี้ครอบคลุมประชาชนประมาณ 8.5 ล้านคนหรือร้อยละ 13.9

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่บัตรประกันสุขภาพซึ่งเป็นบัตรให้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรี จากสถานพยาบาลที่กำหนด หากเจ็บป่วยเกินความสามารถ สถานพยาบาลนั้นจะส่งไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า บัตรประกันสุขภาพออกตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ปัจจุบันมีชนิดเดียวคือบัตรครอบครัว

บัตรครอบครัว ได้แก่บัตรประกันสุขภาพที่ออกให้แก่ ผู้มีประกันหลายคนใช้ร่วมกัน ผู้ที่มีชื่ออยู่ในบัตรเรียกว่า ผู้มีประกัน แต่มีบัตรเสริมที่เรียกว่า “บัตรข้ามเขต” ที่ออกให้แก่ผู้มีประกันคนหนึ่งที่มีชื่ออยู่ในบัตรครอบครัวอยู่แล้ว เพราะมีเหตุจำเป็นที่จะต้องย้ายที่อยู่ชั่วคราวไปอยู่ต่างถิ่นเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนไม่อาจกลับไปรับบริการจากสถานบริการประจำครอบครัวได้โดยสะดวก เช่น ไปศึกษา ไปทำงาน เป็นต้น



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(58)</sup> หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

ในปัจจุบัน“บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า”<sup>(59)</sup> หรือเรียกอีกอย่างว่า “บัตรทอง” ได้รวมเอาผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(บัตร สปร.) และบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ (บัตร 500 บาท) เข้าด้วยกัน รายละเอียดดังนี้

“บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือเรียกอีกอย่างว่า “บัตรทอง” จำแนกเป็น 2 ประเภทคือ

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ข้อสังเกต ไม่มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณียกเว้นเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(บัตร สปร.) ข้อสังเกต มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านเว้นแต่

1. บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
2. บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
3. บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

### หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(60)</sup>

โครงสร้าง“30บาท รักษาทุกคน” ที่รัฐบาลคิดและเร่งผลักดันอยู่ในขณะนี้ มีจุดที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

1. การจัดระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชาชน เป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับผู้คนในสังคม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ผู้คนยากไร้ ด้อยโอกาส ผู้อยู่ห่างไกลที่เคยเสียเปรียบมาตลอด จะได้รับความเสมอภาคมากขึ้น สำหรับระบบการจ่ายเงินมีการคิดรายละเอียดหลายวิธีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน และเกิดความรับผิดชอบในการจัดบริการแก่ ประชาชนมากที่สุด

2. การรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ในชุดบริการหลักควบคู่กับการรักษาพยาบาล และกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว

3. การมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านใกล้ใจเพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาลทั้งรัฐ

และเอกชนในระดับที่สูงกว่า เพื่อให้เครือข่ายสถานบริการร่วมกันดูแลรับผิดชอบประชาชนเป็นกลุ่มก้อนที่ชัดเจน

4. การพยาบาลสร้างกลไกพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการทุกระดับ ตลอดจน การสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ดีและสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพโดยรวมเช่นกัน

### 5.3 การครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ (Coverage) <sup>(55,56)</sup>

ประเทศแคนาดา มีระบบบริการครอบคลุมบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานและบริการในโรงพยาบาล การบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของแคนาดาไม่มีการกำหนดไว้ชัดเจนว่าจะอะไรคือขั้นพื้นฐานที่จำเป็น รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดขอบเขตสิทธิประโยชน์ การดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ประเทศอังกฤษ ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคนใช้ระบบประกันที่เป็นภาคบังคับลักษณะหลักของระบบ Population-based สิทธิประโยชน์ครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในยา ป้องกันฟันฟู สามารถเลือกแพทย์เวชปฏิบัติได้ แพทย์ปฏิบัติเป็นผู้ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางและโรงพยาบาล

ประเทศออสเตรเลีย จะมีโครงการ Medicare Program ซึ่งเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีสิทธิประโยชน์ประกอบด้วยบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การบริการการตรวจรักษา การชันสูตร เอ็กซเรย์ และการผ่าตัดที่จำเป็นบางประเภท เช่น ผ่าตัดช่องปากบางรายการ การบริการในโรงพยาบาล รวมถึงค่าอาหารและค่าผ่าตัด สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้จะไม่ครอบคลุมรายจ่ายแว่นตา คอนแทคเลนส์ ทันตกรรมทั่วไป กายภาพบำบัด ตรวจร่างกายประจำปี ผ่าตัด ตกแต่ง ถ่ายทดแทนเงินเดือนหรือค่าบริการสำหรับคนในครอบครัวแพทย์และผู้ร่วมงานแพทย์

ประเทศเยอรมันนี ในการจัดบริการจะครอบคลุมทั้งด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก อนามัยโรงเรียน จัดหาน้ำสะอาด กำจัดของเสีย อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเยอรมันนีนั้นจะมีการจัดบริการขั้นพื้นฐานครบถ้วนครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และค่าเดินทางเพื่อรับบริการ ส่วนบ้านพักผู้ป่วยเรื้อรังและบ้านพักคนชราจะอยู่นอกความรับผิดชอบของระบบประกันสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบขององค์กรท้องถิ่นหรือ องค์กรการกุศล

ญี่ปุ่น มีระบบประกันสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ employee-based, community-based, health program for elderly และ private managed insurance ซึ่งทั้ง 4 ประเภทนี้จะครอบคลุมผู้ประกันตนและครอบครัวโดยคุ้มครองการบริการทางการแพทย์ เช่น การตรวจวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วยฉุกเฉินและเรื้อรัง บริการทางทันตกรรมและยารักษาโรค ส่วนการตรวจร่างกายประจำปี และการคลอดบุตรนั้นไม่ได้รับการคุ้มครอง ยกเว้นในการผ่าตัดคลอดบุตร นอกจากนี้ยังมีสิทธิประโยชน์อื่น ๆ อีก ได้แก่ ค่าบริการทางการแพทย์ เงินตอบแทนเงินเดือน การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ เงินชดเชยมารดา เงินตอบแทนแม่และเด็ก ค่าทำศพ และค่าเดินทางเพื่อรักษาบาดแผล

ไต้หวัน มีระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบที่สำคัญ ได้แก่ (1) ระบบประกันสุขภาพแรงงานสำหรับลูกจ้างโรงงานเอกชน (2) ระบบประกันสุขภาพข้าราชการ สำหรับข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว (3) ระบบประกันสุขภาพชาวนา สำหรับชาวนาทุกคน ใน 3 ระบบนี้จะครอบคลุมประชาชน 58 % ผู้ที่มีหลักประกันได้แก่เด็ก นักเรียน สตรีทำงานนอกบ้าน และผู้สูงอายุประมาณ 43 % ที่เหลือเป็นทหารและครอบครัว ที่มีระบบประกันสุขภาพทหารแยกต่างหาก สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบจะครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ทั้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเรื้อรัง การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาการเจ็บป่วยทางจิตประสาท ทันตกรรม การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลที่บ้าน

เกาหลีใต้ สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของเกาหลีใต้นั้นค่อนข้างจำกัดกว่าของญี่ปุ่นมาก เนื่องจากมีเบี้ยประกันต่ำ ระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมด้านการบริการทางการแพทย์ สำหรับการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อนามัยมารดา การผ่าตัด ยา บริการพยาบาลและค่าพาหนะในการนำส่งผู้ป่วย นอกจากนี้ก็มีสิทธิประโยชน์ที่เป็นตัวเงินสำหรับการดูแลรักษาตัว และกรณีเสียชีวิตเป็นค่าทำศพ สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมประกอบด้วย การผ่าตัดเสริมสวย ค่าห้องที่เกินกว่าสิทธิประโยชน์ที่ให้ การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำร้ายตัวเอง การไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยตรงไม่ผ่านการส่งต่อ นอกจากนี้ก็มีบริการหลายอย่างที่ไม่ครอบคลุม ซึ่งผู้ป่วยต้องจ่ายเองเต็มราคา เช่น ค่าอาหาร Sonogram MRI (Magnetic Resonance Image)

สิงคโปร์ สิทธิประโยชน์ของระบบบัญชีการออมของสิงคโปร์นั้นค่อนข้างจำกัด เนื่องจากจะใช้เงินในบัญชีนั้นได้ ต้องเป็นการจ่ายสำหรับบริการที่รักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และบริการที่มีราคาแพง ในผู้ป่วยนอกบางประเภทเท่านั้น เดิมครอบคลุมเฉพาะเตียงสามัญเท่านั้น ต่อมาได้ครอบคลุมเตียงทุกประเภท รวมถึงการใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ของบุคคลในครอบครัว ในบริการผู้ป่วยนอกนั้น คริวเรือนต้องรับผิดชอบเอง ประชาชนมีสิทธิและทางเลือกในการไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ ทั้งของรัฐและเอกชน ในภาครัฐนั้นจะมีการเก็บค่าบริการในอัตราตายตัว คือครั้งละ 7 เหรียญสำหรับผู้ใหญ่ และ 3.5 เหรียญสำหรับผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

สำหรับประเทศไทย ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ 4 ประเภทหลัก ๆ นั้น แต่ละประเภทจะครอบคลุมกลุ่มประชาชนเป้าหมายต่างกันไป คือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกเป็น 2 ประเภทคือ

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ขอสังเกต ไม่มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

#### สิทธิของการรับบริการทางการแพทย์

1. บริการทางการแพทย์ ที่ได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
  - 1.1 การตรวจและการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
  - 1.2 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
  - 1.3 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง
  - 1.4 การวางแผนครอบครัว
  - 1.5 ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
  - 1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
  - 1.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
  - 1.8 การให้คำปรึกษา
  - 1.9 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก
2. บริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ
  - 2.1 การตรวจ วินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา
  - 2.2 การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีที่บุตรมีชีวิตรอดอยู่)
  - 2.3 ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ
  - 2.4 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาท ฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่
  - 2.5 ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
  - 2.6 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
3. บริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิต้องเสียค่าบริการและค่าใช้จ่ายเอง
  - 3.1 โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน
  - 3.2 การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติด

3.3 อุบัติเหตุการประสพภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

3.4 การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม

3.5 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.6 การตรวจวินิจฉัยและรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.7 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาดำเนินในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วันยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.8 การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

3.9 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.10 ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

3.11 การเปลี่ยนอวัยวะ

การตรวจสุขภาพตามสิทธิประโยชน์

- กลุ่มอายุ 21 – 40 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ 1 – 2 ครั้ง/ปี
- กลุ่มอายุ 41 – 60 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
- กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทุกปี

**การตรวจสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มอายุ 21 – 40 ปี และกลุ่มอายุ 41 – 60 ปีขึ้นไป**

1. ตรวจวัดความดันโลหิต ปีละครั้ง
2. ตรวจวัดสายตา ควรตรวจทุก 3 ปี สำหรับผู้ที่มีอายุ 41 – 60 ปี ควรตรวจทุก 2 ปี และสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรตรวจทุกปี
3. ตรวจความเข้มข้นของเลือด ตรวจปีสภาวะ ตรวจอุจจาระควรตรวจทุก 3 ปี
4. เริ่มตรวจหาไขมันในเส้นเลือด เมื่ออายุ 35 ปี และควรตรวจทุก 3 ปี
5. เริ่มตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออายุ 50 ปี และควรตรวจทุก 3 ปี
6. การตรวจ HIV ควรตรวจตามความสมัครใจ ก่อนสมรส
7. การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี เริ่มตรวจเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ หรืออายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจปีละครั้ง
8. การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรี แนะนำให้ตรวจโดยตนเอง เดือนละครั้ง และสตรีที่มีอายุ 41 – 60 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมโดยแพทย์ ปีละครั้ง

9. ควรได้รับการกระตุ้นวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักทุก 10 ปี และสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน

10. การตรวจทางทวารหนัก (Rectal Exam) ตรวจเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป ควรตรวจปีละครั้ง  
**การรับบริการทางการแพทย์**

การไปรับบริการทางการแพทย์ ให้ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวหรือเครือข่ายหน่วยบริการ เว้นแต่ กรณี เจ็บป่วยฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี และต้องแจ้งให้หน่วยบริการประจำครอบครัวทราบทันที ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก เพื่อให้หน่วยบริการประจำครอบครัวพิจารณาขยาย และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายกรณีที่ไม่มีการแจ้งให้หน่วยบริการทราบ ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

**2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณียกเว้นเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท** ออกให้ผู้ที่มิบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล(บัตร สปร.) ข้อสังเกต มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

โดยรวมโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูลเดิม (สปร.) และโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ 500 บาทไว้ด้วยกัน ซึ่งผู้มีบัตรจะมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล สิทธิของบัตรจะครอบคลุมในเรื่องของ (1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด และสารทดแทนค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้บำบัดรักษาโรค (2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าแว่นตา (3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องทดลอง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าทำเนียบพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ (4) ค่าอุดฟันธรรมดา ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (Acrylic) เป็นฐาน (5) ค่าห้องและอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ยกเว้น ค่าห้องพิเศษ

ส่วนบัตรประกันสังคม สิทธิที่ได้รับจะครอบคลุม (1) การเจ็บป่วยเป็นค่ารักษาเหมาจ่าย ได้แก่ (1.1) ค่ารักษาโดยแพทย์เชี่ยวชาญพิเศษ เช่น การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ (1.2) ค่าทำหมัน (1.3) ค่ารักษากรณีฉุกเฉิน

คุ้มครองค่ารักษาใน 72 ชั่วโมงแรกโรงพยาบาลใดก็ได้ (1.4) กรณีอุบัติเหตุคุ้มครองค่ารักษาใน 72 ชั่วโมงแรก (1.5) การผ่าตัดใส่เลนส์เทียมของลูกตา (1.6) ทันตกรรม (1.7) การปลูกถ่ายไขกระดูก (1.8) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือด สัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง (1.9) เงินทดแทนการขาดรายได้ (% ของค่าจ้าง) (2) การคลอดบุตร เช่น ค่าคลอด เงินทดแทนการขาดรายได้ 50 % ของค่าจ้าง (3) ทูพพลภาพ เช่น ค่ารักษาพยาบาล เงินทดแทนการขาดรายได้ 50 % ของค่าจ้าง ค่าทำศพ เงินสงเคราะห์ทายาท (4) ตาย เช่นค่าทำศพ เงินสงเคราะห์ทายาท (5) สงเคราะห์บุตร (6) ชราภาพ เช่น บำเหน็จชราภาพ บำนาญชราภาพ และสุดท้ายสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะครอบคลุมสำหรับตัวข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเอง บุตรตามกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน คู่สมรสและบิดามารดา โดยจะได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและใน จะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวนที่จ่ายจริง เว้นแต่ (1) ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม จะเบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด (2) ค่าห้อง ค่าอาหารจะเบิกรวมกันได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด คือไม่เกิน 600 บาทต่อวัน

#### 5.4 ระบบการคลังสาธารณะของระบบประกันสุขภาพ (Financing) <sup>(55,56)</sup>

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่าง ๆ มีรูปแบบการจัดตั้งกองทุนและระบบบริการจ่ายค่าตอบแทนแตกต่างกัน ได้แก่

ประเทศแคนาดา มีระบบกองทุนรวมกองทุนเดียว (Single Fund) และมีผู้จ่ายรายเดียว (Single Payer) โดยเงินอุดหนุนการบริการได้จากการเก็บภาษีประชาชนผู้ด้อยโอกาสในสังคม รัฐบาลกลางและท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้การอุดหนุน และรับเป็นภาระ โดยไม่มีการจัดเกณฑ์การวัดรายได้ (mean-test) มาคัดกรอง ซึ่งต่างจากของไทยที่ใช้เส้นแบ่งเขตรายได้ขั้นต่ำมาคัดกรองในการให้บัตร สปร.

ประเทศอังกฤษ มีกองทุนเดียว (National Health Service ,NHS ) มาจากภาษีทั่วไป จากค่ายาและรายได้อื่นอีกเล็กน้อย งบประมาณมีการจัดสรรเป็นรายปี ส่วนของบริการเอกชน มาจากการประกันเอกชน การซื้อประกันเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง

ประเทศเยอรมันนี ประกอบด้วยกองทุนหลายกองทุน (Multiple Fund) โดยจัดตั้งในรูปกองทุนเพื่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นแหล่งเงินที่สำคัญ ส่วนใหญ่ของเงินกองทุนจ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ เงินสนับสนุนบริการสุขภาพของเยอรมันนี มาจากภาษีของรัฐบาลกลาง และท้องถิ่น ประมาณ 21 % อีก 60 % มาจากภาษีรายได้ ที่เหลือ 11 % มาจากผู้ป่วยจ่ายร่วม และ 7 % มาจากประกันสุขภาพเอกชน

ประเทศออสเตรเลีย มีโครงการ Medicare Program เป็นโครงการสร้างหลักประกัน ถ้วนหน้าโดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย (co payment) และหากผู้ใดไม่ปฏิบัติ จะมีข้อลงโทษ โครงการนี้จะ คัดกรองการใช้บริการแก่ประชาชนออสเตรเลียทุกคน และชาวต่างประเทศที่ได้มีการทำสัญญา กับ ออสเตรเลีย แหล่งเงินของโครงการมาจากทั้งภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐได้รับการ อุดหนุนจากงบประมาณ ภาคเอกชนมาจากการจ่ายภาษีสุขภาพ ประชาชนออสเตรเลียต้องจ่าย ภาษี สุขภาพ 1.5-2.5 % ของเงินได้ตามระดับรายได้

ประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วยกองทุนหลายกองทุนและผู้จ่ายหลายราย (Multiple Fund and Multiple Payers) ระบบบริการสุขภาพ ญี่ปุ่นได้รับเงินอุดหนุนจากงบประมาณรัฐ ประชาชน จ่ายเอง และจากเงินกองทุนประกันสุขภาพ ที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมจ่าย

ประเทศไต้หวัน มีระบบประกันสุขภาพที่เป็นระบบกองทุนเดียว (Single Fund) ต่างจาก ของญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ ทั้งนี้เพื่อต้องการให้มีประสิทธิภาพ และใช้อำนาจการจ่ายอย่างเต็มที่ โดยกำหนดอัตราการจ่ายที่เป็นมาตรฐานภายใต้งบประมาณยอดรวม (Uniform fee schedule with a global budget) ในปัจจุบันประชาชนร้อยละ 96 อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการของโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางเพื่อให้มีประสิทธิภาพ สูงขึ้นกว่าเดิมในเชิงมหภาค ได้แก่ มีระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายคนเดียว มีตารางราคาที่เหมาะสม และจัดสรรงบประมาณแบบก้อน ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลเองพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ให้ลดลง โดยการใช้มาตรการ 4 อย่าง เพื่อให้มีประสิทธิภาพเชิงจุลภาค คือ ให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย มีการ จัดทำสัญญาการบริการใช้ระบบการจ่ายเงินล่วงหน้า มีการวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพ

ประเทศเกาหลีใต้ มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน และแยกการบริหารจัดการ เกาหลีใต้มีการแบ่งระบบประกันสุขภาพออกเป็นเขต ตามเขตการปกครองของรัฐบาลหรือเขต ตามสภาพภูมิประเทศ เกาหลีใต้มีปัญหาเรื่องกองทุนที่แยกออกจากกันมาก แม้ว่าจะมีอิสระ แยกจากรัฐบาล แต่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมยังคงอำนาจแต่งตั้งประธานบอร์ด จึงทำให้กองทุนต่าง ๆ ไม่สามารถดำรงความเป็นทางการได้ดี

ประเทศสิงคโปร์ นั้นมีระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ ไม่มี กองทุนประกันสุขภาพ แต่จะใช้ระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account) แทน โดยระบบนี้ขยายมาจากกองทุนบำเหน็จบำนาญกลาง (Central Provident fund) ซึ่งจะ หักจากบัญชีเงินเดือนของประชาชนอยู่แล้ว ทั้งนี้ลูกจ้างและนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน และจากกองทุนจะโอนเข้าบัญชีเงินออมเพื่อสุขภาพของแต่ละบุคคลในอัตราร้อยละ 6-8 % ตาม กลุ่มอายุ บัญชีนี้จะเป็นเงินของแต่ละบุคคล แต่จะสามารถนำออกมาใช้เพื่อจ่ายเป็นค่าบริการ ทางการแพทย์ สำหรับการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น



สำหรับประเทศไทย มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน (Multiple funds) และแยกการบริหารจัดการ เช่นระบบประกันสังคม ประกอบด้วย 2 กองทุนคือ กองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม หน่วยงานที่บริหารจัดการ คือสำนักงานประกันสังคม นอกจากนี้ยังมีกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งบริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสุขภาพ

### 5.5 การจัดผลิตบริการ (Supply) <sup>(55,56)</sup>

ประเทศแคนาดา ภายใต้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลของจังหวัดต่าง ๆ รับผิดชอบในการดูแลจัดการระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ข้อแนะนำของรัฐบาลกลาง ระบบบริการสุขภาพจะบริหารจัดการด้วยองค์กรรัฐอิสระ เพื่อให้มีการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น เอกชนมีส่วนร่วมจัดบริการในส่วนที่นอกเหนือจากภาครัฐจัดขึ้น

ประเทศอังกฤษ รัฐบาลเป็นผู้จ่ายและจัดบริการ โดยเป้าหมายของการปฏิรูปไม่ใช่การเพิ่มงบประมาณแต่ต้องการให้เพิ่มผลิตภาพ (productivity) ใช้ภาษีทั่วไปในการสนับสนุนแยกองค์กรและบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ ผู้ซึ่งพันกันโดยสัญญา (Contract) เป็นการสร้างระบบตลาดภายใน มีการกระจายอำนาจให้อิสระแก่หน่วยงานผู้ให้บริการและ Health Authority ในการบริหารงานแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิ ประชาชนส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่ขึ้นทะเบียนกับ National Health Service (NHS) แต่ละคนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่ตนเองต้องการหรือเปลี่ยน (GP) ก็ได้

ประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลจัดตั้งโรงพยาบาลและคลินิกที่แยกตัวเป็นองค์กรอิสระ โดยให้มีการกระจายอำนาจทั่วทั้งประเทศ

ประเทศญี่ปุ่น ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้น ทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนสามารถเป็นผู้ให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ในกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ เทศบาลแต่ละท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันและให้หลักประกันแก่ประชาชนในพื้นที่ของตน ซึ่งผู้ให้ประกันไม่ได้ทำสัญญาการซื้อขายบริการกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นผู้ให้บริการกับผู้ประกันตน ซึ่งมีทั้งของรัฐและเอกชน เมื่อได้รับอนุญาตแล้วสถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกัน โดยผ่านองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบในการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ (Medical Fee Payment Fund) ผู้ประกันตนนั้นจ่ายเพียงส่วนร่วมจ่าย ที่กำหนดเท่านั้นให้กับสถานพยาบาลที่ตนไปรับบริการ

ประเทศไต้หวัน จะมีสำนักงานประกันสำนักงานแห่งชาติเป็นผู้ทำสัญญา (Contract) กับผู้ให้บริการกับภาครัฐและเอกชน และมีการจ่ายเงินเป็นระบบล่วงหน้า (Prospective payment)

ประเทศเกาหลีใต้ กองทุนประกันสุขภาพใช้ในลักษณะการทำสัญญา (Contract) กับสถานพยาบาลเช่นเดียวกับประเทศไทย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของต่างประเทศ<sup>(55)</sup>

หัวข้อ	แคนาดา	ออสเตรเลีย	เยอรมันนี
รูปแบบ	National Health Service (Medicare)	National Health Insurance (Medicare)	Bismarck's Model
ประเภทการบริการ	การแพทย์พื้นฐานและบริการโรงพยาบาล	สาธารณสุขชุมชนการแพทย์พื้นฐานและบริการโรงพยาบาล	บริการแพทย์พื้นฐานและเฉพาะทาง
ผู้ให้บริการ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ประจำครอบครัว และแพทย์เฉพาะทาง	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และเฉพาะทาง	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และเฉพาะทาง
ระบบการส่งต่อ	เข้มแข็งจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง	เข้มแข็งจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง	เข้มแข็งจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง
องค์กรบริหารจัดการ	องค์กรรัฐอิสระ	รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น	กองทุนเพื่อการเจ็บป่วย
ความครอบคลุม	ประชาชนทุกคน	ประชาชนทุกคนและชาวต่างชาติที่มีสัญญา	ประชาชนทุกคน (0.1% ไม่มีหลักประกัน)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (% ต่อ GDP)	10.3 (1994)	8.5 (1994)	8.7 (1994)
แหล่งเงิน	ภาษีบุคคล ภาษีสินค้า ภาษีเหล้า บุหรี่ น้ำมัน ลี้อตเตอร์รี่ เบี้ยประกัน	งบประมาณรัฐ และ ภาษีสุขภาพ (1.5 % - 2.5 % ของรายได้) ยกเว้นผู้ยากจน	ภาษีรัฐบาลกลางและท้องถิ่น ภาษีรายได้ ประชาชนจ่ายเอง ประกันสุขภาพเอกชน เงินกองทุนประกันสุขภาพ

หัวข้อ	แคนาดา	ออสเตรเลีย	เยอรมันนี
การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ	ตามรายการรักษาพยาบาล	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจ่ายตามรายการรักษาพยาบาล แพทย์โรงพยาบาลจ่ายเป็นเงินเดือน	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจ่ายตามรายการรักษาพยาบาล แพทย์โรงพยาบาลจ่ายเป็นเงินเดือน
อุปสรรคในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	การประท้วงของแพทย์	ต่อต้านจากภาครัฐและเอกชน	วิกฤตเศรษฐกิจ
การจัดสรรทรัพยากร	เป็นก้อนตามจำนวนประชากรผ่าน Canada Health and Social Transfer (CHST)	รัฐบาล Common Health สนับสนุนการแพทย์พื้นฐาน การจัดหาและการพยาบาลดูแลทั่วไป รัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนการบริการโรงพยาบาล	เบิกจ่ายย้อนหลังโดยใช้วันนอนและจำนวนผู้ป่วยนอก
ความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	มีนโยบายที่ส่งเสริมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับชาติ	ความประนีประนอมของทุกฝ่าย	ค่านิยมและวัฒนธรรมที่สังคมต้องช่วยเหลือผู้อ่อนแอและหลักการค่านิยมที่เรียกว่า solidarity, subsidiary corporatism

ตารางที่ 2.3 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสี่ประเทศในเอเชีย<sup>(55)</sup>

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
ภาวะเศรษฐกิจช่วงที่มีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง
ปัจจัยด้านการเมือง	มีการผลักดันสูงจากกลุ่มแรงงานและนายจ้าง	การแข่งขันระหว่างเกาหลีเหนือและใต้และการต้องการความชอบธรรมของรัฐบาลทหาร	ช่วงชิงโอกาสและอำนาจระหว่างพรรครัฐบาลและพรรคฝ่ายค้าน	ผู้นำมีอิทธิพลและวิสัยทัศน์สูง
กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	มี	มี	มี	มี
ระบบการคลังสาธารณสุข	ประกันสังคม	ประกันสังคม	ประกันสังคม	บัญชีการออมเพื่อสุขภาพ
การกระจายความเสี่ยง	มี	มี	มี	มี
จำนวนกองทุน	หลายกองทุนเป็นอิสระ	หลายกองทุนเป็นอิสระ	กองทุนระดับชาติและมีสาขา	ไม่มี
ผู้บริหารกองทุน	องค์กรอิสระและรัฐ	องค์กรอิสระแต่ถูกควบคุมโดยรัฐมากกว่า	องค์กรรัฐ	องค์กรรัฐ
ผู้ดำเนินการให้หลักประกันกับคนไม่มีรายได้	เทศบาล	องค์กรประกันส่วนภูมิภาค	กองทุนเดียว	Na
การให้การช่วยเหลือคนจน	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกค่าใช้จ่ายให้

