

362.10425

๑๑๗๗

๕๓

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปริญญาโท

ของ

อติเรก พงษ์กายี

- 8 ส.ค. 2541.

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

ตุลาคม 2540

ลิขสิทธิ์ เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

85646

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ
ของ
อติเรก พงษ์กายี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ตุลาคม 2540

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความพึงพอใจของประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีบัตรประกันสุขภาพรอยความสมัครใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข และเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์การซื้อบัตรประกันสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 287 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบค่าที (t - test) และการทดสอบค่าเอฟ (F - test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขมีความพึงพอใจมาก
2. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีเพศต่างกัน มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน
3. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน
4. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีอาชีพต่างกัน มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน
7. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีประสบการณ์ของการซื้อบัตรต่างกัน มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน

SATISFACTION ON THE USE OF PUBLIC HEALTH SERVICE FOR PEOPLE WHO HAVE
HEALTH CARD INSURANCE IN CHANGWAT PRANAKHORNSRIAYUTTHAYA

AN ABSTRACT

BY

ADIREK PONGKAYEE

Presented in partial of the requirement for the Master
of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

October 1997

The objective of this study was to investigate satisfaction for people in Changwat Pranakhornsriayutthaya, who have health card insurance on the use of public health service, and compare the satisfaction for people. The variables, were sexs ; mariital sttatus ; levels of education ; occupation ; income and experience of buyer health card insurance.

The samples of this study were 287 men, for people who have health card insurance in Changwat Pranakhornsriayutthaya. Obtained from multistage random sampling. The instrument used for collecting the data were a set of checklist and rating scale questionnaires. The analysis was made by using t - test and F - test.

The results were as follows :

1. People who have health card insurance in Changwat Pranakhornsriayutthaya have satisfaction on the use of public health service was found at the high level.

2. People who have health card insurance in Changwat Pranakhornsriayutthaya have satisfaction with differences in their sexes, have satisfaction on the use of public health service was found not difference.

3. People who have health card insurance in Changwat Pranakhornsriayutthaya have satisfaction with differences marital status, have satisfaction on the use of public health service was found not difference.

4. People who have health card insurance in Changwat Pranakhornsriayutthaya have satisfaction with differences levels of education, have satisfaction on the use of public health service was found significance difference at .01 level.

5. People who have health card insurance in Changwat

Pranakhornsriayutthaya have satisfaction with differences occupation, have satisfaction on the use of public health service was found significance difference at .01 level.

6. People who have health card insurance in Changwat

Pranakhornsriayutthaya have satisfaction with differences income, have satisfaction on the use of public health service was found not difference.

7. People who have health card insurance in Changwat

Pranakhornsriayutthaya have satisfaction with differences experience, of buyer card insurance, have satisfaction on the use of public health service was found not difference.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....
ผ.น.ส. ใต้อ.ส.น.ส. ประธาน
(อ.พิมพ์ศรี ไตอศิเทพย์)

.....
กรรมการ
(อ.ประจักษ์ สะสม)

คณะกรรมการสอบ

.....
ผ.น.ส. ใต้อ.ส.น.ส. ประธาน
(อ.พิมพ์ศรี ไตอศิเทพย์)

.....
กรรมการ
(อ.ประจักษ์ สะสม)

.....
กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รศ.สุจินต์ ปริขามารด)

.....
กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รศ.ดร.ท่าไชย เผือกสุวรรณ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา แห่งมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร.ศิริอุษา พูลสุวรรณ)

วันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือ และให้การแนะนำอย่างดียิ่งจากอาจารย์พิมพ์ศรี รัตติเทพย์ อาจารย์ประยูร สะสม รศ.สุจินต์ ปริษามารถ และ รศ.ดร.ภาวิศร เมื่อกสุวรรณ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณว่าในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ ,อาจารย์เรณู สุวรรณภาค คุณจักรินทร์ ช้องวงษ์ คุณยุทธพงษ์ ขวัญชื่น และคุณอนันต์ มลารัตน์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่างๆ และผู้ที่เกี่ยวข้องงานการติดต่อในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ คุณอมร บุญบัณฑิต และคุณพจณีย์ จันทรรัตน์ ตลอดจนผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน รวมทั้งผู้ที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและเป็นขวัญกำลังใจ คือ คุณพ่อชื่น พงษ์กายี คุณแม่มะลุม พงษ์กายี คุณกันทา พงษ์กายี เด็กชายอิทธิพัทธ์ พงษ์กายี และเด็กชายทัสยุ พงษ์กายี ซึ่งทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

อติเรก พงษ์กายี

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คํานำ.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	9
ความสําคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	9
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	14
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	14
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	67
การวิจัยในต่างประเทศ.....	67
การวิจัยในประเทศไทย.....	68
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	72
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	73
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
ประชากร.....	73
กลุ่มตัวอย่าง.....	73
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
ลักษณะของเครื่องมือ.....	75
เกณฑ์การให้คะแนน.....	76
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	77
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	77
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	78

บทที่	หน้า
วิธีจัดการกระทำกับข้อมูล.....	79
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	85
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	85
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	86
5 บทย่อ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	114
บทย่อ.....	114
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า.....	114
วิธีดำเนินการวิจัย.....	114
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	115
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	115
อภิปรายผล.....	117
ข้อเสนอแนะ.....	125
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	125
บรรณานุกรม.....	127
ภาคผนวก.....	137
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	148

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนการให้บริการและค่าใช้จ่ายของผู้ถือบัตรต่างๆ ปีงบประมาณ 2538.....	8
2	สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3	38
3	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จำนวนแต่ละตำบล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	74
4	จำนวนและค่าร้อยละของประชากรที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ใน อำเภอพระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามเพศ สถานภาพการ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์การถือบัตรประกัน สุขภาพโดยความสมัครใจ.....	87
5	ค่าเฉลี่ยและค่าคะแนนความพึงพอใจแบบมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจในการ ใช้บริการสาธารณสุข.....	90
6	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามเพศ.....	92
7	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามสถานภาพการสมรส.....	93
8	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามระดับการศึกษา.....	95
9	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข ระหว่างประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	97
10	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามอาชีพ.....	102
11	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข ระหว่างประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจที่มีอาชีพต่างกัน.....	104

12	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามรายได้.....	108
13	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข ระหว่างประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจที่มีรายได้ต่างกัน.....	110
14	การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ สมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามประสบการณ์การซื้อบัตรประกัน สุขภาพโดยความสมัครใจ.....	112

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 การให้บริการแบบประกันสุขภาพผู้ให้บริการจะให้บริการตามความจำเป็น โดย สำรองและไม่ต้องสำรอง.....	4
2 ความสัมพันธ์เดิมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชน.....	43
3 ความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชน.....	44
4 การรวมงานของชุมชนกับสถานบริการในงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดย ความสมัครใจ.....	45
5 ความสำเร็จการพัฒนาระบบที่อยู่ 3 ก.....	46
6 ประเภทความยากง่ายของโรคเหมาะสมกับระดับของสถานบริการ.....	48
7 ระบบการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย.....	62

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

โครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมการพัฒนา
งานสาธารณสุขมูลฐานให้สมบูรณ์ เป็นสื่อกลางเชื่อมโยงระหว่างสาธารณสุขมูลฐานกับระบบบริการ
สาธารณสุขของรัฐ ประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพอนามัย งานป้องกันโรค งานรักษาโรค
และงานฟื้นฟูสภาพ โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบบริการในลักษณะที่จะปรับเปลี่ยน
บทบาทของเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพในการสนับสนุน และให้บริการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการปรับ
เปลี่ยนบทบาทของประชาชนและองค์กรชุมชน ให้มีส่วนร่วมริเริ่มบริหารจัดการ และร่วม
ทุนทรัพย์ เพื่อนำไปใช้จ่ายด้านอนามัยของคนในชุมชน ตลอดจนลดภาระเกี่ยวกับผู้ป่วยอีกด้วย
โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ได้มีการปรับปรุงโครงการ วิเคราะห์งาน เพื่อ
ความสอดคล้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสุขภาพอนามัยของ
ประชาชนในชนบทและประชาชนบางกลุ่มที่ด้อยโอกาสให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
ได้ด้วยความมั่นใจและมีหลักประกันว่า จะได้รับบริการอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกันตามระบบ
และขั้นตอนความจำเป็นของการรักษาพยาบาล การพัฒนาโครงการจะเริ่มตั้งแต่เป็นโครงการ
ทดลองศึกษาวิจัยในปี พ.ศ. 2526 และพัฒนามาเป็นลำดับ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ โดยใช้หลัก
การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านให้ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) จะเน้นในเรื่องคุณภาพ
ชีวิตและประชาชนได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือชุมชนของตนเอง ประชาชนมีบทบาทในการ
พิจารณาปัญหา รู้จักการบริหารดูแลสุขภาพอนามัย และร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขและปัญหาอื่น
ที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานราชการอื่นเป็นผู้ให้การ
สนับสนุนชี้แจง อำนวยความสะดวก ประสานงานระหว่างภาคีรัฐบาลกับภาคเอกชน โครงการ
บัตรสุขภาพเป็นโครงการหนึ่งของสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 โดย
มีงานด้านการรักษาพยาบาลเป็นแกนนำ ผนวกกับงานอนามัยแม่และเด็ก และงานสร้างเสริมภูมิ

คุ้มกันโรคเข้าด้วยกัน และใช้วิธีดำเนินงานในระบบส่งต่ออย่างมีขั้นตอนจากกองทุนหมู่บ้านไปยังสถานีอนามัยตำบล โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดความแออัดของประชาชนที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์

โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการปฏิบัติภายใต้ชื่อว่า "โครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็ก" โดยใช้บริการสุขภาพเพื่อทดลองหารูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐานด้านอนามัยแม่และเด็กและงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในปี พ.ศ. 2527 กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่า โครงการนี้สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขในลักษณะปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการปรับปรุงระบบส่งต่อ การให้บริการทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับพื้นที่และความยากง่ายของการรักษาอาการเจ็บป่วย จึงได้ปรับปรุงเงื่อนไขบางประการและได้ใช้ชื่อใหม่ในระยะที่ 2 ของการทดลองนี้ว่า "โครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข" ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 จากผลการศึกษาวิจัยที่ทำขึ้นสรุปว่า สามารถเป็นไปได้อย่างดีจึงได้มีการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขบางประการ โครงการบัตรสุขภาพจึงเกิดขึ้นเป็นโครงการระยะที่ 3 (พ.ศ. 2528-2530) ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนเงื่อนไขและเปลี่ยนชื่อเป็น "โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ" เงื่อนไขที่ปรับเปลี่ยน คือ 1. จำกัดจำนวนครั้ง และวงเงินในการรักษาพยาบาล บัตรมีเพียงประเภทเดียว คือ บัตรครอบครัว บุคคลในครอบครัวเดียวกันคือ สามี ภรรยา บุตรชอบด้วยกฎหมายที่ยังโสด บิดา มารดาของสามีและบิดามารดาของภรรยา มีสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี

ในระยะเวลาที่ผ่านมา แม้ว่า จะได้มีการขยายระบบการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ด้อยโอกาสให้สามารถเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายยิ่งขึ้น แต่ก็ยังมีประชาชนที่ยังไม่อยู่ในความคุ้มครองของระบบใดๆ อีกถึงร้อยละ 43 ของประชาชนทั้งหมด คราวเรือนจำนวนไม่น้อยในภาคเกษตรกรรมต้องประสบภาวะล่มสลายทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทั้งจากการขาดรายได้และการจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล สถานพยาบาลของรัฐจำเป็นต้องรับภาระการส่งเคราะห์ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนซึ่งไม่มีบัตรส่งเคราะห์ โดยไม่ได้รับการอุดหนุนด้านงบประมาณอย่างชัดเจน ส่งผลให้สถานพยาบาลของรัฐจำเป็นต้องเก็บค่ารักษาในอัตราที่แพงขึ้นเพื่อความอยู่รอดทางการเงิน ซึ่งไม่เป็นธรรมต่อประชาชนที่ต้องจ่ายค่ารักษาด้วยตนเอง แม้ในกลุ่มผู้ที่อยู่ภายในความคุ้มครองของระบบต่างๆ ก็ยังพบว่า มีความเหลื่อมล้ำกันงบประมาณ

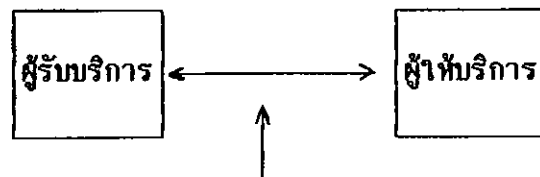
ค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวมีลักษณะไปในเชิงถดถอย กล่าวคือ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้รับการช่วยเหลือต่ำกว่าผู้ได้เปรียบในสังคม

จากลักษณะความหลากหลายของระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพดังกล่าว วิธีการที่จะสร้างหลักประกันให้กับผู้ด้อยโอกาส จึงประกอบด้วย การขยายระบบย่อยทั้งหลายเหล่านั้นไปยังกลุ่มประชาชนที่เหลื่อมตามความเหมาะสม โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาล กำลังมีการทบทวนหลักเกณฑ์ในการออกบัตร ให้สามารถครอบคลุมผู้มีฐานะยากจนได้อย่างทั่วถึง โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข กำลังทดลองพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับกระแสสังคมและขยายการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานและการสนับสนุนทางวิชาการ ในภารกิจที่จะสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างเป็นธรรมทั้งในเขตเมืองและเขตชนบททั้งในภาคอุตสาหกรรมบริการและเกษตรกรรม โดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบดังนี้

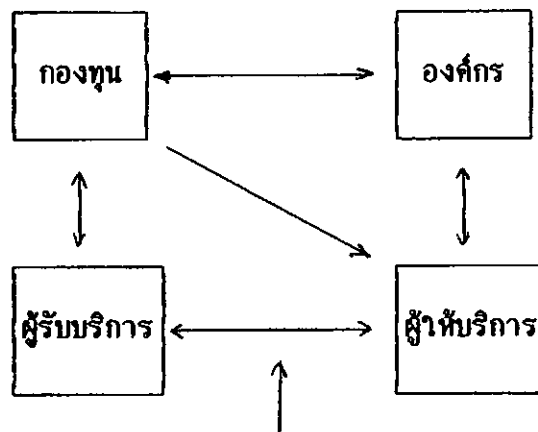
1. จัดทำแผนระยะยาว ระยะกลาง ระยะสั้นและแผนปฏิบัติการ เพื่อสนองนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้ประกันตนตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม ผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล
2. ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย นโยบายและแนวทางการจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนเสนอแนะให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดำเนินการตามแผนและแก้ไขปัญหาจากการดำเนินงาน
4. วางระบบรายงาน การควบคุมกำกับและการประเมินผล เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าและตรวจสอบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
5. ปรับปรุงการบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ โดยการนำหลักเศรษฐศาสตร์และการบริหารจัดการเข้ามาใช้
6. แสวงหารูปแบบใหม่ๆ ที่สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการจัดบริการ โดยให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และเกิดประโยชน์แก่กลุ่มเป้าหมายทั้งในด้านความครอบคลุมโอกาส เข้าถึงความเสมอภาคและคุณภาพบริการ
7. เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

8. เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการ สาธารณสุขแก่ประชาชนเป้าหมายและประชาชนทั่วไป

ระบบประกันสุขภาพเป็นแหล่งการเงินการคลัง เพื่อการสาธารณสุขที่จะได้เพิ่มเติมจากงบประมาณ (ไพจิตร ปวะบุตร. 2535:2) นอกจากนี้บัตรประกันสุขภาพยังส่งเสริมให้มีระบบบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น เช่น ความต่อเนื่อง ความกระตือรือร้นของผู้ปฏิบัติ อีกประการหนึ่งระบบประกันสุขภาพยังมีส่วนในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการไม่ให้มีการสร้างความต้องการเกินความจำเป็นด้วย ดังแสดงในภาพประกอบ 1



การให้บริการขึ้นกับการตอรอง ซึ่งผู้ให้บริการสามารถสร้างความต้องการที่ไม่จำเป็นได้



การให้บริการแบบประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการจะให้บริการตามความจำเป็นโดยไม่ต้องตอรอง

ภาพประกอบ 1 การให้บริการแบบประกันสุขภาพผู้ให้บริการจะให้บริการตามความ

จำเป็น โดยตอรองและไม่ตอรอง

ที่มา : ไพจิตร ปวะบุตร. 2538:2

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของระบบประกันสุขภาพที่จะต้องให้เกิดกับประชาชนที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านรักษาพยาบาลใดๆ จึงดำเนินโครงการบัตรสุขภาพทั่วประเทศไทย คาดว่า จะสามารถได้แนวทางในการปรับปรุงบริการ และรูปแบบการบริหารจัดการในการประกันสุขภาพ นอกจากนี้สถานีนอนามัยซึ่งเป็นสถานพยาบาลจุดแรกของการให้บริการด้านสาธารณสุข และมีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการของผู้ประกันสุขภาพ จะได้รับการพัฒนาให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อสนองเจตนารมณ์ต่อโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัยต่อไป

ข้อมูลทั่วไปจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1. ประวัติความเป็นมา

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาหรือที่เรียกสั้นๆ ว่า อยุธยาหรือกรุงศรีอยุธยา เคยเป็นที่ตั้งของราชธานีของประเทศมานานถึง 417 ปี โดยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 (สมเด็จพระเจ้าอู่ทอง) เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 1893 มีพระมหากษัตริย์ปกครองติดต่อกันมารวม 33 พระองค์ 5 ราชวงศ์ ได้แก่ ราชวงศ์อู่ทอง ราชวงศ์สุพรรณภูมิ ราชวงศ์สุโขทัย ราชวงศ์ปราสาททอง และราชวงศ์บ้านพลูหลวง ซึ่งในที่สุดสมเด็จพระที่นั่งสุริยาศน์อมรินทร์ (พระเจ้าเอกทัศ) ทรงเป็นพระมหากษัตริย์องค์สุดท้าย โดยอาณาจักรศรีอยุธยาได้ล่มสลายลงไปในปี พ.ศ. 2310

เนื่องจากกรุงศรีอยุธยาเจริญรุ่งเรืองมาหลายรัชสมัย จึงมีโบราณสถานปรากฏอยู่มาก และถือว่าเป็นดินแดนแห่งประวัติศาสตร์ ศิลปกรรม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวิทยาการความรู้ต่างๆ ที่สืบทอดความเป็นไทยมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน และยังเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวไทยทั้งชาติในการระลึกถึงบรรพบุรุษ

ภายหลังกรุงศรีอยุธยาแตกใน พ.ศ. 2310 กรุงศรีอยุธยาก็อยู่ในสภาพบ้านแตกสาแหรกขาด บ้านเรือนและสิ่งก่อสร้างต่างๆ ถูกทำลายจนไม่เหมาะที่จะเป็นที่ตั้งราชธานีอีกต่อไป แต่กรุงศรีอยุธยาก็มิได้เป็นเมืองร้าง เนื่องจากเป็นอู่ข้าวอู่น้ำที่สำคัญ เป็นชุมทางการคมนาคมสู่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นเพียงระยะเวลาประมาณ 60 ปีต่อมา ก็กลายเป็นเมืองที่มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่นและมีความเจริญตามพัฒนาการด้านเศรษฐกิจและสังคมจนถึงปัจจุบัน

2. สภาพทั่วไป

พระนครศรีอยุธยาเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่ 11 ในจำนวน 24 จังหวัดของภาคกลาง มีพื้นที่ 2,547.62 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 1,608,981 ไร่ ห่างจากกรุงเทพฯไปทางทิศเหนือ ตามเส้นทางรถยนต์ 75 กิโลเมตร ตามเส้นทางรถไฟ 72 กิโลเมตร และโดยทางเรือ 137 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ เขตอำเภอบ้านแพรก อำเภอมหาราช ติดต่อกับจังหวัดอ่างทองและจังหวัดลพบุรี
 ทิศตะวันออก เขตอำเภอท่าเรือ อำเภอภาชี อำเภอวังน้อย อำเภออุทัย ติดต่อกับจังหวัดสระบุรี
 ทิศตะวันตก เขตอำเภอผักไห่ อำเภอบางซ้าย ติดต่อกับจังหวัดสุพรรณบุรี
 ทิศใต้ เขตอำเภอลาดบัวหลวง ติดต่อกับจังหวัดนครปฐม จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดนนทบุรี

3. ลักษณะภูมิประเทศ

พระนครศรีอยุธยาเป็นที่ราบลุ่มทุ่งนา ไม่มีภูเขา มีแม่น้ำสายหลัก 4 สายไหลผ่าน คือแม่น้ำเจ้าพระยาแม่น้ำป่าสัก แม่น้ำลพบุรีและแม่น้ำน้อย มีลาคล่องใหญ่ไม่น้อยจากจำนวนมาก ทำให้สภาพพื้นที่เป็นเกาะใหญ่หลายแห่ง เมื่อถึงฤดูน้ำหลากน้ำในแม่น้ำลาคล่องจะมีระดับสูง และท่วมปกคลุมบริเวณพื้นที่ของจังหวัด ทำให้ลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่มน้ำท่วมถึง ซึ่งเรียกว่า "ที่ราบลุ่มเดลด้า" อยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลเฉลี่ยประมาณ 3.50 เมตร

4. ลักษณะภูมิอากาศ

พระนครศรีอยุธยาอากาศค่อนข้างร้อน อุณหภูมิปกติสูงสุด 31 องศา(เมษายน) อุณหภูมิต่ำสุด 24 องศา(ธันวาคม) บริเวณที่ตั้งจังหวัดเปิดรับลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้จากอ่าวไทยโดยตรง ทำให้มีช่วงฝนตกชุกประมาณ 5 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ตุลาคม

5. ทรัพยากรธรรมชาติ

ทรัพยากรดิน การวิจัยที่ดินจากเนื้อที่ถือครองทางการเกษตรนั้นพบว่า เนื้อที่ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 จะเป็นที่นา รองลงมาจะเป็นที่ไม้ผลและไม้ยืนต้น เนื้อที่ผักและไม้ดอกตามลำดับ ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2528-2534 เนื้อที่ถือครองทางการเกษตรลดลง ร้อยละ 0.60 ต่อปี เนื้อที่นาลดลงร้อยละ 2.20 ต่อปี เนื้อที่พืชไร่ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี เนื้อที่ผักและดอกไม้ผลลดลงร้อยละ 14.60 ต่อปี เนื้อที่ไม้ผลเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.10 ต่อปี และที่รกร้างว่างเปล่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.00 ต่อปี จากการที่เนื้อที่ไม้ผลและไม้ยืนต้นเพิ่มขึ้น ในขณะที่เนื้อที่ปลูกพืชชนิดอื่นาลลดลง แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนอาชีพจากการทำนาทำไร่ มาเป็นการทำสวนมากขึ้น อนึ่งการที่ที่รกร้างว่างเปล่า มีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้นมา แสดงให้เห็นว่า เกษตรกรส่วนหนึ่งคงจะหันไปทำงานประเภทอื่นมากขึ้น เป็นต้นว่า รับจ้างทางด้านอุตสาหกรรม ซึ่งมีรายได้สม่ำเสมอ และค่อนข้างมากกว่าการทำนา จึงทำให้เกษตรกรทำอาชีพทางการเกษตรลดลง

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้เปิดดำเนินการตามโครงการบัตรสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2527 และดำเนินการตามโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2536 โดยดำเนินการตามโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในปี พ.ศ. 2536 จำนวน 3,215 บัตร ในปี พ.ศ. 2537 จำนวน 5,204 บัตร ในปี พ.ศ. 2538 จำนวน 6,012 บัตร และมีรายละเอียดเกี่ยวกับบัตรสุขภาพดังนี้

1. จำนวนอำเภอที่ดำเนินการปี พ.ศ. 2538 จำนวน 16 อำเภอ
2. จำนวนตำบลที่ดำเนินการปี พ.ศ. 2538 จำนวน 208 ตำบล
3. จำนวนหมู่บ้านที่ดำเนินการปี พ.ศ. 2538 จำนวน 1,467 หมู่บ้าน
4. จำนวนบัตรที่ขาย/แจกจ่าย ทั้งจังหวัด ปี พ.ศ. 2539 (รวมตั้งแต่ ต.ค. 2538-ก.ย. 2539) แบ่งเป็น
 - 4.1 บัตรประชาชนทั่วไป 6,012 บัตร ครอบคลุมจำนวนคนในบัตร 15,835 คน
 - 4.1.1 ในจำนวนบัตรทั่วไปนี้ได้ออกบัตรข้ามเขต 105 บัตร ครอบคลุม 105 คน
 - 4.2 บัตรผู้สูงอายุ 4,583 บัตร ครอบคลุมจำนวนคนในบัตร 11,360 บัตร
 - 4.3 บัตร อสม. 6,602 บัตร ครอบคลุมจำนวนคนในบัตร 14,334 คน

ตาราง 1 จำนวนการใช้บริการและค่าใช้จ่ายของผู้ถือบัตรต่าง ๆ ปีงบประมาณ 2538

ระดับสถานบริการ	ผลงานบริการ			ค่ารักษาพยาบาล	
	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	ผู้ป่วยใน (ราย)	ผู้ป่วยใน (วัน)	ผู้ป่วยนอก (บาท)	ผู้ป่วยใน (บาท)
ก. ระดับสถานีอนามัย					
1. บัตรประชาชน	25,771			923,524	
2. บัตรข้ามเขต	-			-	
3. บัตรผู้นำชุมชน	9,674			184,234	
4. บัตร อสม.	31,894			841,268	
ข. ระดับโรงพยาบาลชุมชน					
1. บัตรประชาชน	15,874	1,334	6,018	2,261,146	3,005,721
2. บัตรข้ามเขต	-	1	4	-	2,710
3. บัตรผู้นำชุมชน	4,468	224	834	389,778	370,282
4. บัตร อสม.	6,245	341	1,322	715,894	453,910
ค. ระดับโรงพยาบาลทั่วไป					
1. บัตรประชาชน	6,239	786	4,595	1,234,458	2,369,727
2. บัตรข้ามเขต	2	1	2	610	3,299
3. บัตรผู้นำชุมชน	1,235	148	1,200	763,413	533,388
4. บัตร อสม.	2,628	178	1,088	362,464	628,328
ง. ระดับโรงพยาบาลศูนย์					
1. บัตรประชาชน	-	-	-	-	-
2. บัตรข้ามเขต	-	-	-	-	-
3. บัตรผู้นำชุมชน	-	-	-	-	-
4. บัตร อสม.	-	-	-	-	-
จ. รวมทุกระดับ					
1. บัตรประชาชน	47,884	2,120	10,613	4,419,128	5,375,448
2. บัตรข้ามเขต	2	2	6	610	6,040
3. บัตรผู้นำชุมชน	15,377	372	2,034	1,337,423	903,670
4. บัตร อสม.	40,767	517	2,410	7,676,789	7,367,406
รวมทั้งสิ้น	104,030	3,011	15,063	7,676,789	7,367,406

ที่มา : แบบสำรวจการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 15 ตุลาคม 2539

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 และเพื่อประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังนั้นทางผู้วิจัยมีความต้องการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจ และปัญหาของประชาชนที่ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในการรับบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข จำแนกตามเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และประสบการณ์การซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อประเมินความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามโครงการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ เมื่อดำเนินการครบ 1 ปี
2. เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางหรือให้ข้อเสนอแนะในด้านการวางแผนต่อ การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจของหน่วยงานให้บริการสาธารณสุขของรัฐบาล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชาชนที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในถึงประมาณ พ.ศ. 2539 จำนวน 6,012 บัตร จาก 16 อำเภอ

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในถึงประมาณ พ.ศ. 2539 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวทางการคำนวณจากสูตรของยามาเน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) จากประชากรที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในอำเภอพระนครศรีอยุธยา

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

3.1.1 เพศ

3.1.2 สถานภาพการสมรส

3.1.3 ระดับการศึกษา

3.1.4 อาชีพ

3.1.5 รายได้

3.1.6 ประสบการณ์การซื้อบัตร

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ประกันตนที่มาใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่เข้าโครงการประกันสุขภาพที่มีต่อบริการที่ได้รับ เกี่ยวกับความมีอัธยาศัยไมตรีของเจ้าหน้าที่ด้านการให้บริการที่รวดเร็วทันเวลา ด้านการตรวจรักษาจากแพทย์ พยาบาล คุณภาพของยาและราคาของบัตร ประสิทธิภาพของการใช้บัตรและด้านความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก

2. การประกันสุขภาพ หมายถึง การที่ประชาชนได้รับประกันว่าจะได้รับการทางการแพทย์และอนามัยอันจำเป็นที่มีประสิทธิภาพ ได้คุณภาพและมาตรฐานโดยไม่ต้องเสียเงินค่าบริการ

3. บัตรประกันสุขภาพ หมายถึง เอกสารการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยผู้ที่ได้รับความคุ้มครองดังกล่าวจะต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าครบครันละ 500 บาท ซึ่งเป็นกองทุนประกันสุขภาพและรัฐสมทบ 500 บาทต่อครอบครัว โดยกำหนดสมาชิกในบัตร จำนวน 5 คน โดยสมาชิกต้องไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ

4. สมาชิกในบัตรประกันสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ไม่มีสิทธิพิเศษด้านประกันสุขภาพอื่นใด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีบัตรประกันสังคมข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ นักเรียน อายุ 6-12 ปี เด็กอายุ 0-5 ปี ผู้พิการ อาสาสมัครสาธารณสุข ภิกษุ สามเณรและผู้นานุชนต่างๆ (ผู้ใหญ่วัยเกษียณ)

5. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537:179)

5.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

5.2 ประถมศึกษา

5.3 มัธยมศึกษา

5.4 อุดมศึกษา

6.อาชีพ หมายถึง การประกอบกิจกรรมแต่ละประเภทของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพโดย
 ความสมัครใจ

6.1 เกษตรกรรม

6.2 ค้าขาย

6.3 รับจ้าง

6.4 รับราชการ

6.5 อื่นๆ

7.รายได้ หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ แบ่ง
 ได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536:45)

7.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท

7.2 รายได้ 3,001-8,000 บาท

7.3 รายได้ 8,001-20,000 บาท

7.4 รายได้มากกว่า 20,000 บาท

8.ประสบการณ์การซื้อบัตร หมายถึง จำนวนครั้งของการซื้อบัตรประกันสุขภาพต่อปีที่
 เปิดโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

8.1 ครั้งแรก

8.2 2 ครั้ง

8.3 3 ครั้ง

8.4 เกินกว่า 3 ครั้ง

9.สถานภาพการสมรส หมายถึง สภาพของแต่ละบุคคลที่บ่งบอกสถานะของผู้ใช้บัตร
 ประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ แบ่งได้ดังนี้

9.1 โสด

9.2 สมรส

9.3 หม้าย

9.4 หย่า

9.5 แยกกันอยู่

10. คปสอ. หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการนายแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน และมี กรรมการคือ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและตำบล ประมาณ 15 คน ทบทวนให้คำปรึกษาและดำเนินการต่างๆของแต่ละอำเภอ

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งหัวข้อต่างๆ คือ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ซึ่งมีรายละเอียดตามลำดับได้แก่ ความหมายของความพึงพอใจและการใช้บริการสาธารณสุข แนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการ ประวัติความเป็นมาของบัตรประกันสุขภาพ วิวัฒนาการของโครงการบัตรประกันสุขภาพ แนวความคิดและวัตถุประสงค์ของโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ความมุ่งหมายของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักในการประกันสุขภาพ แนวทางการปฏิบัติงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ ความเป็นมาของระบบส่งต่อ นอกจากนี้ยังมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ซึ่งมีทั้งการวิจัยในประเทศ การวิจัยในประเทศไทย และสมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า ซึ่งแต่ละหัวข้อมีรายละเอียดดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความหมายของความพึงพอใจและการใช้บริการสาธารณสุข

วิลลิสทรี ทรียงกูร (2526 : 74)ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นการให้ค่าความรู้สึกของคนที่มีสัมพันธ์กับระบบโลกทัศน์ที่เกี่ยวกับความหมายของสภาพแวดล้อม ค่าความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสภาพแวดล้อมจะต่างกัน เช่น ความรู้สึกดี-เลว พอใจ-ไม่พอใจ สนใจ-ไม่สนใจ เป็นต้น

คีเรก ฤกษ์พราย (1972 : 35) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ทัศนคติในทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงเป็นความพึงพอใจในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้น

หลุย จาปาเทศ (2533 : 8) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความต้องการ (Need) ได้บรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมที่แสดงออกมาก็จะมีความสุข สังเกตได้จากสายตา คำพูดและการแสดงออก

วอลเลอส์ไตน์ (Wallestein. 1971 : 25-26) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับความสำเร็จตามความมุ่งหมาย หรือเป็นความรู้สึกขั้นสุดท้าย (End-state in Felling) ที่ได้รับความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

วอลแมน (Wolman. 1973 : 384) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก (Felling) มีความสุข เมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goals) ความต้องการ (Wants) หรือแรงจูงใจ (Motivations)

วรูม (Vroom. 1964 : 99) กล่าวว่า ทักษะและค่านิยมและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสามารถเข้าแทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้จะหมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจ

ทิฟฟินและแมคมิค (Tiffin and Mc.Comic. 1965 : 349) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นแรงจูงใจของมนุษย์ที่ตั้งอยู่บนความต้องการพื้นฐาน (Basic Needs) มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์ และสิ่งจูงใจ (Incentive) และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ

เครชและครัทช์ฟิลด์ (Krech and Crutchfield. 1962 : 77 - 84) มีความเห็นคล้ายกับวอลแมน ซึ่งกล่าวถึงความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองพร้อมกับบรรลุจุดมุ่งหมาย (Goals) ที่ตั้งไว้ระดับหนึ่ง

จากความหมายของความพึงพอใจที่รวบรวมนั้นจะคล้ายคลึงกัน ซึ่งพอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง สภาพความรู้สึกทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง และความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ จะเห็นได้ว่า ทักษะ ความพึงพอใจและความคิดเห็นนั้น จะมีส่วนใกล้เคียงกันมากจนเกือบจะเป็นเรื่องเดียวกัน เพราะผู้ที่มีทัศนคติในทางบวกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะมี ความพึงพอใจต่อสิ่งนั้นด้วย

ในส่วนของคุณีความพึงพอใจนั้น เชลลีย์ (Shelly. 1975 : 252 - 268) ได้สรุปไว้ว่า เป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกในทางบวกและความรู้สึกในทางลบ ซึ่งความรู้สึกของมนุษย์จะตกอยู่ในกลุ่มความรู้สึกสองแบบนี้ ความรู้สึกในทางบวกคือ ความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความรู้สึกนี้เป็นความรู้สึกที่แตกต่างจากความรู้สึกทางบวกอื่นๆ คือ เป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับ ความสุขสามารถทำให้เกิดความสุข หรือความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นอีกได้ จะเห็นได้ว่าความสุขเป็นความรู้สึกที่สลับซับซ้อน และความสุขนี้มีผลต่อบุคคลมากกว่าความรู้สึกทางบวกอื่นๆ

ความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกทางลบและความสุข มีความสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อน และระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกทั้งสามนี้เรียกว่า ระบบความพอใจ โดยความพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบ ความพอใจสามารถแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกทางบวกแบบต่างๆได้ และความรู้สึกทางบวกนี้ยังเป็นตัวช่วยทำให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้นได้อีก

ทฤษฎีแสวงหาความพอใจ (สิริโรสภาคย์ บุรพาเดช. 2518 : 156 - 157) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า บุคคลพอใจจะกระทำสิ่งใดที่ทำให้มีความสุข และจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำสิ่งที่เขาจะได้รับความทุกข์หรือความยากลำบาก อาจแบ่งประเภทความพอใจกรณีนี้ได้ 3 ประเภท คือ

1. ความพอใจด้านจิตวิทยา (Psychological Hedonism) เป็นธรรมชาติของความสุขที่พอใจว่า มนุษย์โดยธรรมชาติแล้วต้องแสวงหาความสุขส่วนตัว หรือหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ใดๆ
2. ความพอใจเกี่ยวกับตนเอง (Egoistic Hedonism) เป็นธรรมชาติของความสุขที่พอใจว่า มนุษย์จะพยายามแสวงหาความสุขส่วนตัว แต่ไม่จำเป็นว่า การแสวงหาความสุขจะต้องเป็นธรรมชาติของมนุษย์เสมอไป
3. ความพอใจเกี่ยวกับจริยธรรม (Ethical Hedonism) ธรรมชาตินี้ถือว่ามนุษย์แสวงหาความสุข เพื่อผลประโยชน์ของมวลมนุษย์หรือสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ และจะเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์นี้ผู้หนึ่งด้วย

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนทฤษฎีนี้กล่าวว่า คนถูกจูงใจให้กระทำเนื่องมาจากการกระทำนั้นๆ จะทำให้คนได้รับความพอใจ อารมณ์จึงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม

ฮิลการ์ดและคณะ (Hillgard and et al. 1997 : 304 - 305) กล่าวว่า สิ่งจูงใจ (Incentive) ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจเป็นสิ่งจูงใจทางบวก (Positive Incentive) ซึ่งได้แก่ กิจกรรมต่างๆซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมทางวัตถุที่จะสร้างความพึงพอใจตามเงื่อนไขของความต้องการ เช่น อาหารเป็นสิ่งจูงใจที่สร้างความพึงพอใจต่อแรงขับ (Drives) เกี่ยวกับความหิว น้ำเป็นสิ่งจูงใจที่สร้างความพึงพอใจต่อแรงขับเกี่ยวกับความกระหาย อย่างไรก็ตาม บางครั้งสิ่งจูงใจทางบวกก็ไม่ได้สร้างความพอใจต่อความต้องการทางกายภาพ แต่อาจจะเกิดจากเหตุผลเฉพาะตัวของบุคคล เช่น รสหวาน อาจเป็นความพึงพอใจของแต่ละบุคคล แม้ว่า จะไม่ได้ให้คุณค่าทางอาหาร

แนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจงานบริการ

1. ลักษณะของงานบริการ

1.1 งานบริการเป็นงานที่มีการผลิตและการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกันคือ ไม่อาจกำหนดความต้องการแน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการว่า ต้องการเมื่อใดและต้องการอะไร

1.2 งานบริการเป็นงานที่ไม่อาจกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าได้ การมาใช้บริการหรือไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนขาของผู้ให้บริการ การกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าจึงไม่อาจทำได้ นอกจากการคาดคะเนความน่าจะเป็นเท่านั้น

1.3 งานบริการเป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้าไม่มีผลผลิต สิ่งที่ผู้ให้บริการจะได้คือ ความพึงพอใจ ความรู้สึกคุณค่าที่ได้มาใช้บริการ ดังนั้นคุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

1.4 งานบริการเป็นงานที่ต้องการตอบสนองทันที ผู้ให้บริการต้องการให้ลงมือปฏิบัติทันที ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องพร้อมที่จะต้องตอบสนองตลอดเวลา และเมื่อนัดเวลาใด ก็จะต้องตรงตามกำหนดนั้น

2. องค์ประกอบของงานบริการ

งานบริการต้องประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ คือ

2.1 คุณภาพของทรัพยากรต้องเลือกสรรแล้วว่า สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ และมีคุณภาพดี

2.2 คุณภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องมีความรอบรู้ในงานบริการนั้น เป็นอย่างดี

2.3 การสื่อสาร เช่น การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ การใช้ภาษา สัญลักษณ์ ต้องสามารถสื่อความหมายให้เข้าใจกันได้เป็นอย่างดี

แนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจงานบริการต่างๆ

อาจารย์พี แก้วเจริญและอาจารย์กิตยา สุวรรณชก ได้กล่าวว่า ประสิทธิภาพของงานด้านธุรกิจและด้านรัฐกิจนั้น จุดใหญ่อยู่ที่การกับความพึงพอใจของประชาชน

ไซมอน (Simon, 1980 : 180) ได้กล่าวว่า ประสิทธิภาพในการบริหารงานราชการนั้นสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ ส่วนการบริการที่ประสบความสำเร็จ จะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติสำคัญต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่

1. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ประกอบด้วย
 - 1.1 ความสม่ำเสมอ (Consistency)
 - 1.2 ความพึ่งพาได้ (Dependability)
2. การตอบสนอง (Responsive) ประกอบด้วย
 - 2.1 ความเต็มใจที่จะให้บริการ
 - 2.2 ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา
 - 2.3 มีการติดต่ออย่างต่อเนื่อง
 - 2.4 ปฏิบัติต่อผู้ให้บริการเป็นอย่างดี
3. ความสามารถ (Competence) ประกอบด้วย
 - 3.1 สามารถในการให้บริการ
 - 3.2 สามารถในการสื่อสาร
 - 3.3 สามารถในความรู้วิชาการที่จะให้บริการ
4. การเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย
 - 4.1 ผู้ให้บริการเข้าช้ หรือรับบริการได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมาย
จับข้อเกินไป
 - 4.2 ผู้ให้บริการใช้เวลารอคอยน้อย
 - 4.3 เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ให้บริการ
 - 4.4 อยู่ในสถานที่ที่ผู้ให้บริการติดต่อได้สะดวก
5. ความสุภาพอ่อนโยน (Courtesy) ประกอบด้วย
 - 5.1 การแสดงความสุภาพต่อผู้ให้บริการ
 - 5.2 ำให้การต้อนรับที่เหมาะสม
 - 5.3 ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพที่ดี

- 6.การสื่อสาร (Communication) ประกอบด้วย
 - 6.1 มีการสื่อสารที่แจ้งขอบเขตและลักษณะงานบริการ
 - 6.2 มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ
- 7.ความเชื่อถือ (Credibility) คุณภาพของงานบริการมีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ
- 8.ความมั่นคง (Security) ประกอบด้วย
 - 8.1 ความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์
- 9.ความเข้าใจ (Understanding)
 - 9.1 การเรียนรู้ผู้ใช้บริการ
 - 9.2 การให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ
 - 9.3 การให้ความสนใจต่อผู้ใช้บริการ
- 10.การสร้างสิ่งที่จับต้องได้ (Tangibility)
 - 10.1 การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ วัสดุพร้อมสำหรับให้บริการ
 - 10.2 การเตรียมอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ
 - 10.3 การจัดสถานที่ให้บริการสวยงาม สะอาด

แนวความคิดเกี่ยวกับสถานพยาบาลและความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์

สถานพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีการจัดเตรียมอาคารสถานที่ บุคลากรและอุปกรณ์ต่างๆไว้เพื่อให้บริการในด้านการป้องกันการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคแก่ผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป

โรเซนกรีน (Rosengren. 1969 : 74 - 75) ได้กล่าวถึงสถานพยาบาลว่า เป็นสัญลักษณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง โดยใช้ทฤษฎี Symbolic Interaction Theory มาวิเคราะห์ว่า การสื่อสารของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่แม้จะอยู่ในสถานที่และสถานการณ์เดียวกัน ก็มีความหมายต่างกันได้ ทั้งนี้เพราะความเป็นองค์กรที่สร้างสิ่งนอกเหนือธรรมชาติขึ้นมา คนเราย่อมมีที่มาของแต่ละคนต่างกัน สถานพยาบาลเป็นโลกที่ทำงานเป็นระบบ แต่ก็กำหนดบทบาทของคนด้วยคนที่เข้ามาใช้บริการก็ต้องปรับตัวให้อยู่ในแนวที่เข้ากัน มิฉะนั้นก็จะเกิดความขัดแย้งขึ้น

บราวน์ (Brown. 1969 : 100 - 105) ได้เขียนบทความเกี่ยวกับบริการของสถานพยาบาลว่า สถานพยาบาลควรทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการหลายๆด้านอย่างจริงจัง ทั้งทางร่างกาย

จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยที่เพียงพอ และให้เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆของสถานพยาบาลเข้าไปถึงประโยชน์ของการปฏิบัติดังกล่าว รวมทั้งต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุด

นายแพทย์สาส์ เบ็ญนียงช่าง (2520 : 547) ได้กล่าวถึงสถานพยาบาลว่า ควรประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ได้พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริงในการค้นหาและเยียวยารักษาพยาธิสภาพต่างๆและให้การบำบัดรักษาเสียตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม นอกจากนี้สถานพยาบาลควรมีสถานะเป็นส่วนหนึ่งสังคม มีหน้าที่หลักในการตอบสนองความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย ซึ่งตรงกับคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญในด้านการจัดระบบการรักษาพยาบาลขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกล่าวว่าสถานพยาบาลเป็นสถาบันร่วมกันระหว่างองค์กรทางสังคม และองค์กรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ให้บริการประชาชน ทั้งการป้องกันรักษาโรค ตลอดจนดูแลสภาวะแวดล้อมทางบ้านและเป็นศูนย์กลางในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งเป็นศูนย์วิจัยค้นคว้าทางชีวสังคมด้วย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สถานพยาบาลเป็นสถานให้บริการแก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันรักษาโรคและผู้ป่วย บทบาทของสถานพยาบาล คือ ช่วยชีวิตมนุษย์ให้พ้นจากโรคภัยต่างๆให้มีสุขภาพอนามัยดี มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เจ้าหน้าที่คอยบริการเพื่อให้ผู้ที่เข้ามารับบริการได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มารับบริการในสถานพยาบาลคือผู้ที่มีความวิตกกังวล มีความกลัวและต้องการที่พึ่งอยู่แล้ว

เมื่อสถานพยาบาลเป็นสถานให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้เข้ามารับตรวจรักษา สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นสำคัญ คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งเท่ากับเป็นการประเมินผลการบริการของสถานพยาบาลนั้นๆ ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของผู้ที่มาใช้บริการ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เข้าไปใช้บริการในสถานนั้นๆว่า เป็นไปตามความคาดหวังของเขามากน้อยเพียงใด

พอลล์เรตท์ (Pollert. 1971 : 135 - 144) กล่าวว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการนั้น ส่วนใหญ่ต้องการที่จะรู้เกี่ยวกับอาการ ขั้นตอนของการรักษาและได้พบเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าตายิ้มแย้ม แสดงท่าที่เป็นกันเอง ตลอดจนดูแลเป็นอย่างดี และในด้านสถานพยาบาลเป็นสถานให้บริการแก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันรักษาโรคผู้ป่วย บทบาทของสถานพยาบาลคือ ช่วยชีวิตมนุษย์ให้พ้นจากโรคภัยต่างๆให้มีสุขภาพอนามัยดี มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เจ้าหน้าที่คอยบริการเพื่อให้ผู้เข้ามารับบริการได้รับการตอบสนองตามที่คาด

หวังไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลคือ ผู้ที่มีความวิตกกังวล มีความกลัวและต้องการที่พึ่งอยู่แล้ว

เทสเลอร์และแมคคาเนิค (Tessler and Mechanic. 1975 : 95 - 112) ได้ศึกษาการรักษาเบื้องต้นในสหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบผู้รับบริการในกลุ่มผู้ประกันตนจำนวนหนึ่งพบว่า ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการที่ได้รับจะแตกต่างกัน เนื่องจากความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับไม่เหมือนกัน

อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson. 1978 : 28) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่าย ซึ่งเกิดจากพื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทางการแพทย์ และความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับจากการบริการ ซึ่งช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่า ได้มีการเข้าถึงผู้ให้บริการมากน้อยเพียงใด

ความพึงพอใจดังกล่าว เกิดจากพื้นฐาน 6 ประเภทต่อไปนี้คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office Waiting Time)
 - 1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of Care When Needed)
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานที่บริการ (Base of Getting to Care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานการบริการ (Co - ordination) ซึ่งแยกออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง (Getting all Needs Met at One Place) คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of Doctors for Overall Health)
 - 2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow-up Care)

3. ความพึงพอใจต่ออรรถาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอรรถาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical Information) แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประเภท คือ

4.1 การทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information About What was Wrong)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาสผู้ป่วย (Information About Treatment) เช่น การปฏิบัติตนของสผู้ป่วย การใช้จ่าย เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่สผู้ป่วยได้รับในทัศนะของสผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆที่สผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

เพนชานสกีร์และโทมัส (Penchhansky and Thomas. 1981 : 127 - 140) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ จำนวนเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของสผู้ป่วย

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่สผู้ป่วยยอมรับว่า ให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก

4. ความสามารถของสผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ หรือมีการประกันสุขภาพ (Affordability)

5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) ซึ่งรวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการด้วย

มิลเล็ท (Millet. 1954 : 397 - 400) ได้กล่าวเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ (Satisfactory Service) หรือความสามารถที่จะพิจารณาว่า บริการนั้นเป็นที่พึงพอใจหรือไม่ โดยวัดจาก

1. การให้บริการอย่างเท่าเทียม (Equitable Service) คือ การบริการที่มีความยุติธรรม เสมอภาคและเสมอหน้า ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะเป็นใคร
2. การให้บริการรวดเร็วทันต่อเวลา (Timely Service) คือ การให้บริการตามลักษณะความจำเป็นรีบด่วน และตามความต้องการของผู้ป่วย
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) คือ ความเพียงพอในด้านสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous) จนกว่าผู้ป่วยจะหายขาด
5. การให้บริการที่มีความก้าวหน้า (Progressive Service) คือ การพัฒนางานบริการทางด้านปริมาณและคุณภาพให้มีความเจริญก้าวหน้าไปเรื่อยๆ

จากแนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เป็นการกล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการในแง่ต่างๆ โดยไม่ได้นำปัจจัยทางด้านอื่นเข้าไปอธิบายกับระดับความพึงพอใจ แต่เป็นการชี้วัดให้เห็นว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้น มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบริการด้านต่างๆ ได้แก่ ความสะอาด การประสานงาน อัยยาศัย คุณภาพ ความยุติธรรม และความรวดเร็วทันใจ เป็นต้น

สำหรับการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจในการใช้บริการสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ใช้ตัววัด (Indicator) ความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพดังนี้ คือ

1. การบริการด้วยความมีอัยยาศัยดี มีความมั่นใจที่จะให้บริการต่อผู้ถือบัตรสุขภาพ (Courteous Service) เช่น การแสดงท่าทีเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลมีหน้าตา ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความสนใจทักทายต่อผู้ประกันตนที่ไปใช้บริการ
2. การให้บริการที่รวดเร็วทันเวลา (Timely Service) ได้แก่ ให้บริการตามลักษณะความจำเป็นรีบด่วน ระยะเวลารอคอยในสถานพยาบาลน้อย
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) ได้แก่ ความเพียงพอด้านอาคารสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษา ตลอดจนเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพเพียงพอตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ถือบัตรสุขภาพ
4. การให้บริการที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ถือบัตรสุขภาพ (Accommodation) เช่น สถานพยาบาลที่ไปมาสะดวก สามารถที่จะไปใช้บริการได้สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การ

เดินทางจากสถานที่พักอาศัยของผู้ถือบัตรสุขภาพไปสถานพยาบาล นอกจากนี้สถานพยาบาลมีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ แก่ผู้ถือบัตรสุขภาพ ในสถานพยาบาลมีห้องพักผู้ป่วยที่สะอาดสะอ้านสบาย เช่น มีที่นั่งพักสะอ้านสบาย มีการแสดงป้ายประกาศแนะนำที่เข้าใจงานการติดต่อ เป็นต้น

5. การให้บริการที่มีคุณภาพต่อผู้ถือบัตรสุขภาพ (Quality of Care) ได้แก่ แพทย์ให้ความสนใจตรวจร่างกายอย่างละเอียด ให้ความสำคัญในการรักษาสุขภาพ ตลอดจนมีการติดตามจนกว่าผู้ถือบัตรสุขภาพหายป่วย เป็นต้น

พันธุทิพย์ รามสูต (2526 : 45 - 46) ได้ทำข้อสรุปว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพอนามัย แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มปัจจัยที่มาจากด้านองค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการ
2. กลุ่มปัจจัยที่มาจากด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
3. กลุ่มปัจจัยที่มาจากด้านประชาชนผู้ใช้บริการ

ซึ่งปัจจัยกลุ่มใหญ่ๆ เหล่านี้ กลุ่มที่ใหญ่ที่สุดและมีความสำคัญที่สุดต่อระบบและกระบวนการสาธารณสุขทุกระดับคือ กลุ่มประชาชนผู้ใช้บริการ

สันทัต เสริมศรี (2528 : 373 - 374) ได้ทำแนวความคิดทางสังคมวิทยาในการเลือกใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรค
3. ลักษณะทางสังคมและประชากร เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของบุคคล
4. ประเภทและปริมาณของแหล่งบริการสาธารณสุข
5. คุณภาพและความสามารถของแหล่งบริการสาธารณสุข
6. ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข

จากปัจจัยด้านต่างๆ พอสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้านคือ ด้านผู้ใช้บริการ ด้านผู้ให้บริการและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532 : 34 - 35) ได้ทำแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน มี 7 ประการด้วยกัน คือ

- 1.แนวทางด้านประชากรหรือคุณลักษณะของประชาชนผู้ให้บริการ (Demographic Approach)
- 2.แนวทางด้านโครงสร้างสังคมของผู้ให้บริการ (Social Structural Approach)
- 3.แนวทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ให้บริการ (Family Resource Approach)
- 4.แนวทางด้านจิตวิทยาสังคม (Social Psychological Approach)
- 5.แนวทางด้านแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน หรือสถานบริการที่มีอยู่ในชุมชน (Community Resource Approach)
- 6.แนวทางด้านการจัดการบริการสุขภาพ (Organizational Approach)
- 7.แนวทางระบบการสาธารณสุข (Health System Approach)

จากแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการสาธารณสุข จะเห็นว่า มีลักษณะโครงสร้างคล้ายคลึงกับรูปแบบการศึกษาการให้บริการสุขภาพของ อดีและแอนเดอร์สัน โดยจะต่างกันที่บางปัจจัยเท่านั้น

ประวัติความเป็นมาของบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจได้มีการปรับปรุงโครงการ วิธีการดำเนินงานเพื่อความสอดคล้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบทและประชาชนกลุ่มที่ด้อยโอกาส ให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้ด้วยความมั่นใจและมีหลักประกันว่า จะได้รับบริการอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกันตามระบบและขั้นตอนความจำเป็นของการรักษาพยาบาล การพัฒนาโครงการเริ่มต้นตั้งแต่เป็นโครงการทดลองศึกษาวิจัยในปี พ.ศ. 2526 และพัฒนาเป็นลำดับ

เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้เริ่มทำการทดลองโครงการในชื่อว่า "โครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็กโดยใช้บัตรสุขภาพ" เพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการ การเงิน และการให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชนเอง ด้วยการแนะนำให้จัดตั้งกองทุนโดยชาวบ้านและองค์กรชุมชน ผลการดำเนินงานปรากฏว่า ชุมชนสามารถจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการดำเนินงานอื่นอย่างมีเงื่อนไขได้

ในปี พ.ศ. 2527 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการและใช้ชื่อว่า "โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข" พร้อมทั้งได้มีการปรับปรุงรายละเอียดบางประการเกี่ยวกับประเภท ชนิด ราคาของบัตรสุขภาพ เงื่อนไขสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองบางประการให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของโครงการใหม่นี้

ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 ได้มีการปรับปรุงการดำเนินงานใหม่อีกครั้งหนึ่ง เกี่ยวกับประเภท ชนิด ราคา รวมทั้งเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองของบัตรสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ได้มีการทดลองศึกษาหารูปแบบบัตรสุขภาพในเขตเมือง ซึ่งมีความแตกต่างจากบัตรสุขภาพชนบททั้งรูปแบบการดำเนินงาน ประเภท ชนิด ราคา และความคุ้มครอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายที่จะเลือกดำเนินการให้มีความสอดคล้องกับศักยภาพของท้องถิ่นๆ เอง โดยยึดหลักการและวิธีการต่างๆที่ใช้ในโครงการบัตรสุขภาพชนบทเป็นแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งได้พิจารณาแบ่งชุมชนเขตเมืองออกเป็น 3 ประเภท คือ ชุมชนหนาแน่น (ย่านการค้าและตลาด มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างดี) ชุมชนแออัด (สลัม มีฐานะค่อนข้างยากจน) และชุมชนชานเมือง (คล้ายชนบทในส่วนของตัวเมือง) มีการบริหารจัดการและการบริการโดยอาศัยความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงานคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และเทศบาลในพื้นที่

ต่อมาในช่วงเตรียมการจัดทำแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 คือช่วง พ.ศ. 2529 กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งยังใช้แนวทางและกลวิธีดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพ เป็นหลักเบื้องต้นในการดำเนินงาน โครงการนี้เป็นโครงการใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งผ่านมติความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2530 และใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2531 เป็นต้นมา โดยได้รับงบประมาณเป็นอิสระของโครงการเอง พร้อมทั้งบรรจุโครงการนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุโครงการนี้ให้อยู่ในแผนงานบริหารการสาธารณสุขภายใต้สาขาการบริหารการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหนึ่งงานห้าสาขาของโครงสร้างแผนงานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6

สำหรับวิธีการและแนวทางการดำเนินงานนั้นตั้งอยู่บนหลักการสำคัญคือ กรรมการกองทุนเป็นผู้บริหารจัดการ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่คำแนะนำสนับสนุนดังนี้

1. ประชาชนแต่ละบุคคลหรือครอบครัวซื้อบัตรสุขภาพ
2. เงินที่จากนายบัตรสุขภาพได้มาจัดตั้งเป็นกองทุน มีกรรมการของชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ โดยคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

3. เมื่อครบปีดำเนินการ นำเงินส่วนหนึ่งตามข้อตกลงส่งมอบให้สถานบริการสาธารณสุขในโครงการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการสมาชิกที่เจ็บป่วย

การดำเนินงานดังกล่าวนี้ยังคงยึดถือและใช้บัตรสุขภาพเป็นสื่อ แสดงความผูกพันร่วมกันหรือการมีพันธะร่วมกันระหว่างประชาชนผู้ถือบัตร กองทุนผู้ออกบัตรและหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลและสนับสนุนทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีบัตรสุขภาพ 3 ประเภท คือ

บัตรอนามัยแม่และเด็ก	ราคา 100 บาท
บัตรเพื่อการรักษาชนิดครอบครัว	ราคา 300 บาท
บัตรเพื่อการรักษาชนิดบุคคล	ราคา 200 บาท

การดำเนินการโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยอาศัยรูปแบบของบัตรสุขภาพในระยะแรกนั้นมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วมาก โดยเฉพาะในแง่ของพื้นที่ดำเนินการทั้งตำบล อำเภอ และจังหวัด จนกระทั่งมีกองทุนบัตรสุขภาพในทุกจังหวัด ต่อมากองทุนเริ่มลดลงตั้งแต่ระยะปี พ.ศ. 2529 - 2530 แม้ว่าจะมีกองทุนเปิดดำเนินการเพิ่มมากขึ้น แต่มีกองทุนส่วนหนึ่งได้เลิกดำเนินการไป ขอบข่ายการดำเนินงานของพื้นที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในระยะปี พ.ศ. 2530 - 2531 ซึ่งสาเหตุสำคัญประการหนึ่งเกิดจาก นโยบายที่ไม่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขเอง จังหวัดที่ดำเนินการอยู่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2535 มีเพียง 68 จังหวัด จำนวนบัตรสุขภาพทั้งหมด 285,900 บัตร จำนวนประชากรที่เป็นสมาชิก 1,319,750 คน คิดเป็นอัตราครอบคลุมประชากรร้อยละ 2.58

จากสภาพโดยทั่วไปพอประเมินได้ว่า โครงการบัตรสุขภาพประสบความสำเร็จได้ดีพอสมควร ในแง่การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือ โครงการบัตรสุขภาพสามารถระดมเงินทุนจากหมู่บ้านและชุมชนได้ค่อนข้างมาก ทำให้ชุมชนสามารถช่วยตัวเอง แก้หรือบรรเทาปัญหาทางเศรษฐกิจได้ระดับหนึ่ง

นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนไม่ได้ตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพด้วยเหตุผลและหลักการประกัน โดยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจและตัดสินใจซื้อบัตรด้วยเหตุอื่น เช่น เมื่อทราบว่าตนเจ็บป่วยหรือ ถูกบังคับซื้อ ปัญหาอุปสรรคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้คือ การกำหนดจำนวนสมาชิกครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดต่างๆเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์บ่อยเกินไป อีกทั้งสถานบริการของรัฐ ไม่มีแรงจูงใจทางการเงินที่จะจัดบริการ เนื่องจากไม่ได้รับงบประมาณพิเศษโดยตรง เมื่อค่าใช้จ่ายเกินกว่ารายรับ

การทดลองรูปแบบใหม่ในโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

จากปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนระดับหมู่บ้าน ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยังอยู่ในระดับต่ำ และสัดส่วนการคืนทุนที่สถานพยาบาลได้รับต่ำกว่าที่ควร จึงได้มีความพยายามที่จะ พัฒนารูปแบบของการจัดบริการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล เยอรมัน และจากทบวงมหาวิทยาลัย

1. โครงการบัตรสุขภาพโดยความร่วมมือไทย - เยอรมัน

โครงการนี้ทดลองดำเนินการใน 5 จังหวัด คือ เชียงใหม่ ลำปาง มหาสารคาม ระยอง และสุราษฎร์ธานี โดยได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณบางส่วนจากรัฐบาล และสหพันธ์รัฐเยอรมันตะวันตกผ่านหน่วยงานความร่วมมือทางวิชาการ เพื่อพัฒนารูปแบบการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในเขตชนบท ให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น โดยให้มีกองทุนบัตรสุขภาพในระดับอำเภอหรือจังหวัดแทนที่จะเป็นระดับหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์กรบริหารกองทุน การเพิ่มฐานสมาชิกให้กว้างขึ้น ท้าที่รอโอกาสอยู่รอดของกองทุนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่สถานบริการมีรายรับที่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ นอกจากนี้ยังยกเลิกเงินนำซื้อจากัดต่างๆที่เป็นปัญหาในการดำเนินงานในรูปแบบปกติ เพิ่มสิ่งจูงใจในการขายบัตร เพื่อขยายความครอบคลุมของโครงการ ขณะนี้โครงการครอบคลุมประชากรประมาณ 80,000 คน มีกองทุนระดับอำเภอ 10 กองทุน และกองทุนระดับจังหวัด 1 กองทุน มีเงินหมุนเวียนจากการขายบัตรประมาณ 5.5 ล้านบาท หรือ 500,000 บาทต่อกองทุน โครงการนี้มีระยะเวลาดำเนินการ

2 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2534 - 30 กันยายน พ.ศ. 2536 ระหว่างดำเนินการจะมีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อดูความเป็นไปได้ในการขยายโครงการไปสู่จังหวัดอื่นๆ

2. โครงการบัตรสุขภาพโดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับทบวงมหาวิทยาลัย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2536 โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจจะขยายการวิจัยทดลองออกไป 5 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ อุทัย และสกลนคร โดยความร่วมมือของทบวงมหาวิทยาลัยเพื่อหาคำตอบในส่วนของรายละเอียดบางประการเพิ่มเติมจากโครงการบัตรสุขภาพ โดยความร่วมมือของไทย-เยอรมัน เช่น ความเป็นไปได้ของความเป็นไปได้ของโครงการในเขตเมืองและกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย รวมทั้งการศึกษาหาแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่าย (Capitation) ในโครงการ ความเป็นไปได้ในการร่วมมือกับภาคเอกชน ในการจัดบริการโครงการนี้ได้รับความร่วมมือจาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล และกองทุนประกันสังคมกลางของกระทรวงสาธารณสุข ขณะนี้อยู่ในระหว่างจัดทำรายละเอียดของโครงการ

3. โครงการบัตรสุขภาพในชนบท

ซึ่งเป็นรูปแบบเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ที่มีปรัชญาของโครงการที่เน้นการสาธารณสุขมูลฐานและการพึ่งตนเองของชุมชน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ บัตรครอบครัว บัตรบุคคลและบัตรแม่และเด็ก ในปี พ.ศ. 2535 พบว่า มีการดำเนินงานอยู่ทั้งสิ้น 68 จังหวัด (จังหวัดที่ไม่ได้ดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพในขณะนี้ 4 จังหวัด คือ สมุทรปราการ ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และนครราชสีมา) ขณะนี้โครงการบัตรสุขภาพครอบคลุมประชากร 1.3 ล้านคนในชนบท โดยมีกองทุนดำเนินการในระดับหมู่บ้าน 7,522 กองทุน มีเงินทุนหมุนเวียนประมาณ 80 ล้านบาท หรืออีกนัยหนึ่งแต่ละกองทุนมีเงินทุนหมุนเวียนจากค่าขายบัตรสุขภาพ โดยเฉลี่ยแล้วเป็น 10,635 บาท เทียบกับ 10,661 บาทในปี พ.ศ. 2531

4. โครงการบัตรสุขภาพนเขตเมือง

การดำเนินงานบัตรสุขภาพนเขตเมืองยังไม่เป็นที่แพร่หลายนัก เนื่องจากนเขตเมืองมีโครงการสร้างการดำเนินงานที่ซับซ้อน จากผลการสำรวจโครงการบัตรสุขภาพที่สำนักงานประกันสุขภาพดำเนินการนปี พ.ศ. 2535 พบว่า มีพื้นที่ดำเนินการน 20 จังหวัด (แต่จากรายงานและการดำเนินงานตามแบบฟอร์ม 402 พบว่า มีเพียง 3 จังหวัด ที่รายงานว่ามี การดำเนินงานอยู่ในขณะนี้คือ ขอนแก่น แพร่และราชบุรี) ครอบคลุมประชากรประมาณ 3,000 คน โดยมีกองทุนของชุมชนดำเนินการเพียง 13 กองทุน รวมแล้วมีเงินทุนหมุนเวียนจากการขายบัตรประมาณ 300,000 บาท นั่นคือ แต่ละกองทุนมีเงินทุนหมุนเวียนประมาณ 23,000 บาท

การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยอาศัยรูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพ นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 นั้นปรากฏว่า การครอบคลุมประชากรลดลงเรื่อยๆ มีเพียงร้อยละ 50 ของจังหวัดที่ยังคงดำเนินการอยู่ และที่ดำเนินการอยู่นั้นก็ไม่มีแนวรับของการขยายตัวเท่าที่ควร ทั้งนี้โยบายของโครงการไม่ชัดเจนและมีอุปสรรคปัญหาในการดำเนินงานในพื้นที่ค่อนข้างมาก เพราะโครงการฯ ได้อาศัยรูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพดั้งเดิม ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลากหลาย ได้แก่ การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยและการประกันสุขภาพ นับว่าเป็นการระดมทุนจากชุมชนเองเพื่อดูแลรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (Community Financing) โดยที่กองทุนบัตรสุขภาพดูแลโดยชุมชนเอง

เศรษฐกิจของประเทศไทยได้ขยายตัวค่อนข้างมากนช่วงครึ่งทศวรรษที่ผ่านมา มีการคลี่คลายขยายตัวของการประกันสังคม โดย พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้มีเจตน์จางที่ชัดเจน ำให้คนไทยไม่ว่าจะอยู่ในภาคอุตสาหกรรมและบริการ หรือภาคเกษตรกรรมได้มีหลักประกันนการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเท่าเทียมกัน โดยภาคอุตสาหกรรมและบริการจะดำเนินการประกันสุขภาพโดยการบังคับและภาคเกษตรกรรมจะดำเนินการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

วัตถุประสงค์ทางสังคมของประเทศไทยในระยะยาว (นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 - 8 พ.ศ. 2535 - 2544) คือ ำให้ประชาชนนภาคเกษตรกรรมนชนบทที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลใดๆ และมีความสามารถระดับหนึ่งนการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ ได้มีหลักประกันนการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย โดย

การประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ประชาชนเป้าหมายกลุ่มนี้ได้แก่ ชาวชนบทในภาคเกษตรกรรม ผู้ประกอบธุรกิจการค้าย่อยของตน ผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง ในสถานประกอบการต่ำกว่ามาตรฐาน และไม่สามารถถูกคุ้มครองโดย พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 คราวเรือนที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แต่ก็ในอนาคตจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยครั้งละหลายๆครั้ง ตั้งแต่เดิมเป็นกลุ่มผู้ให้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยประเภท ข (รับบริการสงเคราะห์โดยไม่มีบัตรสงเคราะห์) เป็นต้น

เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางสังคม ในการจัดให้มีการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ กระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจอันที่จะเร่งรัดพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพตั้งเดิมไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ พันธกิจดังกล่าว ได้แก่ การสนับสนุนทางการเงิน การสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับและการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อเอื้ออำนวยให้จังหวัดสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของประเทศชาติ

จังหวัดมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกกลวิธีที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองของพื้นที่ของตนเอง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของประเทศ กำหนดเป้าหมายในการดำเนินการ กำหนดกิจกรรม ดำเนินตามกิจกรรม กำกับและการประเมินผลในพื้นที่ของตนเอง

ในปลายแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 นั้น การดำเนินการประกันสุขภาพอย่างสมัครใจภายใต้โครงการบัตรสุขภาพประสบปัญหาในการดำเนินงานค่อนข้างมาก ขาดความชัดเจนของนโยบายและกลวิธี ขาดหน่วยงานส่วนกลางที่เข้มแข็งที่จะสนับสนุนวิชาการและการกำกับการโครงการ ขาดการประเมินผลอย่างจริงจัง ผลการดำเนินงานจึงชะงักงันอย่างมาก สมควรที่จะได้ทบทวนเพื่อนำเสนอรูปแบบการดำเนินการที่ชัดเจนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

การดำเนินการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยอาศัยโครงการบัตรสุขภาพในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) นั้น มีวัตถุประสงค์หลักคือ การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (Perpaid Voluntary Health Insurance) เท่านั้น โดยไม่มุ่งเน้นจัดตั้งกองทุนในชุมชน เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเช่นโครงการบัตรสุขภาพที่ผ่านมา แต่ยังคงหลักการของการส่งเสริมการให้บริการครั้งแรกที่สถานีอนามัยและสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย

ประมาณร้อยละ 40 ของประชากรทั่วประเทศ ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลใดๆ จะเป็นประชากรเป้าหมายหลักของการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดย

เฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนที่อยู่ภาคเกษตรกรรมในชนบทที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ซึ่งครัวเรือนเหล่านี้มีแนวโน้มว่าจะมีรายได้สูงและสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้คร่าวๆ ส่วนครัวเรือนที่มีรายได้สูงๆนั้นมาซึ่งประชากรเป้าหมาย เนื่องจากสามารถช่วยตนเองได้พอสมควร ในการเลือกซื้อและจ่ายค่าบริการ กระทรวงสาธารณสุขควรมอบการตัดสินใจให้จังหวัดตั้งเป้าหมายว่า บัตรสุขภาพจะครอบคลุมประชากรเป้าหมายร้อยละเท่าไรในแต่ละปี ตลอดจนแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 โดยเน้นที่คุณภาพของโครงการมากกว่าขยายปริมาณ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนองนโยบายการกระจายอำนาจไปสู่ส่วนภูมิภาค การกำหนดจำนวนครัวเรือนอย่างต่ำที่ต้องการบัตรสุขภาพเพื่อเปิดดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพ มีความจำเป็นเพื่อให้มีการเฉลี่ยความเสี่ยงมากเพียงพอและให้โครงการอยู่รอดทางการเงินได้เพื่อการอุดหนุนจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขให้น้อยลง นั้นหมายถึงว่า ภายใต้การประกันสุขภาพแบบสมัครใจก็จะต้องมีส่วนการกึ่งบังคับไว้ด้วย (Semi-Compulsory) โดยบังคับจำนวนหลังคาเรือนอย่างน้อยที่จะเปิดดำเนินการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เพื่อเพิ่มมาตรฐานเฉลี่ยความเสี่ยงให้กว้างขึ้น เมื่อฐานเฉลี่ยความเสี่ยงกว้างขึ้น จะทำให้เกิดเสถียรภาพทางการคลังของโครงการ ข้ออ่อนของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ คือ จะเกิดภาวะเลือกเฟ้น (Selection Bias) กล่าวคือ ผู้ที่แข็งแรงและมีโอกาสใช้บริการน้อยจะไม่เข้าร่วมโครงการ แต่ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ที่อ่อนแอกว่าและมีโอกาสใช้บริการมากกว่าจะเข้าร่วมในโครงการ ทำให้ฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงแคบลง ทำให้สูญเสียเสถียรภาพของกองทุน จำนวนขั้นต่ำของครัวเรือนอาจจะกำหนดเป็นร้อยละ 20 - 40 ของครัวเรือน เป้าหมายที่ไม่ได้คุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลใดๆ จำนวนนี้จะเป็นจริงหากโครงการดึงดูดใจพอ ให้สิทธิประโยชน์มากพอและครัวเรือนเห็นว่า ได้รับความคุ้มครองและลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยได้จริง บริการรักษาพยาบาลมีคุณภาพที่น่าพอใจระดับหนึ่ง นอกจากนี้หาก "อาเภอ" หรือ "ตำบล" เป็นกรอบในการพิจารณาร้อยละของครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ ก็จะมีความเป็นไปได้มากกว่าใช้ "หมู่บ้าน" เป็นกรอบในการพิจารณาร้อยละของครัวเรือนอย่างที่เข้ามาแต่เดิม การจะเลือกอาเภอหรือตำบลเป็นกรอบในการพิจารณาเกณฑ์เพื่อดำเนินการประกันสุขภาพนั้น ให้จังหวัดพิจารณาจากความพร้อมของพื้นที่ ความต้องการซื้อประกันสุขภาพของประชาชน ความพร้อมของสถานีอนามัยและคปสอ. ในการบริหารงานโครงการ

บัตรสุขภาพชนิดบัตรบุคคลมีความไม่เหมาะสมนัก เพราะครัวเรือนที่มีบุคคลเดี่ยวๆมีไม่มาก บัตรบุคคลจึงเปิดโอกาสให้ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ที่เข้มแข็งแรง ผู้ที่มีโอกาสใช้บริการมากซื้อประกัน ทำให้เสถียรภาพทางการเงินของโครงการลดน้อยลง ในทางตรงกันข้ามผู้แข็งแรงจะไม่เข้าร่วม ลักษณะนี้เรียกว่า ภาวะเลือกเฟ้น (Selection Bias) ซึ่งขัดต่อหลักการของการประกัน ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ที่เสี่ยงมากและผู้ที่เสี่ยงน้อย

บัตรอนามัยแม่และเด็กขัดต่อหลักการของการประกันสุขภาพ เนื่องจากผู้ตั้งครรภ์ที่ซื้อบัตรสุขภาพจะมีโอกาสใช้บริการเท่ากับหนึ่ง ซึ่งขัดแย้งกับหลักการของการประกันสุขภาพ บัตรแม่และเด็กจึงมีลักษณะขายบริการอนามัยแม่และเด็กในราคาอุดหนุนเท่านั้น หากจะเพิ่มการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก บัตรสุขภาพน่าจะจะเป็นกลวิธีที่เหมาะสม บัตรครอบครัวมีความเหมาะสม การคุ้มครองสมาชิกทุกคนในครัวเรือน จะทำให้อุปสงค์ต่อบัตรสุขภาพสูงขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครัวเรือนลงได้มาก การคุ้มครองทุกคนในครัวเรือนจึงมีลักษณะเฉลี่ยความเสี่ยงไปในตัวระหว่างสมาชิกที่มีโอกาสใช้บริการมาก เช่น เด็กและคนชรา กับสมาชิกที่มีโอกาสใช้บริการน้อย เช่น ในกลุ่มวัยแรงงาน เป็นต้น นอกจากนี้การกำหนดให้คุ้มครองสมาชิกทุกคนในครัวเรือนนั้นโดยปฏิบัติแล้ว ผู้สูงอายุ (เด็กต่ำกว่าปี และนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา) สังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติก็ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลอยู่แล้ว การมีบัตรหลายชนิดทำให้เกิดความสับสนและยุ่งยากในการดำเนินการ

เพื่อให้โครงการบัตรสุขภาพไม่เป็นการทางการเงินแก่สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ราคาบัตรสุขภาพหรือเบี้ยประกันสุขภาพ ต้องสะท้อนต้นทุนในการให้บริการ การคำนวณอัตราค่าบริการและต้นทุนการให้บริการจะพบว่า ราคาบัตรสุขภาพควรจะเป็น 500 - 1,000 บาท ต่อครัวเรือนต่อปี โดยที่บัตรสุขภาพคุ้มครองทุกคนในครัวเรือน (ประมาณ 4.3 คน โดยเฉลี่ยทั่วประเทศ) และไม่จำกัดจำนวนครั้งการให้บริการเลยแม้แต่ครั้งเดียว ราคานี้อยู่ในวิสัยที่ครัวเรือนจะสามารถจ่ายได้ เพราะโดยเฉลี่ยครัวเรือนได้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพอยู่แล้วถึง 1.2-2.1 เท่าของเงิน 1,000 บาท

ราคาบัตร 500 - 1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปีนี้ เป็นอัตราที่มีการคืนทุนร้อยละ 100 เฉพาะในส่วนของการจ่าย ค่าตรวจรักษา ทั้งนี้ไม่รวมถึงค่าแรงงานและค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ ซึ่งในสองส่วนหลังนี้เป็นหน้าที่ของสถานบริการของรัฐที่จะต้องจัดบริการให้อยู่แล้ว

เปรียบเทียบสุขภาพตามระดับของรายได้ หมายถึง ครั้วเรือมีรายได้สูงจ่ายเบี้ยประกันสูง ครั้วเรือมีรายได้น้อยจ่ายเบี้ยประกันต่ำนั้นมีความเป็นไปได้น้อยของการดำเนินกิจการ

ประเด็นที่ผู้บริหารโรงพยาบาลกังวลมากคือ จะประสบภาวะขาดทุนและต้องนำเงินบำรุงมาอุดหนุนนั้น กระทรวงสาธารณสุขจะต้องเฝ้าสังเกตและประเมินผลเป็นระยะๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องตั้งงบประมาณเพื่ออุดหนุนสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข การอุดหนุนโครงการนี้ด้วยเงินงบประมาณมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้จ้างแรงงานที่คุ้มครองโดยกองทุนประกันสังคมนั้น รัฐบาลอุดหนุนถึงหนึ่งงานสาม (ลูกจ้างสมทบหนึ่งส่วน นายจ้างสมทบหนึ่งส่วนและรัฐบาลสมทบอีกหนึ่งส่วน) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะผู้จ้างแรงงานในภาคเกษตรกรรม

การจะอุดหนุนอย่างไร เท่านั้น ต้องการข้อมูลทางการเงินเพื่อการประเมินผลโครงการและการตัดสินใจต่อไปในอนาคต และยังมีความเป็นไปได้ที่จะกันเงินส่วนหนึ่งของงบประมาณหมวดอุดหนุนสงเคราะห์ประชาชน ผู้มีรายได้ด้านการรักษาพยาบาลเพื่ออุดหนุนจังหวัดที่ดำเนินการโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ การใช้งบประมาณผู้มีรายได้น้อยเป็นมาตรการชั่วคราว การตั้งงบประมาณอุดหนุนผู้ถือบัตรสุขภาพนั้น จะต้องได้รับความเห็นชอบและการสนับสนุนทางการเมือง (Political Will) หากประชาชนเป้าหมายเป็นชาวชนบทในภาคเกษตรกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มใกล้เส้นแบ่งความยากจน (Borderline Poverty) แล้วก็น่าจะมีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูงทางการเมือง ในการขอตั้งงบประมาณอุดหนุน นอกจากนั้น พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้แสดงเจตจำนงไว้ชัดเจนว่า การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในอนาคตนั้นรัฐจะอุดหนุนส่วนหนึ่ง เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ลูกจ้างในภาคเกษตรกรรม และกลุ่มที่ไม่มีนายจ้าง เพราะรัฐบาลได้อุดหนุนผู้จ้างแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการภายใต้ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 อยู่แล้วส่วนหนึ่ง

สิทธิประโยชน์ ควรให้การคุ้มครองสมาชิกทุกคนในครั้วเรือ ไม่ว่าจะคำนวณครั้งการเข้ารับบริการ ไม่ว่าจะคำนวณเงินในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง ไม่ว่าจะคิดโรคที่ทำให้การคุ้มครอง ทั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนเงื่อนไขที่มีจำนวนครั้วเรือที่เอาประกันในจำนวนที่สูงเพียงพอ การทำให้สิทธิประโยชน์ที่มากกว่า โครงการบัตรสุขภาพที่ผ่านมาเช่นนี้ จะทำให้อุปสงค์ต่อการประกันสุขภาพสูงขึ้น

เมื่อกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ค่อนข้างสูง เช่นนี้ผู้ให้บริการจึงจะต้องให้บริการอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและประหยัด เพื่อควบคุมต้นทุนการให้บริการอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สูงจนเกินไป

มีความเป็นไปได้ที่ในอนาคตบัตรสุขภาพจะสามารถพัฒนาไป และครอบคลุมบริการอนามัย แม่และเด็ก การคลอดบุตร ประโยชน์ทดแทนเมื่อถึงแก่กรรมหรือพัฒนารูปแบบไปเป็นการประกัน สุขภาพแบบออมทรัพย์ เช่น เมื่อได้ประกันสุขภาพครบห้าปีแล้วจะได้รับเงินปันผล เป็นต้น การ พัฒนารูปแบบดังกล่าวในอนาคตนั้น ต้องการการวิจัยและข้อค้นพบเชิงประจักษ์เพื่อกำหนดอัตราเบี้ย ประกัน ก่อนการตัดสินใจดำเนินการอันเป็นพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ถือบัตรสุขภาพยังจะต้องเริ่มต้นใช้บริการของสถานอนามัย การใช้บริการที่โรงพยาบาล ชุมชน จะต้องได้รับการส่งต่อจากสถานอนามัย การใช้บริการโรงพยาบาลระดับจังหวัด จะต้อง ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

การยืนยันให้คงใช้ระบบส่งต่อก็เพื่อให้การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับโครงการ "ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย" นอกจากนี้การเจ็บป่วยส่วนใหญ่สามารถ ดูแลรักษาได้ที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน การยืนยันระบบการส่งต่อจะเป็นมาตรการสำคัญ ป้องกันมิให้เกิดการให้บริการเกินความจำเป็น (Over Consumption) ของผู้ถือบัตรสุขภาพ โดย ที่ไม่มีความจำเป็น จะต้องจำกัดจำนวนครั้งการให้บริการ

จังหวัดอาจจะนำมาตรการเก็บเงินเมื่อข้ามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย (Bypass Charge) เช่น เก็บเงินเพียงเล็กน้อย (Nominal Charge) เช่น 20 - 30 บาท จากผู้ถือบัตรสุขภาพ ที่ข้ามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม ในทางตรงกันข้ามจังหวัดอาจจะเลือกมาตรการ ยืดหยุ่นเพื่อลดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ถือบัตรสุขภาพกับผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามในการดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพที่ผ่านมาในอดีต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกสกัดกั้นไว้ที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งนับ ว่าได้ผลดีพอสมควร จังหวัดจะต้องพิจารณาประเมินว่า มาตรการเก็บเงินค่าข้ามขั้นตอนอาจจะ ไม่เหมาะสมในพื้นที่หนึ่ง แต่อาจจะเกิดความพอใจแก่ผู้ให้บริการและอาจจะเหมาะสมในอีกพื้นที่ หนึ่งก็ได้

จังหวัดอาจเลือกมาตรการชัดเจนในเรื่องนี้โดยกำหนดให้ว่า บริการขั้นต้น (First Line Contract) ที่ผู้ถือบัตรสุขภาพจะไปใช้บริการได้คือ สถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งก็ได้คือ ที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น การใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด จะไม่ได้รับการคุ้มครองโดยบัตรสุขภาพแต่อย่างใด ส่วนบริการผู้ป่วยในนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการ ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น จึงจะใช้สิทธิบัตรสุขภาพได้ มาตรการนี้จะทำให้การส่ง ต่อผู้ป่วยได้ผลจริงจึงมากขึ้น และหากการครอบคลุมประชากรในโครงการประกันสุขภาพโดยความ

สมัครใจมากขึ้น โรงพยาบาลระดับจังหวัดจึงมีภาระจัดการบริการผู้ป่วยนอกลดลงตามลำดับของการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และปรัชญาการจัดการบริการของโรงพยาบาลในระดับจังหวัดด้วยการดำเนินการตามระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นจริงนั้นจังหวัดจะต้องเร่งรัดการพัฒนาคุณภาพบริการที่สถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ดำเนินการโครงการ หากบริการที่สถานอนามัยดีขึ้น ผู้ป่วยจะลดการข้ามชั้นตอนลงโดยปริยาย

1 ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นผู้รับผิดชอบบริหารโครงการ 1 ให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยตามลเป็นผู้จัดทำบัญชีสุขภาพ เป็นผู้เก็บเงิน หากขายเงินผ่อนจะต้องรับผิดชอบตามทวงหนี้ให้เรียบร้อย เป็นผู้ส่งเงินไปที่คปสอ. เมื่อครบงวด เช่น 4-6 เดือน หรือครบปี คปสอ. ประชุมและแบ่งเงินดังนี้

ก) ร้อยละ 10-20 เป็นค่าบริการจัดการของคปสอ. และเป็นเงินรางวัลให้แก่ผู้ขายบัตรประกันสุขภาพ

ข) ร้อยละ 80-90 จ่ายคืนสถานพยาบาล คือ สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น เกณฑ์การจัดสรรควรแบ่งตามปริมาณบริการที่เกิดขึ้นจริงที่สถานบริการทุกระดับ ไม่ควรจะใช้สัดส่วนคงที่อย่างในอดีต เพื่อให้สถานบริการที่มีภาระบริการสูงได้รับเงินจ่ายคืนเพื่อชดเชยสูงด้วย

เงินเก็บไว้ที่ คปสอ. นั้น คปสอ. อาจจะพิจารณาเงินไปพัฒนาหรือสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในอำเภอของตนได้ตามความเหมาะสม เช่น ในรูปของเงินกู้ยืม เป็นต้น คปสอ. ต้องรับผิดชอบต่อการติดตามทวงหนี้

เมื่อการบริการโครงการเป็นการประกันแบบบุคคลที่สาม (Third Party Payer) โดยที่ คปสอ. เป็นผู้รับประกัน (Insurer) สถานพยาบาลภายใต้ คปสอ. คือ โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยทุกแห่งในอำเภอนั้นเป็นผู้ให้บริการ (Health Care Provider) และผู้ถือบัตรสุขภาพเป็นผู้ได้รับการคุ้มครอง

รูปแบบข้างต้นหาก คปสอ. ไม่เข้มแข็ง จังหวัดก็อาจจะเลือกทางเลือกใหม่คือ 1 ให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นทั้งผู้รับประกันและเป็นผู้ให้บริการ ลักษณะนี้มีรูปแบบการบริหารโครงการคล้ายในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่อาจจะมีข้อเสียเนื่องจากไม่มีกลไกในการถ่วงดุลอำนาจระหว่างผู้รับประกันและผู้ให้บริการ เนื่องจากเป็นองค์กรเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม คบสอ. ก็อาจจะไม่ใช่รูปแบบที่ดีในการทำหน้าที่ต่อร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยก็ได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะต้องนิเทศ ติดตาม กำกับการอย่างใกล้ชิด

การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจดังกล่าวข้างต้น นับเป็นรูปแบบใหม่โดยสิ้นเชิง ซึ่งแตกต่างจากการการดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพแบบดั้งเดิม เพื่อให้สอดคล้องกับการประกันสุขภาพของประเทศ จังหวัดอาจจะพิจารณาดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพดั้งเดิม ในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ และโครงการบัตรสุขภาพดั้งเดิมในพื้นที่เหล่านั้น ไปสู่การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจโดยตามลำดับ

วิวัฒนาการของโครงการบัตรสุขภาพ

นับแต่เริ่มโครงการทดลองในปี พ.ศ. 2526 จนถึงปี พ.ศ. 2530 ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2527 ถึงก่อน 1 เมษายน พ.ศ. 2528 และระยะที่ 3 ระหว่าง 1 เมษายน พ.ศ. 2530 พอสรุปได้ดังตาราง 2

ตาราง 2 สาธารณูปโภคที่เกี่ยวข้องกับโครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3

ระยะที่ 1	ระยะที่ 3
1. ชนิดของบัตรสุขภาพและ	
ราคา	
มี 3 ชนิด คือ	มี 2 ชนิด คือ
ชนิดที่ 1 บัตรสีแดงเพื่อการรักษาพยาบาลและอนามัยแม่และเด็ก ราคา 200 บาท	ชนิดที่ 1 บัตรสีแดง เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท
ชนิดที่ 2 บัตรสีเหลือง เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 100 บาท	ชนิดที่ 2 บัตรสีฟ้าเพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท
ชนิดที่ 3 บัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท	ชนิดที่ 3 บัตรสุขภาพ เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท
2. เงื่อนไขของบัตรสุขภาพ	
ชนิดที่ 1 ใช้สำหรับครอบครัวที่มีอายุไม่เกิน 12 ปี และมีมารดาตั้งครรภ์ อายุบัตร 1 ปี ถ้ามีอายุเกิน 15 ปีและโรค ให้เกิน 2 ครั้ง	ชนิดที่ 1 บัตรครอบครัว ประกอบด้วย พ่อแม่และลูก อายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ ครอบครัวที่มีอายุเกิน 15 ปีและโรค ให้รวมกันได้ไม่เกิน 4 คน ให้ชื่อ
	ชนิดที่ 1 บัตรครอบครัว ประกอบด้วยพ่อแม่และลูก อายุต่ำกว่า 15 ปี รวมทั้งอายุบัตร 1 ปี ไม่มี

ตาราง 2 (ต่อ)

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3
<p>ชนิดที่ 2 ใช้สำหรับครอบครัวที่ไม่มีมารดาตั้งครรภ์และบุตรอายุน้อยกว่า 1 ปี อายุบัตร 1 ปี ถ้ามาใช้สิทธิต่ออายุบัตรได้ไม่เกิน 2 ครั้ง</p> <p>ชนิดที่ 3 ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบัตรชนิดที่ 2 อยู่แล้วและมารดาตั้งครรภ์ขึ้นระหว่างที่สิทธิในการรับบริการตามบัตรประเภทสีเหลืองยังคงมีอยู่ ดังนั้นให้ซื้อบัตรประเภทนี้เพื่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็กได้</p>	<p>บัตราหม่ออีก 1 บัตร ส่วนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเลขที่เดียวกันและเป็นญาติกันให้รวมกันได้ไม่เกิน 4 คน ซื้อบัตราหม่ออีก 1 บัตร อายุบัตร 1ปี เมื่อครบกำหนด 1 ปี โดยมาใช้สิทธิรักษาฟรี ต่ออายุบัตราได้อีก 1 ปี</p> <p>ชนิดที่ 2 ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบัตรประเภทที่ 1 หลังภรรยาตั้งครรภ์หรือจำเป็นต้องใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>ชนิดที่ 2 บัตรบุคคล รักษาพยาบาล อายุบัตร 1 ปี ไม่มีต่ออายุ</p> <p>ชนิดที่ 3 บัตรอนามัยแม่และเด็ก ใช้สำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์และจำเป็นต้องใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3
<p>3. สิทธิการรับบริการของบัตรสุขภาพแต่ละชนิด</p> <p>ชนิดที่ 1</p> <p>1. ได้รับบริการฝากครรภ์ 4 ครั้งต่อปี</p> <p>2. ได้รับบริการทาคลอด</p> <p>3. ได้รับบริการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ 1 ครั้ง</p> <p>4. ได้รับภูมิคุ้มกันโรคปัสสาวะสีฟ้า 3 ครั้ง ตามเกณฑ์อายุที่กำหนด</p> <p>5. ได้รับการรักษาพยาบาล 8 ครั้ง</p> <p>ชนิดที่ 2 สิทธิการรับบริการ เช่นเดียวกับชนิดที่ 1 ข้อ 1-5</p>	<p>ชนิดที่ 1</p> <p>1. ได้รับบริการรักษาพยาบาล 8 ครั้ง ต่อบัตรต่อปี</p> <p>2. ได้รับส่วนลดค่าไม่เกิน 10% เมื่อถือบัตรไปซื้อบริการที่กองทุนสถานอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป</p> <p>3. ได้รับเบี้ยสุขภาพ 3% หรือมีสิทธิได้รับประโยชน์อื่นตามที่กองทุนกำหนด</p> <p>4. ได้รับสิทธิกู้ยืมเงินจากกองทุน</p> <p>5. ได้รับการตรวจสุขภาพทั้งครอบครัว ถ้าไม่ใช้บริการรักษาพยาบาลฟรีครบ 3 ปี</p> <p>ชนิดที่ 2</p> <p>1. ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ</p>	<p>ชนิดที่ 1</p> <p>1. บัตรครอบครัว ได้รับบริการรักษาพยาบาล 6 ครั้งต่อบัตรต่อปี</p> <p>ชนิดที่ 2 บัตรบุคคลได้ระบบบริการรักษาพยาบาล 4 ครั้งต่อปีต่อครั้ง</p> <p>ชนิดที่ 3 บัตรอนามัยแม่และเด็ก ได้รับสิทธิเหมือนระยะที่ 2 ที่ 2 ตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 5</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3
<p>ชนิดที่ 3 สิทธิการรับบริการ เช่นเดียวกับบัตรชนิดที่ 1</p>	<p>ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>2. ได้รับบริการทางการแพทย์ที่บ้าน หรือสถานบริการ โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณที่ ผ่านการอบรมแล้ว หรือจำเป็นต้องส่งไปรับบริการที่สูงกว่าโดย มีบ้านส่งตัว</p> <p>3. ได้รับบริการดูแลหลังคลอด ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>4. ได้รับเงินดูแลรักษาเด็กเกิด ใหม่นจนอายุครบ 1 ปีบริบูรณ์</p>	
<p>4. โรคที่ไม่ได้รับสิทธิคุ้มครอง รักษาพยาบาลฟรีและอุบัติเหตุ</p> <p>1. โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ</p> <p>2. โรคมะเร็ง</p> <p>3. โรคหายได้ตัว เช่น กามโรค ติดยาเสพติด พิษสุราเรื้อรัง</p>	<p>1. โรคเรื้อรัง</p> <p>2. โรคมะเร็ง</p> <p>3. โรคหายได้ตัว</p> <p>4. โรคอื่นๆที่แพทย์ระบุ</p> <p>5. อุบัติเหตุให้การรักษาพยาบาล ฟรีในมูลค่าไม่เกิน 2,000 บาท หรือต่อบัตร ส่วนที่เกินให้จ่ายเอง แต่คิดลด 10%</p>	<p>ไม่จำกัดโรค (ยกเว้นศัลยกรรม ตกแต่ง ทันตกรรมประดิษฐ์และ แว่นตา แต่ค่ารักษาพยาบาล กำหนดไว้ดังนี้</p> <p>1. 2,000 บาทต่อ 1 โรค จำนวนครั้งเท่ากับการมีสิทธิตามบัตร</p> <p>2. สำหรับส่วนเกินให้จ่ายแต่</p>

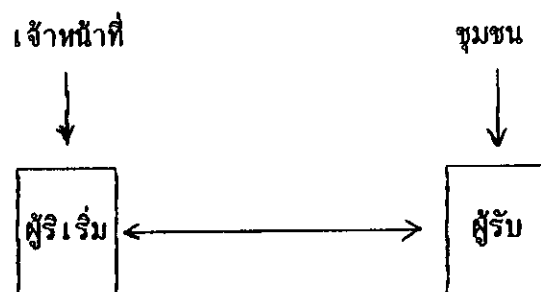
ตาราง 2 (ต่อ)

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3
5. การจัดสรรงบประมาณ โครงการบัตรสุขภาพ เงินกองทุน	ให้แบ่งเงินกองทุน (รายได้จาก การขายบัตรเท่านั้น) เป็น 2 ส่วน ในปีที่ 1 ส่วนที่ 1 เป็นทุนและพัฒนาให้ เกิดรายได้เพิ่มขึ้น 40% ส่วนที่ 2 เป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ การดำเนินงานกองทุน 60% ใน ส่วนที่ 2 แบ่งเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 จ่ายสนับสนุนสถาน บริการระดับต่างๆ 3 ระดับ 35% ตอนที่ 2 จ่ายตอบแทนผู้ให้ บริการระดับต่างๆ 3 ระดับ 10% ตอนที่ 3 จ่ายค่าบริการจัด การกองทุน 15%	คิดลด 10% 10% จ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ และอำนวยความสะดวก 15% จ่ายค่าบริการจัดการกองทุน 75% สนับสนุนสถานบริการ

แนวความคิดและวัตถุประสงค์ของโครงการบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ

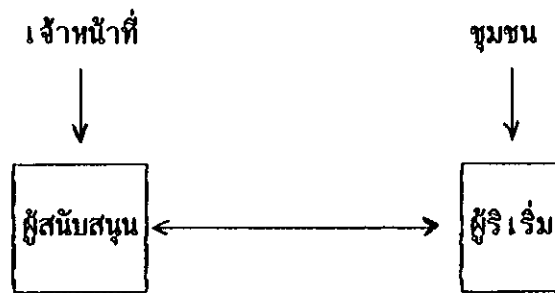
การพัฒนาทุกด้านจะสำเร็จได้มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีประชาชนที่มีคุณภาพเบื้องต้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ซึ่งการที่ประชาชนจะมีสิ่งเหล่านั้นได้ ต้องมีการร่วมมือกัน ทุกฝ่าย โดยมีภาครัฐบาล ภาคเอกชนให้การสนับสนุน และประชาชนเองสามารถบริหารจัดการ ในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย ทั้งยังเป็นการสนับสนุนนโยบายของรัฐ ในยุคมีปัจจุบันที่มีการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีบทบาทในการพัฒนา จึงได้เกิดเป็นแนวคิดในเรื่องของโครงการบัตรสุขภาพ โดยความสมัครใจ ดังนี้คือ

สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน หลักการสาธารณสุขในอดีตเราเป็นผู้ให้บริการ และ ประชาชนเป็นผู้รับบริการมาโดยตลอด ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในเรื่องของเทคโนโลยี รวมทั้งการสร้างสถานบริการ แต่ผลประโยชน์ที่ได้ไม่อำนวยความสะดวกให้กับคนกลุ่มใหญ่ ทั้งยังทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องโอกาสที่จะเข้าถึงบริการ ดังจะเห็นได้จากเมื่อปี พ.ศ. 2498 เรื่องการจัดหาส้วมเพื่อพัฒนาด้านสุขาภิบาล เราเป็นผู้จัดหาให้เขาทั้งหมด ผลปรากฏว่าชาวบ้านไม่ใช้แต่ก็ยังคงพัฒนาต่อไป โดยเราเข้าไปทาบทามให้แต่ขอให้ชาวบ้านมาช่วยทำด้วย เขาเริ่มเห็น ความสำคัญเพราะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การพัฒนาเรื่องนี้ก็ยังคงดำเนินการต่อไปจนถึงขั้นที่ ชาวบ้านเขาจัดทำกันเอง โดยเราเป็นผู้สนับสนุนทุกด้านวิชาการ และวัสดุอุปกรณ์ที่ชาวบ้านไม่ สามารถจัดหาได้เอง



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์เดิมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชน

ที่มา : ไพจิตร ปวะบุตร. 2535 : 4



ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชน

ที่มา : ไพจิตร ปวะบุตร. 2535 : 4

องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน แบบก้าได้ 2 แบบ หากพิจารณาในด้านชุมชน

1. อยู่ในชุมชนและสามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยชุมชน ได้แก่

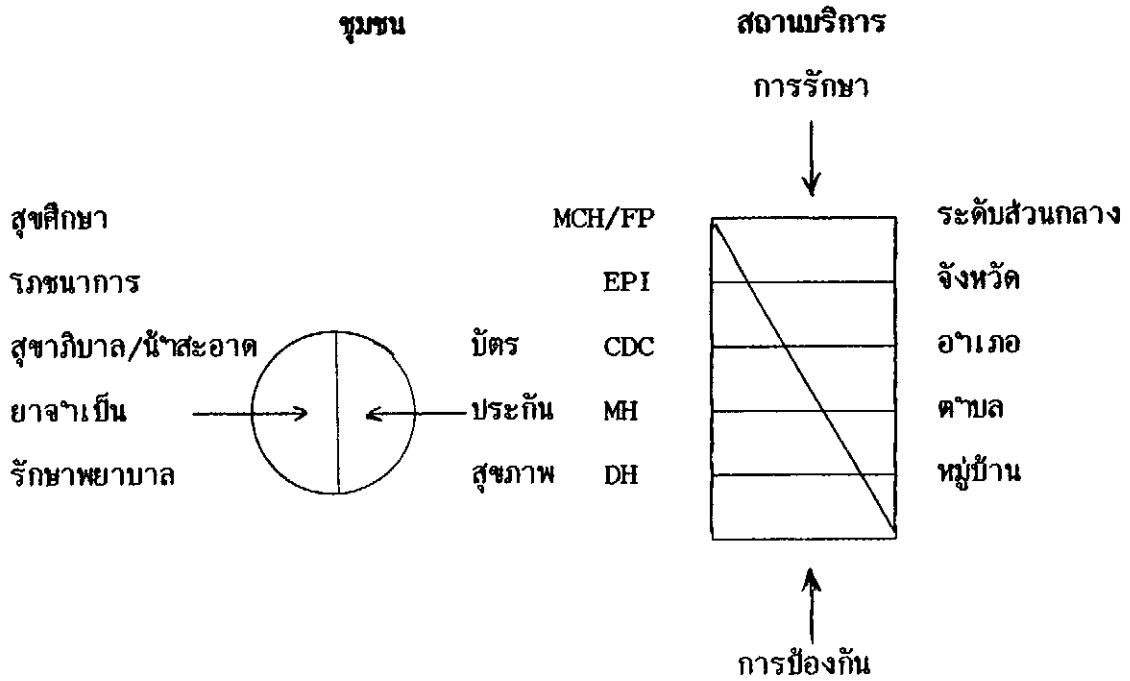
- สุขศึกษา (Health Education)
- ยาจำเป็น (Essential Drug)
- โภชนาการ (Nutrition)
- รักษาพยาบาลที่เหมาะสม (Medical Care)
- สุขาภิบาล/น้ำสะอาด (Sanitation/Safe Water)

2. อยู่ในชุมชนแต่มีผลสะท้อนถึงสถานบริการ ต้องสนับสนุนให้บริการที่ยากขึ้น ได้แก่

อนามัยแม่และเด็ก/วางแผนครอบครัว (Mother-Child Health)

- การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น (Surveillance for Local disease Control)
- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization)
- สุขภาพจิต (Mental Health)
- สุขภาพฟัน (Dental Health)

สำหรับเรื่องอนามัยแม่และเด็ก เป็นกิจกรรมที่ใหม่สามารถทำให้แล้วเสร็จในชุมชนโดยชุมชนเอง มีผลสืบเนื่องมาถึงสถานบริการเช่นกัน จึงได้รวมงานอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว ควบคุมป้องกันโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการรักษาพยาบาล จนในที่สุดมาเป็นโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ดังจะเห็นความสัมพันธ์ดังนี้



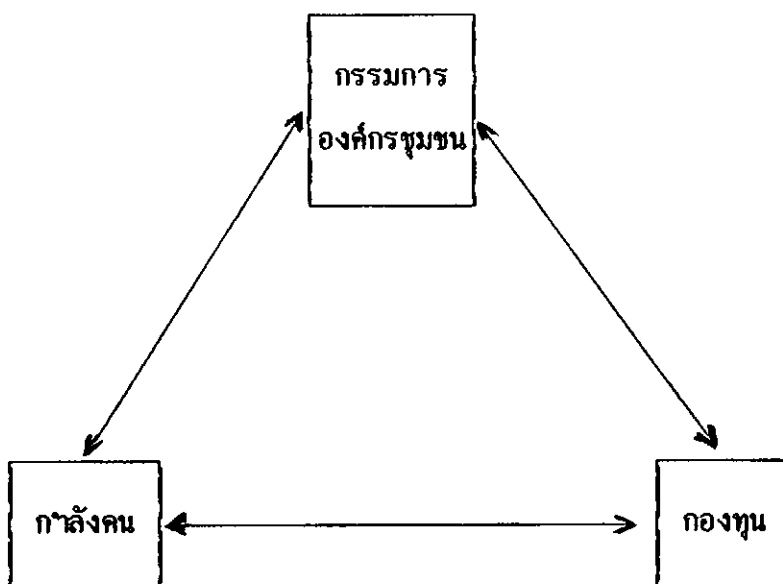
ภาพประกอบ 4 การรวมงานของชุมชนกับสถานบริการในงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดย
 ความสมัครใจ

ที่มา : ปิ่นทอง ขาวนวล และคณะ . 2538 : 8

การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าได้นั้นจำเป็นต้องใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐานหรือจุดม
 ดอกสำคัญ ซึ่งการจะทำให้มีสุขภาพดีเป็นสิทธิของมนุษยชนพื้นฐาน เหตุผลดังกล่าวจึงได้นำไปสู่การ
 ปรับปรุงบทบาทความสัมพันธ์ใหม่ นั่นคือ ชุมชนจะต้องมีความรับผิดชอบการพัฒนาตนเอง โดยมี
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือ โดยจะต้องระดมผสมผสานทรัพยากรโดยการ
 กำหนดคน เงิน ความคิด เทคโนโลยี ตลอดจนสถาบันวัฒนธรรมที่สอดคล้องจากท้องถิ่นนำมา
 ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต้องมีความรับผิดชอบ และมีส่วนร่วม
 ในการประสานงาน โดยการเกษตร การศึกษา การปกครองและองค์กรเอกชน เพื่อสนับสนุน
 ให้ชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาพที่ดีโดยทั่วกันได้

แนวคิดในการสนับสนุนการพัฒนาชนบทแนวใหม่ นอกเหนือจากความคิดที่จะพัฒนา
 เทคโนโลยีการให้บริการแต่เพียงอย่างเดียว จึงมีความคิดที่จะพัฒนาโดยถือสิ่งอื่นที่เป็นองค์
 ประกอบสำคัญ ได้แก่ องค์กรชุมชนมีการจัดตั้งกรรมการ มีการนำเอาสถาบันของชุมชนเข้า

มามีบทบาทในงานสาธารณสุข ซึ่งจะสามารถถ่ายทอดเทคโนโลยีไปให้ชุมชนได้ดียิ่งขึ้น และสมควรถวายให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการช่วยพัฒนา นั่นคือ กำลังคนที่จะสร้างขึ้นมาในชุมชน โดยคัดเลือกฝึกอบรมสมาชิกชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจการสาธารณสุขพอสมควรแก่ อสม. นอกจากนี้ชุมชนจะพัฒนาตนเองต่อไปได้นั้นจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ทุน ซึ่งจะต้องมาจากทรัพยากรของชุมชนเอง และต้องมีความร่วมมือของชุมชนส่วนใหญ่ในการสร้างทุนขึ้น ความสำเร็จการพัฒนาชนบทอยู่ที่ 3 ก คือ การจัดตั้งองค์กรชุมชน กำลังคน โดยการจัดสรรเงินมาให้เป็นประจำ คราว เงินทดงานก็หมด โครงการบัตรสุขภาพ ๓ ก ที่สามคือ กองทุนมาทำให้การพัฒนาสามารถทำได้อีกต่อไป ให้ชุมชนยืนอยู่บนขาของตนเองได้ ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ความสำเร็จการพัฒนาชนบทอยู่ที่ 3 ก

ที่มา : ไพจิตร ปวะบุตร. 2535 : 16

แนวคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข เมื่อชุมชนสร้างโครงการบัตรสุขภาพขึ้นมาแล้วจะสามารถเปลี่ยนอะไรในระบบสาธารณสุข ได้คำตอบ คือ "บทบาท" ได้แก่ บทบาทของผู้บริการและบทบาทของผู้รับบริการ คือ ในอดีตสถานบริการและเจ้าหน้าที่บริการจะมีลักษณะอยู่ข้างบังคับบัญชาของผู้บริการ คือ ประชาชนผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ดูแล

สุขภาพของสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ ต่อไปนี้เรามีสวนปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้มีลักษณะที่มีอำนาจหน้าที่และพลังต่อรองสูงขึ้น พร้อมทั้งร่วมในการสนับสนุนงบประมาณบางส่วน ซึ่งปกติสถานบริการจะมีงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ อาทิเช่น 1. ใช้งบประมาณสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ เพราะฉะนั้นเราจะปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้บริการและผู้รับบริการให้มีความสัมพันธ์ใหม่ ดังนั้น โครงการบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจจะทำให้เกิดสิ่งต่อไปนี้

ด้านประชาชนต้องการให้

1. เป็นผู้ริเริ่มดำเนินการ
2. 1. ได้รับการดูแลรักษาตามความเหมาะสมและสะดวกรวดเร็ว
3. มีบทบาทสนับสนุนสถานบริการและเจ้าหน้าที่
4. ควรได้รับการประโยชน์จากกองทุน

ด้านเจ้าหน้าที่ต้องการให้

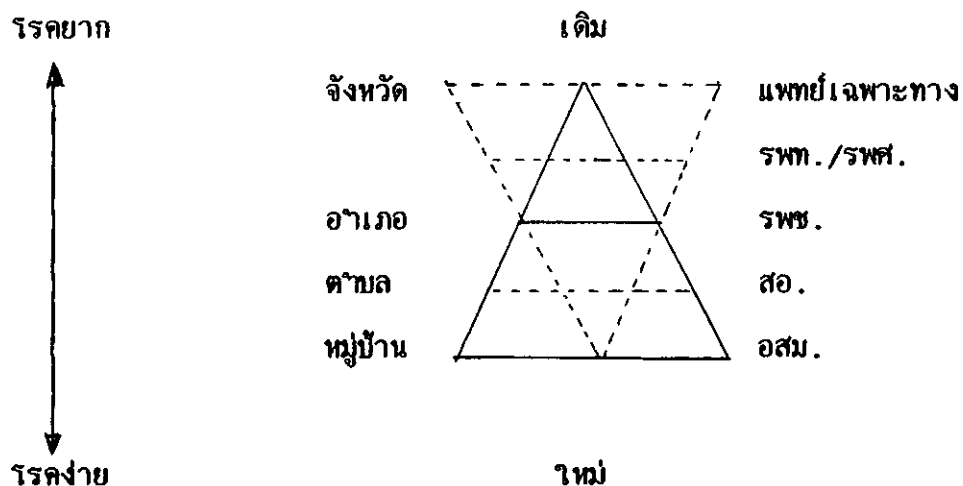
1. ร่วมมือสนับสนุนชุมชนด้วยความตั้งใจและจิตใจที่แท้จริงของเขาเอง
2. 1. ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน
3. ลดปริมาณงานของเจ้าหน้าที่ได้
4. เจ้าหน้าที่เป็นกันเองกับชาวบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเจตคติ (Attitude)

ด้านสถานบริการต้องการให้

1. 1. ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนบางส่วน
2. มีการจัดระบบของสถานบริการให้ดีขึ้น ทั้งเรื่องระบบการส่งต่อ อัตราค่าจ้าง และอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

แนวความคิดเรื่องการรักษาพยาบาล

แนวความคิดของโครงการบัตรสุขภาพนี้ การรักษาต้องเริ่มจากระดับหมู่บ้านและมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด แต่เดิมประชาชนไปรักษาที่จังหวัดกันมาก ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อถือต่างๆที่เป็นโรคเล็กน้อย จะสร้างตึกคนไข้ขนาดใหญ่ขนาดไหน คนไข้ก็สิ้นโรงพยาบาล สำหรับสถานีอนามัย คนไข้ใช้บริการน้อย แต่ความจริงเจ้าหน้าที่รักษาคนไข้เป็นส่วนตัวมากกว่ามีการรับเงินสนับสนุนจากประชาชนเป็นส่วนตัว ทำให้สถานีอนามัยไม่มีความเจริญเท่าที่ควร การจัดตั้งให้มีกองทุนของหมู่บ้าน ระบบทางด่วนขึ้น จะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวได้ โดยเราต้องการให้เป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง ให้เป็นไปตามจำนวนและประเภทความยากง่ายของโรค ซึ่งควรจะเหมาะสมกับสถานบริการในแต่ละระดับ



ภาพประกอบ 6 ประเภทความยากง่ายของโรคเหมาะสมกับระดับของสถานบริการ

ที่มา : ไพจิตร ปะบุตร. 2535 : 20

ข้อดีของบัตรสุขภาพ

1. ทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับเงินตอบแทนเหมือนเดิมอย่างมีระบบ
2. สถานีอนามัยมีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น

3. ชาวบ้านจ่ายเงินตอบแทนน้อยลง

ผลจากการดำเนินงานบัตรสุขภาพ

1. ท้ากั้มีการลงบันทึกผู้ป่วยมากจึ้น
2. ประชาชนได้รับบริการทั่วถึง
3. แก้ไขปัญหาคนจนในหมู่บ้านไม่มีเงินมารักษาตัวได้
4. สามารถสร้างระบบส่งต่อได้
5. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีเวลามากจึ้น บริการดีจึ้น
6. เป็นการเพิ่มคุณภาพของการบริการของสถานบริการทุกระดับ

แนวความคิดเรื่องระบบส่งต่อกับระบบทางด่วน

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญจึงคิดว่าในปัจจุบันนี้ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป เราไม่มีระบบในการรับคนไข้ วิธีแก้ปัญหาจำเป็นต้องสร้างระบบภายนอกมาเชื่อมกับโรงพยาบาลให้ได้ คือ ระบบกลั่นกรอง ซึ่งจะท้ากั้คนไข้เข้าโรงพยาบาลน้อยกว่าและเหมาะสมกว่า การส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่มีระบบการกลั่นกรองข้างนอก จะยังท้ากั้คนไข้เข้าโรงพยาบาลมากจึ้น ถ้ามีการกลั่นกรองก็จะลดจำนวนผู้รับบริการของโรงพยาบาล ท้ากั้เรามีทางยกระดับคุณภาพของสถานบริการให้สูงจึ้นได้ ระบบการให้บริการต้องให้ได้รับความสะดวกรวดเร็ว และเป็นที้ประทับใจที้เรียกว่า ระบบทางด่วน โดยพยายามที้จะให้เขาได้รับบริการอย่างมีเกียรติ ควรตัดจึ้นตอนบางอย่างของระบบราชการที้ยึดเยื้อ และไม่เอื้ออำนวยออกไปเสีย

ความมุ่งหมายของระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติที้จะจัดจึ้น มีความมุ่งหมายที้จะให้ประชากรทั้งประเทศได้รับบริการทางด้านสุขภาพอนามัยที้มีคุณภาพและอย่างพอเพียงพอสมควร อย่างน้อยที้สุดที้จะช่วย

าให้ความคุ้มครองและเป็นหลักประกันว่า ประชากรส่วนใหญ่อยังไม่ได้รับบริการสุขภาพอนามัย (และอาจจะไม่มีโรคกสได้รับเพราะไม่มีความสามารถจะช่วยตัวเองได้) ทั้งนี้ เพราะนอกจากว่าปัญหาของการสาธารณสุขของประเทศไทยประการหนึ่งคือ ยังไม่สามารถขยายบริการให้ทั่วถึง ประกอบกับเป้าหมายที่จะรณรงค์ให้มี "สุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543" แล้ว แม้แต่ในเมือง และในกลุ่มผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจึ้นนั้น ก็ปรากฏว่า การที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนได้เขยิบตัวสูงจึ้นมากและอย่างรวดเร็ว ทำให้การเจ็บป่วยของสมาชิกคนใด คนหนึ่งวนครอบครัว อาจเป็นผลให้ครอบครัวต้องล้มละลายหรือเป็นภาระทางสุขภาพจิตแก่สมาชิก อื่นๆของครอบครัวได้มาก ดังนั้น จุดมุ่งหมายประการแรกของการประกันสุขภาพ จึงน่าจะอยู่ที่ การกระจายความคุ้มครองและหลักประกันด้านสุขภาพออกไปอย่างกว้างขวางทั่วถึงและพอเพียง

การประกันสุขภาพในระบบใดๆก็ตาม ที่มุ่งหมายให้การคุ้มครองแก่ประชาชนเฉพาะบางกลุ่ม ไม่น่าจะเป็นผลดีเท่าใดนัก เพราะในที่สุดเมื่อระบบประกันสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มอื่นๆ เกิดเพิ่มขึ้น ก็อาจก่อกวนหลักเกณฑ์ วิธีการ ขอบข่ายการคุ้มครองที่แตกต่างออกไป ดังเช่น ที่เป็นอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ซึ่งมีผลให้เกิดเป็นหลายมาตรฐาน (Multiple Standard) จึ้นและยากแก่การที่จะอธิบายในแง่ของความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจในโอกาสต่อไป

อย่างไรก็ดี สำหรับประเทศไทยนั้นเมื่อมีการประกันสุขภาพ ที่มุ่งให้การคุ้มครองแก่ ประชากรกลุ่มย่อยๆ เกิดจึ้นและดำเนินการอยู่แล้ว ก็น่าจะประสานให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย ตามนี้นี้ได้โดยอาจจะ

1. หาช่องทางปรับขยายระบบการประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งที่มีความเป็นไปด้สูงที่สุด าสสามารถขยายขอบเขตการคุ้มครองได้ทั่วประเทศ หรือกว้างขวางที่สุด และ
2. ปรับระบบการประกันสุขภาพระบบอื่นๆ ที่เหลือให้สอดคล้อง และควบคู่ไปกับระบบ ประกันสุขภาพที่เป็นหลักนั้นอย่างเหมาะสมที่สุด

หลักการในการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพมีรูปแบบการจัดดำเนินการได้หลายรูปแบบ จึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองของแต่ละประเทศ แต่โดยหลักการแล้วการนำเอาการประกันสุขภาพไปปฏิบัติ าสใช้ ควรจะมีหลักการอย่างเดียวกันคือ การประกันสุขภาพแบบใดๆก็ตาม ควรจะมีเกณฑ์พิจารณา

โดยยึดหลักการดังต่อไปนี้

1. ประหยัดและคุ้มค่า กล่าวคือ ให้ผลประโยชน์ต่างๆแก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป นอกจากนี้ควรมีราคาถูกลงและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย

2. มีการป้องกันมาว่ามีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น

3. จะต้องขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการ โดยผู้ให้ประกันกับการให้บริการโดยรัฐเพื่อที่จะทำให้การจัดบริการทั้งสองประเภทสามารถที่จะผสมผสาน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว

4. เงื่อนไขต่างๆของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสมสะดวกต่อผู้ประกัน และเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างที่ยื่นค่าใช้จ่ายเงินสมทบ (Contribution) เป็นค่าของการประกันสุขภาพ

นอกเหนือจากหลักเกณฑ์ข้างต้นแล้ว สิ่งที่จะต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วยคือ

1. แหล่งทรัพยากร (Affordability) กล่าวคือ มีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรรและระบบการบริหารดีพอที่จะจัดดำเนินการได้ ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวรวมถึงทรัพยากรทุกประเภทที่ต้องใช้เพื่อการประกันสุขภาพ เช่น แหล่งที่มาของเงินที่จะนำมาใช้จ่ายดำเนินงานบุคลากรต่างๆ สถานบริการสาธารณสุข วัสดุและอุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร วิทยาการ เวลา ฯลฯ

2. สามารถเข้าถึงบริการได้ (Accessability) กล่าวคือ เปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันแสวงหาบริการได้อย่างเพียงพอ หรือผลประโยชน์ทางด้านบริการให้ผู้เอาประกันมีมากพอ

3. สามารถรับได้ (Acceptability) กล่าวคือ วิธีการ เงื่อนไขของการประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน รัฐบาลและบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีความสอดคล้องทางด้านเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมของประเทศ

4. ต้องมีผู้รับผิดชอบ (Accountability) กล่าวคือ มีกลไกที่สามารถใช้ตรวจสอบควบคุมมิให้เกิดความประพฤติมิชอบของผู้ให้บริการ ผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

5. มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Adaptability) กล่าวคือ การดำเนินงาน เงื่อนไขต่างๆ ควรมีลักษณะที่ยืดหยุ่นสามารถปรับใช้เข้ากับสภาวะการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

แนวทางการปฏิบัติงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. องค์กรและผู้รับผิดชอบ

1.1 จังหวัดต้องจัดตั้งคณะกรรมการ (ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ.2538 ในหมวด 2 ข้อ 10 - 14 คือ

1.1.1 คณะกรรมการบริการบัตรประกันสุขภาพจังหวัด

1.1.2 คณะกรรมการปฏิบัติงานบัตรประกันสุขภาพเขตปฏิบัติการ

ทั้งข้อ 1.1.1 และ 1.1.2 แต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

1.1.3 คณะกรรมการเฉพาะกิจ โดยจังหวัดอาจแต่งตั้งเพื่อดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพภายในจังหวัด

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1.2.1 จัดตั้งฝ่ายประกันสุขภาพหรือจัดตั้งงานประกันสุขภาพ ในฝ่ายแผนงานและประเมินผลให้ข้าราชการและลูกจ้างมีหน้าที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ

1.2.2 ให้จัดตั้งงานประกันสุขภาพที่หน่วยปฏิบัติการ โดยจะจัดตั้งที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือโรงพยาบาล แล้วแต่ดุลยพินิจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ให้มีข้าราชการทำหน้าที่ปฏิบัติงานโดยเฉพาะ

1.2.3 จัดระบบวางหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเป็นอันแนวเดียวกัน แต่ทั้งนี้ไม่ขัดกับหลักเกณฑ์ต่างๆที่คณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ

1.2.4 กำหนดเขตปฏิบัติการให้ชัดเจนว่า จะให้แต่ละอำเภอเป็นเขตปฏิบัติการหรือทั้งจังหวัดเป็นหนึ่งเขตปฏิบัติการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย บัตรประกันสุขภาพ พ.ศ.2538 หมวด 2 ข้อ 12 เพราะการจัดทำบัญชีจะต่างกัน รายละเอียดอยู่ในหัวข้อระบบบัญชีและการเงิน

1.2.5 จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี และประมาณการรายรับ - รายจ่ายประจำปีของจังหวัด

การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพตามแผนที่
จัดทำไว้

การจัดทำประมวลการรายรับ - รายจ่ายประจำปีของจังหวัด รายละเอียดให้
ศึกษาจากคู่มือการเงิน และบัญชีเงินทูลหมนเวียนบัตรประกันสุขภาพ สำหรับหน่วยปฏิบัติงานบัตร
ประกันสุขภาพจังหวัด โดยจังหวัดจัดทำและส่งให้ส่วนกลางภายในวันที่ 15 พฤษภาคม ของทุกปี

1.2.6 มอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานการเงินทูลหมนเวียนเป็น
การเฉพาะทั้งในส่วนจังหวัดและอำเภอ

2. ระบบบัญชีและการเงิน

2.1 จังหวัดมีหน้าที่ควบคุมกำกับดูแล และบริหารเงินทูลหมนเวียนบัตรประกันสุขภาพ
ภายในจังหวัด ตลอดจนอำเภอให้เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด

2.2 ต้องจัดทำบัญชีเงินทูลหมนเวียนบัตรประกันสุขภาพ โดยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่
การเงินหรือเจ้าหน้าที่อื่นรับผิดชอบชัดเจน และปฏิบัติตามระบบบัญชีที่กระทรวงการคลังกำหนด
ในระดับอำเภอก็ให้ดำเนินการเช่นเดียวกัน

2.3 รูปแบบสมุดบัญชี ทะเบียนและรายงานการเงินสำหรับแต่ละระดับ ให้ศึกษา
จากคู่มือการเงินและบัญชีเงินทูลหมนเวียนบัตรประกันสุขภาพ สำหรับหน่วยปฏิบัติงานบัตรประกันสุขภาพ
ระดับอำเภอและจังหวัด

2.4 สำหรับบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ไม่ใช้สมุดคู่ฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและ
สหกรณ์การเกษตร ให้ดำเนินการตามหนังสือที่ สธ 0223 / ว.559 ลงวันที่ 29 กันยายน
2538 โดยชักซ้อมความเข้าใจเพิ่มเติมดังนี้

2.4.1 บัญชี "เงินทูลบัญชีที่ 1"

สำนักงานประกันสุขภาพได้เปิดบัญชี "เงินทูลบัญชีที่ 1" ให้กับทุกหน่วยปฏิบัติการ
เพื่อรับเงินรายรับของเงินทูลคือ ค่าจากนายบัตรประกันสุขภาพ เงินบริจาค เงินค่าธรรมเนียม
การออกบัตรข้ามเขตหรือออกบัตรแทน ซึ่งจะแตกต่างจากเลขที่บัญชี (000-1-00361-7) ของ
สำนักงานเงินทูลกลางที่สำนักงานประกันสุขภาพ ธกส.จะตัดรอนเงินจากบัญชี "เงินทูลบัญชีที่ 1"
ของแต่ละแห่งเข้าบัญชี "เงินทูลบัญชีที่ 1" ของสำนักงานเงินทูลกลางที่สำนักงานประกันสุขภาพ
(สำหรับคำชี้แจงในหนังสือคู่มือการเงินและบัญชีระดับจังหวัดและอำเภอ ที่ผลิตภาคส่วนนี้จะแจ้ง
แก้ไขต่อไป) อนึ่ง วันที่ 27 ตุลาคม 2538 แจ้งว่า จังหวัดสามารถเปิดบัญชีที่ 1 ได้ เพื่อ

รองรับเงินค่าธรรมเนียม เงินบริจาค นั้น หมายความว่า เฉพาะกรณีจังหวัดเป็นหน่วยรับเงินค่าธรรมเนียมหรือเงินบริจาค จังหวัดสามารถขอให้สำนักงานประกันสุขภาพเปิดบัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 1" แยกจากบัญชีที่หน่วยปฏิบัติการอำเภอเมืองได้

2.4.2 บัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 2" (ชื่อสำนักงาน)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดหรือสำนักงานเงินทุนสาขาจังหวัด ต้องเปิดบัญชีเพื่อรับรอนเงินค่าบริการทางการแพทย์จากสำนักงานเงินทุน เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการต่างๆ

2.4.3 บัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 3" (ชื่อสำนักงาน)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานเงินทุนสาขาจังหวัด ต้องเปิดบัญชีเพื่อรับรอนเงินค่าบริการจัดการสำนักงานเงินทุนกลาง เพื่อจ่ายให้สำหรับจังหวัดและอำเภอเอง ทุกสำนักงานเงินทุนสาขาย่อย เปิดบัญชีนี้เพื่อรับรอนเงินค่าบริการจัดการจากสำนักงานเงินทุนสาขาจังหวัดเพื่อใช้จ่ายในส่วนอำเภอ

กรณีในแต่ละอำเภอเป็นเขตปฏิบัติการ การดำเนินการจัดทำบัญชีและการเปิดบัญชีธนาคารในระดับจังหวัดและอำเภอ ให้ดำเนินการตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นทั้งหมด

แต่ถ้าทั้งจังหวัดรวมเป็นหนึ่งเขตปฏิบัติการ โดยที่อำเภอเป็นเพียงจุดขายบัตรและให้บริการ อำเภอไม่ต้องจัดทำบัญชี รูปแบบการดำเนินการมีทางเลือกได้ดังนี้

ก. การดำเนินการในเรื่องของบัญชีธนาคารตามข้อ 2.4.1 โดยอำเภอส่งเงินที่ขายบัตรได้เข้าบัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 1" เลขที่บัญชีตามที่ ชกส. กำหนดให้ และให้อำเภอส่งใบนำส่งและใบนำฝากธนาคารให้จังหวัด ใบแจ้งยอดเงินฝากธนาคาร (Statement) จะแยกเป็นของแต่ละอำเภอ และให้อำเภอส่งใบแจ้งยอดเงินฝากธนาคารให้จังหวัดต่อไป ส่วนการจัดทำบัญชีให้จังหวัดทำหนึ่งเดียว และมีทะเบียนย่อยคุมการรับจ่ายเป็นรายอำเภอ ทั้งนี้อำเภอไม่ต้องเปิดบัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 3" เงินค่าบริการจัดการของอำเภอก็เปิดโดยตรงจากจังหวัด การดำเนินงานแตกต่างจากการที่แต่ละอำเภอเป็นเขตปฏิบัติการ คือ อำเภอไม่ต้องทำบัญชี ทำทำไม่เป็นภาระแก่อำเภอ ซึ่งมีบัญชีดำเนินงานน้อยอยู่แล้ว และอำเภอไม่ต้องเปิดบัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 3"

หรือ ข. จังหวัดขอเลขที่บัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 1" จาก ชกส.อำเภอ ส่งเงินที่ขายบัตรได้รอนเข้าบัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 1" เลขที่บัญชีเดียวกับจังหวัดผ่าน ชกส. สาขาแต่ละแห่ง โดยที่อำเภอไม่ต้องขอเลขที่บัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 1" ใหม่ แล้วส่งใบนำส่งและใบนำฝากผ่านธนาคาร

ให้จังหวัด ใบแจ้งยอดเงินฝากธนาคาร (Statement) จะมีเฉพาะที่จังหวัด และรายละเอียด ใบแจ้งยอดเงินฝากไม่สามารถบอกได้ว่า เงินจำนวนนี้รอนมาจากที่ใดบ้าง จังหวัดต้องตรวจสอบใบนำส่งและใบนำฝากที่อำเภอส่งมาด้วย ส่วนการจัดทาระบบบัญชีให้จังหวัดจัดทำหนึ่งเดียว และมีทะเบียนย่อยคุมรายรับ - รายจ่าย เป็นรายอำเภอ ทั้งนี้อำเภอไม่ต้องเปิดบัญชี "เงินทุนบัญชีที่ 3" สำหรับเงินค่าบริการจัดการของอำเภอก็เปิดโดยตรงจากจังหวัด การดำเนินการแบบนี้จังหวัดจะมีภาระมากกว่าการดำเนินการแบบ ก. เนื่องจากใบแจ้งยอดเงินฝากธนาคารจะไม่แยกเป็นรายอำเภอ ให้จังหวัดต้องตรวจสอบเทียบกับใบนำฝากของอำเภออีกครั้ง และทางอำเภอก็ไม่ได้รับใบแจ้งยอดเงินฝากที่จะนำมาตรวจสอบกับใบนำฝากของอำเภออีกครั้ง และทางอำเภอก็ไม่ได้รับใบแจ้งยอดเงินฝากที่จะนำมาตรวจสอบกับใบนำฝากของอำเภอเองในแต่ละเดือน

ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความสะดวกและความคล่องตัวในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับบัญชีธนาคาร ให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานกับ ชกส. สาขาจังหวัดอย่างใกล้ชิดด้วย

2.5 ในการรับเงินสมทบค่าบริการประกันสุขภาพ 500 บาท จากประชาชน ให้ออกใบรับลงทะเบียนและใบเสร็จรับเงิน (ปกภ.บส.1) สำหรับเงินบริจาค ค่าธรรมเนียมและเงินอื่นๆ ให้ใช้ใบเสร็จรับเงิน (ปกภ.บส.2) ทั้งนี้ให้จังหวัดขอเบิกใบเสร็จรับเงินดังกล่าวได้จากสำนักงานประกันสุขภาพ

2.6 ในการนำเงินส่งธนาคาร ให้ทำใบนำส่งเงินตามแบบฟอร์มต่อท้ายนี้ 4 ใบ ให้ธนาคาร 1 ใบ จังหวัด 1 ใบ เก็บไว้ 1 ใบ และส่งสำนักงานประกันสุขภาพ 1 ใบ พร้อมสำเนาใบนำฝากธนาคาร 1 ใบ ซึ่งทางธนาคารจะจัดทำให้ 4 ใบ ให้อำเภอรวบรวมใบนำส่งและใบนำฝากเงินส่งจังหวัดภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน และส่งโดยตรงให้สำนักงานประกันสุขภาพภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน

3. การจัดสรรเงินบัตรประกันสุขภาพ

สำนักงานประกันสุขภาพ จะจัดสรรเงินทุนจากเงินทุนบัญชีที่ 1 ให้กับส่วนต่างๆ ดังนี้

3.1 สำนักงานเงินทุนสาขาจังหวัด

3.1.1 ค่าบริการทางการแพทย์ 90% ของมูลค่าบริการ

ก. สำหรับการรักษาพยาบาลและส่งต่อ 85% การจัดสรรให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการบริหารบัตรประกันสุขภาพจังหวัดเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ เช่น

- จ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ภายในจังหวัด 90% โดยแบ่งตามต้นทุนน้ำหนักบริการ

- กัณโฑการฝังส่งต่อ 10%

ข. สำหรับค่าอนามัยขั้นพื้นฐาน 5% จัดสรรเข้าเงินบำรุงของหน่วยบริการในพื้นที่ที่มีการจำหน่ายบัตร ทั้งนี้ไม่เกิน 50 บาทต่อบัตร ตามจำนวนบัตรที่มีอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการนั้น โดยการจัดสรรเงินและเงื่อนไขการจ่าย ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการบริการบัตรประกันสุขภาพจังหวัด เช่น ต้องมีผลงานในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร้ายในเชิงรุก การทำหมอนามัยครอบครัว หรือบัญชีกิจกรรมต่างๆ 1-8 จังหวัด การสำรวจความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น

3.1.2 ค่าบริหารจัดการ 2.5% เพื่อให้เป็นค่าบริหารจัดการของจังหวัดและอำเภอ

3.1.3 ค่าตอบแทนจิตใจด้านการตลาด 2.5%

เพื่อเป็นค่าตอบแทนส่งเสริมการขายบัตร โดยอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการบริการบัตรประกันสุขภาพจังหวัด ทั้งนี้ไม่เกิน 25 บาทต่อบัตร (ยกเว้นบัตรประกันสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะไม่ได้รับค่าตอบแทนจิตใจและสำนักงานประกันสุขภาพไม่ได้จัดสรรให้จังหวัด)

3.2 สำนักงานเงินทุนกลาง (สำนักงานประกันสุขภาพ)

3.2.1 ค่าบริการทางการแพทย์ 2.5%

สำหรับจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลบัตรข้ามเขต และค่าบริการพิเศษที่มีราคาแพง หน่วยบริการต่างๆที่ให้บริการรักษา เรียกเก็บโดยตรงจากสำนักงานประกันสุขภาพ และสำนักงานประกันสุขภาพ จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินบำรุงที่เปิดไว้กับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรโดยตรง เงื่อนไขการจ่ายจะแจ้งให้ทราบ

3.2.2 ค่าบริหารจัดการ 2.5% (รวมค่าตอบแทนจิตใจบัตรผู้สูงอายุและอาสาสมัครด้วย) สำหรับเป็นค่าบริหารจัดการของสำนักงานประกันสุขภาพ รวมทั้งจ่ายเป็นค่าจ้างให้ถูกจ้างของจังหวัด จังหวัดละ 1 คน

4. บัตรประกันสุขภาพ

4.1 ประเภทของบัตร

4.1.1 บัตรครอบครัว

- บัตรสำหรับประชาชนทั่วไป (บัตรเบอร์ 1)
- บัตรสำหรับผู้นำชุมชน (บัตรเบอร์ 2)
- บัตรสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (บัตรเบอร์ 3)

4.1.2 บัตรข้ามเขต

ออกให้สมาชิกในบัตรประกันสุขภาพทุกชนิด ในกรณีไปทำงานที่ถิ่นฐานอื่น เป็นการชั่วคราวหรือไปศึกษาต่อ โดยระบุโรงพยาบาลในถิ่นฐานที่ไปอยู่ ต้องเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและรักษาโรคทั่วไป ไม่ใช่โรงพยาบาลเฉพาะทาง สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ต้องรอให้ทางกรุงเทพมหานครเปิดดำเนินการโครงการก่อน ซึ่งจะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง (สำหรับตัวผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเองนั้น ออกบัตรข้ามเขตให้ไม่ได้เพราะ ต้องปฏิบัติงานเป็นประจำในพื้นที่) โดยยื่นคำขอพร้อมทั้งเสียค่าธรรมเนียม 10 บาท นำเข้าเป็นรายรับของเงินทุน โดยเข้าบัญชีเงินทุนบัญชีที่ 1

4.2 อายุบัตร

4.2.1 บัตรประกันสุขภาพทุกชนิดมีอายุใช้สิทธิได้ 1 ปี ส่วนบัตรผู้นำชุมชนและ อสม. หากตัวผู้นำชุมชนหรือ อสม. ล้มสภาพ (เช่น ตาย หรือลาออก เป็นต้น) ก่อนบัตรหมดอายุก็ให้ถือว่าบัตรสิ้นสุดการใช้สิทธิ

4.2.2 บัตรข้ามเขตมีอายุใช้สิทธิตามบัตรครอบครัวที่ออกควบ

4.3 สิทธิการใช้บัตร

4.3.1 บัตรประชาชนทั่วไป

มีสิทธิใช้ได้เมื่อชำระเงินแล้ว 15 วัน

4.3.2 บัตรผู้นำชุมชน และ อสม.

มีสิทธิใช้ได้เมื่อส่วนราชการต้นสังกัด หรือส่วนราชการที่ควบคุมจัดทำ ทะเบียนแล้วแจ้งกลับมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อออกบัตรภายในเดือนกันยายนของทุกปี และมีสิทธิใช้ได้ในปีงบประมาณถัดไป

4.3.3 บัณฑิตข้ามเขต

ใช้สิทธิตามบัตรครอบครัวที่ออกควม

4.4 การต่ออายุบัตร

4.4.1 บัตรประชาชนทั่วไป

ถ้าเป็นบัตรเก่าที่บัตรหมดอายุและต้องการซื้อบัตรต่อ ให้ลงวันที่ออกบัตร
ต่อจากบัตรเดิม

4.4.2 บัตรผู้นำชุมชน และ อสม.

ให้แจ้งต่อส่วนราชการต้นสังกัด และส่วนราชการที่ควบคุมกำกับดูแล

4.4.3 บัตรข้าราชการหรือสุภาพ

ให้ยื่นคำขอบัตรใหม่ ณ ที่้องที่ที่ออกบัตร พร้อมทั้งแสดงบัตรข้าราชการ หรือใบ
แจ้งความกรณีบัตรสุภาพ พร้อมทั้งค่าธรรมเนียม 10 บาท (นำเข้าเป็นรายรับของเงินทุน โดย
ฝากเข้าบัญชีเงินทุนบัญชีที่ 1) บัตรแทนนี้เมื่ออายุตามบัตรประกันสุขภาพเดิม

4.5 สมาชิกในบัตร

บัตรทั้ง 3 ชนิด คือ บัตรประชาชนทั่วไป บัตรผู้นำชุมชน และบัตร อสม.
สมาชิกในบัตรประกอบด้วยบุคคลในครอบครัว และหรือบุคคลอาศัยในหลังคาเรือน ซึ่งอยู่ในความ
อุปการะได้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 5 คน

4.6 การออกบัตร

4.6.1 บัตรประชาชนทั่วไป

ควรขายบัตรอย่างต่อเนื่องทุกวันทำการ ทั้งนี้เพื่อจะได้ครอบคลุมถึงกลุ่ม
เป้าหมาย พร้อมทั้งกำกับผู้ขายให้ชี้แจงสิทธิประโยชน์อย่างชัดเจนแก่ผู้ซื้อ ตลอดจนการไปรักษา
พยาบาลที่ยึดหลักระบบการส่งต่ออย่างเคร่งครัด

4.6.2 บัตรผู้นำชุมชน และ อสม.

จังหวัดต้องชี้แจงสิทธิประโยชน์ ตลอดจนการไปรักษาพยาบาลและปฏิบัติ
ตามระบบการส่งต่ออย่างเคร่งครัด

5. การปฏิบัติของหน่วยบริการ

5.1 จังหวัดควรแจ้งข้อปฏิบัติของหน่วยบริการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย
บัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 หมวด 7 ข้อ 35 - 46 ให้หน่วยบริการภายในจังหวัดทราบ

และถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

5.2 กลุ่มประชากร เด็ก 0 - 12 ปี และผู้สูงอายุไม่ควรใส่เป็นสมาชิกในบัตรประกันสุขภาพ เพราะทำให้เกิดการซ้ำซ้อนในข้อมูลและการคิดเงินงบประมาณ (ขณะนี้กำลังแก้ไขระเบียบเพื่อทำให้สำเร็จได้และประสานเรื่องการจัดงบประมาณ ขอให้รอก่อน)

5.3 หน่วยบริการจะเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากผู้ประกันสุขภาพที่ไม่ได้เป็นอันตราย ยกเว้นกรณีเกินสิทธิหรือไม่มีสิทธิหรือผิดเงื่อนไข

5.4 ยึดหลักระบบการส่งต่อเป็นสำคัญ และควรชี้แจงให้ผู้ประกันตนได้รับทราบถึงข้อปฏิบัติโดยเคร่งครัด

5.5 ผู้ประกันตนที่เป็นผู้นำชุมชน และ อสม. จะได้รับสิทธิพิเศษนอกเหนือจากสิทธิตามบัตรประกันสุขภาพ คือ ได้รับความช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ด้วย

5.6 การเรียกเก็บเงินระหว่างหน่วยบริการในกรณีส่งต่อหรือเรียกเก็บจากส่วนกลาง ให้ใช้อัตราค่ารักษาพยาบาลต่ำสุด ของอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537

ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพนี้

ขั้นตอนที่ 1

1. ทว่าการประชาสัมพันธ์ชักจูงให้ชาวบ้านเห็นความสำคัญของการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ เพื่อขยายกองทุนเป็นกองทุนเอนกประสงค์เป็นอันดับแรก และการพัฒนาสาธารณสุขเป็นอันดับรอง

2. ทว่าการสำรวจโดยการใช้แบบสำรวจ เพื่อหาความต้องการ

ขั้นตอนที่ 2

1. ทาข้อมูลพื้นฐานที่จะดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ

2. ทานคนที่แสดงหมู่บ้านที่จะเปิด ระยะห่างจากสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และศูนย์อนามัยแม่และเด็ก
3. บันทึกรายละเอียดพื้นที่ดำเนินการกองทุนบัตร
4. ขออนุมัติเปิดดำเนินการกองทุนบัตรสุขภาพ และขอซื้อบัตรจากฝ่ายแผนงานฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
5. กำหนดวันเปิดจำหน่ายบัตรและวันปิดจำหน่ายบัตร (ระยะเวลา 3 เดือน หลังวันเปิดจำหน่ายบัตร)
6. จากนายบัตร จัดทำทะเบียนบัตรสมาชิกทั้งหมดส่งกองทุน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด แห่งละ 1 ชุด (บัตรสีเขียว สีแดง สีฟ้า)

ขั้นตอนที่ 3

1. จัดทำรายงาน 401 ส่งสาธารณสุขอำเภอ
2. ทำรายงาน คบภ. เป็นงวดๆ ละ 3 เดือน ส่งวันสิ้นเดือนอย่างช้าภายในวันที่ 5 หลังจากงวดนั้นๆ

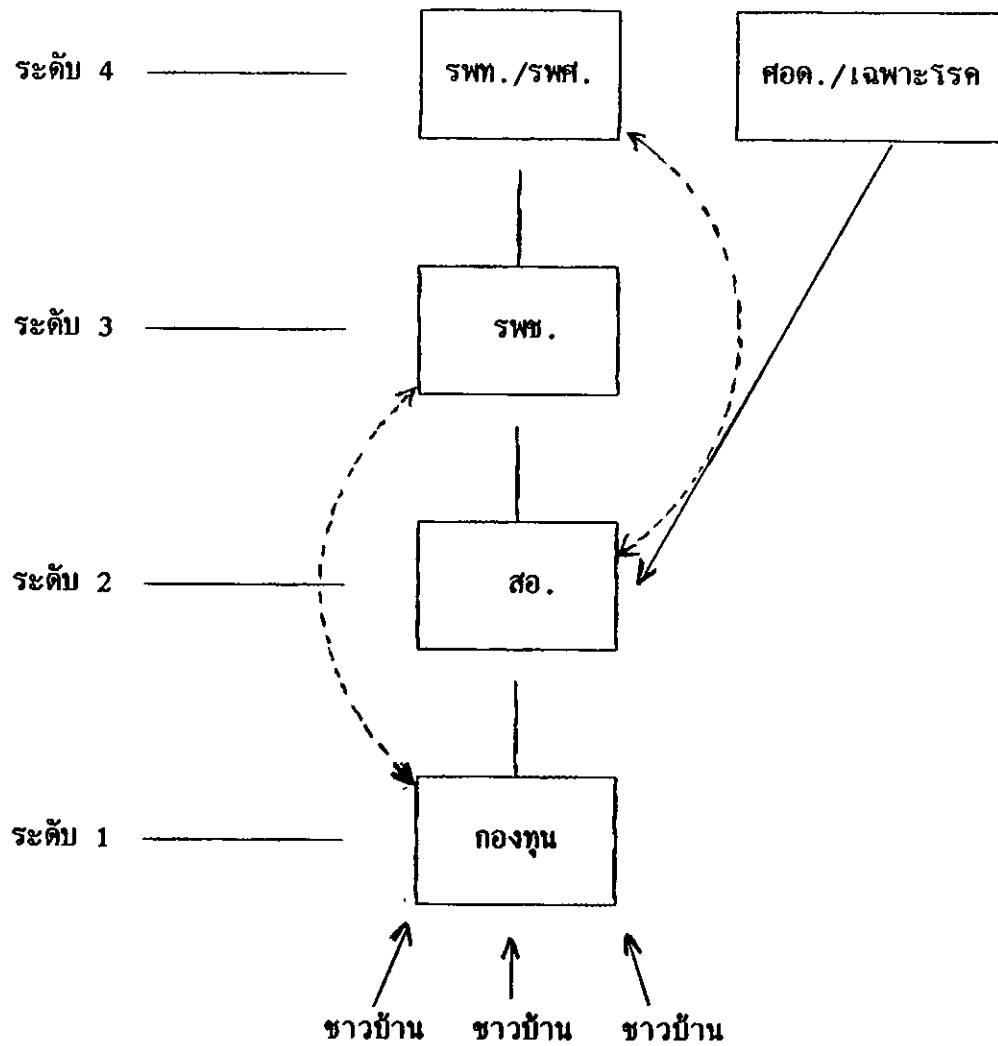
ขั้นตอนที่ 4

1. ประชาสัมพันธ์จำหน่ายบัตรปีที่ 2 ปีที่ 3 ปีที่ 4 เมื่อหมดอายุบัตร 1 ปี
2. รายงานการจัดสรรเงินต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ทราบเมื่อครบวาระ 1 ปี

ความเป็นมาของระบบส่งต่อ

ที่มาของระบบส่งต่อสืบเนื่องมาจากโครงการบัตรสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนส่วนรวมริเริ่มรับผิดชอบดำเนินการบริหารจัดการ ใช้จ่ายทุนทรัพย์ที่รวบรวมจากสมาชิกงานชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยและใช้เป็นทุนหมุนเวียน เพื่อดำเนินกิจการต่างๆทางเศรษฐกิจและ

สังคม ที่มีผลตอบแทนเป็นกำไรสำหรับสมาชิก และใช้สำหรับอนุเคราะห์บุคคลและครอบครัวที่ยากไร้ให้มีโอกาสเป็นสมาชิกที่มีหลักประกันในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย รายได้ส่วนหนึ่งจะนำไปชดเชยสถานบริการสาธารณสุขที่สมาชิกผู้เจ็บป่วยได้ไปขอรับบริการ และใช้จ่ายเป็นค่าบริหารจัดการขององค์กรในชุมชนเอง โครงการบัตรสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการพัฒนาสาธารณสุขให้สมบูรณ์เต็มรูปแบบ โดยเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงระหว่างงานสาธารณสุขมูลฐานกับงานสาธารณสุขที่จัดบริการโดยรัฐ ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญในโครงการบัตรสุขภาพ เพราะถ้าหากโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปไม่มีระบบในการรับคนไข้แล้ว ก็จะไม่สามารถแก้ปัญหาคนไข้ส่งโรงพยาบาล วิธีแก้ปัญหาจำเป็นจะต้องสร้างระบบภายนอกมาเชื่อมกับโรงพยาบาลให้ดีขึ้น ซึ่งเรียกว่า ระบบกั้นกรอง ที่จะทำให้คนไข้เข้าโรงพยาบาลน้อยกว่าเหมาะสมกว่า ทำให้สามารถยกระดับคุณภาพการบริการให้สูงขึ้นได้ และเพื่อให้ระบบส่งต่อผู้ป่วยดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกรวดเร็ว ประทับใจ จึงจำเป็นต้องมีระบบที่รองรับกัน ที่เรียกว่า ระบบทางด่วน โดยพยายามที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างมีประสิทธิภาพ และตัดขั้นตอนบางอย่างที่ไม่เอื้ออำนวยออกไป



ภาพประกอบ 7 ระบบการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย

————— หมายถึง การดำเนินการตามขั้นตอน

----- หมายถึง กรณีพิเศษหรือข้อยกเว้น เช่น ห้องที่ตั้งกองทุนไม่มี หรือห่างไกล
มาจาก สอ./รพช. หรือเฉพาะโรค เป็นต้น

ที่มา : พงษ์เทพ เทพสมาน และคณะ. 2533 : 5

ก็อาจจะกระทำได้ โดยสถานบริการจะเรียกค่าใช้จ่ายตามสมควร ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานบริการ (ตามกฎเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ทำ ความตกลงกับกระทรวงการคลัง ในเรื่องขอเบิกค่าใช้จ่ายยสำหรับผู้ป่วยอนาถาที่ส่งไปรักษาต่อ จากสถานบริการที่ไม่มียานพาหนะ)

2.2 การนำส่งผู้ป่วยหนักหรือฉุกเฉิน หากกระทำได้ควรแจ้งสถานบริการที่เป็นผู้รับ ทรานสเฟอร์ผ่านทางวิทยุหรือทางโทรศัพท์ เพื่อได้เตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ให้พร้อม

3. เมื่อได้รับผู้ป่วยพร้อมยานพาหนะแล้วให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของสถานบริการรับผู้ป่วย ส่งไปต้อนรับผู้ป่วยให้กับสถานบริการต้นทางโดยเร็วที่สุด ส่วนใบส่งกลับ (สีชมพู) ให้ส่งกลับ ไปยังสถานบริการผู้ส่งเมื่อได้จากนาย (ทูเลา ส่งต่อ ไม่สมัครใจอยู่ หนี หรือตาย) ในกรณี ที่เป็นผู้ป่วยนอกให้ส่งใบสีชมพูกลับคืนทันที

4. การส่งใบกลับ (สีชมพู) ถึงสถานบริการผู้ส่งให้ปฏิบัติดังนี้

4.1 ในกรณีที่ไม่มีคำสั่งการรักษาต่อเนื่องงานใบส่งกลับ ให้ส่งกลับทางไปรษณีย์ไปยัง สถานบริการผู้ส่ง (ยกเว้น สอ. อสม. พสส. ไปส่งผ่าน สสอ.)

4.2 ในกรณีที่มีคำสั่งการรักษาต่อเนื่องงานใบส่งกลับให้มอบพร้อมกับผู้ป่วย ทั้งนี้ต้อง อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ตามคำสั่งแพทย์งานใบส่งกลับนั้นหรือ ชาวทางวิทยุ

4.3 ในกรณีที่ส่งกลับไปรักษาต่อเนื่อง ควรพิจารณาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้ร่วมกับผู้ป่วย ด้วย เพื่อมิให้ประสบปัญหาการขาดยานั้นๆในสถานบริการบางแห่ง

5. สถานบริการผู้รับจำเป็นต้องส่งต่อให้ปฏิบัติดังนี้

5.1 ภายในจังหวัดเดียวกัน สถานบริการผู้ส่งต่อ ถ้าไม่เขียนใบส่งตัวเฉพาะให้ลงไว้ ในบันทึกแบบฟอร์มมาว่า ได้ผ่านแล้ว พร้อมทั้งลงทะเบียนไว้เป็นหลักฐาน เพื่อประโยชน์ในการ เก็บสถิติ เพื่อทำรายงานประจำเดือนต่อไป

5.2 การส่งต่อผู้ป่วยนอกจังหวัดให้ทำใบส่งตัวขึ้นใหม่ทุกรายและควรแจ้งสถานบริการ ผู้รับต่อทราบด้วยว่า ได้รับผู้ป่วยโดยการส่งจากสถานบริการใดและเมื่อใด แล้วส่งใบกลับ (สี ชมพู) คืนสถานบริการที่ส่งผู้ป่วยตามข้อ 1

5.3 ผู้ส่งต่อ เมื่อได้รับแจ้งผลการตรวจรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับแล้ว จะต้องส่งผล ต่อไปยังสถานบริการแรกที่ส่งมาให้ทราบด้วย

จากผลการศึกษาวิจัยต่างๆ นั้นโดยทั่วๆ ไปแล้วสรุปได้ว่า ปัญหาหรือจุดแตกหักอยู่ที่สถานีนอนามัย และในเรื่องนี้ได้มีผู้พยายามที่จะศึกษาหาแนวทางและวิธีดำเนินงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะของสถานีนอนามัย ในการกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยในโครงการบัตรสุขภาพมาแล้ว ซึ่งได้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลที่จังหวัดอ่างทอง นครปฐม พิจิตร ตาก น่าน ลำพูน บุรีรัมย์ เลย ศรีสะเกษ จากผลของการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ลำพังการทำโครงการบัตรสุขภาพไปสู่การปฏิบัติยังไม่อาจบรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพ แต่การให้บริการของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับสถานีนอนามัย ความสามารถในการจัดระบบกลั่นกรองและส่งต่อระดับสถานีนอนามัยที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการใช้กลไก เพื่อจัดการห้องสี่ประกอบต่างๆ อาทิเช่น ประชาชนผู้ถือบัตรสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในสถานบริการแต่ละระดับ สมรรถนะในการให้บริการของสถานีนอนามัย และเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ ทั้งหมดนี้เข้ามามีส่วนในการพัฒนาระบบการกลั่นกรอง และส่งต่อผู้ป่วยระดับสถานีนอนามัย

ผลการดำเนินงานของสถานีนอนามัยในกรณีศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มสมรรถนะในการกลั่นกรองและส่งต่อของสถานบริการ ในระดับนี้ไม่อาจแยกแยะออกมาดำเนินการได้อย่างอิสระ โดยปราศจากการพิจารณาผลกระทบจากระบบอื่นๆ ที่เป็นองค์ประกอบในการจัดระบบให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบงานสาธารณสุขทั้งระบบที่เป็นสภาพแวดล้อมระดับมหภาค บังคับส่วนบุคคลและชุมชนของผู้ที่รับบริการ และเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อการแสดงบทบาทในการกลั่นกรองและส่งต่อระดับสถานีนอนามัย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นแนวทางในการเพิ่มสมรรถนะของสถานีนอนามัยทั้งการกลั่นกรอง และส่งต่อผู้ป่วยในโครงการบัตรสุขภาพ จะต้องเป็นแนวทางที่ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเพิ่มสมรรถนะในการให้บริการและการใช้บริการ ของผู้ถือบัตรสุขภาพที่สถานีนอนามัย

เมื่อพิจารณาแบบแผนการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ถือบัตรสุขภาพ โดยทั่วไปปรากฏว่า มีผู้ถือบัตรสุขภาพข้ามขั้นตอนจากสถานีนอนามัยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก และพบต่อไปว่า แรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยมาใช้บริการที่สถานีนอนามัยประกอบด้วย ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ การจัดระบบส่งต่อระดับหมู่บ้าน การใช้มาตรการลงโทษของโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ข้ามขั้นตอนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรับบริการราคาถูก ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยกับชาวบ้าน คุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ความ

พร้อมบริการหัตถการของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย สถานอนามัยไม่พร้อมบริการ ผู้ช่วย
ต้องการทดลองใช้บัตรสุขภาพในการรักษากับโรงพยาบาลมีมากกว่าสถานอนามัย

การจัดบริการข้ามขั้นตอน

ในแง่การปฏิบัติต่อผู้ป่วยบัตรสุขภาพที่ข้ามขั้นตอนนั้น โรงพยาบาลระดับจังหวัดส่วนใหญ่
มักจะค่อนข้างเคร่งครัดระเบียบ กล่าวคือ อนุญาตให้ใช้เพียงทางด่วนและมีส่วนลดร้อยละ 10
ในขณะที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันอยู่ กล่าวคือ ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตาม
ระเบียบในลักษณะที่ยืดหยุ่น ตรงกันข้ามบางแห่งที่ละเลยการปฏิบัติตามระเบียบ เป็นเหตุให้การ
ข้ามสถานอนามัยมีค่อนข้างสูง (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ . 2531)

การจัดบริการทางด่วน

ในระดับสถานอนามัยพยายามให้มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัยตลอดเวลา รวมทั้งการ
ให้บริการนอกเวลาและวันหยุดราชการแก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ เจ้าหน้าที่สถานอนามัยให้บริการเอา
ใจผู้ป่วยบัตรสุขภาพในรูปการให้บริการก่อนหรือการรื้อยาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะเห็นระสัจธรรมที่ทำให้
ในช่วงขยายบัตรและเพื่อมุ่งใจให้ชาวบ้านซื้อบัตรสุขภาพ

ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่จะให้ช่องทางปกติที่บริการต่อผู้ป่วยทั่วไป เป็นช่อง
ทางด่วนแก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ ผู้ป่วยบัตรสุขภาพจะได้ลดคิวในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยพยายาม
หากทำไม่สะดวก เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยที่ถึงคิวผ่านไประหว่าง 2 - 3 คน เจ้าหน้าที่จึงจะลดคิวให้
ส่วนระบบทางด่วนของ รพท./รพช.นั้น ได้จัดในลักษณะเดียวกันคือ มีช่องพิเศษสำหรับ
ผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพในทุกๆขั้นตอน โดยมีเจ้าหน้าที่คอยแนะนำและพาไปลดคิวให้

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยขอเสนอผลงานวิจัยในต่างประเทศและในประเทศไทยตามตัวแปรอิสระ และผู้วิจัยพยายามที่จะรวบรวมผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการที่พอจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาและตั้งสมมติฐานของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

การวิจัยในประเทศ

วิลสัน (Wilson. 1970 : 77) พบว่า เพศหญิงมีการไปปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีเวลาว่างหากการรักษาได้มากกว่าและสะดวกกว่าเพศชาย อีกทั้งเพศหญิงยังสามารถระมัดระวังสุขภาพอนามัยของตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศชาย

แม็คลีน (Maclean. 1969 : 139) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องบุตรของสตรีชาวยุโรป พบว่า สตรีมีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะเลือกรักษาที่แพทย์สมัยใหม่มากกว่าสตรีที่มีการศึกษาค่ำ

ฮัลกา และคณะ (Hulka and et al. 1971 : 648 - 657) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีความพอใจต่อการบริการของแพทย์มากกว่าผู้มีการศึกษาค่ำ

เฟรนช์ (French. 1974 : 6) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาและสถานภาพทางสังคมสูงย่อมมีความคาดหวังในการบริการด้านการแพทย์สูงด้วย เพราะได้รู้ได้เห็นอะไรมากกว่าความคาดหวังจึงอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ เมื่อความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนองเต็มที่ อาจเกิดความไม่พึงพอใจได้ง่าย

ริชาร์ดสัน (Richardson. 1972 : 244) พบว่า คนรวยไปใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าคนจน คือ ร้อยละ 73.00 และร้อยละ 4.00 ตามลำดับ และกล่าวว่าผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสของการเลือกใช้บริการที่มีประสิทธิภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

ไบซ์ และคณะ (Bice and et al. 1973 : 287 - 296) ได้เสนอรายงานที่ศึกษาในเมืองบัลติมอร์ (Baltimore) สหรัฐอเมริกา เมื่อเดือนมิถุนายน 1968 พบว่า ผู้มีรายได้สูงจะไปใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

เทสส์เลอร์ และแมคคาเนียน (Tessler and Machanic. 1975 : 95 - 112) ได้ศึกษาการรับบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในสหรัฐอเมริกาเมื่อ ค.ศ. 1973 พบว่า ความพึงพอใจของบุคคลต่อบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแตกต่างกัน เนื่องจากความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับมาไม่เหมือนกัน

ฮาบีป และวอฮาน (Habib and Vaughan. 1982 : 395 - 398) ได้ทำการสำรวจการตัดสินใจในการใช้บริการสุขภาพของประชาชนนานภาคใต้ของประเทศอิตาลี โดยใช่วิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัว ทั้งหมด 324 ครอบครัว พบว่า การมาใช้บริการที่สถานอนามัยจะน้อยลงถ้าต้องการใช้ระยะทางการเดินทางมาก

แฟบรีกา และโรเบิร์ต (Fabrega and Roberts. 1972 : 215 - 223) ได้ศึกษาและอธิบายถึงพฤติกรรมการใช้บริการโรงพยาบาลของพวกนิโกรอเมริกันพบว่า คนที่มีความรู้ มีความรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและสุขภาพอนามัยสูง จะไปใช้บริการรักษาพยาบาลสูง

ฟรายด์สัน (Friedson. 1973 : 258 - 301) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สูงเกี่ยวกับเรื่องโรคในด้านต่างๆ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา การกินยา และการยอมรับของสังคมว่า เจ็บป่วย จะมีอัตราการไปใช้บริการสาธารณสุขสูงด้วย

บอเชช (Boesch. 1972 : 71 - 79) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในการใช้บริการของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากในเรื่องการรอคอยตรวจที่ต้องเสียเวลานาน

ริสเซอร์ (Risser. 1975 : 45 - 51) ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาล พบว่า ส่วนที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากที่สุด คือ การให้คำแนะนำและการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลให้คำแนะนำหรือคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องเจ็บป่วยน้อย

การวิจัยในประเทศไทย

เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520 : 48) ศึกษาแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรง

พยาบาลอำเภอในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย

เพ็ญศรี พิชัยสนิท และคณะ (2525 : 59) ได้ศึกษาบทบาทของโรงพยาบาลเอกชน (ขนาดจำนวนเตียงมากกว่า 100 เตียง) ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเน้นการเปรียบเทียบบทบาทการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลเอกชนประเภทธุรกิจกับประเภทการกุศล อย่างละ 4 แห่ง ก็พบในลักษณะเดียวกัน คือ ผู้ป่วยทั้งหมดทุกโรงพยาบาลรวมกัน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงเท่าตัว คือ ผู้ป่วยนอกเป็นหญิงร้อยละ 61.3 ชายร้อยละ 36.8 และผู้ป่วยในเป็นหญิงร้อยละ 61.5 ชายร้อยละ 37.8

สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคณะ (2526 : 195) ศึกษาการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชน ขนาดจำนวนเตียงมากกว่า 10 เตียง พบว่า ผู้ใช้บริการเป็นเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในอัตราส่วนประมาณ 3 ต่อ 1

เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ (2533 : 4 - 18) ได้ทำการวิจัยเรื่องประกันสังคม : ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า เพศหญิงไปใช้บริการมากกว่าเพศชาย คือ มีถึงร้อยละ 56.10 ขณะที่เพศชายไปใช้บริการเพียงร้อยละ 38.90

อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ (2522 : 77) ได้ทำการศึกษาพบว่า พฤติกรรมในการใช้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันตามสถานภาพสมรส กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพโสดกับหม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ส่วนใหญ่นิยมซื้อยารักษาเองที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 40.90 และ 36.84 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.65 ไปรักษาที่คลินิก รองลงมาร้อยละ 38.23 ซื้อยารักษาเองที่บ้าน

ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ (2524 : 6) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้และมาใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ ที่อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ. 2522 พบว่า กลุ่มที่เป็นหม้าย มีอัตราการใช้บริการสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ อัตราการใช้บริการสูงถึงร้อยละ 40.00

อรพินท์ สิงหเดช และคณะ (2521 : 1) พบว่า การศึกษาของบิดามารดา จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับบริการทางสุขภาพของบุตร

อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ (2522 : 97) พบว่าสตรีที่มีการศึกษาดำร้อยละ 31.06 ใช้บริการในการวางแผนครอบครัวที่โรงพยาบาลของรัฐ รองลงมาร้อยละ 23.45 ใช้บริการที่

โรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่สตรีมีการศึกษาสูงร้อยละ 36.21 ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ รองลงมาร้อยละ 13.79 มีการใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเอกชน จากร้านขายยาและอื่นๆ

อานนท์ อภาภิรม (2519 : 177) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสดี ในการเลือกดำเนินชีวิต และได้รับการยกย่องจากสังคมว่าเป็นผู้ทรงคุณวุฒิหรือปัญญาชน ส่วนผู้ที่ ได้รับการศึกษาต่ำย่อมได้รับการปฏิบัติทางสังคมที่แตกต่างกันออกไป

อัมพร เจริญชัย (2521) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำส่วนมากมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูง ย่อมมีความคาดหวังในบริการทางการแพทย์สูงกว่า

สันทัต เสริมศรี และโรลีย์ (2517 : 120) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการคุมกำเนิดของไทยในชุมชนภาคกลาง พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเลือกรับบริการการรักษาพยาบาลจากแหล่งต่างๆ คือ สภาพทางเศรษฐกิจ

วันดี เขียมจิตศิริพงษ์ (2528 : 78 - 79) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจ พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างสูง (มากกว่า 10,000 บาท/เดือน) จะมาใช้บริการมากที่สุด

ชินชม เจริญยุทธ (2522 : 71) พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้กับสถานบริการของรัฐ จะมีการใช้บริการของรัฐถึงร้อยละ 54.00 ขณะที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ห่างปานกลางและผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ มี อัตราการใช้ประมาณร้อยละ 22.00 และร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ เคย และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520 : 49 - 50) ที่พบว่า ประชาชนเลือกใช้บริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน

ศุภชัย สุรารัตนแพทย์ และดวงสมร บุญคง (2532 : 81) ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป 30 แห่ง พบว่า ห้อง診ที่อยู่อาศัยของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจ กล่าวคือ ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล มีความพึงพอใจต่ำกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลจะเป็นที่ยอมรับกันว่า การดำรงชีวิตจะอยู่ค่อนข้างลำบากในทางสังคมชนบท ซึ่งโครงสร้างทางสังคมจะประกอบไปด้วยคนที่ เป็นเครือญาติกัน การติดต่อทางสังคมจะอยู่ในลักษณะไม่เป็นทางการ ดังนั้นเมื่อมารับ

บริการของโรงพยาบาล ซึ่งมีการใช้กฎเกณฑ์ระเบียบต่างๆแบบเป็นพิธีการของสังคม ซึ่งไม่เคยหรือคุ้นเคย จึงทำให้ความพึงพอใจต่ำมาก

แสงทอง แหงมงาม (2533 : 91) พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุดของการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลทุกประเภทส่วนใหญ่ คือ ใกล้เคียงบ้านและเดินทางสะดวก คิดเป็นร้อยละ 30.11 และ 16.25 ตามลำดับ

ประเจตน์ เกษน้อย (2530 : 168) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้วพบว่า ผู้ที่รับฟังวิทยุรายการสุขภาพเป็นประจำจะไปซื้อยาจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วย ในสัดส่วนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังหรือฟังเป็นบางครั้ง เมื่อควบคุมตัวปัจจัยทางการศึกษา พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาสูง ผู้ที่รับฟังวิทยุรายการสุขภาพเป็นประจำจะไปซื้อยาจากร้านขายยาในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 40.00 ในขณะที่ผู้ฟังเป็นบางครั้งสูงถึงร้อยละ 66.00 นอกจากนี้ผู้รับฟังรายการสุขภาพเป็นประจำจะมีสัดส่วนของการไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลหรือคลินิก เมื่อยามเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่น คือ ร้อยละ 33.30 และ 66.70 ตามลำดับ รวมถึงการไปฝากครรภ์สูงสุดถึงร้อยละ 100.00 และการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มอื่น

นอกจากนี้ประเจตน์ เกษน้อย ยังพบว่า กลุ่มสตรีที่ดูโทรทัศน์รายการสุขภาพเป็นประจำจะไปซื้อยาจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วย ในสัดส่วนที่น้อยกว่า คือ ร้อยละ 60.30 ในขณะที่กลุ่มไม่เคยดูไปซื้อยาที่ร้านขายยาร้อยละ 72.00 และไปรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่น คือ ร้อยละ 50.00 และ 22.70 การฝากครรภ์และการไปคลอดบุตรที่โรงพยาบาล ตลอดจนการได้รับภูมิคุ้มกัน บีซีจี สำหรับบุตรคนแรกก็สูงกว่ากลุ่มอื่นเช่นกัน

เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ (2523 : 54) ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย จากอำเภอห้วยฉัตร จังหวัดลำปาง ซึ่งใช้เป็นปัจจัยหนึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ในหมู่บ้านนั้นมีบริการการรักษาพยาบาลให้เลือกหลายชนิดทั้งหมอเถิดยา หมอตำแย ร้านขายยา หมอน้ำฉนดะ เหล่านี้เป็นต้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีบริการให้เลือกหลายชนิดในหมู่บ้าน แต่ก็มีแบบแผนบางอย่างที่เป็นตัวกำหนดว่า เมื่อใดที่ผู้ป่วยจะไปรับบริการจากผู้ให้บริการประเภทใด จากการศึกษาพบว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นตัวกำหนดที่สำคัญประการหนึ่งในการตัดสินใจไปรับบริการจากแหล่งให้บริการต่างๆ

วิชา ศุภรศศิษย์กุล (2525 : ก) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อ บริการของโรงพยาบาลรามารินทร์ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกรับพอใจกับการรอคอย โดยเฉพาะ อย่งการรอคอยในหน่วยเวชระเบียนมากกว่าการรอคอยในหน่วยตรวจโรคและหน่วยห้องยา

รัชยา กุลวานิชไชยพันธ์ (2535 : จ) พบว่า ผู้ประกันคนที่ไปใช้บริการทางการแพทย์ ในสถานพยาบาลของรัฐ ได้รับความพึงพอใจในด้านบริการที่มีความรวดเร็วทันเวลา และ ด้านความสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่ำกว่า ผู้ประกันคนที่ไปใช้บริการทางการแพทย์ ในสถานพยาบาลเอกชน

สาสิ เบ็ญบานางช้าง และคณะ (2524 : 4 - 6) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสังคม จิตวิทยาของการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง ได้ข้อค้นพบว่า ประชาชนจะ เลือกใช้บริการของสถานอนามัยขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการ หรือเจ้าหน้าที่อนามัยมีสัมพันธภาพเป็นกันเอง กับประชาชน และประชาชนมีความพึงพอใจในอรรถยาศัยของผู้ให้บริการด้วย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเพศชายและประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจหญิง มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน
2. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน
3. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน
4. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน
5. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้ต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน
6. ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีประสบการณ์ถือบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 จำนวน 16 อำเภอ จำนวนผู้ถือบัตร 6,012 บัตร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จำนวน 287 บัตร ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane, 1967 : 886)

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด

e แทน ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง = 0.05

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 287 บัตร

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เลือกอำเภอที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 1 อำเภอ คือ อำเภอพระนครศรีอยุธยา และการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน

(Proportional Random Sampling) ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา ซึ่งดำเนินการให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างตามลำดับดังนี้

- 2.1 แจกแจงจำนวนประชากรที่ถือบัตรในแต่ละตำบลของอำเภอพระนครศรีอยุธยา
- 2.2 หากกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลตามสัดส่วน

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรของแต่ละตำบล}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

2.3 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ของแต่ละกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

จากการดำเนินการตามขั้นตอนจะได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำไปศึกษาค้นคว้า จำนวน 287 บัตร ปรากฏดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จำนวนแต่ละตำบล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตำบล	ประชากร (บัตร)	กลุ่มตัวอย่าง (บัตร)
บ้านใหม่	72	21
วัดชุม	48	13
ภูเขาทอง	65	18
บ้านบ่อม	22	6
บ้านรุน	16	5
คลองตะเคียน	106	30
สามภาล่ม	108	30
ปากกราน	218	62

ตาราง 3 (ต่อ)

ตำบล	ประชากร (บัตร)	กลุ่มตัวอย่าง (บัตร)
เพี้ยไค	20	6
สวนพริก	16	5
คลองสระบัว	70	20
ลุมพลี	54	15
คลองสวนพดู	12	3
เกาะเรียน	35	10
บ้านเกาะ	20	6
หันตรา	12	3
น้ำลิง	115	34
รวม	1,019	287

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสิทธิภาพด้านการซื้อบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เกี่ยวกับความพึงพอใจที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ

ตอนที่ 3 เป็นคำถามแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบได้เสนอแนะและแสดงความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคของบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในการใช้บริการสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งคำถามที่สร้างขึ้นมาทั้งข้อความที่มีลักษณะแบบตอบรับ และข้อความที่มีลักษณะตอบปฏิเสธ โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

1. ข้อความที่มีลักษณะแบบตอบรับ ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ঝ়ঝ়ঝ়	3
ঝ়เห็นด้วย	2
ঝ়เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

2. ข้อความที่มีลักษณะตอบปฏิเสธ ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ঝ়ঝ়ঝ়	3
ঝ়เห็นด้วย	4
ঝ়เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

โดยที่เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ จาก 5 ตัวเลือก ซึ่งมีคำตอบแบบตอบรับ (Positive) และตอบปฏิเสธ (Negative)

ส่วนการประเมินค่าความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ โดยวิธีเกณฑ์ประเมินค่าเฉลี่ยของวิเชียร เกตุสิงห์ (2536 : 9) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00	หมายความว่า	มีความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49	หมายความว่า	มีความพึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49	หมายความว่า	มีความพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49	หมายความว่า	มีความพึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49	หมายความว่า	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาขอบเขตเนื้อหาของบัตรประกันสุขภาพ รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากเอกสารต่างๆ
3. สร้างแบบสอบถามแล้วนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
4. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อพิจารณาหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) และพิจารณาข้อความให้ชัดเจนเหมาะสม นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข นำไปเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทํานองปริญญาโท เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์

2. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขและไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพที่มารับบริการด้านสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองที่มาเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน จากนั้นจึงนำผลค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อ โดยใช้สูตรทดสอบค่าที (t - test) เทคนิคร้อยละ 25 ของเอดเวิร์ด (Edward. 1970 : 152)

3. ทหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีของครอนบัท (Cronbach. 1970 : 161) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 และค่าอำนาจจำแนกทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.78

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ส่งถึงสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสาธารณสุขอำเภอพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการออกเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและแบบสอบถามไปติดต่อขอความร่วมมือ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล จำนวน 350 ชุด และชี้แจงการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง และรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 350 ชุด และนำมาตรวจคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีการตอบแบบสมบูรณ์ จำนวน 325 ชุด คิดเป็นร้อยละ 92.86 ซึ่งได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 ถึงวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2540 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 30 วัน

วิธีจัดการกับข้อมูล

เมื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูลครบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS for Windows / Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. แจกแจงข้อมูล แบ่งเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระ
3. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์ตามที่ตั้งไว้
4. วิเคราะห์ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในการใช้บริการสาธารณสุข โดยคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละของข้อมูล ตามตัวแปรอิสระ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)
5. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t - test)
6. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test)
7. เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่จากการทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของดันแคน (Duncan)

สถิติพื้นฐานการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยวิธีสูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยวิธีสูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 80)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} แทน คะแนนเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนข้อมูล

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยวิธีสูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 129)

$$S = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 124)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับลักษณะพฤติกรรม
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าอัตราส่วนวิกฤติที่ (t) เป็นรายข้อ โดยวิธีการหาค่าที่ (t - test) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 180)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าอำนาจจํานนของแบบสอบถาม
	\bar{X}_1	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง
	\bar{X}_2	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
	S_1^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง
	S_2^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ
	N_1	แทน	จํานวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง
	N_2	แทน	จํานวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.3 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัก (Cronbach. 1970 : 161)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_i}{S_t} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	k	แทน	จํานวนข้อมูลของแบบสอบถาม
	$\sum S_i$	แทน	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อของแบบสอบถาม
	S_t	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถาม

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t - test) โดยใช้อูฐูตร (ฐูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 185) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution

\bar{X}_1, \bar{X}_2 แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

s_1, s_2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) โดยการทดสอบค่าเอฟ (F - test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 250) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
	MS _B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS _W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าจากการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะต้องมีการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของตันแคน (Duncan's New Multiple Range Method) (กานดา ชูกลางทวี. 2530 : 346) โดยใช้สูตร

$$w_r = q \alpha (rN - k)^S \sqrt{\frac{MS_W}{N}}$$

เมื่อ	w _r	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน Duncan's Multiple Range test
	q α (rN - k)	แทน	q จากตารางตันแคน (Duncan) ที่มีระดับความมีนัยสำคัญ α ชั้นความเป็นอิสระ r และ N-k
	r	แทน	จำนวนค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วงที่ต้องการเปรียบเทียบ
	MS _W	แทน	ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง
	k	แทน	จำนวนกลุ่มทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัย ได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
df	แทน	ขั้นของความเป็นอิสระ (degree of Freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าความแปรปรวน (Mean of Square)
q	แทน	ค่า q - Square
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในอำเภอ พระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปรเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสมการณ์ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพ โดยแจกแจงความถี่คิดเป็น

ร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในอำเภอพระนครศรีอยุธยา โดยการหาค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตาราง ดังปรากฏตามตาราง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในอำเภอพระนครศรีอยุธยา ต่อการให้บริการสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ตามหัวขั้

3.1 ทศ ทศ ทศ ทศ ทศ ค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ดังปรากฏตามตาราง

3.2 สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพ ทศ ทศ ทศ ทศ ค่าเอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 หากผลการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) แบบวิธีของคังแคน (Duncan) ต่อ ดังปรากฏตามตาราง

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปรากฏดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในอำเภอพระนครศรีอยุธยา
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
และประสบการณ์ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

ตารางตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	41.10
หญิง	169	58.90
รวม	287	100.00
สถานภาพการสมรส		
โสด	53	18.50
คู่	212	73.90
หม้าย, หย่า	16	5.60
แยกกันอยู่	6	2.10
รวม	287	100.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	3.50
ประถมศึกษา	213	74.20
มัธยมศึกษา	55	19.20

ตาราง 4 (ต่อ)

ตารางตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อุดมศึกษา	9	3.10
รวม	287	100.00
อาชีพ		
เกษตรกรรม	48	16.70
ค้าขาย	47	16.40
รับจ้าง	168	58.50
รับราชการ	5	1.70
อื่นๆ	19	6.60
รวม	287	100.00
รายได้		
3,000 บาท ลงมา	47	16.40
3,001 - 8,000 บาท	200	69.70
8,001 - 20,000 บาท	37	12.90
มากกว่า 20,000 บาท	3	1.00
รวม	287	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตารางตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพ		
ครั้งแรก	147	51.20
2 ครั้ง	116	40.40
3 ครั้ง	22	7.70
มากกว่า 3 ครั้ง	2	0.70
รวม	287	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.90 มีสถานภาพการสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.90 เป็นผู้มีการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.20 โดยส่วนใหญ่นประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 58.50 มีรายได้อยู่ในเกณฑ์ 3,001 - 8,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.70 และส่วนใหญ่อั้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเป็นครั้งแรก รองลงมาคือ ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 51.20 และร้อยละ 40.40 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพโดยความ
สมัครใจในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปรากฏดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจ ใน
การให้บริการสาธารณสุข

ความพึงพอใจในการให้บริการสาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ความพึงพอใจ
1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ	3.753	0.417	มาก
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการให้บริการ	3.647	0.513	มาก
3. ความพึงพอใจต่อความสะดวก	3.361	0.540	ปานกลาง
4. ความพึงพอใจต่ออัตราค่าบริการและความสนใจของเจ้าหน้าที่ บริการ	3.585	0.507	มาก
5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการให้บริการ	3.401	0.603	ปานกลาง
รวม	3.566	0.412	มาก

หมายเหตุ ระดับความพึงพอใจได้จากเกณฑ์ประเมินค่าเฉลี่ยของวิเชียร เกตุสิงห์ (2536 : 9)

คือ

- ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 มีความพึงพอใจมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 มีความพึงพอใจปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 มีความพึงพอใจน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

จากตาราง 5 แสดงว่า ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข อยู่ในเกณฑ์มาก และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขเป็นรายด้าน พบว่า ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มาก 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ คุณภาพของการใช้บริการและ อีชยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ และมีความพึงพอใจในเกณฑ์ปานกลาง 2 ด้านคือ ความพึงพอใจต่อความสะดวก และข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ต่อการให้บริการสาธารณสุขในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3.1 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพต่อการให้บริการสาธารณสุข จำนวนตามเพศ โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test) ปรากฏดังตาราง 6

ตาราง 6 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ
ต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามเพศ

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	ชาย (N = 118)		หญิง (N = 169)		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ	3.6888	0.445	3.7902	0.404	-1.9721*
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการใช้บริการ	3.6160	0.539	3.6615	0.501	-0.7215
3. ความพึงพอใจต่อความสะดวก	3.3452	0.547	3.3675	0.539	-0.4429
4. ความพึงพอใจต่ออัยยาศัยและความสนใจของ ผู้ให้บริการ	3.5271	0.544	3.6196	0.616	-1.4834
5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ	3.3319	0.584	3.4450	0.616	-1.3029
รวม	3.5244	0.440	3.5889	0.397	-1.5923

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการรับ
บริการสาธารณสุขในส่วนรวมไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ประชาชนที่มี
บัตรประกันสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ในด้านความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ ส่วนในด้านอื่นๆ ไม่มีความ
แตกต่าง

3.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามตัวแปรสถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสมการณ์ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F - test) ปรากฏดังตาราง

ตาราง 7 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามสถานภาพการสมรส

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.4503	0.1501	0.8402
	ภายในกลุ่ม	283	50.7340	0.1786	
	รวม	286	51.1843		
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.3345	0.4448	1.6774
	ภายในกลุ่ม	283	75.3102	0.2652	
	รวม	286	76.6447		
3. ความพึงพอใจต่อความสะดวก	ระหว่างกลุ่ม	3	0.6319	0.2106	0.7164
	ภายในกลุ่ม	283	83.5060	0.2940	
	รวม	286	84.1379		
4. ความพึงพอใจต่ออัตราค่าบริการและความสะดวกของเจ้าหน้าที่บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.2251	0.7050	0.2863
	ภายในกลุ่ม	283	74.4263	0.2621	
	รวม	286	74.6514		

ตาราง 7 (ต่อ)

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.4554	0.1518	0.4131
	ภายในกลุ่ม	283	104.3538	0.3674	
	รวม	286	104.8092		
รวมความพึงพอใจต่อการบริการสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	3	0.0865	0.0288	0.1654
	ภายในกลุ่ม	283	49.4917	0.1743	
	รวม	286	49.5782		

จากตาราง 7 แสดงว่า ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการบริการสาธารณสุขทั้งในส่วนรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 8 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ
ต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามระดับการศึกษา

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F
1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกัน สุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.8394	0.6131	3.5288*
	ภายในกลุ่ม	283	49.3449	0.1737	
	รวม	286	51.1843		
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการใช้ บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	3.0083	1.0028	3.8674**
	ภายในกลุ่ม	283	73.6364	0.2593	
	รวม	286	76.6447		
3. ความพึงพอใจต่อความสะดวก	ระหว่างกลุ่ม	3	5.3357	1.7786	6.4099**
	ภายในกลุ่ม	283	78.8022	0.2775	
	รวม	286	84.1379		
4. ความพึงพอใจต่ออัตราค่าและ ความสนใจของผู้นำบริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	4.2355	1.4118	5.6941**
	ภายในกลุ่ม	283	70.4159	0.2479	
	รวม	286	74.6514		

ตาราง 8 (ต่อ)

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	4.0776	1.3592	3.8320*
	ภายในกลุ่ม	283	100.7316	0.3547	
	รวม	286	104.8092		
รวมความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	3	3.2059	1.0686	6.5447**
	ภายในกลุ่ม	283	46.3723	0.1633	
	รวม	286	49.5782		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 แสดงว่า ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพและพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการใช้บริการ ความพึงพอใจต่อความสะดวก ความพึงพอใจต่ออัยยาศัยและความสนใจของผู้นำบริการ จึงทำการตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) แบบวิธีของคังแคน (Duncan) ผลปรากฏดังตาราง 9

ตาราง 9 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ
ต่อการใช้บริการสาธารณสุขระหว่างประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ที่มี
ระดับการศึกษาต่างกัน

ความพึงพอใจต่อโครงการ บัตรประกันสุขภาพ	ค่า เฉลี่ย	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	อุดมศึกษา
		3.7285	3.7290	3.8970	4.1589
มัธยมศึกษา	3.7285	-	0.0005	0.1685	0.4304**
ประถมศึกษา	3.7290	-	-	0.1680	0.4299**
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.8970	-	-	-	0.2619
อุดมศึกษา	4.1589	-	-	-	-
ความพึงพอใจต่อคุณภาพ ของการใช้บริการ	ค่า เฉลี่ย	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	อุดมศึกษา
		3.5636	3.6313	3.9000	4.1111
มัธยมศึกษา	3.5636	-	0.0677	0.3364	0.5475**
ประถมศึกษา	3.6313	-	-	0.2687	0.4798**
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.9000	-	-	-	0.2111
อุดมศึกษา	4.1111	-	-	-	-

ตาราง 9 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อความ สะดวก	ค่า เฉลี่ย	มัธยมศึกษา 3.3012	ประถมศึกษา 3.4184	ต่ำกว่า ประถมศึกษา 3.7140	อุดมศึกษา 3.9522
มัธยมศึกษา	3.3012	-	0.1172	0.4128*	0.6512**
ประถมศึกษา	3.4184	-	-	0.2956	0.5338*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.7140	-	-	-	0.2382
อุดมศึกษา	3.9522	-	-	-	-
ความพึงพอใจต่ออัยยาศัย และความสนใจของผู้ ให้บริการ	ค่า เฉลี่ย	มัธยมศึกษา 3.5431	ประถมศึกษา 3.5733	อุดมศึกษา 4.0189	ต่ำกว่า ประถมศึกษา 4.0500
มัธยมศึกษา	3.5431	-	0.0302	0.4758**	0.5069**
ประถมศึกษา	3.5733	-	-	0.4456**	0.4767*
อุดมศึกษา	4.0189	-	-	-	0.0311
ต่ำกว่าประถมศึกษา	4.0500	-	-	-	-

ตาราง 9 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ	ค่าเฉลี่ย	มัธยมศึกษา 3.3593	ประถมศึกษา 3.3964	ต่ำกว่าประถมศึกษา 3.8200	อุดมศึกษา 3.8667
มัธยมศึกษา	3.3593	-	0.0376	0.4607**	0.5074**
ประถมศึกษา	3.3964	-	-	0.4236**	0.4703*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.8200	-	-	-	0.0467
อุดมศึกษา	3.8667	-	-	-	-
รวมสภาพความพึงพอใจต่อการใช้บริการ สาธารณสุข	ค่าเฉลี่ย	มัธยมศึกษา 3.5314	ประถมศึกษา 3.5480	ต่ำกว่าประถมศึกษา 3.8760	อุดมศึกษา 4.0344
มัธยมศึกษา	3.5314	-	0.0166	0.3446*	0.5030**
ประถมศึกษา	3.5480	-	-	0.3280*	0.4864**
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.8760	-	-	-	0.1584
อุดมศึกษา	4.0344	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 9 แสดงว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มระดับการศึกษาต่างๆ จากตารางพบว่า ในส่วนรวมประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความ

ระดับ .01

5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการสาธารณสุข ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา มีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับการศึกษามัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 10 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ
ต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามอาชีพ

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F
1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกัน สุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	4	2.3488	0.5872	3.5090**
	ภายในกลุ่ม	282	47.1897	0.1673	
	รวม	286	49.5384		
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรับ บริการ	ระหว่างกลุ่ม	4	3.9546	0.9887	3.9005**
	ภายในกลุ่ม	282	71.4790	0.2535	
	รวม	286	75.4337		
3. ความพึงพอใจต่อความสะดวก	ระหว่างกลุ่ม	4	3.9125	0.9781	3.4616**
	ภายในกลุ่ม	282	79.6833	0.2826	
	รวม	286	83.5958		
4. ความพึงพอใจต่ออัยยาศัยและความ สนใจของผู้ให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	4	3.5797	0.8949	3.6124**
	ภายในกลุ่ม	282	69.8613	0.2477	
	รวม	286	73.4410		

ตาราง 10 (ต่อ)

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F
5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการ ใช้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	4	5.2340	1.3085	3.7361**
	ภายในกลุ่ม	282	98.7654	0.3502	
	รวม	286	103.9994		
รวมความพึงพอใจต่อการบริการ สาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	4	2.6745	0.6686	4.3075**
	ภายในกลุ่ม	282	43.7742	0.1552	
	รวม	286	46.4488		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 แสดงว่า ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีอาชีพต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งในส่วนรวมและในแต่ละด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงทำการตรวจสอบค่าความแตกต่างกันเป็นรายคู่ โดยการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) แบบวิธีของคันทันแคน (Duncan) ผลปรากฏดังตาราง 11

ตาราง 11 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ
ต่อการใช้บริการสาธารณสุข ระหว่างประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพ
ต่างกัน

ความพึงพอใจต่อโครงการ บัตรประกันสุขภาพ	ค่า เฉลี่ย	เกษตรกร 3.6675	อื่นๆ 3.7500	รับจ้าง 3.7528	ค้าขาย 3.7913	รับราชการ 4.4475
เกษตรกร	3.6675	-	0.0825	0.0853	0.1238	0.7800**
อื่นๆ	3.7500	-	-	0.0028	0.0413	0.6975**
รับจ้าง	3.7528	-	-	-	0.0385	0.6947**
ค้าขาย	3.7913	-	-	-	-	0.6562**
รับราชการ	4.4475	-	-	-	-	-
ความพึงพอใจต่อคุณภาพ ของการใช้บริการ	ค่า เฉลี่ย	เกษตรกร 3.5063	ค้าขาย 3.5489	รับจ้าง 3.6805	อื่นๆ 3.7895	รับราชการ 4.3500
เกษตรกร	3.5063	-	0.0426	0.1742*	0.2832	0.8437**
ค้าขาย	3.5489	-	-	0.1316	0.2406	0.8011**
รับจ้าง	3.6805	-	-	-	0.109	0.6695*
อื่นๆ	3.7895	-	-	-	-	0.5605*
รับราชการ	4.3500	-	-	-	-	-

ตาราง 11 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อความ สะดวก	ค่า เฉลี่ย	รับจ้าง 3.3078	เกษตรกร กรรม 3.3273	ค้าขาย 3.4400	อื่นๆ 3.5716	รับราชการ 4.1100
รับจ้าง	3.3078	-	0.0195	0.1322	0.2638	0.8022**
เกษตรกรกรรม	3.3273	-	-	0.1127	0.2443	6.7827**
ค้าขาย	3.4400	-	-	-	0.1316	0.6700*
อื่นๆ	3.5716	-	-	-	-	0.5384
รับราชการ	4.1100	-	-	-	-	-
ความพึงพอใจต่ออัตรายาคัย และความสนใจของ ผู้ให้บริการ	ค่า เฉลี่ย	เกษตรกรกรรม 3.5073	รับจ้าง 3.5517	ค้าขาย 3.6419	อื่นๆ 3.7789	รับราชการ 4.3325
เกษตรกรกรรม	3.5073	-	0.0444	0.1346	0.2716	0.8252**
รับจ้าง	3.5517	-	-	0.0902	0.2272	0.7808**
ค้าขาย	3.6419	-	-	-	0.1370	0.6906*
อื่นๆ	3.7789	-	-	-	-	0.5536*
รับราชการ	4.3325	-	-	-	-	-

ตาราง 11 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการให้บริการ	ค่าเฉลี่ย	รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย	อื่นๆ	รับราชการ
		3.3420	3.3583	3.4468	3.800	4.0000
รับจ้าง	3.3420	-	0.0163	0.1048	0.4580**	0.6580*
เกษตรกร	3.3583	-	-	0.0885	0.4417**	0.6417
ค้าขาย	3.4468	-	-	-	0.3532*	0.5532
อื่นๆ	3.800	-	-	-	-	0.2000
รับราชการ	4.000	-	-	-	-	-
รวมสภาพความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณสุข	ค่าเฉลี่ย	เกษตรกร	ค้าขาย	รับจ้าง	อื่นๆ	รับราชการ
		3.5069	3.5442	3.5555	3.7237	4.2650
เกษตรกร	3.5069	-	0.0373	0.0486	0.2168	0.7581**
ค้าขาย	3.5442	-	-	0.0113	0.1795	0.7280**
รับจ้าง	3.5555	-	-	-	0.1682	0.7095**
อื่นๆ	3.7237	-	-	-	-	0.5413*
รับราชการ	4.2650	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มอาชีพต่างๆ จากตารางพบว่า ในส่วนรวมประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับราชการ มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้างและค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอาชีพอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านปรากฏผลดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับราชการ มีความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจมากกว่าประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้าง และค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการใช้บริการ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับราชการ มีความพึงพอใจต่อคุณภาพของการใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมและค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .01 และมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับจ้างและอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความพึงพอใจต่อความสะดวก ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับราชการ มีความพึงพอใจต่อความสะดวกมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .01 และมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพค้าขายและอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความพึงพอใจต่ออัตรายาคัยและความสนใจของผู้ให้บริการ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับราชการ มีความพึงพอใจต่ออัตรายาคัยและความสนใจของผู้ให้บริการมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .01 และมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพค้าขายและอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลทั่วไปที่ได้รับจากการใช้บริการ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพอื่นๆ มีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการมากกว่าประชาชน

ที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .01 และมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับราชการ มีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .05

ตาราง 12 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ต่อการให้บริการสาธารณสุข จำแนกตามรายได้

ความพึงพอใจในการให้บริการสาธารณสุข	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.5162	0.5054	2.9783*
	ภายในกลุ่ม	283	48.0223	0.1697	
	รวม	286	49.5384		
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.9051	0.3017	1.1456
	ภายในกลุ่ม	283	74.5286	0.2634	
	รวม	286	75.4337		
3. ความพึงพอใจต่อความสะดวก	ระหว่างกลุ่ม	3	1.8679	0.6226	2.1560
	ภายในกลุ่ม	283	81.7279	0.2888	
	รวม	286	83.5958		

ตาราง 12 (ต่อ)

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
4. ความพึงพอใจต่ออัตราย้ายและความสนใจของผู้ให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.9491	0.3164	1.2350
	ภายในกลุ่ม	283	72.4919	0.2562	
	รวม	286	73.4410		
5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	3.6378	1.2126	3.4192*
	ภายในกลุ่ม	283	100.3617	0.3546	
	รวม	286	103.9994		
รวมความพึงพอใจต่อการบริการสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	3	1.1985	0.3995	2.4985
	ภายในกลุ่ม	283	45.2503	0.1599	
	รวม	286	46.4488		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการบริการสาธารณสุขในส่วนรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการบริการสาธารณสุขในด้านความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจและความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ โดย

การเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) แบบดักันแคน (Duncan) โดยเฉพาะด้านที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลปรากฏดังตาราง 13

ตาราง 13 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข ระหว่างประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้ต่างกัน

ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	8,001-20,000 บาท	<3,000 บาท	3,000 - 8,000 บาท	>20,000 บาท
		3.5945	3.7424	3.7818	4.1133
8,001 - 20,000 บาท	3.5945	-	0.1509	0.1873*	0.5188
<3,000 บาท	3.7424	-	-	0.0394	0.3709
3,001 - 8,000 บาท	3.7818	-	-	-	0.3315
>20,000 บาท	4.1133	-	-	-	-
ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ	ค่าเฉลี่ย	3,001-8,000 บาท	8,001 - 20,000 บาท	<3,000บาท	>20,000 บาท
		3.3692	3.3789	3.4978	4.4000
3,001 - 8,000 บาท	3.3692	-	0.0097	0.1286	1.0308**
8,001 - 20,000 บาท	3.3789	-	-	0.1189	1.0244**
<3,000 บาท	3.4978	-	-	-	0.9022*
>20,000 บาท	4.4000	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่มีรายได้ต่างกันตามตาราง เมื่อพิจารณาเฉพาะรายด้านที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า

1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001 - 8,000 บาท มีความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจมากกว่าประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,001 - 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001 - 8,000 บาท และ 8,001 - 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ
ต่อการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามประเภทการซื้อบัตรประกันสุขภาพ

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.0022	0.0007	0.0041
	ภายในกลุ่ม	283	49.5363	0.1750	
	รวม	286	49.5385		
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.9858	0.3286	1.2492
	ภายในกลุ่ม	283	74.4478	0.2631	
	รวม	286	75.4337		
3. ความพึงพอใจต่อความสะดวก	ระหว่างกลุ่ม	3	0.7377	0.2459	0.8399
	ภายในกลุ่ม	283	82.8581	0.2928	
	รวม	286	83.5958		
4. ความพึงพอใจต่ออัตราค่าและความสะดวกของผู้นำให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.3847	0.1282	0.4967
	ภายในกลุ่ม	283	73.0563	0.2581	
	รวม	286	73.4410		
5. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับการให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.9335	0.3112	0.8545
	ภายในกลุ่ม	283	103.0659	0.3642	
	รวม	286	103.9994		

ตาราง 14 (ต่อ)

ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
รวมความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	3	0.2545	0.0848	0.5197
	ภายในกลุ่ม	283	46.1943	0.1632	
	รวม	286	46.4488		

จากตาราง 14 แสดงว่า ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีจำนวนครั้งของการซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณสุขทั้งในส่วนรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข จำนวนตามเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และประสบการณ์การซื้อบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 จำนวน 16 อำเภอ จำนวนผู้มีบัตร 6,012 บัตร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ประชากรที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 จำนวน 287 คน (1 คน/1 บัตร) ซึ่งได้มาโดยวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane) และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส พอร์วินโดว์ (SPSS for Window / Statistical Package for The Social Sciences for Windows) โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่ออัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในการใช้บริการสาธารณสุข คิดเป็นค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{X}) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของแต่ละองค์ประกอบของความพึงพอใจและความพึงพอใจโดยรวม นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่ออัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในการใช้บริการสาธารณสุข จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดย

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test)

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าเอฟ (F - test) และหากพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) แบบวิธีของคัมแคน (Duncan) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการค้นคว้า

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่มีอัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ พบว่า ประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง มีสถานภาพการสมรสคู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในเกณฑ์ 3,001 - 8000 บาท และส่วนใหญ่มีอัตรประกันสุขภาพเป็นครั้งแรก

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในเกณฑ์พอใจมาก ($\bar{X} = 3.56$) และเมื่อแยกแต่ละองค์ประกอบของความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขพบว่า องค์ประกอบด้านความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ คุณภาพการให้บริการ อัยยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ อยู่ในระดับมาก ส่วนองค์ประกอบด้านความสะดวกและข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ต่อการให้บริการสาธารณสุข จำนวนตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า

3.1 ประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพเพศชายและเพศหญิง มีความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณสุขโดยรวมไม่แตกต่างกัน หากพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า ประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ มีความพึงพอใจด้านโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน

3.2 ประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกัน มีระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณสุข ทั้งโดยส่วนรวมและแต่ละองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน

3.3 ประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณสุขโดยรวมแตกต่างกัน หากพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า ประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในองค์ประกอบด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพของการให้บริการ ความสะดวก อัยยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ และมีระดับความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพและข้อมูลที่ได้รับจากการให้บริการ

3.4 ประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีอาชีพต่างกัน มีระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณสุข ทั้งโดยส่วนรวมและแต่ละองค์ประกอบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.5 ประชาชนผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการสาธารณสุข โดยรวมไม่แตกต่างกัน หากพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า ประชาชน

ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพมีระดับความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในองค์ประกอบด้านความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพและข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ ส่วนในด้านอื่นๆไม่มีความแตกต่างกัน

3.6 ประชาชนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพที่มีจำนวนครั้งของการซื้อบัตรประกันสุขภาพต่างกัน มีระดับความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข ทั้งโดยส่วนรวมและแต่ละองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข ปรากฏผลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระดับความพึงพอใจของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มาก ซึ่งแสดงว่าประชาชนทั่วไปที่การยอมรับและมีความรู้สึกที่ดีต่อการมีบัตรประกันสุขภาพ เพื่อเป็นสวัสดิการในการคุ้มครอง ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เป็นการยอมรับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ทั้งสถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่ให้บริการว่า บริการต่อผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเทียบเท่าหรือเป็นที่พอใจเท่ากับบุคคลทั่วไป และรู้สึกว่าการจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจแล้ว ได้ค่าบริการที่คุ้มค่าต่อราคาบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่เสียไป ซึ่งสามารถรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยได้ตลอดทั้งครอบครัว โดยเมื่อประชาชนซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งมีราคา 1,000 บาท รัฐบาลจะเป็นผู้ออกค่าบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจให้ 500 บาท ส่วนประชาชนผู้ซื้อจะจ่ายเงินเพียง 500 บาท และสามารถลงชื่อในบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจโดยเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเพื่อให้มีการคุ้มครองสุขภาพ จำนวน 5 คน และสามารถใช้งานได้ ในระยะเวลา 1 ปี โดยจะมีวันที่ออกบัตรและวันหมดอายุการชำระค่าบัตร และผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจสามารถเลือกสถานบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสถานบริการที่ตนซื้อบัตรหรือสถานบริการที่ใกล้เคียง โดยในบัตรจะระบุสถานบริการ 2 แห่ง ส่วนใหญ่จะเป็นสถานีอนามัยและโรงพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเกิดการเจ็บป่วยต่างๆ ผู้ที่มีชื่อระบุในบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้ารับการรักษาได้ โดยมารับบริการที่สถานีอนามัยในบัตรหรือใกล้เคียง

หากจำเป็น ครอบคลุมต้องเสียค่าบริการใดๆ ทั้งสิ้นและหากเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือจำเป็นต้องรับบริการในโรงพยาบาล ทางสถานีอนามัยก็จะส่งผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่เสียค่าบริการอีกเช่นกัน การเลือกใช้บริการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จะทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่มากหรือน้อยได้ ครอบคลุมต้องคำนึงถึงทรัพย์สินเงินทองที่มีอยู่ ซึ่งบางครั้งอาจเป็นปัญหาที่หากผู้ป่วยไม่ยอมมารับการรักษาจนทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บที่รุนแรง การเข้ารับประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในท้องที่ต่างๆ ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้ขยายการบริการกว้างออกไป มีจำนวนประชาชนผู้เข้ารับประกันสุขภาพโดยความสมัครใจมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกๆ ปี และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในขั้นตอนต่างๆ ของการเข้ารับประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ไม่ทำให้ประชาชนเกิดความเบื่อหน่ายในการเลือกเข้ารับประกันสุขภาพ ซึ่งประชาชนมีความคิดเห็นเรียงลำดับความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยดังนี้

1.1 ความคิดเห็นต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ประชาชนมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก และเป็นองค์ประกอบที่ประชาชนมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์พอใจมากที่สุด แสดงว่า การมีโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งเป็นโครงการสำหรับคุ้มครองสุขภาพและการรักษาพยาบาลของประชาชนนั้น ประชาชนให้การยอมรับและเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์ ประชาชนได้รับประโยชน์จากการเข้ารับบริการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจมากกว่าที่จะเสียเงินในแต่ละปี ซึ่งรวมทั้งความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในด้านต่างๆ เช่น การให้บริการในการรักษาพยาบาลที่เทียบเท่ากับบุคคลทั่วไป เช่น การได้รับยาที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ และมีการบริการระบบทางด่วน ซึ่งหมายถึงผู้ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จะได้รับการบริการในระบบที่เร็วกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ นอกจากนั้นในส่วนของการค่าบริการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ การเข้ารับบริการในสถานพยาบาลต่างๆ และจำนวนสมาชิกที่บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจให้ความคุ้มครอง ประชาชนส่วนใหญ่จะยอมรับและเห็นว่ามีเหมาะสมและพอเหมาะต่อการเข้ารับบริการทั้งการรักษาพยาบาลและการให้บริการต่างๆ กับจำนวนสมาชิกจำนวน 5 คน ที่สามารถให้บริการได้ตลอดทั้งปีนั้น ราคาค่าบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่ประชาชนต้องจ่ายนั้นถือว่า เป็นราคาที่ถูกและประชาชนสามารถจ่ายได้ ซึ่งรัฐบาลได้ให้การสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจอีกทางหนึ่งด้วย และการให้บริการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจก็ไม่ได้มีความยุ่งยากหรือซับซ้อนแต่อย่างใด ประชาชนผู้เข้ารับประกันสุขภาพโดย

ความสมัครใจ จะมีความสบายใจและอบอุ่นใจในการมีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดย
 านภาพรวม ประชาชนที่ใช้จะรู้สึกว่าคุณค่าต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ
 และไม่ได้รู้สึกว่าเป็นการเสียเงินไปอย่างเปล่าประโยชน์

1.2 ความคิดเห็นต่อคุณภาพของการใช้บริการ ประชาชนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ
 พึงพอใจมาก แสดงว่าประชาชนมีความเชื่อมั่นในการให้บริการของสถานบริการต่างๆ ที่ให้บริการ
 แก่ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ไม่ว่าจะเป็นสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล
 ต่างๆ ซึ่งพบว่าคนที่ประชาชนมีความเชื่อมั่นในตัวเจ้าหน้าที่ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่
 ประจำสถานอนามัยซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด พยาบาลและแพทย์ประจำโรงพยาบาล ประชาชนที่ใช้
 บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ จะเชื่อมั่นว่าเจ้าหน้าที่
 สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยของเขาได้ และความเชื่อมั่นในเครื่องมือเครื่องใช้หรืออุปกรณ์ทาง
 การแพทย์ในการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยปกติทั้งรุนแรงและไม่รุนแรง หรือเมื่อ
 เกิดอุบัติเหตุ ก็สามารถทำให้ได้รับการช่วยเหลือได้ รวมทั้งการใช้เวลาในการรักษาพยาบาล
 เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการให้เจ้าหน้าที่ หรือแพทย์ผู้รักษาให้การดูแลและให้เวลาในการรักษา
 พยาบาลกับผู้ป่วยให้มากที่สุด ซึ่งจะทําให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจในอาการป่วยต่างๆ ซึ่งโดยรวม
 ทั้งความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทําให้
 ประชาชนเกิดความมั่นใจและมีความพึงพอใจมาก

1.3 ความคิดเห็นต่ออัยยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ ประชาชนมีความพึงพอ
 ใจอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก แสดงว่าประชาชนมีความรู้สึกที่ดีเมื่อมาใช้บริการทั้งในการรักษา
 พยาบาล คำชี้แจงเรื่องเจ็บป่วย การดูแลเอาใจใส่และอัยยาศัยที่ดีของเจ้าหน้าที่ แพทย์และ
 พยาบาล ซึ่งแสดงถึงการให้บริการของสถานพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาว่า มีการทำให้
 การบริการที่ให้ความพึงพอใจต่อประชาชนผู้มารับบริการ เนื่องจากประชาชนเห็นว่า
 ได้รับความบริการเหมือนกับผู้ป่วยอื่นที่มาเข้าบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ หรือต้องเสียค่าใช้จ่าย
 จ่ายในการรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้การต้อนรับและอำนวยความสะดวกต่อผู้เข้ารับ
 ประกันสุขภาพเป็นอย่างดี ซึ่งอาจเป็นเพราะการปรับปรุงระบบการให้บริการทางการแพทย์และ
 สาธารณสุขในสถานพยาบาลต่างๆ โดยปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในทุกๆ ด้านและการฝึก
 อบรม การต้อนรับและจัดระบบต่างๆ ให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว รวมทั้งการนำอุปกรณ์และ
 เทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้ในระบบบริการ ทําให้การบริการง่ายและสะดวก เจ้าหน้าที่มีเวลา

มาพบปะและให้คำแนะนำกับผู้ป่วย หรือผู้มารับบริการที่ได้มาติดต่อในแต่ละห้องได้มากขึ้น เช่น ห้องบัตร ห้องเอกเรย์ ห้องจ่ายยา เป็นต้น ซึ่งก็อาจมีบ้างบางครั้งที่มีการให้บริการไม่ดี หรือเป็นที่ประทับใจ และประชาชนส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า ในการให้บริการของสถานบริการของรัฐยังต้องมีการปรับปรุงในด้านอรรถยาศัยของเจ้าหน้าที่ และการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ภายใต้งานต่างๆ แต่โดยรวมประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีความพึงพอใจต่ออรรถยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมาก

1.4 ความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้รับจากการใช้บริการ ซึ่งหมายถึงการอธิบายของเจ้าหน้าที่เมื่อให้บริการ เช่น การลงรายละเอียดประวัติของผู้ป่วย การแนะนำในช่องทางการรับบริการ คำอธิบายในการรักษาหรือกินยา และคำแนะนำอื่นๆ ประชาชนมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจปานกลาง ซึ่งมีความคิดเห็นในการให้บริการทั้งในส่วนที่ดีและไม่ดีในแต่ละเรื่อง ซึ่งอาจมาจากจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการ เช่น หากจำนวนผู้ป่วยในขณะนั้นมาก เวลาในการอธิบายหรือให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บัตรประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ หรือผู้ป่วยทั่วไปก็จะมีน้อยลง ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่ดีเท่าที่ควรหรือไม่ก็อาจจะขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีการให้บริการในลักษณะที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีความคิดเห็นถึงความพึงพอใจต่อการให้บริการที่แตกต่างกัน เป็นต้น นอกจากนี้ในสถานพยาบาลต่างๆ จะมีความแนะนำและขั้นตอนต่างๆ ในการรักษาหรือปฏิบัติตัว การรักษาหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป จะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับบริการ และการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

1.5 ความคิดเห็นต่อความสะดวกในการรับบริการ เมื่อมีบัตรประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ประชาชนมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจปานกลาง ซึ่งในองค์ประกอบนี้ประชาชนมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ความพึงพอใจต่ำกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ โดยเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการบริการในสถานพยาบาลของรัฐ โดยทั่วไปที่เหมือนกับความคิดเห็นของผู้ใช้บริการในกลุ่มอื่นๆ คือ ต้องใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาโดยผ่านขั้นตอนต่างๆ เป็นเวลานาน หรือใช้เวลานานมาก ถึงแม้ว่าบัตรประกันสุขภาพจะมีการบริการแบบระบบทางด่วน แต่การมีผู้ป่วยจำนวนมาก จำนวนผู้ให้บริการมีน้อยกว่าผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความล่าช้าบ้าง ซึ่งเป็นเรื่องปกติของสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการให้บริการต่างๆ ให้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการเข้ามาใช้บริการน้อยลง ดังนั้นในเรื่องความคิดเห็น

เกี่ยวกับความสะดวกรวดเร็ว โดยรวมประชาชนมีความพึงพอใจในเกณฑ์พึงพอใจปานกลางและมาก โดยมีบางส่วนที่คิดว่าสถานพยาบาลจะต้องปรับปรุงคือ เรื่องการรอคอยในการทำหัตถการรอตรวจรักษาหรือขั้นตอนการส่งตัวจากสถานอนามัยมายังโรงพยาบาล ผู้ใช้บริการบางท่านยังเห็นว่า มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและหลายขั้นตอนเกินไป ซึ่งไม่เกิดความสะดวกในการใช้บริการ รวมทั้งสถานที่รับบริการบางครั้งไม่ตรงตามความต้องการ เช่น มีความต้องการที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่นอกเหนือจากที่ระบุในบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยคิดว่าโรงพยาบาลนั้นน่าจะให้การรักษาค่าดีกว่า ส่วนในการเลือกใช้บริการระดับสถานอนามัย ผู้มีบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจในเกณฑ์พึงพอใจมาก เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้และค่อนข้างจะรู้สึกคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดี

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปรต่างๆ

2.1 เพศกับความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีเพศต่างกันมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ในตัวแปรด้านเพศ ความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง ซึ่งพบโดยทั่วไป การให้บริการของสถานพยาบาลต่างๆ จะมีการให้บริการผู้ป่วยหรือผู้ที่มาขอรับบริการด้วยมาตรฐาน การการดูแลเอาใจใส่และการรักษาโรคของทั้งผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งรวมถึงขั้นตอนต่างๆ ของการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทั้งในสถานอนามัยและโรงพยาบาล เพศชายและเพศหญิงจะปฏิบัติเหมือนกัน ความพึงพอใจของแต่ละองค์ประกอบคือ ความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ ความสะดวก ทัศนคติและความสนใจของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจที่มีต่อข้อมูลที่ได้รับจากการให้บริการ จึงพบว่าเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน แต่จะพบความพึงพอใจที่แตกต่างกันในองค์ประกอบความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ พบว่า เพศหญิงมีความพึงพอใจมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคณะ (2526 : 195) จากการศึกษาพบความแตกต่างในเรื่องราคาของบัตรและคุณภาพการรักษาพยาบาลเมื่อผู้มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ รวมทั้งการต้องเสียค่าใช้จ่ายในอุปกรณ์บางประเภทที่

ระบุไว้ในระเบียบของบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งหากจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์นี้ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์เอง เรื่องดังกล่าวมีผลทำให้ระดับความพึงพอใจของเพศชายลดลงบ้าง ซึ่งการศึกษาของวิลสัน (Wilson, 1970 : 77) ก็พบว่า เพศหญิงดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นเพราะเพศชายเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายต่างๆ ของบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งการซื้อบัตรก็จะสามารถคุ้มครองได้ทุกคนในครอบครัวทั้งชายและหญิง

2.2 สถานภาพการสมรสกับความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ตามสมมติฐานข้อที่ 2 ว่า ผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอนุสรณ์ สุนทรพงศ์ (2522 : 77) คือ มีความแตกต่างกันตามสถานภาพการสมรส แต่การศึกษานี้พบว่าในสถานภาพการสมรสต่างๆ ทั้งความพึงพอใจโดยรวมและในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจจะมีสถานภาพการสมรสคู่ และเป็นครอบครัวที่บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจให้ความคุ้มครอง เนื่องจากมีสมาชิกที่สามารถลงในบัตร เพื่อให้เกิดความคุ้มครองได้ จำนวนมากที่สุดเท่าที่บัตรให้ความคุ้มครอง ผู้ซื้อก็จะมีความรู้สึกว่าคุ้มค่า ผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจส่วนใหญ่จึงเป็นบุคคลที่มีครอบครัวและสามารถนำบุคคลในครอบครัวมาลงในบัตรได้ ส่วนใหญ่กลุ่มสถานภาพการสมรสโสด มีจำนวนผู้ซื้อบัตรในสวนน้อย แต่ในกลุ่มนี้มีความพึงพอใจในระดับที่ไม่แตกต่างจากสถานภาพการสมรสคู่ เนื่องจากอาจได้บริการอยู่บ่อยๆ หรือถือว่าเป็นการคุ้มครองสุขภาพเวลาฉุกเฉิน ซึ่งถึงแม้จะเป็นบัตรที่มีสมาชิกตั้งแต่ 1-5 คน และมีจำนวนการให้บริการเท่าใด การให้บริการหรือคุณภาพในเรื่องต่างๆ ของสถานพยาบาลก็คงเหมือนกัน ไม่มีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้มารับบริการไม่มีความรู้สึกที่แตกต่างกัน

2.3 การศึกษากับความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ตามสมมติฐานข้อที่ 3 ว่า ผู้ที่ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีการศึกษาต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ต่อการให้บริการสาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในแต่ละ

ระดับการศึกษา ทั้งความพึงพอใจโดยรวมและในแต่ละองค์ประกอบ โดยพบว่า ผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษา จะมีความพึงพอใจมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแม็คลีน (Maclean. 1969 : 139) รองลงมาคือ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษาและประถมศึกษา และจัดเรียงกับการศึกษาของอัมพร เจริญชัย (2521 : 184) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำส่วนมากมีความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง เพราะว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงนั้นรู้ถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความคิดกว้างกว่าผู้ที่มีการศึกษารองลงมา

2.4 อาชีพกับความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ตามสมมติฐานข้อที่ 4 ว่า ผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอาชีพต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจแตกต่างกันคือ ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการมีความพึงพอใจมากกว่าอาชีพเกษตรกร รับจ้างและค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีอาชีพมั่นคงย่อมมีความคิดเห็นถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่น ๆ และอีกประการหนึ่งผู้ที่รับราชการมีความอดทนรู้จักการบริการตามขั้นตอนและมีเหตุผล ซึ่งเปรียบเทียบกับอาชีพอื่น ๆ นั้นไม่ค่อยมีความเข้าใจระบบการบริการในการใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เมื่อไปรับบริการสาธารณสุขของรัฐ ประกอบกับสถานบริการของรัฐมีผู้ให้บริการจำนวนมาก จึงทำให้ผู้ที่มีอาชีพอื่น ๆ มีความพึงพอใจระดับรองๆ ลงมา

2.5 รายได้กับความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ตามสมมติฐานข้อที่ 5 ว่า ผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้ต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สันทัต เสริมศรีและโรสีย์ (2517 : 120) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ว่า ปัจจัยสำคัญคือ สภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 8,000 บาท มีความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจมากกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,001-20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากกลุ่มรายได้ระดับนี้มีฐานะปานกลาง พอมี

ฐานะที่อาจเลือกใช้บริการที่ตนคิดว่า ได้รับความพอใจได้และมีบริการที่ดีกว่า เช่น คลินิกเอกชน แต่การศึกษาของวันดี เจียมจิตต์ศิริพงษ์ (2528 : 78 - 79) พบว่า พวกมีรายได้อาจจะมารับบริการมากที่สุด ซึ่งตรงกับการศึกษาครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีรายได้น้อยเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป และคิดว่าประชาชนที่มีรายได้ 3,000 บาทลงมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพราะผู้มีรายได้สูงย่อมคิดถึงการใช้จ่ายของตน รู้จักประหยัดและรู้จักวิธีการใช้จ่าย ส่วนกลุ่มผู้มีรายได้น้อยอาจจะใช้วิธีการอดทน จัดหายาปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนมารับบริการทางสาธารณสุข เมื่อป่วยมากๆ แล้วจึงไปขอรับบริการ อาจดูว่าการรักษาพยาบาลไม่ได้ผล เพราะต้องรอตรวจ ต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกว่าได้รับการบริการที่ไม่สมกับการเข้ารับบริการกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งตรงกับการศึกษาของริชาร์ดสัน (Richardson. 1972 : 244) ไบซ์ และคณะ (Bice and et al. 1973 : 287 - 296) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้มีรายได้สูงจะไปใช้บริการด้านการแพทย์มากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

2.6 ประสพการณ์การซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจกับความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ตามสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีประสพการณ์การซื้อบัตรต่างกัน มีความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขทั้งในส่วนรวมและหลายๆ ด้านไม่ต่างกัน เพราะโครงการบัตรประกันสุขภาพเป็นโครงการที่มีมาค่อนข้างนาน แต่ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นให้ครอบคลุมกลุ่มประชาชนเป้าหมายอย่างจริงจัง ทำให้ปริมาณของการขายบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในช่วงนี้มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับผู้ที่เคยซื้อและผู้ที่ถูกแนะนำจากผู้ที่เคยใช้บริการแล้ว หรือผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงก็หันมาสนใจซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เคยซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจแล้ว ก็ยังคงจะซื้อครั้งใหม่อีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทสเลอร์และแมคคานิค (Tessler and Maclanic. 1995 : 95 - 112) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคคลต่อการบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแตกต่างกัน เนื่องจากความคาดหวังและประสพการณ์ที่ได้รับมาไม่เหมือนกัน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ในการที่ผู้ที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยเสนอผ่านโครงสร้างของคณะกรรมการของจังหวัด เพื่อดำเนินการต่อไป

2. ควรจัดทำมาตรฐานของการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในสถานบริการสาธารณสุขใหม่

3. ควรหาให้มีการกำหนดขอบเขต บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้รับผิดชอบงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ให้ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

4. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนได้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจมากขึ้น

5. ผู้รับผิดชอบงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ควรปฏิบัติงานให้มากขึ้นและต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีการพัฒนาบทบาทของตนเองให้เกิดความก้าวหน้าในการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

5.1 สนใจและตื่นตัว มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

5.2 ศึกษาค้นคว้าและวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เพื่อพัฒนาปรับปรุงงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจให้ก้าวหน้าต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจกับผู้ที่ไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ว่ามีเหตุผลของการใช้และไม่ใช้อย่างไร ความคิดเห็นที่มีต่อข้อดีและข้อเสียของการใช้บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจมีอะไรบ้าง

2. ควรมีการศึกษาถึงความต้องการของประชาชนในด้านการคุ้มครองทางสุขภาพว่า

ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการสวัสดิการแบบใด โดยมีการกำหนดคุณลักษณะและค่าใช้จ่ายไว้

3. ควรมีการศึกษาประเมินความคุ้มค่าในการให้บริการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัคร

ใจในแต่ละท้องถิ่นและหาแนวทางการจัดระบบบริการที่เหมาะสม

4. ควรมีการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

5. ควรมีการศึกษาประเมินผลโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจในทุกๆ ด้าน ในการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กานดา พูนลาภทวี. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : พิสิกส์เซนเตอร์, 2530.
- กรีช เกตุแก้ว. การประกันสังคมมีประโยชน์อย่างไร. นนทบุรี : โรงพิมพ์ของโรงเรียนประชา
สงเคราะห์, 2503.
- จลีพร โกลากุล และคณะ. "ความต้องการทางด้านประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพ
มหานคร," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
- จิราพร สุวรรณธีรากร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อบัตรสุขภาพของประชาชน : กรณีศึกษา
อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหา
วิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.
- ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ. "การศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการอนามัยของรัฐในระดับ
อำเภอ," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- ชื่นชม เจริญยุทธ. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการด้านสาธารณสุขประเภทต่างๆของประชาชน
ในชนบท. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2537.
- เชื้อทอง ชัมพะมาลาและคณะ. "ปัญหาการใช้สวัสดิการของรัฐแก่ผู้มีรายได้น้อย กรณีบัตร
สงเคราะห์ งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่," รายงาน
การวิจัย. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- เดชาวช นิตยสุทธิ. "การเลือกสิ่งตัวอย่างแบบธรรมดา," เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการ
วิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.
- เต็มศรี ชานิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2531.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และกนกศักดิ์ แก้วเทพ. "บริการโรงพยาบาลกับรูปแบบการเป็นเจ้าของ
โรงพยาบาลเปรียบเทียบรายเน้นโรงพยาบาลเอกชน," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ. พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรประกันสุขภาพ.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ. พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของผู้ถือบัตรสุขภาพฯ.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ. แนวทางการเพิ่มสมรรถภาพของสถานอนามัยในการกักกรองและ
ส่งต่อคนไข้ในโครงการบัตรสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ทองหล่อ เดชไทย. "ปัจจัยด้านการเงินและงบประมาณ," เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้
เบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารสาธารณสุขและโรงพยาบาล. นนทบุรี : มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพและบุพผา ศิริรัมย์. สถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการ
สาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- เบญจมา ยอดดาเนินและคณะ. ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- ประกันสุขภาพ, สำนักงาน. กระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินงาน สำนักงานประกันสุขภาพ
ปี 2535. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์. "อุปสรรคต่อการบริการทางการแพทย์," งานรายการวิจัย.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนา
พานิช, 2520.
- ปิ่นทอง ขาวนวลและคณะ. ชุมชนกับงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2538.
- พงษ์เทพ เทพสมานและคณะ. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2533.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ฟิงเกอร์
ปรินท์แอนด์มีเดีย, 2536.
- พันธุทิพย์ รามสูต. "ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ,"
อนุสรณ์ 30 ปี ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ. การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- พีระ ตันติเศรณีและสมมาตร พรหมภักดี. "โครงการบัตรสุขภาพ," การวิเคราะห์เชิง เศรษฐศาสตร์และนโยบายในเศรษฐกิจสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ : แสงแดด, 2531.
- . บัตรสุขภาพในเขตชนบท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ไพจิตร ปวะบุตร. การประกันสังคมไทย แนวสู่ความเป็นจริง. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2535.
- ศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร, มหาวิทยาลัย. คู่มือวิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ : ศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร, 2538. อัดสำเนา.
- รัชชา กุลวานิชไชยนันท์. ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ตามนโยบาย ประกันสังคม : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : สถาบันเทคโนโลยีเกริก, 2535. อัดสำเนา.
- ราไพ สุขสวัสดิ์ ณ อยุธยา. สถิติการวิจัย. กรุงเทพฯ : เอช-เอน การพิมพ์, 2526.
- วรวิทย์ เจริญเลิศ. "การประกันความเจ็บป่วยตามระบบการประกันความมั่นคงทางสังคม," ระบบการประกันสุขภาพของไทย. กรุงเทพฯ : แสงแดด, 2532.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ : พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ," เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 4 วันที่ 14 - 17 มีนาคม 2532.
- วันดี เจียมจิตศิริพงษ์. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาล เอกชนเชิงธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- วันชัย วัฒนศัพท์และคณะ. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานระบบการส่งต่อสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2535.
- วิจิตร ระวีวงศ์และคณะ. การประกันสังคมในประเทศไทย : แนวคิดในการจัดดำเนินการ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.

- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2530.
- . สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : กองวิจัยการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2535.
- . "คำเฉลยเกี่ยวกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8 - 11 ; กุมภาพันธ์ 2538.
- ✓ วิมลสิทธิ์ หรยางกูร. พฤติกรรมมนุษย์กับสภาพแวดล้อม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526.
- ศิริโรสภาภย์ บูรพาเดช. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2518.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์และดวงสมร บุญผดุง. "การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป," รายงานการวิจัย. 2532.
- ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ. คู่มือปฏิบัติงานโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528 - 2530. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2528.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและซารา เบนเน็ต. หนึ่งปีของการประกันสังคมผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2534.
- สมมาตร พรหมภักดี. "พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ในโครงการบัตรสุขภาพ : กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช," วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 3 กันยายน 2532.
- สมมาตร พรหมภักดี และคณะ. การกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยของสถานีอนามัยตำบล. กรุงเทพฯ : แสงแดด, 2533.
- สาธารณสุข, กระทรวง. คู่มือปฏิบัติงานโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528 - 2530. กรุงเทพฯ : กองสุขภาพศึกษา, 2528.

- สันทัด เสริมศรี. "ลักษณะบุคคลด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ," เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาชิราช. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์, 2528.
- . "ความเชื่อเรื่องสุขภาพที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ," เอกสารการสอน ชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาชิราช. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์, 2528.
- สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไรลีย์. "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของคนไทย," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517.
- สาส์ เปลี่ยนบางช้าง. "บทบาทของโรงพยาบาลในการให้บริการอนามัยผสมผสาน," แพทย์สภาสาร. 6(11) : พฤศจิกายน 2520.
- สุจรีต ศรีประพันธ์ และสงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ผลกระทบของการประกันสุขภาพต่อระบบบริการ สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
- สุนนา ตั้งคณะสิงห์, วไลพร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคามและวิภาดา อังสุมาลิน. "การศึกษา วิเคราะห์การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- แสงทอง แหงมงาม. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษา พยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ✓ หลุย จาปาเทศ. จิตวิทยาการสูงใจ. กรุงเทพฯ : สามัคคีสาส์น, 2533.
- อนันต์ ลากสมทบและคณะ. ความคิดเห็นของผู้มีบัตรประกันสุขภาพที่มีต่อบริการสาธารณสุขจังหวัด ลำพูน. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2527.
- อนุสรณ์ สุนทรพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนแขวง สีพระยาและมหาพจนาราม. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหา วิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.
- อานนท์ อาภารม. มนุษย์กับสังคม สังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : บารุงนุกูลกิจ, 2515.

- อัมพร เจริญชัย. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521. อัดสำเนา.
- อรชร ศาสตราวาทะ. รูปแบบการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชนที่มีผลจากนโยบายการใช้อัตราสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- อรพรรณ หันจางสิทธิ์. ทัศนคติของประชาชนต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522. อัดสำเนา.
- อรพินท์ สิงหเดช และคณะ. "ความรู้ ทัศนคติของบิดามารดาและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตพญาไท กรุงเทพฯ," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.
- อุไร ผึ้งประเสริฐศิลป์ และคณะ. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการกองทุน
บัตรสุขภาพของสมาชิกกองทุนที่ปฏิบัติตามขั้นตอนและไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนระบบส่งต่อ.
ม.บ.ท., 2530. อัดสำเนา.
- อิกหาญ รัตนศักดิ์. ปัญหาและอุปสรรคในการนำพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2407 มาใช้
ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2509.
อัดสำเนา.
- A day and Anderson. "Theoretical and Methodological Issue in
Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical
Care," Social Science and Medicine. p.28. Vol. 12. 1987.
- Aviva, Ron. Proposal for the Provision of Mediccal Care Benefits Under
the Social Security Act. ILO/UNDP Project. The 89/013, 1990.
- A Prasuaman, V.A. Zeithanel and L.Barry. "A Coneeptual model of servio
quality and its implications for research," Journal of Market.
49(4) : 79 - 81 ; Fall, 1985.
- Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Engle Wood Clifs,
New Jersey : Printice Hill, 1997.
- Boesch, Emeste. Communication Between Doctors and Patient in Thailand.
West Germaney University of Sarr. 1972.

- Bice, Thomad W. and et al. "Economic Class and Use of Physician Science," Medical Care. 287 - 296 ; July - August, 1973.
- Brown. Hospital and Patients. p.100 - 105. New York : Atherton Press, 1969.
- Cronbach, Josphph L. Essentialof PsychologicalTestion. 3rd ed. New York : Harperand Row, 19703.
- Daniel Lerner. "Toward a communication theory of Modernization, Aset of Communication," Communication and Political Development." Luoian W.Pye (ed). Princeton New Jersey : Princeton University Press, 1963.
- ✓ Direk, Rerkrai. A Comparison of two type Extention Workers in Thailand According to Certain Aspect of wheir job. Doctors of Philosophy Thesis University of the Philippines, 2972.
- Department of Health. Health Insurance in The Philippine, Conference or Health Care Financing in Asia. 27 July - 3 Aug. 1987, Asian Development Bank, Manila, The Philippines.
- Edward, Allen L. Statistical Methods for the Behavioral Science. New York : Rinchart, 1954.
- Freidson, E. Profession of Medicine : A Study of the Siciology of Applied Knowledge. New York : Dood, Mead & Company, 1973.
- Habib, Omran S. and Patrick J. Vaughan. "The Determinants of Health Services Utilization in Southern Irag : A Househole Interview Survey," International Journal of Epidemiology. 15(3) : 395 - 398 ; 1982.
- Herbert A. Simon. Administrative Behavior. p.180. New York : The Memillan Company, 1980.

- Hilgard, Ernest R. and et al. Introduction to Psychology. 5th.ed.
U.S.A. Harcourt Brace Jovanovich, 1977.
- Hulka, Barbara and et al. "Satisfaction With Medical Care in a Low
Income Population," Journal of Chronic Disease. 648 - 657 ;
1971.
- Irene, E. Pollert. "Expectations and Discrepancies with Hospital
Condition and They Actually Exist," 135 - 144 ; 1971.
- John, D. Millet. Management in the Public Service. p.397 - 400.
New York : McGraw - Hill Book Company, 1954.
- Krech, David and Richard S. Crutchfield. Individual in Society.
New York : McGraw - Hill, 1962.
- Maclean, Catherine M.U. "Traditional Healers and Their Female Client :
An Aspect of Nigerian Sickness Behavior," Journal of Health
and Social Behavior. September, 1969.
- Penchansky, Roy and Thomas, William J. "The Concept of Access Definition
and Relationship to Consumer Satisfaction," Medical Care.
February, 1981.
- Krarits, Anderson. Equity in Health Services. Cambridge Ballinger
Publishing Company, 1975.
- Risser, Nancy L. "Development of an Instrument to Measure Patient
Satisfaction With Nurses and Nursing Care in Primary Care
Setting," Nursing Research. January - February, 1975.
- Richard Tessler and David Mechanic. "Consumer Satisfaction with
Prepaid Group Practice," Journal of Health and Social Behavior.
p.95 - 112. 1975.

- Shelley, Maynard W. Responding to Social Change. Pennsylvania : Dowden, Hutchinson & Press, Inc., 1975.
- Tiffin, Joseph and Esnesr J. McCormick. Industrial Psychology. Englewood Cliffs ; N.J : Prentice Hall, 1965.
- Vroom, Victor H. Management and Motivation. Baltimore : Pengnin, 1970.
- ✓Vroom, W.H. Work and Motivation. New York : John Wiely and Sons Inc, 1964.
- Wallestein, Harvey. A Dictionary of Psychology. Maryland : Penguin Books, 1971.
- William, R. Rosengren and Mark Lefton. Hospital and Patients. p. 74 - 75. New York : Atherton Press, 1969.
- Wilson, Robert N. The Sociology of Health. New York : An Introduction Random House, 1970.
- Wolman, Benjamin B. Dictionary of Behavioral Science. Van Nostrand : Reinheld Company, 1973.
- Yamane, Taro. Statistics : an Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความ
สมัครใจ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีบัตรสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพราะคำตอบของท่านทุกข้อจะเป็นประโยชน์ในการ
นำมาปรับปรุงระบบการให้บริการในโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่เหมาะสม
มีคุณภาพ สะดวก และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพให้มากที่สุด

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงใน () ที่เป็นคำตอบที่ถูกต้องสำหรับท่านเพียงข้อเดียว

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. สถานภาพการสมรส () โสด () คู่ () หม้าย, หย่า () แยกกันอยู่
3. ระดับการศึกษา
() ต่ำกว่าประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() ประถมศึกษา () อุดมศึกษา
4. อาชีพ
() เกษตรกรรม () รับราชการ
() ค้าขาย () อื่นๆ
() รับจ้าง
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
() รายได้ตั้งแต่ 3,000 บาทลงมา
() รายได้ตั้งแต่ 3,001 - 8,000 บาท
() รายได้ตั้งแต่ 8,001 - 20,000 บาท
() มากกว่า 20,000 บาท
6. จำนวนครั้งของการซื้อบัตรประกันสุขภาพ
() ครั้งแรก () 3 ครั้ง
() 2 ครั้ง () มากกว่า 3 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านคิดว่า ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ

ไม่เห็นด้วย
อย่างยิ่ง

ความพึงพอใจต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ

- | | |
|---|-------|
| 1. ราคาของบัตรเหมาะสมแล้ว..... | |
| 2. สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรประกันสุขภาพเหมาะสม..... | |
| 3. จำนวนสมาชิกที่กำหนดในบัตรเหมาะสม..... | |
| 4. รู้สึกพอใจกับการรักษาตามขั้นตอน..... | |
| 5. เมื่อซื้อบัตรประกันสุขภาพเหมือนกับมีหลักประกันทาง
ด้านการเจ็บป่วย..... | |
| 6. เมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพรักษาพยาบาลไม่มีคุณภาพ
เท่ากับการใช้สิทธิอื่นๆ..... | |
| 7. ท่านรู้สึกไม่พอใจเมื่อบางครั้งต้องจ่ายเงินเพิ่มเติม
จากการใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพ เมื่อต้องการ
อุปกรณ์บางประเภทที่ไม่ระบุไว้ในระเบียบของ
โครงการบัตรสุขภาพ..... | |
| 8. การใช้บริการประกันสุขภาพมารับบริการทางด้าน
สาธารณสุข เหมือนกับการบริการระบบทางด่วน..... | |
| 9. เมื่อซื้อบัตรประกันสุขภาพแล้ว รู้สึกคุ้มค่ากับราคา
และค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล..... | |
| 10. ยาทที่ท่านได้รับมีคุณภาพดี..... | |
| 11. ท่านรู้สึกว่าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัย มีความ
สามารถในการรักษาการเจ็บป่วยของท่านได้..... | |

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. ท่านอยากมารักษาที่นี่อีก เพราะมีเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์พยาบาลดี.....
13. เมื่อท่านมีอาการป่วยแบบฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถช่วยเหลือท่านได้ทันทีทันใด..
ความพึงพอใจต่อความสะดวก					
14. ในการเข้ารับบริการ แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัย ใช้เวลาน้อยแทบจะไม่ถามอาการป่วยของท่านเลย
15. ท่านเดินทางไปใช้บริการสาธารณสุขตามที่ระบุ ไว้ในบัตรสุขภาพเพราะเดินทางไปมาสะดวก.....
16. ท่านต้องเสียเวลาในการรอคอยที่บัตร รอตรวจ จากเจ้าหน้าที่อนามัยและแพทย์.....
17. ท่านได้รับการเรียกตรวจให้เข้าพบแพทย์รวดเร็วทันใจ เมื่อมีบัตรประกันสุขภาพไปด้วย.....
18. เวลาที่ท่านรับยาท่านรู้สึกเบื่อหน่ายเพราะต้องรอ..
19. เมื่อไปใช้บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยดีเสมอ.....
20. ถ้าได้มีการส่งตัวจากสถานีอนามัยมาโรงพยาบาล ท่านจะได้รับการรวดเร็วทันใจ.....
21. การเจ็บป่วยต้องบริการตามขั้นตอน ท่านคิดว่า ยุ่งยาก.....

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ความพึงพอใจต่ออัตรายัตยและความสนใจของผู้ให้บริการ					
22. ท่านรู้สึกว่แพทย์ เจ้าหน้าที่อนามัย สนใจคาบออก เส่าเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างดี...
23. ท่านรู้สึกว่พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัยมีสีหน้าบึ้งตึง และพูดจาไม่สุภาพกับท่านเสมอๆ หรือบ่อยครั้ง...
24. ท่านรู้สึกว่ เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและเจ้าหน้าที่อื่นๆ กระตือรือร้นที่จะให้บริการแก่ท่าน.....
25. ท่านรู้สึกว่ เจ้าหน้าที่ห้องยาแสดงสีหน้าบึ้งตึงและ รำคาญ เมื่อท่านซักถาม.....
26. ท่านมีความสบายใจ อบอุ่นใจ เมื่อไปใช้บริการ สาธารณสุขตามทีละบูไว้ในบัตรประกันสุขภาพ.....
27. ท่านรู้สึกว่ เมื่อมีบัตรประกันสุขภาพแสดงต่อเจ้า หน้าที่ ท่านได้รับการต้อนรับด้วยความยินดีที่จะให้ บริการ.....
ความพึงพอใจต่อข้อมูลทีได้รับจากการใช้บริการ					
28. เจ้าหน้าที่ห้องบัตรได้อธิบายเกี่ยวกับการกรอก ประวัติเป็นอย่างดี.....
29. ท่านรู้สึกไม่พอใจเพราะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัย ไม่ได้บอกว่ท่านเป็นโรคอะไร.....
30. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อนามัยให้คำแนะนำหรือ อธิบายปัญหาต่างๆ แก่ท่านเป็นอย่างดี.....
31. เจ้าหน้าที่ห้องยาได้อธิบายวิธีการรักษาแก่ท่าน เป็นอย่างดี.....

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
32. แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยไม่ได้ที่คานะน่านแก่ ท่าน นอกจากตรวจร่างกายและส่งยาให้กินเท่า นั้น.....					

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการใช้บริการสาธารณสุข

ปัญหาและอุปสรรค

1.
2.
3.
4.
5.

ข้อเสนอแนะ

1.
2.
3.
4.
5.

ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งต่อการตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์

ภาคผนวก ข

- รายนามผู้เชี่ยวชาญ**
- ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ**

รายนามผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรม
 สำนักงารสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. นายจักรินทร์ ชื่องวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุข 5 ฝ่ายแผนงาน
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. อาจารย์เรณู สุวรรณภาค คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 สถาบันราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
4. นายยุทธพงษ์ ขวัญชื่น นักวิชาการสุขศึกษา 5
 ฝ่ายวิชาการกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข
5. นายอนันต์ มลารัตน์ นักวิชาการสาธารณสุข 5
 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลาดบัวหลวง
 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ

บัตรประกันสุขภาพ	
 เงินทดรองเงินบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	
กรมการแพทย์ พระนครศรีอยุธยา อำเภอ จังหวัด	
เลขที่	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 1 - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ชื่อหัวหน้าครอบครัว	
เลขที่ ม. ต.
ใช้ได้ถึงวันที่	
 (นายสมณะ เกียรติทอง)	 (เรือโททฤฯ แสงเชิงเ็จ) บารอ ทองคำสมุทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานกรรมการ ประธานอนุกรรมการ

หน่วยบริการประจำครอบครัว	
1. สถานีนอนมัย	พระนครศรีอยุธยา
2. โรงพยาบาล	พระนครศรีอยุธยา
ผู้มีสิทธิใช้บัตรนี้	ชาย ปี
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
รวม.....คน	
ให้แสดงบัตรนี้พร้อมบัตรประชาชน หรือบัตรอื่นที่ราชการออกให้ เมื่อไปรับบริการ	

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นายอดิเรก พงษ์กาปี

เกิดวันที่ 9 พฤษภาคม 2511

สถานที่เกิด อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ที่อยู่ปัจจุบัน 23 หมู่ 7 ตำบลคลองสวนพลู อำเภอพระนครศรีอยุธยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 4 สถานีอนามัยตำบลคลองสวนพลู
อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2529 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอยุธยาวิทยาลัย

พ.ศ. 2533 วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

พ.ศ. 2535 วิทยาศาสตร์บัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
วิทยาลัยครูพระนครศรีอยุธยา

พ.ศ. 2540 การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร