

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัด จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยได้ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
3. แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนแออัด
4. ทฤษฎีการย้ายถิ่น
5. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม
6. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
7. งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2542 : 8-10) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนซึ่งมีปัญหาคือความเดือดร้อนหรือจำเป็น มีโอกาสทัดเทียมหรือไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ในอันที่จะได้รับบริการจากองค์กรที่ให้บริการสังคมในลักษณะที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความจำเป็นของตนเอง โดยที่องค์กรเหล่านี้จะได้อำนวยความสะดวกด้วยประการต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนเท่าที่จะทำได้และยังหมายรวมถึงการที่องค์กรบริหารสังคมมีนโยบายป้องกันแก้ไขปัญหาของประชาชน หรือตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชนโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ส่วนบุคลากรขององค์กรก็มีหน้าที่ที่ดีและให้การต้อนรับประชาชนที่มาใช้บริการเป็นอันดี รวมทั้งมีการจัดสถานที่อำนวยความสะดวก และจัดหาทรัพยากรเพื่อให้พร้อมที่จะให้บริการประชาชนด้วย

โรเซ็น ฟลอรีน และไดซอน (Rosen, Florin, & Dixon. 2001 อ้างถึงใน สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์. 2546) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้อง

ทางเข้าของบริการสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพการให้บริการสุขภาพของบุคคลตามความจริง ทุกสิ่งต้องมีความสะดวกต่อการให้บริการของบุคคลนั้น

กัลลิฟอร์ดและคณะ (Gulliford et al. 2001) ให้ความหมาย การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสะดวกในการที่ช่วยให้ประชาชนสมควรได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) มีบริการที่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพ 2) มีบริเวณที่ประชาชนเข้าถึงอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยระบบการเงิน การคลัง คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และทางด้านกายภาพ 3) การบริการที่ให้ตรงกับปัญหา มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีความพึงพอใจ 4) การให้บริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ มีการยอมรับคุณภาพ

การเข้าถึงบริการตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen. 1981 : 27) ได้จำแนกการเข้าถึงบริการระหว่างศักยภาพการเข้าถึง (Potential Access) คือโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพว่าเป็นความพอเพียงของบริการและการเข้าถึงที่แท้จริง (Realized Access) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงของบริการและการใช้บริการที่แท้จริงการเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลโดยมีกรอบแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen. 1974 : 208-220) นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่

1. นโยบายสาธารณสุข (Health Policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการเป็นเป้าหมายสำคัญจุดประสงค์ของแนวคิดนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณการศึกษา อัตราค่าตั้งและโครงการจัดสุขภาพใหม่

2. ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of Health Delivery System) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร ความครอบคลุมของการให้บริการ การจัดองค์กร ได้แก่ ระบบให้บริการ ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่

3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of Population) ได้แก่ ปัจจัยนำเกี่ยวกับตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินความเจ็บป่วย

4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of Health Services) เช่น ชนิดสถานบริการ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ใช้บริการ ที่ตั้งของสถานบริการช่วงเวลาของการให้บริการ

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer Satisfaction) คือความรู้สึที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวก ความพึงพอใจต่อความหลากหลายของบริการที่มีอยู่ ความพึงพอใจต่อราคาค่าบริการ ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

เฟรดเดอริก เอ.เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (Frederick A.Day and Boonlert Leoprapai) (อมรรกรณ์ จรจันทร์. 2550 : 14 และพัชรินทร์ สุริยะ. 2544 : 44 - 45 อ้างถึงใน Frederick A.Day and Boonlert Leoprapai. 1977) ทำการศึกษาถึงแบบแผนการเข้าใช้บริการสาธารณสุขชนบทของไทย ได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่มีอยู่ เวลาที่มี ประสบการณ์ในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคยผู้ให้บริการ การเดินทาง เงิน ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

2. ลักษณะของสถานบริการ คือ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอย

3. ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะทางไกล ขาดพาหนะสำหรับการเดินทาง สภาพถนนหรือทางน้ำ ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่น ๆ ที่เลือกไปใช้

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1978 อ้างถึงใน บัวลักษณ์ จันทระ. 2549) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ว่า หมายถึงบริการที่ประชาชนได้รับการดูแลแบบปฐมภูมิ โดยพิจารณาการเข้ารับบริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ คือ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพทางด้านภูมิศาสตร์ เป็นการพิจารณาถึง ระยะทาง ระยะเวลาเดินทาง ค่าเฉลี่ยของการเดินทาง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคของการใช้บริการสุขภาพ 2) การเข้าถึงบริการทางด้านการเงิน หมายถึง การสามารถชำระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการใช้บริการสุขภาพ 3) การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถรักษารูปแบบและวัฒนธรรมของชุมชน 4) การเข้าถึงบริการด้านหน้าที่ หมายถึง การให้บริการสุขภาพต่อผู้ใช้บริการตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

ซูลซ์ และ จอนห์สัน (Schulz & Johnson. 1990 อ้างถึงใน อรรธรณ พุ่มพวง. 2551 : 23) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการด้วย 5 เอ (Five A'S) ได้แก่ 1) ความพอเพียงของบริการ(Availability) หมายถึง ความพอเพียงของจำนวนผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ 2) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึง สถานที่ตั้งซึ่งสามารถใช้บริการโดยสะดวก การคมนาคมสะดวก 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ (Accommodation) หมายถึงการได้รับบริการอย่างรวดเร็วไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึงความสามารถในการจ่ายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ 5) การยอมรับในบริการ (Acceptability) หมายถึง การยอมรับความสามารถในการบริการ

เพนชานสกีร์ และ โทมัส (Penchansky and Thomas. 1981 : 127) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการคือ ระดับของความเพียงพอระหว่างความต้องการของผู้ป่วย และระบบบริการที่มีอยู่ โดยได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพจำแนกเป็น 5 มิติ คือ

1. ความสามารถของผู้รับบริการในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือประกันสุขภาพ (Affordability)

2. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงของบริการต่อความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนมีบุคลากรและเทคโนโลยีที่เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วย

3. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ การเข้าถึงแหล่งบริการ การเดินทางสะดวก ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการ

4. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) เป็นแหล่งที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกและให้ความสะดวกในการมารับบริการเกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยปราศจากข้อจำกัดทำให้เข้าถึงบริการได้ง่าย

5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) คือ การยอมรับในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในบริการ มิฉะนั้นประกอบด้วย อายุ เพศ สังคม และความเป็นธรรมชาติของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อาทิ การวินิจฉัยโรคและความครอบคลุมของบริการทั้งหมด

จากการศึกษาแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวข้องกับ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ลักษณะของผู้มารับบริการ และ 2) ความพอเพียงของระบบบริการที่มีอยู่โดยเน้นไปที่การเข้าถึงการรักษาพยาบาล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล 2 ส่วน คือ 1) การเข้าถึงในด้านการมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการรับรู้เรื่องสิทธิบัตรทอง และ 2) การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในด้านการรักษาพยาบาลตามการศึกษาของเฟรดเดอริค เอ.เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (Frederick A. Day and Boonlert Leoprapai) และแนวคิดของเพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky and Thomas)

การเข้าถึงในด้านการมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการรับรู้เรื่องสิทธิบัตรทองเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล อาทิ การขึ้นทะเบียน การย้ายสิทธิบัตรทอง ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ช่องทางการรับรู้ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้สอดคล้องกับการเข้าถึงทางด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการตามการศึกษาของ เฟรดเดอริค เอ. เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (Frederick A. Day and Boonlert Leoprapai) และในส่วนที่ 2 คือ การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในด้านการรักษาหรือการบริการทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky and Thomas) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 มิติ คือ 1) ด้านความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability) 2) ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) 3) ด้านเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Accessibility) 4) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและให้ความสะดวกในการมารับบริการ (Accommodation) และ 5) การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการทำเครื่องมือวิจัย : แบบสอบถามเพื่อศึกษาการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดได้