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
อัตราเบี้ยประกัน	แปรตามระดับรายได้	อัตราเดียว	อัตราเดียว	หักจาก CPF 6-8 % ตามกลุ่มอายุ
การกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน	ไม่มีรัฐจัดสรรขาดตนเอง	มีและรัฐช่วยด้วย	ไม่มี เนื่องจากมีกองทุนเดียว	ไม่มี
องค์กรกลางในการจ่ายเงิน	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
สิทธิประโยชน์	ครอบคลุมกว้างขวาง	ครอบคลุมจำกัด มีบริการยกเว้นมาก	ครอบคลุมกว้างขวาง	เฉพาะบริการผู้ป่วยใน
ส่วนร่วมจ่ายของประชาชน	ประมาณร้อยละ 20	ค่อนข้างสูง	อัตราตายตัว	จ่ายจากบัญชีตัวเอง
ระบบบริการ	ระบบบริการปฐมภูมิอ่อนแอ สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน	มีความซ้ำซ้อนระหว่างบริการของสถานพยาบาลปฐมภูมิกับโรงพยาบาล และแข่งขันกันเอง เครื่องมือราคาแพง สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน	N.A.*	ระบบบริการปฐมภูมิแข็ง รัฐมีบทบาทสูงในบริการของโรงพยาบาล

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
การเข้าถึงบริการ	มีการใช้บริการที่เกินจำเป็น	ดีขึ้นหลังจากการมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ดีขึ้นหลังจากการมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	N.A.*
การสนับสนุนข้ามระหว่างคนวัย คนจน	มีแต่จำกัดเฉพาะกลุ่ม	มี	มี	ไม่มี
การควบคุมค่าใช้จ่าย	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมได้

\*N.A. = ไม่มีข้อมูล (Non applicable)

## สรุป

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ การดำเนินงานอาจใช้รูปแบบสวัสดิการสังคม เป็นระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ เช่น แคนาดา หรือใช้รูปแบบการประกัน เช่น ประเทศเยอรมันนี้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ปัจจัยที่ส่งผลให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินไปได้รวดเร็วและบรรลุ มาจากปัจจัยทางการเมืองและเศรษฐกิจมากกว่าความต้องการด้านสุขภาพเอง ระยะเวลาในการพัฒนาการสร้างหลักประกันสุขภาพใช้เวลาไม่น้อย เพราะมีการต่อต้านจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้บริการ นอกจากนี้การขยายความครอบคลุมไปสู่กลุ่มอาชีพอิสระ เช่น เกษตรกร นับว่าเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพ มาจากการใช้กฎหมายเป็นข้อบังคับมากกว่าการสมัครใจ ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญทั้งในส่วนผู้ให้บริการ ผู้จ่ายค่าตอบแทน ผู้ให้บริการและผู้รับประกัน ภาครัฐมีบทบาทไม่น้อยในการให้การสนับสนุนเงินอุดหนุน การเป็นผู้ให้บริการหลัก และเป็นผู้ดำเนินการในระบบประกันเสียเอง ประเทศไทยเองเริ่มมีการวิจารณ์ถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน จึงมีคำถามน่าสนใจว่า หากประเทศไทยมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และระบบบริการสุขภาพจะสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน รัฐบาลท้องถิ่นเองควรมีบทบาทอย่างไรภายในระบบหลักประกันถ้วนหน้าดังกล่าวนี้

ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

โครงการประกันสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนทดแทนแรงงาน	สปร.	บัตรประกันสุขภาพ	ประกันเอกชน
บริการผู้ป่วยนอก	สถานพยาบาลของรัฐ	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน
บริการผู้ป่วยใน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน
เงินชดเชย	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี
ครอบคลุม	ทุกอย่าง	การเจ็บป่วยที่ไม่เกิดจากการทำงาน	การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ทุกอย่าง	ทุกอย่าง	ตามกรมธรรม์
ยกเว้น	Na	15 กลุ่มโรค	Na	17 กลุ่มโรค	Na	Na
การคลอดบุตร	รวม	รวม	ไม่รวม	รวม	รวม	ไม่รวม
การตรวจสุขภาพประจำปี	ได้	ไม่ได้	ไม่ได้	ไม่ได้	เป็นไปได้	ตามกรมธรรม์
บริการส่งเสริมป้องกัน	ได้บางอย่าง	ได้บางอย่าง	ไม่ได้	ได้	เป็นไปได้	ตามกรมธรรม์
บริการที่ไม่ครอบคลุม	พยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	พยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	ตามกรมธรรม์



## 6. ความเป็นมาของโรงพยาบาลชุมชน<sup>(61,62)</sup>

โรงพยาบาลชุมชนถือได้ว่ามีต้นกำเนิดมาจาก “โอสถศาลา” ซึ่งตั้งขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2456 ให้เป็นทั้งสถานบำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์ ในระยะแรกโอสถศาลาขึ้นกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อเป็น “สุขศาลา” ใน พ.ศ. 2475 ก็ยังขึ้นกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระหว่างที่เป็น “สุขศาลา” อยู่ในท้องถื่นที่เป็นชุมชนหนาแน่น ราชการจัดส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชน “สุขศาลา” ประเภทนี้เรียกว่าเป็น “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ส่วนที่ไม่มีแพทย์ประจำเรียกว่า “สุขศาลาชั้นสอง”

พ.ศ. 2495 มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ใหม่ จึงมีการเปลี่ยนแปลงชื่อหน่วยราชการในส่วนภูมิภาคจาก “สุขศาลา” เป็น “สถานีอนามัย” โดยแบ่งเป็น “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” และ “สถานีอนามัยชั้นสอง” เช่นเดียวกับสุขศาลา

พ.ศ. 2496 กำหนดให้แพทย์ประจำสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง เป็นนายแพทย์อนามัยอำเภอ ขึ้นตรงต่อนายอำเภอ มีอำนาจบังคับบัญชาสถานีอนามัยชั้นสอง และสำนักงานผดุงครรภ์ในท้องที่ด้วย ทำให้การบังคับบัญชาเกิดปัญหาการบริหาร ดังนั้น ใน พ.ศ. 2506 กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับให้นายแพทย์สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ดำรงตำแหน่งนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยอย่างเดียว ไม่ต้องเป็นสถานีอนามัยอำเภอ ไม่ต้องขึ้นกับนายอำเภอแต่ขึ้นตรงกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

พ.ศ. 2515 ได้มีการเปลี่ยนชื่อ “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” เป็น “ศูนย์การแพทย์ และอนามัยชนบท” และในปี พ.ศ. 2517 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัย”

พ.ศ. 2518 ถือได้ว่าเป็นการกำเนิดโรงพยาบาลชุมชนอย่างแท้จริง จากการที่รัฐบาลมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลทุกอำเภอทั่วประเทศ จึงมีการยกฐานะ “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” เป็นโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศถึง 254 แห่ง

พ.ศ. 2520 เนื่องในพระราชพิธีอภิเษกสมรสของสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมาร กับหม่อมหลวงโสเมศวรี กิติยากร รัฐบาลได้ทำโครงการเรียโรจากประชาชนจัดสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จำนวน 21 แห่งขึ้นในอำเภอทุรกันดารและเสี่ยงภัยทั่วทุกภาคของประเทศ ดังนั้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จึงเป็นโรงพยาบาลชุมชนลักษณะพิเศษในท่ามกลางโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดด้วย

พ.ศ. 2525 ได้มีการเปลี่ยนชื่อจาก “โรงพยาบาลอำเภอ” เป็น “โรงพยาบาลชุมชน จนถึงปัจจุบัน

องค์กรภายในโรงพยาบาลชุมชน แบ่งเป็น 2 กลุ่มงาน และ 5 ฝ่าย คือ กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายทันตสาธารณสุข และฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค โดยแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน เป็น 4 กลุ่ม คือ 10 – 30 เตียง 60 เตียง 90 เตียง และ 120 เตียง จากการสำรวจของกองสาธารณสุขภูมิภาค มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 712 แห่ง โดยปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนขึ้นตรงกับสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

### บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน

ในแผนงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอตามแผนฯ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ทำการตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย ในขีดความสามารถระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ เป็นหลักทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. ศึกษานโยบาย วิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำแผน โครงการ บริหารโครงการและดำเนินการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ
3. การจัดบริการรักษาพยาบาลแบบหน่วยเคลื่อนที่ การบริหารจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนการรักษาพยาบาลทางวิทยุและวิดีโอทางไกลในฐานะที่เป็นแม่ข่ายและเครือข่ายย่อย
4. เป็นศูนย์กลางองค์ความรู้บริการและเป็นที่ปรึกษาวิชาการทางการแพทย์ และ สาธารณสุขของประชาชนชุมชน และหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัย เทศบาล ศสมช. อบต. สภาตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในกลุ่มเครือข่ายเดียวกัน
5. นิเทศ ฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอให้มีความรู้ความสามารถในด้านการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การพัฒนาขีดความสามารถทางวิทยาศาสตร์ เช่น การตรวจหาพยาธิ การตรวจเลือดเบื้องต้น เป็นต้น การสาธารณสุขมูลฐาน
6. ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำสารสนเทศสาธารณสุขของชุมชนและอำเภอ จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอหน่วยงานเหนือตามลำดับ

7. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขและการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนได้ผลดีตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

8. สนับสนุนองค์กรชุมชนและสร้างเครือข่ายและการบริการให้ต่อเนื่อง ให้เชื่อมโยงถึงชุมชนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชน

9. บริการดูแลทางด้านสังคมวิทยา ได้แก่ การบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม การให้กำลังใจ และสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้มีปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขเดียวกัน

10. บริการช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม ซึ่งได้แก่การคุ้มครองปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อมุม เช่น เอดส์ หรือโรคติดต่อร้ายแรงอื่น มิให้ถูกละเมิด เป็นต้น

11. ดำเนินการโครงการพิเศษอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย ตลอดจนการเข้าร่วมบรรเทาสาธารณสุขตาม พรบ. ป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในต่างประเทศ

เฟลล์ (63) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ประกันสุขภาพได้ไม่ใช้บริการในโรงพยาบาลแต่ละปีเพิ่มมากกว่าผู้ไม่ประกันสุขภาพ และพบว่าความขยายประกันให้ครอบคลุมมากขึ้น และความต้องการบริการทางการแพทย์จะสูงขึ้นมากเป็นสองเท่าตัว ถ้าโครงการประกันสุขภาพครอบคลุมหมดทุกอย่าง (Full Average) นอกจากนี้ยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่า อายุและสภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่กำหนดความต้องการไปใช้บริการทางการแพทย์ และศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า เพศชายใช้จ่ายในการผ่าตัดมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยทางด้านอายุ การศึกษา รายได้ สภาวะสุขภาพไม่ได้กำหนดค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดแต่ละครั้ง

อีวาซวิก (64) และคนอื่น ๆ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพประเทศต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้รูปแบบการศึกษาของ อเดย์ และแอนเดอร์เซน มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัยและใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน จำนวน 1,317 บาท ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สถานภาพ และลักษณะการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการใช้

บริการสุขภาพ จากคลินิกแพทย์โรงพยาบาลหน่วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการรักษาพยาบาลที่บ้าน ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมทำนายการใช้บริการสุขภาพ จากคลินิกแพทย์โรงพยาบาล สำหรับปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ จากแหล่งบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ดังกล่าว

### งานวิจัยในประเทศ

จิรภา รัตนเพ็ญตระกูล<sup>(50)</sup> ได้ศึกษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยกับความสามารถในการดูแลสุขภาพ พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อปี สถานะการเงินของครอบครัวและจำนวนสมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

การศึกษายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติของผู้ป่วยต่างจังหวัด โดยพวงทอง เครือมังกร<sup>(65)</sup> และคณะ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยต่างจังหวัดให้มารับบริการที่โรงพยาบาล รามาริบัติ เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากญาติ พี่น้อง เพื่อน ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความเชื่อและศรัทธาในการรักษาของโรงพยาบาลรามาริบัติ มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่พร้อมและทันสมัย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความปรารถนาให้สถานบริการทางการแพทย์ในท้องถิ่นของตนเองมีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์และยาที่ทันสมัยเพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล ปรับปรุงการให้บริการและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ขอรับบริการ

นาริรัตน์ บุญเวทย์<sup>(66)</sup> ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมารับบริการและไม่มารับบริการจากศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยด้านอาชีพ การศึกษา สถานภาพการสมรส การรับผิดชอบครอบครัวและด้านที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการและไม่มารับบริการจากศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา และนอกจากนี้ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการจะมีทัศนคติที่ดีต่อศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา เหตุผลการมารับบริการที่ตั้งของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยาใกล้บ้าน สามารถเข้าถึงได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยให้บริการได้ตลอดเวลา สะดวกรวดเร็ว เจ้าหน้าที่อภัยาศัยดีเป็นกันเอง

### เหตุผลการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัศมี<sup>(67)</sup> ศึกษาสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบทพบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น สถานบริการแห่งแรกที่ประชาชนไปขอรับบริการมากเป็นอันดับหนึ่งคือ สถานีอนามัย รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนตามลำดับ โดยให้เหตุผลในการไปใช้บริการจากสถานบริการต่าง ๆ นั้น เนื่องจากการเดินทางสะดวก เชื่อถือในตัวบุคคล

เชื่อถือในสถานบริการและมีบัตรสงเคราะห์/บัตรสุขภาพตามลำดับ สำหรับเหตุผลที่ประชาชนไม่ไปใช้บริการการรักษาพยาบาลจากสถานบริการต่าง ๆ ก็คือ เพราะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จึงนิ่งเฉยละเลยต่ออาการเจ็บป่วย หรือมีฉะฉานก็ตัดสินใจซื้อยามารักษาตนเอง โดยไม่มีการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย

ลำลี เบลีเยนบางซ่าง และ คณะ<sup>(68)</sup> ศึกษาที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐมพบว่าเหตุผลของผู้ที่ใช้บริการเป็นประจำที่สำคัญ คือ ความสะดวกในการเดินทาง รองลงมาคือลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ คือ เป็นผู้ที่มีความสามารถรักษาโรคให้หายได้ เอาใจใส่และอภัยด้วยดี

สุนทร ศุภพงษ์และคณะ<sup>(69)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยของลูกจ้างที่ทำงานในโรงงานขนาดเล็กของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าลูกจ้างกลุ่มดังกล่าวนิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐด้วยเหตุผลมีความสะดวกสบายในการเดินทางและมีความเชื่อถือการให้บริการตามลำดับ

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย<sup>(70)</sup> ได้ศึกษาลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน พบว่าเหตุผลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ใช้บริการที่คลินิกและโพลีคลินิกคือ สะดวกในการเดินทางมารับบริการและมีความเชื่อถือในตัวแพทย์ ส่วนผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลให้เหตุผลที่สำคัญที่สุดคือคุณภาพของบริการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสถานบริการ รวมทั้งลักษณะการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เบญจมา ยอดดำเนิน และคณะ<sup>(71)</sup> ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า บิดามารดา และญาติของผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือในการที่จะเลือกสถานบริการรักษาพยาบาล และอำนาจการตัดสินใจดังกล่าวจะมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง

สุพินดา โชติศิริทิเวช<sup>(72)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ 2.88 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี ผู้ป่วยใน 0.67 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี อัตราการไม่ไปใช้บริการผู้ป่วยนอก 1.2 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปีและผู้ป่วยใน 0.4 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี เหตุผลที่สำคัญที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนคือการเดินทางที่ไม่สะดวก

### รูปแบบการเลือกใช้บริการอนามัย

เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ<sup>(73)</sup> ศึกษาแบบแผนการใช้บริการอนามัยในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ส่วนใหญ่นิยมมาใช้สถานบริการแผนปัจจุบัน โดยแบ่งเป็นการใช้สถานบริการอนามัยของรัฐได้แก่โรงพยาบาล สถานีอนามัย เป็นต้น (60.5%) การใช้สถานบริการอนามัยของเอกชน ได้แก่โรงพยาบาล เอกชน คลินิกเอกชน เป็นต้น (14.0%) และใช้บริการร้านขายยา (11.4%) ที่เหลือ (13.6%) ได้แก่ พวกที่นิยมใช้สถานบริการแบบแผนโบราณ ความ

รุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละครั้งมีผลต่อการเลือกใช้บริการอนามัย โดยถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะรักษาตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยา (58%) แต่ถ้าบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนักส่วนใหญ่มักจะไปสถานบริการอนามัยของรัฐ (60.6%) สภาพการอ่านออกเขียนได้และการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการอนามัยจากโรงพยาบาลจังหวัดและคลินิกเอกชน

อนุสรณ์ สุนทรพงศ์<sup>(74)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนแขวงสีพระยาและมหาพุดมารามพบว่า ร้อยละ 36.79 รักษาที่คลินิกแพทย์ ร้อยละ 34.55 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 28.37 รับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 0.09 รักษาด้วยเวทมนต์ไสยศาสตร์

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ<sup>(75)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการอนามัยในเขตชานเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่าในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะนิยมรักษาพยาบาลขั้นแรกแบบอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ การปล่อยให้หายเอง การไปศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย การไปคลินิก การไปโรงพยาบาลและการไปหาหมอแผนโบราณเป็นที่นิยมรองลงมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการที่เป็น ถ้าเป็นไข้หวัด ท้องร่วงหรือผื่นคันพุพอง ก็นิยมไปศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ถ้าเป็นลม มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ก็นิยมปล่อยให้หายเอง

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ<sup>(76)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ประกันตนแม้ว่าจะสามารถเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาได้แต่มีโอกาสที่จะใช้บริการของโรงพยาบาลคู่สัญญามีเพียง 0.22 ของการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลและโอกาส 0.64 ของการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไปนั้น ผู้ประกันตนซื้อยากินเองและใช้บริการห้องแพทย์ของสถานประกอบการมากที่สุด

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคนอื่น ๆ<sup>(77)</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่องการจัดบริการทางการแพทย์ภายใต้พระราชบัญญัติประกาศสงคม พ.ศ.2533 โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน โดยการสำรวจโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักทั่วประเทศ 134 แห่ง ถึงสถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติ ประกันสงคม พ.ศ.2533 ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้พยายามจัดระบบบริการแพทย์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ ผู้ป่วยดีพอสมควร แต่ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันสงคม คือ

1. ผู้ป่วยประกันสงคมและนายจ้างไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์ของการได้รับการคุ้มครอง
2. ความไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์
3. ความไม่พร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการ

4. โรงพยาบาลไม่สามารถนำเงินเหมาจ่ายมาใช้ในการบริหารจัดการให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการได้

5. ผู้ป่วยประกันสังคมมีความเข้าใจว่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ดี ไม่มีคลินิกพิเศษแก่ผู้ป่วยประกันสังคม ทำให้บริการได้ไม่ดีพอ

### เพศ กกับการเลือกแหล่งบริการอนามัย

เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ<sup>(73)</sup> พบว่าเพศหญิงนิยมไปใช้สถานบริการของรัฐมากกว่าเพศชาย Nathanson's review<sup>(78)</sup> พบว่า ในประเทศที่กำลังพัฒนา เพศหญิงมีอัตราการตายต่ำกว่าเพศชาย แต่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมากกว่าชาย ดังนั้นจึงพบว่าเพศหญิงใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า ไม่ว่าจะเป็นด้านผ่าตัด การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคนอื่น<sup>(79)</sup> ได้ทำการศึกษาวិเคราะห์การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชนขนาดจํานวนเพียงมากกว่า 10 เตียง ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการเป็น เพศหญิง สูงกว่า เพศชาย ในอัตราส่วน ประมาณ 3 ต่อ 1 ส่วน

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ<sup>(80)</sup> ได้ทำการศึกษาผู้มารับบริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว (15-34 ปี) ทั้งเพศชาย และเพศหญิงเป็นกลุ่มที่มีมาใช้บริการสูงสุด คือ ร้อยละ 30.0 ของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงร้อยละ 51.4 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคนอื่น ๆ ผลการศึกษพบว่า ผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-29 ปี ถึงร้อยละ 45.0 ของจํานวนผู้ใช้บริการทั้งหมด

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคนอื่น<sup>(81)</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประกันสังคม : ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ผลการศึกษา พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการมากกว่า เพศชาย มีถึงร้อยละ 56.10 ต่อปี ขณะที่เพศชายไปใช้บริการเพียงร้อยละ 23.90

ศิริพร ปรางประสิทธิ์<sup>(82)</sup> ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ผลจากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีการให้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มากกว่า เพศชาย

### อายุ กับการเลือกใช้บริการอนามัย

ชนินทร์ เจริญกุล และคนอื่น ๆ<sup>(47)</sup> ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ ผลการศึกษาพบว่า อายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้และไม่ใช้บริการ คือ โดยเฉลี่ย อายุของกลุ่มที่ใช้บริการจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการของราชการเล็กน้อย คือ 39.26 ต่อปี และ 33.58 ปี ตามลำดับ แต่กลุ่มที่ใช้บริการสูงสุดในช่วงอายุ 30-39 ปี และกลุ่มที่ใช้บริการน้อยที่สุดอยู่ในช่วง 15-20 ปี

### การศึกษา กับการเลือกใช้บริการอนามัย

การศึกษามีผลต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะทำให้ความสนใจกับภาวะสุขภาพอนามัย เช่นการป้องกันการเกิดโรคและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ และมีความระมัดระวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ<sup>(84)</sup>

### รายได้ และ การเลือกใช้บริการอนามัย

สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไรลีย์<sup>(85)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย พบว่าสภาพเศรษฐกิจมีความสำคัญในการเลือกรับการบริการรักษาพยาบาล

### ระบบบริการ กับการเลือกใช้บริการอนามัย

ปิยะชาติ เจริญวัฒนาพานิช<sup>(86)</sup> ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง โดยศึกษาจากตัวอย่าง 993 คน จากผู้ประกันตนจำนวน 8,557.00 คน ตามโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเท่ากับ 1.5 ครั้ง / คน / ปี ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.037 ครั้ง/คน/ปี (ร้อยละ 33.30) เลือกไปใช้บริการในสถานพยาบาล โดยเฉพาะห้องพยาบาลของโรงงานที่มีพยาบาลและแพทย์ เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักคือ คิดว่าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยและไม่พอใจโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักคือ การที่จัดให้มีการบริการด้านการรักษาพยาบาลของโรงงาน ความพึงพอใจของผู้ประกันตนหลังจากการใช้บริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง



สินีนางู ปรีชาจารย์<sup>(87)</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินผลการใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ในสถานประกอบการขนาดกลาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกลุ่มตัวอย่างจากสถานประกอบการ จำนวน 29 แห่ง ตัวอย่าง คือ ลูกจ้างในสถานประกอบการ จำนวน 296 คน โดยใช้แบบสอบถามผลการวิจัยพบว่า ลูกจ้างร้อยละ 41.50 คน ไม่เคยใช้บริการทางการแพทย์กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก และร้อยละ 29.20 เคยใช้บริการทางการแพทย์กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก สาเหตุของการไม่ไปใช้บริการเพราะ ความไม่สะดวกในเรื่องสถานที่ ความล่าช้าในการให้บริการ คุณภาพของการให้บริการที่ไม่ดีนัก เรื่องของเวลาที่มาใช้บริการไม่สะดวก เนื่องจากตรงกับเวลา ทำงานของลูกจ้าง ลูกจ้างคิดว่ายาที่ได้รับมีคุณภาพไม่ดีพอ และความไม่มั่นใจ

### ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

วันดี เจียมจิตศิริพงศ์<sup>(88)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อบริการในด้านความสะดวกสบาย อธิษาศัยของแพทย์และพยาบาล คุณภาพของผลการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และด้านข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนเหตุผลหลักที่เลือกไปใช้บริการ เนื่องจากความสามารถของแพทย์ ความสะดวกรวดเร็ว และใกล้กับที่อยู่อาศัย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นเสมือนผลที่แสดงถึงประสบการณ์การใช้บริการ Linn. Et. al<sup>(89)</sup> พบว่า จำนวนครั้งของการใช้บริการเป็นตัวบอกระดับความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่ได้รับระดับพึงพอใจต่ำมักจะใช้บริการน้อยครั้ง แต่ Ware, Et al.<sup>(90)</sup> ได้ตั้งข้อสังเกตในแง่ของระดับความพึงพอใจที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยว่า ยังไม่ชัดเจนนักโดยกล่าวว่า ระดับความพึงพอใจ ในแง่ของเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการและการเข้าถึงการบริการ ดูเหมือนจะไม่ใช่ตัวบ่งบอกที่เกี่ยวกับการบ่งชี้การใช้บริการอนามัยที่ดี

การศึกษาของกอบแก้ว คุตตวัส<sup>(91)</sup> เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง มีแนวโน้มที่จะมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อสถานบริการได้แก่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของแหล่งบริการ ต่อข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษา ต่อระยะเวลาที่รอคอย ต่ออธิษาศัยและมนุษยสัมพันธ์ของแพทย์เจ้าหน้าที่ ต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและต่อความสะดวกในการเดินทางและสถานที่ตั้ง ก็มีแนวโน้มมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอเช่นกัน

## ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพ และการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

Kohn and White<sup>(92)</sup> ได้ศึกษาถึงการใช้บริการการแพทย์และรับรู้ความเจ็บป่วยในโครงการร่วมของ WHO international collaborative Study of Medical Care Utilization โดยวัดออกมาในค่าของ relative risk ในการที่จะไปพบแพทย์ภายใน 2 อาทิตย์หลังรับรู้ความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการรู้สึกไม่สบายอย่างมากหรือแค่โดยจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งพบว่า ค่าสูงถึง 4.50 ในอังกฤษ 4.13 ในเวอร์มอนต์ 15.00 ในประเทศยูโกสลาเวีย จึงพอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย<sup>(93)</sup> ศึกษาการให้บริการสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด ลักษณะการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการเลือกใช้แหล่งบริการ สุขภาพอนามัย คือ ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยและรุนแรง จะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแผนใหม่ แต่สำหรับการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัยแผนโบราณและพบว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัย

ชื่นชม เจริญยุทธ์<sup>(94)</sup> ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท พบว่าถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนจะรักษาตัวเองร้อยละ 55 แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรัง หรือรุนแรง จะรักษาตัวเองเพียงร้อยละ 27 และ 26 ตามลำดับ แต่ถ้าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะใช้บริการร้อยละ 18 เท่านั้น

นอกจากนี้ ชื่นชม เจริญยุทธ์ ยังพบว่านอกจากลักษณะของโรคแล้ว การเลือกใช้บริการยังมีตัวแปรอื่น ๆ เขามาเกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา รายได้ เพศ ทำให้การเลือกใช้บริการแตกต่าง

## ประสบการณ์การให้บริการ กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

ดวงสมร บุญผดุง<sup>(95)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมกรใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่าอัตราการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและประสบการณ์การให้บริการสาธารณสุขของรัฐ

## ที่อยู่อาศัย กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>(96)</sup> ศึกษาใน 20 จังหวัด พบว่า ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีการใช้บริการสุขภาพที่มีสถานพยาบาลเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 44.6 รองลงมาคือ ร้านขายยา ร้อยละ 29.3 สถานบริการของรัฐ ร้อยละ 24.25 สุดท้ายคือ หมอเถื่อน วัด และ แพทย์ประจำตำบล ส่วนผู้ที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีลักษณะการให้บริการสุขภาพอนามัยดังนี้ สถานพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 39.6

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากร

**ประชากรเป้าหมาย (Target Population)** คือประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ที่ได้รับสิทธิโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ภายในจังหวัดปทุมธานี และไม่มีสิทธิในการรักษาใด ๆ มาก่อน

**ประชากรตัวอย่าง (Population to be sampled)** คือประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง สํารวจตั้งแต่ เมษายน 2544 ถึงเดือนมิถุนายน 2545

