



วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร

MUT Journal of Business Administration

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2562)

Volume 16 Number 1 (January – June 2019)

องค์ประกอบเชิงสำรวจของความตระหนักรู้และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร

Exploratory Factors for Awareness and Accessibility of the Universal Health Care System in case self-employed people in Bangkok

Received: January 7, 2019

Revised: May 26, 2019

Accepted: May 30, 2019

บุรินทร์ วรพานิช Non Vorlapanit^{1,*}, อัศวินันท์ ดิดสม Akaranant Kidsom²

^{1,2} Ph.D., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

^{1,2} Ph.D., Assistance Professor, Department of Economics, Faculty of Economics, Kasetsart University,
Bangkok, Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาความตระหนักรู้และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งวิเคราะห์องค์ประกอบของความตระหนักรู้และการเข้าถึงระบบ โดยเก็บข้อมูลแบบโควตา เขตพื้นที่กับผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 เขต เขตละ 67 ราย รวม 402 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05 และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ด้วยวิธีสกัดองค์ประกอบแบบแกนร่วม (PAF) และการหมุนแกนองค์ประกอบแบบไม่ตั้งฉากแบบ Promax

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ประกอบอาชีพอิสระให้คะแนนการใช้ประโยชน์จริงของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สุดเฉลี่ยเท่ากับ 7.71 จาก 10 คะแนน รองลงมา คือ ความตระหนักรู้ในระบบเท่ากับ 7.66 คะแนน และความสามารถในการเข้าถึงระบบเท่ากับ 7.40 คะแนน ตามลำดับ และ

* E-mail address: feconov@ku.ac.th

² E-mail address: fecoanki@ku.ac.th

จากการทดสอบไคสแควร์ พบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลและองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันจำนวน 7 คู่ โดยปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับทั้งความตระหนักรู้และการใช้ประโยชน์ในระบบ และผลจากการวิเคราะห์ EFA พบว่า สามารถสร้างองค์ประกอบได้ 8 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบทั้งหมดมีความสอดคล้องกับการสร้างองค์ประกอบทางทฤษฎี ซึ่งองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน 3 ลำดับแรก ได้แก่ การใช้ประโยชน์ เวลาและนัดหมาย และจริยธรรมทางการแพทย์

ทั้งนี้ จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการตามสิทธิ และการเตรียมความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ และยารักษาโรค ในขณะเดียวกัน การสร้างความตระหนักรู้ควรมุ่งไปที่กลุ่มประกอบอาชีพอิสระที่จบมัธยมศึกษาตอนต้นและการพัฒนาการใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมุ่งไปที่กลุ่มที่จบต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น นอกจากนี้ นอกจากนี้ จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) พบว่า ควรประชาสัมพันธ์ในเรื่อง 1) การใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วน (โทร 1669) และ 2) การใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วนที่ไปรับบริการที่ได้ก็ได้ตามความจำเป็นโดยไม่ต้องสำรองจ่าย

คำสำคัญ: ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ความตระหนักรู้, การใช้ประโยชน์,
การวิเคราะห์องค์ประกอบ

ABSTRACT

This research aims to study awareness and accessibility of the Universal Health Care System and analyzes the components of awareness and accessibility in the system. Data were collected by 6 areas quota in Bangkok metropolitan area, each comprising 67 cases, totaling 402 cases. The chi-square test was used at the significance level of .05 and EFA was used to extract the data through PAF and Promax methods.

The results showed that self-rated occupants rate the utilization of the system on average as 7.71 out of 10, followed by awareness of 7.66 and accessibility to 7.40. The scores from the chi-square test showed that there were 7 factors related to personal factors. Personal factors in education are related to both awareness and use in the system. The results of the EFA analysis revealed that eight components were extracted, all of which were consistent with theoretical components. The first three components are: Utilization Time and appointment and medical ethics.

Average score of accessibility of the Universal Health Care System can be recommended that the National Health Security Office (NHSO) should focus on controlling the cost of additional costs incurred in accessing the services and the preparation of personnel, tools

and medicines. At the same time, awareness raising should focus on graduates who have completed lower secondary education. The development on utilization of Universal Health Care System should focus on lower secondary education. The results of the EFA should be publicized in the following areas: 1) Utilization of critical or urgent emergencies (call 1669); and 2) the use of critical or emergency medical services wherever without reservation.

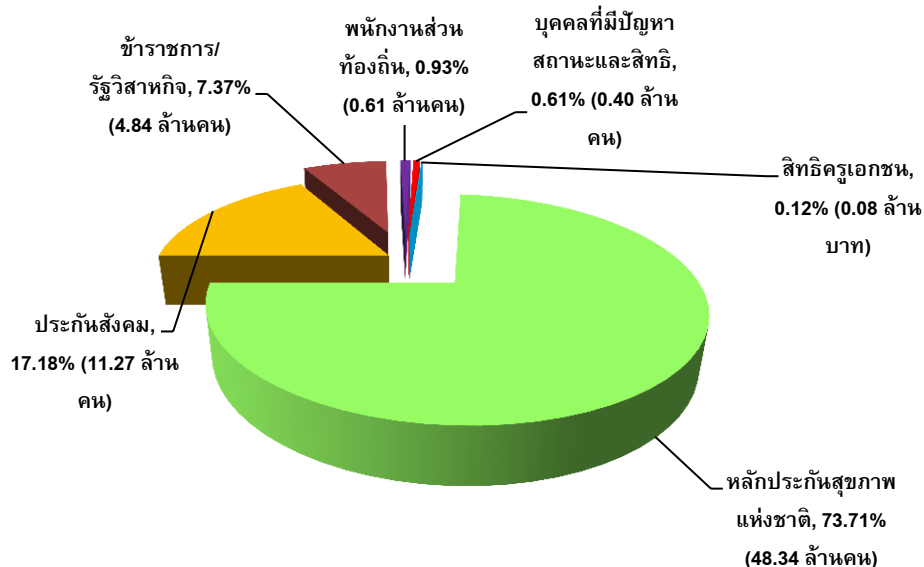
Keywords: the Universal Health Care System, awareness, utilization, factor analysis

บทนำ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วยสามระบบหลักที่สำคัญ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม (ของลูกจ้างเอกชน) และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทองหรือระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนทั่วไป) ซึ่งเป็นสามระบบหลักของประเทศ นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้งสามแล้ว ยังมีระบบประกันสุขภาพที่เป็นสวัสดิการต่าง ๆ เช่น ของพนักงานสังกัดกรุงเทพมหานคร พนักงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่งผลให้ที่มาของเงินทุน และการบริหารจัดการ ตลอดจนสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของแต่ละระบบนั้น ไม่เท่าเทียมกัน และมีหลากหลายหน่วยงานรับผิดชอบ (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ, 2556) ทั้งนี้ ประชาชนไทยทุกคนได้รับการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับประเด็นนี้ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังนี้

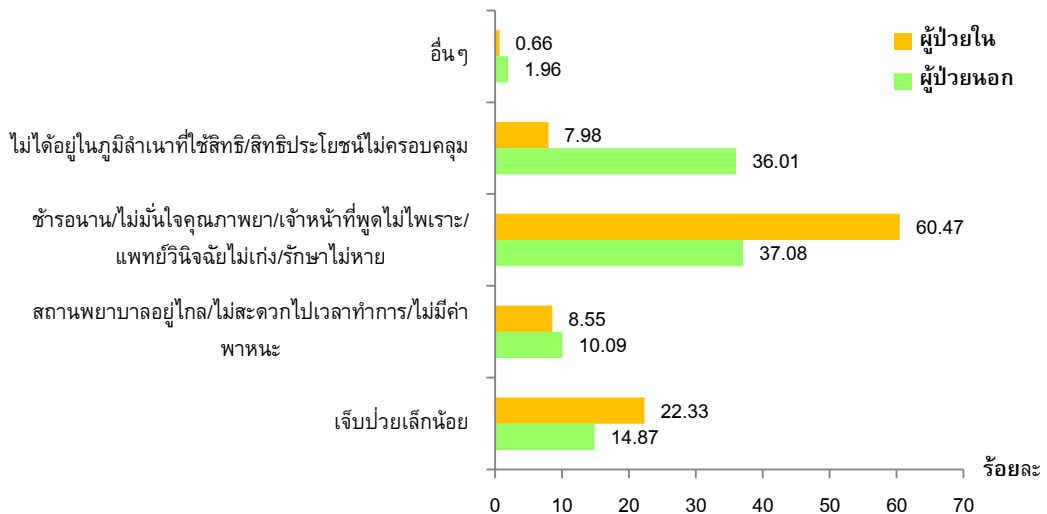
1. สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ
2. สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน และสะดวกในการเข้ารับบริการ
3. สิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่น ๆ ได้ นอกเหนือจากบริการที่ลงทะเบียน เป็นหน่วยบริการประจำตัว
4. สิทธิที่ได้รับการร้องเรียนเมื่อได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือ เกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข
5. สิทธิได้รับความช่วยเหลือเยียวยาเมื่อมีความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข
6. สิทธิในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ทั้งการกำหนดนโยบาย การจัดการการประเมินการบริหารหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
7. ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลใดมีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่เคยได้รับก่อน มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้การใช้สิทธิเป็นไปตามหลักเกณฑ์เดิม เช่น ผู้พิการ

หากพิจารณาจำนวนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแบบต่างๆ ในประเทศไทย ข้อมูลล่าสุดพบว่า “...ในปีงบประมาณ 2558 ประชากรไทยทั้งประเทศผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพจำนวน 65.580 ล้านคน (ณ กันยายน 2558) ลงทะเบียนสิทธิในระบบประกันสุขภาพ จำนวน 65.530 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิในระบบประกันสุขภาพของประเทศ (Universal Health Coverage: UHC) ร้อยละ 99.92 ในส่วนประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 48.386 ล้านคน ลงทะเบียนสิทธิแล้ว จำนวน 48.336 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมของประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Universal Coverage Scheme:UCS) ร้อยละ 99.90 โดยมีประชากรที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิประมาณ 0.050 ล้านคน (ร้อยละ 0.08) และมีบุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้านหรือรอยืนยันสิทธิประมาณ 0.141 ล้านคนเมื่อพิจารณาสัดส่วนของการมีประกันสุขภาพของประเทศ พบว่าร้อยละ 73.71 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 17.18 และสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 7.37...” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1: จำนวนและโครงสร้างผู้มีสิทธิประกันสุขภาพไทย ปี พ.ศ.2558
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558)