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

### 2.2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

#### 2.2.1.1 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552 : 1-28)

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่าโดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับ มาตรา 35 และมาตรา 48 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย จึงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภาต่อไปนี้

หลักการเหตุผลและสาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รายละเอียดมีดังนี้

(ก) หลักการเหตุผลของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือ

- เพื่อให้สิทธิบริการสาธารณสุขแก่บุคคลตามรัฐธรรมนูญ มาตรา 52 มาตรา 82
- การให้บริการจัดการร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของภาครัฐโดยรวม

(ข) สาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย

- มาตรา 1-4 บททั่วไป
- มาตรา 5-12 หมวดสิทธิการรับบริการสาธารณสุข
- มาตรา 13-23 หมวด 2 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
- มาตรา 24-36 หมวด 3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- มาตรา 37-43 หมวด 4 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- มาตรา 44-47 หมวด 5 หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
- มาตรา 48-53 หมวด 6 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
- มาตรา 54-56 หมวด 7 พนักงานเจ้าหน้าที่
- มาตรา 57-62 หมวด 8 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ
- มาตรา 63-64 หมวด 9 บทกำหนดโทษ

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง สิทธิของประชาชนชาวไทยทุกคนที่จะได้รับ บริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการบริการ ไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น ดังนั้น “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” จึงไม่ใช่ บริการการสงเคราะห์ บริการราคาถูกลง หรือบริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบ เฉพาะหน้ารวมทั้งไม่ใช่บริการที่มีการสมัครจึงจะได้รับหากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของ ประชาชนชาวไทยทุกคนโดยมีวัตถุประสงค์การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังนี้ (สังสิต พิริยะ รังสรรค์ และคณะวิจัย. 2547 : 18 -2)

1) ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้วยังรวมถึง การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า (Progressive Rate) และเป็นธรรม รวมถึงการเข้า บริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน

2) ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการจัดการการบริหารอย่างเคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Networks) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ

3) ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลาย จากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงสถานบริการของเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

4) การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้าง สุขภาพดี ซึ่งไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น ยังเน้นส่วนที่เป็นบริการ ส่วนบุคคล (Personal Health Care) ที่เป็นบริการที่เสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

#### 2.2.1.2 วิสัยทัศน์พันธกิจและเป้าหมายการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552 : 3-4)

##### วิสัยทัศน์

มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ

##### พันธกิจ

1. ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดี ที่ประชาชนมั่นใจ และผู้ให้บริการ มีความสุข
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน องค์กรประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ
3. คุ้มครองสิทธิและส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนให้เข้าใจสิทธิและหน้าที่

4. บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ
5. สร้างระบบการบริหารจัดการองค์กรที่ได้มาตรฐาน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

#### เป้าประสงค์

1. ประชาชนรับรู้สิทธิ หน้าที่ ทราบข้อเท็จจริง และได้รับการคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ
2. มีระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและประชาชนเข้าถึงได้
3. มีระบบบริหารงบกองทุนที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ตามหลักธรรมาภิบาล
4. การมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพและเครือข่ายประชาชนในการบริหารจัดการ และจัดกิจกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ
5. มีระบบงานที่มีมาตรฐาน มีการกระจายอำนาจ และมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
6. พัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้เพื่อระบบหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน

ปีงบประมาณ 2552 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณ จำนวน 3 รายการ คือ 1) งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว 2) งบบริการสุขภาพผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ 3) งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรและให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกันจึงประกอบด้วยกรอบแนวคิดหลักดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552 : 73 -77)

1. การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เพียงพอในการจัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ได้อย่างเท่าเทียมกัน ปีงบประมาณ 2552 ได้รับการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 2,202 บาท ซึ่งปัจจุบันมีประชากรผู้มีสิทธิจำนวน 47.026 ล้านคน

2. การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสุขภาพ โดยกำหนดระบบการจ่ายค่าบริการเท่าเทียมกันตามความจำเป็นที่ต้องการได้รับการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบบริการและให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายบางรายการ เพื่อมิให้เป็นข้อจำกัดของหน่วยบริการในการให้บริการแก่ประชาชน เช่น ยาราคาแพง เป็นต้น

3. การบริหารผู้ป่วยโรคเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงมากและมีความจำเป็นต้องได้รับการต่อเนื่องรวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

4. การคุ้มครองการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อข้ามสาขาจังหวัด หรือสาขาเขตพื้นที่เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็นจึงให้มีการบริหารการจ่าย ที่ส่วนกลาง สำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รับบริการนอกเขตพื้นที่ และกำหนดอัตราการจ่ายสำหรับผู้ป่วยในที่รักษานอกเขตพื้นที่

5. การเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในแต่ละพื้นที่ที่มีปัญหาด้านการส่งเสริมป้องกันที่ต้องเร่งรัดเป็นการเร่งด่วนที่แตกต่างกันจึงจัดให้มีการจ่ายให้กับสาขาจังหวัด/สาขาเขตพื้นที่/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับบริการที่เป็นปัญหา เฉพาะของจังหวัด/เขตพื้นที่และการจ่ายโบนัสแก่หน่วยบริการตามผลงานและผลลัพธ์เป็น การเพิ่มเติมจากอัตรามาจ่ายรายหัว เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพ การจัดบริการ

6. การสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ มีการจัดงบประมาณเพิ่มเติม สำหรับ หน่วยบริการในพื้นที่กันดารและเสี่ยงภัย การจ่ายงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการตาม เกณฑ์คุณภาพบริการและจ่ายชดเชยความเสียหายเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการ

7. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเชื่อมข้อมูล การรับยาต้านไวรัสกับการเบิกจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์และพัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้บริการได้ครอบคลุมมากขึ้น

8. การเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายโดยเพิ่มความครอบคลุมและจัดให้มีการเข้าถึงบริการ ไปพร้อมกับริเริ่มมาตรการ สกัดกั้นการลุกลามโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มแรกการคัดกรองป้องกันโรคไต

9. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน โดยการดำเนินการรักษาวินัยการเรียกเก็บ ค่าบริการ ลดขั้นตอนในการดำเนินงาน โดยกำหนดให้การบริหารกองทุนในระดับสำนักงาน สาขาจังหวัด/เขตพื้นที่ และการให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจ ให้สถานบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการมีส่วนร่วมให้บริการได้ตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่สปสช.กำหนด โดยให้สถานบริการนั้นทำสัญญาดำเนินงานตามโครงการกับสปสช.

## 2.2.2 สิทธิผู้ป่วย

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2537 : 19) ให้ความหมาย สิทธิผู้ป่วย หมายถึง สิทธิของพลเมือง ทุกคนที่ไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2538 : 4) ให้ความหมายสิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ ผู้ป่วยพึงได้รับจากการบริการทางการแพทย์ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของ ผู้ป่วย นอกจากผู้ที่ยังมีความเจ็บป่วยแล้วยังรวมไปถึงผู้ที่ไม่ไปรับบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขในทุกประเภทด้วย



ประกาศสร พงศ์พันธุ์พิศาล (2541 : 50-53) สำหรับประเทศไทย องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ อันได้แก่ แพทยสภา สภากาชาด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุม การประกอบโรคศิลป์ ได้ร่วมกันจัดทำคำประกาศสิทธิ ของผู้ป่วยซึ่งประกาศ ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 มีสาระสำคัญที่ประชาชนทั่วไป พึงจะได้รับทราบเพื่อประโยชน์ ในการขอรับบริการ ด้านสุขภาพของตน ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่จะรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูล อย่างเพียงพอและเข้าใจ ชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการ ช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือ รีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วย จะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพ ที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็น จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยน ผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูล เกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอม จากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการ เป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุยังไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถ ใช้สิทธิด้วยตนเองได้