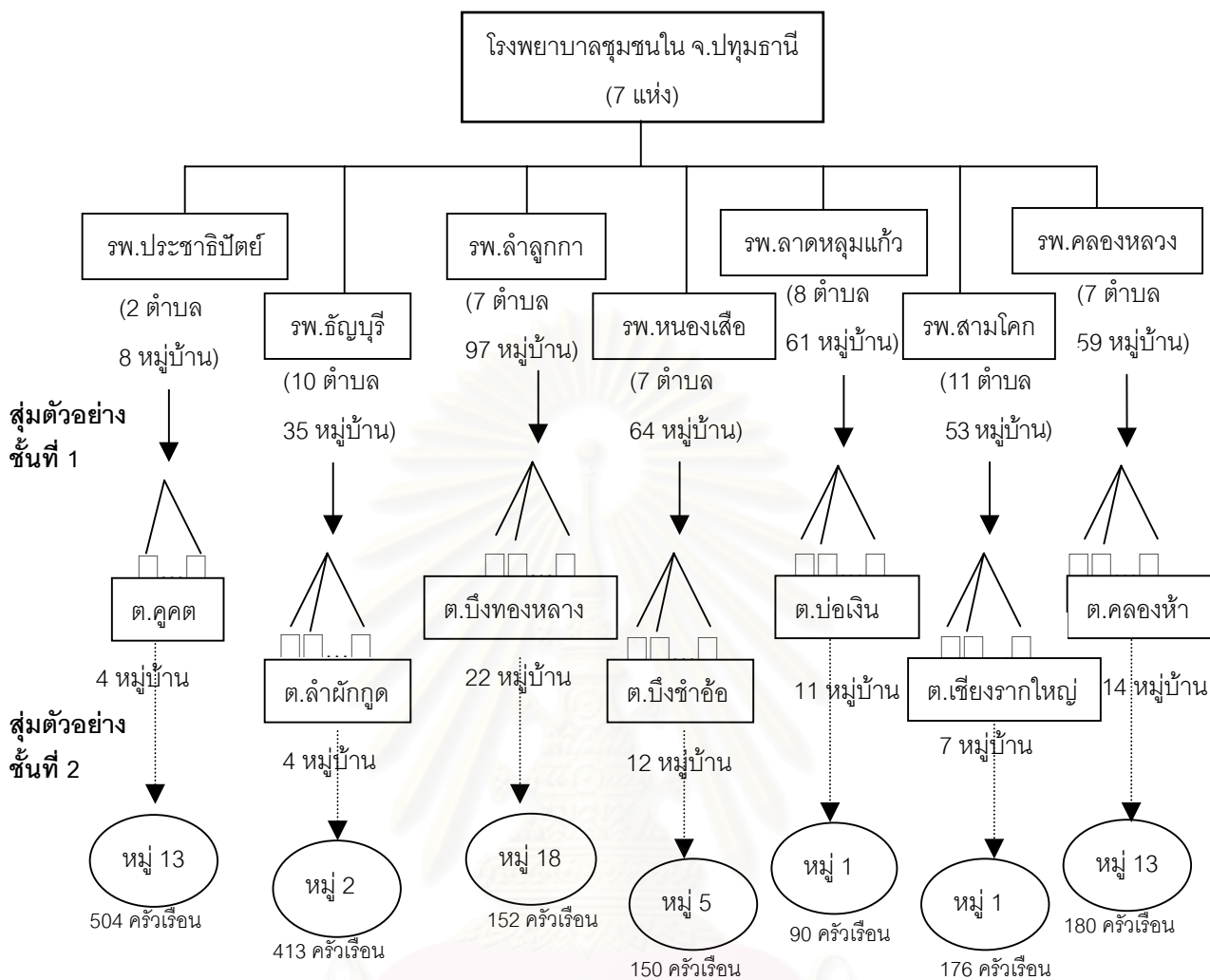
#### เทคนิคในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มตามเขตสถานที่ 2 ขั้น (Two stage cluster sampling) โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญบุรี โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลลำลูกกา โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลคลองหลวง และโรงพยาบาลสามโคก

1. ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างตามตำบลที่แต่ละโรงพยาบาลขึ้นทะเบียน
  - 1.1 โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ ขึ้นทะเบียน 2 ตำบล 8 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง 1 ตำบล สุ่มได้ ตำบลคูคต
  - 1.2 โรงพยาบาลธัญบุรี ขึ้นทะเบียน 10 ตำบล 35 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง 1 ตำบล สุ่มได้ ตำบลลำผักกูด
  - 1.3 โรงพยาบาลลำลูกกา ขึ้นทะเบียน 7 ตำบล 97 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง 1 ตำบล สุ่มได้ ตำบลบึงทองหลาง
  - 1.4 โรงพยาบาลหนองเสือ ขึ้นทะเบียน 7 ตำบล 64 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง 1 ตำบล สุ่มได้ ตำบลบึงขำอ้อ
  - 1.5 โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ขึ้นทะเบียน 8 ตำบล 61 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง 1 ตำบล สุ่มได้ ตำบลป่อเงิน
  - 1.6 โรงพยาบาลคลองหลวง ขึ้นทะเบียน 7 ตำบล 59 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง 1 ตำบล สุ่มได้ ตำบลคลองห้า
  - 1.7 โรงพยาบาลสามโคก ขึ้นทะเบียน 11 ตำบล 53 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง 1 ตำบล สุ่มได้ ตำบลเชียงรากใหญ่

2. ชั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างหมู่บ้านในแต่ละตำบลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างชั้นที่ 1
  - 2.1 หมู่บ้านใน ตำบลคูคตที่ขึ้นทะเบียนกับ โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ มี 4 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างได้ หมู่ 13 มีจำนวน 504 ครัวเรือน
  - 2.2 หมู่บ้านใน ตำบลลำผักกูด ที่ขึ้นทะเบียนกับ โรงพยาบาลธัญบุรี มี 4 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างได้ หมู่ 2 มีจำนวน 413 ครัวเรือน
  - 2.3 หมู่บ้านใน ตำบลบึงทองหลางที่ขึ้นทะเบียนกับ โรงพยาบาลลำลูกกา มี 22 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างได้ หมู่ 18 มีจำนวน 152 ครัวเรือน
  - 2.4 หมู่บ้านใน ตำบลบึงขำอ้อที่ขึ้นทะเบียนกับ โรงพยาบาลหนองเสือ มี 12 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างได้ หมู่ 5 มีจำนวน 150 ครัวเรือน
  - 2.5 หมู่บ้านใน ตำบลบ่อเงิน ที่ขึ้นทะเบียนกับ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว มี 7 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างได้ หมู่ 1 มีจำนวน 90 ครัวเรือน
  - 2.6 หมู่บ้านใน ตำบลเชียงรากใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนกับ โรงพยาบาลสามโคก มี 7 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างได้ หมู่ 1 มีจำนวน 176 ครัวเรือน
  - 2.7 หมู่บ้านใน ตำบลคลองห้าที่ขึ้นทะเบียนกับ โรงพยาบาลคลองหลวง มี 14 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างได้ หมู่ 13 มีจำนวน 180 ครัวเรือน

ดังแสดงในแผนภาพที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 แผนผังการสุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**หน่วยการสุ่ม (Sampling Unit) คือ** ครั้วเรือนที่มีผู้มีสิทธิตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในหมู่บ้านแต่ละแห่ง

**หน่วยที่ศึกษา (Study unit) คือ** ผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละครั้วเรือน โดยให้หัวหน้าครั้วเรือนเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม กรณีที่หัวหน้าครั้วเรือนไม่อยู่ ให้ใช้ตัวแทนตอบแบบสอบถาม โดยเลือกผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลมากที่สุด เป็นตัวแทนตอบแบบสอบถาม

### การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size determination)

เนื่องจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นโครงการใหม่ ยังไม่มีการประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจมาก่อน การศึกษาครั้งนี้จึงคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดว่าความพึงพอใจอย่างน้อยร้อยละ 50 (เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างมากที่สุด)

โดยใช้สูตร 
$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

$$Z = 1.96 \text{ ที่ระดับความเชื่อมั่น } 95\%$$

$$p = \text{สัดส่วนความพึงพอใจ (0.5)}$$

$$q = 1-p = 0.5$$

$$d = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่ยอมรับได้} = 0.05$$

คำนวณได้ 
$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$
  
= 384.16

ปัดเศษขึ้น สรุปว่า 
$$n = 385$$

การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Two stage cluster sampling อาจมีความผันแปรมาก จึงกำหนดให้ Design effect เป็น 2 เท่า ดังนั้น จำนวนคนที่ต้องใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ  $385 \times 2 = 770$  คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาโดยใช้แบบสอบถาม ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นของประชาชนผู้มีสิทธิ ที่มีต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในจังหวัดปทุมธานี

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพ

ตอนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้สิทธิบัตร และความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นต่อโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นในการใช้บริการ ตามสิทธิบัตรโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ตอนที่ 6 ความพึงพอใจต่อการบริการในโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิบัตร โครงการ 30 บาท

รักษาทุกโรค

ตอนที่ 7 ความพึงพอใจ ในกรณีที่เคยนอนพักในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

ตอนที่ 8 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

ตอนที่ 9 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิบัตร

## การทดสอบความน่าเชื่อถือ

### 1. ทดสอบ Validity

โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามและเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปทดสอบเก็บข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขต่อไป

### 2. ทดสอบ Reliability

2.1 โดยนำแบบสอบถามประมาณ 30 ชุดทดสอบเก็บข้อมูลจากคนในพื้นที่ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา (ไม่ซ้ำกับตัวอย่างที่สุ่มได้) วิเคราะห์ข้อคำถามที่สอดคล้องกันโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา จากส่วนของความคิดเห็นในตอนที่ 3 ของแบบสอบถาม และส่วนของความคิดเห็นในตอนที่ 6 ของแบบสอบถาม ได้ =0.87 (ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค), 0.91 (ความพึงพอใจการบริการทั่วไป) ,0.92 (ความพึงพอใจการตรวจรักษา) ตามลำดับ

2.2 ทำการฝึกอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลให้เข้าใจตรงกันในการใช้แบบสอบถาม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของ สำนักงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล)
2. ทดสอบแบบสอบถาม
3. นำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาทำการแก้ไขข้อบกพร่อง
4. เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล
5. เก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้อยู่อาศัยในครัวเรือนในหมู่บ้านที่สุ่มตัวอย่างได้ เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งมีผู้แทนตอบครัวเรือนละ 1 คน โดยมี อสม. เป็นผู้นำทีมงานเก็บข้อมูลในทุกครัวเรือนที่สุ่มตัวอย่างได้ ยกเว้นตำบลคูคต และตำบลลำผักกูดเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่จึงวางแผนเก็บข้อมูลแบบ Systematic Sampling ทีมงานมีข้อมูลบ้านเลขที่และแผนที่อยู่ในมือ มีการเก็บข้อมูลครัวเรือนวัน ครัวเรือน
6. สร้างคู่มือลงรหัส
7. บันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเตรียมการวิเคราะห์ผล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

### ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล
2. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ประสิทธิภาพในการใช้บริการ การได้รับบัตรทองตามโครงการฯ สถานบริการตามสิทธิบัตร ความสะดวกในการเดินทาง และการรับทราบหลักการของโครงการฯ

### ตัวแปรตาม (Dependent variables)

ความต้องการใช้บริการตามสิทธิบัตร และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในภาพรวมของโรงพยาบาลชุมชน การใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน

### เกณฑ์เทียบระดับความคิดเห็น

การให้คะแนนความคิดเห็นต่อโครงการ 30บาทรักษาทุกโรค ในแบบสอบถามใช้เกณฑ์ดังนี้

ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ระดับ

1= เห็นด้วยน้อยที่สุด

2= เห็นด้วยน้อย



3= เห็นด้วยปานกลาง

4= เห็นด้วยมาก

5= เห็นด้วยมากที่สุด

การให้คะแนนความพึงพอใจต่อการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนตามสถิติบัตรโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และการบริการผู้ป่วยใน ในแบบสอบถามตอนที่ 6 และ 7 ใช้เกณฑ์ดังนี้

ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ระดับ

1= พึงพอใจน้อยที่สุด

2= พึงพอใจน้อย

3= พึงพอใจปานกลาง

4= พึงพอใจมาก

5= พึงพอใจมากที่สุด

### ตารางที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์	ชนิดของตัวแปร	วิธีการวิเคราะห์
<p>1) สถิติเชิงพรรณนา</p> <p>ปัจจัยส่วนบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพศ สถานภาพสมรส</li> <li>ระดับการศึกษา อาชีพ</li> <li>สถานการเงิน</li> <li>- อายุ รายได้</li> <li>จำนวนผู้มีสิทธิบัตรต่าง ๆ</li> </ul> <p>ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ</p>	<p>คุณภาพ</p> <p>ปริมาณ</p> <p>ปริมาณ</p> <p>คุณภาพ</p>	<p>ความถี่, ร้อยละ</p> <p>ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน</p> <p>จำนวน, ร้อยละ</p> <p>นำเสนอเพื่อประกอบการอภิปรายผล</p>
<p>2) สถิติเชิงอนุมาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ</li> <li>- ความคิดเห็นต่อโครงการเปรียบเทียบ ผู้ที่เคยใช้และไม่เคยใช้บริการ</li> <li>- ความพึงพอใจผู้เคยใช้บริการเปรียบเทียบ ก่อนใช้กับหลังใช้บริการ</li> <li>- ความพึงพอใจผู้เคยใช้บริการเปรียบเทียบ ในปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน</li> </ul>	<p>ปริมาณ</p> <p>ปริมาณ 2 กลุ่ม</p> <p>ปริมาณ 2 กลุ่ม</p> <p>กรณีปริมาณ 2 กลุ่ม</p> <p>กรณีปริมาณมากกว่า 2 กลุ่ม</p>	<p>ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย</p> <p>Unpaired t - test</p> <p>Paired t - test</p> <p>Unpaired t - test</p> <p>One-way ANOVA</p>

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดนำร่องของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เริ่มโครงการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2544 ศึกษาความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี โดยการสำรวจเยี่ยมบ้านตามพื้นที่ ที่สุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 860 คน ซึ่งเป็นตัวแทนของคนในครัวเรือนในหมู่บ้านต่าง ๆ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2545 โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 6 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** จำนวน และร้อยละของครัวเรือนที่เก็บข้อมูลได้จริงในแต่ละพื้นที่ ตามความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการ และกลุ่มที่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

**ส่วนที่ 3** ความพึงพอใจของผู้ที่เคยใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี

**ส่วนที่ 4** ความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ในการใช้และไม่ใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

**ส่วนที่ 5** เปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชน ในการใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี ตามปัจจัยส่วนบุคคล

**ส่วนที่ 6** ปัญหาและข้อเสนอแนะ

## ส่วนที่ 1 จำนวน และร้อยละของครัวเรือนที่เก็บข้อมูลได้จริงในแต่ละพื้นที่ ตามความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง

ผลการศึกษา (ตารางที่ 4.1) จากการวางแผนเก็บข้อมูล และการเก็บข้อมูลจริงในครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านต่างๆ ในจังหวัดปทุมธานี อัตราการเก็บข้อมูลได้จริง สูงที่สุดในพื้นที่ตำบลบึงชำอ้อ ซึ่งขึ้นทะเบียนโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เครือข่ายโรงพยาบาลหนองเสือ โดยวางแผนเก็บข้อมูล 150 ครัวเรือน ได้ตัวแทนครัวเรือนตอบแบบสอบถามจำนวน 139 คน คิดเป็นอัตราการเก็บข้อมูลได้จริง ร้อยละ 92.7 และอัตราการเก็บข้อมูลได้จริงต่ำที่สุดในพื้นที่ตำบลเชียงรากใหญ่ ซึ่งขึ้นทะเบียนโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เครือข่ายโรงพยาบาลสามโคก โดยวางแผนเก็บข้อมูล 176 ครัวเรือน ได้ตัวแทนครัวเรือนตอบแบบสอบถามจำนวน 61 คน คิดเป็นอัตราการเก็บข้อมูลได้จริง ร้อยละ 34.7

ตารางที่ 4.1 จำนวนครัวเรือนที่วางแผนเก็บข้อมูล และร้อยละของครัวเรือนที่เก็บข้อมูลได้จริง ในแต่ละพื้นที่ ตามความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่ง

พื้นที่ความรับผิดชอบ	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด	จำนวนวางแผนเก็บข้อมูล	จำนวนที่เก็บข้อมูลได้จริง	อัตราการเก็บข้อมูลร้อยละ
1. โรงพยาบาลประชาธิปัตย์	504	252	203	80.6
2. โรงพยาบาลธัญบุรี	413	207	168	81.2
3. โรงพยาบาลลำลูกกา	152	152	98	64.5
4. โรงพยาบาลหนองเสือ	150	150	139	92.7
5. โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว	90	90	79	87.8
6. โรงพยาบาลสามโคก	176	176	61	34.7
7. โรงพยาบาลคลองหลวง	180	180	112	62.2
<b>รวม</b>	<b>1,665</b>	<b>1,207</b>	<b>860</b>	<b>71.3</b>

ผลการเก็บข้อมูล ได้แบบสอบถามคืนทั้งสิ้น 860 ชุด (ร้อยละ 71.3) เป็นผู้ที่เคยใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน 195 คน (ร้อยละ 22.7) ในจำนวนนี้เป็นผู้เคยใช้บริการผู้ป่วยใน (นอนพักในโรงพยาบาล) 53 คน คิดเป็นร้อยละ 27.2 ของผู้เคยใช้บริการ (ร้อยละ 6.2 ของตัวอย่างทั้งหมด)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแบ่งตามพื้นที่รับผิดชอบขึ้นทะเบียนโดยโรงพยาบาลชุมชน 60 เพียงได้แก่ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ และโรงพยาบาลธัญบุรี ได้กลุ่มตัวอย่าง 371 คน พื้นที่รับผิดชอบขึ้นทะเบียนโดยโรงพยาบาลชุมชน 10 - 30 เพียง ได้กลุ่มตัวอย่าง 489 คน

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการ และกลุ่มที่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

### 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ผลการศึกษา (ตารางที่ 4.2) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือน แบ่งกลุ่มตามขนาดโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบ

**เพศ** กลุ่มตัวอย่างในชุมชนพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง เป็นเพศชาย 135 คน (ร้อยละ 40.4) เพศหญิง 199 คน (ร้อยละ 59.6) อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 1.47 และกลุ่มตัวอย่างในชุมชนพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลชุมชน 10 – 30 เตียง เป็นเพศชาย 230 คน (ร้อยละ 48.9) เพศหญิง 240 คน (ร้อยละ 51.1) อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 1.04 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม

**อายุ** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 42.1 ปี น้อยที่สุด 13 ปี มากที่สุด 82 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 45 ปี โดยในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง มีจำนวน 189 คน (ร้อยละ 39.2) แต่พบว่าในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง กลุ่มอายุ 31 – 45 ปี และกลุ่มอายุ 45 – 60 ปี มีจำนวนพอๆกัน โดยมีจำนวน 124 คน (ร้อยละ 34.2) และ 125 คน (ร้อยละ 34.4) ตามลำดับ

**สถานภาพสมรส** พบว่าส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 70.3 และร้อยละ 66.6 ในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ

**ระดับการศึกษา** พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.6 และร้อยละ 49.1 ในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ

**อาชีพ** ส่วนใหญ่รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 29.6 และ 33.2 ในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ ที่น่าสังเกตเพิ่มเติม คืออาชีพเกษตรกร พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง มีถึงร้อยละ 26.1

**รายได้ของครัวเรือน** ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเดือนละ 3,001 - 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.6 และ 48.5 ในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ รองลงมาคือรายได้ของครัวเรือนเดือนละ 8,001 – 15,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.8 และ 25.5 ในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับค่ามัธยฐานของรายได้โดยรวมเท่ากับเดือนละ 8,000 บาท

**รายจ่ายของครัวเรือน** ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเดือนละ 3,001 - 8,000 บาท (ใกล้เคียงกับรายได้) คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 50.2 ในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของรายจ่ายโดยรวมเท่ากับเดือนละ 6,000 บาท

สถานะทางการเงินของครัวเรือนในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอกิน พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 76.3 และร้อยละ 63.0 ในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งกลุ่มตามขนาดโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยส่วนบุคคล	รพ. 60 เตียง		รพ. 10 – 30 เตียง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ (n = 804)</b>						
ชาย	135	40.4	230	48.9	365	45.4
หญิง	199	59.6	240	51.1	439	54.6
ชาย : หญิง	1 : 1.47		1 : 1.04		1 : 1.20	
<b>รวม</b>	<b>334</b>	<b>100.0</b>	<b>470</b>	<b>100.0</b>	<b>804</b>	<b>100.0</b>
<b>กลุ่มอายุ (n = 845)</b>						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี	2	0.6	9	1.9	11	1.3
อายุ 16 ถึง 30 ปี	73	20.1	121	25.1	194	23.0
อายุ 31 ถึง 45 ปี	124	34.2	189	39.2	313	37.0
อายุ 46 ถึง 60 ปี	125	34.4	102	21.2	227	26.9
อายุมากกว่า 60 ปี	39	10.7	61	12.7	100	11.8
<b>รวม</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>	<b>482</b>	<b>100.0</b>	<b>845</b>	<b>100.0</b>
Mean = 42.1 S.D. = 14.15	Median = 42	Min = 13	Max = 82			
<b>สถานภาพสมรส (n = 849)</b>						
โสด	70	19.1	125	25.9	195	23.0
คู่	258	70.3	321	66.6	579	68.2
หม้าย/ หย่า	31	8.4	25	2.2	56	6.6
แยกกันอยู่	8	2.2	11	2.3	19	2.2
<b>รวม</b>	<b>367</b>	<b>100.0</b>	<b>482</b>	<b>100.0</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>
<b>ระดับการศึกษา (n = 860)</b>						
ไม่ได้เรียน	8	2.2	18	3.7	26	3.0
ประถมศึกษา	169	45.6	240	49.1	409	47.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	49	13.2	67	13.7	116	13.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช	53	14.3	47	9.6	100	11.6
อนุปริญญา/ ปวส	31	8.4	32	6.5	63	7.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	42	11.3	41	8.4	83	9.7
ไม่ระบุ	19	5.1	44	9.0	63	7.3
<b>รวม</b>	<b>371</b>	<b>100.0</b>	<b>489</b>	<b>100.0</b>	<b>860</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งกลุ่มตามขนาดโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยส่วนบุคคล	รพ. 60 เตียง		รพ. 10 – 30 เตียง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ (n = 840)</b>						
รับจ้าง	107	29.6	159	33.2	266	31.7
เกษตรกรรม	37	10.2	125	26.1	162	19.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	68	18.8	73	15.2	141	16.8
ค้าขาย	78	21.6	51	10.6	129	15.4
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	31	8.6	31	6.5	62	7.4
อื่นๆ (กำลังศึกษา, กิจการส่วนตัว)	40	11.1	40	8.4	80	9.5
<b>รวม</b>	<b>361</b>	<b>100.0</b>	<b>479</b>	<b>100.0</b>	<b>840</b>	<b>100.0</b>
<b>รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน (n = 758)</b>						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	31	9.3	56	13.2	87	11.5
3,001 - 8,000 บาท	126	37.6	205	48.5	331	43.7
8,001 - 15,000 บาท	110	32.8	108	25.5	218	28.7
15,001 บาท ขึ้นไป	68	20.3	54	12.8	122	16.1
<b>รวม</b>	<b>335</b>	<b>100.0</b>	<b>423</b>	<b>100.0</b>	<b>758</b>	<b>100.0</b>
Mean = 10,504 S.D. = 10,070 Median = 8,000 Min = 200 Max = 150,000						
<b>รายจ่ายของครัวเรือนต่อเดือน (n = 739)</b>						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	48	14.9	83	20.0	131	17.8
3,001 - 8,000 บาท	140	43.3	209	50.2	349	47.3
8,001 - 15,000 บาท	93	28.8	82	19.7	175	23.7
15,001 บาท ขึ้นไป	42	13.0	42	10.1	83	11.2
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>	<b>783</b>	<b>100.0</b>
Mean = 8,581 S.D. = 7,407 Median = 6,000 Min = 50 Max = 80,000						
<b>สถานะทางการเงินของครัวเรือนในปีที่ผ่านมา (n = 825)</b>						
มีหนี้สิน	60	16.9	144	30.6	204	24.7
พอกินพอใช้	271	76.3	296	63.0	567	68.7
มีเหลือเก็บ	24	6.8	30	6.4	54	6.6
<b>รวม</b>	<b>355</b>	<b>100.0</b>	<b>470</b>	<b>100.0</b>	<b>825</b>	<b>100.0</b>

## 2.2 ข้อมูลลักษณะของครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา (ตารางที่ 4.3) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยเท่ากับ 4.6 และ 4.5 คน ในกลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ

จำนวนผู้ที่เป็นภาวะ (ไม่มีรายได้) ในครัวเรือน พบว่า ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 70.1 และ 72.0 ของครัวเรือนที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ มีเด็กวัยเรียนอยู่ในครัวเรือน โดยมีจำนวนเฉลี่ยเท่ากันคือ ครัวเรือนละ 1.7 คน รองลงมาคือ ผู้สูงอายุ โดยพบว่าร้อยละ 38.5 และ 39.1 ของครัวเรือนที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง และโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ตามลำดับ มีผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือน โดยมีจำนวนเฉลี่ยเท่ากับครัวเรือนละ 1.4 และ 1.5 คน ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนและร้อยละของครัวเรือนที่มีผู้ที่เป็นภาวะ (ไม่มีรายได้) และจำนวนเฉลี่ยผู้ที่เป็นภาวะในครัวเรือนตัวอย่าง

	รพ. 60 เตียง (n = 371)			รพ. 10 – 30 เตียง (n = 489)			รวม (n = 860)		
	n	ร้อยละ	Mean (คน)	n	ร้อยละ	Mean (คน)	n	ร้อยละ	Mean (คน)
	จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	368	99.2	4.6	478	97.8	4.5	846	98.4
จำนวนผู้ที่เป็นภาวะ (ไม่มีรายได้)									
เด็กวัยเรียน	260	70.1	1.7	352	72.0	1.7	612	71.2	1.7
ผู้สูงอายุ	143	38.5	1.4	191	39.1	1.5	334	38.8	1.5
คนตกงาน	70	18.9	1.7	99	20.2	1.4	169	19.7	1.5
อื่น ๆ (แม่บ้าน, นักศึกษา)	50	13.5	1.3	37	7.6	1.5	87	10.1	1.4

จากตารางที่ 4.4 พบว่า จำนวนผู้เจ็บป่วยเรื้อรังทั้งหมด 194 คน จากจำนวนทั้งหมด 3,430 คน ใน 749 ครัวเรือน คิดเป็นอัตราผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง เท่ากับ  $(194 \times 100) / (3430) = 5.7\%$

ตารางที่ 4.4 จำนวนรวมและค่าเฉลี่ย ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ในครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 749 ครัวเรือน	จำนวนรวม (คน)	ค่าเฉลี่ย ต่อครัวเรือน	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
สมาชิกในครัวเรือน	3,430	4.6	1.77
ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง	194	0.3	0.56
อัตราผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง	ร้อยละ 5.7		

จากตารางที่ 4.5 ข้อมูลความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการไปตรวจรักษา พบว่า ครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 1 - 2 คน มีทั้งหมด 158 ครั้วเรือน เมื่อคิดร้อยละเทียบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (860 ครั้วเรือน) ได้เท่ากับร้อยละ 18.4 ได้ไปตรวจรักษาประจำ 154 ครั้วเรือน (ร้อยละ 17.9) ไม่ไปตรวจรักษา 4 ครั้วเรือน (ร้อยละ 0.5) และครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวนมากกว่า 2 คน มี 5 ครั้วเรือน (ร้อยละ 0.6) ไปตรวจรักษาประจำทั้งหมด

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และการไปตรวจรักษา

ครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง	จำนวน (ครั้วเรือน)	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 1 – 2 คน	158	18.4
ไปตรวจรักษาประจำ	154	17.9
ไม่ไปตรวจรักษา	4	0.5
ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน มากกว่า 2 คน	5	0.6
ไปตรวจรักษาประจำ	5	0.6
ไม่ไปตรวจรักษา	0	0.0
<b>รวม</b>	<b>163</b>	<b>19.0</b>

จากตารางที่ 4.6 ข้อมูลปัญหาค่าใช้จ่ายการตรวจ รักษา ในครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรังทั้งหมด 163 ครั้วเรือน ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายการตรวจรักษา 87 ครั้วเรือน (ร้อยละ 53.4) กลุ่มที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายการตรวจ รักษา ส่วนใหญ่มีเหตุผลว่ามีหนี้สิน/ ยากจน/ รายได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 22.7 ของครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง รองลงมาคือ ค่ายา/ ค่ารักษาแพง และค่าเดินทางพบแพทย์บ่อย ๆ ร้อยละ 18.4 และ 6.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของการมีปัญหาค่าใช้จ่ายการตรวจ รักษา ในครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และการแสดงเหตุผลในเรื่องปัญหาค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในครั้วเรือนที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง	จำนวน (ครั้วเรือน)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายการตรวจ รักษา	87	53.4
มีปัญหาค่าใช้จ่ายการตรวจ รักษา	76	46.6
<b>รวม</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>
เหตุผลในเรื่องปัญหาค่าใช้จ่าย (n = 76) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
1. มีหนี้สิน/ ยากจน/ รายได้น้อย	37	22.7
2. ค่ายา/ ค่ารักษาแพง	30	18.4
3. ค่าเดินทางพบแพทย์บ่อย ๆ	11	6.7



จากตารางที่ 4.7 พบว่า สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุดเหมือนกันทั้งกลุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน 10 – 30 เตียง คือ โรงพยาบาลรัฐบาล ร้อยละ 46.6 และร้อยละ 60.2 ตามลำดับ รองลงมา คือ สถานบริการอื่นๆ ได้แก่ สถานีอนามัย/ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ร้อยละ 31.2 และ ร้อยละ 29.4 ในกลุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน 10 – 30 เตียง ตามลำดับ

ข้อมูลสถานที่เคยใช้บริการก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เคยใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐบาล ร้อยละ 57.2 และ 66.0 ในกลุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน 10 – 30 เตียง ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.7** จำนวน และร้อยละของสถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุด และสถานที่ท่านเคยใช้บริการ เป็นส่วนใหญ่ ในกลุ่มครัวเรือนตัวอย่าง ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

สถานบริการ	รพ. 60 เตียง		รพ. 10 – 30 เตียง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุด (n = 842)						
โรงพยาบาลรัฐบาล	170	46.6	287	60.2	457	54.3
โรงพยาบาลเอกชน	40	11.0	11	2.3	51	6.0
คลินิกเอกชน	41	11.2	39	8.2	80	9.5
อื่นๆ (สถานีอนามัย, ศสมช.)	114	31.2	140	29.4	254	30.2
<b>รวม</b>	<b>365</b>	<b>100.0</b>	<b>477</b>	<b>100.0</b>	<b>842</b>	<b>100.0</b>
สถานที่เคยใช้บริการ (n = 842)						
โรงพยาบาลรัฐบาล	207	57.2	317	66.0	524	62.2
โรงพยาบาลเอกชน	72	19.9	52	10.8	124	14.7
คลินิกเอกชน	45	12.4	55	11.5	100	11.9
อื่นๆ (สถานีอนามัย, ศสมช.)	38	10.5	56	11.7	94	11.2
<b>รวม</b>	<b>362</b>	<b>100.0</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>	<b>842</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ให้เหตุผลของการใช้บริการ ตามสถานที่ต่างๆ คือ สะดวกในการเดินทางมากที่สุด ร้อยละ 68.2 รองลงมา คือ ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่บริการรวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ร้อยละ 40.5 และใช้ประโยชน์ตามสิทธิบัตร ร้อยละ 30.0

**ตารางที่ 4.8** จำนวน และร้อยละของเหตุผลการใช้บริการ ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค  
(n = 842)

เหตุผลการใช้บริการ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	ร้อยละ
1. สะดวกในการเดินทาง	574	68.2
2. บริการรวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	341	40.5
3. ใช้ประโยชน์ตามสิทธิบัตร	253	30.0
4. เชื่อถือในตัวแพทย์	240	28.5
5. ญาติ พี่น้อง แนะนำ	25	3.0
6. อื่น ๆ (รู้จักเจ้าหน้าที่สถานบริการ ฯลฯ)	57	6.8

จากตารางที่ 4.9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพโดยรวมในพื้นที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (3.32) มากกว่าก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (3.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

**ตารางที่ 4.9** จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพในอำเภอ  
ก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

	n	ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ					Mean
		1	2	3	4	5	
ความพึงพอใจก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	627	7.2	14.2	41.8	29.0	7.8	3.16
ความพึงพอใจหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	627	5.4	12.0	38.3	34.0	10.4	3.32

<sup>(a)</sup>  $P < 0.001^{**}$

หมายเหตุ (a) = Paired t - test

\*\* = Highly significant at  $p < 0.01$

จากตารางที่ 4.10, 4.11 ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพในพื้นที่ (3.20) มากกว่าผู้ที่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (3.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.029$ ) ในขณะที่ หลังใช้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้นำเคยใช้บริการตามสิทธิโครงการกลับให้คะแนนเฉลี่ย (3.33) มากกว่า ผู้ที่ไม่เคยใช้สิทธิบริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (3.29) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.624$ )

**ตารางที่ 4.10** จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพในอำเภอ ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เปรียบเทียบในผู้ที่ไม่เคยใช้ และเคยใช้บริการ ตามสิทธิโครงการฯ

	ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ						Mean
	n	1	2	3	4	5	
ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ	513	7.0	14.0	39.0	31.6	8.4	3.20
ผู้ที่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ	160	11.3	15.6	40.6	26.9	5.6	3.00
<b>รวม</b>	<b>673</b>	<b>8.0</b>	<b>14.4</b>	<b>39.4</b>	<b>30.5</b>	<b>7.7</b>	<b>3.15</b>

<sup>(b)</sup> p = 0.029\*

หมายเหตุ (b) = Unpaired t - test

\* = Significant at p < 0.05

**ตารางที่ 4.11** จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ในอำเภอ หลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เปรียบเทียบในผู้ที่ไม่เคยใช้ และเคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ

	ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ						Mean
	n	1	2	3	4	5	
ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ	448	5.8	11.8	40.2	32.4	9.8	3.29
ผู้ที่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ	144	5.6	14.6	36.1	28.5	15.3	3.33
<b>รวม</b>	<b>592</b>	<b>5.7</b>	<b>12.5</b>	<b>39.2</b>	<b>31.4</b>	<b>11.1</b>	<b>3.30</b>

<sup>(b)</sup> p = 0.624

หมายเหตุ (b) = Unpaired t - test

จากตารางที่ 4.12

- ผู้เคยใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐบาล ให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ก่อนและหลังมีโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังมีโครงการฯ (3.44) มากกว่าก่อนมีโครงการ (3.24)
- ผู้เคยใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.005$ ) โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังมีโครงการฯ (2.92) มากกว่า ก่อนมีโครงการ (2.76)
- ส่วนในสถานบริการอื่น เช่น คลินิกเอกชน สถานเอนามัย และ ศสช. ผู้รับบริการให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งก่อนมีโครงการฯ และหลังมีโครงการฯ

**ตารางที่ 4.12** ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพในอำเภอ ก่อนและหลังมีโครงการฯ เปรียบเทียบในกลุ่มที่เคยใช้บริการในสถานบริการต่าง ๆ ก่อนมีโครงการฯ

	ก่อนมีโครงการฯ		หลังมีโครงการฯ		<sup>(a)</sup> p - value
	n	ค่าเฉลี่ย	n	ค่าเฉลี่ย	
โรงพยาบาลรัฐบาล	395	3.24	395	3.44	P < 0.001**
โรงพยาบาลเอกชน	86	2.76	86	2.92	P = 0.005**
คลินิกเอกชน	66	2.91	66	2.89	P = 0.890
อื่น ๆ (สถานีอนามัย, ศสมช.)	70	3.53	70	3.57	P = 0.552

หมายเหตุ (a) = Paired t - test

\*\* = Highly significant at p < 0.01

จากตารางที่ 4.13 ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ ให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพก่อนมีโครงการฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังมีโครงการฯ (3.28) มากกว่า ก่อนมีโครงการฯ (3.20) และผู้ที่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ ให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพก่อนและหลังมีโครงการฯ ให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพก่อนและหลังมีโครงการฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยให้คะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจหลังมีโครงการฯ (3.32) มากกว่าก่อนมีโครงการฯ (3.00)

**ตารางที่ 4.13** ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพในอำเภอ ก่อนและหลังมีโครงการฯ เปรียบเทียบในกลุ่มที่ไม่เคยใช้ และเคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ

	n	ก่อนมีโครงการฯ		หลังมีโครงการฯ		<sup>(a)</sup> p - value
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ	446	3.20	1.020	3.28	0.990	<sup>(a)</sup> p = 0.001**
ผู้ที่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ	142	3.00	1.050	3.32	1.080	<sup>(a)</sup> p < 0.001**
			<sup>(b)</sup> p = 0.048*		<sup>(b)</sup> p = 0.672	

หมายเหตุ (a) = Paired t - test

(b) = Unpaired t - test

\* = Significant at p < 0.05

\*\* = Highly significant at p < 0.01

## 2.3 สิทธิต่างๆ ของคนในครัวเรือน ก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

### 2.3.1 ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

จากตารางที่ 4.14 สิทธิต่างๆ ของคนในครัวเรือนก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่า ไม่มีสิทธิใดๆ มากที่สุด ร้อยละ 67.0 รองลงมา คือ มีบัตรประกันสังคม ร้อยละ 11.5 และมีการประกันสุขภาพ 500 บาท ร้อยละ 10.7

ตารางที่ 4.14 จำนวน และร้อยละของการมีสิทธิต่าง ๆ ของคนในครัวเรือน ก่อนมีโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

สิทธิบัตร ของคนในครัวเรือน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>สิทธิต่างๆ ก่อนมีโครงการฯ (805 ครัวเรือน)</b>		
ไม่มีสิทธิใด ๆ	2,439	67.0
บัตรประกันสังคม	418	11.5
บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท	390	10.7
บัตรผู้นำชุมชน/ อสม.	102	2.8
ประกันสุขภาพเอกชน	63	1.7
บัตรสวัสดิการช่วยเหลือเกื้อกูล	56	1.5
อื่นๆ (มีสวัสดิการจากหน่วยงาน ฯลฯ)	173	4.8
<b>รวม</b>	<b>3,641</b>	<b>100.0</b>

### 2.3.2 หลังจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

จากตารางที่ 4.15 การได้รับบัตรตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่า ได้รับบัตร ร้อยละ 90.4 และไม่ได้รับบัตร ร้อยละ 9.6

นอกจากบัตรทองตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การพบว่ามีบัตรสิทธิอื่นซ้ำซ้อน ร้อยละ 35.1 โดยพบว่า มีบัตรซ้ำซ้อนกับบัตรประกันสังคม มากที่สุด ร้อยละ 18.6 รองลงมา คือ สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 5.0 และประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 3.3

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของการได้รับสิทธิบัตร และการพบบัตรชำรุด หลังจากมี  
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

การได้สิทธิบัตร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับบัตรตามสิทธิโครงการฯ (792 ครั้วเรือน)		
ได้รับบัตร	2,712	90.4
ไม่ได้รับบัตร	289	9.6
<b>รวม</b>	<b>3,001</b>	<b>100.0</b>
การพบบัตรชำรุด		
ไม่มีบัตรสิทธิอื่นชำรุด	535	64.9
มีบัตรสิทธิอื่นชำรุด	289	35.1
ประกันสังคม	153	18.6
สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	41	5.0
ประกันสุขภาพเอกชน	27	3.3
อื่น ๆ (บัตรสูงอายุ บริษัทเอกชนเบิกได้)	68	8.2
<b>รวม</b>	<b>824</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.16 ด้านสถานบริการตามสิทธิบัตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สถาน  
บริการตามสิทธิบัตร ร้อยละ 78.9 และไม่รู้จักสถานบริการตามสิทธิบัตร ร้อยละ 21.1

ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความครอบคลุมโรคในการรักษาตามโครงการ  
30 บาทรักษาทุกโรค กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า รักษาได้ครอบคลุมทุกโรค ร้อยละ 44.9 และมี  
ความเห็นว่ารักษาได้ไม่ครอบคลุมทุกโรค ร้อยละ 55.1

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรที่โรงพยาบาล  
ใกล้บ้าน กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตร ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 68.5  
ไม่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตร ร้อยละ 31.5 เหตุผลที่เห็นด้วย คือ สะดวก ใกล้บ้าน มาก  
ที่สุดร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ ประหยัด ช่วยเหลือคนจน ร้อยละ 5.4 และ ความคิดเห็นว่า บริการดี  
และมีความเท่าเทียมกัน ร้อยละ 1.7

ส่วนเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน คือ ควร  
ให้บริการได้ทุกโรงพยาบาลร้อยละ 14.5 รองลงมา คือ การเดินทางไม่สะดวก/ไกล ร้อยละ 4.2

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละ ความเห็นเกี่ยวกับสิทธิบัตร การเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ความเห็นเกี่ยวกับสิทธิบัตร	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรู้สถานบริการตามสิทธิบัตร</b>		
ไม่รู้สถานบริการตามสิทธิบัตร	175	21.1
รู้สถานบริการตามสิทธิบัตร	656	78.9
<b>รวม</b>	<b>831</b>	<b>100.0</b>
<b>ความครอบคลุมโรคในการรักษา</b>		
ครอบคลุมทุกโรค	357	44.9
ไม่ครอบคลุมทุกโรค	438	55.1
<b>รวม</b>	<b>795</b>	<b>100.0</b>
<b>เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียน</b>	<b>576</b>	<b>68.5</b>
<b>เหตุผลที่เห็นด้วย (n = 407) มากกว่า 1 ข้อ</b>		
1. สะดวก ใกล้บ้าน	347	41.3
2. ประหยัด ช่วยเหลือคนจน	45	5.4
3. บริการดี	14	1.7
4. มีความเท่าเทียมกัน	14	1.7
<b>ไม่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียน</b>	<b>265</b>	<b>31.5</b>
<b>เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย (n = 195) มากกว่า 1 ข้อ</b>		
1. ควรใช้ได้ทุกโรงพยาบาล	122	14.5
2. การเดินทางไม่สะดวก/ไกล	35	4.2
3. บริการไม่ดี	17	2.0
4. เครื่องมือ/อุปกรณ์ไม่เพียงพอ	7	0.8
5. อื่น ๆ (อยากใช้ที่ รพ.เอกชน/ รพ.ใหญ่)	17	2.0
<b>รวม</b>	<b>841</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการแจ้งโรคที่ไม่คุ้มครองตามสิทธิบัตรมากที่สุดร้อยละ 42.6 รองลงมา คือ ไม่ได้รับการสำรวจผู้มีสิทธิตามโครงการฯ ร้อยละ 40.1 และไม่ได้รับการชี้แจงสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 38.6

ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า ประชาชนได้รับการแจ้งสถานที่ที่มีสิทธิใช้บริการ และรู้ดี มากที่สุด ร้อยละ 82.0 และ 63.1 ตามลำดับ รองลงมา คือได้รับการชี้แจงวิธีการทำบัตรทองโครงการฯ และได้รับการแจ้งหลักฐานที่ต้องใช้ถ้าไปใช้บริการ ร้อยละ 76.4 และ 74.7 ตามลำดับ แต่รู้ดีในเรื่องหลักฐานที่ต้องใช้ฯ มากกว่าวิธีการทำบัตร (ร้อยละ 54.2 และ 45.8 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของการรับทราบสิทธิตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

อันดับ	การรับทราบสิทธิตามโครงการ 30 บาทฯ	รวม	ร้อยละ			
			ไม่ได้รับ	ได้รับ		
				ไม่รู้	รู้ดี	รวม
1	27.การแจ้งโรคที่ไม่คุ้มครองตามสิทธิบัตร	823	42.6	29.9	27.5	57.4
2	22.การสำรวจผู้มีสิทธิตามโครงการ ฯ	831	40.1	20.1	39.8	59.9
3	23.การชี้แจงสิทธิประโยชน์	827	38.6	23.8	37.6	61.4
4	28.ทราบหลักการของโครงการ 30 บาท ฯ	824	38.2	21.5	40.3	61.8
5	26.การแจ้งหลักฐานที่ต้องใช้ ถ้าไปใช้บริการ	827	25.3	20.5	54.2	74.7
6	24.การชี้แจงวิธีการทำบัตรทองโครงการ 30 บาท	830	23.6	30.6	45.8	76.4
7	25.การแจ้งสถานที่ ที่มีสิทธิใช้บริการ	827	18.0	18.9	63.1	82.0



## 2.4 ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

จากตารางที่ 4.18 ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคสูงที่สุด คือช่วยประหยัดเงิน/ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย โดยให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (3.92) รองลงมาคือ เพิ่มโอกาสในการรักษาพยาบาล โดยให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับปานกลางถึงมากเช่นกัน (3.68) ส่วนความคิดเห็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือได้รับยาเหมือนผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง โดยให้คะแนนเฉลี่ยในระดับน้อยถึงปานกลาง (2.97)

ตารางที่ 4.18 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

อันดับ	ความคิดเห็น	n	ร้อยละของความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
1	29. ช่วยประหยัดเงิน/ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย	829	3.3	4.0	21.1	40.4	31.2	3.92
2	30. เพิ่มโอกาสในการรักษาพยาบาล	829	3.9	6.6	27.6	41.4	20.5	3.68
3	32. เป็นการประกันสุขภาพพื้นฐานของประชาชน	824	3.6	7.4	38.2	33.0	17.7	3.54
4	33. ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ	821	6.2	13.0	36.9	27.6	16.2	3.35
5	31. ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพเท่าเทียมกัน	824	11.7	9.0	32.6	30.6	16.1	3.31
6	34. ได้รับยาเหมือนผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง	821	16.6	17.5	31.8	20.5	13.6	2.97

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

จากตารางที่ 4.19 ผู้ตอบแบบสอบถาม รู้จักสถานีอนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 95.9 ไม่รู้จัก ร้อยละ 4.1 และในกลุ่มที่ให้ความเห็นต่อสถานีอนามัย พบว่า ประทับใจ ร้อยละ 83.2

ความคิดเห็นต่อโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม รู้จักโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 94.1 ไม่รู้จัก ร้อยละ 5.9 และในกลุ่มที่ให้ความเห็นต่อโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน พบว่า ประทับใจ ร้อยละ 63.6 และเห็นว่าไม่ดีถึง ร้อยละ 36.4

ผู้ตอบแบบสอบถามรู้จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 91.0 และคิดว่าจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนน้อยเกินไป ร้อยละ 50.1 มีส่วนที่เห็นว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนเหมาะสมแล้ว ร้อยละ 35.5

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละ ความคิดเห็นที่มีต่อสถานบริการใกล้บ้าน

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
<b>35. รู้จักสถานอนามัยใกล้บ้าน (n = 852)</b>		
ไม่รู้จักสถานอนามัยใกล้บ้าน	35	4.1
รู้จักสถานอนามัยใกล้บ้าน	817	95.9
ความเห็นต่อสถานอนามัย (n = 507)		
ประทับใจ	422	83.2
ไม่ตี	85	16.8
<b>36. รู้จักโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน (n = 847)</b>		
ไม่รู้จัก รพ.ชุมชนใกล้บ้าน	50	5.9
รู้จัก รพ.ชุมชนใกล้บ้าน	797	94.1
ความเห็นต่อโรงพยาบาล (n = 503)		
ประทับใจ	320	63.6
ไม่ตี	183	36.4
<b>37. รู้จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (n = 845)</b>		
ไม่รู้จำนวนแพทย์ใน รพ.ชุมชน	769	91.0
รู้จำนวนแพทย์ใน รพ.ชุมชน	76	9.0
<b>38. คิดว่าจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเหมาะสมหรือไม่</b>		
น้อยเกินไป	415	50.1
เหมาะสม	294	35.5
มากเกินไป	5	0.6
อื่นๆ (ไม่ทราบ ไม่เคยไป)	114	13.8
<b>รวม</b>	<b>828</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนจาก 662ครัวเรือน จำนวน 2,944 คน ไม่เคยใช้บริการ 1,941 คน (ร้อยละ 65.9) เหตุผลที่ไม่เคยใช้บริการ คือ มีที่รักษาประจำอยู่แล้ว ร้อยละ 43.7 รองลงมา คือ ไม่เคยป่วยเลย ร้อยละ 32.1

ก่อนมีโครงการ 30 บาท ฯ อัตราการใช้บริการเท่ากับ ร้อยละ 34.1 โดยแผนกที่เคยใช้บริการมากที่สุด คือ แผนกตรวจโรคทั่วไป ร้อยละ 71.6 รองลงมาคือ อุบัติเหตุ/ ชุกเฉิน ร้อยละ 22.1

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละการให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี ก่อนมี  
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

การให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ก่อนมีโครงการ ฯ	จำนวนคน ในครัวเรือน	ร้อยละ
(n = 662 ครัวเรือน)		
ไม่เคยใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน	1941	65.9
เคยใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน	1003	34.1
<b>รวม</b>	<b>2944</b>	<b>100.0</b>
<b>อัตราการให้บริการ</b>	<b>34.1 %</b>	
เหตุผลที่ไม่เคยใช้บริการ (n = 396 ครัวเรือน)		
มีที่รักษาประจำอยู่แล้ว	173	43.7
ไม่เคยป่วยเลย	127	32.1
เดินทางไม่สะดวก	44	11.1
อื่น ๆ (ไม่รู้จัก ไปไม่ถูก)	52	13.1
<b>รวม</b>	<b>396</b>	<b>100.0</b>
แผนกที่เคยใช้บริการ (n = 525 ครัวเรือน) ตอบมากกว่า 1 ข้อ		
ตรวจโรคทั่วไป	376	71.6
อุบัติเหตุ / อุบัติเหตุ	116	22.1
ผู้ป่วยใน (พักโรงพยาบาล)	107	20.4
อื่น ๆ (ส่งเสริม ป้องกันโรค)	29	5.5

จากตารางที่ 4.21 ผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุสิ่งทีประทับใจต่อโรงพยาบาลชุมชน 340 คน พบว่า มีความประทับใจในการบริการ ร้อยละ 52.1 รองลงมา คือ บุคลากร มนุษย์สัมพันธ์ดี ร้อยละ 36.2 และสถานที่ สิ่งแวดล้อมสะอาด ร้อยละ 10.9

สิ่งที่ต้องปรับปรุง ผู้ตอบแบบสอบถาม 428 คน ระบุว่า ต้องปรับปรุงการบริหารจัดการ ร้อยละ 51.9 รองลงมา คือ มนุษย์สัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 40.7 และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ร้อยละ 11.7

ตารางที่ 4.21 ประสิทธิภาพที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชน

ประสิทธิภาพที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>สิ่งที่ประทับใจ</b> (n = 340) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
1. บริการดี	177	52.1
2. บุคลากร มนุษยสัมพันธ์ดี	123	36.2
3. สถานที่ สิ่งแวดล้อมสะอาด	37	10.9
4. อื่น ๆ	25	7.4
<b>สิ่งที่ต้องปรับปรุง</b> (n = 428) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
1. การบริหารจัดการ	222	51.9
2. มนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่	174	40.7
3. สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล	50	11.7
4. อื่น ๆ	28	6.5

จากตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละผู้ใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ประชาชนไม่เคยใช้บริการมากที่สุด ร้อยละ 70.4 และเคยใช้บริการร้อยละ 29.6

ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละผู้ใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี

การใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน หลังมีโครงการ 30 บาทฯ	จำนวนคน ในครัวเรือน	ร้อยละ
(690 ครัวเรือน)		
ไม่เคยใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน	1,694	70.4
เคยใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน	712	29.6
<b>รวม</b>	<b>2,406</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.23 เหตุผลที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเรียงตามลำดับ คือ สุขภาพดี ร้อยละ 46.2 มีที่รักษาประจำอยู่แล้ว ร้อยละ 33.0 ดูแลตนเอง เช่น ซื้อยากินเอง ร้อยละ 16.0 และการเดินทางไม่สะดวก และไม่มั่นใจในตัวแพทย์และพยาบาลร้อยละ 4.8

ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยใช้บริการตามสิทธิ  
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

เหตุผลที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยใช้บริการ ตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	จำนวน	ร้อยละ
1. สุขภาพดี	164	46.2
2. มีที่รักษาประจำอยู่แล้ว/กลัวการรักษาไม่มีคุณภาพ	117	33.0
3. ดูแลตัวเอง เช่น ซื้อยากิน	57	16.0
4. การเดินทางไม่สะดวกและไม่มั่นใจในตัวแพทย์และพยาบาล	17	4.8
<b>รวม</b>	<b>355</b>	<b>100.0</b>

## 2.5 ความคิดเห็นของผู้ที่เคยใช้บริการ ตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

จากตารางที่ 4.24 ผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ระบุว่าเมื่อเจ็บป่วย ได้ใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.1 และระบุเหตุผลการใช้ทุกครั้ง คือ ใกล้เคียงบ้าน เดินทางสะดวก ร้อยละ 19.4 และประหยัดเงิน ร้อยละ 15.7

ส่วนผู้ที่ระบุว่าเมื่อเจ็บป่วยไม่ได้ใช้บริการตามสิทธิโครงการทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.9 และระบุเหตุผลการใช้ไม่ใช้ทุกครั้ง ส่วนใหญ่ คือ ซื้อยากินเอง ร้อยละ 23.0

ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

พฤติกรรมการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ใช้บริการตามสิทธิบัตรโครงการฯ ทุกครั้ง</b>	<b>109</b>	<b>57.1</b>
เหตุผลที่ใช้บริการทุกครั้ง		
ใกล้เคียงบ้าน เดินทางสะดวก	37	19.4
ประหยัดเงิน	30	15.7
ไม่ระบุเหตุผล	18	9.4
เป็นผู้ป่วยประจำ	13	6.8
อื่น ๆ	11	5.8
<b>ไม่ได้ใช้บริการตามสิทธิบัตรโครงการฯ ทุกครั้ง</b>	<b>82</b>	<b>42.9</b>
เหตุผลที่ไม่ใช้บริการทุกครั้ง		
ซื้อยากินเอง	44	23.0
ไม่ระบุเหตุผล	9	4.7
เดินทางไม่สะดวก	8	4.2
ญาติแนะนำไปที่อื่น	6	3.1
อื่น ๆ	15	7.9
<b>รวม</b>	<b>191</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.25 แสดงถึง หลังจากมีโครงการ 30 บาทฯ แล้ว ตัวแทนครัวเรือน ผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 860 คน เป็นผู้เคยใช้บริการตามสิทธิ ที่โรงพยาบาลชุมชน 195 คน (ร้อยละ 22.7) และเคยนอนพักใน โรงพยาบาลชุมชน 53 คน (ร้อยละ 6.2)

ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละ การใช้บริการของตัวแทนครัวเรือน ผู้ตอบแบบสอบถาม

การให้บริการของตัวแทนครัวเรือน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยใช้บริการ สิทธิโครงการ 30 บาทฯ ที่ รพ.ชุมชน	665	77.3
เคยใช้บริการ สิทธิโครงการ 30 บาทฯ ที่ รพ.ชุมชน	195	22.7
ไม่เคยนอนพักใน รพ.	142	16.5
เคยนอนพักใน รพ.	53	6.2
<b>รวม</b>	<b>860</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.26 หลังจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ 165 คน เคยไปใช้บริการที่สถานีนามัยมากที่สุด 116 คน (71.3%) และเคยไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิโครงการฯ ที่แผนกต่าง ๆ ดังนี้คือ ตรวจโรคทั่วไป (69.7%) อุบัติเหตุฉุกเฉิน (26.1%) เคยเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (32.1%) ควบคุมป้องกันโรคและทันตกรรม (14% เท่ากัน) ส่งเสริมสุขภาพ/ฝากครรภ์ (9.7%) และศูนย์สุขภาพชุมชน (9.1%)

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละ สถานที่ในการใช้บริการ ตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

สถานที่ในการใช้บริการ (n = 165)	เคยใช้บริการ		ไม่เคยใช้บริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานีนามัย	116	70.3	49	29.7
โรงพยาบาลชุมชน				
ตรวจโรคทั่วไป	115	69.7	50	30.3
อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	43	26.1	122	73.9
พักโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	53	32.1	112	67.9
ควบคุมป้องกันโรค	23	14.0	142	86.0
ทันตกรรม	23	14.0	142	86.0
ส่งเสริมสุขภาพ/ ฝากครรภ์	16	9.7	149	90.3
ศูนย์สุขภาพชุมชน	15	9.1	150	90.9

จากตารางที่ 4.27 ผู้เคยใช้บริการให้เหตุผลของการไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนสูงสุด คือ ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก ร้อยละ 84.1 รองลงมาคือ ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร ร้อยละ 67.1 และบริการรวดเร็ว/ ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ร้อยละ 29.3

ตารางที่ 4.27 จำนวนและร้อยละเหตุผลของการไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชน  
(n = 164 คน) โดยตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

เหตุผลของการใช้บริการ (n = 164)	จำนวน	ร้อยละ
1.ใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทาง	138	84.1
2.ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร	110	67.1
3.รวดเร็ว/ ชั้นตอนไม่ยุ่งยาก	48	29.3
4.รักษาแล้วหาย/ ได้ยาถูกต้องกับโรค	42	25.6
5.เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม/ ให้ความเอาใจใส่ดูแลดี	39	23.8
6.เชื่อถือในตัวแพทย์	36	22.0
7.มีบริการหลายอย่างตามต้องการ	29	17.7
8.เคยรักษามาก่อน/ เป็นคนไข้ประจำ	29	17.7
9.เชื่อถือในระบบบริการดี/มีมาตรฐาน	27	16.5
10.ญาติพี่น้อง/ เพื่อนแนะนำ	18	11.0
11.มีญาติที่ให้ความช่วยเหลือได้	11	6.7