แม้ว่าจากรายงานประจำปีงบประมาณ 2558 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่า จำนวนผู้ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นมีสัดส่วนที่สูง กล่าวคือ ร้อยละ 75.53 สำหรับผู้ป่วยใน แต่ก็ลดลงจากปีงบประมาณ 2556 ที่ผ่านมา ที่สัดส่วนผู้ใช้สิทธิผู้ป่วยในอยู่ที่ราวร้อยละ 78.87 ส่วนผู้ป่วยนอกนั้น มีสัดส่วนผู้ใช้สิทธิลดลง 87.85 เป็นร้อยละ 87.58 (จากร้อยละ 91.21 ในปีงบประมาณ 2556) ทั้งนี้ เหตุผลของการไม่ใช้สิทธิหลัก ๆ ได้แก่ ระยะเวลาการรอคอย การไม่มั่นใจในคุณภาพยา การให้บริการเจ้าหน้าที่ และไม่มั่นใจในการวินิจฉัยของแพทย์ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2: สาเหตุการไม่ใช้สิทธิของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2558
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558)

ดังนั้น เมื่อคำนวณจำนวนผู้ที่ตัดสินใจไม่ใช้บริการตามสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น กรณีผู้ป่วยนอกนั้น กว่าหนึ่งในสี่ของผู้มีสิทธิ หรือราวกว่า 12 ล้านคน ตัดสินใจที่จะไม่ใช้บริการ หรือไม่ได้ใช้บริการ จึงเกิดคำถามขึ้นได้ว่าการตัดสินใจนี้เกิดจากการขาดการตระหนักรู้ (Awareness) อย่างแท้จริงว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลของตนมีอะไรบ้าง เนื่องจากการตอบจากแบบสอบถามระบุว่าสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมกว่าร้อยละ 36 นั้น จะเกิดจากปัญหาการไม่รู้อย่างต้องแท้เกี่ยวกับสิทธิของตนหรือไม่ หรือเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้ความสามารถในการเข้าถึง (Accessibility) ลดลง คำถามของวิจัยนี้จึง ได้แก่ ระดับการตระหนักรู้ในการมีอยู่และสิทธิว่าด้วยการประกันสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะผู้ประกอบอาชีพอิสระ ซึ่งเป็นประชากรที่มีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 59.88 ของประชากรผู้ที่มีงานทำในกรุงเทพมหานครทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) และเป็นผู้ที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพในลักษณะสวัสดิการตามสถานภาพลูกจ้างรองรับนั้นเป็นอย่างไร มีองค์ประกอบอะไรบ้างที่เป็นองค์ประกอบของความตระหนักรู้ ซึ่งจะนำไปใช้เพื่อยกระดับความตระหนักรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จริงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จริงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร

นนท์ วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คิตสม

3. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จริงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ของการวิจัย

1. การทราบถึงความตระหนักรู้และความสามารถในการเข้าถึงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระสามารถนำไปวางแผนเพื่อแก้ปัญหาสาเหตุของผู้ไม่ใช้สิทธิในระบบฯ ตลอดจนนำผลการศึกษาที่ได้ไปบริหารนโยบายว่าด้วยการประกันสุขภาพโดยเฉพาะกับในกลุ่มของผู้ประกอบอาชีพอิสระ

2. การทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง และระดับการใช้ประโยชน์จริงสามารถนำไปกำหนดนโยบายว่าควรให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนบุคคลในส่วนใดที่จะพัฒนาระดับการใช้ประโยชน์จริงของระบบฯ ให้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

3. องค์ประกอบเชิงสำรวจที่ได้จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหากพิจารณาในเรื่องความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จริงในระบบฯ แล้วมีองค์ประกอบย่อยในประเด็นใดที่สำคัญและสามารถอธิบายองค์ประกอบหลักได้ และในแต่ละองค์ประกอบที่สกัดขึ้นมีข้อคำถามหรือประเด็นใดที่เป็นประเด็นสำคัญในนั้น ซึ่งสามารถนำมาใช้จัดลำดับความสำคัญเพื่อยกระดับการใช้ประโยชน์จริงของระบบฯ ให้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรม

1. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการให้บริการอย่างทั่วถึง (Universal Health Coverage and Universal Access)

องค์การอนามัยโลกได้ออกแถลงการณ์ในปี 2013 (Evans, Hsu and Boerma, 2013) ว่าการประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกตั้งเป็นเป้าหมายด้านสุขภาพในวาระการพัฒนาหลังปี 2015 ไม่ว่าจะเป็นในส่วน of แนวทางหรือเป้าหมาย อย่างไรก็ดี ได้มีการอภิปรายกันอย่างจริงจังในส่วนที่เกี่ยวกับความเชื่อมโยงกับการให้บริการที่ทั่วถึง โดย Kutzin (2013) กล่าวว่า การพัฒนาด้านการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากจะเป็นการพัฒนาสุขภาพ แต่ยังเป็นการปกป้องทางการเงินของครัวเรือนที่มีคุณค่าสำหรับผลประโยชน์ส่วนบุคคล โดยที่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ เป้าหมายที่ทุกคนเข้าถึงบริการที่จำเป็นด้านสุขภาพได้ โดยไม่มีความเสี่ยงทางการเงิน ที่ไม่สามารถจ่ายเองได้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความครอบคลุมบริการสุขภาพที่ดีตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และบรรเทาทางสุขภาพ และรวมไปถึงอีกรูปแบบหนึ่งของการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินในส่วนบุคคล

การวิเคราะห์แนวคิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการให้บริการอย่างทั่วถึงของ Evans, Hsu and Boerma (2013) เรื่อง Universal Health Coverage and Universal access ในประเด็นการเข้าถึง แนวคิดของ National Economic & Social Rights Initiative (2017) เรื่อง What is the Human

Right to Health and Health Care? ในประเด็นสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ ตลอดจนกรณีศึกษาของรัฐเวอร์มอนต์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในเรื่อง Healthcare Is a Human Right Campaign in Vermont โดยที่รัฐนี้เป็นรัฐแรกที่ผ่านมากฎหมายในด้านนี้ มีระบบการดูแลสุขภาพที่สนับสนุนโดยภาครัฐ มีการประยุกต์มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนประเด็นสุขภาพเป็นหลักการและแนวทางการปฏิบัติ แสดงให้เห็นประเด็นที่สำคัญร่วมกันด้านการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 ประเด็น

1) การเข้าถึงด้านกายภาพ (Physical accessibility) จะอธิบายถึงการมีอยู่ของบริการด้านสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้อย่างสมเหตุสมผลของผู้ที่ต้องการใช้บริการ อาทิ สถานที่ เวลาทำการ ระบบนัดหมาย และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวกับองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพ โดยทุกคนสามารถเข้าถึงได้บนพื้นฐานที่เท่าเทียม

2) ความสามารถจ่ายได้ (Financial affordability) ที่วัดจากความสามารถในการจ่ายสำหรับการบริการโดยไม่เกิดความลำบากด้านการเงิน โดยในส่วนนี้ในความหมายแบบกว้างจะหมายถึงรวมถึงราคาและต้นทุนทางอ้อมในการไปรับบริการ อาทิ ค่าโดยสารและสาธารณูปโภค ค่าเสียโอกาสในการทำงาน ความสามารถในการจ่ายได้จะขึ้นอยู่กับระบบการสนับสนุนทางการเงินของภาครัฐและรายได้ของครัวเรือน

3) การยอมรับ (Acceptability) จะพิจารณาถึงความเต็มใจของประชาชนที่จะเข้ารับบริการโดยที่การยอมรับจะต่ำเมื่อคนใช้รับรู้ว่าการให้บริการไม่มีประสิทธิภาพ หรือเมื่อมีปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม อาทิ ภาษา อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา ของผู้รับบริการที่จะมีผลต่อการยอมรับและเข้ารับบริการ รวมทั้งยังพิจารณาในมิติจริยธรรมทางการแพทย์และความรับผิดชอบต่อผู้ที่มาใช้บริการด้วย

ข้อพิจารณาสำคัญที่ทำให้เกิดการเข้าถึงทางกายภาพ คือ การมีอยู่ในสถานที่ใกล้กับประชาชน พิจารณาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า อาทิ สิ่งปลูกสร้าง อุปกรณ์ บุคลากร เทคโนโลยี ในส่วนของความสามารถจ่ายได้ จะพัฒนาจากการลดการจ่ายทางตรงผ่านระบบการจ่ายประกันล่วงหน้า (Insurance prepayments) และการจ่ายแบบรวมกัน (Pooling) อาทิ การเก็บจากรายได้ภาครัฐและ/หรือการสนับสนุนผ่านกองทุนบริการสุขภาพ หรือผ่านการกระตุ้นอุปสงค์ อาทิ การโอนเงินแบบมีเงื่อนไข และในส่วนของที่ยอมรับที่พิจารณาจากการเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้ความแตกต่างของผู้ใช้บริการสามารถพัฒนาจากระบบสาธารณสุขและบุคลากรควรสร้างให้เกิดการรักษาอย่างเท่าเทียมกันทุกคน

2. ความสามารถจ่ายได้ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

Zhen (2015) ได้วิเคราะห์ the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) ที่เน้นให้การประกันสุขภาพเกิดความครอบคลุมประชาชนที่มีรายได้น้อยสามารถจ่ายได้ โดยกฎหมายนี้บังคับใช้มาเป็นระยะเวลา 5 ปี ใช้แนวคิดเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการวิเคราะห์โดยประเด็นที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้มีดังนี้

1) การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายจ่ายด้านการดูแลสุขภาพต่อ GDP กับประเทศอื่นๆ และการเจริญเติบโตของรายจ่ายด้านนี้ต่อการเจริญเติบโตของ GDP รวมทั้งประมาณการอัตราส่วนรายจ่ายด้านการดูแลสุขภาพต่อ GDP ของประเทศในอนาคตอีก 65 ปี

2) การวิเคราะห์ถึงจำนวนและอัตราส่วนของประชาชน ที่สามารถเข้าประกันสุขภาพนี้ได้ และการแบ่งภาระค่าใช้จ่ายไปสู่ประชาชนที่มีรายได้สูง นายจ้าง และผู้ที่ให้บริการด้านสุขภาพ และเชื่อมโยงไปสู่ผลการลดจำนวนชั่วโมงการทำงานลงขององค์กรขนาดใหญ่ที่ตอบสนองต่อการแบ่งภาระค่าใช้จ่าย

3) การวิเคราะห์ผลด้านการจ้างงานเมื่อประชาชนมีความต้องการด้านประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ผลด้านราคาคุณภาพของการประกันที่เพิ่มสูงขึ้น และผลด้านการนำรายจ่ายการประกันสุขภาพที่ประชาชนสามารถประหยัดได้ไปลงทุนหรือใช้จ่ายในระบบเศรษฐกิจในส่วนอื่น

4) การวิเคราะห์และประมาณการเงินอุดหนุนในกฎหมายฉบับนี้ รวมทั้งอัตราเจริญเติบโตของเงินอุดหนุนโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่เคยกำหนดไว้ซึ่งเป็นงบประมาณอุดหนุนทางด้านสุขภาพต่อคน และประมาณการแนวโน้มการขาดดุลงบประมาณของรัฐบาลกลางที่เพิ่มขึ้นจากส่วนนี้

จะเห็นได้ว่า ในมุมมองที่ Zhen วิเคราะห์เป็นความเชื่อมโยงระหว่างความสามารถจ่ายได้ กับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ หากพิจารณาในส่วนของการใช้จ่ายที่คนไข้ต้องจ่ายเพื่อไปรับบริการในแต่ละครั้ง Boccuzzi (2003) ได้ศึกษาเรื่อง Indirect Health Care Costs เป็นบทหนึ่งของ Cardiovascular Health Care Economics อธิบายถึงค่าใช้จ่ายที่สามารถนับได้จากโรคและการเจ็บป่วยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ค่าใช้จ่ายโดยตรง หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงการใช้บริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกและเภสัชกรรมภายในระบบการดูแลสุขภาพ

2) ค่าใช้จ่ายทางอ้อม หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการหยุดชะงักหรือการลดความสามารถในการทำงานอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและอัตราการตายที่เกี่ยวข้องกับโรค ค่าใช้จ่ายทางอ้อมโดยทั่วไปประกอบด้วย การสูญเสียชั่วโมงการทำงานของพนักงานและผลิตภาพที่ลดลงจากความเจ็บป่วยและโรค โดยที่ความสูญเสียเหล่านี้มักได้รับการประเมินจากมุมมองด้านสังคมบุคคลหรือนายจ้างร่วมด้วย

3. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การวิเคราะห์ความหมายของความตระหนักรู้จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) เกษม จันทรแก้ว (2547) เริงชัย คงสงค์ (2547) อนุสรณ์ กาลดิษฐ์ (2548) Oxford dictionaries (2017) Cambridge Dictionary (2017) Webster Dictionary (2017) Dictionary of education with Oxford reference (2014) Bloom (1971) สรุปได้ว่า หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ ตลอดจนมีความใส่ใจและเห็นคุณค่าในเรื่องนั้น โดยเมื่อมีสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดการรับรู้ บุคคลนั้นจะมีความสำนึก ความรู้สึกนึกคิด และการจูงคิด โดยใช้ความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์ที่เคยมีมาเพื่อแสดงออกมา

องค์ประกอบที่สร้างให้เกิดความตระหนักรู้จะมีความแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับบุคคลที่ศึกษา ประกอบด้วย การศึกษาของบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2528) ทะเนงศักดิ์ ประสบกิตติคุณ (2534) Cater V. Good (1973) และดวงฤดี กิตติจารุดุลย์ (2557) สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1: องค์ประกอบที่สร้างให้เกิดความตระหนักรู้

องค์ประกอบ	บันทึก	ทะนงศักดิ์	Good	ดวงฤดี	รวม
1. ความรู้หรือประสบการณ์	*	*	*	*	4
2. การใส่ใจหรือเห็นคุณค่า	*	*		*	3
3. ลักษณะและรูปแบบของสิ่งเร้า	*	*	*	*	4
4. ความเคยชินต่อสภาพแวดล้อม		*		*	2
5. ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้		*		*	2

ที่มา: ปรับปรุงจาก ดวงฤดี กิตติจารตุลย์ (2557)

1) **ความรู้หรือประสบการณ์** โดยปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ตามแนวคิดของอริสโตเติลจะขึ้นอยู่กับระดับของประสบการณ์ที่จะเริ่มจากการได้สัมผัสแล้วได้ใช้จิตใจไตร่ตรองสิ่งที่สัมผัสนั้นเพื่อหากฎเกณฑ์ต่างๆ และประกอบรวมกับความคิดและเหตุผลในจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดของฮอบส์ที่ความรู้เกิดจากประสบการณ์ แต่ยังเพิ่มความรู้สึกระบายของมนุษย์เข้าไปด้วย

2) **ความใส่ใจและเห็นคุณค่า** การใส่ใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงที่มอร์แกนส์และคิงส์ ได้กล่าวไว้ โดยการที่บุคคลจะมีการรับรู้ในสิ่งใดบุคคลจะต้องเกิดการใส่ใจสิ่งนั้น การใส่ใจเป็นเหมือนการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้โดยความใส่ใจเกิดจากสภาพของตัวบุคคลที่เป็นผู้รับรู้ขณะนั้นว่ามีบุคลิกภาพเป็นอย่างไร เพราะบุคคลแต่ละคนเกิดมามีสภาพแตกต่างกัน ตลอดจนเจริญเติบโตมาในสังคมที่ต่างกันมีผลทำให้เกิดความรู้สึนึกคิดที่แตกต่างกัน

3) **ลักษณะและรูปแบบของสิ่งเร้า** เป็นสิ่งที่บุคคลได้พบ ได้รู้สึก และจะทำให้บุคคลเกิดการใส่ใจมากขึ้นเพียงใด สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบ ได้แก่ ความเข้มที่เป็นระดับความหนักเบาของสิ่งเร้า ขนาดสิ่งเร้าที่มีขนาดใหญ่มักจะสร้างความสนใจหรือใส่ใจได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่มีขนาดเล็ก ความแปลกแยกแตกต่าง การทำซ้ำ และการเคลื่อนไหว เป็นการทำให้สิ่งเร้าเคลื่อนที่หรือเปลี่ยนแปลงไปมา

4) **ความเคยชินต่อสภาพแวดล้อม** สามารถทำให้บุคคลตระหนักหรือไม่ตระหนักต่อสิ่งที่เกิดขึ้น โดยหากบุคคลมีความเคยชินแบบสมบูรณ์ต่อสภาพแวดล้อมและไม่มีสิ่งเร้าที่เปลี่ยนแปลงจะส่งผลให้เกิดความไม่ตระหนักขึ้นได้ และในกรณีตรงกันข้ามก็เช่นกัน

5) **ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้** เป็นการแสดงถึงโอกาสในการให้มีการรับรู้ข้อมูล การแลกเปลี่ยนข้อมูลได้บ่อยครั้งเพียงใด ซึ่งจะเป็นการสะสมองค์ความรู้ หรือผลิตซ้ำให้มีความรู้อยู่เสมอ

ความตระหนักรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า Emami and Safipour (2013) ได้อธิบายผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบของความตระหนัก และการยอมรับของความหลากหลายในสถาบันที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในประเทศสเปน พบว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทศนคติเกี่ยวกับการแบ่งแยก 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร 3) ความคล้ายกันของทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากร 4) ทศนคติเกี่ยวกับการทำงานกับคนไข้ 5) ทศนคติเกี่ยวกับการสื่อสารกับบุคคล และ 6) ทศนคติเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับบุคลากร Gallego and Vazquez-Navarrete (2013) ได้แบ่งองค์ประกอบของความตระหนักรู้ในระบบการดูแลสุขภาพออกเป็น 1) ความตระหนักรู้ในระบบ

ประกันสังคมด้านสุขภาพ 2) ความตระหนักรู้ในลักษณะและหน้าที่ของผู้ประกันตนด้านสุขภาพ 3) ความตระหนักรู้ในลักษณะและหน้าที่ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 4) ความตระหนักรู้ในธรรมเนียมปฏิบัติด้านการมีส่วนร่วม 5) ความตระหนักรู้ในสิทธิด้านสุขภาพ โดยข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบจะเน้นถึงความรู้ที่มีในแต่ละองค์ประกอบ เช่น คำถามเพื่อให้อธิบายหน้าที่ที่สำคัญของผู้ประกันตนด้านสุขภาพ อธิบายความหมายของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ อธิบายการรู้จักและเข้าใจถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมด้านระบบการดูแลสุขภาพ

โดยจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของทั้งสองแนวคิดนี้ จะสอดคล้องกับองค์ประกอบที่สร้างให้เกิดความตระหนักรู้ในส่วนของการรู้หรือประสบการณ์ นอกจากนี้ ปัจจัยความคล้ายกันของทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรของงานวิจัยนี้ จะสอดคล้องกับองค์ประกอบที่สร้างให้เกิดความตระหนักรู้ในส่วนของการใส่ใจและการเห็นคุณค่าและการเห็นคุณค่าร่วมในเรื่องเดียวกัน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรจะสอดคล้องกับองค์ประกอบที่สร้างให้เกิดความตระหนักรู้ในส่วนของคุณลักษณะและรูปแบบของสิ่งเราโดยเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ในขณะที่ตามแนวคิดของ Gallego and Vazquez-Navarrete จะให้ความสำคัญกับความรู้หรือประสบการณ์และลักษณะหน้าที่ที่สำคัญในแต่ละองค์ประกอบที่สะท้อนถึงเรื่องความตระหนักรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 2 สรุปงานวิจัย แสดงให้เห็นว่า ในประเด็นที่เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้างนี้มีการใช้วิธีการศึกษาที่หลากหลายตั้งแต่สถิติขั้นพื้นฐาน การทดสอบความแตกต่างของกลุ่ม การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์การถดถอย และการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยหากพิจารณาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ พบว่า มีการใช้สถิติขั้นพื้นฐานเพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานใช้ Chi-Square Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่ม และใช้ Factor Analysis เพื่อประเมินว่าแต่ละข้อคำถามชัดเจนตรงกับองค์ประกอบนั้นหรือไม่

หากพิจารณาในเรื่ององค์ประกอบของความตระหนักรู้จะพิจารณาในเรื่อง 1) ความรู้ในประเด็นที่เป็นระบบการดูแลสุขภาพ เช่น การทำงานของระบบ สิ่งที่ต้องจ่าย 2) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ เช่น ความตระหนักในจุดเริ่มและการพัฒนา ความตระหนักรู้ในระบบประกันสังคม รวมทั้งทัศนคติในด้านต่าง ๆ เช่น ทัศนคติเกี่ยวกับการแบ่งแยก ทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานกับคนไข้ ซึ่งในส่วนนี้จะสอดคล้องกับองค์ประกอบความใส่ใจหรือเห็นคุณค่าตามแนวคิดเรื่องความตระหนักรู้ 3) สิ่งที่จะขยายการรับรู้หรือแลกเปลี่ยนเพิ่มเติม เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ความคล้ายกันของทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากร ทัศนคติเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับบุคลากร ซึ่งจะมีลักษณะใกล้เคียงกับลักษณะและรูปแบบของสิ่งเราตามแนวคิดเรื่องความตระหนักรู้

สำหรับมิติการเข้าถึงและความครอบคลุมจะพิจารณาเรื่องคุณภาพและการยอมรับ ความครอบคลุม การบริการ ความสามารถจ่ายได้ การสะดวกเข้าถึง การมีอยู่และการอำนวยความสะดวก และความเหมาะสม ซึ่งจะสอดคล้องกับประเด็นที่สำคัญร่วมกับด้านการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 ประเด็นที่ได้พบทวนไว้ในแนวคิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการให้บริการอย่างทั่วถึง

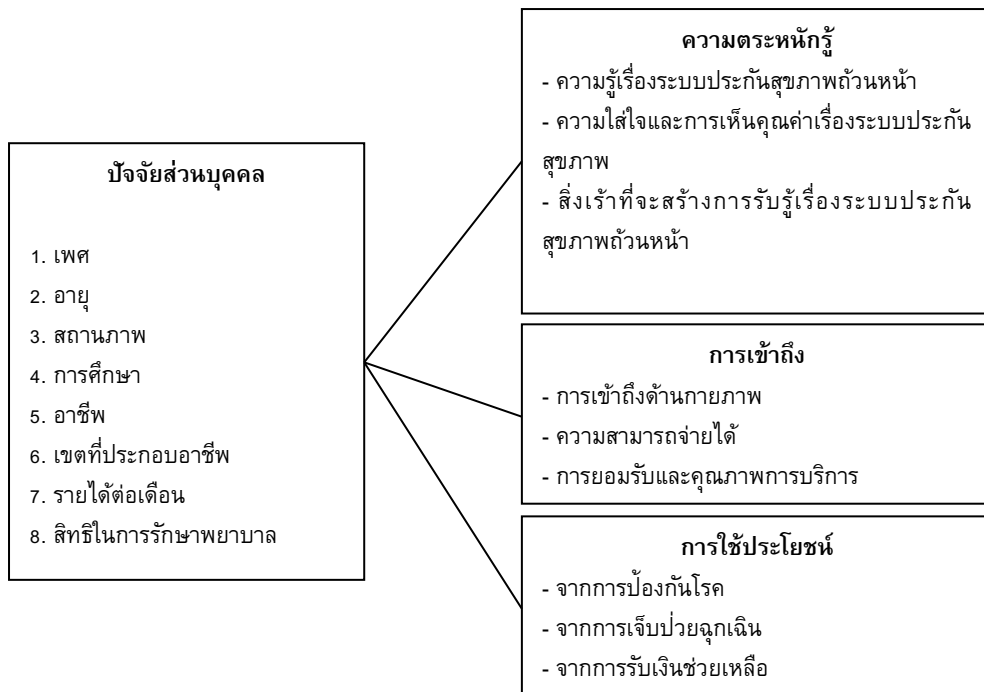
ตารางที่ 2: สรุปงานวิจัย

ชื่อเรื่อง (ปี)	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ตัวแปร/องค์ประกอบ
Public awareness and knowledge of the National Health Insurance in South Africa (2015)	เพื่อสำรวจความรู้สาธารณะและความตระหนักเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพแบบใหม่ ใช้ Chi-Square Test ทดสอบความแตกต่างของกลุ่ม และ T-Test ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	<u>ความตระหนักรู้ระบบประกันสุขภาพใหม่</u> 1) ความรู้การทำงานของระบบใหม่ 2) ความตระหนักในจุดเริ่มและการพัฒนา 3) ความรู้สิ่งที่ต้องจ่าย 4) ความรู้ระบบประกันสุขภาพ
Tracking Universal Health Coverage (2015)	เพื่อวิเคราะห์กรณีศึกษาความครอบคลุมด้านสุขภาพของแต่ละประเทศ โดยการทบทวนทางเทคนิคจากผู้เชี่ยวชาญจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ร่วมกับการปรึกษาหารือและการอภิปรายกับผู้แทนของแต่ละประเทศ	<u>ความครอบคลุมด้านสุขภาพ</u> 1) คุณภาพกับความครอบคลุมของการบริการทางการแพทย์ (บริการ ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) 2) ความครอบคลุมของประชากรในด้านการปกป้องทางการเงิน (ความสามารถจ่าย และการป้องกันไม่ให้นทุนสูงขึ้น)
Using Structural Equation Modeling to Explore Relationships between Access, Accessibility, and Health Status (2014)	เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึง การ ประ กั้น สุ ข ภ า พ ความสามารถที่จะเข้าถึงได้ และสถานะด้านสุขภาพในรัฐเท็กซัส โดยใช้แบบจำลองสมการเชิงโครงสร้าง	<u>ตัวแปรที่ได้</u> 1) อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ และตัวแปรการประกันสุขภาพ 2) สถานะด้านสุขภาพเป็นทั้งตัวแปรสุดท้ายที่อธิบายและเป็นตัวแปรแฝง
Constructing a questionnaire for assessment of awareness and acceptance of diversity in healthcare institutions (2013)	เพื่อประเมินความตระหนักรู้และการยอมรับในความหลากหลายของสถาบันที่ดูแลด้านสุขภาพ 1) วิเคราะห์สถิติพื้นฐานโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นอย่างมีคุณภาพ 2) ใช้เทคนิคทางสถิติในการพัฒนาแบบสอบถาม ได้แก่ Cronbach's alpha Spearman's correlation และ Factor Analysis	<u>ความตระหนักรู้และการยอมรับ</u> 1) ทศนคติเกี่ยวกับการแบ่งแยก 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร 3) ความคล้ายกันของทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากร 4) ทศนคติเกี่ยวกับการทำงานกับคนไข้ 5) ทศนคติเกี่ยวกับการสื่อสารกับบุคคล 6) ทศนคติเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับบุคลากร
Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations (2013)	เพื่อสร้างกรอบแนวคิดเรื่องการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ใช้การสังเคราะห์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์โดยพิจารณาจากกรอบแนวคิดจากงานวิจัยที่อ้างอิงถึงมากเป็นพื้นฐานแนวคิดในการพัฒนา	<u>การเข้าถึงในการดูแลสุขภาพ</u> 1) ความสะดวกในการเข้าถึง 2) ความยอมรับ 3) การมีอยู่และการอำนวยความสะดวก 4) ความสามารถจ่ายได้ 5) ความเหมาะสม

ตารางที่ 2: (ต่อ)

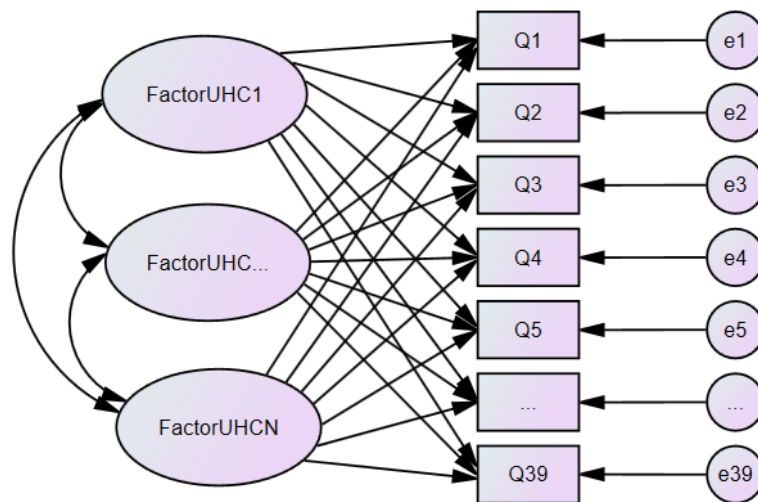
ชื่อเรื่อง (ปี)	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ตัวแปร/องค์ประกอบ
Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian population (2013)	เพื่อวิเคราะห์ความตระหนักรู้ในระบบการดูแลสุขภาพ ใช้ univariate analysis วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และ Logistic Regression วิเคราะห์ความตระหนักรู้	<u>ความตระหนักรู้ในระบบการดูแลสุขภาพ</u> 1) ความตระหนักรู้ในระบบประกันสังคมด้านสุขภาพ 2) ความตระหนักรู้ในลักษณะและหน้าที่ของผู้ประกันตนด้านสุขภาพ 3) ความตระหนักรู้ในลักษณะและหน้าที่ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 4) ความตระหนักรู้ในธรรมเนียมปฏิบัติด้านการมีส่วนร่วม 5) ความตระหนักรู้ในสิทธิด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิด



รูปที่ 3: กรอบแนวคิดที่ 1

รูปที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดที่เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับประเด็นที่เกี่ยวกับความตระหนักรู้ การเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในทุกคู่ความสัมพันธ์



รูปที่ 4: กรอบแนวความคิดที่ 2

รูปที่ 4 แสดงกรอบแนวความคิดในการสกัดองค์ประกอบที่จะได้จำนวนองค์ประกอบตั้งแต่ องค์ประกอบที่ 1 (FactorUHC1) ถึงองค์ประกอบที่ N (FactorUHCN) จากข้อคำถามทั้งหมด 39 คำถาม (Q1-Q39) ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คำถาม ที่เกี่ยวกับความรู้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความใส่ใจและการเห็นคุณค่าในระบบฯ สิ่งเร้า ที่จะสร้างการรับรู้ในระบบฯ การเข้าถึงด้านกายภาพในระบบฯ ความสามารถจ่ายได้ในระบบฯ การยอมรับและคุณภาพการบริการในระบบฯ และคำถามเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ที่ใช้หลักการสกัดองค์ประกอบจากความแปรปรวนของคะแนนจากคำถามที่สามารถอธิบาย ความแปรปรวนขององค์ประกอบที่สกัดขึ้น

ระเบียบวิธีการวิจัย

คณะผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มผู้ที่มีสิทธิในระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้า เน้นที่กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่และกลุ่มอาชีพ ที่มีประสบการณ์จากการใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพในกรุงเทพมหานครในหมวดที่กำหนดไว้ตามนิยาม จากการสำรวจ ประชากรและเคหะ พ.ศ. 2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติมีจำนวน 1,309,385 คน ขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 จำนวน 400 คน กำหนดสัดส่วน ของกลุ่มตัวอย่างกระจายตามโซนการบริหารของกรุงเทพมหานครที่แบ่งออกเป็น 6 โซน ประกอบด้วย กลุ่มกรุงเทพมหานครกลาง กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพเหนือ กลุ่มกรุงเทพตะวันออก กลุ่มกรุงเทพมหานครเหนือ และ กลุ่มกรุงเทพมหานครใต้ ใช้การสุ่มแบบโควตาโซนละ 67 คนรวม 402 คนที่ประกอบอาชีพอิสระ

นนท์ วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คิตสม

1. การสร้างแบบสอบถาม

แบ่งข้อมูลเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบหลายตัวเลือก และคำถามปลายเปิด 2) ความตระหนักรู้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแบบสอบถามแบบสองตัวเลือก 3) การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแบบสอบถามแบบที่ให้กลุ่มตัวอย่างระบุคะแนน 1-10 โดย 10 คือ คะแนนเต็ม 4) การใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแบบสอบถามแบบที่ให้กลุ่มตัวอย่างระบุคะแนน 1-10 โดย 10 คือ คะแนนเต็ม และ 5) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด ในส่วนของความตระหนักรู้ในระบบฯ แบ่งย่อยเป็น 3 ประเด็น คือ ความรู้ ความเข้าใจและการเห็นคุณค่า และสิ่งเร้าที่จะสร้างการรับรู้ โดยคำถามย่อยจะประยุกต์จากรายละเอียดที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมในประเด็นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ในส่วนของการเข้าถึงระบบฯ พัฒนาจากแนวคิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการให้บริการอย่างทั่วถึง และแนวคิดสิทธิมนุษยชนในประเด็นด้านสุขภาพ แบ่งย่อยเป็น 3 ประเด็น คือ การเข้าถึงด้านกายภาพ ความสามารถจ่ายได้ และการยอมรับ ในส่วนของการใช้ประโยชน์จากระบบฯ ให้มีความสำคัญกับความครอบคลุมของการใช้ประโยชน์จากระบบ เช่น การใช้ประโยชน์ในการสอบถามข้อมูลการใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วน การใช้ประโยชน์จากการรักษาพยาบาลตามแนวทางแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถสรุปประเด็นสำคัญในแต่ละส่วนได้ ดังนี้

ตารางที่ 3: ประเด็นย่อยความตระหนักรู้ การเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความตระหนักรู้ในระบบฯ	การเข้าถึงระบบฯ	การใช้ประโยชน์จากระบบฯ
ความรู้ สิทธิในระบบ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวนครั้งที่รับบริการ การขอรับเงินช่วยเหลือ การสำรองจ่าย การสอบถามเพิ่มเติม การเปลี่ยนสถานบริการ ตัวอย่างคำถาม: ท่านรู้หรือไม่ว่าสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิที่ใช้ได้ ณ โรงพยาบาลที่กำหนดไว้เท่านั้น ความเข้าใจและการเห็นคุณค่า ข้อมูลข่าวสาร ความตระหนักว่ามีสิทธิ การเห็นความสำคัญของสิทธิ ตัวอย่างคำถาม: ท่านมีการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่องใช่หรือไม่	การเข้าถึงด้านกายภาพ ความสะดวก ความพร้อม ความเหมาะสมของเวลาและระบบนัดหมาย การเข้าถึงที่สามารถรักษาได้จริง ตัวอย่างคำถาม: ขอให้ท่านให้คะแนน (1-10 โดย 10 คือ คะแนนเต็ม) ความสะดวกในการเข้ารับบริการ ความสามารถจ่ายได้ ค่าบริการครั้งละ 30 บาท ค่าใช้จ่ายจากการไปรับบริการ ค่าเสียโอกาสจากการไปรับบริการ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการรับบริการ ตัวอย่างคำถาม: ขอให้ท่านให้คะแนน (1-10 โดย 10 คือ สามารถจ่ายได้มากที่สุด) ค่าใช้จ่ายที่อาจต้องเสียเพิ่มเติมจากการเข้ารับบริการ	การใช้ประโยชน์โทร 1330 การใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การใช้ประโยชน์แพทย์แผนปัจจุบัน การใช้ประโยชน์แพทย์แผนไทย การใช้ประโยชน์การป้องกันโรค การใช้ประโยชน์จากการรับเงินช่วยเหลือกรณีที่ได้รับบาดเจ็บ ตัวอย่างคำถาม: ขอให้ท่านให้คะแนน (1-10 โดย 10 คือ มีใช้ประโยชน์อย่างเต็มรูปแบบ) การใช้ประโยชน์ในการสอบถามข้อมูล ร้องเรียน และเสนอแนะผ่านการโทร 1330

ตารางที่ 3: (ต่อ)

ความตระหนักรู้ในระบบฯ	การเข้าถึงระบบฯ	การใช้ประโยชน์จากระบบฯ
สิ่งเร้าที่จะสร้างการรับรู้ จำนวนช่องทางการรับรู้ ความต่อเนื่องของข้อมูล จุดเด่นที่จะสร้างความสนใจ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และช่วยเพิ่มความตระหนัก ตัวอย่างคำถาม: ข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับในเรื่องนี้เป็นประโยชน์และทำให้เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับระบบฯ ใช่หรือไม่	การยอมรับและคุณภาพการบริการ ความเต็มใจที่จะเข้ารับบริการ ความสำเร็จในการรักษา การมีจริยธรรมทางการแพทย์ ความรับผิดชอบต่อประชาชน การให้เกียรติและเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ ตัวอย่างคำถาม: ขอให้ท่านให้คะแนน (1-10 โดย 10 คือ ความสำเร็จในการรักษามากที่สุด) ความสำเร็จในการรักษาโรคหลังเข้ารับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	

2. การตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้แบบสอบถาม

ใช้การตรวจสอบความเหมาะสมของคำถามและภาษาที่ใช้ถามที่เป็นการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนี IOC กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ให้ความเห็นว่ามีเหมาะสมหรือไม่ และเหมาะสมในแต่ละข้อ ผลจากการตรวจสอบ พบว่า ดัชนี IOC ของทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.5 ทั้งหมด นอกจากนี้ แบบประเมินในส่วนนี้จะมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ได้แก่ ข้อเสนอแนะในการเขียนโครงสร้างประโยคคำถามหรือประโยคบอกเล่าในแต่ละส่วนให้มีความเหมือนกัน และข้อเสนอแนะในการใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการใช้ช่องทางโทรศัพท์คนละเลขหมายที่ควรแยกกัน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้จริง (Try-out) กับประชากรที่ศึกษาและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามได้ค่ามาตรฐานเท่ากับ 0.85

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

เริ่มจากสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อให้เกิดความเข้าใจภาพของกลุ่มตัวอย่างและในแต่ละประเด็นที่ศึกษา และวิเคราะห์ข้อเสนอแนะโดยจัดกลุ่มจำแนกตามประเด็น การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับประเด็นที่เกี่ยวกับความตระหนักรู้ การเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้สถิติไคสแควร์กำหนดนัยสำคัญที่ศึกษาระดับ 0.05 และตารางไขว้เพื่อทดสอบความเป็นอิสระระหว่างทั้งสองส่วน โดยการจัดกลุ่มแต่ละประเด็นจะจัดจำแนกให้สอดคล้องกับลักษณะ เช่น อาชีพอิสระ การจัดกลุ่มอายุจะจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุช่วงเริ่มต้นในการประกอบอาชีพอิสระ 13-29 ปี อายุช่วงที่มีการพัฒนาอาชีพอิสระ 30-49 ปี และอายุช่วงที่อาชีพอิสระมีความเติบโตอย่างเต็มที่ 50 ปีขึ้นไป สมการในการวิเคราะห์ไคสแควร์มีดังนี้

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \quad (1)$$

โดยที่ χ^2 หมายถึง ค่าไคสแควร์, O_i หมายถึง ความถี่ที่ได้จากการสังเกตของประเด็นและปัจจัยที่ศึกษา, E_i หมายถึง ความถี่ที่คาดหวังของประเด็นและปัจจัยที่ศึกษา และ k หมายถึง จำนวนกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมดในแต่ละประเด็นและปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษา โดยสมมติฐานในการทดสอบครั้งนี้ ดังนี้

H_0 : ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับประเด็นที่ศึกษา

H_a : ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับประเด็นที่ศึกษา

4. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA)

คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) ค่าคะแนนจากข้อคำถามที่นำมาวัดต้องอยู่ในมาตราวัดแบบช่วงหรืออัตราส่วน และมาตราวัดแบบอื่นให้แปลงค่าเป็นตัวแปรหุ่น 2) ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามควรมีค่า 0.30 ขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งคู่ในหนึ่งแถว และ 3) กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนมากกว่าองค์ประกอบที่คัดเลือกมา 5 เท่าขึ้นไป ร่วมกับการใช้ค่าสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) และ Bartlett's Test of Sphericity ในการอธิบายความเหมาะสมและความเพียงพอของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นการสกัดองค์ประกอบ (Factor Extraction) เพื่อหาจำนวนองค์ประกอบที่สร้างขึ้นใหม่จาก Eigenvalue ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบแบบแกนร่วมที่สำคัญ (PAF) ซึ่งวิธีนี้จะวิเคราะห์จากความแปรปรวนเฉพาะส่วนที่ร่วมกัน (Shared variance) ระหว่างข้อคำถามที่คัดเลือกมา ดังนั้นจึงเหมาะสมกับการอธิบายเปรียบเทียบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ในทางทฤษฎีและทางสถิติขององค์ประกอบที่สกัดขึ้น

การหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) จากข้อมูลทั้งทางทฤษฎีและจากการทดลองวิเคราะห์องค์ประกอบในส่วนของ Factor Correlation Matrix พบว่า องค์ประกอบที่สกัดขึ้นมีความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบพอสมควรขึ้นไป ดังนั้น จึงเลือกใช้วิธีการหมุนแกนแบบไม่ตั้งฉาก (Oblique Rotation) แบบ Promax ซึ่งใช้สำหรับองค์ประกอบที่สร้างขึ้นที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งจะทำการทดสอบตัดข้อคำถามไม่ถูกใช้สร้างองค์ประกอบออกและทำการสกัดองค์ประกอบอีกครั้งเพื่อให้ได้องค์ประกอบที่เหมาะสมที่สุด และตั้งชื่อองค์ประกอบให้สอดคล้องกับข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักมาก จากนั้นจะทำการอธิบายเพื่อเปรียบเทียบระหว่างองค์ประกอบที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีกับองค์ประกอบที่สกัดขึ้นจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA)

ผลการวิจัย

ในส่วนของผลการวิจัย จำแนกการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน คือ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 – 3 ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 402 คน แบ่งเป็น (1) เพศชาย ร้อยละ 38.8 และเพศหญิง ร้อยละ 61.2 (2) อายุเฉลี่ย 35.5 ปี (3) สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 58.0

สมรส ร้อยละ 34.3 และหย่า/หม้าย ร้อยละ 7.7 (4) ระดับการศึกษา ปริญญาตรี/อนุปริญญา ร้อยละ 45.5 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 23.6 ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.4 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 9.5 (5) อาชีพ อาชีพด้านที่ไม่เกี่ยวกับการผลิตและจำหน่าย การบริการ และการเกษตร ร้อยละ 66.9 เช่น ลูกจ้าง แม่บ้านที่รับจ้าง รับจ้างอิสระ อาชีพด้านการบริการ ร้อยละ 17.9 เช่น พนักงานขายและเด็กเสิร์ฟร้านอาหาร อาชีพด้านการผลิตและจำหน่าย ร้อยละ 10.9 เช่น เป็นผู้ประกอบการขายอะไหล่อุปกรณ์มือถือ หรือ อุปกรณ์ของชำร่วย และอาชีพด้านการเกษตร ร้อยละ 4.3 (6) รายได้เฉลี่ย 15,253 บาท

ส่วนที่ 2 แสดงผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ซึ่งแสดงผลการศึกษาถึงความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จริงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า

(1) การใช้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 7.71 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.93

(2) ความตระหนักรู้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.66 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.22

(3) การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.40 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.95

ทั้งนี้ ในประเด็นย่อยของการใช้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ตอบแบบสอบถามจะให้ความสำคัญกับการใช้ประโยชน์จากการป้องกันโรคตามสิทธิมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 7.46 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.08 รองลงมา คือ การใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วน โดยที่ไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็นโดยไม่ต้องสำรองจ่าย มีคะแนนเฉลี่ย 7.33 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.13 และการใช้ประโยชน์จากการรับเงินช่วยเหลือกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 7.30 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.14

ประเด็นความตระหนักรู้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประเด็นย่อย เรื่อง ความใส่ใจและการเห็นคุณค่าเกี่ยวกับสิทธิมากที่สุดที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.16 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.41 รองลงมา คือ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.06 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.39 และประเด็นการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประเด็นย่อย เรื่อง การยอมรับและคุณภาพการบริการเมื่อใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 7.24 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.04 รองลงมา คือ การเข้าถึงด้านกายภาพที่เป็นกรณีอยู่ของบริการด้านสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.09 คะแนน และความสามารถจ่ายได้เมื่อเข้ารับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.00 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.35

ประเด็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่สำคัญที่วิเคราะห์จากผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง กับระดับการใช้ประโยชน์จริงของระบบประกัน นนทร์ วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คัดสม

สุขภาพ พบว่า มีข้อจำกัดและข้อเสนอแนะเรื่องความพร้อมบุคลากร ความเต็มใจให้บริการ จรรยาบรรณ วัสดุอุปกรณ์ที่เก่าและไม่สมบูรณ์ การเข้าถึงการรักษาในต่างพื้นที่หรือต่างโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ ตลอดจนความไม่รู้ในสิทธิการรักษาที่พึงจะได้รับเมื่อเกิดเหตุการณ์เจ็บป่วยกรณีฉุกเฉินเกิดขึ้น รวมทั้งข้อจำกัดในเรื่องของรูปแบบและช่องทางในการประชาสัมพันธ์

ส่วนที่ 3 แสดงผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ซึ่งแสดงผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จริงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยผลการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับองค์ประกอบที่ศึกษา พบว่า มีปัจจัยและองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 7 คู่ ได้แก่ การศึกษามีความสัมพันธ์กับความใส่ใจและการเห็นคุณค่าเรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้เรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงทางกายภาพเรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถจ่ายได้เรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความใส่ใจและการเห็นคุณค่าเรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเขตที่ประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับความใส่ใจและการเห็นคุณค่าเรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 4 แสดงผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ซึ่งแสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของความตระหนักรู้ ความสามารถในการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จริงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า การตรวจสอบค่าสหสัมพันธ์ในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ในทุกแถวมีค่าสหสัมพันธ์ 0.30 ขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งคู่ สถิติ KMO มีค่า 0.919 สถิติ Bartlett's Test of Sphericity พบว่า ค่าไคสแควร์ที่ใช้ในการทดสอบมีค่า 9286.092 และค่า Sig เท่ากับ .00 โดยผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบแกนร่วมที่สำคัญ (Principle Axis Factoring: PAF) ทำการหมุนแกนองค์ประกอบแบบไม่ตั้งฉาก (Oblique Rotation) แบบ Promax กำหนดค่า Kappa เป็นค่ามาตรฐานเท่ากับ 4 ได้ 8 องค์ประกอบ มีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 1.048-12.629 อธิบายความแปรปรวนของข้อมูลที่ใช้สร้างได้ร้อยละ 64.148 ดังนี้

ตารางที่ 4: ค่าสถิติ KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.919
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	9286.092
	df	741
	Sig.	0.000

ตารางที่ 5: ความแปรปรวนที่ถูกอธิบายจากองค์ประกอบที่สร้างขึ้น

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวนที่อธิบายได้	ร้อยละความแปรปรวนสะสมที่อธิบายได้
1	12.629	32.382	32.382
2	3.207	8.222	40.604
3	2.154	5.524	46.127
4	1.724	4.421	50.549
5	1.513	3.880	54.429
6	1.420	3.640	58.069
7	1.323	3.391	61.460
8	1.048	2.688	64.148

ตารางที่ 6: คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบ (Pattern Matrix)

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักรายองค์ประกอบ							
	1	2	3	4	5	6	7	8
2.1							0.717	0.102
2.2							0.576	
2.3							0.645	
2.4			-0.144	0.226		0.139	0.338	
2.5				0.753				-0.142
2.6				0.742				
2.7				0.608		0.118		
2.8				0.539			0.151	
2.10	0.182					0.322		0.409
2.11				0.342				0.276
2.12				0.228		0.211		0.200
2.13						0.642		
2.14						0.676		
2.15		0.117				0.779		
2.17				-0.199				0.828
2.18		0.107		0.241				0.552
2.19	-0.165	-0.172		0.182				0.192
2.20						0.207	0.180	
3.1	0.129	0.638						
3.2		0.846						
3.3		0.927						
3.4		0.939						
3.5		0.665	0.160					
3.7	0.232			0.137	0.426			

ตารางที่ 6: (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ							
	1	2	3	4	5	6	7	8
3.8					0.704			
3.9					0.776			
3.10		0.110		-0.107	0.783			
3.12	0.174		0.515	0.161	0.141	-0.154		
3.13	0.104	0.116	0.676					
3.14			0.896					
3.15			0.928					
3.16	0.192		0.640					
4.1	0.800	-0.151		-0.116				
4.2	0.909							
4.3	0.877		-0.113	0.111		-0.109		
4.4	0.866		-0.103					
4.5	0.744							
4.6	0.741							
4.7	0.724			-0.147		0.111		
วิธีการหมุนแกน: Extraction Method: Principal Axis Factoring.								
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization. ^a								
a. Rotation converged in 7 iterations.								

องค์ประกอบที่ 1: การใช้ประโยชน์ (Utilization) มีข้อคำถาม 7 คำถาม มีค่าไอเกนเท่ากับ 12.629 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.724-0.909 มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 32.382 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบมาตรฐานของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.927

องค์ประกอบที่ 2: เวลาและนัดหมาย (Time & Schedule) มีข้อคำถาม 5 คำถาม มีค่าไอเกนเท่ากับ 3.207 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.638-0.939 มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 8.222 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบมาตรฐานของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.937

องค์ประกอบที่ 3: จริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics) มีข้อคำถาม 5 คำถาม มีค่าไอเกนเท่ากับ 2.154 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.515-0.928 มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 5.524 และมีค่าสัมประสิทธิ์แบบมาตรฐานของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.919

องค์ประกอบที่ 4: ความรู้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (Emergency Knowledge) มีข้อคำถาม 4 คำถาม มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.724 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.539-0.753 มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 4.421 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบมาตรฐานของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.748

องค์ประกอบที่ 5: ค่าใช้จ่ายพิเศษ (Extra Expense) มีข้อคำถาม 3 คำถาม มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.513 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.704-0.783 มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 3.880 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบมาตรฐานของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.793

องค์ประกอบที่ 6: การให้คุณค่าแรก (First Priority) มีข้อคำถาม 3 คำถาม มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.420 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.642-0.779 มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ ร้อยละ 3.640 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบมาตรฐานของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.779

องค์ประกอบที่ 7: ความรู้ด้านสิทธิ (Rights Knowledge) มีข้อคำถาม 3 คำถาม มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.323 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.576-0.717 มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 3.391 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบมาตรฐานของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.654

องค์ประกอบที่ 8: กระแสข้อมูลข่าวสาร (Information Flow) มีข้อคำถาม 2 คำถาม มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.048 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.552-0.828 มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 2.688 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบมาตรฐานของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.600 โดยองค์ประกอบทั้งหมดสามารถสรุปประเด็นคำถามที่ได้รับการสกัดเป็นองค์ประกอบ ดังนี้

ตารางที่ 7: องค์ประกอบและประเด็นคำถามที่ได้รับการสกัดเป็นองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ประเด็นคำถามที่ได้รับการสกัดเป็นองค์ประกอบ
การใช้ประโยชน์ (Utilization)	1. การใช้ประโยชน์ในการสอบถามข้อมูล ร้องเรียน และเสนอแนะผ่านการโทร 1330 2. การใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วนผ่านการโทร 1669 เพื่อเรียกรถพยาบาลมารับ 3. การใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วนโดยที่ไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็นโดยไม่ต้องสำรองจ่าย 4. การใช้ประโยชน์จากการรักษาพยาบาลตามแนวทางแพทย์แผนปัจจุบัน 5. การใช้ประโยชน์จากการรักษาพยาบาลตามแนวทางแพทย์แผนไทย 6. การใช้ประโยชน์จากการป้องกันโรค เช่น วัคซีน 7. การใช้ประโยชน์จากการรับเงินช่วยเหลือกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล
เวลาและนัดหมาย (Time & Schedule)	1. ความสะดวกในการเข้ารับบริการสถานพยาบาลและโรงพยาบาล 2. ความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ และยารักษาโรคของสถานพยาบาลและโรงพยาบาล 3. ความเหมาะสมของเวลาทำการของสถานพยาบาลและโรงพยาบาล 4. ความเหมาะสมของระบบการนัดหมายของสถานพยาบาลและโรงพยาบาล 5. การเข้าถึงสามารถรับการรักษาได้จริงของสถานพยาบาลและโรงพยาบาลตามสิทธิกรณีท่านเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วน
จริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics)	1. ความเต็มใจที่จะเข้ารับบริการ 2. ความสำเร็จในการรักษาโรคหลังเข้ารับบริการ 3. การมีจริยธรรมทางการแพทย์และความรับผิดชอบต่อประชาชนที่มาใช้บริการ

ตารางที่ 7: (ต่อ)

องค์ประกอบ	ประเด็นคำถามที่ได้รับการสกัดเป็นองค์ประกอบ
จริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics) (ต่อ)	4. ความรับผิดชอบต่อประชาชนที่มารับบริการ 5. การให้เกียรติและเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมต่อประชาชนที่มา รับบริการ
ความรู้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (Emergency Knowledge)	1. สิทธิการเข้ารับบริการที่ได้ก็ไ้ตามความจำเป็นโดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ 2. ความรู้กรณีความเสียหายจากการรักษาพยาบาลสามารถขอรับเงินช่วยเหลือ ได้ 3. ความรู้การขอเปลี่ยนสถานพยาบาลในแต่ละปี 4. การสอบถามข้อมูล ร้องเรียน หรือแนะนำบริการของสิทธิระบบประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าได้ที่เบอร์ 1330
ค่าใช้จ่ายพิเศษ (Extra Expense)	1. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการไปรับบริการ 2. ความสูญเสียโอกาสจากการทำงานเมื่อเข้ารับบริการ 3. ค่าใช้จ่ายที่อาจต้องเสียเพิ่มเติมจากการเข้ารับบริการตามสิทธิประกัน สุขภาพถ้วนหน้า
การให้คุณค่าแรก (First Priority)	1. การคิดถึงสิทธิในกรณีต้องการรักษา 2. การตระหนักว่ามีสิทธิในการเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3. การเห็นว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาล สุขภาพ
ความรู้ด้านสิทธิ (Rights Knowledge)	1. การรับรู้ถึงการมีสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2. ข้อจำกัดในการใช้สิทธิ ณ โรงพยาบาลที่กำหนดไว้เท่านั้น 3. การตระหนักถึงจำนวนครั้งและระยะเวลาที่ไม่จำกัดของการใช้สิทธิระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
กระแสข้อมูลข่าวสาร (Information Flow)	1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างน้อยหนึ่งช่องทาง 2. การได้รับข้อมูลข่าวสารระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

1) ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จำกัด

ผู้ประกอบการอาชีพอิสระในกรุงเทพฯ หลายส่วนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธินี้จำกัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ยังไม่สอดคล้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยเฉพาะในเรื่องของสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน และสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่น ๆ ได้ และหากพิจารณาร่วมกับสาเหตุการไม่ใช้สิทธิของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2558 ที่ระบุว่าสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมนั้น อาจเกิดข้อจำกัดจากความไม่รู้เกี่ยวกับสิทธิของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ซึ่งหากผู้ประกอบการอาชีพอิสระในกรุงเทพฯ มีความรู้ที่ครอบคลุมจะทำให้ร้อยละของผู้ที่ใช้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น และสาเหตุในส่วนนี้ลดลง

2) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA)

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) หากวิเคราะห์เปรียบเทียบกับทฤษฎีที่สร้างขึ้น พบว่า องค์ประกอบที่จำแนกจาก EFA มีความสอดคล้องใกล้เคียงกับองค์ประกอบที่คณะผู้วิจัยได้จำแนกไว้จากการทบทวนวรรณกรรม อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบที่สร้างขึ้นจะมีประเด็นที่เป็นข้อคำถามและนำไปใช้สร้างองค์ประกอบที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ เวลาและการนัดหมาย จริยธรรมทางการแพทย์ ความรู้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และความรู้ด้านสิทธิ เป็นต้น

หากวิเคราะห์เปรียบเทียบกับงานวิจัย Public awareness and knowledge of the National Health Insurance in South Africa (2015) พบว่า มีประเด็นด้านความรู้ซึ่งจะต้องจ่ายที่สอดคล้องกับองค์ประกอบที่สกัดขึ้นจากงานวิจัยนี้เรื่อง ค่าใช้จ่ายพิเศษ (Extra Expense) และประเด็นความรู้ระบบประกันสุขภาพที่สอดคล้องกับองค์ประกอบที่สกัดขึ้นจากงานวิจัยนี้เรื่อง ความรู้ด้านสิทธิ (Rights Knowledge) ที่อธิบายถึงประเด็นเรื่องการรับรู้ถึงสิทธิและการตระหนักรู้ในสิทธิ

นอกจากนี้ หากวิเคราะห์เปรียบเทียบกับงานวิจัย Using Structural Equation Modeling to Explore Relationships between Access, Accessibility, and Health Status (2014) พบว่า องค์ประกอบการเข้าถึงที่สกัดขึ้นนั้น ตัวแปรองค์ประกอบที่นำมาใช้สร้างจะเน้นเรื่องปัญหาทั้งที่เกี่ยวกับ 1) การขาดงาน 2) ราคาที่แพงเกินไป 3) ปัญหาการขนส่ง และ 4) ระยะทางที่ไกลเกินไป แตกต่างจากองค์ประกอบการเข้าถึงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากงานวิจัยนี้ที่สกัดขึ้นจาก 1) เวลาค้นหาหมาย 2) ค่าใช้จ่ายพิเศษ และ 3) จริยธรรมทางการแพทย์ ทั้งนี้ ความแตกต่างอาจเกิดขึ้นจากองค์ประกอบที่นำมาสร้างจะออกแบบให้สอดคล้องลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ องค์ประกอบที่นำมาใช้สร้างของงานวิจัยนี้ได้ทำการวิเคราะห์ EFA ก่อนที่จะนำมาศึกษาตามแบบจำลอง SEM

งานวิจัย Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations (2013) พบว่า แนวคิดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่ได้จากงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 1) ความสะดวกในการเข้าถึง 2) ความยอมรับ 3) การมีอยู่และการอำนวยความสะดวก 4) ความสามารถจ่ายได้ และ 5) ความเหมาะสม แตกต่างจากองค์ประกอบการเข้าถึงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากงานวิจัยนี้ที่สกัดขึ้นจาก 1) เวลาค้นหาหมาย 2) ค่าใช้จ่ายพิเศษ และ 3) จริยธรรมทางการแพทย์ ทั้งนี้ วิธีการศึกษาของงานวิจัยที่นำมาเปรียบเทียบ คือ ใช้การสังเคราะห์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ ดังนั้น จะทำให้องค์ประกอบที่ได้เป็นองค์ประกอบแบบภาพรวม ในขณะที่ผลของงานวิจัยนี้ที่สร้างองค์ประกอบขึ้นจะมีลักษณะเฉพาะเพื่ออธิบายการเข้าถึงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในกรุงเทพมหานคร

งานวิจัย Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian population (2013) พบว่า มีองค์ประกอบด้านความตระหนักรู้ในสิทธิด้านสุขภาพซึ่งอธิบายจากการตอบคำถามว่าอะไรเป็นสิทธิด้านสุขภาพที่พิจารณาได้ ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ในข้อคำถามย่อยขององค์ประกอบการให้คุณค่าแรก (First Priority) ในประเด็นการตระหนักว่ามีสิทธิในการเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความรู้ด้านสิทธิ (Rights Knowledge) ในประเด็นการตระหนักรู้ถึงจำนวนครั้งและระยะเวลาที่ไม่จำกัดของการใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วน

หน้า รวมทั้งหากพิจารณาจากคำถามในช่วงต้นความตระหนักในส่วนนี้จะคล้ายกับองค์ประกอบของความรู้ด้านสิทธิที่สักระหว่าง

งานวิจัย Health and poverty in Brazil (2005) พบว่า การใช้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพ อธิบายผ่านตัวแปรแฝง ได้แก่ สถานะด้านสุขภาพ ความมั่งคั่ง และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ในขณะที่ผลจากงานวิจัยนี้ การใช้ประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า อธิบายผ่านองค์ประกอบที่สกัดจากข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ ได้แก่ การสอบถามข้อมูล การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน การรักษาแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย การป้องกันโรค การได้รับเงินช่วยเหลือจากการรักษาพยาบาล จะเห็นได้ว่าทั้งสองส่วนอธิบายในประเด็นร่วมกัน คือ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสอบถามข้อมูลเพื่อให้สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพโดยใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเข้าถึงการดูแลสุขภาพโดยการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

1) การประชาสัมพันธ์เชิงรุกความรู้เกี่ยวกับสิทธิและความรู้เกี่ยวกับสิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการได้รับการชดเชย เนื่องจากผู้ประกอบการอาชีพอิสระมีข้อจำกัดเรื่องช่องทางประชาสัมพันธ์ที่สร้างความสนใจทำให้ไม่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง จึงไม่ได้รับข้อมูลและไม่มีความรู้ ซึ่งหากวิเคราะห์ร่วมกับรูปแบบการประชาสัมพันธ์แบบออนไลน์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ระบบไลน์แบบขึ้นข้อความอัตโนมัติกับผู้ที่แอตไลน์ ทำให้ผู้ที่แอตไลน์ได้รับความรู้ไปในทันที นอกจากนี้ หากพิจารณาถึงเฟสบุ๊ค พบว่า มีเฟสบุ๊คคนรักหลักประกันสุขภาพที่เน้นการให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม และมีเฟสบุ๊คสำนักงานหลักประกันสุขภาพในแต่ละเขตที่เน้นการให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม ดังนั้น หากมีเฟสบุ๊คของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทั้งไลน์และเฟสบุ๊คควรเน้นที่สรุปความรู้เกี่ยวกับสิทธิ การเจ็บป่วย และการได้รับการชดเชย เฉพาะส่วนที่สำคัญให้กระชับ เข้าถึงง่าย และใช้แบบอักษร สี การออกแบบที่ดึงดูดให้เข้าถึง พร้อมกับการจัดโครงการเพื่อสร้างการเข้าถึงไลน์และเฟสบุ๊ค เช่น การจัดประกวดแข่งขันผ่านไลน์หรือเฟสบุ๊ค การจัดกิจกรรมพิเศษที่จะประชาสัมพันธ์ผ่านไลน์หรือเฟสบุ๊คเท่านั้น

นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทำการสำรวจถึงสาเหตุการไม่ใช้สิทธิของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี หากกระหว่างการทำการสำรวจพบกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่าสิทธิประโยชน์ไม่มีความครอบคลุม เตรียมแผนพัฒนารูปแบบข้อมูลสิทธิประโยชน์ที่สำคัญ เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ในอีกช่องทางหนึ่ง และเป็นการยืนยันว่าเป็นเรื่องของสิทธิประโยชน์ที่ไม่มีความครอบคลุมหรือเรื่องของการมีความรู้สิทธิประโยชน์ไม่เพียงพอและผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการอาชีพอิสระในกทม.ที่มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นไม่สามารถใช้ประโยชน์จากระบบได้อย่างเต็มที่ จึงควรมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกโดยร่วมกับเครือข่ายการเมืองหรือผู้นำกลุ่มในแต่ละพื้นที่ซึ่งสามารถเข้าถึงกลุ่มนี้ได้ดี โดยจัดทำสรุปความรู้ที่สำคัญและทำให้มีรูปแบบสื่อที่น่าสนใจและลงพื้นที่ร่วมกัน

2) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) ในฐานะหน่วยงานกำกับและฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์ของโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ หน่วยงานที่กล่าวมาควรให้ความสำคัญกับความเต็มใจที่จะให้บริการ ความเอาใจใส่ และการให้ข้อมูลอย่างรอบด้าน โดยการกำกับในระดับของโรงพยาบาลสามารถจัดทำตัวชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ เช่น การให้คนไข้ประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ การพิจารณาจากอัตราการร้องเรียน และเชื่อมโยงตัวชี้วัดกับระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน สิทธิประโยชน์ และความก้าวหน้าในการทำงาน และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ที่ถึงแม้ว่าจะมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ที่ประเด็นหลักในการรับรองประเด็นหนึ่ง คือ มีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ควรให้ความสำคัญในประเด็นของความเต็มใจที่จะให้บริการ ความเอาใจใส่ และการให้ข้อมูลอย่างรอบด้านเพิ่มมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพื่อลดสาเหตุหลักของการไม่ไปใช้สิทธิให้ลดลง

3) การใช้ประโยชน์เรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ความสำคัญกับ 1) การใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วนผ่านการโทร 1669 ที่มีค่าน้ำหนักเท่ากับ .909 2) การใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วนโดยที่ไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็นโดยไม่ต้องสำรองจ่ายมีค่าน้ำหนักเท่ากับ 0.877 3) การใช้ประโยชน์จากการรักษาพยาบาลตามแนวทางแพทย์แผนปัจจุบัน ตามสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ท่านเข้ารับบริการที่มีค่าน้ำหนักเท่ากับ .866 โดยในการดำเนินการใด ๆ ก็ตามเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์เรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทั้งนี้ ในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์จากสิทธิในการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความรับรู้เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ ของตนตามระบบมากขึ้น และส่งเสริมให้ประชาชนเห็นวาระระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นทางเลือกแรกๆ ในการเข้ารับรักษาดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ เมื่อผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทัศนคติที่ดีต่อการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งความสะดวกในด้านเวลานัดหมาย และความไว้วางใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายพิเศษที่อาจเกิดขึ้น การใช้ประโยชน์โดยรวมของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นด้วย

รายการอ้างอิง

- เกษม จันทร์แก้ว. 2547. การจัดการสิ่งแวดล้อมแบบผสมผสาน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ดวงฤดี กิตติจารุฑล. 2557. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและความตระหนักด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง กรณีศึกษา: บริษัทนำเข้าส่งออกแห่งหนึ่ง. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://it.nation.ac.th/studentresearch/files/55091052.pdf>.
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์และคณะ. 2556. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการพัฒนาแนวทางการบริหารระบบ.

- ทองศักดิ์ ประสภกิจดิคุณ. 2534. การประเมินค่าความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(ศึกษาศาสตร์-การสอน). กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บัณฑิต จุฬาศัย. 2528. เยาวชน ผู้กำหนดสภาวะแวดล้อมในทศวรรษหน้า. จุลสารสภาวะแวดล้อม. (2528ม มิถุนายน – กรกฎาคม).
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2554. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://dictionary.sanook.com/search/dict-en-th-lexitron/procedural>.
- เรียงชัย คงสงค์. 2547. ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับยาเสพติด (ยาบ้า) : ศึกษาเปรียบเทียบเด็กและเยาวชนในระบบและนอกระบบโรงเรียน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีตำรวจภูธรอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา. 2545. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CB29/%CB29-20-2545-a0001.pdf>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2558. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อนุสรณ์ กาลดิษฐ์. 2548. การศึกษาความรู้และความตระหนักของนักศึกษาที่มีต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมในหองปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Cambridge Dictionary. 2017. **Awareness**. [online] Available at <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/awareness>.
- Bloom, B. S. 1971. **Mastery Learning: Theory and practice**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Delgado Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML. 2013. **Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian population**. [online] Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332376>.
- Dictionary of education. 2014. **Awareness**. [online] Available at <http://www.oxfordreference.com/search?q=awareness&searchBtn=Search&isQuickSearch=true>.
- Emami and Safipour. 2013. **Constructing a questionnaire for assessment of awareness and acceptance of diversity in healthcare institutions**. [online] Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3644252/>.
- Evans, Hsu and Boerma. 2013. **Universal health coverage and universal access**. [online] Available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en/>.
- Geoffrey Setswe, Samson Muyanga, Jacqueline Witthuhn, and Peter Nyasulu. 2015. **Public awareness and knowledge of the National Health Insurance in South Africa**. [online] Available at <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/19/full/>.
- Good, V. Cater. 1973. **Dictionary of education**. Lincoln: McGraw-Hill.

- Joseph Kutzin. 2013. **Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy.** [online] Available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>.
- Levesqus, Harris and Russel. 2013. **Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.** [online] Available at <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>.
- National Economic & Social Rights Initiative. 2017. **What is the Human Right to Health and Health Care?.** [online] Available at <https://en.oxforddictionaries.com/definition/awareness>.
- Oxford dictionaries. 2017. **Awareness.** [online] Available at <https://www.nesri.org/programs/what-is-the-human-right-to-health-and-health-care>.
- Webster Dictionary. 2017. **Awareness.** [online] Available at <http://www.webster-dictionary.org/definition/awareness>.
- WHO and The World Bank. 2015. **Tracking Universal Health Coverage.** [online] Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=.
- Stephen J. Boccuzzi. 2003. **Indirect Health Care Costs.** Cardiovascular Health Care Economics. 63-79.
- Emily Zhen. 2015. **The Health Economics of the Affordable Care Act.** [online] Available at <https://publicpolicy.wharton.upenn.edu/live/news/861-the-health-economics-of-the-affordable-care-act>.

รายการอ้างอิงจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (Translated Thai References)

- Kasem Chankaew. 2004. Integrated environmental management. Kasetsart University. (In Thai)
- Duangruedee Kitticharut. 2014. Factors influencing attitude and awareness of risk management case studies: an import-export company. [online] Available at <http://it.nation.ac.th/studentresearch/files/55091052.pdf> (In Thai)
- Duanden Nikomborirak and Others. 2013. The complete report on the development of the pastoral approach to the system. (In Thai)
- Thanongsak Prasorbkittikun. 1991. Assessment of Environmental Awareness of Students in Trat Province. MA Thesis (Education - Teaching). Bangkok: Graduate School Kasetsart University. (In Thai)

- Bundit Chulasai, 1985. Youth environment defining in the next decade. Environmental conditions booklet. (1985, June - July). (In Thai)
- Royal Academy. 2011. The Royal Institute Dictionary 2011. [online] Available at <http://dictionary.sanook.com/search/dict-en-th-lexitron/procedural> (In Thai)
- Roengchai Kongsong. 2004. Knowledge and awareness about drugs (amphetamine): A comparative study of children and youth in the system and outside the school system in the area of responsibility of Bang Kruai District Police Station Nonthaburi. Bangkok: Ramkhamhaeng University. (In Thai)
- Office of the Council of State. 2002. National Health Security Act 2002. [online] Available at <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CB29/%CB29-20-2545-a0001.pdf> (In Thai)
- National Health Security Office. 2015. National Health Insurance Report Fiscal Year 2015. Bangkok: National Health Security Office. (In Thai)
- Anusorn Kanthidit 2005. A study of knowledge and awareness of students towards environmental problems in the laboratory. Bangkok: Srinakharinwirot University. (In Thai)