## 2.2.3 สิทธิประโยชน์และการลงทะเบียนเพื่อใช้สิทธิ

### 2.2.3.1 ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพโดยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ทั้งนี้ ในระยะที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลใช้บังคับ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 1/2545 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2545 เห็นชอบให้ใช้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ใช้ขณะดำเนินการนำร่อง “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นเกณฑ์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้และยังคงใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ดังนั้นประเภทและขอบเขตสิทธิของประชาชน ยังคงใช้ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 หมวด 4 ว่าด้วยการรับบริการทางการแพทย์ซึ่งกำหนดทั้งรายละเอียด “บริการใดครอบคลุม (Inclusion Lists)” “บริการใดที่ไม่ครอบคลุม (Exclusion Lists)” แต่ได้นำมาจัดหมวดหมู่ใหม่ตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ในมาตรา 3 ให้เป็น “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . 2552 : 27-36)

### 2.2.3.2 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังต่อไปนี้

1.1 การตรวจและการบริหารสุขภาพ พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.3 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ตามแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับประชาชนไทยซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา/ราชวิทยาลัย

1.4 การวางแผนครอบครัว ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และหรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.5 การให้ยาด้านไวรัสเอดส์กรณีป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่ตั้งครรภ์สู่ลูก

## 1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.7 การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการทั้งบุคคลและครอบครัวตลอดจน สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

1.8 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ การเคลือบหลุมร่องฟัน(กลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

2. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการตรวจและการบริหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของ หญิงมีครรภ์ ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และขององค์การอนามัยโลก

3. ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ครอบคลุมบริการตรวจและการบริหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ของหญิงมีครรภ์ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และขององค์การอนามัยโลก

## 4. ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

4.1 การบำบัดและบริการทางเวชกรรม รวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จนถึงสิ้นสุดการรักษา

4.2 การบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้าง ช่องท้อง ( Peritoneal Dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การปลูกถ่ายไต

4.3 การบำบัดและบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูด หินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียม ในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

5. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ทาง การแพทย์ โดยครอบคลุมตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติและรวมการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วย

6. ค่าทำคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่

7. ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ครอบคลุมการบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

8. ค่าบริหารทารกแรกเกิด

9. ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและ การส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

10. ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อ การรักษาระหว่างสถานพยาบาล

11. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา

12. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

### การเข้ารับบริการสาธารณสุขและการร่วมจ่ายค่าบริการ

1. กรณีทั่วไป : ให้นำบุคคลที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำแล้ว ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายส่งต่อ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ (ยกเลิกการร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บในอัตรา 30 บาทในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นไป

#### 2. กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.1 ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ให้เข้าใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการที่ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรก โดยการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องมีข้อบ่งชี้ดังนี้

2.1.1 โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วนหากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทุพพลภาพ หรืออันตรายต่อผู้อื่น

2.1.2 โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิตสิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบด้วย 2.1.1 – 2.1.2 ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อาการโรค การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาและความเร่งด่วนในการรักษา คำนึงถึงการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออาการป่วยด้วย

ก. กรณีที่ใช้บริการที่หน่วยบริการซึ่งขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย และสามารถใช้สิทธิใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ตามความจำเป็น โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (ยกเลิกการจำกัด ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี)

ข. กรณีใช้บริการที่สถานบริการอื่นผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเฉพาะส่วนที่เกินจากจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สถานบริการ โดยสถานบริการดังกล่าวจะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนการให้บริการทุกครั้งผู้มีสิทธิหรือญาติสามารถแสดงความประสงค์ขอย้ายไปหน่วยบริการประจำของตนได้ โดยให้ได้รับคำรถพยาบาลหรือคำพาหนะรับส่งผู้ป่วย ทั้งนี้ให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการนั้น ในกรณีหน่วยบริการประจำไม่สามารถรับย้ายผู้มีสิทธิหรือไม่สามารถจัดหาบริการอื่นให้ได้ หน่วยบริการประจำจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังจากวันที่ได้รับทราบความประสงค์ขอย้ายให้แก่สถานบริการอื่น

2.2 ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบ่งชี้ในข้อ 2.1 สามารถใช้บริการดูแลนอกสถานพยาบาลและบริการรับส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจากที่เกิดเหตุไปยังหน่วยบริการตามทีศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการกำหนด โดยโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) หมายเลข 1669

2.3 กรณีฉุกเฉินจากการได้รับพิษหรือสงสัยว่าอาจได้รับพิษ ผู้มีสิทธิสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือแพทย์เฉพาะทางเวชพิษวิทยาได้ที่หมายเลข 1330

3. กรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ได้ในกรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำที่จะให้การรักษา และหน่วยบริการประจำกับผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันที่จะให้เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้

#### บริการที่ไม่ครอบคลุม

ได้แก่ กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน

1. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
2. การผสมเทียม
3. การเปลี่ยนเพศ
4. การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
5. การตรวจวินิจฉัย และรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
6. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

กลุ่มบริการที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะหรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น

7. โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน
8. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด (ยกเว้น ผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮโรอีนที่สมัครใจเข้ารับการรักษาและไม่ต้องโทษคดียาเสพติด ให้ได้รับสารทดแทน (เมทาโดน) จากหน่วยงานบริการที่ขึ้นทะเบียนได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นไป)

9. การบาดเจ็บจากการประสบภัยจากรถและผู้อยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย หลังจากใช้สิทธิ พ.ร.บ. ครบจึงจะสามารถใช้สิทธิกลุ่มบริการอื่น ๆ

10. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากการแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

11. การปลูกถ่ายอวัยวะ ยกเว้นการปลูกถ่ายไตเพื่อรักษาไตวายเรื้อรังหรือระยะสุดท้าย

### การลงทะเบียนและการเลือกหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . 2552 : 37-47)

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ และตามมาตรา 6 กำหนดให้บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ยื่นคำลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดและเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำของตน เพื่อมีหน่วยบริการประจำให้การดูแลสุขภาพอย่างผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นการดำเนินการลงทะเบียนให้แก่ประชาชน จึงเป็นขั้นตอนสำคัญขั้นตอนหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และเพิ่มความครอบคลุมประกันสุขภาพของประเทศ

#### 2.2.3.3 คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย
2. มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยต้องมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียนกระทรวงมหาดไทย
3. ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ ได้แก่
  - 3.1 ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม
  - 3.2 ข้าราชการ หรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท
  - 3.3 พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อบจ. อบต. และเทศบาล
  - 3.4 พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ
  - 3.5 คู่สมรส บุตร หรือ บิดา มารดา หรือ บุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (3.2) (3.3) (3.4)
  - 3.6 ครูโรงเรียนเอกชน
  - 3.7 ข้าราชการการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภาซึ่งมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว
  - 3.8 ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ

### แนวทางปฏิบัติในการลงทะเบียนแก่ผู้มีสิทธิ

1. ผู้มีสิทธิที่ประสงค์ลงทะเบียนให้ยื่นแบบคำร้องลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการประจำ ณ จุดรับคำร้องลงทะเบียน หรือหน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร พร้อมหลักฐานประกอบการลงทะเบียน คือ แบบคำร้องลงทะเบียน บัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักและมีรูปถ่ายติดอยู่ สำเนาสูติบัตรในกรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง

กรณีพักอาศัยไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานที่แสดงว่าตนเองมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ดังนี้ สำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลที่ผู้ลงทะเบียนไปพักอาศัยพร้อมหนังสือรับรองของเจ้าบ้าน หรือหนังสือรับรองของผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาบัตรผู้นำชุมชนของผู้รับรอง หรือใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค (ค่าน้ำ/ค่าไฟ /ค่าโทรศัพท์) หรือใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก หรือสัญญาเช่าที่พักที่ระบุชื่อของผู้ลงทะเบียน

บัตรประกันสุขภาพสุขภาพถ้วนหน้าเดิม กรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ นอกจากนี้ อาจมีหนังสือมอบอำนาจกรณีไม่สามารถยื่นคำร้องลงทะเบียนด้วยตนเองพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจในการเลือกหน่วยบริการประจำ

2. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียน อาจเข้ารับบริการสาธารณสุขครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้โดยหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิต้องจัดให้ผู้มีสิทธินั้นลงทะเบียน/เลือกหน่วยบริการประจำและแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบภายใน 30 วัน

