

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage of Health Care : UC)

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ในยุทธศาสตร์
การพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคมได้กำหนดให้มีการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ
ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ทัวถึงและเป็นธรรมควบคู่กับการสร้างหลักประกันสุขภาพ
แก่คนทุกช่วงวัย (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544) ดังนั้นการให้หลัก
ประกันสุขภาพจึงเป็นมาตรการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนคนไทยทุกคนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และ
สาธารณสุขได้โดยไม่มีเศรษฐกิจเป็นตัวกีดกัน เนื่องจากระบบประกันสุขภาพเป็นกระบวนการให้
ทุนสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขรูปแบบหนึ่ง ตั้งแต่การเป็นแหล่งเงิน (source of finance)
การจัดสรรจากแหล่งเงิน ไปยังองค์กรที่ทำหน้าที่ในการจ่ายเงินหรือจัดสรรเงินให้กับผู้ให้บริการ
(allocation of finance to insurers or payers) วิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ (allocation methods or
payment to providers) และระบบบริการ (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2542) นอกจากนี้รัฐธรรมนูญ
แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52
บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและ
ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ทั้ง
นี้ตามที่กฎหมายบัญญัติและหมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 บัญญัติ
ไว้ว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมี
ประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ” (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) หลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าจึงเป็นก้าวอย่างสำคัญหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพเพราะเป็นกลไกที่ทำหน้าที่รับรอง

สิทธิในด้านสุขภาพของคนไทย เป็นยุทธศาสตร์หลักในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วถึงประสิทธิภาพด้วยมาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน ตลอดจนเป็นเครื่องมือทางการเงินการคลังจูงใจให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนไทยได้อย่างทั่วถึง (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

ความหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพ

การสร้างระบบประกันสิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและเสมอหน้ากันด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น ทั้งนี้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูก” “บริการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ” หรือ “บริการที่ต้องสมัครจึงจะได้รับ” แต่เป็นบริการที่ต้องเป็นสิทธิตามกฎหมายกำหนด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

แนวคิดหลักสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนควรมีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือสุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจและใกล้บ้านหรือที่ทำงาน
3. สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนที่ให้บริการต้องมีมาตรฐานและจะต้องได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation)
4. ระบบประกันสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรกที่ทำให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ) ในกรณีที่เกิดความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น
5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเองและหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network)
6. ระบบการเงินจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (cost containment system) และต้องไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น กลไกการจ่ายเงิน

แก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขได้ทำการศึกษาวิจัยและสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพขึ้นมา จนนำไปสู่การเกิดแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด แนวคิดดังกล่าวได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. ความเสมอภาค (equity) ในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพอเสมอกัน ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมีคุณภาพและได้มาตรฐานการรักษาที่เสมอภาคไม่มีการแบ่งแยก
2. ทางเลือกในการรับบริการ(choice) ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการหลากหลายเข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพ
3. ประสิทธิภาพ (efficiency) เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัดและคุ้มค่าที่สุด มีระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัดโดยเน้นการบริการผ่านสถานบริการปฐมภูมิ (primary care networks)
4. การ “ สร้าง ” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้นแต่ยังเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal health care) ที่เป็นบริการการส่งเสริมป้องกันภัยต่อสุขภาพ

รูปแบบหลักประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพที่มีในปัจจุบันมีรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่จัดโดยภาครัฐและเอกชนซึ่งมีความแตกต่างกันมาก ทั้งในด้านความคิด วัตถุประสงค์ สิทธิประโยชน์ การครอบคลุมประชากร ตลอดจนที่มาของเงินการคลังและหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งสามารถจำแนกระบบประกันสุขภาพของไทยได้ 3 รูปแบบหลักๆ คือ (อำพล จินดาวัฒนะและสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2547 ; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544)

รูปแบบที่ 1 สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว เป็นระบบรัฐบาล จ่ายเงินให้สถานบริการตามที่ใช้จ่ายจริง (free for service)

รูปแบบที่ 2 การประกันสุขภาพแบบบังคับ ประกอบด้วยกองทุนประกันสังคม กองทุนทดแทนแรงงาน การประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคคลที่ 3 ตาม พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ

รูปแบบที่ 3 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นการสร้างหลักประกันให้แก่คนไทยที่ยังไม่มีสิทธิใดๆ ให้สามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย สิทธิประโยชน์ที่ได้รับครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

ประเภทสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บุคคลผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือทุกคนที่ไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายหรือระเบียบอื่นๆของรัฐซึ่งมีอยู่ก่อนแล้ว ได้แก่ ข้าราชการและลูกจ้างประจำของรัฐ พนักงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจรวมทั้งคนภายในครอบครัวที่มีสิทธิลูกจ้างในโครงการประกันสังคม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

ประเภทแรก ไม่จ่ายค่าบริการหรือค่าธรรมเนียม

ผู้ที่มีสิทธิบัตรประเภทนี้ ไม่ต้องจ่ายค่าบริการหรือค่าธรรมเนียมใด ๆ ให้แก่หน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุขแต่ละครั้ง (บัตรทองที่มี ท.) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยครอบคลุมผู้มีบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เด็กอายุ 0-12 ปี นักเรียนมัธยมต้น ผู้สูงอายุ 60 ปี ผู้พิการและผู้ंनाศาสนา ทหารผ่านศึกและผู้ंनाชุมชน

ประเภทสอง จ่ายค่าบริการหรือค่าธรรมเนียม 30 บาท

ผู้ที่มีสิทธิบัตรประเภทนี้ จ่ายค่าบริการหรือค่าธรรมเนียม 30 บาทให้แกหน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุขแต่ละครั้ง (บัตรทองที่ไม่มี ท.) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มเติม โดยครอบคลุมประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิตามประเภทแรก

ดังนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกี่ยวข้องกับ 2 เรื่องใหญ่ที่แยกออกจากกันไม่ได้ คือ 1. ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (health care) ให้มีคุณภาพได้มาตรฐานที่ยอมรับได้ (quality) ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสมแต่ไม่ใช่ตามอำเภอใจ (choice & accessibility) และ 2. ปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข (health care financing) เพื่อเพิ่มความเป็นธรรมให้กับประชาชน (equity) เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (efficiency) และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างสมเหตุสมผล (cost containment) (อำพล จินดาวัฒนะและสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2547)

1. ระบบบริการสาธารณสุข (health care)

ระบบบริการสาธารณสุขที่ดีต้องจัดบริการให้มีเพียงพอประชาชนสามารถเข้าถึงได้ โดยที่ลักษณะภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ไม่เป็นอุปสรรค มีลักษณะบูรณาการ ผสมผสาน เบ็ดเสร็จต่อเนื่องและมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรม ซึ่งเมื่อใช้กรอบระบบบริการสุขภาพที่ดีวิเคราะห์แบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดังนี้ (สุกสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2544)

1.1 การมีบริการ (availability) หมายถึงมีบริการสุขภาพที่สมดุลทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ สำหรับการรักษายาบาลนั้น ยังแบ่งเป็นบริการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

1.2 การเข้าถึง (accessibility) ปัจจัยในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีทั้งปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและระเบียบกำหนดของระบบบริการสุขภาพ เช่น ระบบบริการสุขภาพในบางประเทศต้องการให้ประชาชนใช้บริการกับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น นอกเหนือจากนี้ให้ผ่านระบบส่งต่อ บางประเทศให้อิสระแก่ประชาชนอย่างเต็มที่ในการเลือกใช้บริการ ทั้งนี้ Penchansky and Thomas (1981 อ้างใน ธนวัฒน์ นันทสมบุรณ์, 2542) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงการบริการ จำแนกเป็น 5 ประเภท คือ

1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง

3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก

4) ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือมีการประกันสุขภาพ (affordability)

5) การยอมรับคุณภาพของบริการ (acceptability) ซึ่งรวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการด้วย

1.3 การยอมรับได้ (acceptability) การยอมรับในคุณภาพของบริการมีทั้งมิติของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในที่นี้เน้นที่การยอมรับของผู้รับบริการ

1.4 สามารถจ่ายได้ (affordability) ซึ่งพิจารณาได้ 2 ระดับใหญ่ ๆ คือระดับมหภาค ระบบสุขภาพที่มีอยู่เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจของประเทศหรือไม่ สิ้นเปลือง

งบประมาณของประเทศเพียงใด กับระดับบุคคลหรือครัวเรือน บริการสุขภาพนั้น ๆ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจนไม่สามารถหาเงินมาชำระได้หรือไม่

1.5 มีประสิทธิภาพ (efficiency) ประสิทธิภาพเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์ที่ได้กับปัจจัยนำเข้า ถ้าผลลัพธ์ที่ได้มีมูลค่าสูงกว่าปัจจัยนำเข้า ถือว่าระบบงานมีประสิทธิภาพ

1.6 มีความเป็นธรรม (equity) ความเป็นธรรมมีมิติในการมองที่ซับซ้อน อาจมองได้ทั้งความเป็นธรรมของการให้ปัจจัยนำเข้าระหว่างกลุ่มประชากรต่าง ๆ หรือการกระจายของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเหมาะสมในกลุ่มต่าง ๆ เพียงใด

ดังนั้น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำ โดยแบ่งพื้นที่ตามภูมิศาสตร์หรือการปกครองของกระทรวงมหาดไทยของผู้ใช้บริการเป็นสถานพยาบาลประจำตัวและครอบครัวโดยคำนึงถึงความสะดวกการเดินทางไปรับบริการรวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนให้กับสถานพยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่จากสัดส่วนของประชาชนที่มาลงทะเบียน แบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

ประเภท 1 ผู้มีสิทธิที่อยู่ในอำเภอที่ไม่ติดต่อกับอำเภอที่มีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปตั้งอยู่ ให้ผู้มีสิทธิเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลหลักตามบัญชีรายการเครือข่ายหน่วยบริการที่จังหวัดจัดทำ

ประเภท 2 ผู้มีสิทธิที่อยู่ในอำเภอที่ติดต่อกับอำเภอที่มีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปตั้งอยู่ให้ผู้มีสิทธิเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลหลักที่มีใช้โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป (ยกเว้นตำบลที่การเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปสะดวกกว่าโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอตนเองหรืออำเภอติดต่อ)

ประเภท 3 ผู้มีสิทธิที่อยู่ในอำเภอที่มีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่ตั้งอยู่ ให้ผู้มีสิทธิเลือกของแต่ละอำเภอ

ประเภท 4 ผู้มีสิทธิที่อยู่ในหมู่บ้านตรงรอยต่อระหว่างจังหวัดที่มีพื้นที่ต่อเนื่องกันให้ผู้มีสิทธิของแต่ละหมู่บ้านที่อยู่ตรงรอยต่อเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลหลักที่มีใช้โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป (ยกเว้นตำบลที่การเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปสะดวกกว่าโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอตนเองหรืออำเภอติดต่อ)

ประเภท 5 ผู้มีสิทธิที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ผู้มีสิทธิเลือกคลินิกประจำครอบครัวและโรงพยาบาลที่ส่งต่อทั้งในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยกำหนดเพดานจำนวนประชากรที่สามารถรับได้ในแต่ละคลินิกประจำครอบครัว

นอกจากนี้ ประชาชนสามารถไปใช้บริการหน่วยบริการประจำที่เลือกลงทะเบียนได้ ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลหลักโดยไม่ต้องผ่านระบบการส่งต่อ ส่วนการใช้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ต้องผ่านระบบการส่งต่อ ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศภายใน 72 ชั่วโมง โดยเรียกเก็บเงินจากเครือข่ายบริการสุขภาพที่รับผิดชอบตามเงื่อนไขกำหนด

หน่วยบริการที่ให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดเป็น 3 กลุ่ม คือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

กลุ่มที่ 1 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) เป็นหน่วยให้บริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ พื้นฐานมีลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกการให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชนไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยบริการระดับนี้ต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการที่ปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ที่ประชาชนมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการสามารถจัดบริการได้ครบทุกประเภทและมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่างๆครบตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง เรียกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (main contractor) หน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภทมีบุคลากรที่ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนดเรียกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรอง (sub-contractor)

กลุ่มที่ 2 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care: CUS) เป็นหน่วยที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรวมถึงโรงพยาบาลสังกัดรัฐอื่นๆ และโรงพยาบาลเอกชนที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

กลุ่มที่ 3 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary Care : CUT) เป็นหน่วยที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยบริการที่ให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ หน่วยบริการแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยคู่สัญญาจัดบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

ซึ่งเครือข่ายบริการสุขภาพป่าซาง-เวียงหนองล่อง โดยมีโรงพยาบาลป่าซางเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care: CUS) ดูแลพื้นที่

กึ่งอำเภอเวียงหนองล่องโดยตรง จึงมีหน้าที่ควบคุมกำกับหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพ ป่าซาง-เวียงหนองล่อง ให้มีการบริการตามมาตรฐานที่รัฐกำหนด ตลอดจนบริหารงบประมาณที่ต้องตามจ่ายค่าใช้จ่ายจากการไปใช้บริการของประชาชนที่เลือกโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัด เชียงใหม่เป็นหน่วยบริการหลัก โดยมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในเขตกึ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จ.ลำพูน จำนวน 4 ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนดงหลวง ศูนย์สุขภาพชุมชนวังผาง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองล่อง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองยวง

2. ระบบการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข (health care financing)

การสร้างหลักประกันสุขภาพที่พึงปรารถนายังขึ้นอยู่กับนโยบายการคลังสุขภาพเป็นฐานสำคัญ ซึ่งระบบการเงินการคลังภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการบริหารงบประมาณแบบใหม่ โดยรูปแบบการคลังสำหรับบริการสุขภาพนั้นมุ่งหวัง 2 ประการ คือ การกระจายความเสี่ยงหรือลดความเสี่ยงของบุคคลในการที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและทำหน้าที่ในการกระจายความมั่นคงและความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในสังคม (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2542) และมีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดสรรเงินงบประมาณให้กับสถานบริการตามแผนงาน โครงการปกติจากส่วนกลางสู่ภูมิภาคและเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเองมาเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นลักษณะการจ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (pre-paid & capitation) ตามจำนวนประชากรที่เลือกลงทะเบียนกับเครือข่ายสถานบริการ (อำพลจินดาวัฒน์ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2547) นอกจากนี้กำหนดให้โรงพยาบาลทำหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลด้วย ซึ่งโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนจะร่วมกันวางแผนการทำงานในพื้นที่สอดคล้องกันมากขึ้นและเอื้อกับการพัฒนาศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน (วิโรจน์ ธีระนองและคณะ, 2546) รวมทั้งเป็นการกระตุ้นประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขโดยพัฒนาบทบาทของการคลังรวมหมู่ (collective financing) และควบคุมคุณภาพของการจัดบริการและการรักษาผลประโยชน์ของผู้ประกันตน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2542)

รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ

การจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการสาธารณสุข มี 2 รูปแบบคือ

1) การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม (inclusive capitation) สำหรับผู้ป่วยนอก (รวมงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) และผู้ป่วยในให้หน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น หน่วยบริการระดับต้นต้องตามจ่ายแต่กรณีมีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สถานพยาบาลที่

ดูแลผู้ป่วยเบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง กรณีผู้ป่วยนอกการตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์จังหวัดกำหนด ส่วนกรณีผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs with global budget)

2) การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก (รวมงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) (exclusive capitation) ให้หน่วยบริการระดับต้น งบประมาณสำหรับผู้ป่วยในให้บริหารที่จังหวัด โดยจ่ายให้สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราค่าตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม กรณีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

ปี 2545 กลไกการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม (inclusive capitation) ปัญหาที่พบคือสถานพยาบาลมีแนวโน้มพึ่งพิงกองทุนประกันความเสี่ยง (contingency fund) ดังนั้นในปี 2547 กลไกการจ่ายเงินถูกบังคับเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก (exclusive capitation) ทั้งหมด ซึ่งช่วยลดปัญหาการไม่ยอมส่งต่อผู้ป่วย (delay treatment) ของสถานพยาบาล คู่สัญญาหลัก (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2545 ; อัมมาร สยามวาลา, 2547)

นอกจากนี้สถานบริการต้องวิเคราะห์สถานภาพทางการเงินการคลังของสถานบริการ จากอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (current ratio) และอัตราส่วน สินทรัพย์คล่องตัว (quick ratio) โดยอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (current ratio) เป็นเครื่องชี้ฐานะทางการเงินระยะสั้นของหน่วยงาน ถ้าอัตราส่วนนี้มีค่ามากกว่า 2 แสดงว่าสภาพทางการเงินมีความคล่องตัว แต่ถ้าค่าที่ได้น้อยกว่า 2 ถือว่าขาดสภาพคล่องหมายความว่าสถานบริการมีปัญหา ความมั่นคงในระบบการบริการหรือความน่าเชื่อถือในระบบการบริหารของโรงพยาบาล ส่วนอัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (quick ratio) ใช้สำหรับวัดความสามารถของหน่วยงานในการชำระหนี้สินหมุนเวียนที่หักสินค้าคงเหลือออก ถ้าอัตราส่วนนี้มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าสภาพทางการเงินมีความคล่องตัว แต่ถ้าค่าที่ได้น้อยกว่า 1 ถือว่าขาดสภาพคล่องหมายความว่าสถานบริการมีปัญหาความมั่นคงความน่าเชื่อถือทางการเงินจะส่งผลกระทบต่อการบริหารระยะสั้น (คณะทำงานการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของสถานบริการสุขภาพ, 2547)

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพของประชาชน

Aday and Andersen (1975 อ้างใน ชมพูนุท สุจริตจันทร์, 2545) ได้สร้างรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาการใช้บริการสุขภาพทั้งระบบ เริ่มต้นจากนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดสรรอัตราค่าจ้าง การจัดองค์กรสาธารณสุข

และระบบการให้บริการสาธารณสุข ลักษณะระบบการให้บริการสาธารณสุขและลักษณะผู้ใช้บริการ ดังนี้

1. ลักษณะของระบบการให้บริการสาธารณสุข (characteristic of health delivery system) ปัจจัยทางด้านนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขของสถานบริการแต่ละด้านแต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรทั้งในด้านปริมาณ ความเพียงพอ การกระจาย ตลอดจนพิจารณาถึงความครอบคลุมของการให้บริการอีกด้วย นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงองค์การสาธารณสุขในด้านระบบการให้บริการและลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่จะมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและลักษณะของผู้ใช้บริการ

2. ลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการเป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม จิตวิทยาของผู้ใช้บริการ ได้แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

2.1 ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างสังคม เช่น เชื้อชาติ การศึกษา ศาสนา เป็นต้นและความนิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.2 ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ปัจจัยนี้ได้แก่ รายได้หรือทรัพยากรของครอบครัวและแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

2.3 ปัจจัยด้านความจำเป็น (need for health services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสมด้วย ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพและการประเมินการเจ็บป่วย

นอกจากนี้ Andersen and Anderson (1979 อ้างใน กุศล สุนทรธาดาและวรชัยทองไทย, 2539) ได้สรุปรวบรวมแนวคิดของนักวิจัยหลายๆคน เกี่ยวกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 7 กลุ่ม

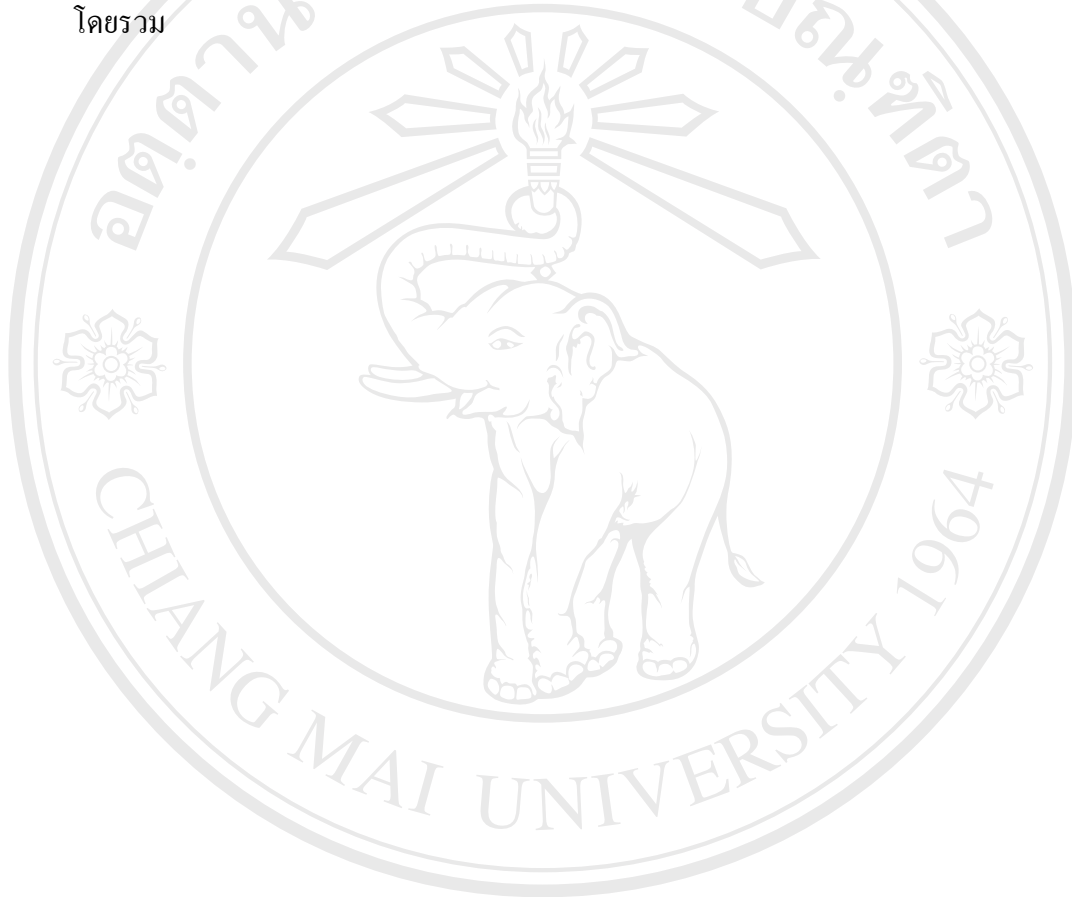
1) ตัวแปรทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรสและขนาดครอบครัว

2) ตัวแปรทางด้านโครงสร้างสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และเชื้อชาติ

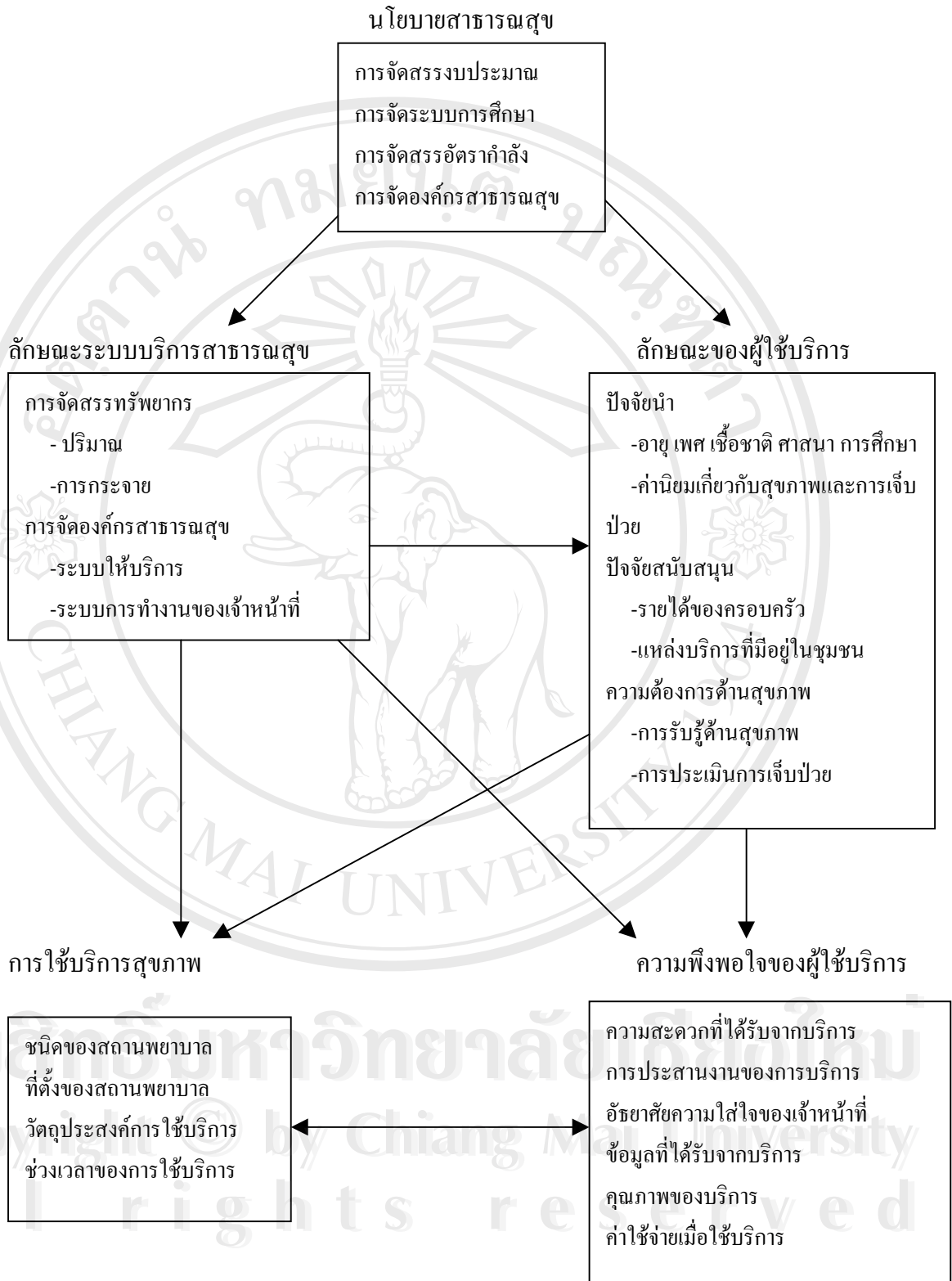
3) ตัวแปรทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การรับรู้ที่เจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความคาดหวังถึงประโยชน์ของการไปรับบริการและแนวทางที่นำไปสู่การใช้บริการ

4) ตัวแปรทางด้านทรัพยากรของครอบครัว ได้แก่ รายได้ ความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ การมีสถานบริการที่จะไปใช้เป็นประจำ

- 5) ตัวแปรทางด้านทรัพยากรของชุมชน ได้แก่ อุปทานของบริการสุขภาพในชุมชน เขตที่อยู่อาศัย ลักษณะของชุมชนและการเข้าถึงบริการของชุมชน
- 6) ตัวแปรทางด้านองค์กร ได้แก่ แบบแผนของผู้ให้บริการ ลักษณะของระบบบริการ ลักษณะของสถานบริการและบุคลากรที่ผู้ป่วยพบเป็นด่านแรก
- 7) ระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายทางด้านสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจโดยรวม



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved



แผนภูมิ 1 : รูปแบบของการศึกษาการใช้บริการสุขภาพ

ที่มา : Aday and Andersen (1975 อ้างใน ชมพูนุท สุจริตจันทร์, 2545)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นวลจันทร์ ทศนชัยกุล (2523) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการคนไข้ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการโรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี อุรธานีและ นครราชสีมา จังหวัดละ 150 คน ผลการศึกษาพบว่า คนไข้ไม่มาโรงพยาบาล ร้อยละ 35.4 เพราะ คิดว่าไม่เป็นอะไรมาก ร้อยละ 18.2 เบื่อการรอคอย ร้อยละ 14.7 การเดินทางไม่สะดวกส่วนทัศนคติเกี่ยวกับแพทย์ กลุ่มตัวอย่างพอใจในความสามารถของแพทย์ ร้อยละ 25.5 พอใจที่แพทย์สุภาพเป็นกันเองใจดี ร้อยละ 25.3 พอใจในการตรวจอย่างละเอียดถี่ถ้วน ร้อยละ 9.3 ไม่พอใจแพทย์ตรวจรวดเร็วเกินไป ร้อยละ 14.8 มารักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ร้อยละ 14.4 และร้อยละ 13.05 ไม่พอใจที่แพทย์ไม่ให้กำลังใจ นอกจากนี้ทัศนคติเกี่ยวกับพยาบาล ร้อยละ 39.4 พอใจที่พยาบาลยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาไพเราะและร้อยละ 22.9 ไม่พอใจที่พยาบาลหน้าบึ้ง ร้อยละ 17.7 ไม่พอใจที่กริยาไม่ดี และร้อยละ 20.0 ไม่พอใจที่พยาบาลดู

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัมย์ (2531) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน พบว่าการใช้บริการสุขภาพอนามัยของประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สถานบริการแห่งแรกที่ประชาชนนิยมไปรับบริการคือศูนย์สุขภาพชุมชน เหตุผลคือเดินทางสะดวก ร้อยละ 53.6 มีบัตรสงเคราะห์/บัตรสุขภาพ ร้อยละ 13.1 และบริการดีเป็นกันเอง มีเพียงร้อยละ 2.6 ร้อยละ 31.5 รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 14.4 เหตุผลคือความเชื่อถือในสถานบริการ ร้อยละ 51.1 เดินทางสะดวก ร้อยละ 23 และมีบัตรสงเคราะห์/บัตรสุขภาพ ร้อยละ 10.4 และที่น่าสังเกตไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ให้เหตุผลว่าที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเพราะบริการดี เป็นกันเอง

อรพินท์ บุนนาค และ อัจฉรา เอ็นซ์ (2538) ได้ศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มประชาชนที่เคยไปใช้บริการศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งสิ้น 7 ศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง รวมกลุ่มตัวอย่าง 419 ราย ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลในการมาใช้บริการที่ศูนย์ฯ คือ มีความสะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 52.0 เสียค่าใช้จ่ายน้อย ร้อยละ 16.5 การบริการดี เป็นกันเอง ร้อยละ 12.4 มีความเชื่อถือในตัวแพทย์/พยาบาล/สถานบริการน้อยที่สุด ร้อยละ 4.1 เท่านั้น

กุศล สุนทรธานาและวรชัย ทองไทย (2539) ได้ศึกษาลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการให้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในสถานบริการเอกชน 3 ประเภทคือ คลินิก โพลีคลินิกและโรงพยาบาล จำนวน 999 คน พบว่าคุณภาพบริการของสถานบริการของรัฐที่ต้องปรับปรุง คือการคอยตรวจรักษา ร้อยละ 33.4

ความสะดวกในการใช้บริการ ร้อยละ 17.4 การต้อนรับ ร้อยละ 16.3 การเอาใจใส่คนไข้ของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 15.7 และการบริการของพยาบาล ร้อยละ 12.8 ตามลำดับ

กึ่งแก้ว เกษโกวิท (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 3 หมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจเลือกสถานบริการขึ้นอยู่กับ 1) ความเชื่อถือ ศรัทธาของประชาชน ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่อนามัย 2) ประสิทธิภาพของการรักษา สถานบริการที่ไหนรักษาหาย ชาวบ้านจะไปรักษาที่นั่น 3) ระดับความรุนแรงของโรค หากการเจ็บป่วยรุนแรงมากชาวบ้านจะเลือกไปใช้บริการโรงพยาบาล 4) ระยะทางของการเดินทางไปรักษาที่ใกล้และสะดวก 5) ทักษะคดีที่มีต่อสถานบริการ ในด้านการให้บริการดี พุดจาไพเราะ เป็นกันเอง สะดวกรวดเร็ว 6) การมีบัตรประกันสุขภาพ/บัตรผู้สูงอายุ/บัตรสปร. 7) ระบบการส่งต่อของสถานบริการที่เมื่อเกินขีดความสามารถจะมีการส่งไปรักษายังสถานบริการระดับสูงต่อไป หรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว หรือในรายที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังต้องไปรับยาอย่างต่อเนื่อง จะถูกส่งตัวมารับยาที่สถานบริการพยาบาลใกล้บ้าน

ธนวัฒน์ นันทสมบุรณ์ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนต่อการใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 274 คน พบว่า คุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ ในระดับดีคือ ความสามารถของแพทย์ ส่วนคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐอยู่ในระดับต่ำคือระยะเวลารอคอยในการตรวจรักษา การให้เวลาในการตรวจรักษาของแพทย์ การเอาใจใส่คนไข้ของแพทย์/พยาบาล และอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจรักษา

ประภาส จิตวิวัฒนา (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเดิมของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มที่มาใช้บริการทั่วไป และกลุ่มที่ไม่กลับมารับรักษา จำนวน 500 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเดิม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ 2) แพทย์มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงในการรักษาและวินิจฉัยโรค 3) แพทย์ที่มาออกตรวจที่สถานบริการสุขภาพพิเศษมีผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นตามมารักษา 4) ชื่อเสียงขององค์กรเป็นที่ยอมรับ 5) การให้บริการโดยทั่วไปมีคุณภาพ อาคารสถานที่/ห้องพักรักษา มีความสะอาดเรียบร้อย 6) ความรวดเร็วในการให้บริการ และการให้บริการที่ดีกว่าโรงพยาบาลอื่น ในส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการเพียงครั้งเดียวและผู้ป่วยไม่กลับมารับการรักษา ให้เหตุผลว่าได้รับบริการที่ล่าช้า ไม่ได้รับความสะดวกจากทำเลที่ตั้ง อาคารสถานที่ที่จืดจาง

วิจิตร ระวิวงศ์, ชาย ชีระสุดและสุริยนต์ สุวรรณราช (2543) ได้ศึกษาลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพจากผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบและผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำนวน 2,400 ราย พบว่าผู้รับบริการในทุกระบบประกันสุขภาพประสบปัญหาเมื่อไปใช้บริการ คือเจ้าหน้าที่ไม่ใคร่กระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อยและไม่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สถานพยาบาลที่กำหนดให้ไม่สะดวกในการเดินทาง มีความวิตกกังวลในคุณภาพของยาที่ได้รับ ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคและการใช้บริการสุขภาพโดยไม่ต้องจ่ายเงินเองทำให้ผู้รับบริการมีแนวโน้มใช้บริการเกินความจำเป็น ในขณะที่การใช้บริการของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพจะน้อยกว่าและประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพ

โยธิน แสงดีและคณะ (2543) ได้ศึกษาถึงปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน สถานิออนามัยตำบล ทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัด รวมจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจทั้งสิ้น 1,473 ตัวอย่าง พบว่าลักษณะผู้ให้บริการในสถานบริการภาครัฐ ลักษณะการเจ็บป่วยที่ประชาชนใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและเลือกใช้บริการสถานิออนามัยเป็นอันดับแรก ได้แก่ ไข้/ไข้หวัด ร้อยละ 21.2 รองลงมา ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ ร้อยละ 15.7 โรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ ไข้/ไข้หวัด ร้อยละ 9.7 รองลงมา ปวดท้อง ร้อยละ 7.5 ตามลำดับและเป็นที่น่าสังเกตว่าอาการปวดเมื่อย ปวดเข่า ปวดหลังหรือปวดขา จะไปใช้บริการคลินิกเอกชน ถึงร้อยละ 17 โดยการไปใช้บริการในสถานิออนามัยและโรงพยาบาลของรัฐมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 32.6 และ 29.6 ตามลำดับ อัตราการเจ็บป่วยที่ใช้บริการ ประมาณ 2.1 ครั้ง/คน/ปี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เลือกใช้สถานิออนามัยอันดับแรก ร้อยละ 22.1 เหตุผลคือใกล้ที่พัก/ที่ทำงาน ร้อยละ 97.7 สะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 77.4 เหตุผลที่ไม่ไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐที่อยู่ใกล้บ้าน เพราะไม่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ร้อยละ 29.7 เครื่องมือไม่ทันสมัย ร้อยละ 25.6 เคยไปรับบริการมาแล้วแต่ไม่หายจึงเปลี่ยนที่รักษา ร้อยละ 25.2 ไม่เคยใช้บริการมาก่อน ร้อยละ 15.7 และรักษาไม่ดี/ยาไม่ดี ร้อยละ 14.4 และให้บริการล่าช้าและไม่ทันใจมีเพียงร้อยละ 4.3

ธำรง หาญวงศ์ (2544) ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่าทางเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่นิยมไปรักษาสถานิออนามัย/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน(สบช) ร้อยละ 51.6 รองลงมาเลือกใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 18.8 เหตุผลในการเลือกแหล่งรักษา คือ เดินทางสะดวก (มียานพาหนะ, เดินทางไปถึง) ร้อยละ 65.9 รองลงมาคือ เสียค่าใช้จ่ายน้อย (รวมค่าเดินทางอื่นๆด้วย), ฟรี, เบิกได้

ร้อยละ 39.7 เสียเวลาไม่มาก ร้อยละ 25 เชื่อว่าการรักษาหาย ร้อยละ 23 สถานที่สะดวกสบาย ร้อยละ 14 ช่วงเวลาที่ให้บริการเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต ร้อยละ 11.1 และอรรถาศัยของผู้ให้บริการดี ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ แต่หากการเจ็บป่วยรุนแรง จะเลือกไปรักษาโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 91.3 และรองลงมาไปรักษาสถานีอนามัย ร้อยละ 5.3 เหตุผลในการเลือกแหล่งรักษาเชื่อว่า รักษาหาย (ผู้ให้การรักษาเก่ง, อุปกรณ์พร้อม) ร้อยละ 75.9 เสียค่าใช้จ่ายน้อย ร้อยละ 37.5 และเดินทางสะดวก ร้อยละ 34.

รัชชัย เชื้อนแก้ว (2545) ได้ศึกษาการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของตำบลบ้านถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 160 คน พบว่าหากการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีความรุนแรงมาก ประชาชนจะนิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 5.6 การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงปานกลางนิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 11.9 และการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงเล็กน้อย นิยมไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 18.7 โดยเหตุผลของประชาชนที่ไปใช้บริการสถานีอนามัยระบุว่าสะดวกในการเดินทาง ในขณะที่ประชาชนกลุ่มที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ระบุว่า เชื่อถือในตัวแพทย์/บุคลากรที่ให้การรักษา

อัมพร ฝอยทอง (2545) ได้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิษฐ์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการ 11 คนและผู้ใช้บริการ 240 คน พบว่า ปัญหาอุปสรรคในความเห็นของผู้ใช้บริการ คือ ผู้ใช้บริการมีจำนวนมาก รอแพทย์นาน ไม่มีเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน ไม่มั่นใจในการตรวจจากพยาบาล ต้องการให้แพทย์ตรวจ แพทย์ออกตรวจช้าและรอแพทย์นาน สถานที่คับแคบ

วรัญญา เสี่ยวลักษณ์เลิศ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยด้านส่วนประสมทางบริการที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้บริโภคที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ โดยสุ่มตัวอย่างผู้บริโภคที่เคยใช้บริการ จำนวน 300 คน พบว่า ก่อนการรับบริการปัจจัยที่มีผลคือความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของโรงพยาบาล ความครบถ้วนเครื่องมือและอุปกรณ์ ความทันสมัยเครื่องมือและอุปกรณ์ คุณภาพ วัสดุ – เวชภัณฑ์และยาที่ใช้ ภาพพจน์และชื่อเสียงของ โรงพยาบาลและการไปมาสะดวก ใกล้ที่พัก มีความปลอดภัยและความสะอาดของโรงพยาบาล ขณะรับบริการปัจจัยที่มีผลคือแพทย์ที่ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการป่วยและให้เวลาในการตรวจต่อคนไข้ การซักประวัติและการตรวจร่างกายของแพทย์ ความเพียงพอของอุปกรณ์ที่ให้บริการ ความรู้ความชำนาญในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ภายหลังจากการรับบริการปัจจัยที่มีผลคือความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ การติดตามผลการรักษา ความสะดวกในการติดต่อหลังรับบริการ

เริงพล ตันสุชาติ (2545) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาล ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคของผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่ คือนุเคราะห์ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการทำให้เสียเวลารอคอยรองลงมาคือได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำกว่าผู้ป่วยปกติทำให้เมื่อทานแล้วหายช้าหรือไม่สามารถรักษาโรคตามอาการให้หายขาดได้ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและแพทย์ไม่กระตือรือร้นในการให้บริการ และการตรวจรักษา พูดยาไม่สุภาพ ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่เป็นกันเอง ไม่แนะนำและยังซ้ำเติมผู้ป่วย

ชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 7 หมู่บ้าน รวม 319 ตัวอย่าง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ของการรักษาพยาบาล ลักษณะของความเจ็บป่วย อหยาศัย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่และคุณภาพบริการ

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิลและศิริพร เกื้อกุดนุรักษ์ (2546) ได้ศึกษาการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว พบว่าเมื่อเจ็บป่วยตัดสินใจไปรับบริการที่สถานพยาบาลหรือแหล่งบริการที่พึงพอใจคือรักษาหาย แพทย์/พยาบาลให้การบริการดี เอาใจใส่ พูดยาดี แพทย์มีความรู้ความสามารถ มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมืออุปกรณ์ดี จ่ายยาดี มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันและจะไม่เลือกใช้บริการสถานบริการที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว ถึงแม้ว่าจะเป็นสถานพยาบาลที่ระบุในสิทธิบัตรก็ตาม

อดิเรก เร่งมานะและคณะ (2546) ได้ศึกษาปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุขโรงพยาบาลภูเขียว อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ในกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลภูเขียว แต่ข้ามขั้นตอนไปใช้บริการที่สถานบริการในอำเภอใกล้เคียงทั้งในและนอกจังหวัดและผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลภูเขียวแต่ข้ามขั้นตอนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลภูเขียว โดยไม่ได้ผ่านระบบการส่งต่อ พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุข คือ 1) ด้านความไม่สะดวกเพราะผู้ใช้บริการที่อยู่ในพื้นที่ตำบลรอยต่อสามารถเข้าถึงสถานบริการที่ไม่ได้ระบุในบัตรสะดวกกว่า ทั้งในด้านระยะทางที่ใกล้บ้าน เส้นทางคมนาคมและความคุ้นเคยในการไปใช้บริการ 2) ด้านความไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ ไม่เต็มใจให้บริการมีพฤติกรรมการบริการที่ไม่เหมาะสม ความไม่เชื่อมั่นในผลการรักษา 3) ด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย หากมีความเจ็บป่วยเช่นเดียวกับในอดีต จะตัดสินใจรักษากับสถานบริการที่เคยรักษาอาการให้ทุเลาหรือหาย ถึงแม้สถานบริการนั้น ไม่ได้เป็นสถานบริการที่ผู้ใช้บริการขึ้นทะเบียนไว้ก็ตาม 4) ด้าน

คุณลักษณะของผู้ให้บริการ คือการไม่ตรงต่อเวลาของแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ระยะเวลาการรอคอยตรวจ 5) ด้านการขาดการสื่อสารในการตรวจรักษาและการขาดการแนะนำในการปฏิบัติตัว 6) ด้านระบบการบริการที่ไม่เป็นระเบียบมีหลายขั้นตอนทำให้สับสนและเสียเวลาในการคอยตรวจรักษา

สันทัด เสริมศรีและคณะนักวิจัยฯ (2546) ได้ศึกษาการใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบท โดยศึกษาในชุมชนชนบท 2 แบบ คือชุมชนที่อยู่ในรัศมีความรับผิดชอบการบริการของโรงพยาบาลของรัฐที่มีการปรับโครงสร้างแบบกึ่งรัฐกึ่งเอกชนและชุมชนที่อยู่รัศมีความรับผิดชอบของโรงพยาบาลของรัฐที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 743 ราย พบว่า คนจนและคนชนบทชุมชนที่อยู่รัศมีความรับผิดชอบการบริการของโรงพยาบาลของรัฐที่มีการปรับโครงสร้างแบบกึ่งรัฐกึ่งเอกชนเมื่อเจ็บป่วยจะไปใช้บริการจำนวนน้อยกว่าโรงพยาบาลของรัฐที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เหตุผลคือภาพลักษณ์ของสถานพยาบาลและประวัติการใช้โรงพยาบาลในอดีตและความสัมพันธ์ของชุมชนกับสถานีอนามัยอยู่ในระดับที่สูง ส่วนการไปใช้สถานพยาบาลของรัฐที่มีการบริการในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือศักยภาพของโรงพยาบาล เช่นจำนวนเตียงของโรงพยาบาล สะท้อนว่าโรงพยาบาลมีแพทย์ที่ชำนาญ มีเครื่องมือรักษาที่พร้อม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547) ได้ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บัตรทอง อายุ 15 ปีขึ้นไป จาก 13 จังหวัดทั่วประเทศต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2547 จำนวน 5,064 ตัวอย่าง พบว่าในรอบ 6 เดือนกลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 78.1 เฉลี่ย 2.83 ครั้ง/คน ส่วนผู้ที่ไม่ใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับการรักษา มีเหตุผลคือได้รับการรักษา/ได้รับยาไม่ดี ร้อยละ 38.6 ได้รับการบริการที่ไม่ดี ร้อยละ 27.1 และเดินทางไม่สะดวกและไม่ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 11.6 หากมีการเจ็บป่วยครั้งต่อไปมีความตั้งใจจะไปใช้บริการหน่วยบริการตามสิทธิบัตรทอง ร้อยละ 91.3 เหตุผลคือประหยัดค่าใช้จ่ายและสะดวก ร้อยละ 8.7 ตั้งใจจะไม่ไปใช้บริการหน่วยบริการตามสิทธิบัตรทอง เหตุผลคือล่าช้า บริการไม่ดี รักษาไม่ดี สำหรับประเด็นที่ประชาชนต้องการให้ปรับปรุงคือการบริการคุณภาพการรักษา/คุณภาพยา การใช้เวลาในการตรวจ ตามลำดับ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547) ได้สำรวจความคิดเห็นประชาชนผู้มีบัตรทองในโครงการบริการข้อมูลเชิงรุก จำนวน 1,142 ตัวอย่างโดยให้พนักงาน call center ของสำนักงานฯ โทรศัพท์ไปสอบถามประชาชน พบว่าเมื่อเจ็บป่วยประชาชนผู้มีบัตรทองแต่ไม่ใช้สิทธิบัตรทอง เหตุผลคือรอคิวตรวจนาน ร้อยละ 36.7 ส่วนผู้ใช้สิทธิบัตรทองไปใช้บริการพบปัญหา ร้อยละ 7.8 โดยปัญหาที่พบคือ การบริการ ร้อยละ 24 คอยนาน ร้อยละ 20 มาตรฐานการรักษา ร้อยละ 18 ตามลำดับ

วัลย์พร พัทธนฤมลและคณะ(2547) ได้ศึกษาอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2548 : การปรับวิธีประมาณการครั้งใหญ่โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ปี 2539, 2544 และ 2546 เพื่อทำนายอัตราการใช้บริการ ปี 2548 พบว่าอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ปี 2548 เท่ากับ 3.54 ครั้งต่อคนต่อปี

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรม การใช้บริการสุขภาพของประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในแต่ละคนแตกต่างกัน มีตัวแปรเกี่ยวข้องมากมาย ทั้งตัวแปรทางด้านผู้ให้บริการเอง ได้แก่ด้านประชากร ด้านโครงสร้างสังคม ลักษณะการเจ็บป่วย ตัวแปรด้านระบบบริการที่สถานบริการสามารถจัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐานได้ตามความจำเป็น นอกจากนี้ตัวแปรด้านผู้ให้บริการก็มีส่วนสำคัญในการมาใช้บริการสุขภาพของประชาชน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นการใช้บริการสุขภาพและภาวะความเจ็บป่วยของประชาชน และเหตุการณ์เลือกใช้สถานบริการของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย

ลักษณะผู้ให้บริการ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประเภทสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สถานพยาบาลประจำตัวและครอบครัว ความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ

ภาวะความเจ็บป่วย ได้แก่ ลักษณะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สถานพยาบาลที่ไปรักษา ลักษณะการทำงานหรือกิจกรรมขณะเจ็บป่วย

เหตุการณ์เลือกใช้สถานบริการเมื่อเจ็บป่วยและความคิดเห็นการกลับมาใช้บริการสถานบริการเดิมอีกครั้งเมื่อเจ็บป่วยในครั้งหน้าด้วยโรคเดียวกัน