จากตารางที่ 4.28 พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เข้าใจว่า เสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง รักษาโรคก็ได้ คิดเป็นร้อยละ 61.6 แต่ก็ยังมีผู้เข้าใจผิดว่าเสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้งรักษาได้ครั้งละโรคเดียวเท่านั้น โดยพบว่ามีถึงร้อยละ 35.9 ของผู้ให้บริการ

ตารางที่ 4.28 จำนวนและร้อยละ ความเข้าใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ความเข้าใจของผู้ใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
เสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง รักษาโรคก็ได้	98	61.6
เสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง รักษาได้ครั้งละโรคเดียวเท่านั้น	57	35.9
อื่นๆ (ไม่ทราบ ไม่ได้ติดตามข่าว)	4	2.5
<b>รวม</b>	<b>159</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.29 ผู้ใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีความคิดเห็นการใช้บริการตรวจรักษา ดังนี้ การได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น และ เข้าใจดี ร้อยละ 43.1 รองลงมา คือ ได้รับแต่ไม่เข้าใจ ร้อยละ 30.0 และไม่ได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น ร้อยละ 26.9

ในเรื่องแพทย์ได้พูดคุยเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรค ผู้ใช้บริการมีความคิดเห็นว่า แพทย์ได้บอกและเข้าใจดีมากที่สุด ร้อยละ 53.2 รองลงมา คือ บอกแต่ไม่เข้าใจ ร้อยละ 30.4 และไม่ได้บอก ร้อยละ 16.4

การให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ใช้บริการมีความเห็นว่า แพทย์/พยาบาลแนะนำและเข้าใจดี ร้อยละ 60.9 รองลงมา คือ แพทย์และพยาบาลไม่ได้แนะนำ ร้อยละ 21.2 และแนะนำแต่ไม่เข้าใจ ร้อยละ 17.9

เรื่องของแพทย์ผู้ดูแลรับผิดชอบ พบว่า ผู้ใช้บริการทราบว่าแพทย์คนใดรับผิดชอบดูแลรักษา แต่ไม่ทราบชื่อแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 39.8 รองลงมา คือ ไม่ทราบว่าแพทย์คนใดรักษา ร้อยละ 39.1 และทราบและรู้ชื่อแพทย์ ที่รับผิดชอบดูแลรักษา น้อยที่สุด ร้อยละ 21.1

การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า ผู้ใช้บริการได้รับคำแนะนำและเข้าใจดี ร้อยละ 77.5 รองลงมา คือ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา แต่ไม่เข้าใจ ร้อยละ 13.1

ในเรื่องของความต้องการใช้บริการตามสิทธิบัตรทองโครงการ พบว่า ผู้ใช้บริการมีความคิดเห็นว่า ต้องการใช้บริการตามสิทธิบัตรทองต่อไปมากที่สุด ร้อยละ 81.2 รองลงมา คือ ใช้บริการแต่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 12.8 และไม่ต้องการใช้บริการอีกต่อไป ร้อยละ 6.0

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4.29 จำนวนและร้อยละ ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

ความคิดเห็นการใช้บริการตรวจรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น		
ไม่ได้รับ	43	26.9
ได้รับแต่ไม่เข้าใจ	48	30.0
ได้รับและเข้าใจดี	69	43.1
<b>รวม</b>	<b>160</b>	<b>100.0</b>
แพทย์ได้พูดคุยเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรค		
ไม่ได้บอก	26	16.4
บอกแต่ไม่เข้าใจ	48	30.4
บอกและเข้าใจดี	84	53.2
<b>รวม</b>	<b>158</b>	<b>100.00</b>
แพทย์/พยาบาล ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย		
ไม่ได้แนะนำ	33	21.2
แนะนำแต่ไม่เข้าใจ	28	17.9
แนะนำและเข้าใจดี	95	60.9
<b>รวม</b>	<b>156</b>	<b>100.00</b>
ทราบหรือไม่ว่าใครคือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลรักษาท่าน		
ไม่ทราบ	63	39.1
ทราบแต่ไม่รู้ชื่อแพทย์	64	39.8
ทราบและรู้ชื่อแพทย์	34	21.1
<b>รวม</b>	<b>161</b>	<b>100.0</b>
ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา		
ไม่ได้รับ	15	9.4
ได้รับแต่ไม่เข้าใจ	21	13.1
ได้รับและเข้าใจดี	124	77.5
<b>รวม</b>	<b>160</b>	<b>100.0</b>
ความต้องการใช้บริการตามสิทธิบัตรของโครงการ ฯ ต่อไป		
ไม่ต้องการใช้บริการอีกต่อไป	8	6.0
ใช้บริการ แต่ไม่ใช้สิทธิบัตรของ	17	12.8
ใช้บริการ ตามสิทธิบัตรของต่อไป	108	81.2
<b>รวม</b>	<b>133</b>	<b>100.0</b>

### ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ที่เคยใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่มีต่อโรงพยาบาล ชุมชน

#### 3.1 ความพึงพอใจของผู้เคยใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่อการบริการ ทั่วไป และการตรวจรักษา แบบผู้ป่วยนอก

จากการศึกษาพบว่าผู้เคยใช้บริการมีจำนวน 195 คน จากทั้งหมด 860 คน (ร้อยละ 22.7)

การให้คะแนนความพึงพอใจของผู้เคยใช้บริการ ใช้เกณฑ์คะแนนความพึงพอใจดังนี้คือ

1 = พึงพอใจน้อยที่สุด      2 = พึงพอใจน้อย      3 = พึงพอใจปานกลาง      4 = พึงพอใจมาก  
5 = พึงพอใจมากที่สุด

จากตารางที่ 4.30 ผู้ใช้บริการให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการทั่วไปและการตรวจรักษา ในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยให้คะแนนความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก คือ อันดับ 1 ข้อ 55 เรื่องความสะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล (คะแนนเฉลี่ย 3.53) อันดับ 2 ข้อ 72 เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง (ผู้ป่วยนอก) คะแนนเฉลี่ย 3.37 และอันดับ 3 ข้อ 70 เรื่องความน่าเชื่อถือของแพทย์ (คะแนนเฉลี่ย 3.34)

นอกจากนี้ข้อที่น่าสังเกตคือ ผู้เคยใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน 60 เพียง ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับ 4 และ 5 รวมกัน มากกว่าร้อยละ 50 ในข้อ 55 และข้อ 72 แสดงว่าในเรื่องความสะดวกในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล น่าจะมีความเหมาะสมกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพราะหลักการของโครงการฯ คือการประกันค่าใช้จ่ายในการรักษา (30 บาท) และรักษาใกล้บ้าน ในส่วนผู้เคยใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน 10 – 30 เพียง ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับ 4 และ 5 รวมกัน มากกว่าร้อยละ 50 เพียงข้อเดียว คือข้อ 72 เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล น่าจะเป็นเหตุผลเดียวกันคือ เนื่องจากโครงการนี้ ประกันค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผู้เคยใช้บริการให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด 3 อันดับคือ อันดับ 18 ข้อ 64 เรื่องระยะเวลารอตรวจ (คะแนนเฉลี่ย 2.56) อันดับ 17 ข้อ 56 เรื่องความรวดเร็วในการต้อนรับของเจ้าหน้าที่ (คะแนนเฉลี่ย 2.85) และอันดับ 16 ข้อ 57 ระยะเวลาในการทำบัตรผู้ป่วย (คะแนนเฉลี่ย 2.87) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าเป็นเรื่องของระยะเวลาทั้งสิ้น นอกจากนี้ที่น่าสังเกตคือ ผู้เคยใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน 60 เพียงให้คะแนนความพึงพอใจในข้อ 64 ระยะเวลารอตรวจ ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.19) และมากกว่าร้อยละ 50 ให้คะแนนในระดับเพียง 1 และ 2 เท่านั้น

ตารางที่ 4.30 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ที่เคยใช้บริการ ที่มีต่อการบริการทั่วไปและการตรวจรักษา แบบผู้ป่วยนอก แบ่งตามขนาดเตียงโรงพยาบาลชุมชน

ข้อ	รหัส	การบริการ / การตรวจรักษา แบบผู้ป่วยนอก	รวม		รพ.ชุมชน 60 เตียง							รพ.ชุมชน 10 - 30 เตียง						
					ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ							ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ						
			n	Mean	n	1	2	3	4	5	Mean	n	1	2	3	4	5	Mean
55	1	ความสะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล	148	3.53	42	4.8	0.0	45.2	23.8	26.2	3.67	106	2.8	9.4	42.5	27.4	17.9	3.46
56	1	ความรวดเร็วในการต้อนรับของเจ้าหน้าที่	149	2.85	42	14.3	21.4	38.1	21.4	4.8	2.81	107	15.0	15.0	43.0	22.4	4.7	2.87
57	1	ระยะเวลาในการทำบัตรผู้ป่วย	149	2.87	42	14.3	23.8	40.5	14.3	7.1	2.76	107	13.1	12.1	48.6	22.4	3.7	2.89
58	1	ระยะเวลาการตรวจสอบสิทธิบัตร	146	3.01	42	9.5	21.4	45.2	16.7	7.1	2.90	104	6.7	16.3	41.1	25.0	4.8	3.04
59	1	การให้คำแนะนำขั้นตอนในการใช้บริการ	149	3.09	42	4.8	14.3	64.3	11.9	4.8	2.98	107	5.6	16.8	43.9	25.2	8.4	3.12
60	2	การบอกทิศทาง / ป้ายบอกทาง	147	3.22	42	2.4	2.4	61.9	23.8	9.5	3.36	105	8.6	11.4	43.8	26.7	9.5	3.18
61	2	การดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ	149	3.17	42	4.8	7.1	45.2	38.1	4.8	3.31	107	12.1	14.0	29.9	37.4	6.5	3.11
62	1	การอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น เปล	148	3.23	42	4.8	0.0	54.8	28.6	11.9	3.43	106	10.4	14.2	34.0	33.0	8.5	3.15
63	2	การจัดลำดับในการตรวจ	144	2.94	42	3.8	19.0	47.6	7.1	2.4	2.45	102	9.8	13.7	39.2	27.5	9.8	3.14
64	1	ระยะเวลารอตรวจ	144	2.56	42	33.3	23.8	35.7	4.8	2.4	2.19	102	16.7	21.6	39.2	19.6	2.9	2.71
65	3	แพทย์ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	142	3.32	42	4.8	9.5	35.7	40.5	9.5	3.40	100	8.0	14.0	32.0	34.0	12.0	3.29
66	3	พยาบาลใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	145	3.19	42	9.5	9.5	38.1	35.7	7.1	3.21	103	11.7	12.6	35.0	28.2	12.6	3.17
67	4	การให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรค	142	3.05	41	7.3	19.5	48.8	17.1	7.3	2.98	101	8.9	15.8	41.6	25.7	7.9	3.08
68	4	การให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรักษา	145	3.14	42	4.8	14.3	50.0	23.8	7.1	3.14	103	8.7	12.6	42.7	27.2	8.7	3.15
69	4	การให้คำแนะนำในการควบคุมป้องกันโรค	145	3.14	42	4.8	19.0	45.2	23.8	7.1	3.10	103	7.8	14.6	39.8	29.1	8.7	3.17
70	5	ความน่าเชื่อถือของแพทย์	143	3.34	41	4.9	4.9	48.8	26.8	14.6	3.41	102	6.9	8.8	39.2	37.3	7.8	3.30
71	5	ความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่อื่นๆ	143	3.18	42	4.8	11.9	57.1	16.7	9.5	3.14	101	8.9	12.9	34.7	36.6	6.9	3.24
72	6	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง(ผู้ป่วยนอก)	140	3.37	42	11.9	2.4	31.0	40.5	14.3	3.43	98	10.2	8.2	29.6	40.8	11.2	3.35

รหัส 1 = ความพึงพอใจต่อความสะดวก (7 ข้อ)

3 = ความพึงพอใจต่ออัตราค่ารักษา ความสนใจของผู้ให้บริการ (2 ข้อ)

5 = ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (2 ข้อ)

2 = ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ (3 ข้อ)

4 = ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (3 ข้อ)

6 = ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (1 ข้อ)

### 3.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่เคยใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดเตียงของโรงพยาบาล

จากตารางที่ 4.31 ผู้ที่เคยใช้บริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 – 30 เตียง ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 1 ข้อ จาก 18 ข้อ คือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง (ผู้ป่วยนอก) (52.0 %) ในทางกลับกัน ให้คะแนนต่ำสุด ในเรื่อง ระยะเวลารอตรวจ (22.5 %) นอกจากนี้ยังพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก แตกต่างตามกิจกรรมดังนี้ การจัดลำดับในการตรวจ และระยะเวลาในการรอตรวจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในผู้เคยใช้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล 10 – 30 เตียง มากกว่า โรงพยาบาล 60 เตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ส่วนผู้มาใช้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล ขนาด 60 เตียง ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่า ร้อยละ 50 จำนวน 3 ข้อจาก 18 ข้อ คือ 1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง (ผู้ป่วยนอก) 2) ความสะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล 3) แพทย์ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 54.8, 50.0 และ 50.0 ตามลำดับ) และให้คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ 1) การให้คำแนะนำขั้นตอนในการใช้บริการ 2) การจัดลำดับในการตรวจ 3) ระยะเวลาในการรอตรวจ (ร้อยละ 16.7, 9.5 และ 7.2 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.31 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยและร้อยละการให้คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามขนาดเตียงของโรงพยาบาล เรียงตามร้อยละคะแนนความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดจากมากไปน้อย

อันดับ	ข้อ	รหัส	การบริการ / การตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก	รพ.ชุมชน 60 เตียง			รพ.ชุมชน 10 - 30 เตียง			p - value <sup>a</sup>
				คะแนนความพึงพอใจ			คะแนนความพึงพอใจ			
				n	high score	Mean	n	high score	Mean	
1	72	6	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง(ผู้ป่วยนอก)	42	54.8	3.43	98	52.0	3.35	0.694
2	55	1	ความสะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล	42	50.0	3.67	106	45.3	3.46	0.310
3	65	3	แพทย์ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	42	50.0	3.40	100	46.0	3.29	0.524
4	61	2	การดูแลช่วยเหลือผู้ให้บริการ	42	42.9	3.31	107	43.9	3.11	0.330
5	66	3	พยาบาลใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	42	42.8	3.21	103	40.8	3.17	0.849
6	70	5	ความน่าเชื่อถือของแพทย์	41	41.4	3.41	102	45.1	3.30	0.542
7	62	1	การอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น เพล	42	40.5	3.43	106	41.5	3.15	0.148
8	60	2	การบอกทิศทาง / บ้ายบอกทาง	42	33.3	3.36	105	36.2	3.18	0.300
9	68	4	การให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรักษา	42	30.9	3.14	103	35.9	3.15	0.988
10	69	4	การให้คำแนะนำในการควบคุมป้องกันโรค	42	30.9	3.10	103	37.8	3.17	0.708
11	56	1	ความรวดเร็วในการต้อนรับของเจ้าหน้าที่	42	26.2	2.81	107	27.1	2.87	0.762
12	71	5	ความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่อื่นๆ	42	26.2	3.14	101	43.5	3.24	0.768
13	67	4	การให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรค	41	24.4	2.98	101	33.6	3.08	0.588
14	58	1	ระยะเวลาการตรวจสอบสิทธิบัตร	42	23.8	2.90	104	29.8	3.04	0.418

ตารางที่ 4.31 (ต่อ) ความแตกต่างค่าเฉลี่ยและร้อยละการให้คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามขนาดเตียงของโรงพยาบาล เรียงตามร้อยละคะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุดจากมากไปน้อย

อันดับ	ข้อ	รหัส	การบริการ / การตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก	รพ.ชุมชน 60 เตียง			รพ.ชุมชน 10 - 30 เตียง			p - value <sup>a</sup>
				คะแนนความพึงพอใจ			คะแนนความพึงพอใจ			
				n	high score	Mean	n	high score*	Mean	
15	57	1	ระยะเวลาในการทำบัตรผู้ป่วย	42	21.4	2.76	107	26.1	2.89	0.416
16	59	1	การให้คำแนะนำขั้นตอนในการใช้บริการ	42	16.7	2.98	107	33.6	3.12	0.300
17	63	2	การจัดลำดับในการตรวจ	42	9.5	2.45	102	37.3	3.14	0.001
18	64	1	ระยะเวลารอตรวจ	42	7.2	2.19	102	22.5	2.71	0.009

\* high score = คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด

<sup>a</sup> Unpaired t-test

รหัส 1 = ความพึงพอใจต่อความสะดวก (7 ข้อ)

3 = ความพึงพอใจต่ออัตรายาคัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (2 ข้อ)

5 = ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (2 ข้อ)

2 = ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ (3 ข้อ)

4 = ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (3 ข้อ)

6 = ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (1 ข้อ)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3.3 ความพึงพอใจของผู้เคยใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่อการบริการผู้ป่วยใน (เคยนอนพักโรงพยาบาล) ของโรงพยาบาลชุมชน

จากการศึกษา ผู้ที่เคยใช้บริการ 195 คน มีผู้ที่เคยใช้บริการผู้ป่วยใน (นอนพักโรงพยาบาล) จำนวน 53 คน (ร้อยละ 27.2 ของผู้เคยใช้บริการ)

จากตารางที่ 4.32 ผู้ที่เคยนอนพักในโรงพยาบาลให้คะแนนความพึงพอใจต่อการบริการผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก คือ อันดับ 1 ข้อ 85 เรื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง (คะแนนเฉลี่ย 3.23) อันดับ 2 ข้อ 74 เรื่องสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล (คะแนนเฉลี่ย 3.17) และอันดับ 3 ข้อ 78 เรื่องการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (คะแนนเฉลี่ย 3.15)

ที่น่าสังเกตคือ ความพึงพอใจต่อการบริการผู้ป่วยใน ผู้เคยนอนพักโรงพยาบาลชุมชน 60 เพียงให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ผู้เคยนอนพักในโรงพยาบาลชุมชน 10 – 30 เพียง ทุกข้อ ยกเว้นอันดับ 10 ข้อ 79 เรื่องความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อมีปัญหา ผู้เคยนอนพักในโรงพยาบาลชุมชน 10 – 30 เพียงให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า (คะแนนเฉลี่ย 2.84 และ 2.78 ในผู้เคยนอนพัก รพ.10 – 30 เพียง และ 60 เพียง ตามลำดับ) น่าจะเป็นเพราะความพร้อมในบุคลากร และอุปกรณ์ต่าง ๆ โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่ามีทรัพยากรมากกว่า

ผู้เคยนอนพักโรงพยาบาลให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด 3 อันดับ คือ อันดับ 12 ข้อ 83 เรื่องความใส่ใจของพยาบาลในความเจ็บป่วย (คะแนนเฉลี่ย 2.79) อันดับ 11 ข้อ 80 เรื่องความใส่ใจของแพทย์ในการดูแล (คะแนนเฉลี่ย 2.81) และอันดับ 10 ข้อ 79 เรื่องความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อมีปัญหา (คะแนนเฉลี่ย 2.83) น่าสังเกตว่าเป็นเรื่องของความสนใจของแพทย์และพยาบาล น่าจะเป็นเพราะโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์จำนวนน้อย

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.32 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้เคยนอนพักในโรงพยาบาลชุมชน ที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ข้อ	รหัส	การบริการผู้ป่วยใน	รวม		รพ.ชุมชน 60 เตียง						รพ.ชุมชน 10 - 30 เตียง							
					ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ						ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ							
			n	Mean	n	1	2	3	4	5	Mean	n	1	2	3	4	5	Mean
74	1	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	53	3.17	9	0.0	11.1	44.4	33.3	11.1	3.44	44	6.8	11.4	47.7	31.8	2.3	3.11
75	1	ความสะอาดของห้อง / เตียงนอน	53	2.98	9	0.0	0.0	33.3	66.7	0.0	3.67	44	9.1	22.7	43.2	25.0	0.0	2.84
76	1	ความสะดวกของห้อง / เตียงนอน	52	2.85	9	0.0	11.1	66.7	22.2	0.0	3.11	43	11.5	16.3	55.8	14.0	2.3	2.79
77	5	ความสามารถของแพทย์ในการรักษาโรค	52	3.04	9	0.0	11.1	44.4	44.4	0.0	3.33	43	14.0	11.6	41.9	27.9	4.7	2.98
78	5	การตรวจร่างกายโดยแพทย์	52	3.15	9	0.0	0.0	44.4	55.6	0.0	3.56	43	14.0	7.0	44.2	27.9	7.0	3.07
79	2	ความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อมีปัญหา	52	2.83	9	11.1	33.3	33.3	11.1	11.1	2.78	43	18.6	14.0	34.9	30.2	2.3	2.84
80	3	ความใส่ใจของแพทย์ในการดูแล	52	2.81	9	0.0	22.2	22.2	55.6	0.0	3.33	43	23.3	11.6	41.9	18.6	4.7	2.70
81	5	ความสามารถของพยาบาลในการดูแล	51	2.96	9	0.0	22.2	33.3	33.3	11.1	3.33	42	16.7	11.9	42.9	23.8	4.8	2.85
82	2	ความรวดเร็วของพยาบาลในการช่วยเหลือ	52	2.85	9	0.0	22.2	44.4	33.3	0.0	3.11	43	16.3	14.0	46.5	20.9	2.3	2.79
83	3	ความใส่ใจของพยาบาลในความเจ็บป่วย	53	2.79	9	11.1	22.2	22.2	44.4	0.0	3.00	44	18.2	18.2	36.4	25.0	2.3	2.75
84	3	การดูแลช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อื่นๆ	53	2.98	9	0.0	22.2	11.1	55.6	11.1	3.56	44	18.2	11.4	38.6	29.5	2.3	2.86
85	6	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง (ผู้ป่วยใน)	52	3.23	9	0.0	11.1	11.1	55.6	22.2	3.89	43	9.3	11.6	41.9	34.9	2.3	3.09

คะแนนความพึงพอใจ	1 = พึงพอใจน้อยที่สุด	2 = พึงพอใจน้อย	3 = พึงพอใจปานกลาง	4 = พึงพอใจมาก	5 = พึงพอใจมากที่สุด
รหัส	1 = ความพึงพอใจต่อความสะดวก (3 ข้อ)		2 = ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ (2 ข้อ)		
	3 = ความพึงพอใจต่ออัตรายาคัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (3 ข้อ)		4 = ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ		
	5 = ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (3 ข้อ)		6 = ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (1 ข้อ)		



### 3.4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้เคยนอนพักโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดเตียงของโรงพยาบาล

จากตารางที่ 4.33 ผู้ที่เคยนอนพักโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 5 ข้อจาก 12 ข้อ คือ 1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง (ผู้ป่วยใน) 2) ความสะอาดของห้องและเตียงนอน 3) การดูแลช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ 4) การตรวจร่างกายโดยแพทย์ และ 5) ความใส่ใจของแพทย์ในการดูแล (ร้อยละ 77.8, 66.7, 66.7, 55.6 และ 55.6 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนความพึงพอใจต่ำมาก 3 อันดับสุดท้าย คือ 1) ความรวดเร็วของพยาบาลในการช่วยเหลือ 2) ความสะอาดของห้องและเตียงนอน 3) ความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อมีปัญหา (ร้อยละ 33.3, 22.2 และ 22.2 ตามลำดับ)

สำหรับผู้ที่เคยนอนพักในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 – 30 เตียง นั้น ให้คะแนนความพึงพอใจ ต่ำกว่าร้อยละ 50 ทั้ง 12 ข้อ

ตารางที่ 4.33 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยและร้อยละการให้คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามขนาดเตียงของโรงพยาบาล เรียงตามร้อยละคะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุดจากมากไปน้อย

อันดับ	ข้อ	รหัส	การบริการ / การตรวจรักษาแบบผู้ป่วยใน	รพ.ชุมชน 60 เตียง			รพ.ชุมชน 10 - 30 เตียง		
				ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ			ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ		
				n	high score <sup>*</sup>	Mean	n	high score <sup>*</sup>	Mean
1	6	85	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง (ผู้ป่วยใน)	9	77.8	3.89	43	37.2	3.09
2	1	75	ความสะอาดของห้อง / เตียงนอน	9	66.7	3.67	44	25.0	2.84
3	3	84	การดูแลช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อื่นๆ	9	66.7	3.56	44	31.8	2.86
4	5	78	การตรวจร่างกายโดยแพทย์	9	55.6	3.56	43	34.9	3.07
5	3	80	ความใส่ใจของแพทย์ในการดูแล	9	55.6	3.33	43	23.3	2.70
6	5	74	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	9	44.4	3.44	44	34.1	3.11
7	5	77	ความสามารถของแพทย์ในการรักษาโรค	9	44.4	3.33	43	32.6	2.98
8	5	81	ความสามารถของพยาบาลในการดูแล	9	44.4	3.33	42	28.6	2.85
9	3	83	ความใส่ใจของพยาบาลในความเจ็บป่วย	9	44.4	3.00	44	27.3	2.75
10	2	82	ความรวดเร็วของพยาบาลในการช่วยเหลือ	9	33.3	3.11	43	23.2	2.79
11	1	76	ความสะอาดของห้อง / เตียงนอน	9	22.2	3.11	43	16.3	2.79
12	2	79	ความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อมีปัญหา	9	22.2	2.78	43	32.5	2.84

<sup>\*</sup> high score = คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด

รหัส 1 = ความพึงพอใจต่อความสะอาด (3 ข้อ)

3 = ความพึงพอใจต่ออัตรายาคัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (3 ข้อ)

5 = ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (3 ข้อ)

2 = ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ (2 ข้อ)

4 = ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ

6 = ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (1 ข้อ)

#### ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ในการใช้บริการและไม่ใช้บริการ ตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

##### 4.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในผู้ที่ไม่เคยใช้และผู้ที่เคยใช้บริการ

จากตารางที่ 4.34 ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มากกว่าผู้ที่เคยใช้บริการ ในเรื่องช่วยประหยัดเงิน / ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย เพิ่มโอกาสในการรักษาพยาบาล ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพเท่าเทียมกัน และเป็นการประกันสุขภาพพื้นฐานของประชาชน ส่วนผู้ที่เคยใช้บริการให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงกว่า ในเรื่องช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ และเรื่องได้รับยาเหมือนผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง

ตารางที่ 4.34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในผู้ที่ไม่เคยใช้และผู้ที่เคยใช้บริการ

ความคิดเห็น	ร้อยละของความคิดเห็นผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ					ค่าเฉลี่ย (n)	ร้อยละของความคิดเห็นของผู้เคยใช้บริการ					ค่าเฉลี่ย (n)
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
29.ช่วยประหยัดเงิน/ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย	3.0	3.5	21.0	42.6	29.9	3.93 (653)	4.0	5.7	21.6	32.4	36.4	3.91 (176)
30.เพิ่มโอกาสในการรักษาพยาบาล	3.7	6.7	26.1	43.2	20.3	3.70 (655)	4.6	6.3	33.3	34.5	21.3	3.61 (174)
31.ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพเท่าเทียมกัน	1.5	8.3	31.9	32.5	15.8	3.33 (652)	12.2	11.6	35.5	23.3	17.4	3.22 (172)
32.เป็นการประกันสุขภาพพื้นฐานของประชาชน	3.4	6.7	38.7	33.8	17.4	3.55 (651)	4.6	9.8	36.4	30.1	19.1	3.49 (173)
33.ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ	6.4	13.4	37.3	27.2	15.7	3.32 (651)	5.3	11.8	35.3	29.4	18.2	3.44 (170)
34.ได้รับยาเหมือนผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง	16.4	18.0	32.4	19.2	14.0	2.96 (651)	17.0	15.8	29.8	25.1	12.3	3.00 (171)

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

**ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชน ในการใช้บริการ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี ตามปัจจัยส่วนบุคคล**

จากตารางที่ 4.35 จากการศึกษ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครัวเรือน รายจ่ายของครัวเรือน และสถานทางการเงินของครอบครัวที่แตกต่างกัน การตรวจรักษา ไม่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการและการตรวจรักษาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P>0.05$ ) แต่พบว่า รายได้ของครัวเรือน และรายจ่ายของครัวเรือนที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยใน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p=0.004$  และ  $p=0.001$  ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.35** ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการทั่วไป ความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา และความพึงพอใจผู้ป่วยใน เปรียบเทียบตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการทั่วไป			ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา			ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจผู้ป่วยใน		
	n	Mean	p-value	n	Mean	p-value	n	Mean	p-value
	<b>เพศ<sup>a</sup></b>			0.564			0.754		
ชาย	59	3.17		60	3.17		20	2.18	
หญิง	80	3.10		82	3.13		27	2.96	
<b>อายุ<sup>b</sup></b>			0.139			0.113			0.747
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	51	3.00		44	3.01		16	2.94	
31 – 45 ปี	41	3.07		40	2.95		20	3.03	
46 ปีขึ้นไป	45	3.30		43	3.39		11	2.93	
<b>สถานภาพสมรส<sup>a</sup></b>			0.335			0.297			0.735
โสด ม่าย หย่า และแยกกันอยู่	52	3.02		50	3.01		12	2.83	
คู่	89	3.15		93	3.17		37	3.01	

<sup>a</sup> Unpaired t-test

<sup>b</sup> One – way ANOVA

ตารางที่ 4.35 (ต่อ) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการทั่วไป ความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา และความพึงพอใจผู้ป่วยใน เปรียบเทียบตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อ การบริการทั่วไป			ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อ การตรวจรักษา			ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ผู้ป่วยใน		
	n	Mean	p-value	n	Mean	p-value	n	Mean	p-value
<b>ระดับการศึกษา<sup>b</sup></b>			0.221			0.377			0.332
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	74	3.16		71	3.24		24	3.03	
มัธยมศึกษา	39	3.17		38	2.96		14	2.61	
อนุปริญญา/ ปวส.หรือสูงกว่า	20	2.83		18	3.00		5	3.13	
<b>อาชีพ<sup>b</sup></b>			0.554			0.341			0.670
รับจ้าง	60	3.04		60	3.07		26	2.83	
เกษตรกรรวม	23	3.19		24	3.16		7	2.95	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	3.29		28	3.37		11	3.22	
ค้าขาย และอื่น ๆ	28	3.11		28	3.00		4	3.06	
<b>รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน<sup>a</sup></b>			0.632			0.643			0.004
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000 บาท	64	3.06		66	3.08		18	2.57	
มากกว่า 8,000 บาท	56	3.12		56	3.15		25	3.17	
<b>รายจ่ายของครัวเรือนต่อเดือน<sup>a</sup></b>			0.645			0.126			0.001
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000 บาท	77	3.07		78	3.05		22	2.60	
มากกว่า 8,000 บาท	43	3.13		43	3.27		22	3.26	
<b>สถานะทางการเงินของครัวเรือนในปีที่ผ่านมา<sup>a</sup></b>			0.331			0.299			0.991
มีหนี้สิน	58	3.05		60	3.05		24	2.94	
พอกินพอใช้และมีเหลือเก็บ	78	3.18		79	3.19		22	2.96	

<sup>a</sup> Unpaired t-test

<sup>b</sup> One – way ANOVA

## ส่วนที่ 6 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

### 6.1 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

จากตารางที่ 4.36 ความคิดเห็นผู้ให้บริการด้านประโยชน์ของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เรียงตามลำดับ คือ ประหยัด, สามารถรักษาได้ทุกโรค, และเป็นโครงการที่ดี (ร้อยละ 73.0, 17.6 และ 16.9)

**ตารางที่ 4.36** จำนวนและร้อยละความคิดเห็นผู้ให้บริการด้านประโยชน์ของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค (ตอบมากกว่า 1 ข้อ) (n = 148)

ความคิดเห็นด้านประโยชน์ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	จำนวน	ร้อยละ
1. ค่าใช้จ่ายน้อย/ ประหยัด/ ช่วยเหลือคนจน	108	73.0
2. เพิ่มโอกาสการรักษา/ รักษาได้ทุกโรค	26	17.6
3. เป็นโครงการที่ดี/ สะดวก/ มีประโยชน์	25	16.9

จากตารางที่ 4.37 ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการด้านสิทธิของผู้ใช้บริการด้านสิทธิของผู้มีบัตรทองโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เรียงตามลำดับ ดังนี้ คือ ดี, ประหยัด, ควรใช้สิทธิ (ร้อยละ 91.6, 10.8 และร้อยละ 7.2 )

**ตารางที่ 4.37** จำนวนและร้อยละความคิดเห็นผู้ให้บริการด้านสิทธิของผู้มีบัตรทองโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค (ตอบมากกว่า 1 ข้อ) (n = 83)

ความคิดเห็นด้านสิทธิของผู้มีบัตรทองโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	จำนวน	ร้อยละ
1. รับทราบสิทธิที่ดี	76	91.6
2. ประหยัด	9	10.8
3. ควรได้สิทธิมากกว่านี้	6	7.2
4. รักษาบางโรคไม่ได้	2	2.4
5. ได้ยาไม่ดี	1	1.2

จากตารางที่ 4.38 สิ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เรียงลำดับ ดังนี้ คือประหยัด,ได้รับการบริการ รักษาดี, และเจ้าหน้าที่เอาใจใส่ (ร้อยละ 52.2,36.5 และ 11.3 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 4.38** จำนวนและร้อยละสิ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษ เกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

สิ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	จำนวน	ร้อยละ
1. ประหยัด/ ได้ช่วยคนจน	60	52.2
2. ได้รับการรักษา/ บริการดี	42	36.5
3. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่	13	11.3
<b>รวม</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.39 สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงแก้ไข เกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เรียงลำดับ ดังนี้ บริการรักษาช้า/รอนาน, บุคลากรควรยิ้มแย้มแจ่มใส,ควรให้บริการได้ทุกที่, การจ่ายยาไม่ดีและสถานที่คับแคบ(ร้อยละ 30.5, 28.6,และ 24.7)

**ตารางที่ 4.39** จำนวนและร้อยละสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ต้องการให้ปรับปรุงแก้ไข เกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ต้องการให้ปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	จำนวน	ร้อยละ
1. บริการรักษาช้า/ รอนาน	32	30.5
2. บุคลากรควรยิ้มแย้มแจ่มใส	30	28.6
3. ความครอบคลุม/ ควรใช้ได้ทุกที่ ทุกเวลา	26	24.7
4. การจ่ายยาไม่ดี/ ช้า	10	9.5
5. สถานที่คับแคบ	7	6.7
<b>รวม</b>	<b>105</b>	<b>100.0</b>

## 6.2 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เกี่ยวกับการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิบัตร

จากตารางที่ 4.40 สิ่ง que ผู้ใช้บริการประทับใจเป็นพิเศษต่อโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิบัตร เรียงลำดับดังนี้ คือ บริการรักษาดี บุคลากรต้อนรับดี และใกล้บ้านสถานที่สะอาด (ร้อยละ 50.6, 26.6, และ 8.9 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 4.40** จำนวนและร้อยละสิ่ง que ผู้ใช้บริการประทับใจเป็นพิเศษต่อโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิบัตร

สิ่ง que ประทับใจเป็นพิเศษต่อโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิบัตร	จำนวน	ร้อยละ
1. บริการรักษาดี	40	50.6
2. บุคลากรต้อนรับดี	21	26.6
3. ใกล้บ้าน	7	8.9
4. สถานที่สะอาด	7	8.9
5. ประหยัด	4	5.0
<b>รวม</b>	<b>79</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 4.41 สิ่ง que ผู้ใช้บริการต้องการให้โรงพยาบาลชุมชนปรับปรุงแก้ไข เรียงลำดับดังนี้ คือ บุคลากรพูดจาไม่ดี บริการรักษาไม่ดี และสถานที่คับแคบ (ร้อยละ 48.5, 46.4, และ 7.2 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 4.41** จำนวนและร้อยละสิ่ง que ผู้ใช้บริการต้องการให้โรงพยาบาลชุมชนปรับปรุงแก้ไข (ตอบมากกว่า 1 ข้อ) (195 คน)

สิ่ง que ต้องการให้โรงพยาบาลชุมชนปรับปรุงแก้ไข	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ใช้บริการไม่ต้องการให้ปรับปรุงแก้ไข	98	50.2
ผู้ใช้บริการต้องการให้ปรับปรุงแก้ไข	97	49.7
<b>รวม</b>	<b>195</b>	<b>100.0</b>
ผู้ใช้บริการต้องการให้โรงพยาบาลชุมชนปรับปรุง (n = 97)		
1. บุคลากรพูดจาไม่ดี	47	48.5
2. บริการรักษาไม่ดี	45	46.4
3. สถานที่คับแคบ	7	7.2
4. อุปกรณ์การแพทย์มีน้อย ไม่ทันสมัย	6	6.2
5. ควรใช้ได้ทุกโรงพยาบาล	3	3.1
6. ควรแนะนำมากกว่านี้	2	2.1



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ใน จ.ปทุมธานี และความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี โดยการสำรวจเยี่ยมบ้านตามพื้นที่ ที่สุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 860 คน ซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือนในหมู่บ้านต่างๆ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2545 ถึง กันยายน 2545 นำข้อมูลวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สรุปผลได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการและกลุ่มที่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

###### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่างมีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด 860 คน คิดเป็นร้อยละ 71.3 ผู้ตอบกลับแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.6 มีอายุเฉลี่ย 42.1 ปี อายุน้อยที่สุด 13 ปี อายุสูงสุด 82 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.2 รายได้ของครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,001 - 8,000 บาท ร้อยละ 43.7 รายจ่ายของครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,001 - 8,000 บาท ร้อยละ 47.3 และพบว่าส่วนใหญ่มีสถานะทางการเงินของครัวเรือนในรอบปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับพอกินพอใช้ ร้อยละ 68.7

###### 1.2 ข้อมูลลักษณะของครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง

มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.5 คน และมีจำนวนผู้ที่เป็นภาระ (ไม่มีรายได้) ส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนร้อยละ 71.2 มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 5.7 มีสถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุด คือ โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 54.3 รองลงมา สถานีนามัย และ ศสช. ร้อยละ 30.2 และสถานบริการที่ผู้ตอบแบบสอบถามไปใช้บริการได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 62.2 เหตุผลที่ไปใช้บริการ รพ.รัฐบาล ก่อนมีโครงการ 30 รักษาทุกโรค คือ สะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 68.2 ผู้รับบริการใน รพ. รัฐบาล ให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ความพึงพอใจหลังมีโครงการ (3.44) มากกว่า ก่อนมีโครงการฯ (3.24) ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ ให้

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพก่อนมีโครงการฯ และหลังมีโครงการฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังมีโครงการฯ (3.28) มากกว่า ก่อนมีโครงการ (3.20) ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ ให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ก่อนและหลังมีโครงการฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังมีโครงการฯ (3.32) มากกว่า ก่อนมีโครงการฯ (3.00)

### 1.3 สิทธิต่างๆ ของคนในครัวเรือน ก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

คนในครัวเรือนก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่า ไม่มีสิทธิใดๆ มากที่สุด ร้อยละ 67.0 รองลงมาบัตรประกันสังคม ร้อยละ 11.5 ได้รับบัตรตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ 90.4 และไม่ได้รับบัตร ร้อยละ 9.6 และมีบัตรสิทธิอื่นซ้ำซ้อน ร้อยละ 35.1 โดยมีบัตรซ้ำซ้อนกับบัตรประกันสังคม มากที่สุด ร้อยละ 18.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สถานบริการตามสิทธิบัตร ร้อยละ 78.9 และให้ความเห็นว่าไม่ครอบคลุมโรคในการรักษา ร้อยละ 55.1 และเห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตร ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 68.5 เหตุผลที่เห็นด้วย คือ สะดวก ใกล้บ้าน ร้อยละ 41.3 ส่วนเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน คือ ควรให้บริการได้ทุกโรงพยาบาล ร้อยละ 14.5

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการแจ้งโรคที่ไม่คุ้มครองตามสิทธิบัตร มากที่สุด ร้อยละ 42.6 ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่าประชาชนได้รับการแจ้งสถานที่ที่มีสิทธิใช้บริการ ร้อยละ 82.0

### 1.4 ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สูงที่สุด คือ ช่วยประหยัดเงิน/ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย (3.92) ส่วนใหญ่รู้จักสถานื่อนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 95.9 ประทับใจสถานื่อนามัย ร้อยละ 83.2 รู้จักโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 94.1 ประทับใจ ร้อยละ 63.6 ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนจาก 662 ครัวเรือน จำนวน 2,944 คน ไม่เคยใช้บริการ ร้อยละ 65.9 เหตุผลที่ไม่เคยใช้บริการคือมีที่รักษาประจำอยู่แล้ว ร้อยละ 43.7 ก่อนมีโครงการ 30 บาท อัตราการใช้บริการเท่ากับ ร้อยละ 34.1 โดยแผนกที่เคยใช้บริการมากที่สุด คือ แผนกตรวจโรคทั่วไป ร้อยละ 71.6 สิ่งประทับใจต่อโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ การบริการ ร้อยละ 52.1 สิ่งที่ต้องปรับปรุง คือ ด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 51.9 การใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน หลังมีโครงการ 30 บาท พบว่า ไม่เคยใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 70.4 และเหตุผลที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาท เพราะสุขภาพดี ร้อยละ 38.0

### 1.5 ความคิดเห็นของผู้ที่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ผู้ตอบแบบสอบถามใช้บริการตามสิทธิบัตรโครงการฯ ทุกครั้ง ร้อยละ 57.1 เหตุผลที่ใช้บริการทุกครั้ง คือ ใกล้เคียงบ้าน เดินทางสะดวก ร้อยละ 19.4 ส่วนผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้ใช้บริการตามสิทธิบัตรโครงการฯ ทุกครั้ง ร้อยละ 42.9 เหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการ คือ ชื้อยากินเอง ร้อยละ 23.0 หลังจากมีโครงการ 30 บาท ผู้ที่เคยใช้บริการตามสิทธิโครงการฯ เคยไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 71.3 และเคยไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิโครงการฯ ที่แผนกต่างๆ ดังนี้ คือ ตรวจโรคทั่วไป ร้อยละ 69.7 เหตุผลของการไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชน คือ ใกล้เคียงบ้านสะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 84.1 ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เข้าใจว่า เสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้งรักษาโรคก็ได้ ร้อยละ 61.6 แต่ยังมีผู้เข้าใจผิดว่าเสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้งรักษาได้ครั้งละโรคเดียวเท่านั้น ร้อยละ 35.9 แพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เข้าใจดี ร้อยละ 60.9 และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา เข้าใจดี ร้อยละ 77.5 ส่วนในเรื่องความต้องการใช้บริการตามสิทธิบัตรทองของโครงการ พบว่า ต้องการใช้บริการตามสิทธิบัตรทองต่อไปมากที่สุด ร้อยละ 81.2

## 2. ความพึงพอใจของผู้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชน

### 2.1 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่อการบริการและการตรวจรักษา

ผู้ให้บริการให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ความสะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล, ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง, ความน่าเชื่อถือของแพทย์, แพทย์ใส่ใจในการฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย และการอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น เปลนอน (ค่าเฉลี่ย 3.53, 3.37, 3.34, 3.32 และ 3.23 เรียงตามลำดับ)

### 2.2 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่อการบริการผู้ป่วยใน

ผู้ให้บริการให้คะแนนความพึงพอใจต่อการบริการผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล และการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (ค่าเฉลี่ย 3.23, 3.17, และ 3.15 เรียงตามลำดับ)

### 3. ความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ในการใช้และไม่ใช้บริการ ตามสิทธิโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้ที่ไม่เคยไปใช้บริการ และผู้ที่เคยใช้บริการ ต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยรวมจะพบว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการจะให้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า ผู้ที่เคยใช้บริการ เช่น ช่วยประหยัดเงิน/ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการให้คะแนนเฉลี่ยค่อนข้างมาก (3.93) มากกว่าผู้ที่เคยใช้บริการ (3.91) ยกเว้นเรื่อง ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ และการได้รับยาเหมือนผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง ที่ผู้เคยใช้บริการให้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ

### 4. เปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชน ในการใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี ตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครัวเรือน รายจ่ายของครัวเรือน และสถานะทางการเงินของครัวเรือนที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการทั่วไปและการตรวจรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) นอกจากนี้ พบว่า รายได้ของครัวเรือนที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยใน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.004$ ) เช่นเดียวกับ รายจ่ายของครัวเรือนที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยในแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ )

### 5. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สิ่งที่ประชาชนประทับใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท

1. ประหยัด
2. บริการรักษาดี
3. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ดี

#### 5.2 สิ่งที่ประชาชนต้องการให้ปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท

1. บริการรักษาช้า / รอนาน
2. บุคลากรควรยิ้มแย้มแจ่มใส
3. ความครอบคลุม / ควรใช้ได้ทุกที่
4. การจ่ายยาไม่ดี / ช้า
5. สถานที่คับแคบ

## อภิปรายผล

### 1. การเก็บข้อมูล

การวางแผนเก็บข้อมูลตามทีสุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลคูคต (รับผิดชอบโดย รพ.ประชาธิปไตย) และตำบลลำผักกูด (รับผิดชอบโดย รพ.ธัญบุรี) เป็นหมู่บ้านที่มีขนาดใหญ่มาก จึงวางแผนการเก็บข้อมูลแบบ Systematic sampling ครั้วเรือนเว้นครั้วเรือน ในพื้นที่อื่น ๆ หมู่บ้านมีขนาดเล็กกว่า จึงวางแผนเก็บข้อมูลทุกครั้วเรือน เริ่มต้นจากการประชุมทีมงานเก็บข้อมูล ชักซ้อมความเข้าใจในการให้คำแนะนำการตอบแบบสอบถาม และฝึกจัดทำแบบสอบถามการลงพื้นที่ ใช้วิธีแจกแบบสอบถามตามครั้วเรือน โดยให้ตัวแทนของครั้วเรือนตอบแบบสอบถามเองเนื่องจากการสอบถามความพึงพอใจ จึงให้ผู้ตอบ ตอบได้อย่างอิสระ และไปตามเก็บข้อมูลในภายหลัง พื้นที่ ที่มีอัตราการตอบกลับสูง เนื่องจากมี อสม. ช่วยในการเก็บข้อมูล ส่วนพื้นที่ ที่มีอัตราการตอบกลับต่ำ เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศ แต่ละครั้วเรือนอยู่ห่างไกลกัน

กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ 860 คนซึ่งเป็นตัวแทนครั้วเรือนในพื้นที่ต่าง ๆ พบว่า มีผู้ที่เคยใช้บริการตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จำนวน 195 คน และในจำนวนนี้เป็นผู้ที่เคยพักในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) 53 คน

### 2. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างตัวแทนครั้วเรือนเป็นเพศชาย 45.4% เพศหญิง 54.6% อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1: 1.2 การที่เพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายมักไปทำงานนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านต้องเลี้ยงดูบุตรหรือทำงานบ้าน สิ่งที่น่าสังเกตคือระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง มีการศึกษาค่อนข้างสูงกว่าพื้นที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง ในด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง มีอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร คิดเป็นร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง รายได้และรายจ่ายของครั้วเรือน พื้นที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 60 เตียง สูงกว่า โดยเฉพาะเมื่อดูถึงสถานะทางการเงินของครั้วเรือนในปีที่ผ่านมา ชุมชนที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล 10 – 30 เตียง มีครั้วเรือนที่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ สูงกว่าชัดเจน

### 3. การใช้บริการ

ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ตัวแทนครั้วเรือนไปใช้บริการโรงพยาบาลรัฐบาลร้อยละ 62.2 สอดคล้องกับ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัมย์ (2531)<sup>(67)</sup> ซึ่งการศึกษาของบุญเลิศพบว่าประชาชนในท้องถิ่น ประมาณร้อยละ 65 ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนอาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตปริมณฑล ดังนั้นสถานบริการใกล้บ้านที่สะดวกแก่ประชาชนก็น่าจะเป็นสถานบริการรัฐบาล เช่นสถานีอนามัย และโรงพยาบาล เหตุผลที่ใช้บริการคือสะดวกในการ

เดินทาง ร้อยละ 68.2 ซึ่งสอดคล้องกับ สำลี เปลี่ยนบางข้าง และคณะ (2521)<sup>(68)</sup> และสุนทร ศุภพงษ์ และคณะ (2536)<sup>(69)</sup>

ที่น่าสังเกตคือ ผู้ใช้บริการใน รพ.รัฐบาลให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพโดยรวมของพื้นที่ ก่อนและหลังมีโครงการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยให้คะแนน หลังมีโครงการ (3.44) มากกว่าก่อนมีโครงการ (3.24) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้เมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนรู้สึกพึงพอใจ และสอดคล้องคือ ตัวแทนครัวเรือนมีความเห็นด้วยกับโครงการสูงสุดในเรื่องประหยัดค่าใช้จ่าย

#### 4. สิทธิต่างๆ ของคนในครัวเรือน ก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

คนในครัวเรือนก่อนมีโครงการ พบว่าไม่มีสิทธิใด ๆ มากที่สุดร้อยละ 67.0 รองลงมา มีบัตรประกันสังคม ร้อยละ 11.5 ได้รับบัตรตามสิทธิโครงการ ร้อยละ 90.4 และไม่ได้รับบัตรร้อยละ 9.6 บัตรเข้าชั้นถึง ร้อยละ 35.1 โดยเข้าชั้นกับบัตรประกันสังคมมากที่สุดร้อยละ 18.6 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดนำร่องในช่วงการดำเนินการระยะแรก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำลังปรับตัวกิจกรรมการทำงานและเรียนรู้การทำงานแบบใหม่และยังเป็นช่วงปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข การที่นโยบายเร่งด่วน ทำให้การสำรวจสิทธิบัตรมีการขึ้นได้

#### 5. ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ตัวแทนครัวเรือนให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อโครงการ สูงสุด คือเรื่องประหยัดเงิน/ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (3.92) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน และส่วนใหญ่รู้จักสถานีนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 95.9 ประทับใจสถานีนามัย ร้อยละ 83.2 รู้จักโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 94.1 ประทับใจร้อยละ 63.6 อาจเป็นเพราะเป็นพื้นที่ปริมณฑล โรงพยาบาลอยู่ใกล้ชุมชน เจ้าหน้าที่ใน รพ. รู้จักกับประชาชนในชุมชนดี แผนกที่เคยใช้บริการมากที่สุด คือแผนกตรวจโรคทั่วไป ร้อยละ 71.6 อัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิ ร้อยละ 29.6 อาจเป็นเพราะประชาชนยังไม่แน่ใจในเรื่องมาตรฐานการรักษาเพราะเป็นโครงการใหม่

#### 6. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดปทุมธานี ตามปัจจัยส่วนบุคคล

**อายุ** จากการศึกษพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการบริการทั่วไปและการตรวจรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับ ชนินทร์ เจริญกุล และคนอื่น ๆ (2534)<sup>(83)</sup>

**ระดับการศึกษา** จากการศึกษพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับ ประภัสสร เลียวไพโรจน์ (2523)<sup>(84)</sup>

**รายได้** จากการศึกษพบว่า รายได้ของครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการบริการทั่วไปและการตรวจรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับ สันตดี เสริมศรี และ เจมส์ เอ็น โรลีย์ (2517)<sup>(85)</sup>

การที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะขนาดตัวอย่างที่ได้มีจำนวนน้อย เนื่องจากมีผู้ใช้บริการเพียง 195 คน (22.7%) อย่างไรก็ตามพบว่าผลที่ได้ชี้ให้เห็นว่าเพศชายมีความพึงพอใจสูงกว่าเพศหญิง ผู้ที่มีอายุมากมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และกลุ่มผู้มีสถานภาพคูมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

#### ข้อเสนอแนะระดับอำเภอ

1. ควรสร้างมนุษยสัมพันธ์อันดี ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้ใช้บริการ เน้นการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน
2. ควรประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารเป็นระยะๆ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจมากขึ้น
3. ควรสร้างเครือข่ายการทำงานให้เชื่อมต่อระหว่าง สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน
4. ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมโรงพยาบาล เน้นความสะอาด
5. ควรปรับปรุงระบบบริหารจัดการ โดยเฉพาะเรื่องความรวดเร็วในการให้บริการ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นำข้อมูลที่ได้เสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนการทำงาน เน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะเรื่องระยะเวลาที่ประชาชนรอคอยการบริการ และระวังเรื่องการหลุดจากกับผู้ใช้บริการ
2. ปรับปรุงการบริการในเรื่องระยะเวลาในทุกขั้นตอนการบริการ
3. เน้นให้เจ้าหน้าที่มีใจในการให้บริการ ด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดี
4. ควรติดตาม ประเมินผล การทำงานของเจ้าหน้าที่เป็นระยะ เพื่อคุณภาพมาตรฐานงานบริการ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนในการใช้บริการโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เทียบกับจังหวัดอื่น
2. ควรศึกษาบทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในมุมมองของผู้ใช้บริการ
3. ควรศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อตอบสนองได้ตรงกับความต้องการ ไม่เพียงแต่ความพึงพอใจเท่านั้น
4. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการไปใช้ และไม่ไปใช้บริการโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

## รายการอ้างอิง

1. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. "สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543". นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
2. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. "สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543". นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
3. พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร. คำแถลงนโยบายของรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา. กรุงเทพมหานคร : รัฐสภา, 2544. (อัดสำเนา)
4. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพฯ. เจ. พิล์ม โปรเซส จำกัด, 2541.
5. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. "สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543". นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
6. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,
7. วิพุธ พูลเจริญ. ข้อเสนอ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
8. ขวัญใจ เอมใจ. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
9. ขวัญใจ เอมใจ. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (2). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
10. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
11. Webster, N.N. New Webster's Dictionary of the English Language Deluxe Encyclopedia (ed). New York : Simon & Schuster, 1974.
12. สำเริง แหยมกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ. ศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา : สมบูรณ์การพิมพ์, 2545.
13. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พีระพินธนา, 2526.
14. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : การพิมพ์พระนคร, 2540.



15. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ทิศทางการปฏิรูปบริการสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2543.
16. รุจิรา มังคละศิริ และ อรวรรณ ดวงจันทร์. คู่มือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน หลักสูตรบริการชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
17. รุจิรา มังคละศิริ และ อรวรรณ ดวงจันทร์. คู่มือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน หลักสูตรการบริการตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
18. สำเร็จ แหียงกระโทก และ เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. คู่มือฝึกอบรม หลักสูตรผู้บริหารและ ผู้แทนศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
19. รุจิรา มังคละศิริ และ เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. คู่มือฝึกอบรม หลักสูตรพื้นฐานการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
20. ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ. ข้อเสนอ เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544.
21. สำเร็จ แหียงกระโทก. การวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. 2544.
22. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. บริการสุขภาพใกล้ใจ - ใกล้บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชุดเอกสาร เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
23. ถาม - ตอบ เกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิ ภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
24. มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
25. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุโณทัย และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. สู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2543.

26. จรัส สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชุดปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
27. วิจารย์ พานิช. ร่วม ฝ่าทางตัน เพื่อสุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งแรก. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
28. สายพิน หัตถ์รัตน์. คู่มือหมอบรรเทา : เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน, 2545.
29. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.
30. อัมพล จินดาวัฒน์, ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา, สุกกาญจน์ สว่างศรี. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย จะเป็นจริงได้อย่างไร. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545.
31. จรัส สุวรรณเวลา. สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544.
32. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, จเร วิษาไทย, ศรีสุดา เจริญดี. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ประเทศออสเตรเลีย - นิวซีแลนด์. ชุดบทเรียนปฏิรูประบบบริการสุขภาพต่างประเทศ เล่มที่ 1. 2543.
33. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะเปลี่ยนผ่าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2545.
34. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานผลการศึกษาวิจัยและบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่มที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท. 2541.
35. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นโยบายสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
36. คณะกรรมการจัดทำแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข. แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549). นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2545.
37. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางกิจกรรมคุณภาพ บริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : 2545.
38. สำนักงานประกันสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544). พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2545.
39. รั้งสี เจริญวงศ์ระยับ. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลชุมชน ปี 2543. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

40. สมศักดิ์ จันทร์พงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนอนามัย ในจังหวัดพิจิตร. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
41. สายสมร กลยณี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ กับการปฏิบัติ ตามบทบาทในการพัฒนาคุณภาพงานบริการของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
42. สุรศักดิ์ เนียมปาน. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน แพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
43. พิลัยพร พุทธเสน. ปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติของแพทย์ในการให้บริการเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชน. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
44. สรัญ อินตะวัน. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน แพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
45. ทรรชนีย โสรัจธรรมกุล. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน แพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
46. พัชรินทร์ สุริยะ. สถานภาพการทำงานและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานเด็กไทย ในจังหวัดเชียงราย ปี 2544. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน แพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
47. Anderson RM, Kravits, J. and O.W. Anderson. Equity for Access to Medical Care. Cambridge Mass Ballinger Rubiohing Company, 1975 : 5. อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย. ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการรักษาพยาบาลในภาคเอกชนครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
48. วสันต์ ศิลปสุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพ : พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4, 2532.

49. สุธีรา สุนตระกูล. "ปัญหาการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในไทย". การอนามัยและสิ่งแวดล้อม 9 (มกราคม - เมษายน 2529) : 107 - 110.
50. จิราภา รัตนเพ็ญตระกูล. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน  
วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
51. เฟรดเดอริก เอ. เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ. แบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย. แปลโดย ภาณี วงษ์เอก. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525 : 107-110.
52. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. การบริการทางการแพทย์ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533. กรุงเทพมหานคร : กองแผนงานกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสังคม กระทรวงมหาดไทย, 2534.
53. ดำรง บุญยี่น และทองพรรณ สิงห์แก้ว, บรรณาธิการ. แนวคิดและผลกระทบของการประกันสุขภาพ. ในการประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย ความฝันหรือความจริง, 2543.  
รวมบทความและสาระสำคัญจากการประชุมปฏิบัติการ เรื่องการประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย ณ โรงแรมแกรนด์พาเลซพัฒนา จังหวัดชลบุรี 10 - 12 มิถุนายน 2529  
โดย คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข.
54. WHO. Health Insurance scheme for people outside formal sector employment: GUIDELINES FOR GOVERNMENT Geneva, 1997 : WHO อ้างถึงใน  
วินัย สีสมินท์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. กรุงเทพมหานคร : การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข, 2542 (อัดสำเนา)
55. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริรัตน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2543 : 8-57.
56. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ. กรุงเทพมหานครนคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
57. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ : บนเส้นทางสู่สุขภาพประสิทธิภาพเสมอภาค. กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์ จำกัด : สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.

58. อ่ำพล จินดาวัฒน์ และคณะ บรรณาธิการ. อะไรเป็นอะไร? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง :  
30 บาทรักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ.  
กรุงเทพมหานคร : บริษัท 21 เซ็นจูรี่ จำกัด : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ,  
2544.
59. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. คู่มือการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้า จังหวัดนนทบุรี. 1 มิถุนายน 2544. (ัดสำเนา).
60. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 30 บาทรักษาทุกโรค กระจายอำนาจปฏิรูปโครงสร้าง  
กสธ. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ : มิถุนายน 2544. (ัดสำเนา).
61. สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษา ภาพลักษณ์  
และกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้าในมุมมองของ  
ผู้ทรงคุณวุฒิ กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพานิชย์, 2544.
62. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. การบริหาร  
สาธารณสุขส่วนภูมิภาค (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6 พ.ศ.2542). นนทบุรี :  
กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
63. Phelps, Chales E. "Effect of Insurance on Demand for Medical care,"  
Equity in Health Service. Edited by Ranold Andesen and others Ballinger  
Publishing Company, 1975 อ้างถึงใน นวลฉวี รตางศุ วิทยานิพนธ์การศึกษา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542
64. Evashwick Connie and others. Factars Expaining the use of Health Services by the  
Eldery," Journd of Health Services Research. Vol.19 (August 1984) : 357-381  
อ้างถึงใน นวลฉวี รตางศุ วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542
65. พวงทอง เครือมังกกร และคณะ. "ปัจจัยมีอิทธิพลต่อการมารับบริการที่โรงพยาบาลรามาริบดี  
ของผู้ป่วยนอกต่างจังหวัด". รายงานการวิจัยงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล  
รามาริบดี, 2535.
66. นารีรัตน์ บุญญเวทย์. ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมารับบริการและไม่มารับบริการจากศูนย์  
การแพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

67. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และ บุญผา ศิริรัศมี. "สถานภาพด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท". รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
68. สำลี เปลี้นบางช้างและคณะ. สังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง. รายงานการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น กระทรวงสาธารณสุข, 2521.
69. สุนทร ศุภพงษ์ และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้าง 10 - 19 คน ในจังหวัดสมุทรปราการ. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
70. กุศล สุนทรธาดา และวรไชย ทองไทย. ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
71. เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ. ทฤษฎีการศึกษาทางสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
72. สุพินดา โชติศิริติเวช. พฤติกรรมกรใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
73. Day, Frederick A. and Boonlert Leoprapi. The effect of location and family planning and Health facility use : Patterns of health utilization in upcountry Thailand. Institute for population and social research, Mahidol University, 1977. อ้างถึงใน นวลฉวี รตางศู วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542
74. อนุสรณ์ สุนทรพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน แขวงสีพระยา และมหาพฤฒาราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.
75. อรทัย รวยอาจัน และคณะ. สุขภาพและการวางแผนครอบครัวในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย, โครงการสังคมสงเคราะห์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร, 2528.

76. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. พฤติกรรมกรการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน จังหวัดสมุทรปราการ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
77. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคนอื่นๆ. การจัดบริการทางการแพทย์ภายใต้พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
78. Nathason CA. Sex, illness and medical care : a review of data, theory and method Social Science medicine. 10, (January 1977): 11-13.
79. สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคนอื่นๆ. การศึกษาวเคราะห์กรให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
80. เพญศรี พิชัยสนธิ และคนอื่นๆ. บทบาทของโรงพยาบาลเอกชนในงานบริหารสาธารณสุข. (ม.ป.ท.) : 2527.
81. เสาวภา พรศิริพงษ์ และคนอื่นๆ. ประกันสังคม : ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐและ เอกชนในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยและวัฒนธรรม เพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล 2536.
82. ศิริพร ปรางค์ประสิทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536 (อัดสำเนา).
83. ชรินทร์ เจริญกุลและคนอื่นๆ. "การศึกษาพฤติกรรมกรใช้และไม่ใช้บริการอนามัยของ รัฐในอำเภอ" \_รายงานวิจัยศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
84. ประภัสสร เลียวไพโรจน์. อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์. รายงานการวิจัยคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2523.
85. สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็นไรลีย์. พฤติกรรมกรใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการคุมกำเนิดของคนไทยในชุมชนแห่งหนึ่ง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517. (อัดสำเนา).
86. ปิยชาติ เจริญวัฒนาพานิช. พฤติกรรมกรใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในนิคม อุตสาหกรรมแหลมฉบัง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

87. สนินาฏ ปรีชาจารย์. การประเมินผลการใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ในสถานบริการขนาดกลาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ รศ.ม.กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537. (อัดสำเนา).
88. วันดี เจียมจิตศิริพงษ์. "ปัจจัยทางสังคมวิทยาจิตวิทยาของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจในกรุงเทพมหานคร". วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
89. Linn MW, LinnBS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. Medical care 20. (June 1982) : อ้างถึงใน วันทนีย์ วัฒนะ การใช้บริการอนามัยของประชาชนในชุมชนแออัดในเขตรับผิดชอบ ของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
90. Ware JE. Davies - Avey A. Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. Health in medical care service review. (January 1978) : 1
91. กอบแก้ว คุณตวัส. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับบริการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
92. Kohn R, white KL, eds. Health care, an international study. New York : Oxford University Press, 1976.
93. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ปัจจัยบางประการที่กำหนดกรใช้บริการสุขภาพอนามัย : การศึกษาที่ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา : วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตแผนกวิชาวิจัยประชากรและสังคมบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
94. ชื่นชม เจริญยุทธ. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการด้านสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
95. ดวงสมร บุญผดุง, พฤติกรรมกรใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2526.
96. กระทรวงสาธารณสุข, กองแผนงานสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจภาวะอนามัยการแสวงหาและกรใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพกับลักษณะการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างผู้บริการกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น พ.ศ. 2522. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2525.





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
แบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบสอบถามความคิดเห็นของประชาชนผู้มีสิทธิ  
ที่มีต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในจังหวัดปทุมธานี**

เลขที่แบบสอบถาม  
ชุดที่ 1      
วันที่.....เดือน.....พศ.....

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่าง

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ○ 1.ชาย ○ 2.หญิง
2. อายุ .....ปี (เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....)
3. ที่อยู่ ตำบล.....อำเภอ.....ระยะห่างจากโรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้ที่สุด.....กิโลเมตร
4. สถานภาพสมรส ○ 1.โสด ○ 2.สมรส ○ 3.แยกกันอยู่ ○ 4.หม้าย หย่า
5. ระดับการศึกษา ○ 1.ไม่ได้เรียน ○ 2.ประถมศึกษา ○ 3.มัธยมศึกษาตอนต้น  
○ 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ○ 5.อนุปริญญา/ปวส. ○ 6.ปริญญาตรีขึ้นไป
6. อาชีพ ○ 1.รับจ้าง ○ 2.รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ○ 3.ค้าขาย ○ 4.เกษตรกร  
○ 5.ไม่ได้ประกอบอาชีพ ○ 6.อื่น ๆ .....
7. รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน.....บาท **รายจ่ายของครัวเรือนต่อเดือน.....บาท**
8. สถานะทางการเงินของครัวเรือนในปีที่ผ่านมา ○ 1.มีหนี้สิน ○ 2.พอกินพอใช้ ○ 3.มีเหลือเก็บ
9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของท่าน (รวมท่านด้วย) มีจำนวน.....คน
10. ในครัวเรือน มีผู้ที่ไม่มียาได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
○ 1.เด็กวัยเรียน จำนวน.....คน ○ 2.คนตกงาน จำนวน.....คน ○ 3.ผู้สูงอายุ จำนวน.....คน  
○ 4.อื่น ๆ.....จำนวน.....คน

**ตอนที่ 2** ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพ

11. ในครัวเรือน มีผู้เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน.....คน ไปตรวจรักษาเป็นประจำ จำนวน.....คน  
ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือไม่  
○ 1.ไม่มี (โปรดระบุเหตุผล) .....  
○ 2.มี (โปรดระบุเหตุผล) .....
12. ก่อนมี โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คนในครัวเรือนมีสิทธิใดในการรักษาพยาบาลบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
○ 1.ไม่มีสิทธิใด ๆ จำนวน.....คน ○ 2.บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท จำนวน.....คน  
○ 3.บัตรผู้นำชุมชน/อสม. จำนวน.....คน ○ 4.ประกันสุขภาพเอกชน จำนวน.....คน  
○ 5.บัตรสวัสดิการช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร.) จำนวน.....คน  
○ 6.บัตรประกันสังคม จำนวน.....คน ○ 7.อื่น ๆ.....จำนวน.....คน
13. สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุดคือ  
○ 1.โรงพยาบาลรัฐบาล ○ 2.โรงพยาบาลเอกชน ○ 3.คลินิกเอกชน ○ 4.อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
14. ก่อนมี โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ท่านเลือกใช้บริการที่ใด (เป็นส่วนใหญ่) เมื่อเจ็บป่วย  
○ 1.โรงพยาบาลรัฐบาล ○ 2.โรงพยาบาลเอกชน ○ 3.คลินิกเอกชน ○ 4.อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
15. เหตุผลในการใช้บริการตาม ข้อ 14 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
○ 1.สะดวกในการเดินทาง ○ 2.รวดเร็ว ขึ้นตอนไม่ยุ่งยาก ○ 3.เชื่อถือในตัวแพทย์  
○ 4.ใช้ประโยชน์ตามสิทธิบัตร ○ 5.ญาติ พี่น้องแนะนำ ○ 6.อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
16. ก่อนมี โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ท่านพึงพอใจการบริการสุขภาพในอำเภอนี้อย่างไร โปรดให้คะแนน (ร้อยละ)  
○ 1.(ร้อยละ 0-20)----○ 2.(ร้อยละ 21-40)----○ 3.(ร้อยละ 41-60)----○ 4.(ร้อยละ 61-80)----○ 5.(ร้อยละ 81-100)  
หลังจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ท่านพึงพอใจการบริการสุขภาพในอำเภอนี้อย่างไร โปรดให้คะแนน  
○ 1.(ร้อยละ 0-20)----○ 2.(ร้อยละ 21-40)----○ 3.(ร้อยละ 41-60)----○ 4.(ร้อยละ 61-80)----○ 5.(ร้อยละ 81-100)

ตัวแปร

SEX

AGE

HOME

STATUS

EDU

OCC

INC —

EXP

FIN

MEM

NOINC

1-4

CHRO1-2

PROB

BEFORE

1-7

CLOSE

PREUSE

REA1-6

SATIS

1-2

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่าง  
ตอนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้สิทธิบัตร และความคิดเห็นต่อ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

17. ในครัวเรือนของท่าน คนที่มีสิทธิตามโครงการฯ มีจำนวน.....คน  
     ได้รับ บัตรทอง แล้ว      จำนวน.....คน  
     ยังไม่ได้รับบัตร      จำนวน.....คน
18. นอกจาก บัตรทองโครงการ 30 บาท ฯ แล้วท่านยังมีบัตรประกันสุขภาพประเภทใดอีก  
 1.ไม่มี       2.ประกันสังคม       3. ประกันสุขภาพเอกชน  
 4.สวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ       5.อื่นๆ ระบุ .....
19. รู้สถานบริการตามสิทธิ บัตรทองโครงการ 30 บาท ฯ หรือไม่  
 1.ไม่รู้       2.รู้ดี สถานบริการตามสิทธิบัตร หลัก .....  
     รอง .....
20. การขึ้นทะเบียน สิทธิบัตรทอง ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ท่านเห็นด้วยหรือไม่  
 1.เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผล).....  
 2.ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผล).....
21. ท่านคิดว่าใช้สิทธิบัตรทอง รักษาได้ครอบคลุมทุกโรคหรือไม่  
 1.ทุกโรค       2.ไม่ครอบคลุมบางโรค (ระบุโรค) .....

ท่านได้รับข้อมูลต่างๆ ดังนี้หรือไม่ และรู้ดีหรือไม่

การรับทราบสิทธิตามโครงการ 30 บาท ฯ	ไม่ ได้	ได้รับ		ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ
		ไม่รู้	รู้ดี	
22. ได้รับการสำรวจผู้มีสิทธิตามโครงการ ฯ				
23. ได้รับการชี้แจงสิทธิประโยชน์				
24. ได้รับการชี้แจงวิธีการทำบัตรทองโครงการ 30 บาท				
25. ได้รับการแจ้งสถานที่ ที่มีสิทธิใช้บริการ				
26. ได้รับการแจ้งหลักฐานที่ต้องใช้ ถ้าไปใช้บริการ				
27. ได้รับการแจ้งโรคที่ไม่คุ้มครองตามสิทธิบัตร				
28. ได้รับทราบหลักการของโครงการ 30 บาท ฯ				

ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (โปรดให้คะแนน)

1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด, 2 = เห็นด้วยน้อย, 3 = เห็นด้วยปานกลาง, 4 = เห็นด้วยมาก, 5 = เห็นด้วยมากที่สุด

ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาท ฯ	ความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	4	5	
29. ช่วยประหยัดเงิน/ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย						
30. เพิ่มโอกาสในการรักษาพยาบาล						
31. ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพเท่าเทียมกัน						
32. เป็นการประกันสุขภาพพื้นฐานของประชาชน						
33. ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ						
34. ได้รับยาเหมือนผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง						

RIGHT  
RECEIVE  
NOREC

AFTER

KNOW

REGIST

COVER

K1 - K2

K3 - K4

K5 - K6

K7 - K8

K9 - K10

K11 - K12

K13 - K14

OP1

OP2

OP3

OP4

OP5

OP6

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่าง

**ตอนที่ 4** ความคิดเห็นต่อโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

35. ท่านรู้จักสถานีนอนามัยใกล้บ้านที่สุดหรือไม่

1. ไม่รู้จัก  2. รู้จักดี (โปรดระบุชื่อ).....

ความคิดเห็นต่อสถานบริการดังกล่าว.....

KNOW1

KNOW2

36. ท่านรู้จักโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านหรือไม่

1. ไม่รู้จัก  2. รู้จักดี (โปรดระบุชื่อ).....

ความคิดเห็นต่อสถานบริการดังกล่าว.....

KNOW3

KNOW4

37. ท่านรู้จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านหรือไม่

1. ไม่รู้  2. รู้ มีจำนวน.....คน

DR

38. ท่านคิดว่าจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ดังกล่าวเหมาะสมหรือไม่

1. น้อยเกินไป  2. เหมาะสม  3. มากเกินไป  4. อื่น ๆ.....

DRNUM

39. ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คนในครัวเรือนท่านเคยใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านหรือไม่

1. ไม่เคยใช้บริการ จำนวน.....คน

เหตุผลส่วนใหญ่เนื่องจาก  1.1 มีที่รักษาประจำอยู่แล้ว  1.2 เดินทางไม่สะดวก

1.3 ไม่เคยป่วยเลย  1.4 อื่น ๆ.....

NOUSE1

NOUSE2

2. เคยใช้บริการ จำนวน.....คน

โปรดระบุแผนก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

2.1 อุบัติเหตุ / อุบัติเหตุ  2.2 ตรวจโรคทั่วไป

2.3 ผู้ป่วยใน (พักโรงพยาบาล)  2.4 อื่น ๆ.....

USE

SITEUSE

1-4

40. ประสบการณ์ที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้

สิ่งที่ประทับใจ.....

สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง.....

IMPRES

IMPROV

41. หลังจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน มีความเปลี่ยนแปลงหรือไม่

1. ไม่มีความเปลี่ยนแปลง

2. มีความเปลี่ยนแปลง (โปรดระบุ).....

CHANGE

42. คนในครัวเรือนของท่าน เมื่อมีบัตรทองโครงการ 30 บาทแล้ว เคยใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิหรือไม่

1. ไม่เคยใช้บริการ จำนวน.....คน

2. เคยใช้บริการ จำนวน.....คน

RINOUSE

RIUSE

43. คนในครัวเรือนที่ไม่เคยใช้บริการตามสิทธิบัตรทองโครงการ 30 บาทฯ มีเหตุผลตามลำดับความสำคัญคือ

1.....

2.....

3.....

REANO1

REANO2

REANO3

44. หลังจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ตัวท่านเองเคยใช้บริการ ที่โรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิหรือไม่

1. ไม่เคยใช้บริการ (โปรดระบุเหตุผล).....

2. เคยใช้บริการ ในกรณีที่เลือกข้อนี้กรุณาตอบแบบสอบถาม ชุดที่ 2

YOUSE

45. หลังจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ท่านแนะนำญาติให้ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิหรือไม่

1. ไม่แนะนำ (โปรดระบุเหตุผล).....

2. แนะนำ (โปรดระบุเหตุผล).....

INDUC

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โครงการ 30 บาท  
รักษาทุกโรค ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

เลขที่แบบสอบถาม  
ชุดที่ 2      
วันที่.....เดือน.....พศ.....

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่าง

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นในการใช้บริการ ตามสิทธิบัตรโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

46. เมื่อเจ็บป่วย ท่านใช้บริการ ตามสิทธิบัตรของโครงการ 30 บาทฯ ทุกครั้งหรือไม่
- 1. ทุกครั้ง เหตุผลส่วนใหญ่คือ ○ 1.1 เป็นผู้ป่วยประจำ ○ 1.2 ใกล้บ้านเดินทางสะดวก  
○ 1.3 ประหยัดเงิน ○ 1.4 อื่น ๆ.....
- 2. ไม่ทุกครั้ง เหตุผลส่วนใหญ่คือ ○ 2.1 ซ้ำยากินเอง ○ 2.2 เดินทางไม่สะดวก  
○ 2.3 ญาติแนะนำไปที่อื่น ○ 2.4 อื่น ๆ.....
47. ตามสิทธิบัตรของโครงการ 30 บาทฯ ท่านเคยใช้บริการที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. สถานีอนามัย รวม ..... ครั้ง
- 2. โรงพยาบาลชุมชน (โปรดระบุแผนก)
- 2.1 อุบัติเหตุ / อุบัติเหตุ..... ครั้ง ○ 2.2 ตรวจโรคทั่วไป..... ครั้ง  
○ 2.3 ส่งเสริมสุขภาพ / ผ่าตัด..... ครั้ง  
○ 2.4 ควบคุมป้องกันโรค / ฉีดวัคซีน..... ครั้ง  
○ 2.5 ศูนย์สุขภาพชุมชน..... ครั้ง ○ 2.6 ทันตกรรม..... ครั้ง  
○ 2.7 ผู้ป่วยใน (พักโรงพยาบาล)..... ครั้ง (ในกรณีที่เลือกข้อนี้ กรุณาตอบแบบสอบถามตอนที่ 7)
48. ท่านเข้าใจว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” หมายถึงลักษณะใด
- 1. เสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง รักษาโรคก็ได้  
○ 2. เสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง รักษาได้ครั้งละโรคเดียวเท่านั้น  
○ 3. อื่น ๆ .....
49. เหตุผลของการไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. ใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทาง ○ 2. รวดเร็ว/ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก  
○ 3. รักษาแล้วหาย/ได้ยาถูกกับโรค ○ 4. เชื้อถือในระบบบริการดี/มีมาตรฐาน  
○ 5. เชื้อถือในตัวแพทย์ ○ 6. มีบริการหลายอย่างตามต้องการ  
○ 7. เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม/ให้ความเอาใจใส่ดูแลดี ○ 8. ญาติพี่น้อง/เพื่อนแนะนำ  
○ 9. ใช้สิทธิประโยชน์ตามบัตร ○ 10. เคยรักษามาก่อน/เป็นคนไข้ประจำ  
○ 11. มีญาติที่ให้ความช่วยเหลือได้ ○ 12. อื่น ๆ .....
50. ท่านได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น หรือไม่
- 1. ไม่ได้รับ ○ 2. ได้รับแต่ไม่เข้าใจ ○ 3. ได้รับและเข้าใจดี
51. แพทย์ได้พูดคุยเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรค หรือไม่
- 1. ไม่ได้บอก ○ 2. บอกแต่ไม่เข้าใจ ○ 3. บอกและเข้าใจดี
52. แพทย์/พยาบาล ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน หรือไม่
- 1. แนะนำและเข้าใจดี ○ 2. แนะนำแต่ไม่เข้าใจ ○ 3. ไม่ได้แนะนำ
53. ท่านทราบหรือไม่ว่าใครคือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลรักษาท่าน
- 1. ไม่ทราบ ○ 2. ทราบแต่ไม่รู้ชื่อแพทย์ ○ 3. ทราบและรู้ชื่อแพทย์
54. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่
- 1. ไม่ได้รับ ○ 2. ได้รับแต่ไม่เข้าใจ ○ 3. ได้รับและเข้าใจดี

ตัวแปร

ALLUSE

PLACE

1-8

UNDER

RS1 -

RS12

DIS

TREAT

PRO

DOC

DRUG

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เห็นว่าเป็นจริง และเขียนข้อเสนอแนะตามต้องการ  
**ตอนที่ 6 ความพึงพอใจต่อการบริการ ในโรงพยาบาลชุมชน ตามสิทธิบัตรโครงการ 30 บาท รักษาทุโรค**  
 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 2 = พึงพอใจน้อย, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 4 = พึงพอใจมาก, 5 = พึงพอใจมากที่สุด

**โปรดให้คะแนนความพึงพอใจต่อการบริการ (ถ้าเคยใช้บริการหลายครั้ง ใช้ความคิดเห็นโดยรวม)**

สภาพทั่ว ๆ ไป	ความพึงพอใจ					ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	4	5	
55.ความสะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล						
56.ความรวดเร็วในการต้อนรับ ของเจ้าหน้าที่						
57.ระยะเวลาในการทำบัตรผู้ป่วย						
58.ระยะเวลาการตรวจสอบสิทธิบัตร						
59.การให้คำแนะนำขั้นตอนในการใช้บริการ						
60.การบอกทิศทาง/ป้ายบอกทาง						
61.การดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ						
62.การอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น เพลนอน						

GEN1  
GEN2  
GEN3  
GEN4  
GEN5  
GEN6  
GEN7  
GEN8

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เห็นว่าเป็นจริง และเขียนข้อเสนอแนะตามต้องการ  
 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 2 = พึงพอใจน้อย, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 4 = พึงพอใจมาก, 5 = พึงพอใจมากที่สุด

**โปรดให้คะแนนความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา (ถ้าเคยใช้บริการหลายครั้ง ใช้ความคิดเห็นโดยรวม)**

การตรวจรักษา	ความพึงพอใจ					ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	4	5	
63.การจัดลำดับในการรอตรวจ						
64.ระยะเวลาการตรวจ						
65.แพทย์ใส่ใจในการฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย						
66.พยาบาลใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย						
67.การให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรค						
68.การให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรักษา						
69.การให้คำแนะนำในการควบคุมป้องกันโรค						
70.ความน่าเชื่อถือของแพทย์						
71.ความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ						
72.ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง						

S1  
S2  
S3  
S4  
S5  
S6  
S7  
S8  
S9  
S10

73. หากเจ็บป่วย ท่านต้องการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ตามสิทธิบัตรของโครงการ ฯ ต่อไปหรือไม่

- 1.ไม่ต้องการใช้บริการอีกต่อไป  
 2.ใช้บริการ แต่ไม่ใช้สิทธิบัตรของ  
 3.ใช้บริการ ตามสิทธิบัตรของต่อไป

WANT

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เห็นว่าเป็นจริง และเขียนข้อเสนอแนะตามต้องการ

ตอนที่ 7 ความพึงพอใจ ในกรณีที่เคยนอนพักในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

1 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 2 = พึงพอใจน้อย, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 4 = พึงพอใจมาก, 5 = พึงพอใจมากที่สุด

โปรดให้คะแนนความพึงพอใจต่อการบริการในตึกผู้ป่วยใน (ถ้าเคยใช้บริการหลายครั้ง ใช้ความคิดเห็นโดยรวม)

การบริการในตึกผู้ป่วยใน	ความพึงพอใจ					ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	4	5	
74.สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล						
75.ความสะอาดของห้อง/เตียงที่นอน						
76.ความสะอาดของห้อง/เตียงที่นอน						
77.ความสามารถของแพทย์ในการรักษาโรค						
78.การตรวจร่างกายโดยแพทย์						
79.ความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อมีปัญหา						
80.ความใส่ใจของแพทย์ในการดูแล						
81.ความสามารถของพยาบาลในการดูแล						
82.ความรวดเร็วของพยาบาลในการช่วยเหลือ						
83.ความใส่ใจของพยาบาลในความเจ็บป่วย						
84.การดูแลช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ						
85.ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมค่าเดินทาง						

W1  
W2  
W3  
W4  
W5  
W6  
W7  
W8  
W9  
W10  
W11  
W12

ตอนที่ 8 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

1. ประโยชน์ของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

.....  
.....

2. สิทธิของผู้มีบัตรทองโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

.....  
.....

3. สิ่งที่น่าประทับใจเป็นพิเศษ เกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

.....  
.....

4. สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงแก้ไข เกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

.....  
.....

ตอนที่ 9 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เกี่ยวกับการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิบัตร

1. สิ่งที่น่าประทับใจเป็นพิเศษ ต่อโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิบัตร

.....  
.....

2. สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงแก้ไข

.....  
.....