3. ผู้มีสิทธิที่เป็นเด็กแรกเกิด กำหนดให้เด็กแรกเกิดมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ได้ตั้งแต่วัยแรกเกิด และให้หน่วยบริการที่ให้บริการจัดให้เด็กแรกเกิดได้รับการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำด้วยนั้นเพื่อลดภาระหน่วยบริการและเพื่อให้เด็กแรกเกิดได้รับบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

การกำหนดจำนวนครั้งในการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำเรียบร้อยแล้ว หากมีความประสงค์ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ สามารถกระทำได้โดยยื่นแบบคำร้องลงทะเบียนเพื่อขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำพร้อมหลักฐานประกอบ แต่ต้องไม่เกิน 2 ครั้ง ในแต่ละปีงบประมาณ ทั้งนี้ไม่นับรวมครั้งแรกของการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำการยื่นคำขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในระหว่างการรับบริการเป็นผู้ป่วยใน มีผลให้เปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ก็ต่อเมื่อสิ้นสุดการรับบริการในหน่วยบริการในครั้งนั้นแล้วเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากจะมีผลกระทบต่อการจัดค่าชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาในครั้งนั้น

#### 2.2.3.4 การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิ

เพื่อให้การรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิให้แก่ประชาชนเป็นไปตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนด รวมทั้งสามารถสร้างความเข้าใจ และสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการจึงดำเนินการด้วยแนวคิด (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552 : 117)

การคุ้มครองสิทธิประชาชน เป็นกลไกที่ช่วยเหลือให้ประชาชนได้รับบริการตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด ในขณะที่เดียวกันก็จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

การรับเรื่องร้องเรียน ทำให้หน่วยงานได้รับทราบปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการสามารถนำไปพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัญหาเรื่องร้องเรียน และนำไปสู่การความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

การป้องกันปัญหาการละเมิดสิทธิ เป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการคุ้มครองสิทธิของประชาชน ทั้งยังเป็นการดำเนินการที่หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าระหว่าง ผู้ให้บริการและประชาชน

#### ช่องทางรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิ

ช่องทางเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง สามารถร้องเรียนได้สะดวก ช่องทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พัฒนาเองและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ ได้แก่

Call Center 1330 สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

เปิด web site 1330 @ nhso.go.th

ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ (ชั้น M สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดทุกจังหวัด (75 จังหวัด)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ (13 แห่ง)

ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (85 ศูนย์ 61 จังหวัด)

นอกจากนี้ประชาชนยังสามารถร้องเรียนได้ที่หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชนที่มีการประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สายด่วน 1111 /WWW.1111.go.th สำนักราชเลขาธิการ สำนักนายกรัฐมนตรี ศูนย์ดำรงธรรมและสื่อต่าง ๆ

การวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดำเนินงานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนสิทธิผู้ป่วย สิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองและไม่คุ้มครองในการรักษาพยาบาล ในส่วนของการขึ้นทะเบียน/การย้ายสิทธิบัตรทองเป็นจุดเริ่มต้นเพื่อให้เกิดสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ



ซึ่งเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ และการรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิทำให้ประชาชนมีช่องทางในการเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้นจากการศึกษาดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงความรู้ของประชาชนที่มีผลต่อการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนแออัด

### 2.3.1 ความหมาย

ชุมชนแออัด หมายถึง แหล่งเสื่อมโทรมหรือเรียกกันว่า“สลัม” (Slum) มีความหมายตามพระราชบัญญัติปรับปรุงแหล่งเสื่อมโทรมของคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการบูรณะแหล่งเสื่อมโทรม กระทรวงมหาดไทยว่า“เป็นแหล่งหรือย่านที่มีอาคารหนาแน่นและอาคารนั้นส่วนมากชำรุดทรุดโทรม หรือมีสถานที่ไม่เหมาะสมที่จะใช้เป็นที่อยู่อาศัย หรือมีลักษณะเป็นอันตรายแก่สุขภาพอนามัยความปลอดภัยและศีลธรรมหรือสวัสดิภาพของผู้อยู่อาศัยและประชาชน” (สิริลักษณ์ แก้วคงยศ. 2533 : 5)

ไพบูลย์ ช่างเรียน (2516 : 159) กล่าวว่า ชุมชนแออัดเป็นเคหะสถาน หรืออาคารซึ่งกำลังใช้อยู่และตั้งอยู่หนาแน่นไม่เป็นระเบียบ ไม่มีทางเท้า สกปรก รกรุงรัง ตัวอาคารชำรุดทรุดโทรม จำนวนสมาชิกครัวเรือนอาศัยในอาคารหนึ่ง ๆ อย่างแออัด ขาดบริการจากรัฐบาล หรือเอกชนที่ถูกต้องตามหลักอนามัยซึ่งทำให้มีลักษณะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของผู้อยู่อาศัย

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ และสุภชัย สุกรวรรธ (2520 : 61) ให้ความหมายว่า คือ บริเวณที่แออัดไปด้วยที่พักอาศัยและตัวอาคารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

ทองสุข ชันทอง (2520 : 23) กล่าวว่า เป็นแหล่งที่อาคารหนาแน่น และอาคารส่วนมากชำรุดทรุดโทรม หรือมีสภาพไม่เหมาะสมเป็นที่อยู่อาศัย หรือมีลักษณะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยความปลอดภัย ศีลธรรม หรือสวัสดิภาพของผู้อยู่อาศัยและประชาชน

สุพัตรา สุภาพ (2525 : 154) กล่าวว่า ชุมชนแออัดมีความหมายตามร่างพระราชบัญญัติปรับปรุงชุมชนแออัดของคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการบูรณะชุมชนแออัด กระทรวงมหาดไทย มาตรา 4 หมายถึง “เป็นแหล่งหรือย่านที่มีอาคารหนาแน่น และอาคารนั้นส่วนมากชำรุดทรุดโทรม หรือมีสภาพไม่เหมาะสมที่จะใช้เป็นที่อยู่อาศัย หรือมีลักษณะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ อนามัย ความปลอดภัยและศีลธรรม หรือสุขภาพของผู้อยู่อาศัยและประชาชน”

อดุลย์ ต้นประยูร (2526 : 172-175) กล่าวว่า ชุมชนแออัด คือ แหล่งที่อยู่อาศัยที่ไม่มีที่ว่างชำระทุกข์โทรม ขาดบริการที่ถูกต้องตามหลักอนามัย หรืออยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด ทำให้ไม่อาจใช้เป็นที่อาศัยเพื่อดำเนินชีวิตในครอบครัวให้มีความสุขกายสบายใจ

โสภณ พรโชคชัย (2528 : 3) กล่าวว่า ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนที่มีสภาพเสื่อมโทรมหรือบ้านที่สร้างขึ้นอย่างไม่มีแบบแผน

อคิน รพีพัฒน์ (2542 : 129-130) การให้นิยามสลัมหรือชุมชนแออัดมักสะท้อนมิติทางกายภาพ ทำให้มองไม่เห็นความสัมพันธ์ของคน รวมทั้งองค์กรชุมชนและศักยภาพขององค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งต่อสภาพการดำรงอยู่และภาวะความเป็นสลัมด้วย ในมิติความสัมพันธ์ของคนมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึงลักษณะความสัมพันธ์ของคนในสลัมที่เกี่ยวเนื่องเพื่อประโยชน์ซึ่งกันและกันในระบบอุปถัมภ์ ซึ่งส่งผลวิถีการดำรงชีวิตของคนสลัมและทำให้สลัมดำรงอยู่ในบริบทของสังคมเมือง ตัวอย่างของกลุ่มความสัมพันธ์ได้แก่ “ผู้รับเหมางานกับลูกมือ” “ลูกพี่กับลูกน้อง” นอกจากความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่อง การรวมตัวกันเป็นกลุ่ม/องค์กร/เครือข่ายต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สถานะขององค์กรและเครือข่ายในแง่การเป็นตัวแทนของชุมชนเป็นมิติสำคัญหนึ่งที่ต้องพิจารณา

จากการศึกษาชุมชนแออัดของผู้วิจัยหลาย ๆ ท่าน พบว่า ชุมชนแออัดมีประโยชน์และเป็นส่วนหนึ่งของเมืองมีหน้าที่หลักของชุมชนแออัดก็คือการเป็นอยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย การสนับสนุนให้เกิดกลุ่มทางสังคม การปรับให้ผู้มีรายได้น้อยที่มาจากชนบทเข้ากับวิถีชีวิตแบบเมือง และสนับสนุนต่อระบบเศรษฐกิจของเมือง (ภูวนัย พลไชย, 2547 : 18 อ้างถึงใน ขจรณรงค์ มาลากุล ณ อยุธยา, 2532)

ฉะนั้น คำว่า “ชุมชนแออัด” ตามความหมายรวมแล้ว อาจกล่าวได้ว่าเป็น “สถานที่หรือกลุ่มของสถานที่ที่อยู่อาศัยที่มีอาคารหนาแน่นและเก่าแก่ชำระทุกข์โทรมและเสื่อมสภาพ ไม่เหมาะที่จะใช้เป็นที่อยู่อาศัย เป็นบริเวณที่เต็มไปด้วยความสกปรกกรุงรัง มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นแออัดยัดเยียด ผิดสุขลักษณะอนามัย ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ความปลอดภัย การดำรงชีวิตอยู่ในลักษณะต่ำกว่ามาตรฐานทั่ว ๆ ไป ตลอดจนมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และศีลธรรม” (สิริลักษณ์ แก้วคงยศ, 2533 : 6)

จากการศึกษาความหมายโดยรวมของชุมชนแออัด ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า “ชุมชนแออัด” หมายถึง ชุมชนที่มีลักษณะทางกายภาพที่ไม่เหมาะสม อาคารบ้านเรือนเสื่อมโทรม อยู่อาศัยกันอย่างหนาแน่น ปลูกไม่เป็นระเบียบ น้ำท่วมขัง น้ำเสีย ไม่มีทางระบายน้ำ ทางเดินคับแคบ สกปรก ระบบสาธารณสุขไม่ทั่วถึง ขาดระบบการจัดการขยะทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค สภาพแวดล้อมที่มีอันตรายต่อสุขภาพทำให้เกิดอุบัติเหตุและโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ แต่ในทางด้าน

ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนแออัดมีลักษณะเกื้อกูลเพื่อประโยชน์ซึ่งกันและกันในระบบอุปถัมภ์ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้เป็นเครือญาติ ประโยชน์ของชุมชนแออัด คือ การรวมกลุ่มทำให้เกิดกลุ่มทางสังคม ชุมชนแออัดเป็นอยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยและสนับสนุนต่อระบบเศรษฐกิจของเมือง

### 2.3.2 เกณฑ์การพิจารณาชุมชนแออัด

เกณฑ์การพิจารณาว่าชุมชนใดจะเป็นแหล่งเสื่อมโทรมหรือไม่พิจารณาจากสภาพตัวอาคารที่พักอาศัยสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัย ตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้อยู่อาศัยในชุมชนนั้น ๆ ในปี พ.ศ. 2527 ได้มีกรมการพัฒนาชุมชน กำหนดเกณฑ์การพิจารณาไว้ 2 ลักษณะคือ (สิริลักษณ์ แก้วคงยศ. 2533 : 7 – 12)

1. สภาพทางกายภาพ
2. สภาพทางสังคม

#### 2.3.2.1 สภาพทางกายภาพ

##### 1. ที่ตั้งอาคาร

1.1 แออัด หนาแน่น ซึ่งในที่นี้ถือความหนาแน่นขนาด 15 หลังคาเรือนต่อไร่ หรือ 80 คนต่อไร่ ขึ้นไป ตามเกณฑ์การปรับปรุงของการเคหะแห่งชาติ (มาตรวัดที่สำคัญที่สุดอันหนึ่ง) ลักษณะอาคารที่ตั้งอยู่อย่างแออัดในพื้นที่หนึ่ง ๆ ย่อมสามารถสังเกตได้ชัดโดยไม่จำเป็นต้องทราบตัวเลขความหนาแน่น

1.2 สืบสนไม่เป็นระเบียบ ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่มีการแบ่งที่ดินอย่างชัดเจน การปลูกบ้านเป็นไปด้วยความพอใจ ไม่มีผังเป็นระเบียบแผนที่ใด เช่น ชุมชนแออัดคลองเตย

##### 2. สภาพอาคาร

2.1 ทรวดโทรมทั้งนี้เนื่องจากมาจากอายุที่เก่าแก่ของชุมชน ทำให้อาคารและสิ่งประกอบอื่น ๆ ทรวดโทรมซึ่งรวมถึงการขาดการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ดังเช่น บ้านพักของการรถไฟแห่งประเทศไทยบางส่วนทรุดโทรมลงมา เป็นต้น

2.2 ไม่ได้สร้างตามแบบแผน เนื่องจากการก่อสร้างอย่างไม่มียุทธศาสตร์ตามแบบแผนของการก่อสร้างบ้านมาตรฐานทั่วไป ดังเช่น มีฝาเหลื่อมกันพอลู่อาศัยได้และใช้วัสดุไม่เหมาะสม ใช้วัสดุเก่า ๆ ดังเช่น ลังใส่ของตามมีตามเกิด

##### 3. สภาพแวดล้อม

3.1 ทางเดินเท้าไม่เหมาะสม อาจเล็กหรือแคบเกินไปทอดตามแนวไปอย่างไม่มียุทธศาสตร์ตามช่องว่างระหว่างบ้าน

3.2 ทางระบายน้ำไม่เหมาะสม ชื้นแฉะ และเกิดน้ำครำ หรืออาจเป็นที่ระบายน้ำไม่ได้มาตรฐาน

- 3.3 ขาดที่ว่างสาธารณะ ไม่มีที่ว่างเพียงพอสำหรับกิจกรรมของบุคคลในชุมชน
- 3.4 การถ่ายเทอากาศไม่ดีทำให้เกิดสภาพอับชื้น มีดและผิสดุขลักษณะ
- 3.5 ขาดระบบกำจัดขยะมูลฝอย ทำให้ขยะมูลฝอยเคลื่อนกลาดอยู่ทั่วไป
- 3.6 ระบบไฟฟ้า น้ำประปา จากรัฐบาล การบริการด้านสาธารณูปโภค ไม่สามารถเข้าถึงบริเวณชุมชนที่ดินเอกชน หรือที่ดินของรัฐที่ทิ้งว่างเปล่าไว้ ทั้งนี้ การติดตั้งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากเจ้าของที่ดินก่อน

### 2.3.2.2 สภาพทางสังคม

ทางด้านสังคมนั้น โดยทั่วไปแล้วจะมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ กล่าวคือ เกิดขึ้นเองจากความจำเป็นของอาชีพต้องพึ่งพาอาศัยกันความจำเป็นของการมีปัญหาร่วมกันเป็นเครือญาติกัน หรือมีกิจกรรมร่วมกัน

สภาพของชุมชนแออัดจะมีปัญหาที่แตกต่างกันไปแต่ละชุมชน หรืออาจมีส่วนคล้ายคลึงกันบ้างบางส่วน แต่เกณฑ์ด้านสังคม โดยส่วนรวมแล้ว ชุมชนแออัดมีความเสื่อมโทรมทางด้านศีลธรรม หรือเป็นแหล่งเพาะอาชญากรรม และอื่น ๆ อีกหลายประการ เนื่องจากบุคคลที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดส่วนใหญ่ไร้การศึกษาไม่มีโอกาสเพียงพอต่อการศึกษาหาความรู้มีความจำเป็นต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวซึ่งต้องทำงานหนักมากหรือต้องทำงานตั้งแต่อายุยังน้อยหรืออยู่ในวัยเรียน ดังเช่น ประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตยจัดอยู่ในกลุ่มประชาชนที่มีอายุน้อยมีถึง 43% ของประชาชนในชุมชนที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี ซึ่งเป็นวัยที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน แต่ต้องหันเหชีวิตไปทางอื่น ๆ จึงก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ง่าย

