

การเลือกใช้สิทธิการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

Choice of Benefits Use at Point-of-services by Patients with Thai Health Insurance

รัชนิบูล น้ำใจดี¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาและรูปแบบของระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง จำนวน 400 คน ในเดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2555 โดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีความเชื่อมั่นในส่วนของทัศนคติที่มีต่อบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานร้อยละ 28.3 และร้อยละ 64.8 เคยเปลี่ยนสิทธิการรักษาในรอบ 2 ปี มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิการรักษา ดังนี้ ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และทัศนคติด้านการรักษา และพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 37 ปี ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และผู้ที่มีทัศนคติด้านการรักษา ระดับปานกลางขึ้นไป จะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้และสิทธิการรักษาพื้นฐาน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยด้านความจำเป็น ได้แก่ การมีโรคประจำตัวและลักษณะของความเจ็บป่วย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและมีลักษณะอาการของโรคเรื้อรังจะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเป็นส่วนใหญ่ โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีความเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพควรมีระบบเดียวกันทั้งประเทศ ผู้ป่วยร้อยละ 55.5 มีความเห็นว่า ควรมีสถานร่วมจ่าย ซึ่งมีความสามารถจ่ายได้เฉลี่ย 95.33 บาทต่อครั้ง

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย คือ มีประชาชนกลุ่มหนึ่งที่มีความสามารถจ่ายค่ารักษาด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลเอกชนควรให้ความสนใจเป็นลำดับแรก ภาครัฐควรทำการศึกษาศักยภาพของประชาชนทั่วประเทศที่มีต่อระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันและความสามารถในการมีส่วนร่วมจ่าย เพื่อนำไปกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

Abstract

Though the Thais have benefit use at point of services designated by the state but at present, it was found that parts of them do not use the benefit when being sick. This quantitative research has the objectives to investigate factors relating the choice of benefits use at point of services and the model of the health insurance system needed by patients. Questionnaire was used in the data collection with the values of confidence regarding the attitudes towards the health service at 0.88 among the 400 outpatients in a public hospital and a private hospital during March to July 2012. The statistical applications were descriptive and Chi-square test was applied to find their relationship.

28.3% of the patient had no benefits use and 64.8% had ever change their benefits use within 2 years round. Factors having relationship with the choice of benefits

¹ นักศึกษา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, อีเมล: ratchaneeboon1@hotmail.com

ข้อมูลบทความ

ส่งบทความ 10 เมษายน 2557
ตอบรับ 4 สิงหาคม 2557
เผยแพร่ออนไลน์ 16 กันยายน 2557

คำสำคัญ

ระบบประกันสุขภาพ
การเลือกใช้สิทธิการรักษา
Health insurance system
Choice of benefits use at point of services

use at point of services were, age, education level, attitudes toward treatment which were the predisposing factors. It was found that patients with ages older than 37 years, patients with below bachelor degree and patients with moderate attitudes toward treatment would mostly apply for their benefits use. In the enabling factors, they were income and basic benefits use. It was found that patients earning less than 20,000 Baht and patients with official welfare would mostly apply for their basic benefits use. In the need factors, they were patients with congenital disease, and nature of illness. It was found that patients with congenital disease and chronic disease would mostly apply for their basic benefits use. These factors had relationship with the choice of benefits use at point of services by statistical significance ($P < .05$). 52.5% of patients commented that health insurance should, nationwide, be only one system. 55.5% of the patients commented that there should be pay-sharing for those who were affordable at 95.33 Baht by average a time.

Recommendations from the study were that there was a group of people who were affordable for the treatment. The private hospitals should pay attention to this group as priority. The public sector should investigate public attitudes, nationwide, toward the health insurance at the moment and their affordability in order to design policy of the public health to really meet their needs.

บทนำ

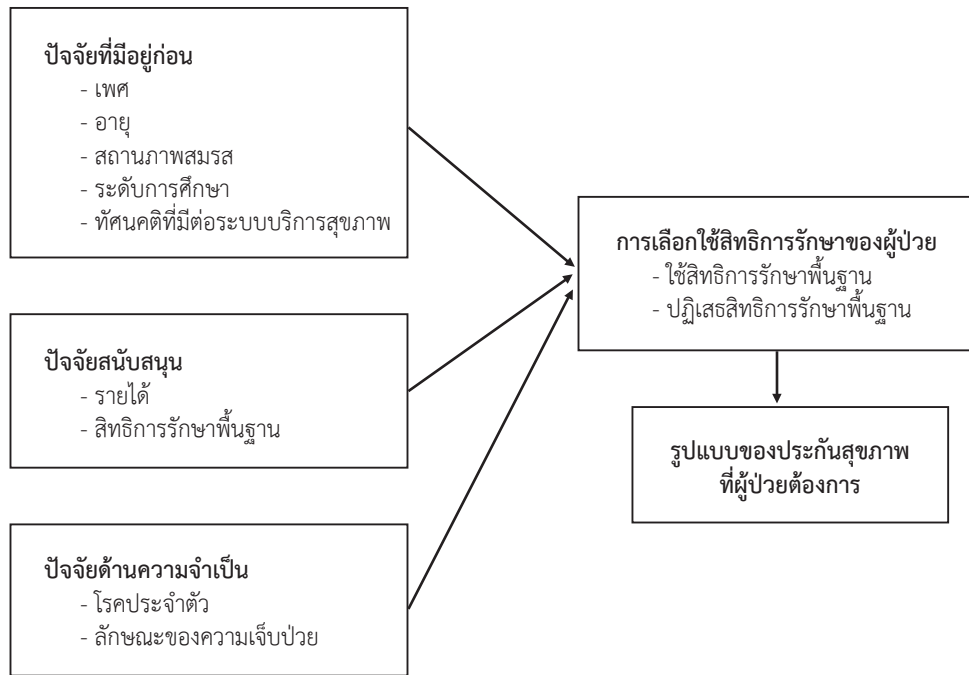
ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย มีลักษณะการประกันสุขภาพแบบผสม คือ มีหลายหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการสำหรับกลุ่มข้าราชการและครอบครัว สิทธิประกันสังคมสำหรับประชาชนในภาคแรงงาน เอกชน และประชาชนกลุ่มอื่น จะได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง ทั้งนี้ เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนชาวไทยทั้งประเทศ แต่จากสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2552 พบว่ามีผู้ป่วยที่รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 30.5 ไม่ใช้สิทธิการรักษาตามที่ตนเองได้รับ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่ครอบคลุมประชาชนชาวไทยมากที่สุด แต่ขณะที่รัฐใช้งบประมาณต่อหัวสำหรับค่ารักษาพยาบาลอยู่ที่ประมาณ 2,200 บาท/หัวประชากร ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลให้การรักษาพยาบาลด้วยงบประมาณที่จำกัด อาจทำให้เกิดความแตกต่างในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างจากผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่นอย่างเห็นได้ชัด แม้แต่สิทธิประกันสังคมก็เช่นเดียวกัน เนื่องจากใช้หลักการเหมาจ่ายรายหัวเหมือนกัน จึงอาจส่งผลให้โรงพยาบาลมีการจัดบริการที่แตกต่างกันในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาต่างกัน จึงพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งพร้อมที่จะจ่าย

ค่ารักษาพยาบาลเองโดยไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตน

การเลือกใช้สิทธิการรักษานั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยเองว่า จะใช้หรือไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานตามกฎหมายที่ตนเองได้รับในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่า น่าจะมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งอาจมี 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และทัศนคติที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยสนับสนุน เช่น รายได้ และสิทธิการรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านความจำเป็น เช่น การมีโรคประจำตัว และลักษณะความเจ็บป่วย ปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลต่อการเลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย ทำให้เปลี่ยนสิทธิการรักษาเป็นกลุ่มคนไข้เงินสดหรือคนไข้ประกันชีวิตแทน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเลือกใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วยเมื่อใช้บริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิรักษาของผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษารูปแบบของประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่รับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา คือ เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2555 โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเนื้อหาออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และทัศนคติที่มีต่อบริการสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยต้องใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตน มีคำถามย่อยทั้งหมด 13 ข้อ ตัวเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ต่อเดือนและสิทธิการรักษาพื้นฐาน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านความจำเป็น ได้แก่ โรคประจำตัว โรคหรืออาการที่มารับการรักษาในครั้ง นี้ และลักษณะของความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 4 การเลือกใช้สิทธิรักษาพยาบาล ได้แก่ สิทธิการรักษาที่ใช้สำหรับการรักษาพยาบาลในครั้ง นี้ และการปฏิเสธการใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานในช่วง 2 ปี

ส่วนที่ 5 รูปแบบของการประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ จำนวนระบบประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งที่สามารถจ่ายได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การสร้างหลักประกันสุขภาพ

แนวคิดของหลักประกันสุขภาพ คือ การให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นเป็น 2 นัย โดยนัยแรก เป็นหลักประกันทางตรง

ด้านการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับค่ายาและค่ารักษาพยาบาล อีกนัยหนึ่งเป็นหลักประกันทางอ้อม โดยการชดเชยส่วนของรายได้ที่ต้องสูญเสียไป อันเนื่องมาจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย หรือเพราะได้รับอุบัติเหตุ โดยที่มีพื้นฐานแนวคิดของการประกันสุขภาพตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสียและการลดปัจจัยเสี่ยง อันนำไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยง (Law of Average) ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกันเอง โดยมีรัฐเป็นผู้เสริมแรง (Enforce) ปราบปราม วุฒิมงคล และคณะ (2532, 12)

การสร้างหลักประกันสุขภาพกับระบบประกันสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง การจัดระบบประกันสุขภาพที่ดีเป็นมาตรการหนึ่งในการสร้างความเท่าเทียมกันในสังคม เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2543, 5)

แนวคิดที่มีต่อระบบประกันสุขภาพ

Robert D. Eeler (อ้างถึงใน Somer, 1961, 180) ชี้ให้เห็นว่า มาตรฐานที่ต้องนำมาพิจารณาในหลักประกันสุขภาพมากที่สุด และมีความเป็นไปได้สูงสุดในการนำมาปฏิบัติจริงมี 6 ประการที่สำคัญ คือ

1. โครงการประกันสุขภาพ ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเข้าถึงบริการของโครงการนั้นๆ อย่างทั่วถึง ไม่ว่าเขาจะมีฐานะทางเศรษฐกิจเช่นไร ซึ่งผู้ที่มีฐานะยากจนอาจไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายใดๆ รวมทั้งการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรจัดให้มีอย่างพอเพียง (Adequate Medical Care) กับความต้องการของประชาชน

2. ระบบการให้บริการทางการแพทย์ ควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ให้บริการ และควรหาวิธีการในการให้ประชาชน มีความเข้าใจและยอมรับในโครงการนั้นๆ อย่างโดยดี โครงการประกันสุขภาพในชาติที่สำคัญนอกเหนือจากการทำหน้าที่เป็นแหล่งกลางสำหรับรวบรวมเงินทุน เพื่อใช้จ่ายสำหรับค่าบริการในระบบแล้ว โครงการนั้นควรส่งเสริมให้มีการจัดบริการแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่สำคัญ คือ การป้องกัน (Preventive) และควรส่งเสริมให้มีการลดบริการบางอย่าง เช่น บริการคนไข้ใน ซึ่งการส่งเสริมป้องกันจะช่วยลดปริมาณบริการคนไข้ในได้

3. โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดบริการโดยใช้ทรัพยากรทั้งที่เป็นตัวเงินและทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Cost-Effective) เช่น การจ่ายค่าบริการให้แก่แพทย์และพยาบาล ควรให้ค่าตอบแทนที่มีความเหมาะสมกับการทำงานของแพทย์และพยาบาลเหล่านั้น เป็นต้น

4. โครงการประกันสุขภาพ ต้องมีกฎเกณฑ์เป็นของตนเองเกี่ยวกับการจัดหาและจ่ายเงิน และกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการให้บริการ โดยมีกฎระเบียบของทางราชการเข้ามาน้อยที่สุด

5. คนส่วนใหญ่ที่อยู่ในโครงการประกันสุขภาพ ควรมีส่วนร่วมกระจายต้นทุนของการบริการบ้าง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้บริการไม่ใช้บริการเกินความจำเป็น

6. โครงการประกันสุขภาพ ควรมีการกำหนดคุณภาพการรักษาพยาบาล (Quality of care) ให้ได้ตามมาตรฐาน

การเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาล

ในการเลือกใช้แหล่งบริการ Young (1981) ได้อธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการและวิธีการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ในสังคมว่า เมื่อบุคคลเกิดอาการผิดปกติ หรือมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งและวิธีการรักษาโดยอยู่บนพื้นฐานที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Gravity of Perceived Seriousness of Illness) เป็นการรับรู้ถึงลักษณะอาการความเจ็บป่วยของบุคคล ญาติ และเพื่อนสนิท ซึ่งจัดว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ประการแรกในการตัดสินใจเลือกแหล่ง หรือวิธีการรักษา ถ้าการเจ็บป่วยนั้นผู้ป่วยรู้สึกว่ารุนแรงมาก ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวจะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสำหรับรักษาที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยทั่วไปจะเป็นการแพทย์ตะวันตก ซึ่งทำการรักษาตามหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์ โดยไม่คำนึงถึงราคาของการรักษาและบริการ แต่สำหรับความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงปานกลางหรือเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยและครอบครัวก็มักจะทำการรักษาเยียวยาตนเอง ด้วยวิธีการที่บุคคลในครอบครัวรู้จักหรือคุ้นเคย

2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน หรือการรักษาตนเอง (Knowledge of home remedy) ความรู้ของบุคคลในการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่ามาประกอบการตัดสินใจเลือกแหล่งและวิธีการรักษาของตน ถ้าบุคคลรู้ถึงวิธีการรักษาเยียวยาตนเอง ตลอดจนรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการป่วยที่เป็นอยู่ก็จะทำให้รู้ได้ว่า จะเลือกใช้หรือไม่เลือกใช้แหล่งบริการรักษาต่างๆ กล่าวคือ อาการเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรงจะใช้วิธีการรักษาตนเอง แต่ถ้าไม่รู้วิธีการดูแลรักษาตนเองหรือไม่สามารถแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยเองได้ก็จะใช้วิธีการรักษาแบบตะวันตก

3. ความเชื่อในผลของวิธีการรักษา (Faith of perceived benefit of taking action) หมายถึง บุคคลที่มี

ความเชื่อในการรักษาแต่ละวิธีว่า สามารถทำให้ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หายได้จริง บุคคลก็จะเลือกวิธีการรักษาตามความเชื่อศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้น

4. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) การเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย สำหรับบริการด้านต่างๆ ที่ได้รับจากการไปใช้บริการจากแหล่งบริการด้านสุขภาพนั้น การมีเวลาเพียงพอ ความสะดวกในเรื่องระยะทาง ไปถึงแหล่งบริการ รวมทั้งไม่มีอุปสรรคเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร และความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรม ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการรักษา เป็นต้น

แนวคิดการตัดสินใจ

การตัดสินใจ (Decision-Making) เป็นกระบวนการ (process) ของการเลือกปฏิบัติตามทางเลือก หรือวิธีการปฏิบัติที่มีอยู่หลายวิธี ด้วยการพิจารณา ตรวจสอบ ประเมินผลที่จะได้รับจากทางเลือกเหล่านั้น ให้เหลือเพียงทางเลือกเดียว การตัดสินใจที่ได้เกิดขึ้นแล้วและการตัดสินใจที่ติดนั้น จะต้องเป็นการตัดสินใจที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ (วุฒิชัย จานงค์, 2523)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

การแสวงหาการรักษา การเลือกวิธีการรักษา หรือแหล่งรักษาพยาบาลเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งต่อการบรรเทาหรือสิ้นสุดความเจ็บป่วย แนวคิดที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมกรรมการเลือกวิธี ชนิด หรือแม้กระทั่งรูปแบบของการรับการรักษา นั้นจะใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของ Andersen and Newman (1973, 75-110) ซึ่งได้มีการพัฒนารอบแนวคิดมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 แนวคิดในการเลือกแหล่งรักษาพยาบาล โดยเป็นแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยระดับปัจเจกบุคคลที่กำหนดการเลือกใช้แหล่งบริการทางสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ตัวแปรทางสังคม-จิตวิทยา มาอธิบายตัวกำหนดการเลือกใช้วิธีหรือแหล่งบริการ 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน Predisposing Factors: ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้มีการแนวโน้มในการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลของบุคคลซึ่งมีอยู่ก่อนที่จะเจ็บป่วย ปัจจัยหรือลักษณะของบุคคลมีส่วนช่วยส่งเสริมการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้โดยตรงก็ตาม ปัจจัยประเภทนี้ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม และความเชื่อหรือทัศนคติที่มีต่อระบบบริการสุขภาพต่างๆ ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ประชากรที่มีอายุ

แตกต่างกันจะมีความแตกต่างกันของชนิดของความเจ็บป่วย รวมทั้งการเจ็บป่วยในอดีตจะมีผลต่อการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ปัจจัยทางสังคม จะบ่งบอกถึงสถานภาพของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน โดยจะเห็นได้จากระดับการศึกษาอาชีพศาสนาเชื้อชาติ ขนาดของครอบครัว ซึ่งมีผลต่อรูปแบบของการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อ การรับรู้และทัศนคติต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย เช่น ทัศนคติต่อแหล่งบริการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ ปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวจะมีผลต่อความแตกต่างของการเลือกใช้ชีวิตหรือแหล่งรักษาพยาบาลทั้งสิ้น

2. ปัจจัยสนับสนุน Enabling Factors: ปัจจัยที่ทำให้สามารถเลือกแหล่งบริการได้ หมายถึง ปัจจัยระดับครัวเรือน ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการรักษานั้นได้ ได้แก่ ครัวเรือน การประกันสุขภาพที่บุคคลหรือครอบครัวได้รับการเดินทางมีค่าใช้จ่ายสำหรับเดินทางสะดวก ยอมรับระยะเวลาในการเดินทาง การได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการ ประชาชนมีเงินพอที่จะใช้บริการสุขภาพ ค่ารักษาพยาบาลไม่แพงเกินไปค่าก็จะเข้าใช้บริการสุขภาพซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถในการใช้บริการได้มากน้อยเพียงใด

3. ปัจจัยด้านความจำเป็น Need Factors: อธิบายถึงการให้ความหมายและความรู้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการประเมินปัญหาสุขภาพของตนเอง และความจำเป็นในการใช้บริการสุขภาพ การรับรู้ถึงความต้องการจะสามารถช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ในขณะที่การประเมินความต้องการจะมีความสัมพันธ์กับชนิด และปริมาณการรักษาที่ได้รับจากผู้ให้บริการสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 400 ราย จากโรงพยาบาลรัฐบาล 218 ราย และจากโรงพยาบาลเอกชน 182 ราย มีผู้ป่วยไม่ใช่สิทธิการรักษาพื้นฐานของตน ร้อยละ 28.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 และเพศชาย ร้อยละ 36 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 44.79 ปี อายุมากที่สุด 69 ปี และน้อยที่สุดคือ 21 ปี ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 37-53 ปี คิดเป็นร้อยละ 53 รองลงมา คือ ช่วงอายุระหว่าง 21-36 ปี ร้อยละ 26.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาร้อยละ 21.3 มีการศึกษาระดับอนุปริญญา ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.8 มีสถานภาพสมรส รองลงมา สถานภาพโสด คิดเป็น ร้อยละ 42.3 และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ อยู่ระหว่าง 10,001 ถึง 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมา ร้อยละ 23.8 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท

2. การเลือกใช้สิทธิการรักษา

ข้อมูลการใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 28.3 ไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตน ร้อยละ 71.7 ใช้สิทธิ การรักษาพื้นฐานของตนที่ได้รับตามกฎหมายกำหนด สำหรับการปฏิเสธการใช้สิทธิพื้นฐานในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 64.8 เคยปฏิเสธการใช้สิทธิพื้นฐานมีเพียงร้อยละ 35.3 ที่ไม่เคยปฏิเสธการใช้สิทธิพื้นฐานของตน

3. ปัจจัยที่มีอยู่ก่อนกับการเลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิ การรักษาพื้นฐาน

ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา และทัศนคติที่มีต่อ การใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน สำหรับ ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน คือ เพศและสถานภาพสมรส ผลการศึกษามีดังนี้

3.1 ช่วงอายุ ปัจจัยช่วงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 37-53 ปี ร้อยละ 20.1 และช่วงอายุ 54-69 ปี ร้อยละ 12.8 ไม่ใช้ สิทธิการรักษาพื้นฐานของตน สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21-36 ปี มีถึง ร้อยละ 60.8 ไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน เมื่อทำ การทดสอบความสัมพันธ์แล้ว พบว่า ตัวแปรอายุกับการเลือกใช้ สิทธิการรักษาพื้นฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($X^2=71.585$ $df=2$ $p\text{-value}=0.00$)

3.2 ระดับการศึกษา ปัจจัยระดับการศึกษาสูงสุดของ ประชากร ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ปวส. หรืออนุปริญญา นั้นใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานกว่า ร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มที่มีการศึกษา ระดับปริญญาตรีและสูงกว่านั้นใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน ร้อยละ 56.11 เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์แล้ว พบว่า ตัวแปรระดับ การศึกษาสูงสุดของประชากรกับการเลือกใช้สิทธิการรักษา พื้นฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=31.82$ $df=3$ $p\text{-value}=0.00$)

3.3 ทัศนคติที่มีต่อสิทธิการรักษาพื้นฐาน ปัจจัย ด้านทัศนคติ เมื่อแบ่งทัศนคติออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพการรักษาและทัศนคติที่มีต่อการบริการ พบว่า ทัศนคติ ในด้านการบริการนั้น ไม่สามารถนำมาคำนวณความสัมพันธ์ได้

เนื่องจากมีจำนวนตัวอย่างในบางกลุ่มไม่เพียงพอ ส่วนปัจจัยด้าน ทัศนคติที่มีต่อสิทธิการรักษาพื้นฐานในด้านของคุณภาพการรักษา นั้น เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์แล้ว พบว่า ตัวแปรทัศนคติ ที่มีต่อสิทธิการรักษาพื้นฐานในด้านของคุณภาพการรักษากับการ เลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=8.00$ $df=2$ $p\text{-value}=0.018$)

4. ปัจจัยสนับสนุนกับการเลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิ การรักษาพื้นฐาน

ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ของผู้ป่วย และสิทธิการ รักษาพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน

4.1 รายได้ของผู้ป่วย รายได้กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานถึงร้อยละ 91.5 รองลงมา คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน ร้อยละ 85.8 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ การรักษาพื้นฐานน้อยที่สุด คือ กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.4 เมื่อทำการทดสอบความ สัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรรายได้กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=88.427$ $df=3$ $p\text{-value}=0.00$)

4.2 สิทธิการรักษาพื้นฐาน ปัจจัยสิทธิการรักษา พื้นฐานของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการใช้สิทธิการรักษา ของตน ร้อยละ 90.3 รองมาคือ กลุ่มผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ใช้สิทธิการรักษาของตน ร้อยละ 84.6 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสิทธิ บัตรทอง ใช้สิทธิการรักษาของตนเพียง ร้อยละ 61.4 เมื่อทำ การทดสอบความสัมพันธ์แล้ว พบว่า ตัวแปรสิทธิการรักษาพื้นฐาน ของผู้ป่วยกับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน มีความสัมพันธ์ กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=61.956$ $df=3$ $p\text{-value}=0.00$)

5. ปัจจัยด้านความจำเป็นกับการเลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิ การรักษาพื้นฐาน

ปัจจัยที่ด้านความจำเป็น ได้แก่ การมีโรคประจำตัว และลักษณะของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน

5.1 โรคประจำตัว พบว่า ปัจจัยด้านการมีโรค ประจำตัว ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.7 ใช้สิทธิการ รักษาพื้นฐาน ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวนั้น ใช้สิทธิการรักษา พื้นฐาน ร้อยละ 61.6 เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์แล้ว พบว่า ตัวแปรการมีโรคประจำตัวกับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน

มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=27.866$ df=1 p-value=0.00)

5.2 ลักษณะของความเจ็บป่วย พบว่า ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังร้อยละ 87.3 ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน ขณะที่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันนั้น ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 64.2 เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์แล้ว พบว่า ตัวแปรลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=21.948$ df=1 p-value=0.00)

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน (Predisposing Factors) กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน

ตัวแปรอายุ กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านอายุนั้น แต่ละช่วงอายุมีการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ในกรณีวิจัยฉบับนี้ ไม่ได้ครอบคลุมผู้ป่วยช่วงอายุที่ต่ำกว่า 20 ปี ดังนั้น จะมีเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ ในผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มักไม่มีโรคประจำตัว มีความเจ็บป่วยเล็กน้อย ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีโอกาสมีโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าวัยทำงาน ตามสภาวะการทำงานจากระบบต่างๆ ของร่างกายที่เสื่อมลง และจากงานวิจัยผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 21-36 ปี นั้น ส่วนใหญ่ไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเองที่มีอยู่ตามระบบประกันสุขภาพ อาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นความเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือยังไม่ใช้ลักษณะของโรคเรื้อรัง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 37 ปี นั้นส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน ซึ่งอายุที่มากขึ้นมักจะมีอาการเจ็บป่วยหรือโรคภัยต่างๆ สัมพันธ์กับความแข็งแรงของร่างกายและความต้านทานต่อโรคภัยตามช่วงวัย ทำให้ต้องเข้ารับการตรวจรักษาในสถานพยาบาลบ่อยครั้ง หรือต้องรับการรักษาแบบต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องใช้หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง

ตัวแปรระดับการศึกษา กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรระดับการศึกษา พบว่า ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (การศึกษาวส./อนุปริญญา มัธยมศึกษา และน้อยกว่าประถมศึกษา) นั้นมี

อัตราส่วนที่ไม่ใช้สิทธิการรักษาตามระบบประกันสุขภาพพื้นฐานเพียง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ตัวแปรทัศนคติที่มีต่อการใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน เป็นการสะท้อนความคิดเห็นหรือความเชื่อมั่นที่มีต่อระบบบริการสุขภาพแต่ละสิทธิการรักษา พบว่า ทัศนคติที่มีต่อระบบบริการสุขภาพในด้านการรักษานั้น มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน

ตัวแปรรายได้ กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท นั้นส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเอง ส่วนประชาชนที่มีรายได้มากกว่า 20,001 บาท ส่วนใหญ่ไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพพื้นฐาน รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ประชาชนสามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนได้ ประชาชนที่มีรายได้มากย่อมสามารถเลือกรับบริการที่ดีตามความต้องการของตนเองได้ การรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งหากไม่มีระบบประกันสุขภาพประชาชนต้องชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ซึ่งแต่ละครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าตรวจแพทย์ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าบริการโรงพยาบาล บางแห่งมีค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มมาอีก นอกจากค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้โรงพยาบาลเหล่านี้แล้ว ยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลอีก ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูงมักจะมีความสามารถรับรองค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

ตัวแปรด้านสิทธิการรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การเลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของประชาชน พบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการใช้สิทธิของตนเองมากที่สุด อาจเกิดจากความแตกต่างของการบริหารแต่ละกองทุน ตั้งแต่ระบบวิธีการจ่ายเงินของแต่ละกองทุน สิทธิสวัสดิการข้าราชการเป็นแบบจ่ายตามบริการจริงในการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลให้การรักษาแก่ข้าราชการเป็นอย่างดี ส่วนสิทธิบัตรทองและประกันสังคมเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัว ทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยสองกลุ่มหลังนี้มาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตามความจำเป็นทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จึงต้องมีแนวทางการบริหารต้นทุน

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตามความจำเป็นเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งอาจเกิดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการขึ้นได้

ปัจจัยด้านความจำเป็น (Need Factors) กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน

ตัวแปรโรคประจำตัว กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า การมีโรคประจำตัวทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่รักษาไม่หายเป็นลักษณะของโรคเรื้อรัง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำ ต้องรับประทานยาและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว ดังนั้น หากไม่มีระบบประกันสุขภาพรองรับประชาชนที่มีรายได้น้อยอาจมีผลกระทบ ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้เลย จึงเห็นว่า ประชาชนที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนลักษณะของความเจ็บป่วยก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยที่มารักษาด้วยอาการของโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตน

ตัวแปรลักษณะความเจ็บป่วย กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง คือ ความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาติดต่อกันนานต้องรับประทานยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นปีหรือตลอดชีวิต ส่วนการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นอยู่ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ โรคเหล่านี้เมื่อได้รับการรักษาได้ถูกต้องและทันเวลาก็มักจะหายขาด พบว่า ในกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานนั้นส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ซึ่งมากกว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังถึง 6 เท่า

สรุปผลการศึกษา

ประชาชนที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร มีการเลือกใช้สิทธิการรักษาของตนเองที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยด้านความจำเป็น เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติระหว่างความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการเลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิการรักษา นั้น พบว่า

1. *ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน* ดังต่อไปนี้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วย คือ อายุ ระดับการศึกษา และทัศนคติในด้านการรักษา ส่วนปัจจัย

ที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วย คือ เพศและสถานภาพสมรส

2. *ปัจจัยที่สนับสนุน* ดังต่อไปนี้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วย คือ รายได้และสิทธิการรักษาพื้นฐานของผู้ป่วยตามกฎหมาย

3. *ปัจจัยด้านความจำเป็น* ดังต่อไปนี้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วย คือ การมีโรคประจำตัวและลักษณะของความเจ็บป่วย

รูปแบบหรือลักษณะของระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนต้องการ

จากการสอบถามถึงสิทธิการรักษาที่ประชาชนต้องการใช้หากสามารถเปลี่ยนสิทธิการรักษาพื้นฐานได้ส่วนใหญ่ต้องการใช้สิทธิในรูปแบบของสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 39.5 และมีความเห็นว่า ควรมีระบบประกันสุขภาพที่เป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศ ร้อยละ 52.5 สำหรับความคิดเห็นเรื่องการมีส่วนร่วมจ่ายนั้นมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ไม่ควรมีส่วนร่วมจ่าย ร้อยละ 44.5 และควรมีส่วนร่วมจ่าย ร้อยละ 55.5 ประชาชนในกลุ่มที่คิดว่าควรมีส่วนร่วมจ่ายนั้น มีความสามารถจ่ายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 95.33 บาทต่อครั้ง

บทสรุป

มีผู้ป่วยไม่ใช้สิทธิพื้นฐานของตน ร้อยละ 28.3 และร้อยละ 64.8 เคยเปลี่ยนสิทธิการรักษาของตนในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิการรักษา ดังนี้ ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และทัศนคติด้านการรักษา โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 37 ปี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตน ผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตน และผู้ที่มีทัศนคติด้านการรักษาระดับปานกลางขึ้นไป จะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเองเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้และสิทธิการรักษาพื้นฐานของตน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจะใช้สิทธิของตนเองมากที่สุด ปัจจัยด้านความจำเป็น ได้แก่ การมีโรคประจำตัว และลักษณะของความเจ็บป่วย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและมีลักษณะอาการของโรคเรื้อรังจะใช้สิทธิการรักษาของตนเองเป็นส่วนใหญ่ โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยรูปแบบระบบ

ประกันสุขภาพที่ประชาชนต้องการ คือสวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 39.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.5 มีความเห็นว่าระบบประกันสุขภาพควรมีระบบเดียวกันทั่วประเทศ ผู้ป่วยร้อยละ 55.5 มีความเห็นว่าควรมีส่วนร่วมจ่าย ซึ่งมีความสามารถจ่ายได้เฉลี่ย 95.33 บาทต่อครั้ง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากข้อมูลด้านทัศนคติที่มีต่อสิทธิการรักษาพื้นฐานในแต่ละข้อนั้นมีประเด็นสำคัญที่ควรปรับปรุง คือ การได้รับการอำนวยความสะดวกแต่ละจุดบริการ กริยาท่าทางการใช้คำพูดของผู้ให้บริการ และยังมีความรู้สึกถึงความแตกต่างของบริการแต่ละสิทธิการรักษา

2. การที่มีประชาชนกลุ่มหนึ่งมีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้แก่ ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท กลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน เป็นต้น เป็นข้อได้เปรียบของสถานพยาบาลเอกชนที่ต้องเร่งพัฒนาคุณภาพการรักษาและบริการให้ดียิ่งขึ้น เพื่อรักษาฐานลูกค้ากลุ่มนี้ไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจคุณภาพการรักษาและบริการ

3. ประชาชนควรมีส่วนร่วมจ่าย เพื่อให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่รู้สึกว่าความเป็นบริการฟรี อาจทำให้ประชาชนมีความมั่นใจต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

4. ความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดการจัดบริการที่แตกต่างกัน ดังนั้นควรมีการลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพให้มากที่สุด

5. ภาครัฐควรมีการประเมินและติดตามผลการบริหารระบบประกันสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม เพื่อนำข้อมูลมาสู่การปรับปรุงพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

- ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. (2532). *ระบบประกันสุขภาพของไทย*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วุฒิชัย จันทรงค์. (2523). *พฤติกรรมกรรมการตัดสินใจ*. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพ ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

- Andersen, R. M. & Newman, J. E. (1973). Social and individual determinant of medical care utilization in the United State. *Memorial Found Quarterly Journal*, 51, 95-124.
- Adersen, R. M. & O. W. Anderson. (1979). Trend in the use of health services In H. E. Freeman, S. Levine, & L. G. Reeder (Eds), *Medical sociology*. (3rd ed, pp.8) Englewood Cliffs: N.J, Prentice Hall.
- Somers, H. M. (1961). *Doctor, Patients and Health Insurance The organization and financing of medical care*. Washington D.C.: Brookings Institution.
- Young, J. C. (1981). Non Use of Physicians: Methodological Approaches. Policy Implications and The Utility of Decision Models. *In Social Science & medicine*, 15.