ภาคผนวก ข  
ข้อมูลจังหวัดปทุมธานี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## จังหวัดปทุมธานี

จังหวัดปทุมธานีตั้งอยู่ที่ตำบลสามโคกฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยาเรียกว่า บ้านสามโคก ต่อมาในสมัยสมเด็จพระมหาจักรพรรดิได้ทรงยกฐานะเป็นตำบลสามโคก และในสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยแห่งกรุงรัตนโกสินทร์ (รัชกาลที่ 2) ได้เสด็จประพาส เมืองสามโคก ราษฎรชาวรามัญที่มีความจงรักภักดีได้นำเอาดอกบัวหลวง มาถวาย พระองค์จึงได้ทรงพระกรุณา โปรดเกล้าพระราชทานนามเมืองสามโคกใหม่ว่า ประทุมธานี เจ้าเมืองประทุมธานีเห็นภูมิประเทศ เป็นที่ราบลุ่มไม่เหมาะสม หน้าน้ำท่วมทุกปีไม่สะดวก ในการสัญจรไปมา จึงขอย้ายมาตั้งใหม่ที่ตำบลบางปรอก ท้องที่เมืองปทุมธานีปัจจุบัน เมื่อปี พ.ศ. 2462 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงได้เปลี่ยนชื่อจาก ประทุมธานีเป็นปทุมธานี และในปีพ.ศ. 2474 สมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดเกล้าให้ยุบจังหวัดธนบุรีรวมกับจังหวัดปทุมธานี ตราบเท่าทุกวันนี้

### สภาพทั่วไปของจังหวัดปทุมธานี

#### ลักษณะที่ตั้งและขนาด

จังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดในเขตบริเวณลุ่มน้ำเจ้าพระยา ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 46 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 1,520.856 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำเจ้าพระยา ไหลผ่านกลางจังหวัดโดยพาดผ่านจังหวัดมีความยาวประมาณ 30 กิโลเมตร ทำให้พื้นที่ ของจังหวัดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีสะพานปทุมธานี ซึ่งตั้งอยู่บริเวณอำเภอมะเมือง และสะพานวงแหวนซึ่งตั้งอยู่ในเขตอำเภอสามโคกเป็นสะพานสำหรับใช้คมนาคมระหว่าง 2 ฝั่ง

ฝั่งตะวันตก คือ บนฝั่งขวาของแม่น้ำเจ้าพระยา ได้แก่พื้นที่ในเขตอำเภอลาดหลุมแก้วและบางส่วนของอำเภอมะเมืองและอำเภอสามโคก

ฝั่งตะวันออก คือ บนฝั่งซ้ายของแม่น้ำเจ้าพระยา ได้แก่พื้นที่ในเขตอำเภอลาดหลุมแก้ว, ธัญบุรี, หนองเสือ, ลำลูกกา และบางส่วนของอำเภอมะเมืองและอำเภอสามโคก

#### อาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอบางปะอิน อำเภอบางไทร อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อำเภอนนทบุรี และอำเภอวิหารแดงจังหวัดสระบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี และเขตบางเขน เขตดอนเมือง เขตสายไหม เขตคลองสามวา และเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

## ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัดเป็นที่ราบลุ่มสองฝั่งของแม่น้ำเจ้าพระยา โดยปกติระดับน้ำในแม่น้ำเจ้าพระยาในฤดูฝนจะเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยประมาณ 50 เซนติเมตร ซึ่งทำให้เกิดภาวะน้ำท่วม ในบริเวณพื้นที่ราบริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา สำหรับพื้นที่ทางฝั่งซ้ายของแม่น้ำเจ้าพระยานั้น เนื่องจากประกอบด้วยคลองซอยเป็นคลองชลประทานจำนวนมากสามารถควบคุมปริมาณน้ำได้ทำให้ปัญหาอุทกภัยมีน้อยกว่า

## สภาพเศรษฐกิจ

ภาวะทางเศรษฐกิจของจังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีพื้นที่ทั้งหมด 950,535 ไร่ เป็นที่ทำการเกษตร 582,881 ไร่และอื่นๆอีก 322,654 ไร่ รายได้ผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) คิดเป็นมูลค่ารวมทั้งสิ้น 119,219,312 ล้านบาท ผลิตภัณฑ์สินค้ารายสาขาที่ทำรายได้สูงสุดได้แก่ อุตสาหกรรม คิดเป็นร้อยละ 65.39 สาขาการก่อสร้าง ร้อยละ 11.50 และสาขาพาณิชยกรรม คิดเป็นร้อยละ 5.13 สำหรับรายได้เฉลี่ยของประชากรโดยเฉลี่ย 236,076 บาท/คนปี

## การศึกษา

จังหวัดปทุมธานีมีสถานศึกษาในระบบโรงเรียนทั้งของรัฐและของเอกชน ประกอบด้วยสถานศึกษา ตั้งแต่ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษา และระดับมัธยมปลาย - อนุปริญญา รวม 263 แห่ง เนื่องจากจังหวัดปทุมธานี อยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นศูนย์กลางทางการศึกษา จึงมีสถานศึกษา ในระดับอุดมศึกษา มากถึง 10 แห่ง แยกเป็น

ระดับอุดมศึกษา	6	แห่ง
ระดับอาชีวศึกษา	2	แห่ง
ระดับมัธยมศึกษา	16	แห่ง
ระดับประถมศึกษา	200	แห่ง

## การศาสนา

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประมาณร้อยละ 90.0 ศาสนาอิสลามประมาณร้อยละ 7.0 และศาสนาคริสต์ ประมาณร้อยละ 3.0

## การปกครอง

ประกอบด้วย	7	อำเภอ
	11	เทศบาล
	65	ตำบล
	529	หมู่บ้าน

## ข้อมูลทั่วไป

### 1.1 การแบ่งเขตการปกครอง

#### ตารางที่ 1 การแบ่งเขตการปกครอง

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	อบต.	สุขาภิบาล	เทศบาล		ชุมชน
					เมือง	ตำบล	
เมือง	14	81	13	1	1	-	16
คลองหลวง	7	89	5	1	-	1	3
ธัญบุรี	6	22	1	2	-	1	27
หนองเสือ	7	69	7	1	-	1	-
ลาดหลุมแก้ว	7	61	7	1	-	-	-
ลำลูกกา	8	114	8	2	1	-	17
สามโคก	11	58	11	1	-	-	-
<b>รวม</b>	<b>60</b>	<b>494</b>	<b>52</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>63</b>

ตารางที่ 2 จำนวนหลังคาเรือน จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ทะเบียนราษฎร		สำรวจ	
	1 ก.ค. 2544		1 ก.ค. 2544	
เมือง	53,231		24,631	
คลองหลวง	52,020		24,644	
ธัญบุรี	57,066		40,867	
หนองเสือ	10,149		8,016	
ลาดหลุมแก้ว	15,046		7,242	
ลำลูกกา	51,184		25,242	
สามโคก	14,002		10,222	
<b>รวม</b>	<b>252,698</b>		<b>140,864</b>	

ตารางที่ 3 จำนวนประชากร จำแนกตามเพศ รายอำเภอ

อำเภอ	ประชากรทะเบียนราษฎร			ประชากรสำรวจ		
	1 ก.ค.2544			1 ก.ค. 2544		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
เมือง	61,500	64,231	125,731	58,894	61,297	120,191
คลองหลวง	52,328	54,729	107,057	45,648	47,511	93,159
ธัญบุรี	60,312	62,866	123,178	54,275	56,490	110,765
หนองเสือ	23,161	23,030	46,191	20,692	21,537	42,229
ลาดหลุมแก้ว	22,172	21,915	44,087	17,431	18,142	35,573
ลำลูกกา	66,556	66,928	133,484	50,550	52,614	103,164
สามโคก	21,474	22,018	43,492	18,487	19,242	37,729
<b>รวม</b>	<b>307,503</b>	<b>315,717</b>	<b>623,220</b>	<b>265,977</b>	<b>276,833</b>	<b>542,810</b>

## 1.2 ลักษณะทั่วไป

ตารางที่ 4 จำนวนสถานศึกษา จำแนกตามประเภท

ประเภท	สถานศึกษา(แห่ง)	จำนวนนักเรียน/นักศึกษา
โรงเรียนประถมศึกษา	176	167,281
โรงเรียนมัธยมศึกษา	22	27,792
สถานศึกษาเอกชน	55	28,159
อาชีวะ	3	4,705
เทคโนโลยีราชมงคล	2	8,237
พลศึกษา	1	2,361
สถาบันราชภัฏ	1	5,464
มหาวิทยาลัย ภาครัฐ	1	8,004
เอกชน	2	28,117

ตารางที่ 5 จำนวนโรงงาน - คนงาน จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนโรงงาน	จำนวนคนงาน		
		ชาย	หญิง	รวม
เมือง	387	20,369	18,301	38,670
คลองหลวง	473	27,315	48,471	75,786
ัญบุรี	262	7,519	9,835	17,354
หนองเสือ	19	280	148	428
ลาดหลุมแก้ว	161	4,658	6,438	11,096
ลำลูกกา	281	5,959	12,168	18,127
สามโคก	92	1,539	472	2,011
<b>รวม</b>	<b>1,675</b>	<b>67,639</b>	<b>95,833</b>	<b>163,472</b>

ตารางที่ 6 ข้อมูลอื่นๆ

ประเภท	จำนวน(แห่ง)
โรงแรม	8
ห้างสรรพสินค้า	9
สนามกอล์ฟ	11
หมู่บ้านจัดสรร	323
แหล่งก่อสร้าง	173
ชุมชนแออัด/ชุมชนด้อยโอกาส	19

ทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 7 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	โรงพยาบาล		โรงพยาบาลชุมชน(เตียง)			สถานีอนามัย			โรงพยาบาล สังกัดอื่น
	ทั่วไป	10	30	60	ขนาดใหญ่	ทั่วไป	รวม		
เมือง	1	-	-	-	4	15	19	รพ. ธรรมศาสตร์	
คลองหลวง	-	1	-	-	2	9	11	รพ. ัญญาวัักษ์	
ัญบุรี	-	-	-	2	1	3	4		
หนองเสือ	-	-	1	-	2	6	8		
ลาดหลุมแก้ว	-	-	1	-	3	8	11		
ลำลูกกา	-	-	1	-	4	10	14		
สามโคก	-	1	-	-	3	8	11		
<b>รวม</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>59</b>	<b>78</b>		

ตารางที่ 8 สถานบริการภาคเอกชน

ประเภท	จำนวน
โรงพยาบาลเอกชน ( แห่ง / เตียง )	9 / 870
คลินิกแพทย์	106
คลินิกทันตกรรม	30
สถานผดุงครรภ์	15
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	150
ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	43
ร้านขายยาแผนโบราณ	16

ตารางที่ 9 จำนวนบุคลากรและอัตราส่วนประชากร

บุคลากร	กสธ.	สังกัดอื่น	เทศบาล	เอกชน	รวม	อัตราส่วน : ประชากร
แพทย์	48	41	-	147	236	1 : 2,640
ทันตแพทย์	19	3	-	3	25	1:11,985
เภสัชกร	16	9	-	165	190	1 : 3,280
พยาบาลวิชาชีพ	266	247	6	94	613	1 : 1,017
พยาบาลเทคนิค	151	-	1	-	152	1 : 4,100
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	191	-	-	-	191	1 : 3,263
สุขชุมชน						



## ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดปทุมธานี

### 1. สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม

จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดในเขตปริมณฑล มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว สภาพสังคมชนบทเปลี่ยนเป็นสังคมเมือง มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรงงานอุตสาหกรรม สถานบริการ แหล่งชุมชน และบ้านจัดสรร ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรเข้ามาประกอบอาชีพในภาคต่าง ๆ เป็นจำนวน ส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ประกอบกับในปี 2541 ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำส่งผลให้คนงานเป็นจำนวนมากติดตาม จึงส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และแหล่งเสื่อมโทรม

### 2. การจัดการบริการสาธารณสุข

เนื่องจากจังหวัดปทุมธานี มีกลุ่มประชากรซึ่งอยู่ในพื้นที่ และประชากรเคลื่อนย้ายเข้ามาประกอบอาชีพประเภทต่าง ๆ รวมทั้งแรงงานอพยพทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นจำนวนมาก ทำให้การจัดการบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆในจังหวัดไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

### 3. การควบคุมโรคติดต่อ

จากสภาพปัญหาสาธารณสุขดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานควบคุมโรคติดต่อของจังหวัดปทุมธานีบางประเด็นไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โรคที่พบและเป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดได้แก่ โรคไข้เลือดออก และโรคพิษสุนัขบ้า

### 4. การควบคุมโรคไม่ติดต่อ

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการป่วย และตายที่สำคัญอันดับหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ อุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

### 5. ปัญหายาเสพติด

พบว่าในปัจจุบันจังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอยู่ในระดับที่รุนแรง คือมีทั้งการผลิต การค้า และการลำเลียงตัวยาคูที่ทำกรผลิตได้แก่ แอมเฟตามีน และการปลูกกระท่อม การค้า และการลำเลียงมีทั้ง เฮโรอีน และแอมเฟตามีน ส่วนการแพร่ระบาดมีทั้งในเมืองและชนบท

กลุ่มผู้เข้าเยาเสพติดได้แก่ นักเรียน และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน - รับจ้างทั่วไป พบว่าเพศชายติดมากกว่าเพศหญิง อายุของผู้ติดยาเสพติดอยู่ระหว่าง 20 – 24 ปี มากที่สุด สำหรับนักเรียนพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นติดสารเสพติดมากที่สุด ส่วนชั้นประถมปลายเป็นกลุ่มอายุที่อยู่รองลงมา

## 6. ปัญหาทันตสาธารณสุข

- โรคฟันผุ
- โรคเหงือกอักเสบ

### แนวทางการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขของจังหวัดปทุมธานี

1. โครงการทันตกรรมป้องกันในเด็กก่อนวัยเรียน
  - การให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดาในคลินิกเด็กดี
  - การให้ทันตสุขศึกษาในศูนย์เด็กเล็ก และในโรงเรียนอนุบาล
  - การให้ฟลูออไรด์เสริม
  - การสอนแปรงฟัน
2. โครงการเฝ้าระวังภาวะทันตสุขภาพ และโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กชั้นประถมศึกษา
  - การตรวจสุขภาพช่องปาก ปีละ 2 ครั้ง
  - การสอนแปรงฟัน
  - การสอนทันตสุขศึกษา
  - การเคี้ยวฟลูออไรด์
  - การเคลือบหลุมร่องฟันในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
3. โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยอาศัยสื่อทัศนูปกรณ์
4. โครงการส่งเสริมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพื่อให้บริการชุดหินน้ำลาย
5. โครงการสำรวจภาวะทันตสุขภาพภายในจังหวัดปทุมธานี



สถานบริการหลัก	สถานบริการรอง	อำเภอ	ตำบล	หมู่ที่ / ชุมชน
รพ. หนองเสือ	โรงพยาบาลหนองเสือ สถานีอนามัย ต. บึงบอน สถานีอนามัย ต. บึงกาสาม สถานีอนามัยบึงกาสาม 2 สถานีอนามัย ต. บึงชำอ้อ 1 สถานีอนามัย ต. บึงชำอ้อ 2 สถานีอนามัย ต. หนองสามวัง 1 สถานีอนามัยหนองสามวัง 2 สถานีอนามัย ต. ศาลาครุ สถานีอนามัย ต. นพรัตน์	หนองเสือ	บึงบา บึงบอน บึงกาสาม บึงชำอ้อ หนองสามวัง ศาลาครุ นพรัตน์	ทั้ง 8 หมู่บ้าน หมู่ 1,2,5,6 หมู่ 1,2,4,5,9 หมู่ 3,6,7,8 หมู่ 1,6-10,12 หมู่ 2-5,11 หมู่ 7-12 หมู่ 1-6,13 ทั้ง 10 หมู่บ้าน ทั้ง 8 หมู่บ้าน
รพ. ลาดหลุมแก้ว	รพ. ลาดหลุมแก้ว สถานีอนามัย ต. ระแหง สถานีอนามัย ต. หน้าไม้หมู่ที่ 11 สถานีอนามัย ต. หน้าไม้หมู่ที่ 5 สถานีอนามัย ต. หน้าไม้หมู่ที่ 11 สถานีอนามัย ต. ลาดหลุมแก้ว สถานีอนามัยธาตุทอง สถานีอนามัย ต. ลาดหลุมแก้ว สถานีอนามัย ต. คูบางหลวง หมู่ 1 สถานีอนามัย ต. คูบางหลวง หมู่ 6 สถานีอนามัย ต. คูขวาง สถานีอนามัยคลองพระอุดม สถานีอนามัย ต. บ่อเงิน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัย ต. บางเตย	ลาดหลุมแก้ว	ระแหง  หน้าไม้  ลาดหลุมแก้ว คูบางหลวง คูขวาง คลองพระอุดม บ่อเงิน  บางเตย	หมู่ 1-5 หมู่ 6-10 หมู่ 11,12 หมู่ 2,3,5,6,7 หมู่ 4,9,10,11 หมู่ 1,8 หมู่ 1,2,3,7 หมู่ 4,5,6 หมู่ 1-4,8-10 หมู่ 5,6,7,9,11,12 ทั้ง 5 หมู่บ้าน หมู่ 1-4 หมู่ 1,2,3,7 หมู่ 4,5,6 หมู่ 1,8,10
รพ. ภัทร-ธนบุรี	สถานีอนามัย ต. คลองหนึ่ง สถานีอนามัย ต. คลองสอง	คลองหลวง	คลองหนึ่ง คลองสอง	หมู่ 1-6 หมู่ 1-6
รพ. ธรรมศาสตร์	สถานีอนามัย ต. คลองหนึ่ง สถานีอนามัย ต. คลองหนึ่ง หมู่ 13 สถานีอนามัย ต. คลองสอง สถานีอนามัย ต. คลองสอง หมู่ 13 สถานีอนามัย ต. คลองสาม หมู่ 5 สถานีอนามัย ต. คลองสี่ สถานีอนามัย ต. เชียงรากน้อย	คลองหลวง	คลองหนึ่ง  คลองสอง คลองสาม คลองสี่ เชียงรากน้อย	หมู่ 7,8,16,17 หมู่ 18 หมู่ 7 หมู่ 8,9,10 หมู่ 2-7 หมู่ 1-7 หมู่ 1,4

สถานบริการหลัก	สถานบริการรอง	อำเภอ	ตำบล	หมู่ที่ / ชุมชน
รพ. อินเตอร์เนชั่นแนล	สถานีอนามัย ต. คลองหนึ่ง หมู่ 13 สถานีอนามัย ต. คลองสอง หมู่ 13	คลองหลวง	คลองหนึ่ง คลองสอง	หมู่ 9-15,19,20 หมู่ 11-15
รพ. คลองหลวง	สถานีอนามัย ต. คลองสาม สถานีอนามัย ต. คลองสี่ หมู่ 13 สถานีอนามัย ต. คลองห้า สถานีอนามัย ต. คลองห้า หมู่ 13 โรงพยาบาลคลองหลวง สถานีอนามัย ต. คลองหก สถานีอนามัย ต. คลองเจ็ด สถานีอนามัย ต. บึงบอน สถานีอนามัย ต. บึงขำอ้อ 1 สถานีอนามัย ต. บึงขำอ้อ 2	คลองหลวง       หนองเสือ	คลองสาม คลองสี่ คลองห้า  คลองหก  คลองเจ็ด บึงบอน บึงขำอ้อ	หมู่ 8-16 หมู่ 8-16 หมู่ 3-9 หมู่ 10-16 หมู่ 3-8 หมู่ 9-14 ทั้ง 9 หมู่บ้าน หมู่ 3,4 หมู่ 9,10,12 หมู่ 11
รพ. ธัญบุรี	สถานีอนามัย ต. คลองสาม หมู่ 5 สถานีอนามัย ต. คลองห้า โรงพยาบาลธัญบุรี  สถานีอนามัย ต. ลำผักกูด สถานีอนามัย ต. บึงสนั่น สถานีอนามัยสมเด็จพระเจ้า 84 สถานีอนามัย ต. บึงบอน สถานีอนามัยบึงคำพร้อย 1 สถานีอนามัยทรัพย์บุญชู สถานีอนามัยลำลูกกา	คลองหลวง  คลองหลวง ธัญบุรี   หนองเสือ ลำลูกกา	คลองสาม คลองห้า คลองหก รังสิต ลำผักกูด บึงสนั่น บึงน้ำรักษ์ บึงบอน บึงคำพร้อย ลำลูกกา	หมู่ 1 หมู่ 1,2 หมู่ 1,2 ทั้ง 4 หมู่บ้าน ทั้ง 4 หมู่บ้าน ทั้ง 4 หมู่บ้าน ทั้ง 6 หมู่บ้าน หมู่ 9 หมู่ 1,2,8,9,10,14 หมู่ 7,8,9 หมู่ 15,16
รพ. สามโคก	สถานีอนามัย อ. สามโคก สถานีอนามัย อ. บางเตย สถานีอนามัย ต. คลองควาย สถานีอนามัย ต. สามโคก สถานีอนามัย ต. กระแสung สถานีอนามัย ต. บางโพธิ์เหนือ สถานีอนามัย ต. เชียงรากใหญ่ โรงพยาบาลสามโคก สถานีอนามัย ต. บ้านจิว สถานีอนามัย ต. เชียงรากน้อย สถานีอนามัย ต. บางกระบือ สถานีอนามัย ต. ท้ายเกาะ	สามโคก	บางเตย คลองควาย  สามโคก กระแสung บางโพธิ์เหนือ เชียงรากใหญ่ บ้านปทุม บ้านจิว เชียงรากน้อย บางกระบือ ท้ายเกาะ	หมู่ 2-7,9 หมู่ 8 หมู่ 1-7 ทั้ง 4 หมู่บ้าน ทั้ง 3 หมู่บ้าน ทั้ง 3 หมู่บ้าน ทั้ง 7 หมู่บ้าน ทั้ง 6 หมู่บ้าน ทั้ง 5 หมู่บ้าน หมู่ 2,3,5 ทั้ง 3 หมู่บ้าน ทั้ง 4 หมู่บ้าน

สถานบริการหลัก	สถานบริการรอง	อำเภอ	ตำบล	หมู่ที่ / ชุมชน
คณะแพทย์ มธ.	สถานีอนามัยคูคต ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลฯ	ลำลูกกา	คูคต	หมู่ 1,2,3,6,7,12 หมู่ 4,5,8-11,17,18
รพ. ลำลูกกา	สถานีอนามัยลาดสวาย 1 สถานีอนามัยลาดสวาย 2 สถานีอนามัยบึงคำพร้อย 1 สถานีอนามัยบึงคำพร้อย 2 สถานีอนามัยทรัพย์บุญชู สถานีอนามัยลำลูกกา สถานีอนามัยบึงทองหลาง 1 สถานีอนามัยบึงทองหลาง 2 โรงพยาบาลลำลูกกา สถานีอนามัยบึงคอไห 1 สถานีอนามัยบึงคอไห 2 สถานีอนามัยพีชอุดม	ลำลูกกา	ลาดสวาย  บึงคำพร้อย  ลำลูกกา  บึงทองหลาง  ลำไทร บึงคอไห  พีชอุดม	หมู่ 4-10 หมู่ 1,2,3,11 หมู่ 3,7,12,13,14 หมู่ 4,5,6,11,15,19 หมู่ 1-4,6,10 หมู่ 5,11-14,17-21 หมู่ 1-6,10,16-19 หมู่ 7,8,9,11-15,20-22 ทั้ง 14 หมู่บ้าน หมู่ 7-12 หมู่ 1-6 ทั้ง 9 หมู่บ้าน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาล	ประชากรปีตย	ขนาด 60 เตียง	สำรวจวันที่	2	เดือน	ตุลาคม	พ.ศ.	2545
แพทย์	2	คน	(แพทย์ประจำ PCU	-	คน)			
ทันตแพทย์	2	คน	ทันตภิบาล	2	คน			
			เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	2	คน			
เภสัชกร	3	คน	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1	คน			
พยาบาลวิชาชีพ	45	คน						
พยาบาลเทคนิค	13	คน	เจ้าหน้าที่พยาบาล	-	คน			
นักเทคนิคการแพทย์	-	คน	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	3	คน			
			เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	1	คน			
นักวิชาการสาธารณสุข	3	คน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	7	คน			
ลูกจ้างประจำ	16	คน	ลูกจ้างชั่วคราว	15	คน			

### อัตรากำลังกลุ่มงานการพยาบาล (ในเวลาราชการ)

OPD (ตรวจโรคผู้ป่วยนอก)	15	คน
ER (อุบัติเหตุ / ดูกเงิน)	4	คน
OR (ห้องผ่าตัด)	1	คน
LR (ห้องคลอด / รอคคลอด)	เช้า 2 คน	คน
IPD (ผู้ป่วยใน)	3	คน

### อัตรากำลังกลุ่มงานการพยาบาล (นอกเวลาราชการ)

ER (อุบัติเหตุ / ดูกเงิน)	3	คน
LR (ห้องคลอด / รอคคลอด)	1	คน
IPD (ผู้ป่วยใน)	1	คน
จำนวนผู้ป่วยนอกต่อวัน (เฉลี่ย)	150 - 200	คน
จำนวนผู้ป่วยในต่อวัน (เฉลี่ย)	20	คน
จำนวนคนขึ้นทะเบียนบัตรทอง UC	47,376	คน
UC 30 บาท	34,921	คน
UC (ท)	12,455	คน

### อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาล	หนองเสือ	ขนาด 30 เตียง	สำรวจวันที่ 16 เดือน กันยายน พ.ศ. 2545
แพทย์	4	คน	(แพทย์ประจำ PCU ..... คน)
ทันตแพทย์	2	คน	ทันตภิบาล ..... 1 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ..... 1 คน
เภสัชกร	3	คน	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ..... 2 คน
พยาบาลวิชาชีพ	29	คน	
พยาบาลเทคนิค	13	คน	เจ้าหน้าที่พยาบาล ..... - คน
นักเทคนิคการแพทย์	-	คน	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ..... 1 คน เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ ..... - คน
นักวิชาการสาธารณสุข	2	คน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ..... 2 คน
ลูกจ้างประจำ	10	คน	ลูกจ้างชั่วคราว ..... 15 คน

### อัตรากำลังกลุ่มงานการพยาบาล (ในเวลาราชการ)

OPD (ตรวจโรคผู้ป่วยนอก)	3	คน
ER (อุบัติเหตุ / ฉุกเฉิน)	2	คน
OR (ห้องผ่าตัด)	1	คน
LR (ห้องคลอด / รอคคลอด)	1	คน
IPD (ผู้ป่วยใน)	4	คน

### อัตรากำลังกลุ่มงานการพยาบาล (นอกเวลาราชการ)

ER (อุบัติเหตุ / ฉุกเฉิน)	2	คน
LR (ห้องคลอด / รอคคลอด)	1	คน
IPD (ผู้ป่วยใน)	2	คน
จำนวนผู้ป่วยนอกต่อวัน (เฉลี่ย)	149.20	คน
จำนวนผู้ป่วยในต่อวัน (เฉลี่ย)	21.12	คน
จำนวนคนขึ้นทะเบียนบัตรทอง UC	34,234	คน
UC 30 บาท	20,145	คน
UC (ท)	14,089	คน



### อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาล	สามโคก	ขนาด 10 เตียง	สำรวจวันที่	19	เดือน	กันยายน	2545
แพทย์	3	คน	(แพทย์ประจำ PCU	3	คน)		
ทันตแพทย์	2	คน	ทันตภิบาล	-	คน		
เภสัชกร	3	คน	เจ้าหน้าที่พยาบาล	-	คน		
พยาบาลวิชาชีพ	16	คน	เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	1	คน		
พยาบาลเทคนิค	5	คน	เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	1	คน		
นักเทคนิคการแพทย์	-	คน	เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	1	คน		
นักวิชาการสาธารณสุข	-	คน	เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	1	คน		
ลูกจ้างประจำ	5	คน	ลูกจ้างชั่วคราว	9	คน		

### อัตรากำลังกลุ่มงานการพยาบาล (ในเวลาราชการ)

OPD (ตรวจโรคผู้ป่วยนอก)	0	คน
ER (อุบัติเหตุ / ฉุกเฉิน)	1	คน
OR (ห้องผ่าตัด)	0	คน
LR (ห้องคลอด / รอคคลอด)	1	คน
IPD (ผู้ป่วยใน)	1	คน

### อัตรากำลังกลุ่มงานการพยาบาล (นอกเวลาราชการ)

ER (อุบัติเหตุ / ฉุกเฉิน)	1	คน
LR (ห้องคลอด / รอคคลอด)	0	คน
IPD (ผู้ป่วยใน)	1	คน
จำนวนผู้ป่วยนอกต่อวัน (เฉลี่ย)	57	คน
จำนวนผู้ป่วยในต่อวัน (เฉลี่ย)	1.5	คน
จำนวนคนขึ้นทะเบียนบัตรทอง UC	8,712	คน
UC 30 บาท	4,601	คน
UC (ท)	4,111	คน

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

- |                                                  |                                                                                            |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ โล่หิ์สุนทร        | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม<br>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 2. ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม<br>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 3. รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุกศิริ         | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม<br>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 4. รองศาสตราจารย์นายแพทย์บดินทร์ ธีระมัน         | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม<br>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ         | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม<br>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 6. นายแพทย์วิฑูรย์ โล่หิ์สุนทร                   | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม<br>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 7. นายแพทย์ธีระชัย คงเอี่ยมตระกูล                | นายแพทย์ 8 รักษาการผู้เชี่ยวชาญด้าน<br>เวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุข<br>จังหวัดปทุมธานี |

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายแพทย์นราพงศ์ ธีระจักรวิภาส เกิดเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2514 ที่โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาจากโรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย รุ่น 107 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2538 (รุ่นที่ 100) เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2544 (นอกเวลาราชการ รุ่นที่ 2) ระหว่างการศึกษาเวชศาสตร์ชุมชน สอบได้อนุมัติบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จากแพทยสภา ปี 2545 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง นายแพทย์ 7 รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำลูกกา สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย