



## 1.1 ความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการพัฒนาเศรษฐกิจอุตสาหกรรมอย่างกว้างขวาง ในช่วงกว่า 40 ปีที่ผ่านมา แต่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศยังคงอยู่ในเขตที่เป็นชนบท มีการประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรมเป็นหลัก อย่างไรก็ตามตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทส่วนใหญ่ไม่เพียงแต่จะมีความเป็นอยู่ที่ยากจน แต่ยังประสบกับปัญหาต่างๆ มากมาย อาทิ ปัญหาในเรื่องความด้อยโอกาสด้านสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งโดยธรรมชาติแล้ว มนุษย์ทุกคนเพียงต้องการที่จะรู้สึกดีขึ้นยามเมื่อเจ็บป่วย แต่ในความเป็นจริงแล้ว ทรัพยากรทางด้านสุขภาพต่างๆ ในท้องถิ่นไม่มีการให้บริการที่หลากหลายเพียงพอ ด้วยเหตุว่าผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขามักจะสมัครใจทำงานอยู่ในเมืองใหญ่ ซึ่งมีประชากรหนาแน่น เพื่อการสร้างความสะดวกในการยังชีพ ดังนั้น คนไข้ในถิ่นทุรกันดาร จึงมักไม่ได้รับการเหลียวแลเท่าที่ควร (Glenn Wachter, 2000: 1)

ด้วยเหตุว่าการรักษาพยาบาลมักกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง ทำให้การรักษาพยาบาลของคนในชนบทอยู่ในสภาพที่ล่าช้า การกระจายความเจริญในแง่ของการสาธารณสุขมีน้อยมาก เนื่องจากในการศึกษาแพทย์นั้นมีต้นทุนสูง ทั้งต้นทุนที่เป็นตัวเงินและต้นทุนค่าเสียโอกาส การผลิตแพทย์ออกมาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการบริการด้านสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องยาก และแม้เมื่อผลิตได้แล้ว แพทย์ส่วนใหญ่ก็ยินดีและเต็มใจที่จะรักษาในสถานพยาบาลในเขตเมืองมากกว่า ในขณะที่ประชากรซึ่งนับเป็นทรัพยากรที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ หากมีการเจ็บป่วยเกิดทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จะทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากเพื่อใช้ในการบำบัดดูแลรักษา ยังผลให้การพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างล่าช้า และสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ยังไม่สามารถพัฒนาต่อไปได้ดีเท่าที่ควร

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น โดยส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นสืบเนื่องจากอัตราการเพิ่มขึ้นของอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด กล่าวคือนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรชายอยู่ที่ 55 ปี ประชากรหญิงอยู่ที่ 59 ปี ทว่า ณ ปัจจุบันนี้ อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรชายเพิ่มขึ้นเป็น 66 ปีและหญิงเพิ่มขึ้นเช่นกันเป็น 74 ปี (United Nations, 2005) ระบบสุขภาพในประเทศไทยก็ยังคงอยู่ในสภาพวิกฤตเฉกเช่นเดิม หมายความว่าประชาชนยังคงขาดเจ็บ และล้มตาย

เป็นจำนวนมาก ด้วยโรคและปัญหาใหม่ๆ ที่ป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุ เอชไอวี เบาหวาน เป็นต้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน พบว่า ประชากรไทย 100 คนจะมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 4 คนและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นตามรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป (ชาญวิทย์ โคธีรานุกรักษ์, 2539) จากการศึกษา (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2542) พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงประเทศหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ในขณะที่สามารถบรรลุถึงผลลัพธ์ต่อสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกันหรือดีกว่าประเทศเพื่อนบ้าน สะท้อนให้เห็นถึงการจัดสรรทรัพยากรยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

ปัญหาที่เกิดขึ้นในชนบทนั้นมิได้มีเพียงปัญหาความยากจนเท่านั้น หากแต่ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่ส่งผลเชื่อมโยงกัน อาทิเช่น ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในรายได้ ปัญหาความด้อยโอกาสในการพัฒนา และปัญหาการพัฒนาที่ไม่สมดุล เป็นต้น ผลที่เกิดขึ้นก็คือสังคมไทยซึ่งนับเป็นสังคมเกษตรกรรมที่แม้ว่าระดับรายได้ของคนไทยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่ประชาชนที่ตกอยู่ในสภาวะขาดส่นยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก โดยสถิติของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุว่า ในปี 2541 ผู้อยู่ใต้เส้นความยากจนหรือมีรายได้ไม่เพียงพอจึบรายจ่ายขั้นพื้นฐาน คือ 911 บาทต่อคนต่อเดือนยังมีอยู่ถึง 7.4 ล้านคน หรือร้อยละ 12.9 ของประชาชน (บริษัท รุกบ้านเกิด จำกัด, สื่่ออิเล็กทรอนิกส์) ดังนั้น รัฐบาลจึงได้วางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติไว้ดังนี้ ฉบับที่ 1-4 เป็นแผนที่มีวัตถุประสงค์หลักในการสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยอาศัยการพัฒนาภาคอุตสาหกรรมเป็นสำคัญ การพัฒนาจึงเน้นสร้างโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ถนนประปา ไฟฟ้า เพื่ออำนวยความสะดวกแก่นักลงทุนเอกชน อย่างไรก็ตาม การที่รัฐเน้นการให้การสนับสนุนภาคอุตสาหกรรม โดยละเลยภาคเศรษฐกิจอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเกษตรกรรม และมักให้ความสนใจแต่เพียงภาพของเศรษฐกิจมหภาค (Macro Economic) โดยมุ่งพัฒนาเพียงเพื่อให้ได้ตัวเลขในเรื่องของอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ดี แต่กลับขาดการให้ความสนใจเศรษฐกิจจุลภาค (Micro Economic) นั้น การแก้ปัญหาของรัฐจึงเป็นการแก้ปัญหาไม่ตรงจุด ส่งผลให้เกษตรกรตกอยู่ในบ่วงแห่งความยากจน แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 จึงให้ความสำคัญกับปัญหาความยากจนมากขึ้น โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาชนบทออกมาอย่างชัดเจนในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ปี พ.ศ.2524 ตัวอย่างเช่น ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานพัฒนาชนบท แผนงานตามนโยบายมีทั้งเพื่อแก้ไขปัญหา การขาดแคลนอาหารและน้ำ การอนามัยป้องกันโรคติดต่อ การสาธารณสุขมูลฐาน การฟื้นฟูและแก้ปัญหาทรัพยากรเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร รวมถึงมีนโยบายการสร้างงานในชนบท เพื่อให้เกิดการกระจายรายได้และการพัฒนาท้องถิ่น แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ยังคงดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 แต่มีการกระจายอำนาจจาก

ส่วนกลาง (คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ) ไปยังส่วนจังหวัดมากขึ้น โดยให้จังหวัดกำหนดพื้นที่พัฒนาด้วยตนเอง พร้อมกับขยายพื้นที่พัฒนาไปทั่วทั้งประเทศแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 เน้นการกระจายรายได้และความเจริญสู่ภูมิภาค ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาความยากจนโดยตรง โดยในช่วงปลายแผนฯ รัฐบาลได้เสนอให้เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการ กชช.ภ. มาเป็นคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นและเพิ่มหน่วยงานจากระทรวงหลัก 4 กระทรวงมาเป็น 8 กระทรวงหลักและ 2 หน่วยงานเสริม (ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม กระทรวงกลาโหม สำนักงานอัยการสูงสุด และการกีฬาแห่งประเทศไทย) แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เน้นการพัฒนาคน โดยการให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา จึงได้ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กยากจนเป็นพิเศษ สำหรับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ซึ่งครอบคลุมปี พ.ศ. 2545-2549 ด้วยเหตุที่ในช่วงของการร่างแผนฯ ประเทศได้ประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ทำให้ทุกๆ ฝ่ายมีความตระหนักว่าการพัฒนาประเทศที่เน้นแต่มิติการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแต่เพียง อย่างเดียวเหมือนในอดีตที่ผ่านมา ไม่ใช่การพัฒนาที่ยั่งยืน ดังนั้นคณะผู้ร่างแผนฯ จึงได้อัญเชิญ "ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง" ซึ่งเป็นพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 มาเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศที่เน้นการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เน้นการพัฒนาที่สมดุล มีคุณภาพและยั่งยืน โดยในแผนนี้มี การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนฯ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาความยากจนไว้ อย่างชัดเจน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, สื่ออิเล็กทรอนิกส์)

รัฐบาลไม่ว่ายุคใดสมัยใดต่างก็มุ่งหวังที่จะแก้ไขปัญหาความยากจนในชนบท โดยมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาชนบท ภายใต้สมัยรัฐบาล อุดมเดช พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร ได้มีการก่อตั้ง 5 โครงการหลักเพื่อลดปัญหาความยากจน ได้แก่

1. โครงการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง (กทบ.) เป็นโครงการที่รัฐบาลสนับสนุนเงินทุนให้แก่หมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งละ 1 ล้านบาท เพื่อเป็นแหล่งเงินหมุนเวียนในการลงทุน เพื่อสร้างงาน สร้างอาชีพเสริม และสร้างรายได้ให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน 1 ชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนคิด ตัดสินใจ และ รับผิดชอบดำเนินการกันเอง ด้วยวิธีการที่เรียบง่าย เชื่อมโยงและขยายผลเพื่อก่อให้เกิดผลผลิต ผลิตภัณฑ์ และการบริการซึ่งโยงไปสู่การพัฒนาและการแลกเปลี่ยน รวมทั้งช่องทางการขายและบริการตามโครงการอินเทอร์เน็ตตำบล การสร้างมูลค่าเพิ่ม การมีอาชีพที่มั่นคง รายได้ที่ต่อเนื่อง และชุมชนเจริญก้าวหน้าตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ปัจจุบัน สมาชิกกองทุนหมู่บ้านมีอยู่จำนวน 11.62 ล้านคน และมีกรรมการกองทุนจำนวน 1.1 ล้านคน

2. โครงการการพักชำระหนี้และลดภาระหนี้ให้แก่เกษตรกรรายย่อยเป็นเวลา 3 ปี วางอยู่บน สมมติฐานว่าหนี้สินเป็นปัญหาสำคัญของเกษตรกร ส่งผลให้เกษตรกรไม่สามารถพัฒนาอาชีพและสร้างรายได้ และไม่อาจหลุดพ้นจากความยากจนได้ โครงการนี้มีเป้าหมายบรรเทาและลดภาระเพื่อให้เกษตรกรมีเงินออม และเงินลงทุนสำหรับฟื้นฟูอาชีพ และปรับปรุงประสิทธิภาพการผลิต ทำให้เกษตรกรมีรายได้เพิ่มขึ้น กลุ่มเป้าหมายโครงการพักหนี้ คือ เกษตรกรรายย่อยลูกค้าของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ที่มีเงินกู้คงเหลือไม่เกิน 100,000 บาท ณ วันที่ 31 มี.ค.44 ไม่เคยใจเจ็บหนี้ มีจำนวน 2.3 ล้านราย เป็นเงิน 94,056 ล้านบาท โดยขอรับความช่วยเหลือ 2 ลักษณะ คือ พักชำระหนี้ (ระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 - 31 มีนาคม 2547) และขอลดภาระหนี้ ด้วยการลดดอกเบี้ยเงินกู้จากอัตราที่พึงจ่ายร้อยละ 3 ต่อปี (ระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 - 31 มีนาคม 2547)

3. โครงการธนาคารประชาชน รัฐบาลได้กำหนดนโยบายมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถใช้บริการทางการเงินอย่างเท่าเทียมกัน ส่งเสริมให้ประชาชนผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าสู่ระบบการเงินที่มีมาตรฐานเดียวกันทุกระดับ และส่งเสริมผู้ประกอบการอาชีพโดยเฉพาะรายย่อย ซึ่งถือเป็นรากฐานสำคัญของเศรษฐกิจพื้นฐานให้กระจายไปอย่างทั่วถึง ให้มีเงินทุนเพื่อประกอบการอย่างยุติธรรม โดยเริ่มต้นโครงการตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2544 เป็นต้นมา

4. โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ มีแนวคิดเริ่มต้นจากความต้องการสร้างความเข้มแข็งของระดับรากหญ้าในสังคมไทย โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการพัฒนาอาชีพและรายได้จากการผลิตสินค้าเอกลักษณ์ของแต่ละชุมชนที่มีตลาดรองรับและสามารถทำเป็นธุรกิจที่ยั่งยืนต่อไป ทั้งนี้ ผลิตภัณฑ์ ไม่ได้หมายถึงตัวสินค้าเพียงอย่างเดียว แต่เป็นกระบวนการทางความคิดรวมถึงการบริการดูแลอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การรักษาภูมิปัญญาไทย การท่องเที่ยว ศิลปวัฒนธรรม ประเพณีการต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ มีจุดเด่นจุดขายที่รู้จักกันแพร่หลายไปทั่วประเทศและทั่วโลก

5. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ กำหนดสิทธิแก่ประชาชนเพิ่มขึ้นชัดเจน หนึ่งในนั้นคือ สิทธิในการได้รับการสาธารณสุข ซึ่งระบุไว้ในมาตรา 52 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การ

ป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้ประชาชน โดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และมาตรา 82 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” แสดงถึงการที่รัฐคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานสำคัญประการหนึ่งต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งก็คือการที่ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ถึงพร้อมด้วยสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ฉะนั้น รัฐบาลจึงมีหลักการและเหตุผลในการเสนอนโยบายนี้ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประชาชนที่ยากจนและมีรายได้น้อย เพราะจากข้อมูลพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของคนไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสัดส่วนถึงประมาณร้อยละ 60 ของยอดรวมค่าใช้จ่ายสาธารณสุขทั้งหมด โดยโครงการประกันสุขภาพใหม่ที่ทางรัฐบาลจัดให้นี้ ประชาชนจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพียงครั้งละ 30 บาท

### ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด”
2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
3. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบประกันใดเลย
4. ตลาดเสรีขาดประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล
5. แม้การเพิ่มรายได้แก่ประชาชนจะยังทำได้ยาก แต่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการสิ้นเนื้อประดาตัว
6. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพจำนวน 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับการที่เหลื่อมล้ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า

### หลักการของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน
2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชนที่จะให้บริการจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)
4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ)
5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตัวเอง และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)
6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Relate Payment)
7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) ให้แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ที่ว่า ในมุมมองกลับกัน การรักษาแต่ละครั้งก็ยังมีค่าใช้จ่ายแทบทั้งสิ้น ไม่ว่าจะค่ายา ค่าเครื่องมือ ค่าบริการ ฯลฯ ยังเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มีรายได้น้อยอยู่แล้ว ยิ่งประสบปัญหาขาดดุลอย่างรุนแรง การนำเอากลุ่มวินิจัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวมมาใช้ ส่งผลกระทบทำให้สถานะทางการเงินการคลังของสถานพยาบาลแย่ลง เนื่องจากอัตราการจัดเก็บเงินที่ใช้ในปัจจุบันไม่ได้คำนวณจากต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่แท้จริง หลายโรงพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพของประเทศโดยตรง จากเดิมที่เคยมีรายได้เพียงพอต่อการบริหารงาน และการบำรุงสถานที่เพื่อให้บริการ กลับต้องเผชิญปัญหาขาดดุล และยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทำให้บริการของสถานพยาบาล คือ ทำให้สถานพยาบาลมีแนวโน้มการส่งต่อผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากสถานพยาบาลไม่ต้องตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง กองทุนจะเป็นผู้จ่ายเงินส่วนนี้ให้แทน วิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพในทางบวก คือ ผู้ให้บริการมีการใช้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลอย่างระมัดระวังมากยิ่งขึ้น และเกิดผลกระทบต่อคุณภาพในทางลบ คือ ผู้ให้บริการเลือกให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคน้อย และให้บริการน้อยกว่าความจำเป็นเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่าย

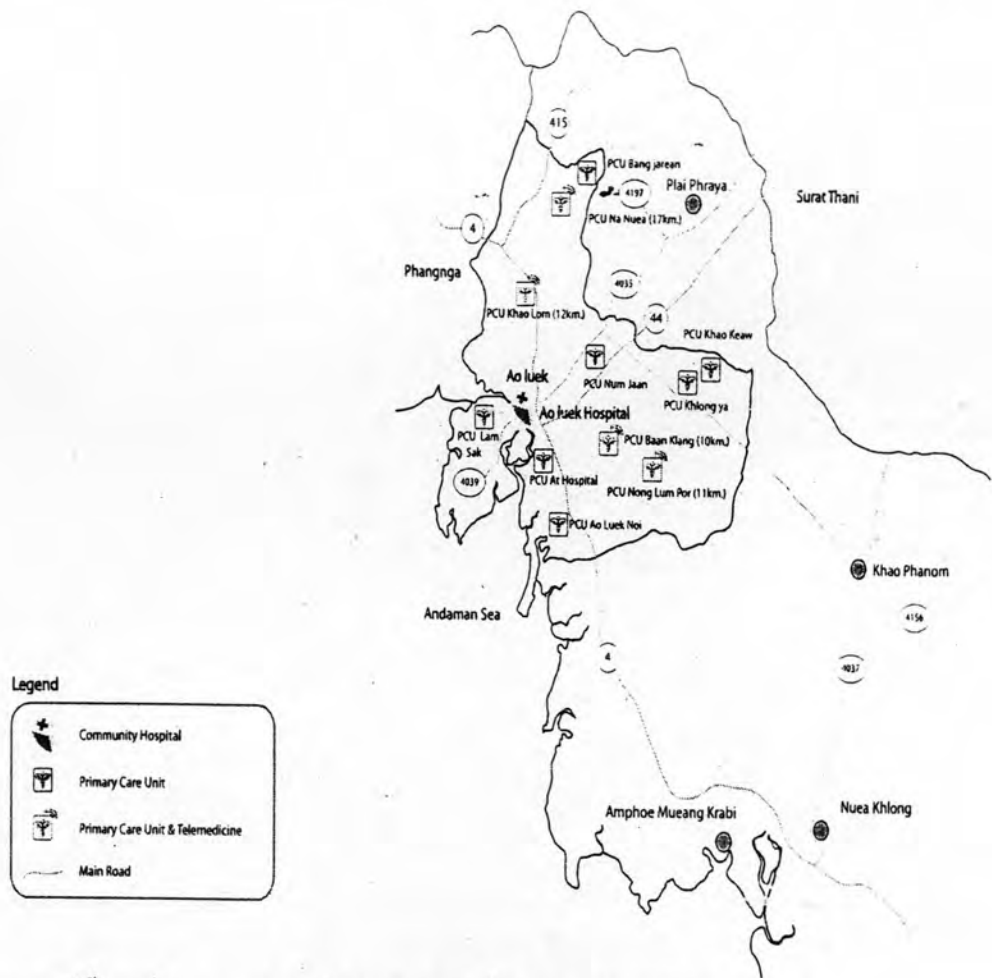
นอกจากนี้ สถานีอนามัยภายใต้การดูแลของสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นศูนย์บริการสุขภาพระดับตำบล ก็ขาดความเชื่อถือศรัทธาจากประชาชน ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากระบบระเบียบราชการ ตลอดจนการขาดความจริงใจในการแก้ไขปัญหาของตัวข้าราชการ ทั้งนี้เนื่องจากระบบราชการมักมีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อนและใช้เวลานาน ทำให้การแก้ปัญหาในบางครั้งไม่ทันการ นอกจากนี้การที่หน่วยงานต่างๆ มีอิสระ (autonomy) สูงยังส่งผลให้การประสานงานกันนั้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก การจัดตั้งหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ซ้ำซ้อนกัน ก่อให้เกิดการเกี่ยวงานเกี่ยวกับความรับผิดชอบ และที่สำคัญที่สุดก็คือ หากตัวข้าราชการขาดความจริงใจตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือชาวบ้านแล้ว ปัญหาต่างๆ ไม่เพียงแต่จะไม่หมดไปแต่ยังอาจก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาด้วย จากปัญหาด้านสาธารณสุขต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ตระหนักดีว่าแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ของรัฐไม่สามารถช่วยเหลือชาวบ้านได้อย่างแท้จริง โรงพยาบาลจึงพยายามแสวงหาทางเลือกอื่นที่คาดว่าจะสามารถช่วยเหลือได้ ความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะดูแลสุขภาพของประชาชน รวมถึงแก้ไขวิกฤติเศรษฐกิจ เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดแนวคิดในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกิดเป็นองค์กรใหม่ที่หน่วยบริการสามารถอยู่รอดได้ และประชาชนมีสุขภาพดี นั่นคือ Telemedicine หรือโทรเวช หรือโทรเวชกรรม อีกนัยหนึ่งคือระบบแพทย์ทางไกล ซึ่งนำเอาความก้าวหน้า ด้านการสื่อสารโทรคมนาคม มาประยุกต์ใช้กับงานทางการแพทย์ โดยการส่งสัญญาณผ่านสื่อ ควบคู่ไปกับเครือข่ายคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลคนไข้ และปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ต้นทาง แพทย์ปลายทางและคนไข้ ภายในห้องเดียวกัน โดยผ่านระบบประชุมทางไกล แบบ Real time

ระบบ Telemedicine ในต่างประเทศเริ่มมาตั้งแต่ช่วงปี 1960 ในสหรัฐอเมริกาโดยเป็นการใช้งานด้าน รังสีวิทยาทางไกล (Teleradiology) การรักษาโรคเกี่ยวกับจิตใจทางไกล (Telepsychiatry) และ การศึกษาทางไกล (Tele-education) ผ่านการสื่อสาร Microwave Link อาจกล่าวได้ว่าปี 1970 นับเป็น First Generation Telemedicine ซึ่งไม่ค่อยประสบความสำเร็จนัก เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง และเทคโนโลยียังไม่มีความมีประสิทธิภาพ Telemedicine ได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในวงการแพทย์ทั่วโลกตั้งแต่ช่วงปี 1990 เป็นต้นมา ปัจจุบันประมาณ 80 ประเทศทั่วโลกมีการใช้งานระบบ Telemedicine ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง การใช้งานที่กำลังได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นคือ การใช้งานการปรึกษาทางการแพทย์ผ่านระบบ Videoconference กับนักโทษในคุกเพื่อจะได้ไม่ต้องเคลื่อนย้ายนักโทษออกนอกคุกไปโรงพยาบาล ทำให้ลดการเสี่ยงนักโทษหลบหนี ประเทศต่างๆ ยังนิยมใช้ระบบ Telemedicine ในด้านการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้สำหรับแพทย์และพยาบาล

สำหรับประเทศไทย Telemedicine เริ่มเมื่อต้นปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงปัญหาการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในท้องที่ชนบทห่างไกล ซึ่งทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วย มุ่งเข้ามารับการรักษายาบาล ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในเมือง อันทำให้เป็นภาระหนักของโรงพยาบาลเหล่านั้น และเป็นภาระทางด้านค่าใช้จ่ายและเวลาของประชาชนที่ต้องเดินทางเข้ามารับบริการ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พิจารณาที่จะนำเทคโนโลยีสื่อสารดาวเทียมมาใช้ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลประชาชนในท้องที่ห่างไกล ในการประชุมกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 1/2537 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2537 ที่ประชุมได้มีมติให้ดำเนินงาน “โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม” ภายในวงเงินงบประมาณ 346.51 ล้านบาท โครงการนี้จะมีการติดตั้งอุปกรณ์ให้หน่วยงานในโครงการทั้งหมด 61 แห่งและรถ่ายถอดสัญญาณดาวเทียมเคลื่อนที่ 1 คัน ในระยะเวลา 4 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2538-2541 ในปีงบประมาณ 2538-2539 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการติดตั้งอุปกรณ์ระบบการแพทย์ทางไกลทั้งหมด 20 แห่ง ในปีงบประมาณต่อๆ มาประเทศไทยประสบปัญหาภาวะเศรษฐกิจ จึงมิได้มีการติดตั้งอุปกรณ์ระบบการแพทย์ทางไกลเพิ่มเติม ในปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2546) จึงมีหน่วยงานในโครงการฯ รวม 20 แห่งเท่าเดิม (จิตรรา ปาลกะวงษ์ ณ อยุธยา, 2547: 2-3) หลังจากที่โครงการได้รับอนุมัติในหลักการจากคณะรัฐมนตรีแล้ว ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และคณะทำงานในโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียมใหม่ จำนวน 4 ชุดคือ (1) คณะกรรมการอำนวยการโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน (2) คณะอนุกรรมการด้านเทคนิคโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม ทำหน้าที่กำหนดคุณสมบัติเฉพาะและรายละเอียดด้านเทคนิคอุปกรณ์ (3) คณะอนุกรรมการพัฒนางานด้านวิชาการทางการแพทย์ ทำหน้าที่ดูแลการให้บริการทางวิชาการผ่านระบบการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม และ (4) คณะอนุกรรมการประสานและจัดหางบประมาณสนับสนุน ทำหน้าที่จัดหางบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ

จากการศึกษาเบื้องต้น พบว่า ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเพียง 2 แห่งในประเทศไทย ติดตั้งระบบโทรเวชกรรม คือ 1.โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และ 2.โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเริ่มทดสอบการใช้งานในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2549 แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องด้วยขาดผู้ดูแลรับผิดชอบโดยตรง





รูปที่ 1 แสดงที่ตั้งของโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ และสถานีอนามัยในความดูแล

ลักษณะโดยทั่วไปของจังหวัดกระบี่ คือตั้งอยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 814 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 772,989 ตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นของประชากร มีค่าเท่ากับ 57.595 คนต่อตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองออกเป็น 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองกระบี่ อำเภอเขาพนม อำเภอเกาะลันตา อำเภอกลองท่อม อำเภออ่าวลึก อำเภอปลายพระยา อำเภอลำทับ และ อำเภอเหนือคลอง สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไป ตอนเหนือประกอบด้วยเทือกเขายาวทอดตัวในแนวเหนือใต้ สลับกับสภาพพื้นที่แบบลูกคลื่น มีที่ราบชายฝั่งทะเลด้านตะวันตก ทางตอนใต้สุดและตะวันตกเฉียงใต้มีพื้นที่เป็นลูกคลื่นและมีภูเขาสูงต่ำสลับกันไป ด้านตะวันตกเป็นชายฝั่งติดกับทะเลอันดามันยาวประมาณ 160 กม. ประกอบด้วยหมู่เกาะประมาณ 130 เกาะ แต่มีประชากรอาศัยอยู่เพียง 13 เกาะ เกาะสำคัญ ได้แก่ เกาะลันตา เป็นที่ตั้งของอำเภอเกาะลันตา และเกาะพีพี ลักษณะอากาศเป็นแบบมรสุมในเขตร้อน ส่งผลให้มีฝนตกชุกตลอดปี และมีเพียง 2 ฤดูคือฤดูร้อนมี 4 เดือนเริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม ไปจนถึงเดือนเมษายน ฤดูฝนมี 8 เดือนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ไปจนถึงเดือนธันวาคม (เรียกว่า “ฝนแปด แดดสี่”) ประชาชนส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ (32.11%) เป็นชาวอิสลาม

(0.82%) ชาวคริสต์และอื่นๆ (3.41%) ทางด้านสาธารณสุข ณ เขตศึกษาอำเภออ่าวลึกนั้นประกอบไปด้วย 9 ตำบล ได้แก่ อ่าวลึกใต้ แหลมสัก นาเหนือ คลองหิน อ่าวลึกน้อย อ่าวลึกเหนือ เขาใหญ่ คลองยา และ บ้านกลาง ครอบคลุม 52 หมู่บ้าน 12,918 หลังคาเรือน 2 เทศบาลตำบล และ 9 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รักษาประชากรตามระบบทั้งสิ้น 50,646 คนแบ่งเป็นประกันสุขภาพ 44,031 คน ประกันสังคม 3,983 คน ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2,308 คน และสิทธิอื่นๆ 324 คน มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงชื่อ “โรงพยาบาลอ่าวลึก” ซึ่งสร้างแล้วเสร็จเมื่อปี พ.ศ. 2535 มีแพทย์ประจำ 3 คน ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพ 50 คน มีหน้าที่ดูแลสถานอนามัยหรือหน่วยพยาบาลปฐมภูมิ (พีซียู) 10 แห่ง ได้แก่ คลองยา เขาแก้ว นาเหนือ บางเจริญ แหลมสัก อ่าวลึกน้อย บ้านกลาง เขาล่อม น้ำจัน และ หนองหลุมพอ

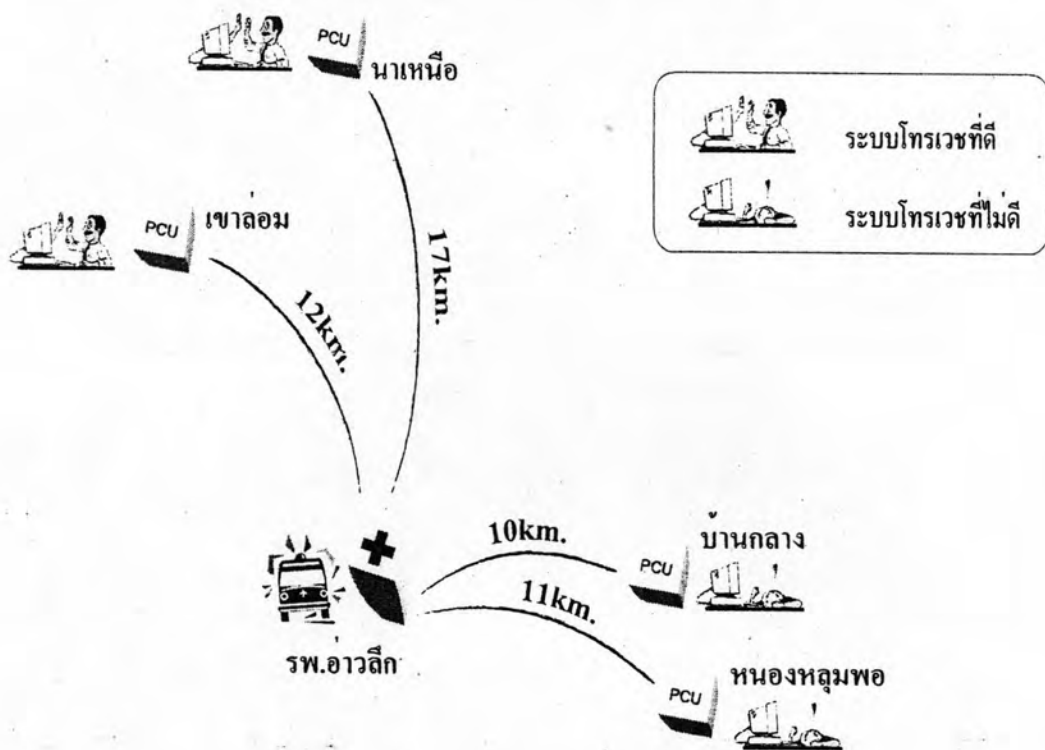
ตารางที่ 1: ภาพรวมของหน่วยพยาบาลปฐมภูมิ ณ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

PCU	รพ.อ่าวลึก (กม.)	ประชากร (คน)	สร้าง พ.ศ.	Telemedicine
แหลมสัก	14	1,435	2513	X
บ้านกลาง	10	5,672	2522	✓
อ่าวลึกน้อย	16	5,932	2522	X
บางเจริญ	27	4,668	2523	X
น้ำจัน	22	6,043	2525	X
คลองยา	62	3,198	2530	X
เขาล่อม	12	4,025	2530	✓
หนองหลุมพอ	11	6,879	2538	✓
นาเหนือ	17	4,370	2539	✓
เขาแก้ว	62	3,000	2540	X

ที่มา: Using Telemedicine with Point-of-Care Testing to Optimize Health Care Delivery in Thailand, 2006, 3.

ก่อนปี พ.ศ. 2545 โรงพยาบาลอ่าวลึกก็มีลักษณะไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งมีคนไข้พลุกพล่าน ต้องนั่งรอแพทย์กันครึ่งค่อนวัน และแม้จะมีสถานอนามัยให้บริการอยู่ทุกตำบลก็ตาม แต่โดยเฉลี่ยมักจะปิดทำการเดือนละ 7 วัน ยาที่จำเป็นก็มีไม่ครบ นั่นคือสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไม่ยอมไปพีซียู ส่งผลให้อัตราผู้เสียชีวิตจากโรครุนแรงคาฟุ้งสูงชันอย่างรวดเร็ว ทางโรงพยาบาลอ่าวลึกจึงได้คิดแปลงระบบ Telemedicine ให้เป็นโทรเวชเพื่อใช้ติดต่อระหว่างแพทย์ที่ประจำอยู่ ณ โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือคนไข้ ณ สถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อพลิกฟื้นศรัทธาของชาวบ้านให้ไปใช้บริการสถานอนามัยใกล้บ้านให้ได้ ทั้งนี้โครงการดังกล่าวต้อง

อาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ปัจจุบันนี้มีหน่วยปฐมภูมิ 4 แห่งที่ได้รับการติดตั้งระบบโทรเวช เนื่องจากปัญหาขาดแคลนสายส่งสัญญาณในบางพื้นที่ ได้แก่ บ้านกลาง เขาล่อม หนองหลุมพอ และ นาเหนือ อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า มีเพียง 2 แห่งซึ่งก็คือเขาล่อมและนาเหนือที่ประสบความสำเร็จในการบริหารงาน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขซึ่งติดตั้งระบบโทรเวช โดยคำถามในการวิจัยครั้งนี้คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้บริโภคในขณะที่รับบริการมีอะไรบ้าง และสาเหตุของปัญหาเกิดขึ้นจากปัจจัยอะไรบ้าง ผู้วิจัยคาดว่า งานวิจัยฉบับนี้จะให้ข้อค้นพบใหม่ ที่จะประโยชน์ต่อการปรับปรุงระบบโทรเวชของโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐในประเด็นต่อไปนี้ (1) การปรับปรุงการบริหารงาน และ (2) การปรับปรุงระบบการประสานงาน



รูปที่ 2 แสดงประสิทธิภาพการให้บริการ ณ สถานีอนามัยที่ติดตั้งโทรเวชกรรม

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

### 1.2.1 วัตถุประสงค์หลัก

ต้องการศึกษาว่า มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนที่ไม่นิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ซึ่งติดตั้งระบบโทรเวชกรรม โดยหันไปใช้บริการโรงพยาบาลอ่าวลึกแทน แม้ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และสาเหตุที่ประชาชนนิยมไปใช้บริการสถานบริการที่ติดตั้งระบบโทรเวชกรรม รวมทั้งเปรียบเทียบต้นทุนของผู้ป่วยทั้งสองกรณี

### 1.2.2 วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาถึงหลักการการปรับปรุงการบริหารสถานบริการสุขภาพ ทั้งแบบงานภายในและการจัดระบบเครือข่ายโรงพยาบาลที่จะนำไปสู่ความประทับใจของประชาชน โดยให้เกิดปัญหาน้อยที่สุด ทั้งนี้ ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้กับชุมชนอื่นต่อไป

### 1.3 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการค้นหาถึงปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเลือกใช้หรือไม่สนใจการรักษาผ่านระบบ Telemedicine ณ หน่วยพยาบาลปฐมภูมิในเครือข่าย รวมถึงประเมินความแตกต่างด้านค่าใช้จ่ายในเชิงโลจิสติกส์ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนมารับบริการจากสถานอนามัยใกล้บ้านแทนโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ทั้งนี้ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์อาจสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับใช้กับชุมชนอื่นต่อไป

### 1.4 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรเป้าหมายที่เป็นตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ คือผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 1 ปี ถึง 90 ปี ทั้งนี้ ในรายที่เป็นเด็กจะทำการสัมภาษณ์ผู้ปกครองแทน ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตผู้บริหารของโรงพยาบาลอ่าวลึก โดยได้รับความร่วมมือในการช่วยประสานงานจากสถานอนามัยเป้าหมาย จากนั้นจะรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มาใช้บริการ ณ สถานอนามัยเขาล่อมและนาเหนือ โดยผู้วิจัยมีอิสระในการเลือกตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล สำหรับผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับการรักษาผ่านระบบ Telemedicine ณ สถานอนามัยใกล้บ้าน ผู้วิจัยจะเลือกจากผู้ป่วยขณะนั่งรอรับยาหลังจากได้รับการตรวจที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยนั้นจะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ คือ พำนักอยู่ในพื้นที่ภายใต้เขตรับผิดชอบของนาเหนือ เขาล่อม หนองหลุมพอและบ้านกลาง นอกจากนี้ หากผู้ป่วยไม่เคยรู้จักระบบ Telemedicine มาก่อน ผู้วิจัยจะทำการนำเสนอโดยอธิบายหลักการทำงานพอสังเขป

#### 1.4.1 พื้นที่ในการรวบรวมข้อมูล

1. โรงพยาบาลอ่าวลึก ในจังหวัดกระบี่ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับการรักษาผ่านระบบ Telemedicine ณ สถานีอนามัยใกล้บ้าน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่เครือข่ายที่หนองหลุมพอและบ้านกลางไม่ประสบความสำเร็จเช่นที่นาเหนือและเขาล่อม รวมทั้งปัญหาของประชาชนที่เกิดขึ้นจากการรับบริการ

2. หน่วยพยาบาลปฐมภูมิหนองหลุมพอ บ้านกลาง นาเหนือ และเขาล่อม รวบรวมข้อมูลผู้ให้บริการและผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามาใช้บริการการรักษาระบบ Telemedicine หรือไม่ผ่านระบบ รวมถึงแนวทางความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาในภายภาคหน้า

ตัวอย่างในการศึกษาด้วยวิธีเชิงปริมาณจำนวนทั้งสิ้น 408 ตัวอย่าง โดยจำแนกดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่านระบบ Telemedicine ณ สถานีอนามัยนาเหนือและเขาล่อม 100 ตัวอย่าง
- 2) ผู้ป่วยในเขตดูแลของสถานีอนามัยนาเหนือ เขาล่อม หนองหลุมพอ และบ้านกลาง แต่เลือกมารักษาที่โรงพยาบาล 300 ตัวอย่าง
- 3) ผู้ให้บริการสาธารณสุข ณ สถานีอนามัยเขาล่อม นาเหนือ หนองหลุมพอ และบ้านกลาง 8 ตัวอย่าง

#### 1.4.2 พนักงานสัมภาษณ์และการควบคุมคุณภาพข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม คณะสำรวจประกอบด้วยบุคคลต่อไปนี้

- 1) พนักงานสัมภาษณ์ ผู้ทำหน้าที่สัมภาษณ์ข้อมูล
  - 2) นักวิจัย ผู้ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมและตอบคำถามที่พนักงานสัมภาษณ์เข้าใจยังไม่ชัดเจน
- 1) พนักงานสัมภาษณ์ ประกอบด้วยพนักงานสัมภาษณ์ จำนวน 2 คน ซึ่งสามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้
  - 2) นักวิจัย คือ บุคคลที่ทำหน้าที่วางหลักในการวิจัย ซึ่งจะตอบคำถามให้กับพนักงานสัมภาษณ์ในกรณีที่มีความเข้าใจในบางกรณีที่ไม่ชัดเจน

#### 1.4.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

### 1) ข้อจำกัดในการเลือกตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างในการเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษาคครั้งนี้ ไม่สามารถใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบได้ แม้ว่าผู้วิจัยจะได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง แต่การยินยอมให้สัมภาษณ์เป็นสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ยินยอมให้สัมภาษณ์เท่านั้น

### 2) ข้อจำกัดในด้านสถานที่

การเก็บข้อมูลในการศึกษาคครั้งนี้ ได้รับอนุญาตให้ทำในบริเวณสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่าง ซึ่งอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกเกรงใจบุคลากรของสถานบริการนั้นๆ และอาจไม่กล้าแสดงความคิดเห็นอย่างที่ต้องการ

## 1.5 วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสำรวจ (Survey) ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2550 ใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณซึ่งมีคำถามปลายเปิดและปลายปิด รวมทั้ง Dichotomous, Multiple choice, Checklist, Ranking, Rating, Open ended และแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดเรื่องเจตคติ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นมาตรวัดการประมาณค่าแบบ Likert's scale 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะภาพรวม และตามลักษณะของสถานบริการสาธารณสุข พนักงานสัมภาษณ์จะทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบสอบถาม ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ชุด สำหรับรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับบริการผ่านระบบ telemedicine ณ สถานีอนามัยเขาล่อมและนาเหนือ และผู้ป่วยที่ปฏิเสธเข้ารับบริการ ณ สถานีอนามัยเขาล่อม นาเหนือ หนองหลุมพ้อและบ้านกลาง แต่เลือกมาโรงพยาบาลอ่าวลึกแทน
2. พนักงานบริการสาธารณสุข ณ สถานีอนามัยทั้ง 4 แห่ง

## 1.6 วิธีการสร้างแบบสอบถาม

ในการสร้างแบบสอบถามนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลพื้นฐาน รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม ซึ่งมี 3 ขั้นตอนดังนี้

1) เป็นการร่างแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยอาศัยแนวทางการร่างจาก วัตถุประสงค์ที่ต้องการ ดังนั้นการร่างแบบสอบถามในงานศึกษานี้ จึงเป็นการร่างที่มีเฉพาะ คำถามที่จำเป็นต้องใช้เท่านั้น

2) นำร่างของแบบสอบถามไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมทั้ง คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาให้ตรงประเด็น และง่ายต่อความ เข้าใจของชาวบ้าน

3) นำร่างของแบบสอบถามที่ได้จากคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์มาปรับปรุงเพื่อใช้เป็นแบบสอบถามฉบับจริงในการเก็บข้อมูล

### 1.7 คำจำกัดความ

**โทรเวชกรรม (Telemedicine)** ในที่นี้หมายความว่า ระบบการให้บริการการรักษา ทางการแพทย์รูปแบบหนึ่ง โดยนำเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ตมาใช้ โดยผู้ป่วยไม่ จำเป็นต้องเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล ทั้งแพทย์และผู้ป่วยเองสามารถเห็นหน้า พบปะ สนทนา และสื่อสารกันโดยผ่านทางจอคอมพิวเตอร์

**ชนบท** ในที่นี้หมายความว่า พื้นที่ที่อยู่ห่างไกลความเจริญ เป็นพื้นที่ที่อยู่ห่าง ออกไปจากในตัวเมือง หรืออยู่นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล ผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทนั้นเรียกว่า “ชาวชนบท” หรือ “ชาวบ้าน” มีสภาพความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย

**การรักษาพยาบาลแบบเดิม** ในที่นี้หมายความว่า การให้บริการรักษาพยาบาลที่ โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล เพื่อตรวจรักษากับแพทย์

**จรรยาบรรณ** ในที่นี้หมายความว่า ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการ งานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก อาจเขียน เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้

**ต้นทุน** ในที่นี้หมายความว่า ทรัพยากรหรืองบประมาณ ซึ่งได้แก่ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ที่ใช้ในกระบวนการกิจกรรมต่างๆ เพื่อก่อให้เกิดผลผลิต

เพศ ในที่นี้หมายความว่าถึง เพศชายและหญิง

อายุ ในที่นี้หมายความว่าถึง อายุของกลุ่มตัวอย่าง นับเป็นจำนวนปีเต็มถึงวันสัมภพ

อาชีพ ในที่นี้หมายความว่าถึง การประกอบกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้มากที่สุด และ  
ดำเนินการเป็นประจำ ได้แก่ อาชีพค้าขาย รับราชการ รับจ้าง ทำสวน ธุรกิจส่วนตัว และพนักงาน  
บริษัทเอกชน

รายได้ ในที่นี้หมายความว่าถึง ผลตอบแทนที่ได้รับจากการประกอบอาชีพของกลุ่ม  
ตัวอย่างคิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ระดับการศึกษา ในที่นี้หมายความว่าถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง  
แบ่งเป็นไม่ได้รับการศึกษา ระดับประถม ระดับมัธยม และระดับอุดมศึกษา

โรงพยาบาล ในที่นี้หมายความว่าถึง สถานที่ที่ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่  
ได้รับความทุกข์จากการเจ็บป่วย

หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ในที่นี้หมายถึง หน่วยลงทะเบียน ทำบัตรผู้ป่วยซึ่ง  
ให้บริการทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า รวมทั้งบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

## 1.8 องค์ประกอบวิทยานิพนธ์

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาโดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน  
ด้วยกัน กล่าวคือ

บทที่หนึ่ง ประกอบด้วยบทนำ ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการศึกษา  
ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย วิธีการศึกษา วิธีการสร้างแบบสอบถามและคำจำกัดความ

บทที่สอง ประกอบด้วย กรอบแนวคิด งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สมมติฐาน  
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา การวิเคราะห์และการ  
นำเสนอข้อมูล



บทที่สาม เป็นการนำเสนอกรณีศึกษา เพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของโทรเวชกรรม ณ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ รวมถึงแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงระบบ เพื่อนำไปปรับใช้ให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

บทที่สี่ เป็นบทสรุปของปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของโทรเวชกรรม นอกจากนี้ยังได้เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

