การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่

ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE IN RURAL CHIANG MAI

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยแม่โจ้

นางสาวชฎาภรณ์ คนชม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์เกษตร
พ.ศ. 2546

ลิขสิทธิ์ของโครงการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ใบรับรองวิทยานิพนธ์

โครงการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์เกษตร)

ปริญญา

เศรษฐศาสตร์เกษตร **เศรษฐศาสตร์และสหกรณ์การเกษตร**

สาขาวิชา **ภาควิชา**

เรื่อง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่

ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE IN RURAL CHIANG MAI

นามผู้วิจัย นางสาวชฎาภรณ์ คนชม

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการที่ปรึกษา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วสันต์ ศิริพูล)

วันที่ 19 เดือน ส.ค. พ.ศ. 2546

กรรมการที่ปรึกษา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จงกลณี เกิดพิบูลย์)

วันที่ 19 เดือน ส.ค. พ.ศ. 2546

กรรมการที่ปรึกษา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนรักษ์ เมฆขยาย)

วันที่ 19 เดือน 8 พ.ศ. 46

หัวหน้าภาควิชา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชัย ตันวัฒนากูล)

วันที่ 19 เดือน ส.ค. พ.ศ. 46

โครงการบัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงวุฒิ เพ็ชรประดับ)

รองประธานกรรมการโครงการบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

ประธานกรรมการโครงการบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 21 เดือน ส.ค. พ.ศ. 46

บทคัดย่อ

บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ เสนอต่อโครงการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์เกษตร

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่

โดย

นางสาวชฎาภรณ์ คนชม

สิงหาคม 2546

ประธานกรรมการที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วสันต์ ศิริพูล

ภาควิชา/คณะ: ภาควิชาเศรษฐศาสตร์และสหกรณ์การเกษตร

คณะธุรกิจการเกษตร

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยเป็นตัวแทนของประชาชนในชนบท ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการรักษาพยาบาลทั่วไปยังสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเท่านั้น ซึ่งได้แก่ สาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในการเก็บข้อมูล จาก 4 แหล่งบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า และ 7 แหล่งบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาศึกษาเปรียบเทียบ การศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยอาศัยตัวชี้วัดทางด้านเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการสาธารณสุขทั่วไปของรัฐที่เสียไปตั้งแต่เริ่มเดินทางมาเพื่อรับการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการรักษา และตัวชี้วัดทางด้านภูมิศาสตร์ ได้แก่ ระยะทาง และเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุข

ผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า

1) ปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งได้แก่ ระยะทางเฉลี่ย และเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างแท้จริง จากการทดสอบทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบร้อยละ 99

2) ปัจจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์ได้แยกพิจารณาเป็น 2 กรณี คือ กรณีเสียค่ารักษาพยาบาล (ผู้ถือบัตร 30 บาทและบัตรสุขภาพโดยสมัครใจต่าง ๆ และกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาล

(บัตร สปร.) พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีเสียค่ารักษาพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างแท้จริง จากการทดสอบทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบร้อยละ 99 ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างแท้จริงใน 2 อำเภอ จากการทดสอบทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบร้อยละ 99 โดยอำเภอดอยเต่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย สูงกว่าในอำเภออมก๋อย ซึ่งทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่สูง แสดงว่า ผู้รับบริการมีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้ยาก ทำให้สรุปได้ว่า อำเภออมก๋อย มีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า อำเภอดอยเต่า

3) จากการใช้ factor analysis พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยในการรับบริการใน 2 อำเภอแตกต่างกันทั้งที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ระยะทางในการเดินทางมาใช้บริการ, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาใช้บริการ, ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาใช้บริการ, วิธีการเดินทางมาใช้บริการ กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย ระดับการศึกษา, อำเภอ, รายได้ต่อปี กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย นโยบาย 30 บาทกับการตัดสินใจใช้บริการ, สถานที่เก็บข้อมูล, ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุข กลุ่มที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของข้อมูลได้มากที่สุดคือ กลุ่มที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ แสดงให้เห็นว่าการพิจารณาปัจจัยทั้งสองร่วมกัน สามารถอธิบายความแตกต่างของค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธาณสุขใน 2 อำเภอได้ดีกว่าการพิจารณาเพียงปัจจัยเพียงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว

(4) จากผลการศึกษาพบว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่เปิดให้บริการอยู่ในปัจจุบันนั้น ประชาชนสามารถเดินทางไปรับบริการจากสถานบริการดังกล่าวได้ และจากการจัดลำดับสถานบริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้บริการ พบว่า ไม่ว่าจะเก็บข้อมูลจากแหล่งใดก็ตาม สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ยังคงเป็น สถานบริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้บริการมากที่สุดเป็นอันดับแรก จึงทำให้เหตุผลในการเลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐและ เหตุผลในการเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อย มีลำดับไม่แตกต่างกันมากนักในทั้งสองอำเภอ โดยเหตุผลที่ทั้ง 2 อำเภอเลือกเป็นอันดับแรกได้แก่ เหตุผลความสะดวกในการเดินทาง ส่วนเหตุผลที่ไม่เลือกใช้บริการสถานบริการของรัฐซึ่งทั้ง 2 อำเภอเลือกเป็นอันดับแรกเหมือนกัน ได้แก่ เหตุผลความไม่สะดวกในการเดินทาง

ABSTRACT

Abstract of thesis submitted to Graduate School Project of Maejo University in partial fulfillment of the requirement for the degree of Master of Science in Agricultural Economic

ACCESSIBILITY OF HEALTH CARE IN RURAL CHIANG MAI

By

CHADAPORN KONCHOM

AUGUST 2003

Chairman: Assistant Professor Vasant Siripool

Department Faculty: Department of Agricultural Economic and Cooperatives, Faculty of Agricultural Business

The main objective of this study was to compare accessibility to health care of two representatives of rural areas of Chiang Mai Province, Doi Tao and Om Koi.

The study emphasizes only on outpatient of public health service centers i.e. community health center, health center, and community hospital. Data for this study were collected by using designed questionaire to interview outpatients of 4 public health service centers in Doi Tao and 7 service centers in Om Koi. To compare accessibility to health care of these two rural areas, the study used economic indicators i.e. travel expense from resident to health service center and other health care expenses, and geographical indicators i.e. travel distance and travel time to health service center.

The results of the study were as follow:

1) Geographical factors in terms of different average travel distance and average travel time to health service center in both Doi Tao and Om Koi were not significant different.

2) Economic factors which were divided into two categories i.e. paid patient (30 baht health policy card holder) and unpaid patient (social insurance card holder) of public health service centers. The study indicated that average expenses of paid patients in both areas were not significantly different. On the contrary, average expenses of unpaid patients in two areas were

significantly different, i.e. Doi Tao had higher average expense than Om Koi. This implied that Om Koi had better access to health service center than Doi Tao. High expense in health care means low access to health service center in health economics.

3) Applying factor analysis, we found that factors affecting the difference in average number of receiving health care service in two areas even though the service is free of charge could be classified into 3 groups : (1) Group 1 consists of travel distance, travel time, travel expenses, and travel modes from individual resident to health center. (2) Group 2 consist of level of education, location (amphur), and annual income. (3) Group 3 consists location of 30 baht health care policy and decision to use health service, data collection, and knowledge of the existing of health service center. Group 1 which include both geographical and economic factors were the best indicator to explain variation of data. This implied that combined geographical and economic factors could very well explain different in health service expenditures in two areas better than consider each factor separately.

(4) Residents of both rural areas were frequently visited their public health service centers. Convenience and inconvenience to access to health service center were the most important reason of residents of two areas in making decision of how often they will go or not to go to health service center.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่สามารถสำเร็จลุล่วงลงได้หากปราศจากความกรุณาในการให้ความช่วยเหลือจากคณะกรรมการที่ปรึกษา ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วสันต์ ศิริพูล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จงกลณี เกิดพิบูลย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธนรักษ์ เมฆขยาย รวมทั้งคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

และนอกจากความช่วยเหลือจากคณะกรรมการที่ปรึกษาและคณาจารย์ทุกท่านแล้ว ในการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์ช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า อำเภออมก๋อยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ทุกท่าน ซึ่งทำให้การเก็บข้อมูลของผู้ทำการวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่น และที่ขาดมิได้เลยคือ กำลังใจจากคุณพ่อชัยศักดิ์ และคุณแม่กรรณิการ์ ที่มีให้มาโดยตลอด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ชฎาภรณ์ คนชม

สิงหาคม 2546

สารบาญเรื่อง

หน้า

บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบาญเรื่อง	(8)
สารบาญตาราง	(10)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาของปัญหา	1
ประเด็นปัญหา	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
ขอบเขตในการวิจัย	7
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิจัย	8
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	8
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	10
แนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับการบริการและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข	10
บริการสาธารณสุขไทย	10
การเข้าถึงบริการทางการแพทย์	13
เศรษฐศาสตร์กับการแพทย์และการสาธารณสุข	14
อุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์	15
ความจำเป็น (need)ในการได้รับบริการทางการแพทย์	16
อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์	19
ผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	23
งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขเบื้องต้น	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทางสาธารณสุข	27
สภาพทั่วไปของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อย	30
การดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่	38

สารบาญเรื่อง (ต่อ)

หน้า

แบบจำลองกรอบแนวความคิดรวบยอด 40

สมมติฐานการวิจัย 41

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 42

สถานที่ทำการวิจัย 42

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 42

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 46

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล 46

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์และวิจารณ์ 53

ส่วนที่ 1 สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 54

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข 56

ส่วนที่ 3 ความเข้าใจและทัศนคติของผู้รับบริการสาธารณสุข 68

ส่วนที่ 4 การสรุปสมมติฐาน 73

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ 74

สรุปผลการศึกษา 74

ข้อจำกัดในการศึกษา 78

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ 78

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป 79

บรรณานุกรม 80

ภาคผนวก 83

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม 84

ภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี factor analysis 89

ภาคผนวก ค ประวัติผู้วิจัย 98

สารบาญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กับ แผนพัฒนาการสาธารณสุข รวมทั้งผลสำเร็จของแผนฯตั้งแต่แผนฯฉบับที่ 1-8	2
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ ในปีพ.ศ. 2520, 2528 และ 2541	13
3	จำนวนประชากร ชาย-หญิง ของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อย	32
4	จำนวนและร้อยละของหมู่บ้าน จำแนกตามอาชีพหลักที่สำคัญของราษฎร ในอำเภอดอยเต่า อำเภออมก๋อย และ จังหวัดเชียงใหม่	33
5	ระดับรายได้ต่อครัวเรือน ต่อปี ของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอดอยเต่า และอำเภออมก๋อย	34
6	อัตราค่าจ้างแรงงานต่อคนต่อวัน ของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอดอยเต่า และอำเภออมก๋อย	35
7	จำนวนและอัตราป่วยผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2542 – 2544	36
8	จำนวนและอัตราป่วยผู้ป่วยใน จำแนกตามสาเหตุการป่วย 10 อันดับแรก จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2542 - 2544	37
9	สถานบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่	43
10	สถานบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่	44
11	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	54
12	วิธีการเดินทางมารับบริการจำแนกตามอำเภอ	56
13	ประสบการณ์การรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ	69
14	เหตุผลในการเลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ	70
15	ลำดับความนิยมในการใช้สถานบริการสาธารณสุข จำแนกตามสถานที่เก็บข้อมูล ในแต่ละอำเภอ	70
16	เหตุผลที่เลือกสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อย	71
17	เหตุผลในการไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ	72

บทที่ 1

บทนำ

(INTRODUCTION)

ความเป็นมาของปัญหา

(Context of the Problem)

การวัดความอยู่ดีกินดี (well being) ของประชาชนในประเทศแต่เดิม จะวัดจากเครื่องชี้วัดการพัฒนาเศรษฐกิจ เช่น อัตราการเติบโตของรายได้ต่อหัว (income per capita) อัตราเงินเฟ้อ ฯลฯ ต่อมา เครื่องชี้วัดด้านเศรษฐกิจเริ่มเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ว่า ไม่เพียงพอที่จะใช้วัดการเปลี่ยนแปลงในความอยู่ดีกินดีของคนในสังคม เพราะมีจุดอ่อนหลายประการ ถึงแม้ว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจจะมีความสำคัญต่อความอยู่ดีกินดี แต่ก็ไม่ใช่เป็นสิ่งสำคัญเพียงสิ่งเดียว เช่น กรณีที่ประเทศหนึ่งประสบความสำเร็จจากการลดอัตราการตายของประชากร จนทำให้รายได้ต่อหัวของประเทศลดลงอันเนื่องมาจากการเพิ่มของประชากร มีคำถามว่า เราควรจะตัดสินว่าประชากรในประเทศนี้มีความอยู่ดีกินดีที่ดีขึ้นหรือเลวลง เราไม่สามารถตอบคำถามนี้ได้ชัดเจน เพราะในขณะที่ประเทศนี้จนลง แต่ก็ได้เพิ่มความสามารถของประชาชนจนทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในหลายประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีการเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับสูง แต่ในขณะเดียวกันภาวะความยากจนก็ยังอยู่ในระดับสูง ด้วยสาเหตุดังกล่าว หน่วยงานองค์กรระหว่างประเทศ โดยเฉพาะธนาคารโลกจึงได้หันมาให้ความสนใจกับประเด็น การพัฒนาความจำเป็นพื้นฐาน (basic need) โดยได้มุ่งเน้นไปที่ การขจัดความยากจน การพัฒนาการศึกษา สาธารณสุข และที่อยู่อาศัย โดยการพัฒนาความจำเป็นพื้นฐานนี้พบว่า มีความเชื่อมโยงใกล้ชิดกับมาตราฐานความเป็นอยู่ หรือ ความอยู่ดีกินดีของประชาชน มากกว่าประเด็นการเติบโตทางเศรษฐกิจ

การพัฒนาประเทศของประเทศไทย มีแนวทางในการพัฒนาที่สอดคล้องกับ การพัฒนาความจำเป็นพื้นฐานที่ธนาคารโลกให้ความสนใจ โดยในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 มีแนวคิดที่สำคัญคือ คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา กำหนดให้คนเป็นปัจจัยวัดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง นโยบายทางด้านสาธารณสุขที่เด่นชัดเกี่ยวกับ การพัฒนาความจำเป็นพื้นฐาน ในรัฐบาลยุคปัจจุบัน (พ.ศ. 2544) ได้แก่ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขของประชาชนทุกหมู่เหล่า เพราะฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่า การพัฒนาสุขภาพของคนถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของคน ถึงแม้ว่า

ประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองบ่อยครั้ง แต่การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองไม่ได้มีผลกระทบต่อนโยบายด้านสาธารณสุข รัฐบาลทุกสมัยได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทั่วถึงประชาชนทั้งประเทศ

สาระสำคัญของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับแผนพัฒนาการสาธารณสุข รวมทั้งผลสำเร็จของแผนฯฉบับที่ 1-7 สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาระสำคัญของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กับ แผนพัฒนาการสาธารณสุขรวมทั้งผลสำเร็จของแผนฯตั้งแต่แผนฯฉบับที่ 1-8

แผนฯ พัฒนา ฉบับที่	สรุปสาระสำคัญของ แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	ผลสำเร็จของการพัฒนาการสาธารณสุข
1 (2504-2509)	เน้นการลงทุนในการก่อสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานและกระตุ้นการขยายตัวทางเศรษฐกิจในภาคธุรกิจเอกชน	เน้นการขยายสถานบริการสาธารณสุข อันได้แก่โรงพยาบาลและสถานีอนามัยให้เป็นบริการพื้นฐานในการพัฒนาประเทศ	มีการสร้างโรงพยาบาลใหม่ๆเพิ่มขึ้นหลายแห่งแต่ยังไม่เน้นหนักในภูมิภาคเท่าที่ควร สำหรับงานด้านอนามัยปราบปรามและควบคุมโรคติดต่อดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยกเว้นในเรื่องการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในชนบทห่างไกล
2 (2510-2514)	มีโครงการต่อเนื่องจากแผนฯ 1 และเน้นการวางแผนกำลังคนและการกระจายการพัฒนาสู่ชนบท การพัฒนาเศรษฐกิจมุ่งเน้นการผลิตเพื่อทดแทนการนำเข้า	เร่งรัดการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การปรับปรุงการบริการสาธารณสุขโดยขยายขอบเขตการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนบทห่างไกล มีการบังคับนักศึกษาแพทย์ให้ทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2508	ผลของการดำเนินงานมีลักษณะเช่นเดียวกับแผนฯ1 และพบว่า การผลิตแพทย์และพยาบาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผน การให้ภูมิคุ้มกันโรคมีความก้าวหน้าสูงกว่าช่วงแผนที่ 1 เช่น ผลงานบีซีจี เพิ่มเป็น 3 เท่า การรักษาพยาบาลครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 11 สถานบริการระดับอำเภอเพิ่มจากร้อยละ 42.3 เป็นร้อยละ 54.9 ของจำนวนอำเภอทั้งหมด

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข , 2542

ตารางที่ 1 (ต่อ)

3 (2515-2519)	เป็นการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานที่ดำเนินการไว้และเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น เช่นการศึกษา สาธารณสุข ตลอดจนกำหนดนโยบายประชากรเป็นครั้งแรก	มุ่งเน้นการอนามัยแม่และเด็กการวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อ การปรับปรุงและขยายการบริการรักษา มีการทดลองรูปแบบการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการพัฒนาความร่วมมือของประชาชนและมีนโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยเป็นครั้งแรก	อัตราเพิ่มของประชากรลดลงจาก 31.5 ต่อพัน(2514)เป็น 26.1 ต่อพัน(2519) อัตราตายของประชากรลดลงจาก 11.6 ต่อพัน ในช่วงแผนฯ 2 เป็น 10.9 ต่อพัน ในแผนฯ 3 การผลิตบุคลากรสาธารณสุขยังต่ำกว่าเป้าหมาย แพทย์ใช้ทุนเริ่มปฏิบัติงานใน พ.ศ. 2515 ทำให้มีแพทย์ในชนบทมากขึ้น ในส่วนของการขยายบริการในลักษณะจำนวนเตียง จำนวนสถานบริการและการให้ภูมิคุ้มกันโรคแม้จะดีขึ้นแต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โรคติดต่อบางอย่างลดลง จนไม่เป็นปัญหา เช่น กาฬโรค ไข้ทรพิษ ประชาชนในชนบทยังมีสุขภาพอนามัยไม่ดี เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดแคลนน้ำสะอาดในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านสถานบริการเริ่มมีโรงพยาบาลประจำอำเภอแทนศูนย์การแพทย์และอนามัย และมีโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2521 มีการอบรมผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ครั้งแรกใน พ.ศ. 2520
4 (2520-2524)	เน้นหนักการแก้ไขปัญหาสังคม ขยายสาขาการผลิตทางการเกษตรเพื่อแก้ไขความยากจน	มุ่งเน้นที่การแก้ไขและลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเริ่มตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในพ.ศ. 2543 ด้วยกลยุทธสาธารณสุขมูลฐานในพ.ศ. 2522	
5 (2525-2529)	เน้นการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจให้ความสำคัญกับการพัฒนาอุตสาหกรรม โดยเฉพาะอุตสาหกรรมส่งออก - เน้นการพัฒนาชนบทอย่างผสมผสาน โดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้ระบบของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.)	ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสาธารณสุขมูลฐาน การจัดตั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ รวมทั้งยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ให้เป็นสถานีอนามัยทั้งหมดและการตั้งเป้าหมายทางสังคมระยะยาว (20ปี) "สุขภาพดีถ้วนหน้า 2543"	จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอได้ครอบคลุมร้อยละ 85.2 และสถานีอนามัยได้ครอบคลุมร้อยละ 97.9 การผลิตแพทย์และพยาบาลสามารถดำเนินการได้ร้อยละ93.6 และร้อยละ 93.8 ของเป้าหมายตามลำดับ การฝึกอบรม อสม. ได้ถึงร้อยละ126.9 ของเป้าหมาย และอบรม ผสส.ได้ถึงร้อยละ 119.64 ของเป้าหมาย รวมทั้งจัดตั้งกองทุนยาได้ถึง ร้อยละ 232.16 ของเป้าหมาย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

6 (2530-2534)	เน้นนโยบายการแก้ไขปัญหาความไม่สมดุลทางเศรษฐกิจมหภาคเรื่องดุลการชำระเงินรวมทั้งเน้นนโยบายสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการเมือง	ขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ครบตามกลุ่มเป้าหมาย การยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์ เพื่อมิให้กระทบต่อความมั่นคงของชาติและเริ่มแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ	ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นเป็น 67.7 ปี และ 72.4 ปีในเพศชายและหญิงตามลำดับ อัตราการตายของมารดาและทารกลดลง สถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมครบจนถึงระดับอำเภอ ตำบล ให้ความสำคัญกับปัญหาสาธารณสุขใหม่ คือ เอดส์ อุบัติเหตุ หัวใจ มะเร็ง สุขภาพจิต
7 (2535-2539)	เน้นนโยบายเศรษฐกิจเพื่อนำไปสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรม	เน้นการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นจุดเริ่มของงานสุขภาพดีถ้วนหน้าและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตราฐาน -เน้นความพยายามในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่คนไทยทุกคน -เริ่มหันมาเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการและการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ลาออกไปอยู่ภาคเอกชน	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการกระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆอย่างทั่วถึง ทั้งในเมืองและชนบท แต่มีปัญหาการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะแพทย์อย่างรุนแรง อัตราการเพิ่มประชากรลดลงเหลือร้อย 1.3 ใน พ.ศ.2537 การสร้างหลักประกันสุขภาพ ได้ครอบคลุมร้อยละ 72 ของประชาชนทั้งหมด การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะการให้วัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 จึงทำให้อัตราการป่วยจากโรคดังกล่าวลดลงอย่างมาก
8 (2540-2544)	เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นวัตถุประสงค์ หลักเกิดวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นในปี พ.ศ. 2540 จึงมีการปรับแผนฯให้สอดคล้องกับภาวะดังกล่าว	-เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ -เน้นเรื่องการครอบคลุมหลักประกันคุณภาพด้วยบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ -เน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ	มีการปรับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิกฤตทางด้านเศรษฐกิจ โดยลดแผนการก่อสร้างลงอย่างมาก แต่ก็สามารถเพิ่มความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพได้ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพผู้ยากไร้ ผู้ตกงาน รวมทั้งรักษางานป้องกันโรคติดต่อด้วยวัคซีน งานอนามัยแม่และเด็ก และงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542)

นับตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 เป็นต้นมา การสาธารณสุขของไทยได้มีการพัฒนาดีขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การก่อสร้างโรงพยาบาลให้กับทุกอำเภอ การก่อสร้างสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบล เพื่อลดความไม่เป็นธรรมด้านการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขของประชาชนในชนบท โดยในปี พ.ศ. 2541 มีโรงพยาบาลชุมชน 712 แห่ง ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 89.5 ของประเทศ และมีสถานีอนามัย 9,689 แห่ง ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 100 คือครบทุกตำบล อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีการสร้างสถานบริการไว้อย่างครอบคลุมแล้ว แต่เมื่อพิจารณาจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข พบว่ายังไม่เพียงพอกับความต้องการ มีปัญหาเรื่องความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข พิจารณาได้จากจำนวนและร้อยละของการสูญเสียแพทย์ ในช่วงปี พ.ศ. 2540 ยังมีโรงพยาบาลชุมชนถึง 21 แห่ง ที่ไม่มีแพทย์ประจำเลย การกระจายแพทย์ตามภาคเปรียบเทียบสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ ระหว่างกรุงเทพฯและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีค่าเท่ากับ 1:720 ในกรุงเทพฯ และ1:995 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานีอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด พิจารณากรอบอัตรากำลังปี พ.ศ. 2538-2540 ได้กำหนดให้มีอัตรากำลังคน 5 คนต่อสถานบริการ แต่ในความเป็นจริง สถานีอนามัยทั่วประเทศมีอัตรากำลังคนเฉลี่ยเพียง 3.06 คนเท่านั้น

ประเด็นปัญหา
(Research Problem)

วัตถุประสงค์หนึ่งของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 คือ ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพและมีมาตราฐานอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาถึงผลของการปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งของแผนพัฒนาการสาธารณสุข เป็นการศึกษาถึงผลประโยชน์ (output) ที่ประชาชนในแต่ละพื้นที่ จะได้รับจากการจัดสรรเงินงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาล (input) ทั้งนี้ถือว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลจะสะท้อนให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากต้นทุนค่าใช้จ่ายของภาครัฐทางด้านสาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนในประเทศได้รับบริการทางสาธารณสุขอย่างทั่วถึง การศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ จะอาศัยการเปรียบเทียบ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และระยะทาง เวลาที่ใช้ในการเดินทาง เป็นตัวชี้การเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขในแง่เศรษฐกิจ (economical

accessibility) และการเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์ (geographical accessibility) (วิวัฒน์ อังศุสิงห์ และคณะ, 2542) โดยถือว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสามารถสะท้อนให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับ ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นถึง ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ชนบท ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และเป็นประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับขั้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย
(Objective of the Study)

1. เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ ในรูปแบบของการศึกษาเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางด้านเศรษฐศาสตร์ (economical accessibility) และตัวชี้วัดทางด้าน (geographical accessibility) ซึ่งได้แก่ ระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการรักษาพยาบาลทั่วไปจากสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชนบทของจังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อศึกษาความเข้าใจ และ ทัศนคติของผู้รับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นซึ่งรัฐเป็นผู้จัดบริการให้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
(Expected Results)

1. ทำให้ทราบถึง ความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในเขตชนบทแต่ละพื้นที่ ผลการศึกษาจะสะท้อนให้เห็นถึง ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายเพื่อลดความแตกต่างของ ระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการในแต่ละพื้นที่ในอนาคต

2. ทำให้ทราบถึง ปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท เพื่อนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจดำเนินนโยบายเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

3. ทำให้ทราบถึง ความเข้าใจและทัศนคติของผู้ใช้บริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขแหล่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขการให้บริการสาธารณสุข เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตในการวิจัย
(Scope of the Study)

การศึกษาในครั้งนี้ ต้องการศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเฉพาะการรักษาพยาบาลทั่วไปในระดับต้น ซึ่งรัฐได้จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขไว้ให้กับประชาชนในเขตชนบท โดยจะทำการศึกษาจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากแหล่งบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ที่ทำการรักษาพยาบาลทั่วไป ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภออมก๋อย และอำเภอดอยเต่า โดยให้อำเภออมก๋อยและอำเภอดอยเต่า เป็นตัวแทนของพื้นที่ชนบท

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นตัวแทนของเมืองที่สามารถเห็นความแตกต่างในการพัฒนาระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทได้อย่างชัดเจน ความเจริญทางด้านเศรษฐกิจเกิดขึ้นในเขตตัวเมืองซึ่งมีพื้นที่เพียงร้อยละ 20 ของพื้นที่ทั้งจังหวัดเท่านั้น พื้นที่อีกร้อยละ 80 เป็นพื้นที่ในเขตชนบท ประชาชนยังมีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตราฐานโดยเฉพาะในชุมชนที่อยู่ห่างไกลและชุมชนพื้นที่สูง (สำนักสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2542) อำเภออมก๋อยและอำเภอดอยเต่าเป็นตัวแทนที่น่าสนใจในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั่วไป เพราะทั้ง 2 อำเภอมีพื้นที่ห่างไกลจากตัวจังหวัดมาก เหมาะสมที่จะเป็นตัวแทนของเขตชนบท โดยอำเภออมก๋อยมีระยะห่างจากตัวเมือง 170 กิโลเมตร อำเภอดอยเต่ามีระยะห่างจากตัวเมือง 118 กิโลเมตร และจากข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขพบว่า สถานีอนามัยมีความครอบคลุม 100 % ครบทุกตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานมีความครอบคลุม 97.8 % แสดงให้เห็นว่า ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศรวมทั้งพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล มีสถานบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม แต่ทั้ง 2 อำเภอกลับมีความแตกต่างของสุขอนามัยพื้นฐานค่อนข้างมาก จะเห็นได้จากรายงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของ 2 อำเภอพบว่า ความครอบคลุมหลังคาเรือนที่มีส้วมถูกสุขลักษณะและความครอบคลุมของหลังคาเรือนที่มีน้ำดื่มเพียงพอ ในอำเภออมก๋อยต่ำกว่าเป้าหมายแผนฯ 8 (น้อยกว่าร้อยละ95) ทั้งสองกรณี คือมีครัวเรือนที่มีส้วมถูกสุขลักษณะร้อยละ 44.60 และมีครัวเรือนที่มีน้ำดื่มสะอาดพอเพียงร้อยละ 35.67 ในขณะที่อำเภอดอยเต่ามีครัวเรือนที่มีส้วมถูกสุขลักษณะร้อยละ 95.16 และมีครัวเรือนที่มีน้ำ

ดื่มสะอาดพอเพียงร้อยละ 91.74 อำเภออมก๋อยยังเป็นอำเภอเดียวในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีความครอบคลุมของหลังคาครัวเรือนที่มีที่รองรับขยะถูกสุขลักษณะต่ำกว่าเป้าหมายแผนฯ 8 จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ประชาชนใน 2 อำเภอนี้จะมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้นแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิจัย

1. การศึกษานี้จะใช้ผลการสำรวจค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุข และระยะทาง เวลาที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการสาธารณสุข เป็นตัวชี้การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขในแง่เศรษฐกิจ (economical accessibility) และการเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์ (geographical accessibility) ซึ่งเป็นตัวชี้ประสิทธิภาพการดำเนินการของสถานบริการสาธารณสุขที่สะท้อนจากผู้ใช้บริการ (วิวัฒน์ อังศุสิงห์ และคณะ, 2542)

2. การศึกษานี้จะทำการศึกษาในแง่ของผู้รับบริการทางสาธารณสุข เฉพาะด้านการรักษาพยาบาลทั่วไปเท่านั้น ไม่รวม การรักษาเฉพาะทาง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ
(Operational Definition)

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข หมายถึง ความสามารถที่จะไปใช้บริการจากแหล่งบริการสาธารณสุขของรัฐได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึง ระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการรักษาพยาบาลทั่วไป

การรักษาพยาบาลทั่วไป หมายถึง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือแพทย์ทั่วไป ไม่รวมถึงการรักษาพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง

แหล่งบริการสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ในอำเภออมก๋อย และอำเภอดอยเต่า ของจังหวัดเชียงใหม่

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ แล้วส่งกลับบ้านโดยไม่ได้รับไว้รักษาในสถานบริการสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุข หมายถึง ค่าใช้จ่ายของผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขเบื้องต้นของรัฐ จะรวมเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เสียไปตั้งแต่เริ่มเดินทางมาเพื่อรับการ

รักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆในการรักษา เช่น ค่ายา ค่าห้องพัก ค่าเวชภัณฑ์ เป็นต้น โดยไม่รวมค่าใช้จ่ายของทางสถานบริการสาธารณสุข

ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ หมายถึง ระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง จากที่อยู่อาศัยมายังสถานบริการสาธารณสุข

เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ หมายถึง เวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเดินทางจากที่อยู่อาศัยมายังสถานบริการสาธารณสุข เพื่อรับบริการสาธารณสุขเบื้องต้น

MAEJO UNIVERSITY

บทที่2

การตรวจเอกสาร

(REVIEW OF RELATED LITERATURE)

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้ศึกษา ได้ศึกษาจากจา เอกสาร ตำรา บทความ ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

แนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับการบริการและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข

บริการสาธารณสุขไทย

การจัดบริการสาธารณสุขของไทย แบ่งตามระดับการให้บริการ (level of care) มี 5 ระดับ คือ

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (self care level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการเจ็บป่วยและ หรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนนับเป็นมาตรการเสริมการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน

2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการ โดยประชาชนด้วยกันเองและสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยกันเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้ จะมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆอย่างมาก

3. การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น (primary care level) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไป ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้

3.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่กันดารห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก ครอบคลุมประชากรประมาณ 500-1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ปฏิบัติงาน (สถานภาพเป็นลูกจ้างประจำของกระทรวงสาธารณสุข) การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลต่างๆเบื้องต้น

3.2 สถานีอนามัย (สอ.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบล หรือระดับหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (first line health service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000-5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ คือ พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค (จบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน) ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการดำเนินการให้ทันตาภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในสถานีอนามัยด้วย การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐานการนิเทศงาน และการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน

3.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งรัฐ และเอกชน ทุกระดับ ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

4. การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (second care level) เป็นการจัดบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้

4.1 โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

4.2 โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน

4.3 โรงพยาบาลเอกชน ที่ดำเนินการโดยธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลาทำงาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (tertiary care level) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ ดังนี้

5.1 โรงพยาบาลทั่วไป

5.2 โรงพยาบาลศูนย์

5.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

5.4 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วนส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชน ขนาดมากกว่า 100 เตียง

นอกจากการจัดบริการทั้ง 5 ระดับดังกล่าวแล้ว ยังมีสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนอื่น ๆ อีก เช่น ร้านขายยา และสถานบริการอื่นๆของทางราชการที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร

การแบ่งระดับสถานบริการออกเป็นระดับต่างๆนี้ เป็นการแบ่งคร่าว ๆ แต่ในทางปฏิบัติตามความเป็นจริงแล้ว สถานพยาบาลระดับสูง ๆ ก็มักจะมีระดับต้นปนอยู่ด้วยเสมอ หากวิเคราะห์การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยมองในด้านโครงสร้างของจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับคือ สถานีอนามัยหรือสถานบริการสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลสาขา และโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ จำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยระดับสถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชนให้บริการเพิ่มมากที่สุด รองลงมาเป็น โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลสาขา และสำหรับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มน้อยที่สุด เห็นได้จากจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับในปีพ.ศ. 2520, 2528 และ 2541 ซึ่งแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับใน ปีพ.ศ. 2520, 2528 และ 2541

สถานบริการแต่ละระดับ	พ.ศ.					
	2520		2528		2541	
	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	ร้อยละ
รพศ./รพท.	5.5	46.22	10	32.36	18.1	18.76
รพช.	2.9	24.37	11.1	35.92	13.9	35.13
สอ.	3.5	29.41	9.8	31.72	44.5	46.11
รวม	11.9	100.00	30.9	100.00	76.5	100.00

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542)

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์

แนวความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (รัชยา กุลวานิชไชยนันท์, 2535) จำแนกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ หรือมีการประกันสุขภาพ (affordability)
5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (acceptability) ซึ่งรวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการด้วย

เศรษฐศาสตร์กับการแพทย์และการสาธารณสุข

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534) กล่าวว่า เศรษฐศาสตร์ไม่ว่าจะถูกจัดให้เป็นศาสตร์ (science) หรือเป็นศิลป์ (arts) หรือเป็นสามัญสำนึก (common sense) ก็ตาม แต่หัวใจสำคัญก็คือเป็นการศึกษาเกี่ยวกับหลักในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ไม่มีประเทศใดในโลกที่จะมีทรัพยากรมากพอที่จะให้บริการแก่ประชาชนทั้งประเทศได้ทุกอย่างตามที่ต้องการโดยไม่มีขอบเขตจำกัด ทรัพยากรของแต่ละประเทศมีจำกัดแม้ประเทศที่ร่ำรวยก็มีทรัพยากรจำกัด สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาความขาดแคลนและความมีจำกัดก็ยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น ดังนั้นทุกประเทศจึงต้องประสพปัญหาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ระบบที่เป็นอยู่ วิเคราะห์การใช้ทรัพยากร และการเลือกระหว่างทางเลือกหลาย ๆ ทาง ในอันที่จะใช้ทรัพยากรที่จำกัดนั้นให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ปัญหาการเลือกระหว่างทางเลือกหลายทางมีหลายระดับหาก เป็นการเลือกระดับบุคคลเขาก็จะเลือกใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดของเขาให้เกิดประโยชน์ หรือให้เกิดความพอใจแก่ตัวเขาเองสูงสุด การได้มาซึ่งของสิ่งหนึ่ง หมายถึงการเสียสละที่จะไม่ได้ของอีกสิ่งหนึ่ง ดังนั้นเขาจะต้องตัดสินใจเลือกระหว่าง การบริโภคสิ่งของต่าง ๆ ในลักษณะที่จะทำให้ เขาได้รับความพอใจรวมสูงสุด

การเลือกในระดับประเทศ จะกระทำโดยผู้มีอำนาจบริหารและปกครองประเทศ เพื่อที่จะตัดสินการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนของประเทศนั้นเอง การตัดสินเลือกทางเลือกต่าง ๆ และการตัดสินว่ากิจกรรมใดเป็นประโยชน์สูงสุดย่อมมีผลถึงประชาชนของประเทศโดยส่วนรวม การใช้ทรัพยากรส่วนใหญ่ไปในกิจกรรมอย่างหนึ่ง ย่อมหมายถึงการเสียสละที่จะใช้ทรัพยากรจำนวนนั้นเพื่อกิจกรรมอื่น ตัวอย่างเช่น การใช้ทรัพยากรเพื่อการรักษาพยาบาล หมายถึงการเสียสละที่จะใช้เงินจำนวนนั้นเพื่อการป้องกันโรคหรือการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เป็นต้น ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากเงินดังกล่าวเป็นบุคคลคนละกลุ่มและประโยชน์ที่ได้รับจากเงินจำนวนเดียวกันก็แตกต่างกันสำหรับคนแต่ละกลุ่มนั้นด้วย

เศรษฐศาสตร์มีความสำคัญในการช่วยในการตัดสินใจเลือกทางเลือกเป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุด ก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอันจำกัดไปในทางที่เกิดประโยชน์สูงสุด ปัญหาทางเศรษฐกิจจำแนกได้เป็นสามส่วนใหญ่ ๆ คือ ปัญหาเกี่ยวกับการผลิต คือจะผลิตอะไร จำนวนมากน้อยแค่ไหน ใช้วิธีการผลิตอย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุด ใช้ต้นทุนน้อยที่สุดและบรรลุเป้าหมายสูงสุด ปัญหาเกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค คือจะเลือกบริโภคสินค้าและบริการอะไร บริโภคสินค้าและบริการแต่ละชนิดเป็นจำนวนมากน้อยแค่ไหนจึงจะได้รับความพอใจสูงสุดจากเงินที่มีจำกัด

และปัญหาเกี่ยวกับการกระจายสินค้าและบริการไปยังผู้บริโภค คือจะจำแนกแจกจ่ายสินค้าและบริการอย่างไรจึงจะทั่วถึงและเหมาะสมที่สุด วิธีการแก้ปัญหาพื้นฐานสามประการข้างต้นนั้นแตกต่างกันตามลัทธิทางเศรษฐกิจหรือระบบเศรษฐกิจ ระบบทุนนิยมหรือระบบเสรีนิยมก็จะแก้ไขปัญหาโดยใช้ราคาเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งเรียกว่ากลไกราคาโดยถือเอาเสรีภาพส่วนบุคคลเป็นสำคัญ ระบบนี้เชื่อว่าราคาของสินค้าและบริการจะเป็นกลไกที่นำระบบเศรษฐกิจไปสู่ดุลยภาพ ส่วนระบบเศรษฐกิจอีกระบบหนึ่งซึ่งตรงข้ามคือ ระบบวางแผนจากส่วนกลางหรือระบบสังคมนิยม รัฐเป็นผู้ควบคุมและแก้ปัญหาพื้นฐานทั้งสามประการ โดยถือความเสมอภาคเป็นสำคัญไม่กังวลในเรื่องของเสรีภาพส่วนบุคคล

สินค้าและบริการอื่น ๆ นั้นมีลักษณะที่แตกต่างจากสินค้าและบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขหลายประการ ปัญหาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นปัญหาที่มีลักษณะพิเศษ วัตถุประสงค์และเป้าหมายในการผลิตบริการสาธารณสุขแตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการอื่น ๆ การลงทุนในด้านการสาธารณสุขมิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปของกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภค ผู้วางแผนและกำหนดนโยบายสาธารณสุขจึงต้องคำนึงถึงภาพรวมของสังคมเป็นหลัก คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับสังคมโดยส่วนรวม ปัญหาเกี่ยวกับการเลือกก็เป็นปัญหาเกี่ยวกับทั้งระบบ (macro level) การวางแผนและการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ใส่เข้าไป (input) กระบวนการ (process)และสิ่งที่ได้รับออกมา (output) จะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเพื่อการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบการสาธารณสุข เช่น การตัดสินใจเลือกระหว่างการสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดตั้งโรงพยาบาล เป็นต้น

อุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์

ประภัสสร เลียวไพโรจน์ (2527) กล่าวว่า ความต้องการบริโภคการบริการทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ถกเถียงกันในหมู่นักเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยสุขภาพอนามัยว่า ความต้องการในด้านนี้ควรจะเป็น ความจำเป็น (need) หรือเป็น อุปสงค์ (demand)

เนื่องจากการบริการทางสุขภาพและอนามัยเป็นสินค้าที่แตกต่างจากสินค้าและบริการอย่างอื่นในตลาด ผู้บริโภคจะต้องการบริโภคสินค้าชนิดนี้ก็ต่อเมื่อมีความเจ็บไข้หรือไร้ความสามารถเกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อความต้องการในการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด จึงทำให้เกิดความจำเป็นและอุปสงค์ในการรักษาพยาบาล การให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคของแต่ละบุคคล ความจำเป็นในการรักษาพยาบาลในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะได้รับความพอใจจากการบำบัดความเจ็บปวดด้วยตนเอง เพื่อนฝูง ญาติพี่น้องในครัวเรือน หรือตาม

สถาบันทางการแพทย์ทั้งของเอกชนและของรัฐบาล นอกจากนี้การบริการทางสุขภาพถ้ามองในทัศนะทางด้านการเมืองแล้ว การบริการทางสุขภาพเป็นความจำเป็นที่ประชาชนควรจะได้รับ โดยรัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายวางเป้าหมายทางด้านสาธารณสุขว่า นโยบายการให้บริการทางสุขภาพที่จะให้กับประชาชนจะเป็นอย่างไร มีการช่วยเหลือหรือให้เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเท่าไร โดยผ่านทางงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถจะหาซื้อบริการทางด้านสุขภาพได้ในราคาต่ำกว่าราคาทุน หรือรัฐบาลอาจจะวางนโยบายให้บริการสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่า

นักเศรษฐศาสตร์หลายท่านนำทฤษฎีทางด้านอุปสงค์และพฤติกรรมของผู้บริโภคมาวิเคราะห์ในเรื่องของความต้องการทางการแพทย์และได้พยายามสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับอุปสงค์การบริการทางการแพทย์ นักเศรษฐศาสตร์บางท่านมีความเห็นว่า อุปสงค์การบริการทางการแพทย์ควรจะเป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (derived demand) ไม่ใช่อุปสงค์การบริการทางการแพทย์โดยตรง

เนื่องจากมีข้อถกเถียงมากมายในเรื่องของความต้องการบริการทางการแพทย์ว่า ควรจะเป็นความจำเป็นหรืออุปสงค์ ดังนั้นการวิเคราะห์จำแนกออกเป็น 2 ประเด็น

1. ความจำเป็น (need) ในการได้รับบริการทางการแพทย์
2. อุปสงค์ (demand) สำหรับการบริการทางการแพทย์

ความจำเป็น (need) ในการได้รับบริการทางการแพทย์

นักเศรษฐศาสตร์หลายท่านได้ให้คำนิยามและความหมายของความจำเป็นในการได้รับบริการทางสุขภาพไว้ต่าง ๆ กัน Jeffer, et al (1971) และ Boulding (1996) มีความคิดเห็นที่เหมือนกันในบางส่วนในการอรรถาธิบายเกี่ยวกับความหมายของคำว่า ความจำเป็นสำหรับการบริการทางสุขภาพและอนามัยว่าความจำเป็นนี้ไม่ได้ถูกกำหนดโดยตัวผู้ป่วย แต่ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการรักษาพยาบาล เป็นการเลือกให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยผู้ใช้วิชาชีพทางด้านการรักษาพยาบาลทำการตัดสินใจว่า ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคควรจะได้รับปริมาณการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเท่าใดในระยะเวลาหนึ่งเพื่อที่จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์ คุณภาพของบริการทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจะได้รับในช่วงระยะเวลาหนึ่งนั้นยังขึ้นอยู่กับจิตใจของผู้ป่วยในการยอมรับถือความจำเป็นของบริการทางด้านสุภาพ ดังนั้นความจำเป็นของบริการทางการแพทย์จึงขึ้นอยู่กับการอุทิศเวลาของแพทย์ในการตรวจรักษาป้องกันโรค จึงทำให้ปริมาณบริการทางการแพทย์ที่ผู้บริโภคต้องการแตกต่างไปจากปริมาณที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ให้กับผู้บริโภค Boulding ได้เรียกความจำเป็นต่อการใช้บริการทางการแพทย์ที่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ให้บริการ (เช่น แพทย์) ว่า Homeostatic need

Homeostatic need แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ ความจำเป็นในการได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยโดยตัวเองเป็นผู้ให้แก่ตัวเอง ซึ่งหมายความว่าการดำรงชีวิตเพื่อให้สุขภาพดีต้องประกอบด้วย อาหาร การรักษาพยาบาล สภาพแวดล้อมต่างๆ และความจำเป็นประการที่สองคือการตัดสินใจในการให้บริการสุขภาพและอนามัยจากผู้ที่มีอาชีพทางด้านนี้ ซึ่งเป็นปัญหาของความหมายของความจำเป็นต่อบริการสุขภาพอนามัยในทัศนะของแพทย์หรือผู้มีอาชีพในการให้การบริการทางด้านนี้ เช่น หมอ นักเศรษฐศาสตร์ นักการเมือง

Boulding ยังชี้ให้เห็นถึงข้อยุ่งยากเกี่ยวกับความหมายของความจำเป็นสำหรับบริการทางด้านสุขภาพอีกว่า ความจำเป็นสำหรับบริการทางสุขภาพของแต่ละคนไม่เท่ากัน และแตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงอายุของมนุษย์ เป็นต้นว่า เด็กที่อยู่ในวัยกำลังเจริญเติบโต ความจำเป็นสำหรับบริการทางสุขภาพไม่ใช่เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด แต่เพื่อการเจริญเติบโตด้วย เมื่ออยู่ในวัยที่เป็นผู้ใหญ่หรือมีอายุมากขึ้น ความจำเป็นสำหรับบริการทางสุขภาพเปลี่ยนไปเป็นการบำรุงรักษาสุขภาพ ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องจักรซึ่งค่าเสื่อมเกิดขึ้นจำเป็นต้องบำรุงรักษา มิฉะนั้นแล้วบางที่อาจจะทำให้ประสิทธิภาพในการผลิตของลุคคลผู้นั้นลดลง อายุของมนุษย์เป็นปัญหาในเรื่องความหมายของความจำเป็นในการบำรุงรักษาสุขภาพ เพราะมนุษย์ไม่เหมือนกับเครื่องจักรที่สามารถกำหนดค่าเสื่อมมูลค่าปัจจุบันตีราคาอายุการใช้งานของเครื่องจักรว่าเมื่อไหร่จะเป็นเศษเหล็ก ทั้งนี้เพราะมนุษย์มีค่าอยู่ในตัวของมันเอง ไม่มีใครมีสิทธิกำหนดอายุของมนุษย์ได้เหมือนกำหนดอายุของเครื่องจักร มูลค่าของมนุษย์จะเป็นบวกตลอดเวลาจนกระทั่งสิ้นอายุขัย ซึ่งหมายถึงการสูญเสียและความตายของมนุษย์เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ด้วยเหตุผลอันนี้เองจึงทำให้ยากแก่การกำหนดความหมายของความจำเป็นสำหรับบริการสุขภาพในความเห็นของผู้ที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ การกำหนดความหมายของคำว่า ความจำเป็น (need) สำหรับบริการทางสุขภาพและอนามัย เป็นการกำหนดโดยผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวข้องทางด้านนี้ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ นักวิชาการทางด้านสาธารณสุข นักเศรษฐศาสตร์และนักการเมือง จึงทำให้มาตราฐานของความจำเป็นต่อสุขภาพแตกต่างกันไปตามสังคมและนโยบายทางด้านสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ถึงแม้จะกำหนดความจำเป็นสำหรับบริการทางสุขภาพของสังคมก็ไม่สามารถแก้ปัญหาในเรื่องนี้ได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะ "สุขภาพดี" ประกอบด้วย พื้นฐานสุขภาพของตัวเองและการตัดสินใจของแพทย์ซึ่งบางครั้งคนจนอาจจะมีความจำเป็นในการได้รับบริการทางการแพทย์มากกว่าคนรวย ซึ่งเนื่องมาจากพื้นฐานสุขภาพของตัวเอง (โภชนาการสุขภาพสิ่งแวดล้อม)เป็นต้น

William (1976) ให้ทัศนะเกี่ยวกับความจำเป็นทางสุขภาพแตกต่างไปจาก Jeffer, et. al. และ Boulding โดย William แบ่งความจำเป็นที่เกิดขึ้นเป็น 3 ประเภท

1. ความจำเป็นกับหลักของอุปทาน
2. ความจำเป็นกับหลักของอุปสงค์
3. อุปสงค์กับหลักของความจำเป็น

1. ความจำเป็นกับหลักของอุปทาน

ความจำเป็น (need) เป็นความคิดกึ่งอุปทาน (quasi supply concept) ความจำเป็นในการรักษาพยาบาลจะมีอยู่ตราบเท่าที่ประสิทธิภาพหน่วยสุดท้าย (marginal productivity) ของการรักษาพยาบาลมีค่าเป็นบวก ความจำเป็นในการรักษาพยาบาลจะหมดไปก็ต่อเมื่อประสิทธิภาพหน่วยสุดท้ายในการรักษาพยาบาลมีค่าเท่ากับศูนย์ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะยังเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม ความจำเป็นจำเป็นก็จะหมดไป ในบางครั้งถึงแม้ว่าการบริการรักษาพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าคนไข้และญาติของคนไข้มีความรู้สึกในด้านจิตใจดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลก็อาจจะถือได้ว่าประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลหน่วยสุดท้ายไม่เท่ากับศูนย์

2. ความจำเป็นกับหลักของอุปสงค์

ความจำเป็นกับหลักของอุปสงค์แบ่งออกเป็น 4 พวกคือ

2.1 ความจำเป็นที่ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์เป็นผู้กำหนดมาตราฐานที่ควรจะเป็นหรือที่สังคมต้องการ normative need แล้วทำการเปรียบเทียบสิ่งที่เป็นอยู่ในขณะนั้นกับมาตราฐาน ถ้าหากว่าสิ่งที่ปรากฏอยู่ในขณะนั้นต่ำกว่ามาตราฐานที่ควรเป็น ก็หมายความว่าบุคคลนั้นหรือสังคมนั้นมีความจำเป็น

2.2 ความจำเป็นที่ตนเองตระหนัก (felt need) มีความหมายเหมือนกันความต้องการ (want) เมื่อมีการประเมินความจำเป็นสำหรับบริการชนิดหนึ่งแล้วประชาชนก็จะถูกถามว่า เขารู้สึกต้องการหรือไม่ เป็นความจำเป็นที่ผู้ถูกถามรู้สึกว่าตนมีความจำเป็น

2.3 ความจำเป็นที่แสดงออก (expressed need) ความจำเป็นที่แสดงออกมักเป็นในรูปของการกระทำ เป็นต้นว่าการเข้าคิวคอยการรักษาพยาบาล เป็นการแสดงได้ถึงความจำเป็นอย่างแท้จริง

2.4 ความจำเป็นในเชิงเปรียบเทียบ (comparative need) เป็นการศึกษาถึงคุณลักษณะของประชากรที่ได้รับบริการ ถ้ามีประชาชนในลักษณะที่เหมือนกันแต่ไม่ได้รับบริการ แสดงว่าประชากรกลุ่มหลังมีความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบในการได้รับบริการทางสุขภาพ

3. อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์กับหลักความจำเป็น

ความเห็นในเรื่องของความจำเป็นในการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่ William เห็นว่ามีต้นทุนทางด้านเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เมื่อ

ได้รับการรักษา เช่นในประเทศอังกฤษ ค่ารักษาพยาบาลของประเทศเท่ากับศูนย์ แต่การที่ผู้ป่วยเข้าคิวรอรับการรักษาพยาบาลซึ่งแสดงออกถึงความเต็มใจของผู้ป่วย และการกลับมาตรวจใหม่ตามที่แพทย์นัดเป็นความจำเป็นที่แสดงออก (expressed need) ตามหลักของความจำเป็นสำหรับบริการทางการแพทย์ William มีความคิดว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่เสียค่ารักษาพยาบาลเป็นตัวเงินก็ตาม แต่ในทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์แล้ว มีราคาของการรักษาพยาบาลเกิดขึ้น ราคานั้นก็คือ ราคาของเวลาในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีราคาของการรักษาพยาบาลเกิดขึ้นแต่ผู้ให้บริการทางการแพทย์จะไม่ได้รับราคาประเภทนี้ ราคาของเวลาจะแตกต่างกันไปตามค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ของเวลาแต่ละบุคคล

อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์ (demand for health service)

ในทางเศรษฐศาสตร์ ผู้บริโภคจะซื้อสินค้าใดก็ตามมักจะอยู่ภายใต้ข้อสมมติฐานที่ว่าผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับสินค้านั้น แต่ในเรื่องการบริโภคทางสุขภาพเป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้บริโภคไม่มีความรู้และมีความไม่แน่นอน (uncertainty) ในการบริโภคบริการทางสุขภาพยิ่งกว่าสินค้าอื่นใดทั้งหมดที่มีอยู่ในตลาด การบริการทางสุขภาพเป็นสินค้าที่ผู้บริโภคเลือกบริโภคโดยที่ไม่รู้ถึงคุณภาพและคุณสมบัติของสินค้า ทั้งนี้เพราะโดยปกติแล้วการบริการทางสุขภาพเป็นสินค้าที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่มักจะไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการวินิจฉัยโรค การตรวจและการรักษาโรคแต่ละชนิดจึงเป็นการยากที่ผู้บริโภคจะเลือกบริโภคบริการทางการแพทย์อย่างมีเหตุผล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะสามารถเลือกหมอในการรักษาพยาบาลตนเองได้ แต่แพทย์จะเป็นผู้กำหนดวิธีการรักษา ชนิดและขนาดของบริการทางการแพทย์ที่ผู้บริโภคควรจะได้รับ เช่น แพทย์เป็นผู้กำหนดโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยจะเข้าไปใช้บริการทางการแพทย์ ชนิดของยาที่จะทำการรักษา สมควรที่จะให้มีการตรวจเลือดหรือไม่ และแพทย์จะเป็นผู้นัดคนไข้ให้กลับมาตรวจอีกครั้งในกี่วันข้างหน้า ดังนั้นแพทย์นอกจากจะกระทำหน้าที่เป็นผู้เสนอขายบริการทางการแพทย์ยังทำหน้าที่แนะนำผู้บริโภคว่าควรจะซื้อบริการทางการแพทย์เป็นจำนวนเท่าใด โดยปกติแล้วผู้บริโภคบริการทางการแพทย์ มักจะไม่มีความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างแท้จริง ยกเว้นการรักษาพยาบาลบางอย่างที่เห็นได้ชัด เป็นต้นว่า การเจ็บปวด การเสียเลือด อุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ประชาชนโดยทั่ว ๆ ไปมักจะไม่ค่อยรู้เกี่ยวกับอาการของโรคแต่ละอย่างว่า ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างปัจจุบันทันด่วนแล้วจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ในบางครั้งคนไข้สามารถที่จะอธิบายถึงเหตุผลของการบริโภคบริการทางการแพทย์ได้ แต่บ่อยครั้งทีเดียวที่คนไข้ไม่สามารถบอกเหตุผลหรือคาดการณ์ว่า เขาควรจะบริโภคบริการทางการแพทย์หรือไม่ ยิ่งไปกว่านั้นมันเป็นการยากที่จะบอกว่า

ใช้เวลาเท่าใดถึงจะรักษาให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ ดังนั้นจึงสามารถที่จะสรุปได้ว่าในทัศนะของผู้บริโภค ผลประโยชน์จากการใช้บริการทางสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน (uncertainty) และอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับการตัดสินของแพทย์ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้บริโภคจะปล่อยให้การใช้บริการทางการแพทย์ของเขาอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์ทั้งหมด ผู้บริโภคก็ยังมีสิทธิที่จะใช้กลไกของการเลือก (choice) อยู่บ้าง

Paul J. Feldstein (1996) ให้เห็นว่า อุปสงค์สำหรับการรักษาพยาบาลทางด้านการแพทย์ควรจะศึกษาถึงการเลือก (choice) เพราะการเลือกบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นทั้งสองฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้บริโภคและผู้ผลิต การเลือกเกิดขึ้นทั้งด้านขนาดและสัดส่วนขององค์ประกอบในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ความแตกต่างระหว่างการเลือกของคนเจ็บหรือแพทย์จะมีมากหรือน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับ ความรู้และสิ่งที่สามารถจะใช้แทนได้ในเรื่องของการบริการทางการแพทย์มักจะมีข้อสมมติฐานว่าไม่มีสิ่งที่สามารถใช้แทนกันได้อย่างใกล้เคียงกันเกิดขึ้นในวงการรักษาพยาบาล การเลือกในการรักษาพยาบาลจะมีมากหรือน้อยแค่ไหน ส่วนใหญ่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับคนไข้ แต่ขึ้นอยู่กับแพทย์ซึ่งพิจารณาจากฐานะทางการเงินของคนไข้และการใช้ประโยชน์ของการบริการรักษาพยาบาล

อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์จะมีความหมายแคบกว่าความจำเป็น (need) ในการได้รับบริการทางการแพทย์เพราะเป็นการนำเอาทฤษฎีเศรษฐศาสตร์เข้ามาอธิบายในเรื่องความต้องการบริการทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามแนวความคิดเกี่ยวกับทั้งสองคำนี้ก็มีความสัมพันธ์กัน ความจำเป็นในการได้รับบริการทางการแพทย์จะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละบุคคลอยู่ในฐานะที่ได้รับประโยชน์ และในบางครั้งอาจจะมีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลแต่ไม่มีอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลเพราะไม่มีเงินไปซื้อบริการทางการแพทย์ ก่อนที่จะมีอุปสงค์มักจะเกิดความจำเป็นในการรักษาพยาบาลขึ้นก่อน เพราะความจำเป็นเกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บไข้และความเจ็บไข้ที่เกิดขึ้นก็เป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร และจึงจะเกิดอุปสงค์ขึ้นมาภายหลังซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บไข้และปัจจัยอื่น ๆ เหตุที่อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์มีความหมายแคบกว่าความจำเป็นเพราะการนำเอาทฤษฎีเศรษฐศาสตร์เข้าอธิบายจึงทำให้อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์มีความหมายที่ชัดเจนโดยตัวของมันเอง อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์ในทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ความเต็มใจ และความสามารถในการซื้อสินค้า แต่อย่างไรก็ตามความจำเป็นในการได้รับบริการทางการแพทย์ก็มีบทบาทสำคัญในการกำหนดอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เหมือนกับปัจจัยอื่น ๆ ที่กำหนดอุปสงค์เช่นกัน

อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บไข้และปัจจัยอื่น ๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล Grossman (1972) และ Feldstein (1996) มีความเห็นตรง

กันว่าอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (derived demand) แต่วิธีการอธิบายแตกต่างกัน Grossman เห็นว่า อุปสงค์สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นอุปสงค์ที่เกิดหลังจากที่คนเราต้อง "สุขภาพดี" ส่วน Feldstein วิเคราะห์ถึงโครงสร้างของอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์ โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ตัวกำหนดความต้องการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ คือ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ประชากร รวมทั้งการปฏิบัติทางการแพทย์และความเจ็บไข้ที่เกิดขึ้น (incidence of illness)

อุปสงค์สำหรับบริการทางแพทย์จึงหมายถึง ปริมาณการใช้บริการการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจริง แต่ก็ไม่สามารถกำหนดหน่วยของการบริการที่แน่นอนได้ ทั้งนี้เพราะอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์ในทางปฏิบัติไม่ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างราคาและปริมาณของบริการทางการแพทย์อย่างแท้จริง แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านการเงินของผู้บริโภคที่จะพอใจซื้อบริการทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างกันในอุปสงค์ของการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะเป็นโรคชนิดเดียวกันก็ตาม เหตุผลที่ทำให้อุปสงค์สำหรับการรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคลแตกต่างกันสามารถอธิบายได้ 2 ประการคือ

ประการแรก บริการทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถโอนให้แก่กันในระหว่างผู้ป่วยได้ จึงทำให้สามารถแยกตลาดผู้บริโภคได้เป็นผลให้ความยืดหยุ่นของอุปสงค์แตกต่างกันออกไป

ประการที่สอง เป็นเพราะแพทย์เป็นผู้พิจารณาชนิดและประมาณการรักษาพยาบาลที่ผู้บริโภคควรจะได้รับโดยคำนึงถึงต้นทุนของบริการและสิ่งที่สามารถใช้แทนกันได้ในการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาโรค จึงเป็นเหตุให้อุปสงค์ในการรักษาพยาบาลไม่ค่อยจะสนองตอบต่อราคาเท่าใดนัก ทั้งนี้เพราะเราไม่สามารถกำหนดประมาณการรักษาพยาบาลได้ แพทย์อาจจะให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยเหมือนกัน แต่คิดค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกันโดยคำนึงถึงความสามารถในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นการนำค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาเป็นตัวแปรอิสระในการอธิบายอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์จึงมีเหตุผลที่เหมาะสมเป็นที่เชื่อถือได้ในโครงสร้างอุตสาหกรรมการรักษาสุขภาพ

เหตุผลที่นักเศรษฐศาสตร์นำเอาทฤษฎีเศรษฐศาสตร์เข้าไปประยุกต์ใช้ในการบริการทางการแพทย์ก็เพราะเหตุผลว่า การผลิตบริการทางสุขภาพเป็นอุตสาหกรรมชนิดหนึ่ง ซึ่งสามารถผลิตและขายในตลาดสินค้าได้โดยไม่ได้แตกต่างไปจากสินค้าและบริการโดยทั่วไปมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมักจะเน้นถึงความจำเป็นในการรักษาพยาบาลและในขณะเดียวกันสถาบันหรือองค์การสาธารณสุข มีโครงการที่แสดงออกถึงอุปสงค์ในทางด้านสาธารสุขและการบริการทางการแพทย์ จึงทำให้การบริการรักษา

พยาบาลและสุขภาพอนามัยมีลักษณะที่สามารถทำการผลิต และขายในตลาดได้เหมือนกับสินค้าและการบริการอื่นๆซึ่งสาธารณชนเต็มใจในการจ่ายเงินซื้อ ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ซื้อคาดว่าจะได้รับผลตอบแทนกลับคืนมา ผู้บริโภคบริการทางการแพทย์จะยินดีจ่ายเงินซื้อบริการนี้ตราบเท่าที่ผลประโยชน์ที่เขาได้รับตอบแทนจากการรักษาพยาบาลนั้นคุ้มกับค่าใช้จ่ายที่เสียไป ดังนั้นการหาอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงผลประโยชน์หน่วยสุดท้าย (marginal benefit) ที่ผู้ซื้อจะได้รับจากการรักษาพยาบาลซึ่งจะต้องเท่ากับราคาที่เสียไป

ดังนั้น ในเรื่องของความต้องการทางด้านสุขภาพสามารถที่จะสรุปปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่ออุปสงค์สำหรับการรักษาสุขภาพได้ดังต่อไปนี้

1. ความจำเป็น (need) ในการใช้บริการทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการกำหนดอุปสงค์เหมือนกับปัจจัยอื่น

2. จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาในเรื่องของอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เป็นที่ยอมรับกันว่า อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์ถูกกำหนดโดยแพทย์เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้เกิดการแบ่งแยกทางด้านราคาขาย (price discrimination) ขึ้น ปรากฏให้เห็นตาม โรงพยาบาลของรัฐบาลโดยทั่วไปซึ่งจะเรียกเก็บค่ารักษาและราคาการใช้ผลผลิตของอุตสาหกรรมทางการแพทย์ไม่เท่ากัน มีการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบคนไข้สามัญและคนไข้พิเศษ ทั้งๆที่ทั้งคนรวยและคนจนสามารถที่จะมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาลเหมือนกัน ถ้าพิจารณาในแง่ของผู้บริโภคถึงแม้ว่าผู้บริโภคจะมีความพอใจที่จะจ่ายเงินซื้อบริการทางการแพทย์และในขณะเดียวกันก็มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเช่นกัน แต่กลไกราคาก็แทบจะไม่มีบทบาทในการกำหนดอุปสงค์สำหรับบริการทางสุขภาพ เพราะแพทย์จะเป็นผู้กำหนดประมาณการใช้บริการทางการแพทย์จึงทำให้ค่าของความยืดหยุ่นของอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์ต่อราคามีค่าน้อยกว่า 1 เพราะมีสิ่งที่ใช้แทนกันน้อยมาก

3. อุปสงค์สำหรับการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกและมีผลต่อปัจจัยภายนอกเช่นกัน เพราะการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลหรือการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคจะมีผลกระทบต่อคนในสังคมด้วยเช่นกันไม่ใช่เกิดขึ้นเฉพาะผู้ที่รับการรักษาหรือป้องกันโรค เพราะทำให้โอกาสที่จะนำโรคไปติดผู้อื่นน้อยลง

4. อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์จะมากหรือน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับว่า วิทยาการทางการแพทย์ที่มีอยู่ในขณะนั้นมีมากน้อยแค่ไหนหรือเทคนิคในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างไร จึงอาจจะกล่าวได้ว่าอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เป็นอุปสงค์ความรู้ทางการแพทย์หรือผลของการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์

ผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้นของผู้รับบริการ จึงแบ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้น และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการสาธารณสุข

งานวิจัยที่เกี่ยงข้องกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้นในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ชัดเจนในหัวข้อนี้ แต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขอย่างหนึ่ง ดังนั้นในการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้น จึงเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวเป็นส่วนใหญ่

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขเบื้องต้น

Rediguez (1978) ได้ทำการศึกษา การวิเคราะห์และประเมินผลการกระจายและการเข้าถึงบริการการวางแผนครอบครัวในระดับบุคคลและระดับชุมชนในประเทศเยอรมัน พบว่า การกระจายและการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวมีอยู่ทั่วถึง และเป็นที่รู้จักของคนทั่วไปนั้น มีผลโดยตรงต่ออัตราการใช้การวางแผนครอบครัวโดยไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของความเป็นเขตเมือง ซึ่งเป็นปัจจัยระดับชุมชน หรือการศึกษาของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยระดับตัวบุคคลเลย

Knodel, et al (1980) ได้ทำการศึกษา การกระจายบริการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย ว่าจะมีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดและการลดภาวะเจริญพันธุ์ได้อย่างไร ผลการศึกษาพบว่า การยอมรับการคุมกำเนิดมีมากที่สุดในหมู่บ้านที่มีบริการการวางแผนครอบครัวตั้งอยู่ซึ่งหน่วยย่อยที่สุดได้แก่ สถานีอนามัยตำบลในหมู่บ้านที่มีสถานีอนามัยตำบลนั้น นอกจากจะมีการยอมรับการคุมกำเนิดมากที่สุดแล้ว อัตราการเกิดในระยะ 1 ปีก่อนทำการสำรวจก็มีน้อยที่สุดด้วยและนอกจากนั้นระยะการเว้นช่วงการมีบุตรตั้งแต่บุตรคนสุดท้ายถึงปัจจุบัน ก็มีระยะเวลาเฉลี่ยยาวนานที่สุดด้วย ทั้งนี้การศึกษานี้ได้ทำการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆแล้วโดยสมบูรณ์ ได้แก่ ภาคที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา จำนวนบุตรและอายุมารดา คณะผู้วิจัยได้สันนิษฐานว่า การกระจายบริการของรัฐบาลออกไปอย่างทั่วถึงนั้น ทำให้การยอมรับการคุมกำเนิดมีมากขึ้น และช่วยลดภาวะเจริญพันธุ์ลงได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหน่วยบริการเหล่านั้นตั้งอยู่ในหมู่บ้านของผู้รับบริการ การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการกระจายบริการการวางแผนครอบครัวมีความสำคัญต่อภาวะเจริญพันธุ์

ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการพัฒนาโครงสร้างของสังคมโดยตรงด้วย ในบางกรณีอาจมีความสำคัญมากกว่าเสียอีกและควรจะได้รับความสนใจศึกษาอย่างจริงจัง

Freeman, et al (1981) ได้ทำการศึกษาภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ทฤษฎีเดิมที่ว่า การที่ภาวะเจริญพันธุ์จะลดลงนั้นจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อ ประเทศมีการพัฒนาในระดับสูงระดับหนึ่งเสียก่อน ทฤษฎีนี้ไม่จริงเสมอไป เพราะเมื่อดูจากการศึกษาวิจัยภาคสนามแล้ว การใช้การวางแผนครอบครัวโดยไม่มีการพัฒนาเป็นพื้นฐานสำคัญนั้นเป็นจริงในประเทศอินโดนิเซีย ซึ่งเขาได้อธิบายว่าปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดจาก ความกดดันด้านความยากจนตามทฤษฎีของมัลทัส ประกอบกับการกระจายบริการการวางแผนครอบครัว ซึ่งเข้าถึงประชาชนอย่างจริงจังซึ่งเป็นตัวทำให้เกิดการยอมรับการวางแผนครอบครัวกันอย่างกว้างขวางโดยปราศจากการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจมากเท่ากับที่เคยคิดกันแต่ก่อน ทฤษฎีใหม่นี้ได้แสดงให้เห็นความสำคัญของการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและความมีประสิทธิภาพของการกระจายและขยายบริการวางแผนครอบครัวในอันที่จะลดระดับภาวะเจริญพันธุ์ลง

อภิชาต จำรัสฤทธิ์วงศ์ และพีระสิทธ์ คำนวณศิลป์ (2525) ได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์ การกระจายและการเข้าถึงบริการการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย จุดประสงค์ของการศึกษา ได้แก่การวิเคราะห์การกระจายบริการการวางแผนครอบครัวทั้งของรัฐและเอกชน ว่าจะมีผลต่อระดับการใช้บริการอย่างไร การวิเคราะห์จะครอบคลุมถึงวิธีการที่ประชาชนเข้าถึงบริการแหล่งต่างๆและการยอมรับในแหล่งนั้น ๆ การศึกษานี้จะแยกผลของการกระจายบริการต่อการยอมรับออกจากผลแทรกซ้อนอื่น ๆ อันได้แก่ ระดับการศึกษาและอายุของผู้รับบริการ ตัวแปรที่ใช้วัดการกระจายของบริการในระดับหมู่บ้านได้แก่ จำนวนของสถานบริการต่างๆซึ่งมีอยู่ในละแวกหมู่บ้านหรือที่ประชากรสามารถเข้าถึงได้โดยไม่ยากนัก ทั้งนี้รวมถึงหน่วยงานบริการทั้งของรัฐบาลและเอกชนในรูปต่าง ๆ นอกจากนี้ระยะทางจากหมู่บ้านไปตัวอำเภอและไปสถานีอนามัยตำบลที่อยู่ใกล้ที่สุดก็นำมาใช้เป็นตัววัดการกระจายบริการวางแผนครอบครัวด้วยเช่นกัน ผลการศึกษาพบว่าการเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวของสตรีที่เข้ารับบริการจริงและสตรีที่คาดหวังจะเข้ารับบริการนั้น โดยทั่วไปไม่ประสบปัญหามากนักถ้าไม่คำนึงวิธีที่ใช้ แต่การศึกษาครั้งนี้ได้พบว่า การใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร จะต้องใช้เวลาเดินทางนานในการไปรับบริการการคุมกำเนิดวิธีดังกล่าวที่โรงพยาบาลเป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่า ที่อยู่อาศัยและระดับการศึกษาของผู้ใช้บริการจะมีผลต่อความแตกต่างในการเข้าถึงการรับบริการการวางแผนครอบครัวจากแหล่งบริการต่างๆอีกด้วย กลุ่มผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงในเขตเมือง มักเข้าถึงการรับบริการจากแหล่งบริการการวางแผนครอบครัว

กันมากและสตรีในทุกระดับการศึกษาจะเลือกใช้บริการจากแหล่งบริการของรัฐมากกว่าที่จะใช้แหล่งบริการของเอกชน ในเรื่องที่เกี่ยวกับการกระจายของแหล่งบริการการวางแผนครอบครัวพบว่า จำนวนของแหล่งบริการการวางแผนครอบครัวในละแวกหมู่บ้านมีความสัมพันธ์เป็นอิสระและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติสูงต่อระดับการรับบริการการวางแผนครอบครัวของสตรีในชนบทแต่ระยะทางที่ผู้ใช้บริการเดินทางไปยังสถานีอนามัยตำบลและศูนย์สาธารณสุขอำเภอ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับบริการการคุมกำเนิดจากแหล่งบริการดังกล่าวโดยตรงแต่อย่างใด นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบ ปฏิกิริยาร่วมในเบื้องต้นระหว่างปัจจัยทางด้านอุปทานและอุปสงค์ที่มีต่อการใช้บริการด้วย ทั้งการกระจายตัวของแหล่งบริการและความจูงในจากตัวผู้รับบริการเองต่างก็มีผลเร่งให้เกิดการใช้บริการเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวเป็นผลพอสังเขปเท่านั้น ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การเพิ่มแหล่งบริการการวางแผนครอบครัวขึ้นในละแวกหมู่บ้านจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับบริการคุมกำเนิดของผู้ใช้บริการมาก โดยมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงระดับของการพัฒนาในเขตนั้นๆ เช่น การศึกษาของสตรีแต่มิใช่ข้อสำคัญที่สุด สำหรับวิธีการคุมกำเนิดแบบพื้นฐานและแบบไม่ถาวร เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย นั้น ปัจจุบันได้กระจายในระดับหมู่บ้านได้มากแล้ว การเพิ่มจำนวนแหล่งบริการในระดับหมู่บ้านจึงมิใช่มุ่งเพิ่มแต่จำนวนแหล่งบริการคุมกำเนิดระดับชั่วคราวนี้ แต่ต้องเพิ่มวิธีการคุมกำเนิดแบบถาวรควบคู่กันไปกับการเพิ่มจำนวนแหล่งบริการด้วย เพื่อให้คู่สมรสที่มีความประสงค์ไม่ต้องการบุตร สามารถรับบริการการคุมกำเนิดแบบถาวร เช่น ทำหมัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในชนบทการเข้าถึงบริการดังกล่าวยังเป็นสิ่งต้องการอีกมาก โครงการดังกล่าวนี้ จะมีผลกระทบต่อระดับการเกิดได้อย่างมากในที่สุด

มะลิ ลิวนานนท์ชัย (2530) ได้ทำการศึกษาสถิติการกระจายและการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย พ.ศ. 2530 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการวิเคราะห์สภาวะการกระจายและการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย ขณะเดียวกันเพื่อต้องการแสดงตารางเปรียบเทียบการกระจาย และการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว ในช่วง พ.ศ. 2527 ซึ่งข้อมูลได้จากการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดของประเทศไทย รอบที่ 3 และ พ.ศ. 2530 ข้อมูลได้จากการสำรวจโครงการตัวกำหนด และผลของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิดในประเทศไทย เพื่อพิจารณาดูว่าในระยะเวลาดังกล่าว มีสถิติการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการกระจาย และการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยอย่างไรบ้าง จากการศึกษาพบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการวางแผนครอบครัวของประชากรนั้นผู้ที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่ส่วนใหญ่รายงานว่าใช้บริการจากแหล่งบริการของรัฐ สถานีอนามัยตำบลเป็นแหล่งบริการยาเม็ด และยาฉีดที่สำคัญสำหรับสตรีในเขตชนบท ในขณะที่สตรีในเขตเมืองส่วนใหญ่จะซื้อยาจากร้านขายยา ส่วนการทำหมันโดยเฉพาะการ

ทำหมันหญิง เป็นวิธีที่ประชากรทั่วไปใช้กันมากที่สุด โดยรับบริการจากโรงพยาบาลเป็นหลักทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการขยายหน่วยบริการสาธารณสุขและการปรับปรุงการคมนาคม ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัด เช่น การเพิ่มจำนวนสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ในเขตชนบท การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลขึ้นในระดับอำเภอ เป็นต้น ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ในชนบทของไทยสามารถเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวได้สะดวกยิ่งขึ้น ตลอดจนการเห็นความสำคัญในเรื่องการยินยอมให้บริการคุมกำเนิด ได้ขยายไปสู่อาสาสมัครอนามัยของหมู่บ้านให้สามารถจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิในระดับหมู่บ้าน ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ประจำสถานีอนามัยสามารถให้บริการยาฉีดคุมกำเนิดและการให้บริการใส่ห่วงอนามัยได้ นอกจากการขยายหน่วยบริการวางแผนครอบครัวให้แพร่กระจายสู่ชนบทให้เพียงพอกับความต้องการของประชากรแล้ว การให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการก็มีส่วนส่งเสริมให้มีการใช้บริการคุมกำเนิดมากขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแหล่งบริการของรัฐแม้ว่าจะเสียค่าใช้จ่ายก็จะเป็นไปตามความสมัครใจของผู้รับบริการ ทำให้จำนวนผู้รับบริการจากแหล่งบริการของรัฐเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการกระจายและการเข้าถึงแหล่งบริการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย นับว่าเริ่มมีแนวโน้มที่จะมีความเหมาะสมสอดคล้องกันระหว่างผู้รับบริการและสถานบริการ ทำให้มีลักษณะของการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง อันเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเอื้ออำนวยให้มีการแพร่หลายของการใช้คุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

Cheng and Chiang (1997) ได้ทำการศึกษาผลอันเนื่องมาจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health insurance) ในประเทศไต้หวัน เพื่อประเมินผลกระทบของการประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไต้หวันที่มีต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งรัฐบาลของประเทศไต้หวันได้เสนอระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จะครอบคลุมประชากรทั้งหมดในปี 1995 ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้มีการเริ่มโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ผู้ที่ทำประกันสุขภาพใหม่ (the newly insured)ได้เข้าพบแพทย์ในลักษณะของผู้ป่วยนอก มากกว่า 2 เท่าของจำนวนผู้ป่วยนอกที่พบแพทย์ก่อนเริ่มโครงการและจำนวนการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีค่ามากขึ้นกว่าก่อนเริ่มโครงการประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ประกันสุขภาพใหม่มีจำนวนการติดต่อเพื่อเข้ารับการรักษาสุขภาพเท่ากับกลุ่มที่ได้ทำประกันสุขภาพก่อนหน้านี้ (the previously insured group) นอกจากนั้นผู้ทำประกันสุขภาพใหม่ มีการเพิ่มขึ้นน้อยมากในส่วนของจำนวนผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน ในทางตรงกันข้าม กลุ่มผู้ทำประกันสุขภาพก่อนหน้านี้มีจำนวนน้อยแต่เมื่อเทียบในทางสถิติแล้วมีการเพิ่มของการเข้าพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกอย่างมาก และมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากสำหรับจำนวนการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและจำนวนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ข้อสรุปของการศึกษานี้

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยแม่โจ้

พบว่า การประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ยกเอากำแพงบางส่วนที่ขวางกั้นการดูแลสุขภาพของผู้ทำประกันสุขภาพใหม่ออกไป การออกแบบให้มีการจ่ายเงินร่วมกัน (copayment) ในนโยบายการประกันดูเหมือนจะมีผลกระทบที่น้อยมากในการเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการรักษาสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทางสาธารณสุข

ภาณี วงษ์เอก (2520) อ้างถึง Frederick A. Day และ Boonlert Leoprapai (1977) ได้ศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย โดยได้รวบรวมข้อมูลทั่ว ๆ ไป ข้อประสบและข้อเสนอแนะจากโครงการการใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งได้จากแหล่งต่าง ๆ 4 แหล่ง คือ การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในท้องถิ่น ข้อมูลและความคิดเห็นที่ได้จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข สถิติการใช้บริการของรัฐ และการสำรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัด ผลการสำรวจพบว่า มีการใช้บริการของร้านขายยากันอย่างกว้างขวางทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยและการวางแผนครอบครัว ส่วนสถานบริการของรัฐมีการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดกันอย่างมาก ในขณะเดียวกันก็ยังใช้ประโยชน์จากสถานพยาบาลขั้นต้นกันอย่างไม่เต็มที่ สถานบริการของรัฐเองก็ให้บริการกับคนในเมือง หรือในที่ซึ่งเจริญแล้วมากกว่าคนที่อยู่ในเขตที่ห่างไกลความเจริญ และบุคคลเหล่านี้ยังใช้บริการจากหมอฉีดยาและหมอตำแย ข้อมูลด้านระยะทางก็มีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับความสะดวกในการใช้บริการจากโรงพยาบาลอำเภอ และ เป็นผลให้คนจำนวนน้อยที่ไปใช้บริการจากโรงพยาบาลจังหวัด และสถานีอนามัยต่าง ๆ ยังมีความสำคัญน้อยมาก ซึ่งเท่าที่ผ่านมามีปัญหาที่ไม่สามารถดึงดูดประชาชนในท้องถิ่นได้ ในรายงานฉบับนี้ ยังได้แสดงถึงรูปแบบของพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยและเหตุผลที่แตกต่างกันในการมาใช้บริการด้านสาธารณสุขและข้อเสนอแนะที่จะแก้ปัญหาระบบการให้บริการสาธารณสุข

ทิพย์วรรณ รมณารักษ์ และ วรรณี จันทร์สว่าง (2525) ได้ทำการศึกษา ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองหาดใหญ่ ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ประชากรที่ศึกษา คือผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหาดใหญ่ ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2528 และมีอายุระหว่าง 20-60 ปี การเลือกประชากรตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนข้างวัดโคกสมานคุณ ชุมชนถนนรัตนอุทิศ ชุมชนถนนถัดอุทิศ ชุมชนถนนสาครมงคล และชุมชนริมคลอง จำนวน 134 คน ลการศึกษาสรุปได้ว่า ความรู้เรื่องการดำเนินงานสาธารณสุข

ฐาน พบว่าประชากรตัวอย่างทั้งหมดทราบว่าในชุมชนของตนมีอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ตั้งของสำนักงานบริการสาธารณสุข และส่วนมากทราบถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนวันและเวลาในการให้บริการทัศนคติต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่าประชากรตัวอย่างร้อยละ 99.25 เห็นด้วยกับการมีอาสาสมัครสาธารณสุข บุคคลที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข สถานที่ตั้งสำนักงานบริการสาธารณสุขมูลฐาน เวลาในการให้บริการ และพบว่าประชากรส่วนมากมีความพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข คือพอใจมากร้อยละ 67.91 พอใจปานกลางร้อยละ 31.34 การปฏิบัติจากการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้จะพบว่าประชากรตัวอย่างส่วนมากมีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ในด้านการปฏิบัติพบว่า มีผู้ไปใช้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น และพบว่าชนิดของบริการที่ประชากร ตัวอย่างไปใช้ส่วนมากคือ การรับยาดำราหลวง และร้อยละ 68.66 ของประชากรตัวอย่างเคยแนะนำให้เพื่อนบ้านไปใช้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุข

วัลลภ ไทยเหนือ และคณะ (2525) ได้ทำการศึกษาระบบส่งต่อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพอในและปัญหาอุปสรรคของประชาชนที่ใช้บริการในระดับหมู่บ้าน รวมทั้งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและเปรียบเทียบรูปแบบของระบบส่งต่อ ก่อน-หลังโครงการบัตรสุขภาพในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สำคัญมีผลต่อการดำเนินงานระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพนั้นมี 3 ประการ คือ 1. ระบบการบริหารจัดการในสถานบริการของรัฐทุกระดับยังขาดประสิทธิภาพ ขาดกำลังคน วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้การได้ดี ตลอดจนรูปแบบการบริหารการจัดการ ในระบบส่งต่อยังไม่สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี 2. เจ้าหน้าที่ในสถานบริการของรัฐยังขาดความร่วมมือและขาดความสนใจในระบบส่งต่อเท่าที่ควร โดยเฉพาะสถานบริการระดับจังหวัดหรือศูนย์ฯ อีกทั้งทัศนคติที่มีต่อนโยบายของโครงการบัตรสุขภาพไม่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันทำให้เกิดปัญหาในการประสานงาน 3. ประชาชนยังมีค่านิยมผิดๆในสถานบริการของรัฐ ขาดความรู้ที่จะมองให้เห็นถึงงานการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน อันจะนำไปสู่การรับรู้และมีส่วนร่วมต่อไป คณะผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินการทางสุขศึกษาไว้ว่า ในระดับหมู่บ้าน จากการศึกษาพบว่าปัญหาในระดับนี้ส่วนใหญ่มาจากชาวบ้านและอสม. ดังนั้นควรมีแนวทางการแก้ไข คือ สำหรับชาวบ้านควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล โดยผ่านทาง อสม. หรือเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย เมื่อมีการออกเยี่ยมบ้านควรเน้นการให้สุขศึกษาทางด้านนี้ให้มากขึ้น รวมทั้งชี้แจงถึงขั้นตอนการรับส่งที่ต้องเป็นไปตามระดับให้ชาวบ้านเข้าใจ

วิภา ดุรงค์พิศิษฏ์ดุล (2525) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดีในหน่วยเวชระเบียน หน่วยตรวจโรค และห้องยา และ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมประชากรของผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการกับระดับความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่า 1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่พอใจกับการรอคอยบริการในหน่วยเวชระเบียนมากกว่าการรอคอยในหน่วยตรวจโรคและหน่วยห้องยา 2. ผู้ป่วยค่อนข้างมีความพอใจต่อคุณภาพของการบริการ การประสานงาน อัธยาศรัยของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยงานทั้งสาม 3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการศึกษา การใช้เวลาทั้งหมดในโรงพยาบาล เพศ และอายุ ตามลำดับ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินการทางสุขศึกษาว่า ในหน่วยห้องยาพบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากป้ายแนะนำในห้องยาและจากฉลาก แสดงว่าเจ้าหน้าที่ห้องยาไม่มีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อ่านไม่ออกจะเกิดปัญหา แม้ผู้อ่านออกก็อาจไม่เข้าใจและมีปัญหาในการใช้ยา ดังนั้นหน่วยงานสุขศึกษาในโรงพยาบาลซึ่งเคยมีอยู่เดิมแล้วนั้น ควรได้รับบทบาทนี้ด้วย หรือให้เจ้าหน้าที่ยาให้คำแนะนำเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

มานพ คณะโต (2525) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพอนามัย การเลือกรับบริการทางการแพทย์ของประชาชนเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้น ลำดับขั้นของการรับบริการ และปัจจัยอันมีผลต่อการใช้บริการดังกล่าว โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งประกอบด้วยคนไทยพุทธ คนไทยจีน และคนไทยมุสลิม ผลการศึกษาพบว่า 1. คนไทยทั้ง 3 กลุ่มเชื่อถือแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อป่วยเล็กน้อยจะใช้บริการร้านขายยา กรณีป่วยหนักจะไปใช้คลีนิคหรือโรงพยาบาลเอกชน ถ้าอาการไม่ทุเลาจึงจะหาบริการของรัฐบาล 2. กลุ่มคนไทยจีนทันสมัยที่สุด และกลุ่มคนไทยมุสลิม ยังคงเชื่อแบบดั้งเดิมอยู่มาก 3. ส่วนใหญ่ต้องการสถานบริการทางการแพทย์อยู่ใกล้บ้าน บริการในราคาถูกต้องการให้เจ้าหน้าที่บริการดี

สภาพทั่วไปของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อย

จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่สูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 1,027 ฟุต (310 เมตร) ตั้งอยู่ระหว่างเส้นรุ้งที่ 17-21 องศาเหนือ และเส้นแวงที่ 98-99 องศาตะวันออก โดยมีส่วนกว้างที่สุดจากทิศตะวันออกถึงตะวันตก กว้างประมาณ 138 กิโลเมตรและส่วนที่ยาวที่สุด คือจากทิศเหนือถึงทิศใต้ยาวประมาณ 320 กิโลเมตร (ยาวมากที่สุดของประเทศ) และ เป็นจังหวัดที่อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครไปทางทิศเหนือประมาณ 750 กิโลเมตรโดยทางรถไฟ และประมาณ 720 กิโลเมตรโดยทางรถยนต์

จังหวัดเชียงใหม่ มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดประเทศเมียนมา (สาธารณรัฐสังคมนิยมแห่ง สหภาพพม่า) ซึ่งมีพรมแดนยาวประมาณ 227 กิโลเมตร
ทิศใต้	ติดจังหวัดลำพูน และจังหวัดตาก
ทิศตะวันออก	ติดจังหวัดเชียงราย จังหวัดลำปาง และจังหวัดลำพูน
ทิศตะวันตก	ติดอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ภูมิประเทศ

จังหวัดเชียงใหม่ มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 20,107.057 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 12,566,911 ไร่ ซึ่งมีพื้นที่กว้างใหญ่เป็นอันดับ 1 ของภาคเหนือและเป็นอันดับ 2 ของประเทศ (ลำดับที่ 1 คือจังหวัดนครราชสีมา) โดยพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและที่ราบเชิงเขามีเนื้อที่ประมาณ 16,636 ตารางกิโลเมตรหรือ 10,397,500 ไร่ หรือคิดเป็นร้อยละ 82.74 พื้นที่ทางเกษตรอยู่ตอนกลางมีเนื้อที่ประมาณ 2,578 ตารางกิโลเมตร หรือ 1,611,250 ไร่ หรือคิดเป็นร้อยละ 12.8 นอกจากนี้ยังมีพื้นที่เป็นที่อาศัยและอื่นๆอีกประมาณ 893.057 ตารางกิโลเมตรหรือ 588,160 ไร่หรือคิดเป็นร้อยละ 4.44 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด นอกจากนี้พื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่ยังเป็นแหล่งต้นน้ำลำธารหลายสาย เช่น แม่น้ำปิง น้ำแจ่ม น้ำแม่แตง แม่น้ำฝาง น้ำแม่กลาง น้ำแม่งัด และน้ำแม่ขาน

บริเวณที่ราบลุ่ม พื้นที่ราบลุ่มส่วนใหญ่เป็นบริเวณลุ่มน้ำแม่ปิง ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของอำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง อำเภอเมือง อำเภอสารภี และอำเภอดอยเต่า อีกส่วนหนึ่งเป็นที่ราบลุ่มน้ำแม่กก ครอบคลุมพื้นที่บริเวณอำเภอฝางและอำเภอแม่อาย

เทือกเขาที่สำคัญ เทือกเขาแดนบาง ซึ่งอยู่ด้านเหนือของจังหวัดเชียงใหม่กั้นพรมแดนไทย-พม่า ติดต่อกับเทือกเขาถนนธงชัย มียอดเขาที่สำคัญ ได้แก่ ดอยผ้าห่มปกอยู่ในอำเภอฝางสูง

2,285 เมตร ดอยอ่างขางอยู่ในอำเภอฝางสูง 1,931 เมตร ดอยหลวงอยู่ในอำเภอเชียงดาวสูง 2,170 เมตร เทือกเขาถนนธงชัยอยู่ทางทิศตะวันตกของแม่น้ำปิง มียอดเขาที่สำคัญได้แก่ ดอยอินทนนท์อยู่ในอำเภอจอมทองสูง 2,575 เมตรเป็นยอดเขาที่สูงที่สุดในประเทศไทย ดอยปุยอยู่ในอำเภอเมืองสูง 1,685 เมตร ดอยสุเทพอยู่ในอำเภอเมืองสูง 1,601 เมตร เทือกเขาผีปันน้ำอยู่ทางทิศตะวันออกของแม่น้ำปิงมียอดเขาที่สำคัญคือ ดอยขุนตาลสูง 1,374 เมตร ดอยช้างสูง 1,462 เมตร อยู่ในอำเภอพร้าว อำเภอดอยสะเก็ด และอำเภอสันกำแพง

ภูมิอากาศ

ในปี 2543 จังหวัดเชียงใหม่ มีสภาพอากาศเย็นเกือบตลอดปีมีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 15.2-34.5 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยระหว่างร้อยละ 49.0-90.0 จำนวนวันฝนตกตลอดปี 113 วัน ปริมาณน้ำฝนประมาณ 1,129.5 มิลลิเมตรและเดือนที่อุณหภูมิสูงสุดในรอบปี คือเดือนเมษายน 2543 วัดได้ 34.5 องศาเซลเซียส เดือนที่มีอุณหภูมิต่ำสุดในรอบปี คือ เดือนมกราคม 2543 วัดได้ 15.2 องศาเซลเซียส

สภาพอากาศของจังหวัดเชียงใหม่แบ่งได้เป็น 3 ฤดู คือ

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 19.1 - 34.5 องศาเซลเซียส

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 22.6 - 31.5 องศาเซลเซียส

ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนกุมภาพันธ์ อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 15.2-31.7 องศาเซลเซียส

การแบ่งเขตการปกครองและประชากร

จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งการปกครองส่วนภูมิภาคเป็น 22 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ 204 ตำบล 1,971 หมู่บ้าน โดยมีอำเภอและกิ่งอำเภอ ดังนี้ อำเภอเมืองเชียงใหม่ อำเภอจอมทอง อำเภอเชียงดาว อำเภอไชยปราการ อำเภอดอยเต่า อำเภอดอยสะเก็ด อำเภอฝาง อำเภอพร้าว อำเภอแม่แจ่ม อำเภอแม่แตง อำเภอแม่ริม อำเภอแม่อาย อำเภอเวียงแหง อำเภอสันกำแพง อำเภอสันทราย อำเภอสันป่าตอง อำเภอสารภี อำเภอสะเมิง อำเภอหางดง อำเภออมก๋อย อำเภอฮอด อำเภอแม่วาง กิ่งอำเภอแม่ออน และกิ่งอำเภอดอยหล่อ

ตารางที่ 3 จำนวนประชากร ชาย-หญิง ของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อย

รายการ	จำนวนประชากร		
	เชียงใหม่	ดอยเต่า	อมก๋อย
ชาย	769,671	13,657	23,581
หญิง	787,095	13,385	23,498
รวม	1,556,755	27,042	47,079

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2544)

ในปี 2544 จังหวัดเชียงใหม่มีประชากรทั้งสิ้น 1,556,766 คน เป็นชาย 769,671 คน หญิง 787,095 คน อำเภอดอยเต่ามีประชากร 27,042 คน เป็นชาย 13,657 คน หญิง 13,385 คน อำเภออมก๋อยมีประชากร 47,079 คน เป็นชาย 23,581 คน หญิง 23,498 คน

ประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบไปด้วยชาวไทยภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธ รองลงมาได้แก่ ศาสนาคริสต์ อิสลาม ภาษาที่นิยมใช้กันมากคือ ภาษาไทยภาคเหนือและภาษาไทยภาคกลาง นอกจากนี้ประชากรของจังหวัดเชียงใหม่ส่วนหนึ่งยังเป็นชาวเขา ซึ่งในปี 2542 จากการสำรวจของศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีชาวเขาจำนวนทั้งสิ้น 190,774 คน กระจัดกระจายอยู่เกือบทุกอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอที่มีประชากรชาวเขามากที่สุด คือ อำเภออมก๋อย และอำเภอแม่แจ่ม โดยมีประชากรชาวเขา 35,276 และ 34,327 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อรวมประชากรชาวเขาทั้ง 2 อำเภอนี้แล้ว มีจำนวนประชากร 1 ใน 3 ของประชากรชาวเขาทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบไปด้วยเผ่าต่างๆคือ แม้ว มูเซอร์ กะเหรี่ยง ลีซอ อีก้อ เย้า ลัวะ อาชีพหลักของชาวเขาคือ การทำเกษตรกรรม และการรับจ้าง (สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่, 2544)

อาชีพ

จากผลการสำรวจข้อมูลระดับหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) ทุกหมู่บ้านของจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2544 พบว่า ประชากรในหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพทำนาสูงที่สุดถึง 1,308 หมู่บ้าน หรือร้อยละ 75.04 ในอำเภอดอยเต่าประชากรในหมู่บ้านประกอบอาชีพทำสวนพืชยืนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านในอำเภอดอยเต่า รองลงมาคือ อาชีพทำนา ร้อยละ

72.50 ในอำเภออมก๋อยประชากรในหมู่บ้านประกอบอาชีพทำนามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.65 ของจำนวนหมู่บ้านในอำเภออมก๋อย รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.30

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหมู่บ้าน จำแนกตามอาชีพหลักที่สำคัญของราษฎรในอำเภอดอยเต่า อำเภออมก๋อย และ จังหวัดเชียงใหม่

( ) = ร้อยละ

อำเภอ	จำนวนหมู่บ้านทั้งสิ้น	ทำนาข้าวไร่	รับจ้าง	ทำสวนพืชยืนต้น	ทำไร่	ค้าขาย	เลี้ยงสัตว์
ดอยเต่า	40	29	26	30	14	1	12
	(100.00)	(72.50)	(65.00)	(75.00)	(35.00)	(2.50)	(30.00)
อมก๋อย	92	88	38	24	35	9	40
	(100.00)	(95.65)	(41.30)	(26.0903)	(38.04)	(9.78)	(43.48)
เชียงใหม่	1,743	1,308	1,297	869	392	351	294
	(100.00)	(75.04)	(74.41)	(49.86)	(22.49)	(20.14)	(16.87)

ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ (2544)

รายได้ต่อครัวเรือนต่อปี และค่าจ้างแรงงาน

เมื่อจัดจำแนกรายได้ของครัวเรือนออกเป็น 7 ระดับ ซึ่งได้แก่ ระดับรายได้ที่น้อยกว่า 10,000 บาท 10,000-19,999 บาท 20,000-29,999 บาท 30,000-49,999 บาท 50,000-99,999 บาท 100,000-499,999 บาท และระดับรายได้ 500,000 บาทขึ้นไป พบว่า ครัวเรือนที่มีระดับรายได้ต่อปีอยู่ในระดับ 20,000-29,999 บาทและ 30,000-49,999 บาท มีจำนวนใกล้เคียงกันคือ 60,952 ครัวเรือน และ 61,385 ครัวเรือน หรือร้อยละ 19.59 และ 19.73 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับ 10,000-19,999 บาท จำนวน 54,737 ครัวเรือนหรือร้อยละ 17.59 ส่วนครัวเรือนที่มีรายได้ต่อปี 500,000 บาทขึ้นไปนั้นมีจำนวน 4,097 หรือร้อยละ 1.32 ในอำเภอดอยเต่าครัวเรือนมีรายได้ต่อปี 20,000-29,999 บาทมากที่สุดจำนวน 1,618 ครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 25.54 รองลงมาอยู่ในระดับ 30,000-49,999 บาทจำนวน 1,546 ครัวเรือน หรือร้อยละ 23.47 ในอำเภออมก๋อยครัวเรือนมีรายได้ต่อปี น้อยกว่า 10,000 บาทมากที่สุด จำนวน 5,039 ครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 53.70 รองลงมาอยู่ในระดับ 10,000-19,999 บาท จำนวน 2,088 ครัวเรือนร้อยละ 24.23

ตารางที่ 5 ระดับรายได้ต่อครัวเรือน ต่อปี ของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอดอยเต่า และอำเภออมก๋อย

ระดับรายได้	เชียงใหม่		ดอยเต่า		อมก๋อย	
	จำนวนครัวเรือน	ร้อยละ	จำนวนครัวเรือน	ร้อยละ	จำนวนครัวเรือน	ร้อยละ
น้อยกว่า 10,000	37,728	12.13	1,148	17.43	5,039	53.70
10,000-19,999	54,737	17.59	1,406	21.35	2,088	22.25
20,000-29,999	60,952	19.59	1,618	24.57	1,677	19.96
30,000-49,999	61,385	19.73	1,546	23.47	1,747	20.79
50,000-99,999	43,306	13.92	638	9.69	385	4.58
100,000-499,999	22,786	7.32	105	1.59	100	1.19
500,000 ขึ้นไป	4,097	1.32	12	0.18	13	0.15
ไม่ทราบ	26,164	8.41	113	1.72	465	5.53
รวม	311,155	100.00	6,586	100.00	8,402	100.00

ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ (2544)

เมื่อพิจารณาอัตราค่าจ้างแรงงานต่อคนต่อวัน พบว่า ประมาณ 581 หมู่บ้านหรือร้อยละ 33.33 ที่ได้รับค่าจ้างแรงงานต่อคนต่อวันอยู่ระหว่าง 90-109 บาท รองลงมาได้รับค่าจ้างแรงงานอยู่ระหว่าง 110-129 บาท และ 130 บาทขึ้นไปมีจำนวน 475 หมู่บ้านและ 298 หมู่บ้านหรือร้อยละ 27.25 และ ร้อยละ 17.10 ตามลำดับ ในอำเภอดอยเต่าค่าจ้างแรงงานต่อคนต่อวันระหว่าง 90-109 บาทมีมากที่สุดจำนวน 17 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 42.50 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในอำเภอดอยเต่า รองลงมาคือค่าจ้างแรงงาน 110-129 บาทจำนวน 12 หมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 30 ในอำเภออมก๋อยค่าจ้างแรงงานต่อคนต่อวัน น้อยกว่า 70 บาทมีมากที่สุดจำนวน 54 หมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 58.70 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในอำเภออมก๋อย รองลงมาคือค่าจ้างแรงงานระหว่าง 70-89 บาทจำนวน 31 หมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 33.70

ตารางที่ 6 อัตราค่าจ้างแรงงานต่อคนต่อวัน ของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอดอยเต่า และอำเภออมก๋อย

ค่าจ้างต่อคน	เชียงใหม่		ดอยเต่า		อมก๋อย	
	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ
น้อยกว่า 70	126	7.23	2	5.0	54	58.70
70-89	254	14.57	6	15.0	31	33.70
90-109	581	33.33	17	42.50	4	4.35
110-129	475	27.25	12	30.0	1	1.09
มากกว่า 130	298	17.10	3	7.5	1	1.09
ไม่ทราบ	9	0.52	0	0	1	1.09
รวม	1,743	100.00	40	100.00	92	100.00

ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ (2544)

ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข

กลุ่มสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 21 กลุ่มโรค กลุ่มโรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในทุกปีได้แก่ กลุ่มโรคระบบหายใจ โดยในปี 2544 พบมากขึ้นกว่าปี 2543 ถึง 33,133 ราย หรือคิดเป็น 1.05 เท่าส่วนโรคระบบอื่น ๆ พบว่า มีจำนวนสูงขึ้นกว่าในปีก่อน ๆ เกือบทุกกลุ่มโรค รวมทั้งกลุ่มโรคภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม เพิ่มขึ้นประมาณ 1.3 เท่า โดยอำเภอที่มีรายงานการป่วยอยู่ในดันดับต้น ๆ ได้แก่ อำเภอฮอด อำเภอพร้าว อำเภอสันป่าตอง ตามลำดับ ส่วนอุบัติเหตุจากการขนส่งและผลที่ตามมานั้นเพิ่มจากปี 2543 เท่ากับ 1.05 เท่า หลังจากลดลงจากปี 2542 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยด้วยเนื้องอก (รวมมะเร็ง) ในปี 2544 มากกว่าปี 2543 ถึง 1.58 เท่า โดยพบมากที่ อำเภอสันป่าตอง อำเภอฮอด อำเภอสารภี อำเภอหางดง อำเภอแม่อาย อำเภอดอยสะเก็ด และอำเภอเชียงดาว

กลุ่มสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 71 กลุ่มโรค กลุ่มโรคที่พบมากใน 10 อันดับแรกเป็นกลุ่มโรคเดียวกันในทุก ๆ ปี ในปี 2544 อันดับ 1 ได้แก่ การติดเชื้ออื่นๆของลำไส้คิดเป็นอัตรา 470.33 ต่อแสนประชากร พบมากขึ้นกว่าปี 2542 ถึง 1.25 เท่า อาจเป็นเพราะมีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเพิ่มมากขึ้น ในปี 2544 ส่วนโรคปอดอักเสบ พบในอัตราที่ไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อไวรัส (HIV) พบว่าลดลงจากเดิม แต่โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง พบสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกปี โดยเฉพาะในปี 2544 พบมากกว่าในปี 2543 ถึง 1.14 เท่า ส่วน

ภาวะแทรกในระยะตั้งครรภ์ การคลอด และการอยู่ไฟ โรคหัวใจอื่น ๆ โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น โรคอื่น ๆ ของระบบย่อยอาหาร มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ตารางที่ 7 จำนวนและอัตราป่วยผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2542 – 2544

ที่	สาเหตุการป่วย	2542		2543		2544	
		จำนวน (ราย)	อัตรา: แสน	จำนวน (ราย)	อัตรา: แสน	จำนวน (ราย)	อัตรา: แสน
1	โรคระบบหายใจ	667,421	427.39	626,950	395.26	660,083	424.01
2	โรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	285,064	179.85	331,882	196.62	380,188	244.22
3	โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก	325,935	205.64	317,288	200.01	363,568	233.54
4		172,567	108.87	187,151	117.90	235,301	151.15
5	โรคระบบไหลเวียนโลหิต	189,613	119.63	187,900	118.41	200,207	128.60
6	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	173,639	109.55	165,196	104.15	192,046	123.36
7	โรคติดเชื้อและปรสิต	139,385	87.94	149,924	94.52	142,480	91.52
8	สาเหตุภายนอกอื่นๆที่ทำให้ป่วยหรือตาย	94,471	59.60	93,782	59.12	130,508	83.83
9	โรคเกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตะบอลิซึม	73,432	46.33	78,221	49.31	99,810	64.11
10	โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	47,277	29.83	49,911	31.47	59,308	38.10
11	โรคตาร่วมส่วนประกอบของตา	46,440	29.30	46,484	29.30	58,316	37.46
12	โรคระบบประสาท	40,750	25.71	40,185	25.33	50,014	32.13
13	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	28,984	18.29	28,987	18.27	36,674	23.56
14	โรคหูและปุ่มกกหู	33,819	21.34	30,416	19.18	31,963	20.53
15	อุบัติเหตุจากการขนส่งและผลที่ตามมา	6,404	4.04	7,352	4.64	11,591	7.45
16	เนื้องอก (รวมมะเร็ง)	7,651	4.83	6,859	4.32	11,073	7.11
17	โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน	7,672	4.84	8,487	5.35	9,062	5.82
18	ภาวะแทรกในการตั้งครรภ์การคลอดและระยะหลังคลอด	6,370	4.02	4,296	2.71	7,417	4.76
19	การเป็นพิษและผลที่ตามมา	649	0.41	1,003	0.63	2,990	1.92
	ภาวะผิดปกติของทารกที่เกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด						

ตารางที่ 7 ต่อ

ที่	สาเหตุการป่วย	2542		2543		2544	
		จำนวน (ราย)	อัตรา : แสน	จำนวน (ราย)	อัตรา : แสน	จำนวน (ราย)	อัตรา : แสน
20	รูปร่างผิดปกติแต่กำเนิดการพิการจนผิดรูปแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ	2,972	1.88	1,881	1.18	1,518	0.98
21	อาการ,อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกในโรคกลุ่มอื่นได้	267,558	168.81	229,153	144.41	232,441	149.31

ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ (2544)

ตารางที่ 8 จำนวนและอัตราป่วยผู้ป่วยใน จำแนกตามสาเหตุการป่วย 10 อันดับแรก จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2542 - 2544

ที่	สาเหตุการป่วย	2542		2543		2544	
		จำนวน (ราย)	อัตรา:แสน	จำนวน (ราย)	อัตรา: แสน	จำนวน (ราย)	อัตรา: แสน
1	การติดเชื้ออื่นๆของลำไส้	5,092	321.26	5,838	368.06	7,322	470.33
2	ปอดอักเสบ	5,957	375.84	6,228	395.64	6,294	404.30
3	โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง	3,744	236.21	4,537	286.04	5,169	332.04
4	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อไวรัส (HIV)	5,349	337.48	5,133	232.61	4,980	319.89
5	โรคอื่นๆของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	3,962	249.97	4,753	299.61	4,357	279.88
6	โรคติดเชื้ออื่นๆ	3,285	207.25	2,789	175.83	3,786	243.20
7	ภาวะแทรกในระยะตั้งครรภ์การคลอดและการอยู่ไฟ	2,569	162.08	3,241	204.33	3,774	242.43
8	โรคอื่นๆของระบบย่อยอาหาร	2,479	156.40	2,990	188.50	3,679	236.32
9	โรคหัวใจอื่นๆ	2,542	160.38	3,186	200.86	3,474	223.15
10	โรคแผนในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น	3,060	193.06	3,031	191.09	3,463	222.49

ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ (2544)

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี 2544 โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุดในทุกปีได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โดยในปี 2544 มีอัตราป่วย 1,162.41 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่โรคปอดบวม ไข้ไม่ทราบสาเหตุ อาหารเป็นพิษ และตาแดง โดยมีอัตราป่วย 277.43, 241.14, 153.46 และ 125.84

ตามลำดับ จะเห็นว่าใน 10 อันดับแรก โรคที่พบมากเป็นกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหารเช่น โรคอุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ไทฟอยด์ และไข้เอนเทอร์ริค เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับสภาพสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ

การดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่

โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 82 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดการและส่งเสริมการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนให้ได้รับบริการที่ได้มาตราฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงได้โดยรัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ว่าเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย และผู้ด้อยโอกาสามารถเข้าถึงบริการ โดยฐานะความยากจนไม่เป็นอุปสรรคอีกต่อไป ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้สนองนโยบายต่างๆตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (บัตร สปน.) เรียกกันทั่วไปว่า "บัตรสงเคราะห์" ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนา เพิ่มรูปแบบการประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ขยายเข้าสู่กลุ่มประชากรให้กว้างขวางขึ้น จนปัจจุบัน

ปีงบประมาณ 2544 การดำเนินโครงการประกันสุขภาพมีหลายประเภท ได้แก่

1.โครงการสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเรียกว่า "บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล" (บัตร สปร.)

2.โครงการบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ ได้แก่ บัตรสำหรับบุคคลทั่วไป (500 บาท) บัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้นำชุมชนและบัตรประกันสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

3. โครงการที่กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ ในการดำเนินการการจัดบริการ สาธารณสุขได้แก่

3.1 พ.ร.บ.ประกันสังคม

3.2 พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

3.3 กลุ่มข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว

และในปีงบประมาณดังกล่าว รัฐบาลได้กำหนดนโยบายสำคัญเร่งด่วน ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน (30 บาทรักษาทุกโรค) โดยมุ่งมั่นที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพและระบบบริการเพื่อให้ประชาชนชาวไทยทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตราฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ได้เริ่มนำร่องโครงการใน 6 จังหวัด ตั้งแต่ วันที่ 1 เมษายน 2544 และได้ดำเนินโครงการระยะที่ 2 ใน 15 จังหวัด ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2544 เป็นต้นมา จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่ดำเนินการในระยะที่ 2 โดยได้รับมอบหมายให้หารูป

แบบการทำงานประสานเครือข่ายบริการสุขภาพระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ และโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งศึกษาความเป็นไปได้ในการเชื่อมโยงการแพทย์แผนไทยเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อนำผลการดำเนินงานไปเป็นกรณีศึกษาสำหรับจังหวัดอื่น ๆ ในระยะที่ 3 และขณะนี้ได้ดำเนินโครงการฯครอบคลุมทั่วประเทศเป็นระยะที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา เรียกว่า "บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า" หรือ "บัตรทอง" (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544)

แบบจำลองกรอบแนวความคิดรวบยอด

(Conceptual Framwork)

การศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ โดยอาศัยการเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางด้านเศรษฐศาสตร์ (economical accessibility) และตัวชี้วัดทางด้านภูมิศาสตร์ (geographical accessibility) ซึ่งได้แก่ ระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ และทำการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการ ในการศึกษาความเข้าใจและทัศนคติของผู้รับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการ ทำการศึกษาจากความรู้เกี่ยวกับสถานบริการในท้องถิ่น และ ผลของนโยบาย 30 บาท ที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสาธารณสุขของรัฐของผู้รับบริการสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น

ตัวแปรอิสระ		ตัวแปรตาม
-ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ -ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุข -ระยะทางจากหมู่บ้านไปยังแหล่งบริการ -เวลาในการเดินทางไปรับบริการ -ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการในท้องถิ่น -ผลของนโยบาย 30บาทต่อการตัดสินใจใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ	→	การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

(Hypothesis)

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในอำเภอ ดอยเต่า จะแตกต่างกับการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในอำเภอ อมก๋อย โดยประชาชนในอำเภอ ดอยเต่า จะมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีกว่า ประชาชนในอำเภอ อมก๋อย เพราะในอำเภอดอยเต่ามีสุขอนามัยพื้นฐานดีกว่าในอำเภออมก๋อย และประชากรในอำเภออมก๋อยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อปี และค่าจ้างแรงงานต่อคนต่อวัน ต่ำกว่าในอำเภอดอยเต่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

(METHODOLOGY)

สถานที่ทำการวิจัย

(Locale of the Study)

สถานที่ทำการวิจัย ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ใน อำเภออมก๋อย และอำเภอดอยเต่า ของจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(Population and Sample Group)

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอ อมก๋อยและอำเภอดอยเต่า ที่มาใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ซึ่งได้แก่ สาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะใช้วิธีการเลือกโดยเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลทั่วไปจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในอำเภออมก๋อยและดอยเต่า ซึ่งได้แก่ สาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 9 สถานบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

ที่	ชื่อสถานบริการ	ชื่อบ้าน	หมู่บ้าน	ตำบล	เจ้าหน้าที่(คน)	รับผิดชอบ ประชากร	รับผิดชอบ จำนวนหมู่บ้าน	รับผิดชอบ หลังคาเรือน	หมายเหตุ
	โรงพยาบาล								
1	ร.พ.ดอยเต่า	แปลง5	3	ท่าเดื่อ	69	2,451	6	692	
2	สนง.สสอ. ดอยเต่า	แปลง5	3	ท่าเดื่อ	5	23,131	36	6,218	ไม่ทำการรักษา
	สถานีอนามัย								
1	สอ.โป่งทุ่ง	บ้านโป่ง	5	โป่งทุ่ง	2	3,568	6	987	
2	สอ.ดอยเต่า	บ้านดอยเต่า	3	ดอยเต่า	2	3,276	4	977	
3	สอ.บ้านไร่	บ้านไร่	2	ดอยเต่า	2	1,932	3	526	
4	สอ.บ้านถิ่นสำราญ	บ้านถิ่นสำราญ	1	ดอยเต่า	2	1,659	3	440	
5	สอ.บ้านแปลง1	บ้านแปลง1	2	มืดกา	2	2,667	3	707	
6	สอ.บ้านน้อย	บ้านน้อย	1	บงตัน	3	4,451	6	1,213	
7	สอ.บ้านแอ่น	บ้านแอ่นใหม่	3	บ้านแอ่น	2	2,836	4	677	
8	สอ.แม่ตูบ	บ้านแม่ตูบ	9	โป่งทุ่ง	2	1,329	3	345	
	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน								
1	สสช.แม่บวน	บ้านแม่บวน	8	โป่งทุ่ง	1	475	1	120	เจ้าหน้าที่ศึกษาต่อ
2	สสช.กองวะ	บานกองวะ	7	โป่งทุ่ง	1	343	1	89	
3	สสช.ดอยหลวง	บ้านดอยหลวง	4	มืดกา	1	595	2	137	เจ้าหน้าที่ศึกษาต่อ

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2543)

ตารางที่ 10 สถานบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

ที่	ชื่อสถานบริการ	ชื่อบ้าน	หมู่บ้าน	ตำบล	เจ้าหน้าที่(คน)	รับผิดชอบ ประชากร	รับผิดชอบ จำนวนหมู่บ้าน	รับผิดชอบ หลังคาเรือน	หมายเหตุ
	โรงพยาบาล								
1	ร.พ.อมก๋อย	บ้านหลิม	1	อมก๋อย	77	6,077	13	1,204	
2	สนง.สสอ.อมก๋อย	บ้านหลิม	1	อมก๋อย	6	35,495	80	7,461	ไม่ทำการรักษา
	สถานีอนามัย				3		5		
1	สอ.ตุงลอย	ตุงลอย	4	อมก๋อย	3	2,584	7	686	
2	สอ.ยางเปียง	ยางเปียง	2	ยางเปียง	1	2,983	4	649	
3	สอ.มูเซอปากทาง	มูเซอปากทาง	5	ม่อนจอง	5	2,181		469	
4	สอ.บ้านใหม่	บ้านใหม่	2	แม่ตื่น	2	5,903	12	1,191	
5	สอ.ห้วยน้ำขาว	ห้วยน้ำขาว	2	ม่อนจอง	2	2,674	5	592	
6	สอ.นาเกียน	นาเกียน	3	นาเกียน	2	2,076	5	411	
7	สอ.แม่หลองหลวง	แม่หลองหลวง	3	สบโขง	2	4,367	12	868	
8	สอ.สบลาน	สบลาน	10	ยางเปียง	2	1,545	3	258	
	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน								
1	สสช.แม่ต๋อม	แม่ต๋อม	5	อมก๋อย	1	2,722	2	474	
2	สสช.แม่ลาน	แม่ลาน	3	ยางเปียง	1	765	2	156	
3	สสช.ห้วยโค้ง	ห้วยโค้ง	5	ยางเปียง	1	878	3	158	
4	สสช.นาไคร้	นาไคร้	9	ยางเปียง	1	475	1	97	
5	สสช.ขุนตื่นน้อย	ขุนตื่นน้อย	6	แม่ตื่น	0	0	0	0	ไม่มีเจ้าหน้าที่
6	สสช.แม่ระอาใน	แม่ระอาใน	9	แม่ตื่น	1	3	3	197	
7	สสช.แม่ลอก	ห่างหลวง (แม่ลอก)	12	นาเกียน	1	4	4	373	
8	สสช.ผีปานเหนือ	ผีปานเหนือ	10	นาเกียน	1	937	3	194	
9	สสช.ห้วยบง	ห้วยบง	14	นาเกียน	1	944	2	188	
10	สสช.ศาลาเท	ศาลาเท	15	นาเกียน	1	781	2	139	

ตารางที่ 10 ต่อ

ที่	ชื่อสถานบริการ	ชื่อบ้าน	หมู่บ้าน	ตำบล	เจ้าหน้าที่(คน)	รับผิดชอบ ประชากร	รับผิดชอบ จำนวนหมู่บ้าน	รับผิดชอบ หลังคาเรือน	หมายเหตุ
11	สสช.แม่สะเต	แม่สะเต	11	นาเกียน	1	495	1	99	
12	สสช.หนองอึ่งใต้	หนองอึ่งใต้	7	นาเกียน	1	1,294	4	265	
13	สสช.ห้วยปู	ห้วยปูลิง	4	ยางเปียง	ไม่มี	0	0	0	ไม่มีเจ้าหน้าที่
14	สสช.แม่เทย	แม่เทย	12	แม่ตื่น	ไม่มี	0	0	0	ไม่มีเจ้าหน้าที่
15	สสช.ห้วยปูลิง	ห้วยปูลิง	3	ม่อนจอง	ไม่มี	0	0	0	ไม่มีเจ้าหน้าที่
16	สสช.แม่หลองใต้	แม่หลองใต้	1	สบโขง	ไม่มี	0	0	0	ไม่มีเจ้าหน้าที่
17	สสช.แม่แฮหลวง	แม่แฮหลอง	14	ยางเปียง	ไม่มี	0	0	0	ไม่มีเจ้าหน้าที่

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2543)

อำเภอดอยเต่ามีจำนวนสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด 10 แห่ง เลือกทำการศึกษา 4 สถานบริการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลดอยเต่า
สถานีอนามัยบ้านน้อย
สถานีอนามัยแม่ตูบ
สาธารณสุขชุมชนดอยหลวง

อำเภออมก๋อย มีจำนวนสถานบริการสาธารสุขทั้งหมด 20 แห่ง เลือกทำการศึกษา 7 สถานบริการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลอมก๋อย
สถานีอนามัยบ้านใหม่
สถานีอนามัยสบลาน
สาธารณสุขชุมชนแม่ต๋อม
สาธารณสุขชุมชนห้วยโค้ง
สาธารณสุขชุมชนห้วยบง
สาธารณสุขชุมชนแม่สะเต

ในการเลือกสถานบริการที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ทำการเลือกจากจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบของแต่ละสถานบริการ โดยเลือกสถานบริการที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบมากที่

สุด และน้อยที่สุดก่อน ต่อมาจึงทำการเลือกสถานบริการที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบอยู่ระหว่างค่าสูงสุดและต่ำสุด

เนื่องจากจำนวนประชากรในการศึกษามีจำนวนมาก จึงจะใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 11 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
(Instrument of the Study)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้คือ แบบสอบถาม (questionnaires) ก่อนทำการเก็บข้อมูล ได้ให้คณาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและได้ทำการทดสอบใช้แบบสอบถามกับประชากรที่มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้เลือกไว้ ผลการทดสอบที่ได้นำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่เลือกไว้ สามารถตอบแบบสอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเป็นคำถามแบบปลายปิด (close-end question) แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แ ก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางมารับบริการ และ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุข เช่น ระยะทางจากหมู่บ้านมายังสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ความรู้และทัศนคติในการรับบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
(Analysis of Data)

1. **การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของข้อมูล** ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ค่าเฉลี่ย อัตราร้อยละ

2. **การวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสาธารณสุข**ในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อย ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในอำเภอ 2 อำเภอ โดยใช้การทดสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยของ ระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอ

ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขประกอบไปด้วย

1. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ

2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การทดสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยของ ระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อย สถิติทดสอบที่ใช้คือ t-test

โดย t-test นั้นมีข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ว่า ทั้งสองประชากรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ และต้องทราบว่าทั้งสองประชากรมีความแปรปรวนต่างกันหรือไม่ ดังนั้นต้องทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล และทดสอบว่าความแปรปรวนของทั้งสองประชากรแตกต่างกันหรือไม่ โดยมีสมมติฐานในการทดสอบ คือ

$$H_o: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

หากได้ผลการทดสอบว่ายอมรับ $H_o: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$ ตัวสถิติทดสอบ $H_o: \mu_1^2 = \mu_2^2$ ได้แก่

$$T = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\sqrt{S_p^2\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

โดย T มีองศาแห่งความเป็นอิสระ : $v = n_1 + n_2 - 2$

แต่หากได้ผลการทดสอบว่าปฏิเสธ $H_o: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$ ตัวสถิติทดสอบ $H_o: \mu_1^2 = \mu_2^2$ ได้แก่

$$T = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

โดย T มีองศาแห่งความเป็นอิสระ : $v = \dfrac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}}$

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ปัจจัยที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ประกอบไปด้วย อำเภอ, สถานที่เก็บข้อมูล, ระดับการศึกษา, รายได้ต่อปี, วิธีการเดินทางมารับบริการ, ระยะทางในการเดินทางมาใช้บริการ, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ, ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ, ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น, นโยบาย 30 บาทกับการตัดสินใจรับบริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

สถิติ ที่ใช้คือ factor analysis เป็นเทคนิคที่จะจับกลุ่มหรือรวมกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มหรือ factor เดียวกัน ตัวแปรที่อยู่ใน factor เดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์นั้นอาจจะเป็นในทิศทางเดียวกันหรือทิศทางตรงกันข้ามก็ได้ ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละ factor จะไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก

3.1 หลักเกณฑ์ของเทคนิค factor analysis

เทคนิค factor analysis ใช้ในการลดจำนวนตัวแปร หรือกล่าวได้ว่าเป็นเทคนิคที่ใช้ในการเปลี่ยนตัวแปรเดิมเป็นตัวแปร หรือ ปัจจัยใหม่ที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ปัจจัยที่ไม่เป็น linear combination ของตัวแปรเดิม โดยจะพยายามนำรายละเอียดจากตัวแปรเดิมต่าง ๆ มาไว้ในปัจจัยให้มากที่สุด เช่น งานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อรถยนต์ ผู้วิจัยได้พิจารณาถึงปัจจัยที่คาดว่า จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อ 14 ปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่ 1 ประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัวคือ X_3, X_8, และ X_{13} นั่นหมายความว่า ตัวแปร X_3, X_8, และ X_{13} มาไว้ใน factor ที่ 1 ได้มากที่สุด โดยเขียนสมการเชิงเส้นแสดงความสัมพันธ์ได้ดังนี้

$$F_1 = W_3X_3 + W_8X_8 + W_{13}X_{13} + e$$

สำหรับการวัดปริมาณรายละเอียดของแต่ละ factor จะวัดจากค่าความแปรปรวน (varinace) ของปัจจัยนั้น ๆ

สำหรับสมการที่ใช้ในการประมาณค่าปัจจัยที่ j คือ

$$F_j = W_{j1} X_1 + W_{j2} X_2 + \ldots + W_{jp} X_p + e$$

โดยที่ X_j = ตัวแปรที่ j

W_j = สัมประสิทธิ์ของตัวแปรที่ j

นอกจากนั้นยังสามารถแสดงความสัมพันธ์ของค่าตัวแปร X_j ซึ่งเป็น linear combination ของ factor ต่าง ๆ ดังนี้

$$Z_1 = L_{11} F_1 + L_{12} F_2 + \ldots + L_{1m} F_m + e_1$$

$$Z_2 = L_{21} F_1 + L_{22} F_2 + \ldots + L_{2m} F_m + e_2$$

.

.

$$Z_p = L_{p1} F_1 + L_{pm} F_2 + \ldots + L_{pm} F_m + e_p$$

โดยที่ Z_i = ตัวแปร X_j ที่ทำการ standardized แล้ว ; $j = 1, 2, \ldots, p$

p = จำนวนตัวแปร

m = จำนวน factor ; $m<p$

$F_1, \ldots, F_m$ = common factors

e = unique factor = error

L_{ij} = ค่าสัมประสิทธิ์ หรือเรียกว่า factor loading

factor loading หรือ ค่าสัมประสิทธิ์ เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เนื่องจากตัวแปร X_j 's ได้ถูก standardized เป็น Z_j แล้ว ซึ่งทำให้ค่า factor loading มีค่าระหว่าง –1 ถึง +1 ค่า factor loading จะใช้ในการจัดกลุ่มตัวแปรว่าควรอยู่ใน factor ใด

3.2 ประโยชน์ของเทคนิค factor analysis

1. ลดจำนวนตัวแปร โดยการรวมตัวแปรหลายๆตัวให้อยู่ในปัจจัยเดียวกัน ปัจจัยที่ได้ถือเป็นตัวแปรใหม่ ที่สามารถหาค่าข้อมูลของปัจจัยที่สร้างขึ้นได้ เรียกว่า factor score จึงสามารถนำปัจจัยดังกล่าวไปเป็นตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

2. ใช้ในการแก้ปัญหาการที่ตัวแปรอิสระของเทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยมีความสัมพันธ์กัน (multicollinearity) วิธีการอย่างหนึ่งในการแก้ปัญหา (multicollinearity) คือการรวมตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันไว้ด้วยกัน โดยการสร้างเป็นตัวแปรใหม่ หรือเรียกว่าปัจจัยโดยใช้เทคนิค factor analysis แล้วนำปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์ความถดถอยต่อไป

3. ทำให้เห็น โครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา เนื่องจากเทคนิค factor analysis จะหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) ของตัวแปรทีละคู่แล้วรวมตัวแปรที่สัมพันธ์กันมากไว้ในปัจจัยเดียวกันจึงสามารถวิเคราะห์ถึงโครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆที่อยู่ในปัจจัยเดียวกันได้

4. ทำให้สามารถอธิบายความหมายของแต่ละปัจจัยได้ ตามความหมายของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในปัจจัยนั้น ทำให้สามารถนำไปใช้ในด้านการวางแผนได้

3.3 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ของเทคนิค factor analysis

ขั้นที่1 การสร้างเมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่(correlation matrix) ในขั้นแรกนี้จะมีการพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

- ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ +1 หรือ –1 แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นมีความสัมพันธ์กันมากควรอยู่ใน factor เดียวกัน
- ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ศูนย์ แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นไม่มีความสัมพันธ์กันหรือสัมพันธ์กันน้อยมากควรอยู่คนละ factor
- ถ้ามีตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ หรือมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆที่เหลือน้อยมาก ควรตัดตัวแปรนั้นออกจากการวิเคราะห์

ขั้นที่ 2 การสกัดปัจจัย (factor extraction)

วัตถุประสงค์ของการสกัดปัจจัย คือการหาจำนวน factor ที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ วิธีการสกัดปัจจัยมีหลายวิธี ในที่นี้จะกล่าวถึงวิธี Principal Component Analysis : PCA ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด

Principal Component Analysis หรือ PCA เป็นเทคนิคที่มีวัตถุประสงค์ที่จะนำรายละเอียดของตัวแปรที่มีจำนวนตัวแปรมาก ๆ มาไว้ในปัจจัยที่มีเพียงไม่กี่ปัจจัย โดยจะพิจารณาจากรายละเอียดทั้งหมดจากแต่ละตัวแปร

ในการวิเคราะห์ PCA จะสร้าง linear combination ของตัวแปร โดยที่

- factor ที่ 1 จะเป็น linear combination แรกและมีรายละเอียดจากตัวแปรมากที่สุด หรือกล่าวได้ว่ามีค่าแปรปรวนสูงสุด
- factor ที่ 2 ก็เป็น linear combination ของตัวแปรเช่นกัน และสามารถนำรายละเอียดที่เหลืออยู่มากที่สุดจากตัวแปร โดยที่ facrot ที่ 2 จะต้องตั้งฉาก (orthogonal) กับ factor แรกหรือกล่าวว่า factor ที่ 2ไม่มีความสัมพันธ์กับ factorที่ 1ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาการเกิด multicolinearity
- factor ที่ 3 เป็น linear combination ของตัวแปรเช่นกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับ factor ที่ 1 และ 2 และสามารถนำ information ที่เหลือจากตัวแปรได้มากที่สุด
- ……..
- ในทำนองเดียวกัน การสร้าง factor ที่ 4, 5,… ก็ใช้หลักเกณฑ์ดังที่กล่าวข้างต้น

ในขั้นที่ 2 นี้จะสามารถประมาณค่า factor loading ได้ แล้วใช้ factor loading ในการพิจารณาว่ามีตัวแปรใดบ้างที่ควรจะอยู่ใน factor เดียวกัน ในแต่ละ factor ให้พิจารณาค่า factor

loading ของแต่ละตัวแปร ถ้า factor loading ของตัวแปรใดมีค่ามาก (เข้าสู่ +1 หรือ –1) ควรจัดตัวแปรนั้นอยู่ใน factor ดังกล่าว ในบางกรณีค่า factor loading มีค่ากลางๆ เช่น ถ้ามี 2 factor แล้วพบว่า factor loading ของตัวแปร X_5 อยู่ใน factor ที่ 1 หรือ 2 ก็ควรจะทำการหมุนแกน ดังจะกล่าวต่อไปในขั้นที่ 3

ขั้นที่ 3 การหมุนแกนปัจจัย (factor rotation)

ดังได้กล่าวแล้วในขั้นที่ 2 ว่ากรณีค่า factor loading มีค่ากลางๆ ทำให้ไม่สามารถจัดตัวแปรว่าควรอยู่ใน factor ใดได้นั้น จะต้องทำการหมุนแกน ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการหมุนแกนปัจจัยคือ เพื่อทำให้ค่า factor loading ของตัวแปรมีค่ามากขึ้นหรือลดลงจนกระทั่งทำให้ทราบว่าตัวแปรนั้นควรอยู่ใน factor ใดหรือไม่ควรอยู่ใน factor ใด

3.4 วิธีการหมุนแกนปัจจัย

วิธีการหมุนแกนปัจจัยมี 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ

1. orthogonal rotation

เป็นการหมุนแกนปัจจัยไปแล้วยังคงทำให้ factor ตั้งฉากกัน หรือเป็นอิสระกันแต่ทำให้ค่า factor loading เพิ่มขึ้นหรือลดลง

2. oblique rotation

เป็นการหมุนแกนปัจจัยไปในลักษณะที่ factor ไม่ตั้งฉากกัน หรือ factor ไม่เป็นอิสระกันนั่นเอง

ขั้นที่ 4 การคำนวณค่า Factor Score

เมื่อสามารถจัดตัวแปรที่มีอยู่จำนวนมากเหลือเป็นกลุ่มตัวแปรไม่กี่กลุ่ม สามารถคำนวณหาค่า factor score ของแต่ละ case ได้ เช่น ถ้ามี 2 factor ก็สามารถคำนวณหาค่า factor score ได้ และถือว่าทั้ง 2 factor เป็นตัวแปรใหม่ ที่นำไปวิเคราะห์ต่อไปได้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544)

3. การศึกษาความเข้าใจและทัศนคติของผู้รับบริการสาธารณสุข ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการในท้องถิ่น ประสบการณ์การใช้บริการสาธาณสุขของรัฐที่อยู่ในท้องถิ่น เหตุผลในการเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ สถานบริการสาธารณสุขที่มีการใช้บริการบ่อย เหตุผลที่เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขที่มีการใช้บริการบ่อย และเหตุผลในการไม่เลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ

เหตุผลในการเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ และ เหตุผลที่เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขที่มีการใช้บริการบ่อย มีตัวเลือกดังนี้

1. ความสะดวกในการเดินทาง
2. ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
3. ความพอใจในการรักษาพยาบาล
4. ความพอใจในผลการรักษาพยาบาล
5. ความเชื่อถือในตัวผู้ให้การรักษาพยาบาล
6. ความเชื่อถือในสถานบริการ
7. ความเชื่อถือในอุปกรณ์การรักษา
8. เหตุผลอื่น ๆ

เหตุผลในการไม่เลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ มีตัวเลือกดังนี้

1. ความไม่สะดวกในการเดินทาง
2. ความไม่พอใจกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่าย
3. ความไม่พอใจในการรักษาพยาบาล
4. ความไม่พอใจในผลการรักษาพยาบาล
5. ความไม่เชื่อถือในตัวผู้ให้การรักษาพยาบาล
6. ความไม่เชื่อถือในสถานบริการ
7. ความไม่เชื่อถือในอุปกรณ์การรักษา
8. เหตุผลอื่น ๆ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ค่าเฉลี่ย อัตราร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์และวิจารณ์

(RESULTS AND DISCUSSION)

การเก็บข้อมูลในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยจาก 11 แหล่งบริการสาธารณสุขเป็นระยะเวลา 11 สัปดาห์โดยเก็บข้อมูลแหล่งบริการละ 1 สัปดาห์ รวมเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมดเป็นจำนวน 439 ราย โดยแบ่งเป็นข้อมูลจากอำเภอดอยเต่าใน 4 แหล่งบริการประกอบด้วย

โรงพยาบาลดอยเต่า

สถานีอนามัยบ้านน้อย

สถานีอนามัยแม่ตูบ

สาธารณสุขชุมชนดอยหลวง

แต่เนื่องจากสาธารณสุขชุมชนดอยหลวงเจ้าหน้าที่ลาศึกษาต่อจึงไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่ สาธารณสุขอำเภอดอยเต่าจึงแนะนำให้เลือกเก็บข้อมูลจากสถานีอนามัยบ้านแปลง1 แทน

การเก็บข้อมูลใน 4 แหล่งบริการจำนวน 120 รายประกอบด้วย

โรงพยาบาลอำเภอดอยเต่า	27 ราย
สถานีอนามัยบ้านน้อย	35 ราย
สถานีอนามัยแม่ตูบ	27 ราย
สถานีอนามัยบ้านแปลง1	31 ราย

การเก็บข้อมูลในอำเภออมก๋อยจำนวน 7 แหล่งบริการประกอบด้วย

โรงพยาบาลอมก๋อย

สถานีอนามัยบ้านใหม่

สถานีอนามัยสบลาน

สาธารณสุขชุมชนแม่ต๋อม

สาธารณสุขชุมชนห้วยโค้ง

สาธารณสุขชุมชนห้วยบง

สาธารณสุขชุมชนแม่สะเต

ทางสาธารณสุขอำเภออมก๋อยได้แนะนำให้เปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสาธารณสุขที่ได้เลือกไว้เนื่องจากมีความยากลำบากในการเดินทาง โดยสถานีอนามัยตุงลอยและสาธารณสุขชุมชนแม่ลอก ถูกเลือกมาแทนสาธารณสุขชุมชนแม่ต๋อมและสาธารณสุขชุมชนห้วยโค้งเพื่อความสะดวก

ในการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลในอำเภออมก๋อยจำนวน 7 แหล่งบริการจำนวน 319 ราย ประกอบด้วย

โรงพยาบาลอมก๋อย	32 ราย
สถานีอนามัยบ้านใหม่	52 ราย
สถานีอนามัยสบลาน	49 ราย
สถานีอนามัยตุงลอย	44 ราย
สาธารณสุขชุมชนแม่ลอก	47 ราย
สาธารณสุขชุมชนห้วยบง	47 ราย
สาธารณสุขชุมชนแม่สะเต	48 ราย

ส่วนที่ 1 สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้

ตารางที่ 11 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป		ดอยเต่า		อมก๋อย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	55	45.8	152	47.6
	หญิง	65	54.2	167	52.4
อายุเฉลี่ย	ชาย	38.25		31.97	
	หญิง	34.6		29.23	
สถานภาพสมรส	โสด	20	16.7	81	25.4
	สมรส	84	70.0	224	70.2
	หย่า	3	2.5	3	0.9
	หม้าย	10	8.3	10	3.1
	แยกกันอยู่	3	2.5	1	0.3

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป		ดอยเต่า		อมก๋อย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	เกษตรกร	59	49.2	280	87.8
	รับราชการ	5	4.2	2	0.6
	ค้าขาย	11	9.2	8	2.5
	ไม่ได้ทำงาน	7	5.8	10	3.1
	อื่น ๆ	38	31.7	19	6.0
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	12	10.0	125	39.2
	ต่ำกว่าป.4	11	9.2	33	10.3
	ป.4	27	22.5	51	16.0
	ป.6	39	32.5	68	21.3
	ม.3	24	20.0	27	8.5
	ม.6	2	1.7	13	4.1
	ปริญญาตรี	5	4.2	0	0
รายได้ต่อปี	ต่ำกว่า 25,000	41	34.2	245	76.8
	25,000-55,000	47	39.2	51	16.0
	55,001-100,000	8	6.7	0	0
	100,001-200,000	5	4.2	2	0.6
	200,001-300,000	4	3.3	8	2.5
	300,001-400,000	0	0	1	0.3
	ไม่มีรายได้	15	12.5	12	3.8

กลุ่มตัวอย่างใน 2 อำเภอมีการรับบริการสาธารณสุขของรัฐของเพศชายและเพศหญิงในจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก คือ เพศชายร้อยละ 45.8 เพศหญิงร้อยละ 54.2ในอำเภอดอยเต่าและเพศชายร้อยละ 47.6 เพศหญิงร้อยละ 52.4 ในอำเภออมก๋อย กลุ่มตัวอย่างในอำเภอดอยเต่า เพศชายอายุเฉลี่ยประมาณ 38 ปี เพศหญิง 35 ปี อำเภออมก๋อยเพศชายอายุเฉลี่ยประมาณ 32 ปี เพศหญิง 30 ปี สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แต่งงานแล้วคิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 70.2 ในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยตามลำดับ และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมโดยในอำเภอดอยเต่าคิดเป็นร้อยละ 49.2 อำเภออมก๋อยร้อยละ 87.8 ระดับการศึกษา ในอำเภอดอยเต่ากลุ่มตัว

อย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาได้แก่ประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 22.5 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 20 ในอำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมาได้แก่ ประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 21.3 และประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 16 ระดับรายได้ต่อปีมีความแตกต่างกันใน 2 อำเภอ โดยอำเภอดอยเต่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้ต่อปีระหว่าง 25,000บาท ถึง 55,000บาท มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ ผู้มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 25,00บาท และผู้ไม่มีรายได้ตามลำดับ อำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้ต่อปีที่น้อยกว่า 25,000บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.8 รองลงมาคือผู้มีรายได้ต่อปีอยู่ระหว่าง 25,000บาท ถึง 55,000บาท และผู้ไม่มีรายได้ ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

วิธีการเดินทางในการมารับบริการ

ในอำเภอดอยเต่ากลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเดินทางโดยรถจักรยานยนต์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือเดิน รถยนต์ส่วนบุคคล รถจักรยาน และรถบริการรับส่งตามลำดับโดยที่การเดินทางโดยจักรยาน และรถบริการรับส่งมีสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 5) ในอำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเดินทาง โดยการเดินมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ52.4 รองลงมาคือ รถจักรยานยนต์ รถจักรยาน รถบริการรับส่ง และรถยนต์ส่วนบุคคล ตามลำดับ

ตารางที่ 12 วิธีการเดินทางมารับบริการจำแนกตามอำเภอ

วิธีการเดินทาง	ดอยเต่า		อมก๋อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เดิน	17	14.2	167	52.4
จักรยาน	6	5.0	29	9.1
จักรยานยนต์	78	65.0	106	33.2
รถยนต์ส่วนบุคคล	12	10.0	4	1.3
รถบริการรับส่ง	6	5.0	11	3.4
อื่น ๆ (วานคนอื่นมาส่ง)	1	0.8	2	0.6
รวม	120	100.0	319	100.0

ระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการ

ระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอดังนี้คือ

อำเภอดอยเต่ามีระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 กิโลเมตร

อำเภออมก๋อยมีระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 กิโลเมตร

จะเห็นได้ว่า ระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอมีค่าแตกต่างกันไม่มากนัก แต่เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างใน 2 อำเภอแตกต่างกันมาก จึงต้องทำการทดสอบค่าเฉลี่ยของระยะทางในการเดินทางมารับบริการว่า มีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้การทดสอบค่าเฉลี่ย t-testในการทดสอบ t-test มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ข้อมูลที่เก็บมาได้ต้องมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (norminal) และต้องทราบว่าความแปรปรวน (varinace) ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ จึงจำเป็นต้องมีการทดสอบการแจกแจงและความแปรปรวนของข้อมูลทั้ง 2 อำเภอก่อน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.01 หรือความเชื่อมั่นในการทดสอบเท่ากับร้อยละ 99

อย่างไรก็ตาม การทดสอบ t-test เป็นการทดสอบที่มีความแกร่ง (robust test) ต่อการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ หมายความว่า เป็นการทดสอบที่ไม่ทำให้ความน่าจะเป็นที่จะเกิด ความคลาดเคลื่อนชนิดที่1 (type I error) หรือความคลาดเคลื่อนชนิดที่2 (type II error)[4] มากขึ้น ถ้าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบสมมติฐานระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการใน 2 อำเภอ

สมมติฐานในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล

H_0: ระยะทางในการเดินทางมารับบริการมีการแจกแจงแบบปกติ

H_1: ระยะทางในการเดินทางมารีบบริการมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

---

[4] ในการทดสอบสมมติฐานใดๆ อาจจะมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ 2 ประเภท

1. ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (type I error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเมื่อสมมติฐาน H_0 ที่เป็นจริงถูกปฏิเสธ ค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 กำหนดด้วย α
2. ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 2 (type II error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเมื่อสมมติฐาน H_0 ที่เป็นเท็จไม่ถูกปฏิเสธ หรือเกิดจากการที่เรายอมรับสมมติฐาน H_0 เมื่อ H_0 เป็นเท็จนั่นเอง ค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 2 กำหนดด้วย β

Test of Norminality

อำเภอ	Kolmotogorov-Sminov		
	Statistic	df	Sig.
คอยเต่า	0.269	120	0.000
อมก๋อย	0.334	319	0.000

จากการทดสอบพบว่า ระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขของทั้ง 2 อำเภอมีค่า p-value[5] = 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.01 ดังนั้นจึงปฏิเสธ นั่นคือ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

สมมติฐานในการทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล

$$H_o: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

โดย

σ_1^2 คือ ความแปรปรวนของระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอคอยเต่า

σ_2^2 คือ ความแปรปรวนของระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย

---

[5] ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ จะอยู่ในรูปของความน่าจะเป็น เรียกว่า ความน่าจะเป็นในการยอมรับสมมติฐาน โดยจะแสดงค่าในรูปของค่า P หรือ p-value หรือ Significane ซึ่งทำให้การตัดสินใจปฏิเสธ หรือ ยอมรับสมมติฐานทำได้สะดวกและง่ายขึ้น สำหรับการทดสอบสมมติฐานแบบ 2 ข้าง (two-tail) พิจารณาจากค่า P ดังนี้ ถ้าค่า P ที่โปรแกรมคำนวณได้มีค่าน้อยมาก (น้อยกว่าค่าระดับนัยสำคัญ [α] ที่กำหนดไว้) ถือว่าโอกาสที่จะยอมรับสมมติฐานมีน้อยมาก คือ ควรจะปฏิเสธสมมติฐาน H_0 ถ้าค่า P ที่โปรแกรมคำนวณได้มีค่ามาก (มากกว่าค่าระดับนัยสำคัญ [α] ที่กำหนดไว้) ถือว่า โอกาสที่จะยอมรับสมมติฐานมีมาก คือ ควรจะยอมรับสมมติฐาน H_0 สำหรับการทดสอบสมมติฐาน แบบข้างเดียว (one-tail) แบ่งออกได้เป็น 2 กรณี คือ

$H_1: \mu_1^2 > \mu_2^2$ จะปฏิเสธ H_o ถ้าสถิติทดสอบ t หรือ Z เป็นบวกและค่า $\frac{\text{Sig.}(2-\text{tailed})}{2} < \alpha$

$H_1: \mu_1^2 < \mu_2^2$ จะปฏิเสธ H_o ถ้าสถิติทดสอบ t หรือ Z เป็นลบและค่า $\frac{\text{Sig.}(2-\text{tailed})}{2} < \alpha$

Test of Homogeneity of Variance

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
0.016	1	437	0.898

จากการทดสอบพบว่า ค่าสถิติทดสอบเลเวนเน มีค่าเท่ากับ 0.016 ดังนั้น ยอมรับ H_o นั่นคือ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอมีความแปรปรวนเท่ากันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

หลังจากที่เราทดสอบข้อมูลว่ามีคุณสมบัติตรงตามข้อตกลงเบื้องต้น ของการวิเคราะห์ความแปรปรวนจำแนกทางเดียว (ANOVA) แล้ว จะทำการทดสอบเพื่อหาความแตกต่างระหว่างระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขต่อไป

สมมติฐานในการทดสอบค่าเฉลี่ย

$$H_o: \mu_1^2 = \mu_2^2$$

$$H_1: \mu_1^2 > \mu_2^2$$

โดย

μ_1^2 คือ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า

μ_2^2 คือ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย

Independent Sample Test

	Levene's Test Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
								99% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig.(2-tail)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Ewual variances assumed	.016	.898	1.481	437	.139	.77636	.52430	-.58007	2.13278
Equal variances not assumed			1.603	253.153	.110	.77636	.48440	-.48084	2.03356

จากการทดสอบพบว่า ค่าสถิติทดสอบ T = 1.481 และ $\frac{\text{Sig.}(2-\text{tailed})}{2} = \frac{0.139}{2} = 0.695$ ซึ่งมากกว่า 0.01 ดังนั้น ยอมรับ H_o นั่นคือ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ

เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยใน 2 อำเภอดังนี้

อำเภอดอยเต่ามีค่าเท่ากับ 14.34 นาที

อำเภออมก๋อยมีค่าเท่ากับ 14.24 นาที

เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธาณสุขใน 2 อำเภอมีความแตกต่างกันน้อยมากแต่เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างใน 2 อำเภอแตกต่างกันมากจึงต้องทำการทดสอบเวลาในการเดินทางมารับบริการสาธาณสุขว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้การทดสอบค่าเฉลี่ย t-test ซึ่งต้องทำการทดสอบการแจกแจงและความแปรปรวนของข้อมูลก่อน

การทดสอบสมมติฐานเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการใน 2 อำเภอ

สมมติฐานในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล

H_o: เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการมีการแจกแจงแบบปกติ

H_1: เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

Test of Normality

	Kolmotogorov – Sminov		
อำเภอ	Statistic	df	Sig.
ดอยเต่า	0.293	120	0.000
อมก๋อย	0.268	319	0.000

จากการทดสอบพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธาณสุขของทั้ง 2 อำเภอมีค่า p-value = 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.01 ดังนั้น ปฏิเสธ H_o นั่นคือเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

สมมติฐานในการทดสอบความแปรปรวน

$$H_o: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

โดย

σ_1^2 คือ ความแปรปรวนของเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า

σ_2^2 คือ ความแปรปรวนของเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย

Test of Homogeneity of Variance

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
0.026	1	437	0.872

จากการทดสอบพบว่า ค่าสถิติเลเวนเนมีค่าเท่ากับ 0.026 และ p-value = $P(F_{(1,437)} > 0.026) = 0.872$ ซึ่งมากกว่า 0.01 ดังนั้น ยอมรับ H_o นั่นคือ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอมีความแปรปรวนเท่ากันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

สมมติฐานในการทดสอบค่าเฉลี่ย

$$H_o: \mu_1^2 = \mu_2^2$$

$$H_1: \mu_1^2 > \mu_2^2$$

โดย

μ_1^2 คือ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า

μ_2^2 คือ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย

Independent Sample Test

	Levene's Test Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
								99% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig.(2-tail)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Ewual variances assumed	.026	.872	.075	437	.940	.10	1.37	-3.44	3.65
Equal variances not assumed			.062	154.929	.951	.10	1.68	-4.28	4.49

จากการทดสอบพบว่าค่าสถิติทดสอบ T = 0.075 และ $\frac{\text{Sig.}(2-\text{tailed})}{2} = \frac{0.940}{2} =$ 0.47 ซึ่งมากกว่า 0.01 ดังนั้น ยอมรับ H_o นั่นคือ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขได้รวมเอาค่าใช้จ่ายของผู้มารับบริการที่จ่ายไปตั้งแต่เริ่มเดินทางมาเพื่อรับบริการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆในการรักษาพยาบาล ภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ประชาชนทุกหมู่เหล่ามีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดเชียงใหม่ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นวันเริ่มต้นการใช้นโยบายนี้ในจังหวัดนำร่อง ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เสียค่ารักษาพยาบาล และกลุ่มที่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มที่เสียค่ารักษาพยาบาล มีการเสียค่ารักษาพยาบาลตามแต่สิทธิที่ผู้รับบริการจะเลือกใช้ เช่น กลุ่มที่ใช้สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรคจะเสียค่ารักษาพยาบาล 30 บาทต่อการรักษาหนึ่งครั้ง กลุ่มที่ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ จะเสียค่าใช้จ่ายตามจริงแต่สามารถนำค่ารักษาพยาบาลไปขอเบิกคืนได้ เป็นต้น ในอำเภอดอยเต่ามีผู้ใช้บริการสาธารณสุขที่เสียค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 15 และอำเภออมก๋อยคิดเป็นร้อยละ 12 ค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอดอยเต่าเท่ากับ 5.83 บาท ในอำเภออมก๋อยเท่ากับ 1.56 บาท

กลุ่มที่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ผู้ใช้บริการกลุ่มนี้คือ กลุ่มผู้รับบริการซึ่งโอนย้ายมาจากระบบประกันสุขภาพเดิมที่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล เช่น กลุ่มคนอายุ 0-12 ปี ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น ในอำเภอดอยเต่ามีผู้ใช้บริการสาธารณสุขที่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 85 และในอำเภออมก๋อยคิดเป็นร้อยละ 96.2

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการได้รวมเอาค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้รับบริการได้เสียไปเพื่อใช้ในการเดินทางมารับบริการยังสถานบริการสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในเดินทางมารับบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอดอยเต่ามีค่าเท่ากับ 15.83 บาท ในอำเภออมก๋อยมีค่าเท่ากับ 9.78 บาท

ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขจึงแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขกรณีเสียค่ารักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 57.89 บาทในอำเภอดอยเต่า และมีค่าเท่ากับ 70.83 บาทในอำเภออมก๋อย

2. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.32บาทในอำเภอดอยเต่า และเท่ากับ 9.02 บาทในอำเภออมก๋อย

ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากทั้งกรณีที่เสียค่ารักษาพยาบาลและกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาล แต่เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 กรณีแตกต่างกันมากจึงต้องทำการทดสอบค่าเฉลี่ยว่ามีความแตกต่างกันอย่างแท้จริง

หรือไม่ โดยใช้การทดสอบค่าเฉลี่ย t-test ซึ่งต้องทำการทดสอบการแจกแจงและความแปรปรวนของข้อมูลก่อน

การทดสอบสมมติฐานค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอ กรณีเสียค่ารักษาพยาบาล

สมมติฐานในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลในอำเภอคอยเต่า

H_0: ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการในอำเภอคอยเต่ามีการแจกแจงแบบปกติ

H_1: ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการในอำเภอคอยเต่ามีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

สมมติฐานในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลในอำเภออมก๋อย

H_0: ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการในอำเภออมก๋อยมีการแจกแจงแบบปกติ

H_1: ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการในอำเภออมก๋อยมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

Test of Normality

	Kolmotogorov – Sminov		
อำเภอ	Statistic	df	Sig.
คอยเต่า	0.286	18	0.000
อมก๋อย	0.28	12	0.010

จากการทดสอบพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขในอำเภอคอยเต่ามีค่า p-value= 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.00 ดังนั้น ปฏิเสธ H_0 นั่นคือ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขในอำเภอคอยเต่ากรณีเสียค่ารักษาพยาบาลมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการในอำเภออมก๋อยมีค่า p-value= 0.01 ดังนั้น ยอมรับ H_0 ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อยมีการแจกแจงแบบปกติ

สมมติฐานในการทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล

$$H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

โดย

σ_1^2 คือ ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอคอยเต่า

σ_2^2 คือ ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย

Test of Homogeneity of Variance

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
0.599	1	28	0.446

จากการทดสอบพบว่า ค่าสถิติเลเวนเนมีค่าเท่ากับ 0.599 และ p-value = $P(F_{(1,28)} > 0.599) = 0.466$ ซึ่งมากกว่า 0.01 ดังนั้น ยอมรับ H_0 นั่นคือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขกรณีเสียค่ารักษาพยาบาลใน 2 อำเภอมีความแปรปรวนเท่ากัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

สมมติฐานในการทดสอบค่าเฉลี่ย

$$H_0: \mu_1^2 = \mu_2^2$$

$$H_1: \mu_1^2 > \mu_2^2$$

โดย

μ_1^2 คือ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีเสียค่ารักษาพยาบาลในอำเภอดอยเต่า

μ_2^2 คือ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีเสียค่ารักษาพยาบาลในอำเภออมก๋อย

Independent Sample Test

	Levene's Test Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
								99% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	T	df	Sig.(2-tail)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	.599	.446	-1.022	28	.316	-12.944	12.6666	-47.945	22.0568
Equal variances not assumed			-.957	18.502	.351	-12.944	13.5275	-51.760	25.8712

จากการทดสอบพบว่า ค่าสถิติทดสอบ T = -1.022 และ $\frac{\text{Sig.}(2-\text{tailed})}{2} = \frac{0.316}{2} =$ 0.158 ซึ่งมากกว่า 0.01 ดังนั้น ยอมรับ H_0 นั่นคือ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีเสียค่ารักษาพยาบาลใน 2 อำเภอไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

การทดสอบสมมติฐานค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอ กรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาล

สมมติฐานในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลในอำเภอดอยเต่า

H_0 : ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาใช้บริการมีการแจกแจงแบบปกติ

H_1 : ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาใช้บริการมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

สมมติฐานในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลในอำเภออมก๋อย

H_0 : ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการมีการแจกแจงแบบปกติ

H_1 : ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

Test of Normality

อำเภอ	Kolmotogorov – Sminov		
	Statistic	df	Sig.
ดอยเต่า	0.303	102	0.000
อมก๋อย	0.332	307	0.010

จากการทดสอบพบว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลใน 2 อำเภอมีค่า = 0.000 ดังนั้น ยอมรับ H_0 นั่นคือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลใน 2 อำเภอมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ

สมมติฐานในการทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล

$$H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

โดย

σ_1^2 คือ ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า

σ_2^2 คือ ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย

Test of Homogeneity of Variance

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
0.489	1	407	0.485

จากการทดสอบพบว่า ค่าสถิติเลเวนเนมีค่าเท่ากับ 0.489 และ p-value = $P(F_{(1,407)} > 0.489) = 0.485$ซึ่งมากกว่า 0.01 ดังนั้น ยอมรับ H_o นั่นคือ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลใน 2 อำเภอมีความแปรปรวนเท่ากันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

สมมติฐานในการทดสอบค่าเฉลี่ย

$$H_o: \mu_1^2 = \mu_2^2$$

$$H_1: \mu_1^2 > \mu_2^2$$

โดย

μ_1^2 คือ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลในอำเภอดอยเต่า

μ_2^2 คือ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลในอำเภออมก๋อย

Independent Sample Test

	Levene's Test Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
								99% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig.(2-tail)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	.489	.485	2.976	407	.003	6.3007	2.1172	.8214	11.7801
Equal variances not assumed			2.511	135.970	.013	6.3007	2.5096	-.2555	12.8569

จากการทดสอบพบว่า ค่าสถิติทดสอบ T = 2.976และ $\frac{Sig.(2-tailed)}{2} = \frac{0.003}{2} =$ 0.0015 ซึ่งน้อยกว่า 0.001 ดังนั้น ปฏิเสธ H_o นั่นคือ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลในอำเภอดอยเต่า มากกว่าในอำเภออมก๋อย ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ผลการทดสอบทำให้ทราบว่า ถึงแม้ผู้รับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอจะไม่เสียค่ารักษาพยาบาล แต่ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอก็ยังคงแตกต่างกัน จึงทำการทดสอบต่อไปอีกว่า ปัจจัยใดที่มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสาธารณสุขกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลใน 2 อำเภอแตกต่างกัน โดยใช้การจำแจกกลุ่มตัวแปรด้วยเทคนิค factor analysis เป็นเทคนิคที่จะจับกลุ่มหรือรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่ม (factor) เดียวกัน ตัวแปรที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์นั้นอาจจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือทิศทางตรงกันข้ามก็ได้

ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ อำเภอ, สถานที่เก็บข้อมูล, ระดับการศึกษา, รายได้ต่อปี, ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ, ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ, วิธีการเดินทางมารับบริการ, ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น, นโยบาย 30 บาทกับการตัดสินใจรับบริการสาธารณสุขของรัฐ

การทดสอบปัจจัยที่มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสาธารณสุข
กรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ใน 2 อำเภอแตกต่างกัน

การทดสอบความเหมาะสมในการใช้เทคนิค factor analysis ในการวิเคราะห์

ตาราง KMO- bartlett's test

Kaiser – Meyer – Olkin Measure of Sampleing Adequacy	0.741
Bartlett's Test of Sphericity	944.402
df	45
Sig.	0.000

ค่า kaiser-meyer-olkin ใช้วัดความเหมาะสมของข้อมูลในการวิเคราะห์ด้วยเทคนิค factor analysis จากตารางได้ค่าเท่ากับ 0.741 ซึ่งมากกว่า 0.50 และเข้าสู่ 1 จึงพอสรุปได้ว่า ข้อมูลที่มีอยู่เหมาะสมที่จะใช้เทคนิค factor analysis (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544 : 259)

bartlett's test of sphericity เป็นการทดสอบสมมติฐาน

H_0 : ตัวแปรต่าง ๆ (อำเภอ,สถานที่เก็บข้อมูล,ระดับการศึกษา,...) ไม่มีความสัมพันธ์กัน

H_1 : ตัวแปรต่าง ๆ (อำเภอ,สถานที่เก็บข้อมูล, ระดับการศึกษา,...) มีความสัมพันธ์กัน

สถิติทดสอบจะมีการแจกแจงโดยประมาณแบบ Chi-square = 944.402 ได้ค่า Significance = 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 นั่นคือ ตัวแปรต่างๆมีความสัมพันธ์กัน จึงต้องใช้ factor analysis วิเคราะห์ต่อไป

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ควรมี factor เพียง 3 factor เนื่องจากค่า eigenvalue จากตาราง total varinace explained ของ 3 factor แรกเท่านั้นที่มีค่ามากกว่า 1

จากตาราง rotated component metrix ค่า factor loading ที่ได้ทำให้สามารถจัดตัวแปรออกได้เป็น 3 factor ดังนี้

factorที่ 1 ประกอบด้วย ระยะทางในการเดินทางมาใช้บริการ, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาใช้บริการ, ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาใช้บริการ, วิธีการเดินทางมาใช้บริการ

factorที่ 2 ประกอบด้วย ระดับการศึกษา, อำเภอ, รายได้ต่อปี

factorที่ 3 ประกอบด้วย นโยบาย 30 บาทกับการตัดสินใจใช้บริการ, สถานที่เก็บข้อมูล, ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุข

factor ทั้ง 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรได้ร้อยละ 58.327 โดย factorที่ 1 อธิบายได้ร้อยละ 27.466 factorที่ 2 อธิบายได้ร้อยละ 17 และ factorที่ 3 อธิบายได้ร้อยละ 13.862

ส่วนที่ 3 ความเข้าใจและทัศนคติของผู้รับบริการสาธารณสุข

ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น

ในอำเภอคอยเต่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นคิดเป็นร้อยละ 41.7 ไม่มีความรู้เรื่องนี้คิดเป็นร้อยละ 58.3 ในอำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องนี้คิดเป็นร้อยละ 25.7 ไม่มีความรู้เรื่องนี้ คิดเป็นร้อยละ 74.3

ประสบการณ์การรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ในท้องถิ่น

ในอำเภอคอยเต่ากลุ่มตัวอย่างเคยรับบริการจากสาธารณสุขชุมชนคิดเป็นร้อยละ 0.8 และไม่เคยใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 99.2 สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยรับบริการจากสาธารณสุขชุมชนเป็นจำนวนมาก เพราะในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลยังสาธารณสุขชุมชนเลย เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลยังสาธารณสุขชุมชนที่ได้เลือกไว้ได้ จึงทำการเก็บข้อมูลยังสถานีอนามัยตามที่สาธารณสุขอำเภอคอยเต่าแนะนำแทน กลุ่มตัวอย่างเคยรับบริการจากสถานีอนามัยคิด

เป็นร้อยละ 87.5 และไม่เคยรับบริการร้อยละ 12.5 เคยรับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ 63.8และไม่เคยรับบริการร้อยละ 31.7

ในอำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างเคยรับบริการจากสาธารณสุขชุมชนร้อยละ 64.9 และไม่เคยรับบริการร้อยละ 35.1 เคยรับบริการจากสถานีอนามัยร้อยละ 47.6 และไม่เคยรับบริการร้อยละ 52.4 เคยรับบริการโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 37.9และไม่เคยรับบริการร้อยละ 62.1

จะเห็นได้ว่าทั้งสองอำเภอ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่เปิดให้บริการอยู่ในปัจจุบันนั้น ประชาชนสามารถเดินทางไปรับบริการจากสถานบริการอื่นๆของรัฐในท้องถิ่นได้ เห็นได้จากประสบการณ์การรับบริการสาธารณสุขของรัฐในท้องถิ่นที่มีให้บริการอยู่ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ประสบการณ์การรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

สถานบริการสาธารณสุข		ดอยเต่า		อมก๋อย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาธารณสุขชุมชน	เคยรับบริการ	1	0.8	207	64.9
	ไม่เคยรับบริการ	119	99.2	112	35.1
สถานีอนามัย	เคยรับบริการ	105	87.5	82	68.3
	ไม่เคยรับบริการ	15	12.5	38	31.7
โรงพยาบาลชุมชน	เคยรับบริการ	52	47.6	121	37.9
	ไม่เคยรับบริการ	67	52.4	198	62.1

เหตุผลในการเลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ

ในอำเภอดอยเต่ากลุ่มตัวอย่างรับบริการสาธารณสุขของรัฐด้วยเหตุผลความสะดวกในการเดินทางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 93.3 เหตุผลรองลงมาคือความพอใจในการให้บริการของบุคลากรร้อยละ 46.7 ความพอใจในผลการรักษาร้อยละ 30 ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 29.2 และเหตุผลอื่นๆ เช่นเสียค่าเดินทางน้อย ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ไม่มีทางเลือกที่อื่น เป็นต้นคิดเป็นร้อยละ 16.7

ในอำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างรับบริการสาธารณสุขของรัฐด้วยเหตุผลความสะดวกในการเดินทางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 94.4 เหตุผลรองลงมาคือความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 38.2 ความพอใจในการให้บริการของบุคลากรร้อยละ 29.8 ความพอใจในการรักษาร้อยละ 29.2 เหตุผลอื่น ๆ ร้อยละ 20.1

ตารางที่ 14 เหตุผลในการเลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ

เหตุผล	ดอยเต่า		อมก๋อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสะดวกในการเดินทาง	112	93.3	301	94.4
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	35	29.2	122	38.2
ความพอใจในการให้บริการของบุคลากร	56	46.7	95	29.8
ความพอใจในผลการรักษาพยาบาล	36	30.0	35	29.2
ความเชื่อถือในตัวผู้ให้การรักษาพยาบาล	7	5.8	3	0.9
ความเชื่อถือในสถานบริการ	8	6.7	17	5.3
ความเชื่อถือในอุปกรณ์การรักษา	3	2.5	0	0
อื่น ๆ (ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล,ไม่มีทางเลือก)	20	16.7	64	20.1

สถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อย

จากการจัดลำดับสถานบริการสาธารสุขที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้บริการ พบว่า ไม่ว่าจะเก็บข้อมูลจากแหล่งใดก็ตาม สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ยังคงเป็น สถานบริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้บริการมากที่สุดเป็นอันดับแรก

ตารางที่ 15 ลำดับความนิยมในการใช้สถานบริการสาธารณสุข จำแนกตามสถานที่เก็บข้อมูลในแต่ละอำเภอ

หน่วย : ร้อยละ

อันดับที่	ดอยเต่า			อมก๋อย	
	สถานีอนามัย	รพ.ชุมชน	สสช.	สถานีอนามัย	รพ.ชุมชน
1	สถานีอนามัย	รพ.ชุมชน	สสช.	สถานีอนามัย	รพ.ชุมชน
	97.8	55.6	98.6	99.3	100.0
2	คลินิก,รพ.ชุมชน	สอ.	สอ.	รพ.ชุมชน,สสช,คลินิก	
	4.3	40.7	1.4	0.7	
3	รพ.เอกชน	คลินิก			
	1.1	3.7			

เหตุผลที่เลือกสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อย

ในอำเภอดอยเต่ากลุ่มตัวอย่างเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อยด้วยเหตุผลความสะดวกในการเดินทางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาคือความพอใจในการให้บริการของบุคลากรร้อยละ 50 ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีสัดส่วนเท่ากับความพอใจในผลการรักษาคิดเป็นร้อยละ 27.5 เหตุผลด้านความเชื่อถือในอุปกรณ์การรักษาน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.7

ในอำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อยด้วยเหตุผลความสะดวกในการเดินทางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.9 รองลงมาคือความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 34.8 ความพอใจในการให้บริการบุคลากรร้อยละ 29.8 เหตุผลด้านความเชื่อถือในอุปกรณ์การรักษาน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 16 เหตุผลที่เลือกสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อย

เหตุผล	ดอยเต่า		อมก๋อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสะดวกในการเดินทาง	116	96.7	306	95.9
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	33	27.5	111	34.8
ความพอใจในการให้บริการของบุคลากร	60	50	95	29.8
ความพอใจในผลการรักษาพยาบาล	33	27.5	92	28.8
ความเชื่อถือในตัวผู้ให้การรักษาพยาบาล	5	4.2	4	1.3
ความเชื่อถือในสถานบริการ	8	6.7	16	5.0
ความเชื่อถือในอุปกรณ์การรักษา	2	1.7	1	0.3
อื่น ๆ (ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล,ไม่มีทางเลือก)	19	15.8	68	21.3

เหตุผลในการไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ

ในการเก็บข้อมูลได้ออกแบบสอบถามถามกลุ่มตัวอย่างว่า ถ้าหากคิดจะไม่มารับบริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจะด้วยเหตุผลใด ในอำเภอดอยเต่า เหตุผลความสะดวกในการเดินทางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ56.7 รองลงมาคือไม่พอใจในผลการรักษาร้อยละ 33.3 และไม่พอใจในการให้บริการของบุคลากรร้อยละ 27.5

ตารางที่ 17 เหตุผลในการไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ

เหตุผล	ดอยเต่า		อมก๋อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สะดวกในการเดินทาง	68	56.7	109	34.2
ไม่พอใจกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่าย	25	20.8	53	16.6
ไม่พอใจในการให้บริการของบุคลากร	33	27.5	14	4.4
ไม่พอใจในผลการรักษา	40	3.3	19	6.0
ไม่เชื่อถือในตัวผู้ให้การรักษาพยาบาล	11	9.2	19	6.0
ไม่เชื่อถือในสถานบริการของรัฐ	9	7.5	4	1.3
ไม่เชื่อถือในอุปกรณ์การรักษา	10	8.3	11	3.4
อื่น ๆ (เสียคชจ.ในการเดินทางมาก,เสียเวลามาก)	15	12.5	96	30.1

ในอำเภออมก๋อย เหตุผลความไม่สะดวกในการเดินทางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ เหตุผลอื่น ๆ เช่น เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก อยากลองไปใช้บริการที่อื่นบ้าง เป็นต้นคิดเป็นร้อยละ 30.1 และไม่พอใจกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายร้อยละ 16.6

สิ่งที่น่าสนใจ คือกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ตอบคำถามข้อนี้เลย ในอำเภอดอยเต่ามีร้อยละ 25 ในอำเภออมก๋อยมีถึงร้อยละ 44.20 เหตุผลอาจมาจากการที่มีสถานบริการสาธารณสุขของภาคเอกชนใน 2 อำเภอมีน้อยมากโดยในอำเภอดอยเต่ามี สถานผดุงครรภ์เอกชน 1 แห่ง และร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จไม่ใช่ยาอันตราย 1 แห่ง ส่วนในอำเภออมก๋อย มีร้านขายยาแผนปัจจุบันทั้งหมด 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจึงคิดว่าไม่มีโอกาสที่จะไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน หรืออาจจะมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างคิดที่จะรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเท่านั้น ไม่คิดจะไปใช้บริการของเอกชนเลยก็เป็นได้

นโยบาย 30 บาทกับการตัดสินใจรับบริการสาธารณสุขของรัฐ

ในอำเภอดอยเต่า กลุ่มตัวอย่างคิดว่านโยบาย 30 บาททำให้มีการรับบริการรักษาพยาบาลยังสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบ่อยขึ้นคิดเป็นร้อยละ 56.7 และคิดว่านโยบาย 30 บาท ไม่มีส่วนช่วยในการตัดสินใจรับบริการร้อยละ 40 ในอำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างคิดว่านโยบาย 30 บาทมีผลในการตัดสินใจในการรับบริการคิดเป็นร้อยละ 71.8 และคิดว่านโยบายนี้ไม่มีส่วนช่วยในการตัดสินใจคิดเป็นร้อยละ 28.2

การที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่านโยบายนี้ไม่มีส่วนช่วยในการตัดสินใจ อาจเป็นเพราะแต่เดิมกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีหลักประกันสุขภาพที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายซึ่งใช้ได้กับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอยู่แล้ว ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม เช่น โครงการรักษาพยาบาลผู้มรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ประกอบไปด้วย ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก 0-5 ปี นักเรียนประถมและมัธยม เป็นต้น ดังนั้นการที่มีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทจึงไม่มีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการรับบริการของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบ่อยขึ้น

ส่วนที่ 4 การสรุปสมมติฐาน

จากการทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยของ ระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุข ของอำเภอดอยเต่า และอำเภออมก๋อย พบว่า

1) ระยะทางเฉลี่ย เวลาเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีเสียค่ารักษาพยาบาล ของอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขกรณีที่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล มีความแตกต่างกันใน 2 อำเภอ โดยค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่า มากกว่า ในอำเภออมก๋อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลจากการทดสอบสมมติฐานนี้ แสดงให้เห็นว่า สมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในอำเภอดอยเต่า แตกต่างกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในอำเภออมก๋อย โดยประชาชนในอำเภอดอยเต่า มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีกว่า ประชาชนในอำเภออมก๋อย นั้นเป็นเท็จ

บทที่ 5
สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ
(SUMMARY AND RECOMMENDATION)

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยเป็นตัวแทนของประชาชนในชนบท ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการรักษาพยาบาลทั่วไปยังสถานบริการสาธารณสุขที่ได้เลือกไว้ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาคือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเดินทางมารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น ประสบการณ์การรับบริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ในท้องถิ่น เหตุผลในการเลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อย เหตุผลที่เลือกสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการบ่อย เหตุผลในการไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ นโยบาย 30 บาทและการตัดสินใจรับบริการสาธารณาสุขของรัฐ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบ
สอบถามผู้รับบริการสาธารณาสุขทั่วไปเพื่อรวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยทดสอบค่าเฉลี่ยของ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ระยะทางในการเดินทางและเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ ว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยต่างๆมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงได้ทำการวิเคราะห์ต่อไปว่าปัจจัยใดที่ทำให้ค่าเฉลี่ยดังกล่าวมีความแตกต่างกันโดยตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ อำเภอสถานที่เก็บข้อมูล ระดับการศึกษา รายได้ต่อปี ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ วิธีการเดินทางมารับบริการ ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น นโยบาย 30 บาทกับการตัดสินใจรับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยใช้ทั้งสถิติแบบพรรณนาและสถิติอนุมาน

สรุปผลการศึกษา
(Summary)

จากการศึกษาสภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอดอยเต่า และอำเภออมก๋อย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง รับบริการสาธารณสุขของรัฐในจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก คือ

เพศชายร้อยละ 45.8 เพศหญิงร้อยละ 54.2ในอำเภอดอยเต่าและเพศชายร้อยละ 47.6 เพศหญิงร้อยละ 52.4 ในอำเภออมก๋อย กลุ่มตัวอย่างในอำเภอดอยเต่า เพศชายอายุเฉลี่ยประมาณ 38 ปี เพศหญิง 35 ปี อำเภออมก๋อยเพศชายอายุเฉลี่ยประมาณ 32 ปี เพศหญิง 30 ปี สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แต่งงานแล้วคิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 70.2 ในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยตามลำดับ และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมโดยในอำเภอดอยเต่าคิดเป็นร้อยละ 49.2 อำเภออมก๋อยร้อยละ 87.8 ระดับการศึกษา ในอำเภอดอยเต่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาได้แก่ประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 22.5 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 20 ในอำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมาได้แก่ ประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 21.3 และประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 16 ระดับรายได้ต่อปีมีความแตกต่างกันใน 2 อำเภอ โดยอำเภอดอยเต่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้ต่อปีระหว่าง 25,000บาท ถึง 55,000บาท มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ ผู้มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 25,00บาท และผู้ไม่มีรายได้ตามลำดับ อำเภออมก๋อยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้ต่อปีที่น้อยกว่า 25,000บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.8 รองลงมาคือผู้มีรายได้ต่อปีอยู่ระหว่าง 25,000บาท ถึง 55,000บาท และผู้ไม่มีรายได้ ตามลำดับ

จากการศึกษาระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่าและอำเภออมก๋อยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระยะทางและเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการนั้นเป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์ (geographical accessibility) ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการทางเศรษฐกิจ (economical accessibility) คือ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ โดยแยกพิจารณาเป็น 2 กรณีคือ กรณีเสียค่ารักษาพยาบาลและ กรณีที่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล กรณีเสียค่ารักษาพยาบาลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 อำเภอ กรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 อำเภอโดยอำเภอดอยเต่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขมากกว่าอำเภออมก๋อย สรุปได้ว่าอำเภออมก๋อยมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้น ได้ดีกว่า อำเภอดอยเต่า

จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยในการรับบริการใน 2 อำเภอแตกต่างกันทั้งที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (factor)

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ระยะทางในการเดินทางมาใช้บริการ, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาใช้บริการ, ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาใช้บริการ, วิธีการเดินทางมาใช้บริการ

กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย ระดับการศึกษา, อำเภอ, รายได้ต่อปี

กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย นโยบาย 30 บาทกับการตัดสินใจใช้บริการ, สถานที่เก็บข้อมูล, ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุข

ซึ่งกลุ่มที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของข้อมูลได้มากที่สุดคือ กลุ่มที่1 จะเห็นได้ว่า ปัจจัยในกลุ่มที่1ประกอบด้วยปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์และปัจจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์ แสดงให้เห็นว่าการพิจารณาปัจจัยทั้งสองด้านร่วมกันสามารถอธิบายความแตกต่างของค่าใช้จ่ายในการรับบริการได้ดีกว่าการพิจารณาเพียงปัจจัยด้านใดด้านหนึ่ง ดังเช่นผลจากการศึกษาตัวชี้วัดทางด้านภูมิศาสตร์เพียงอย่างเดียวได้แสดงให้เห็นว่า ระยะทางในการเดินทางและเวลาที่ใช้ในการเดินทางไม่มีความแตกต่างกันใน 2 อำเภอ แต่เมื่อนำเอาปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์เข้ามาวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ซึ่งกลุ่มของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันนี้สามารถอธิบายความแตกต่างของค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขใน 2 อำเภอได้มากที่สุดจากกลุ่มของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันทั้งหมด

เมื่อพิจารณาปัจจัยอีก 2 กลุ่ม ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ใช้บริการโดยตรง คือ ระดับการศึกษา, รายได้ต่อปี, ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น, นโยบาย 30 บาทกับการตัดสินใจใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปัจจัยกลุ่มที่2 และกลุ่มที่3นี้เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของข้อมูลได้มากกว่าการพิจารณาปัจจัยกลุ่มที่1 เพียงกลุ่มเดียว

ผลการศึกษาพบว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่เปิดให้บริการอยู่ในปัจจุบันนั้น ประชาชนสามารถเดินทางไปรับบริการจากสถานบริการจากสถานบริการอื่นๆของรัฐที่เปิดให้บริการในท้องถิ่นได้ และจากการจัดลำดับสถานบริการสาธารสุขที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้บริการ พบว่า ไม่ว่าจะเก็บข้อมูลจากแหล่งใดก็ตาม สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ยังคงเป็น สถานบริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้บริการมากที่สุดเป็นอันดับแรก จึงทำให้เหตุผลในการเลือกสาธารณสุขที่รับบริการบ่อยมีลำดับเหมือนกับลำดับของเหตุผลในการเลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ ในอำเภอดอยเต่า คือ เลือกรับบริการด้วยเหตุผลความสะดวกในการเดินทางมากที่สุด รองลงมาคือเหตุผลความพอใจในการให้บริการของบุคลากร และความพอในในผลการรักษาพยาบาลตามลำดับ ส่วนเหตุผลที่ไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ เพราะเหตุผลความไม่สะดวกในการเดินทางมากที่สุด รองลงมาคือเหตุผลความไม่พอใจในการให้บริการของบุคลากร และความไม่พอใจในผลการรักษาพยาบาล จะเห็นได้ว่าในอำเภอดอยเต่า การเลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐกับการไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐนั้น ด้วยเหตุผลเดียวกัน กล่าวคือ หากได้รับความสะดวกในการเดินทางจะมีการเลือกรับบริการ แต่หากไม่ได้รับความ

สะดวกในการเดินทางก็จะไม่เลือกรับบริการ หรือ หากได้รับความพอใจในการให้บริการของบุคลากรจะเลือกรับบริการ แต่หากไม่ได้รับความพอใจในการให้บริการแล้วก็จะไม่เลือกรับบริการ

ในอำเภออมก๋อย เหตุผลในการรับบริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีลำดับที่ไม่แตกต่างกันมากนักกับ ลำดับของเหตุผลในการเลือกสถานบริการที่รับบริการบ่อย โดยกลุ่มตัวอย่างมาใช้บริการด้วยเหตุผลความสะดวกในการเดินทางมากที่สุด เหตุผลรองลงมาคือ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และความพอใจในการให้บริการของบุคลากรตามลำดับ ส่วนเหตุผลที่ไม่เลือกใช้สถานบริการของรัฐ เพราะความไม่สะดวกในการเดินทางมากที่สุด รองลงมาคือ เหตุผลอื่น ๆ คือ เสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางมาก อยากลองใช้บริการที่อื่นบ้าง จะเห็นได้ว่าเหตุผลทางด้านการเดินทางเป็นสาเหตุสำคัญในการเลือกใช้และไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะรับบริการเพราะมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่จะไม่เลือกรับบริการหากมีการเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางมาก

เป็นที่น่าสังเกตว่า เหตุผลที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งซึ่งไม่ใช่เหตุผลลำดับต้นๆในการเลือกใช้สถานบริการของรัฐคือ เพราะไม่มีทางเลือกอื่นให้เลือก และเหตุผลที่ไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ อีกประการหนึ่งคือ อยากลองไปใช้บริการที่อื่นบ้าง มีอัตราส่วนที่สูงมากในอำเภออมก๋อยคือ ร้อยละ 30.1 เหตุผลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในชนบทมีความต้องการบริการสาธารณสุขของภาคเอกชน หากมีสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนที่ประชาชนในชนบทสามารถเข้าถึงได้ กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะเลือกรับสถานบริการของภาคเอกชนเพิ่มขึ้น

ถึงแม้ว่าจากการทดสอบค่าเฉลี่ยของระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ทำให้สรุปได้ว่า อำเภออมก๋อยมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีกว่าอำเภอดอยเต่า แต่ในอำเภออมก๋อยยังคงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ เห็นได้จากเหตุผลในการเลือกรับบริการ และไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐพบว่า ในอำเภออมก๋อยไม่ได้รับความสะดวกในการเดินทางมารับบริการและยังมีปัญหาการจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการและค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่ต้องมีการจ่าย อุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านอื่นๆที่ไม่ได้วัดออกมาเป็นตัวเงิน (indirect cost) อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย เช่น ศาสนา ความเชื่อ และชาติพันธุ์ เป็นต้น ดังที่ได้มีการศึกษาวิจัยของ มานพ คณะโต เรื่อง พฤติกรรมการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์มีผลทำให้การเลือกรับบริการทางการแพทย์ของคนไทยพุทธ คนไทยจีน และคนไทยอิสลามแตกต่างกัน

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องสภาพเส้นทางที่ทุรกันดารในการเดินทางเข้าไปเก็บข้อมูลยังสถานบริการที่ได้เลือกไว้ ดังนั้นในการเก็บข้อมูลจึงได้ขอความช่วยเหลือไปยังเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานยังสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าว ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้ให้ความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ดังนั้นข้อมูลซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อบุคลากรทางสาธารณสุข อาจบิดเบือนไปได้ เนื่องจากผู้เก็บแบบสอบถามเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขจึงอาจจะกรอกข้อมูลเพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อภาพพจน์ของตนเองได้

2. เนื่องจากข้อจำกัดของสถานที่เก็บข้อมูลซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกล จึงใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพียงสถานบริการละ 1 สัปดาห์ อาจก่อให้เกิดอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ขึ้นได้เพราะ ผู้ป่วยเพียงบางส่วนเท่านั้นที่มารับบริการ ผู้มีอาการป่วยไม่มากมักอาจไม่มารับบริการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการยังสถานบริการที่ใช้เก็บข้อมูล จึงอาจไม่สามารถแสดงถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจริงได้

3. การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เสียไปตั้งแต่เริ่มเดินทางมา เพื่อรับการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการรรักษาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (direct cost) กับผู้รับบริการเท่านั้น จึงไม่ได้รวมเอาค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ในการเดินทางมารับบริการเข้าไปในการวิเคราะห์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การหาแนวทางในการลดความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของ ระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขในอำเภอดอยเต่าและอำเภอมก๋อย ซึ่งถือเป็นตัวแทนของพื้นที่ชนบท สามารถทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท มีความเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขเบื้องต้นซึ่งรัฐเป็นผู้จัดบริการให้

2. กลุ่มของปัจจัยที่มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยในการรับบริการสาธารณสุขของรัฐกรณีไม่เสียค่ารักษาพยาบาลมากที่สุด คือระยะทางในการเดินทางมารับบริการ, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ, ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ, วิธีการเดินทางมารับบริการ สามารถนำเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งซึ่งมีส่วนช่วยในการตัดสินใจดำเนินนโยบายเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ชนบทต่อไป

3. เหตุผลในการไม่เลือกรับบริการสาธารณสุขของรัฐ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข เพื่อทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเมื่อมารับบริการและเพื่อเป็นแนวทางสำหรับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ผลของนโยบายประกันสุขภาพ 30 บาทที่มีผลต่อการตัดสินใจรับบริการสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการประเมินผลของนโยบาย อย่างไรก็ตาม ในการตัดสินใจประเมินประสิทธิภาพของนโยบายใด ๆ ไม่สามารถจะพิจารณาบนพื้นฐานข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์แต่เพียงอย่างเดียวได้ จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. เนื่องจากมีข้อจำกัดของสภาพพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรจะเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและขยายเวลาในการสุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรนำเอาต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ในการเดินทางมารับบริการซึ่งเป็นต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) มาวิเคราะห์ร่วมกันกับ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (direct cost) เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผลต้นทุนทางด้านเศรษฐศาสตร์ในการรับบริการสาธารณสุข เพื่อนำใช้ในการจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น

3. ในการศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขครั้งต่อไป ควรจะมีการศึกษาการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการดำเนินนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับขั้น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงขึ้น

บรรณานุกรม

(Bibliography)

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2544. **การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวด้วย SPSS FOR WONDOWS.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธา. 2542. **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัวโดยวิธี MRA ANOVA,MCA.** เชียงใหม่: ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพย์วรรณ รมณารักษ์ และ วรรณี จันทร์สว่าง. 2525. **ทัศนคติและการปฏิบัติของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองหาดใหญ่ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน วิทยานิพนธ์.** ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.

ประภัสสร เลียวไพโรจน์. 2527. **ผลการวิจัยเรื่องอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์.** กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เพ็ญศรี พิชัยสนิธ. 2527. **ผลการวิจัยเรื่องบทบาทของโรงพยาบาลรัฐในงานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข.

ภาณี วงษ์เอก. 2520. **รายงานการวิจัยเรื่องแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย.** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล แปลจาก Fredrick A Day and Boonlert Leoprapai. 1977. **Pattern of Health Utiliztion in Upcountry Thailand.** กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มะลิ ลิวนานนท์ชัย. 2530. **การศึกษาสถิติการกระจายและการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย จากการสำรวจตัวกำหนดและผลของแบบแผนการใช้วิธีการคุมกำเนิดในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มานพ คณะโต. 2525. **พฤติกรรมการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดนครศรีอยุธยา.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. 2535. **รายงานการวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพและปริมณฑล.** กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.

วัลลภ ไทยเหนือ และคณะ. 2525. **ระบบส่งต่อ.** นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 6 นครสวรรค์.

วิภา ดุรงค์พิศิษฏ์ดุล. 2525. **ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดี.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิวัฒน์ อังศุสิงห์, อังสนา บุญธรรม, สุคนธา คงศีล, อรนุช ภาชื่น, ชนินทร์ เจริญกุล และ มันทนา ประทีปะเสน. 2542. **รายงานการประเมินผลบริการสาธารณสุขระดับตำบล.** กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2534. **เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่. 2544. **สมุดรายงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่.** กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. 2542. **รายงานประจำปี 2542 :** เชียงใหม่: สำนักงาน.

_____. 2543. **รายงานประจำปี 2543 :** เชียงใหม่: สำนักงาน.

_____. 2544. **รายงานประจำปี 2544 :** เชียงใหม่: สำนักงาน.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2542. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541 :** กรุงเทพฯ: สำนัก.

อภิชาต จำรัสฤทธิ์วงศ์ และ พีระสิทธิ์ คำนวณศิลป์. 2525. **ผลการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์การกระจายและการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย.** สถาบันวิจัยประชากรและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Boulding, K. E. 1996. The Concept of Need for Health Service. **Milbank Memorial Fund Quarterly**. 44(2): 202-21.

Cheng, S. H. and T. L. Chiang 1997. The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan. Results from a natural experiment. www.thailis-web.uni.net.th. Available Nov. 2001.

Feldstein, P.J. 1996. Research on the Denand for Health Services. **MMFO.** 44(3): 128-65.

Freeman Ronald; Siew-Ean Knoo and Bondan Suproptilah. 1981. **Use of Modern Conceptives in Indonesia : a Challenge to the Conventional Wisdom.** Honolulu: Population Institute , East-West Center.

Grossman, M. 1972. **The Demand for Health : A Theoretical and Empirical Investigation.** New York: National Bureau of Economic Research.

Jeffers, J. R.; M. Bognanno and J. C. Bastlett 1971. On the Demand versus Need for Medical Services and the Concept of Shortage. **American Journal of Public Health.** 61(1) : 46-63.

Knodel John; Nibpon Debavalya and Peerasit kamnuasilpa. 1980. **Thailand's Continuing Fertility Decline.** Bangkok : Chulalongkorn University, Institute of Population Studies.

Redriguez , German. 1978. Family Planning Avialability and contraceptive Pratice. **International Family Planning Perspectives.** 4(4): 100-115.

William Alan, 1976. Need as a Demand Concept(with special reference to health) in A.J. Culyer(ed). **Policies and Social Goal Aspect of Pubic Choice.**

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

อำเภอ.....

สถานที่.....

ชุดที่.....

แบบสอบถามเพื่อสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้น

ตอนที่ 1 สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กรุณากรอกเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ท่านเลือก และกรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด หย่า แยกกันอยู่

สมรส หม้าย

4. อาชีพ

เกษตรกร ไม่ได้ทำงาน

รับราชการ อื่นๆ (ระบุ) .....

ค้าขาย

5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา ม.1 - ม.3 ปวส.

ป. 4 หรือต่ำกว่า ม.4 – ม.6 อื่นๆ (ระบุ).....

ป.5 – ป.6 ปวช.

6. รายได้ต่อปี

ต่ำกว่า 25,000 บาท ต่อปี 100,000 – 200,000 บาท มากกว่า 400,000 บาท

25,000 – 55,000 บาท 200,001 – 300,000 บาท ไม่มีรายได้

55,001 – 100,000 บาท 300,001 – 400,000 บาท

ตอนที่ 2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้น

กรุณากรอกเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ท่านเลือก และกรอกข้อความลงในช่องว่าง

7. ท่านเดินทางมารับบริการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการใดบ้าง สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

เดิน ค่าใช้จ่ายที่เสียไป.....บาท

จักรยาน ค่าใช้จ่ายที่เสียไป.....บาท

จักรยานยนต์ ค่าใช้จ่ายที่เสียไป.....บาท

รถยนต์ส่วนบุคคล ค่าใช้จ่ายที่เสียไป.....บาท

รถบริการรับส่ง ค่าใช้จ่ายที่เสียไป.....บาท

อื่นๆ ค่าใช้จ่ายที่เสียไป.....บาท

8. ระยะทางที่ท่านเดินทางมารับการรักษาพยาบาล

.....เมตร .....กิโลเมตร

9. เวลาที่ท่านใช้ในการเดินทางมารับการรักษาพยาบาล

.....นาที .....ชั่วโมง .....วัน

10. ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้หรือไม่

ไม่เสียค่าใช้จ่าย เสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวน.....บาท

ตอนที่ 3 ความเข้าใจและทัศนคติของผู้รับบริการสาธารณสุข

กรุณากรอกเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ท่านเลือก และกรอกข้อความลงในช่องว่าง

11. ท่านรู้หรือไม่ว่าในท้องถิ่นของท่าน มี สถานบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นๆ อีกหรือไม่

รู้ ไม่รู้ (ข้ามไปตอบข้อ 13)

12. ท่านเคยไปรับบริการ ยัง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นๆ ที่อยู่ในท้องถิ่นที่ไหนบ้าง

สาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน

13. เหตุผลที่ท่านเลือกรับบริการของ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (เลือกตอบได้ 3 ข้อ)

ความสะดวกในการเดินทาง
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ความพอใจในการให้บริการของบุคลากร
ความพอใจในผลการรักษาพยาบาล
ความเชื่อถือในตัวผู้ให้การรักษาพยาบาล
ความเชื่อถือในสถานบริการ
ความเชื่อถือในอุปกรณ์การรักษา
อื่นๆ (ระบุ).....

14. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านใช้บริการบ่อยที่สุดได้แก่

สาธารณสุขชุมชน
สถานีอนามัย
โรงพยาบาลชุมชน
ร้านขายยา
คลินิก
โรงพยาบาลเอกชน
อื่นๆ(ระบุ).....

15. เหตุผลที่ท่านเลือกรับบริการ ยังสถานบริการที่ท่านไปรับบริการบ่อย(สถานบริการที่เลือกไว้ในข้อ 14)

ความสะดวกในการเดินทาง
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ความพอใจในการให้บริการของบุคลากร
ความพอใจในผลการรักษาพยาบาล
ความเชื่อถือในตัวผู้ให้การรักษาพยาบาล
ความเชื่อถือในสถานบริการ
ความเชื่อถือในอุปกรณ์การรักษา
อื่นๆ (ระบุ).....

16. ถ้าหากท่านคิดจะไม่มารับบริการสาธารณสุขของรัฐ ท่านคิดว่าจะด้วยเหตุผลข้อใดต่อไปนี้ (เลือกตอบได้ 3 ข้อ)

ไม่สะดวกในการเดินทาง

ไม่พอใจกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่าย

ไม่พอใจในการรักษาพยาบาล

ไม่พอใจในผลการรักษา

ไม่เชื่อถือในตัวผู้ให้การรักษาพยาบาล

ไม่เชื่อถือในสถานบริการของรัฐ

ไม่เชื่อถือในอุปกรณ์การรักษา

อื่นๆ(ระบุ).....

17. ขณะนี้รัฐบาลได้มีการใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ได้ใช้นโยบายนี้ด้วย ท่านคิดว่า นโยบายนี้ทำให้ท่านตัดสินใจมาใช้บริการสาธารณสุขของรัฐบ่อยขึ้นกว่าเก่าหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่

ภาคผนวก ข

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี factor analysis

Factor Analysis

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
Zscore: อำเภอ	6.541282E-02	.9591721	380
Zscore: แหล่งข้อมูล	-2.9728137E-02	1.0225915	380
Zscore: รายได้ต่อปี	1.255868E-04	1.0000843	380
Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	2.343640E-02	1.0233316	380
Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	-1.2589559E-02	.7918239	380
Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ	-4.4132295E-02	.9675459	380
Zscore: ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธาร	-8.3193554E-03	1.0038857	380
Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการบ่อยขึ้	1.545390E-02	1.0063524	380
Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	1.580048E-03	1.0210309	380
Zscore: ระดับการศึกษา	-6.9020917E-02	.9733320	380

Correlation Matrix

		Zscore: อำเภอ	Zscore: แหล่งข้อมูล	Zscore: รายได้ต่อปี
Correlation	Zscore: อำเภอ	1.000	-.362	-.357
	Zscore: แหล่งข้อมูล	-.362	1.000	.147
	Zscore: รายได้ต่อปี	-.357	.147	1.000
	Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	-.071	.252	.278
	Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	.036	.214	.094
	Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ	-.307	.262	.297
	Zscore: ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธาร	.073	-.223	-.085
	Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการบ่อยขึ้	-.088	.108	.005
	Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	-.160	.188	.176
	Zscore: ระดับการศึกษา	-.240	.182	.247

Correlation Matrix

		Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ
Correlation	Zscore: อำเภอ	-.071	.036	-.307
	Zscore: แหล่งข้อมูล	.252	.214	.262
	Zscore: รายได้ต่อปี	.278	.094	.297
	Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	1.000	.682	.527
	Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	.682	1.000	.408
	Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ	.527	.408	1.000
	Zscore: ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธาร	-.137	-.092	-.156
	Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการบ่อยขึ้	-.112	-.147	-.004
	Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	.608	.599	.543
	Zscore: ระดับการศึกษา	.031	.090	.141

Correlation Matrix

		Zscore: ความรู้เกี่ยวกับถนนบริการสาธาร	Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการบ่อยขึ้
Correlation	Zscore: อ้นเกอ	.073	-.088
	Zscore: แหล่งข้อมูล	-.223	.108
	Zscore: รายได้ต่อปี	-.085	.005
	Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	-.137	-.112
	Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	-.092	-.147
	Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ	-.156	-.004
	Zscore: ความรู้เกี่ยวกับถนนบริการสาธาร	1.000	-.058
	Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการบ่อยขึ้	-.058	1.000
	Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	-.103	-.096
	Zscore: ระดับการศึกษา	-.135	-.139

Correlation Matrix

		Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	Zscore: ระดับการศึกษา
Correlation	Zscore: อำเภอ	-.160	-.240
	Zscore: แหล่งข้อมูล	.188	.182
	Zscore: รายได้ต่อปี	.176	.247
	Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	.608	.031
	Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	.599	.090
	Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ	.543	.141
	Zscore: ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธาร	-.103	-.135
	Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการป่อยขึ้	-.096	-.139
	Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	1.000	.108
	Zscore: ระดับการศึกษา	.108	1.000

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.741
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	944.402
	df	45
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
Zscore: อำเภอ	1.000	.621
Zscore: แหล่งข้อมูล	1.000	.480
Zscore: รายได้ต่อปี	1.000	.455
Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	1.000	.769
Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	1.000	.742
Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ	1.000	.587
Zscore: ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธาร	1.000	.200
Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการป่อยขึ้	1.000	.704
Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	1.000	.686
Zscore: ระดับการศึกษา	1.000	.588

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.108	31.080	31.080
2	1.592	15.921	47.001
3	1.133	11.326	58.327
4	.995	9.953	68.280
5	.798	7.980	76.260
6	.681	6.808	83.068
7	.624	6.238	89.307
8	.446	4.460	93.767
9	.353	3.525	97.292
10	.271	2.708	100.000

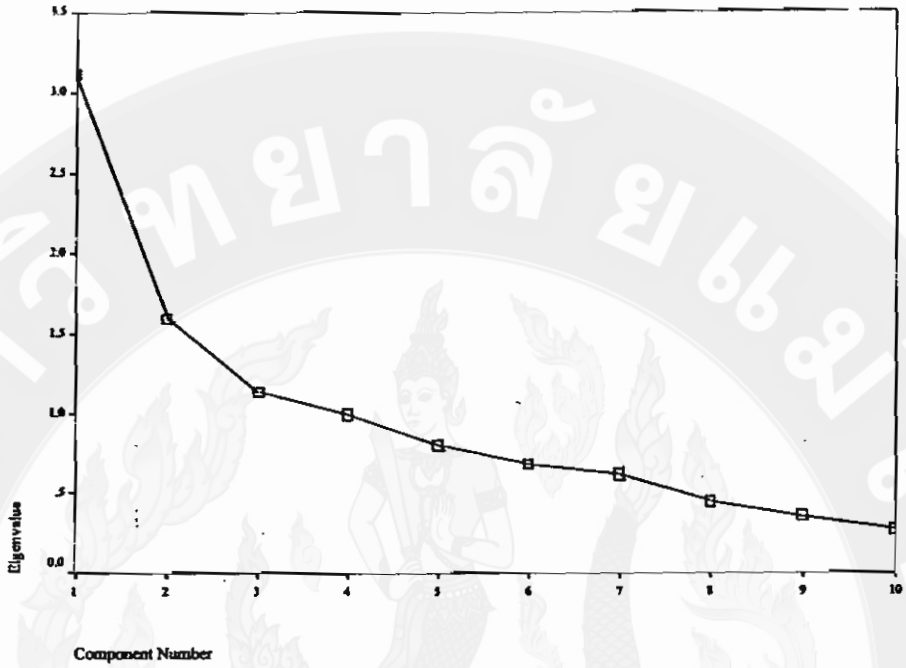
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.108	31.080	31.080	2.747	27.466	27.466
2	1.592	15.921	47.001	1.700	17.000	44.465
3	1.133	11.326	58.327	1.386	13.862	58.327
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix[a]

	Component		
	1	2	3
Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	.805	.339	
Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	.776	.288	
Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ	.761		
Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	.722	.469	
Zscore: แหล่งข้อมูล	.480	-.415	.279
Zscore: รายได้ต่อปี	.454	-.427	-.260
Zscore: ความรู้เกี่ยวกับหอจดหมายบริการสาธาร	-.277	.237	-.260
Zscore: อำเภอ	-.383	.687	
Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการบ่อยขึ้		-.332	.764
Zscore: ระดับการศึกษา	.296	-.426	-.565

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

Rotated Component Matrix[a]

	Component		
	1	2	3
Zscore: ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	.872		
Zscore: เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	.859		
Zscore: ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริ	.819		
Zscore: วิธีการเดินทางไปรับบริการ	.656	.289	.268
Zscore: ระดับการศึกษา		.752	
Zscore: อำเภอ		-.661	-.429
Zscore: รายได้ต่อปี		.638	
Zscore: น. 30บาททำให้ไปใช้บริการบ่อยขึ้	-.203	-.266	.770
Zscore: แหล่งข้อมูล	.235	.323	.566
Zscore: ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธาร			-.405

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

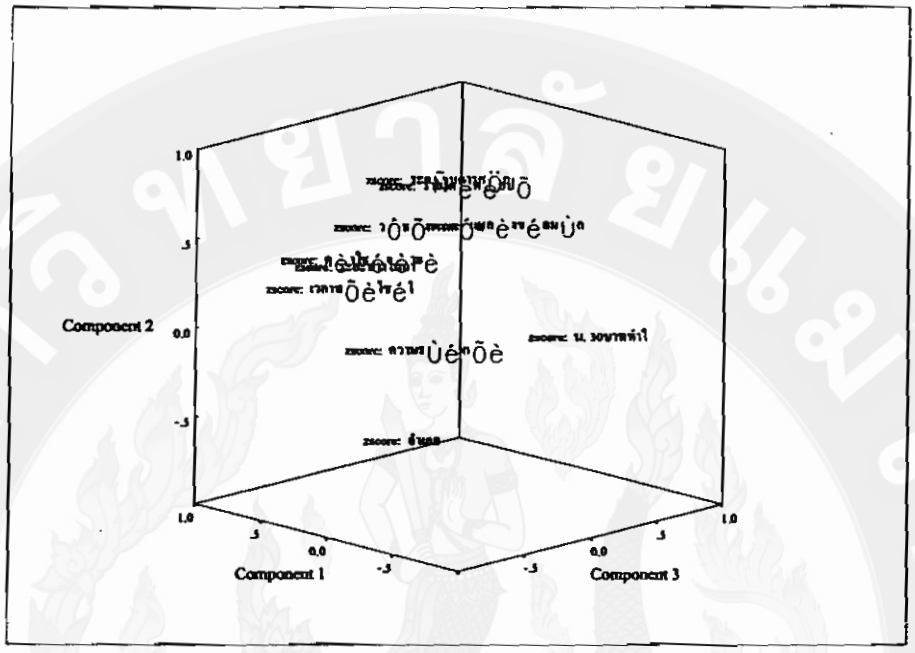
Component Transformation Matrix

Component	1	2	3
1	.873	.421	.245
2	.484	-.688	-.541
3	.059	-.591	.804

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Plot in Rotated Space



ภาคผนวก ค
ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

(BIOGRAPHICAL SKETCH)

ชื่อ-สกุล	นางสาวชฎาภรณ์ คนชม
วัน เดือน ปี เกิด	11 กันยายน 2519
ภูมิลำเนา	จังหวัดเชียงราย
ประวัติการศึกษา	2537 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสามัคคีวิทยาคม จ.เชียงราย
	2541 ศ.บ. (เศรษฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	2541 ประชาสัมพันธ์และฝ่ายขาย โรงแรมลานคำ จังหวัดเชียงราย
	พ.ย. 2545 - ก.ค. 2546 เลขานุการกรรมการผู้จัดการ บริษัทโปรเกรส อินฟอร์เมชั่น จำกัด กรุงเทพฯ
	ส.ค. 2546 – ปัจจุบัน พนักงานขายแผนกผลิตภัณฑ์แช่เย็น (Sale representative) บริษัท เนสท์เล่ (ไทย) จำกัด สำนักงานเขตภาคเหนือ