### 2.3.3 ประเภทต่าง ๆ ของชุมชนแออัด / สลัม

โสภณ พรโชคชัย (2528 : 5-9) การแบ่งประเภทของสลัมอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ชุมชนประเภทเช่าที่ปลูกบ้านอย่าง Slum (ถูกกฎหมายการเช่าที่ปลูกบ้านหรือได้อนุญาตให้เข้าอยู่อาศัยในอาคาร) และชุมชนบุกรุกผิดกฎหมาย (Squatter Settlement) ซึ่งหมายถึง ชุมชนที่ครอบครองที่ดินโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย (ไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของที่ดิน) ลักษณะการบุกรุกเช่นนี้มีอยู่ทั่วไป

#### 2.3.3.1 สลัม (Slum)

มีประเภทที่แตกต่างกันดังนี้

1. ชุมชนเช่าที่ปลูกบ้าน (Land – Rented Slum) ชุมชนเหล่านี้ถูกกฎหมายในแง่ที่มีการเช่าที่ดิน หรือ ได้รับอนุญาตให้ปลูกสร้างบ้านบนที่ดินของเจ้าของที่ดินอย่างถูกต้อง ลักษณะชุมชนเช่นนี้เป็นส่วนใหญ่มากที่สุดในจำนวนชุมชนประเภทต่าง ๆ

2. บ้านพักของทางราชการที่เสื่อมโทรมลง (Rundown Public Housing) ไม่รวมถึงแฟลตสูง ๆ แต่หมายถึงอาคารสงเคราะห์ชั้นเดียวหรือ 1 ชั้นที่สร้างไว้แต่ 30-40 ปีก่อนหน้านี้ หากขาดการรักษาที่ดีก็กลายเป็นสลัมไป นอกจากนี้มีการต่อเติมทำให้เกิดความเสื่อมโทรม

3. อาคารเก่าแก่ในเขตใจกลางเมือง (Inner-city Slum ) เป็นอาคารชั้นเดียวหรือ 2 ชั้นให้คนเช่าจนเสื่อมโทรม อาคารเหล่านี้อยู่แถวตลาด อยู่กันอย่างแออัด

### 2.3.3.2 ชุมชนบุกรุก (Squatter Settlement)

สามารถแบ่งได้เป็นประเภทย่อยได้ดังนี้

1. ชุมชนบุกรุกที่ “พบเห็นทั่วไป” (“Typical” Squatter Settlement) สภาพชุมชนบุกรุกเช่นนี้พบเห็นกันทั่วไป ปลูกสร้างอาคารอยู่โดยไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของที่ดิน ตัวอย่าง สลัมคลองเตย ริมทางรถไฟ ริมคลองต่าง ๆ เป็นต้น

2. ชุมชนบุกรุกขนาดเล็ก (Mini Squatter Settlement) มีสภาพคล้ายกับ “Typical” Squatter Settlement หากแต่ขนาดเล็กกว่า อาจจะเป็นเพียง 2-3 หลัง จนถึง 10-20 หลัง มักแอบอยู่ตามที่ลับตาคน เช่น ใต้สะพานหลาย ๆ แห่ง โดยตั้งอยู่ในที่มืดซิด ทำให้ไม่เป็นที่สนใจหรือสังเกตจากคนทั่วไป

3. ชาวเรือ (Boat House) ในที่นี้ หมายถึง กลุ่มเรือที่อาศัยอยู่ตามแม่น้ำลำคลองสาธารณะ การบุกรุกอาจไม่ได้บุกรุกที่ดินก็ได้ แต่เป็นการบุกรุกแม่น้ำลำคลองอันเป็นที่สาธารณะ

4. สลัมที่อยู่ระหว่างการไล่รื้อ (Under-eviction Slum) ชุมชนแต่เดิมมีสภาพเป็นสลัม เช่น สลัมเช่าปลูกบ้าน แต่สลัมเหล่านี้ได้เสียสิทธิในการอยู่อาศัยตามกฎหมายเสียแล้ว เพราะถูกไล่รื้อจากเจ้าของที่ดินที่ชอบด้วยกฎหมาย

### 2.3.4 สาเหตุของการเกิดชุมชนแออัด

พอสรุปได้เป็น 6 ประเด็น คือ กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร (สิริลักษณ์ แก้วคงยศ. 2533 : 31- 38)

1. การย้ายถิ่น หมายถึง การที่ประชาชนได้อพยพเคลื่อนย้ายจากแหล่งหนึ่งไปยังอีกแหล่งหนึ่งเพื่อทำมาหากิน หรือตั้งถิ่นฐานในอีกแหล่งหนึ่ง

2. การขาดแคลนที่อยู่อาศัยที่ดีของผู้ที่มีรายได้น้อย จำนวนประชากรที่รายได้น้อยมีมากขึ้นแต่จำนวนที่อยู่อาศัยเท่าที่มีนั้นไม่สามารถรองรับปริมาณประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้เพียงพอ หรือสัดส่วนพื้นที่สำหรับอยู่อาศัยต่อประชากรที่มีรายได้น้อยไม่สมดุลกัน บ้านของชุมชนแออัด ต่างจากบ้านของคนฐานะปานกลางหรือคนที่มีฐานะดี เพราะบ้านคือที่พักผ่อน บ้านมีความกว้างขวางสะดวกสบายมีเครื่องอำนวยความสะดวกแต่บ้านสำหรับคนจน คนในชุมชนแออัดนั้นบ้านมีความหมายเพียงเป็นที่ซุกหัวนอนมากกว่าเป็นที่พักผ่อน

3. กรุงเทพมหานครวางผังหลักที่เป็นระบบที่ดี เนื่องจากกรุงเทพฯ ไม่ได้วางผังหลักที่เกี่ยวกับการใช้ที่ดิน การจัดเขตชุมชน หรือเขตเมืองให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สวยงามถูกสุขลักษณะความเป็นอยู่ ไม่มีการกำหนดแผนการใช้ที่ดินเพื่อกิจกรรมต่าง ๆ ไว้อย่างเหมาะสม หรือประกาศเมื่อกรุงเทพฯ เต็มไปด้วยปัญหาไปแล้ว

4. ทางการไม่สามารถเข้าไปควบคุมการใช้ที่ดินของเอกชน เนื่องจากเอกชนเป็นเจ้าของที่ดินมีอยู่อย่างกว้างขวาง เกินกว่าที่รับจะสามารถใช้อำนาจใด ๆ ไปควบคุมได้ เอกชนบางกลุ่มดำเนินการใช้ที่ดินโดยเสรี ซึ่งไม่ได้เป็นไปตามกำหนดไว้ในผังเมืองอันเป็นผลมาจากความล่าช้าของการประกาศแผนกำหนดการใช้ที่ดินที่เพิ่งประกาศใช้เมื่อ พ.ศ. 2518 ทำให้ขาดการควบคุมการใช้ที่ดินอย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าของที่ดินจึงสามารถแบ่งที่ดินให้เช่าเป็นแปลงเล็กแปลงน้อย โดยไม่มีการปรับปรุงคุณภาพหรือบริการใด ๆ ทั้งรัฐบาลเองก็ไม่ได้มีกฎหมายใดที่จะประกันประสิทธิภาพพื้นฐานให้แก่ผู้เช่าอยู่เพิ่มมากขึ้น จนเกิดความแออัด หนาแน่นมาก โดยมีได้ปรับปรุงสภาพชุมชนให้มีสภาพที่เหมาะสมแต่ประการใด

5. การขาดบริการด้านสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ทางการไม่ได้ควบคุมการใช้ที่ดินที่วางแปลอย่างเหมาะสมในบริเวณที่ดินราชการซึ่งส่วนใหญ่เป็นของกรมธนารักษ์ ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ และที่ของวัดต่าง ๆ ไม่ได้มีแผนหรือนโยบายที่แน่นอนในการที่จะใช้ที่ดินเหล่านั้นที่ดินจึงถูกทิ้งไว้ให้รกร้างว่างเปล่าที่ดินเหล่านี้ไม่ได้รับการพัฒนา และบางส่วนก็เป็นที่ดินของเอกชนที่ทิ้งว่างไว้ จึงก่อให้เกิดชุมชนบุกรุกเข้าไปอยู่เพิ่มขึ้นและพร้อมกันนั้นชุมชนซึ่งเช่าที่ปลูกบ้านก็ทำให้เกิดความแออัดเพิ่มมากขึ้นด้วยองค์กรของรัฐ หรือทางราชการนั้นทำหน้าที่เพียงแต่เก็บค่าเช่าในราคาถูกทำให้ชาวบ้านอยู่อาศัยตามบุญตามกรรม โดยมีได้จัดหาบริการด้านสาธารณูปโภคและด้านสาธารณูปการใด ๆ

6. สาเหตุย่อยเฉพาะกรณี ที่ก่อให้เกิดชุมชนแออัด ได้แก่ แหล่งงาน การเดินทางสะดวก ความมั่นคงในการอยู่อาศัยจึงจะเป็นการอยู่ชั่วคราวหรือกึ่งชั่วคราวก็ตาม การมีบริการขั้นพื้นฐาน แม้ไม่ดีเท่าที่ควร แต่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และความสามารถในการจ่ายค่าที่พักอาศัย เช่น ค่าเช่าห้อง ค่าเช่าบ้าน ค่าเช่าที่ดิน เป็นต้น

### 2.3.5 ปัญหาที่เกิดจากชุมชนแออัด

สุพัตรา สุภาพ (2525 : 156-157) พบว่าปัญหาในชุมชนแออัดมักจะเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับ

1. ประชาชนมีที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ เนื่องจากอยู่อาศัยแออัดในพื้นที่ที่จำกัดที่ปลูกเพียงเพื่อใช้เป็นที่อยู่อาศัยเท่านั้น ไม่ได้คำนึงถึงชุมชนและสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด ฉะนั้นปัญหาการระบายน้ำ ขยะมูลฝอย สนามเด็กเล่น ความเป็นระเบียบของบ้านเรือน ความสะอาดของชุมชน จึงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร

2. **ความเสื่อมโทรมทางศีลธรรมจรรยา** เนื่องจากปัญหาความยากจน ความลำบากในการครองชีพจึงมักก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว เช่น บิดาติดสุรา มารดาเล่นการพนัน สามีภรรยา ตบตีกันเป็นประจำครอบครัวแตกแยก การทอดทิ้งเด็ก การดูค่าเขียนดีโดยปราศจากเหตุผล เป็นต้น

3. **ปัญหาด้านสุขภาพและอนามัย** เนื่องจากผู้ที่อยู่ในแหล่งเสื่อมโทรมมักจะอาศัยอยู่ในบริเวณที่เสียสมดุลของระบบนิเวศน์ เช่น บริเวณน้ำเน่าที่ไม่มีท่อระบายน้ำโสโครก หรือวิธีการจัดการกับน้ำเสียที่ตีประคบกับความสะอาดสบายของผู้ที่อาศัยที่มักจะทิ้งสิ่งปฏิกูลไม่เป็นที่และไม่มีแบบแผนในการกำจัดสิ่งปฏิกูลนั้นซึ่งเป็นผลทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคอย่างดี สุขภาพอนามัยจึงเสื่อมถอยทำให้โรคภัยไข้เจ็บสามารถติดต่อกันได้ง่าย นอกจากนี้แล้วยังมีความหุดห่องสภาพจิตใจซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่ทราบกันคืออยู่แล้วว่าสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงนั้นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องด้วยก็คือสภาพจิตใจ

4. **ขาดการศึกษา** เนื่องจากผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัดส่วนใหญ่มักเป็นพวกใช้แรงงานรายได้จึงไม่แน่นอนจึงทำให้ครอบครัวมีรายได้ที่พอที่จะใช้ไปวัน ๆ เท่านั้นเป็นสาเหตุให้การศึกษากับสมาชิกภายในครอบครัวนั้นไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ประกอบกับส่วนมากแล้วเป็นบ้านที่ไม่มีลำมะโนครัว ทำให้ไม่ได้มีการแจ้งเกิด เด็กจึงไม่มีสูติบัตรซึ่งเป็นหลักฐานสำคัญในการเข้าโรงเรียน โสภณ พรโชคชัย (2528 : 51) กล่าวถึงปัญหาด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชนแออัด ได้แก่

1. ปัญหาโรคติดต่อ ซึ่งมักเกิดขึ้นเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมในชุมชนไม่ดี
2. ปัญหาการป่วยไข้ทั่วไปซึ่งชาวบ้านเองก็ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ถูกต้องประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย
3. ปัญหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคที่ถูกต้อง เช่น ทำให้ประชาชนเมื่อเจ็บป่วยใช้วิธีทางการแพทย์ไสยศาสตร์ ใช้น้ำชุบ ใช้น้ำกระตุ่นกำลังต่าง ๆ ในระหว่างการปฏิบัติงาน
4. ปัญหาทางโภชนาการ ได้แก่ การไม่รู้จักรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การถนอมอาหาร รวมถึงการจัดหาอาหารที่มีคุณค่า

แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนแออัด ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจลักษณะเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย อาทิ ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต สภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการย้ายถิ่น

### 2.4.1 ความหมายของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่น (Migration) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยประจำและต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ซึ่งข้ามเขตการปกครอง หรือการเคลื่อนย้ายเชิงพื้นที่ (Spatial Mobility) จากท้องถิ่นต้นทาง (Place of Origin) สู่อินปลายทาง (Place of Destination) ภายในช่วงเวลาที่กำหนด การกำหนดระยะเวลาการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยครั้งก่อน (Previous Residence Applies) สามารถเป็นช่วงเวลาตัวแปร (Variable Period) ตั้งแต่เกิด (จากการเคลื่อนย้าย) และช่วงที่เคลื่อนย้ายครั้งสุดท้าย หรือช่วงเวลาเจาะจง (Fixed Period) เช่น หนึ่งปี ห้าปี และสิบปี เป็นต้น (นพวรรณ จงวัฒนา. 2531, เพ็ญพร วีระสวัสดิ์ 2540 และสันศักดิ์ เสริมศรี. 2541 อ้างถึงใน Shryock, Siegel and Associates. 1976)

ลี (Lee , Everett. 1996 : 47 – 57) ให้นิยามการย้ายถิ่นว่าเป็นการย้ายที่อยู่อาศัยอย่างถาวรหรือกึ่งถาวร โดยไม่จำกัดระยะทางของการเคลื่อนที่ หรือขึ้นกับความสมัครใจหรือถูกบังคับ และไม่มี ความแตกต่างระหว่างการย้ายถิ่นภายนอกหรือภายในประเทศมีความแตกต่างระยะเริ่มแรก และภายหลังการเคลื่อนย้าย ซึ่งการย้ายถิ่นทุกครั้งจะต้องมีถิ่นต้นทาง ถิ่นปลายทางและอุปสรรคแทรกแซงที่รวมระยะทางของการเคลื่อนย้ายเสมอ ปัจจัยของการย้ายถิ่นมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยผลัก (Push Factors) เป็นสถานะที่ทำให้คนที่มี การเคลื่อนย้ายออกจากพื้นที่และปัจจัยดึงดูด (Pull factors) เป็นสถานะส่งเสริมให้คนเคลื่อนย้ายสู่พื้นที่เฉพาะ ซึ่งกล่าวได้ว่าการเคลื่อนย้ายของคนเพราะมีความเชื่อว่าผู้คนเหล่านั้นจะมีชีวิตที่ดีกว่าในพื้นที่ที่แตกต่างกัน สิ่งที่เป็นปัจจัยผลัก ได้แก่ ศาสนา หรือรัฐประหารทางการเมือง การแบ่งแยก การขาดแคลนทรัพยากร การขาดโอกาส การถูกจ้างงาน และภัยจากธรรมชาติ (ภาวะแห้งแล้ง น้ำท่วม แผ่นดินไหว และอื่น ๆ)

### 2.4.2 ประเภทการย้ายถิ่น

จำแนกประเภทการย้ายถิ่น โดยเอาระยะเวลาเป็นหลัก (วันทนา กลิ่นงาม. 2528 อ้างถึงใน Shryock, Siegel and Associates. 1976) แบ่งได้ ดังนี้

1. การย้ายถิ่นชั่วคราว (Temporary Immigration) เป็นการย้ายถิ่นเพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง ไม่อยู่ถาวรตลอดไป เช่น การย้ายถิ่นเมื่อว่างจากฤดูกาลเกษตร 3 – 4 เดือน ประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการย้ายถิ่นระยะสั้น ๆ อาจเป็นการย้ายถิ่นตามฤดูกาลหลังเก็บเกี่ยวฤดูกาลมีผลกระทบต่อ การย้ายแรงงานในชนบทเป็นอย่างมากในช่วงฤดูแล้งหรือนอกฤดูการเกษตร (จุฑา มนต์ไพบูลย์. 2534)



การย้ายถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นการย้ายถิ่นชั่วคราวและเป็นการย้ายในช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น 1 – 2 เดือนรวมทั้งเป็นการย้ายซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง (Repeat Migration) ช่วงเวลาของการย้ายถิ่นสูงสุดในเดือนเมษายนถึงพฤษภาคมและสิงหาคมถึงกันยายน ผู้ย้ายถิ่นตามฤดูกาลจะย้ายถิ่นสูงสุดในช่วงเดือนธันวาคมถึงมกราคม มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับฤดูกาลการเกษตร คือ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคมเป็นช่วงฤดูเพาะปลูก และเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายนเป็นช่วงฤดูเก็บเกี่ยวแต่การย้ายถิ่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับฤดูกาลมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การย้ายถิ่นครั้งเดียวและการย้ายถิ่นหลายครั้งมีระดับสูงสุดในช่วงเดือนเมษายนถึงพฤษภาคมจากการศึกษาวิจัยของริกเตอร์ และคณะ (2540) ผู้ย้ายถิ่นตามฤดูกาลส่วนใหญ่จะกลับบ้านในเดือนมีนาคม เมษายน และพฤษภาคมสอดคล้องกับผลการศึกษาของจูทา มนัสไพบุลย์ (2534) พบว่า ผู้ย้ายถิ่นที่มีสถานภาพในฐานะลูกจ้างเอกชนและในฐานะผู้ทำงานส่วนตัว ทั้งโดยได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้างนั้นมีแนวโน้มเคลื่อนย้ายแรงงานตามฤดูกาล

การย้ายถิ่นซ้ำ (Repeated Migration) เป็นลักษณะสำคัญของการเคลื่อนย้ายของประชากรรูปแบบทั้งหมดเป็นลักษณะวนเวียน ส่วนใหญ่หางานทำหลังฤดูเก็บเกี่ยวเพื่อเพิ่มรายได้เป็นลักษณะของการย้ายถิ่นระหว่างชนบทกับเมือง ผู้ย้ายถิ่นมีความไวต่อการเลือกถิ่นปลายทางสูงมากกว่าจะเป็นลักษณะกระแสรายการย้ายถิ่นแบบตรงไปตรงมาและหยุดอยู่กับที่ การย้ายถิ่นชั่วคราวจะเป็นเรื่องของการทำงานก่อสร้างเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้มีลักษณะเลือกสรร ปัจจัยการตัดสินใจย้ายถิ่นมี 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยระดับตัวบุคคล ปัจจัยระดับท้องถิ่นของท้องถิ่นต้นทางและปัจจัยท้องถิ่นปลายทาง (อภิชาติ จารัสฤทธิรงค์, 2526)

2. การย้ายถิ่นถาวร (Permanent Migration) เป็นการย้ายถิ่นที่ผู้ย้ายถิ่นตั้งใจจะเปลี่ยนที่อยู่อาศัยโดยถาวรระยะเวลาของการย้ายถิ่นจะนานเป็นปี ๆ

### 2.4.3 สาเหตุการย้ายถิ่น

สาเหตุที่สำคัญ ๆ มี 2 ประการ คือ สิริลักษณ์ แก้วคงยศ (2533 : 31 – 34) ได้กล่าวถึง

1. ปัจจัยผลักดัน (Push Factor) คือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบและมีแรงกระตุ้นให้ประชาชนย้ายถิ่นเดิมของตน ดังนี้

1.1 ด้านเศรษฐกิจ ปกติอุปนิสัยของคนไทยมักไม่นิยมการย้ายถิ่นฐาน เนื่องจากมีความผูกพันกับครอบครัวแต่เมื่อภาวะทางเศรษฐกิจบีบรัดเข้าก็จำเป็นที่คนเหล่านั้นจะต้องแยกย้ายกระจ่ายออกไปตามที่ต่าง ๆ เพื่อหวังจะให้ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวดีขึ้น การที่ประชากรเพิ่มขึ้นมากทำให้ภาวะครอบครัวมีมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาเกษตรแล้วการทำมาหากินนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนพื้นที่เป็นสำคัญและเมื่อมีจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นขนาดของพื้นที่ในการทำมาหากินย่อมลดน้อยลงซึ่งผลกระทบทำให้ผลผลิตลดต่ำลงและโยงไปถึงรายได้ของเกษตรกรต่ำลงด้วยจึงเป็นเหตุให้คนในชนบทต้องปลีกรตัวออกมาหางานทำในเขตเมือง

1.2 ภูมิอากาศและภูมิประเทศ ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมซึ่งผลผลิตนั้นขึ้นอยู่กับภูมิประเทศและภูมิอากาศ บางปีได้ผลผลิตดี บางปีผลผลิตก็ไม่ดี เกิดความไม่สม่ำเสมอในรายได้จึงต้องดิ้นรนเพื่อจะหางานประเภทที่มีรายได้แน่นอนกว่า

1.3 การขาดแคลนเงินทุน พื้นที่ส่วนใหญ่ที่ใช้ในการเพาะปลูกได้ถูกใช้มานานแล้วจึงทำให้เกิดการเสื่อมคุณภาพต้องทำการบำรุงซึ่งเกษตรกรรมบางกลุ่มไม่มีเงินทุนเพียงพอจะทำได้จึงต้องดิ้นรนแสวงหางานหลักอื่น ๆ เพื่อที่จะมีเงินทุนกลับไปพัฒนาที่ดินของตน

1.4 การไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง ส่วนใหญ่ของการประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่ในลักษณะของการเช่าที่ดินจึงทำให้ไม่มีความผูกพันเท่าใดนักกับถิ่นที่อยู่ เมื่อมีโอกาสก็จะแสวงหาหรือโยกย้ายไปในถิ่นที่ตนคิดว่าดีกว่า

1.5 ราคาผลผลิตไม่แน่นอน ความบกพร่องทางการตลาดของสาขาเกษตรกรรม กล่าวคือ ราคาผลผลิตทางการเกษตรมักจะผันผวนอยู่เสมอ ทำให้รายได้ของเกษตรกรรมนั้นไม่แน่นอนจึงมีส่วนทำให้เกษตรกรบางพวกอพยพเข้ามาอยู่ในตัวเมืองโดยหวังว่าจะได้รับรายได้ที่แน่นอนกว่า

1.6 ความขาดแคลนด้านคมนาคมและด้านสาธารณสุข ปัญหาการคมนาคมไม่สะดวกโดยส่วนใหญ่ในเขตชนบทนั้นการคมนาคมยังไม่ได้รับการพัฒนาดีเท่าที่ควรหรือยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตพื้นที่ที่อยู่ลึกเข้าไปในป่ายังมีความยุ่งยากลำบากในเรื่องการติดต่อสื่อสารมากเป็นทวีคูณจึงจำเป็นที่จะต้องดิ้นรนพยายามที่จะเข้ามาอยู่ในตัวเมืองมากยิ่งขึ้น การสุขาภิบาลในเขตชนบทต่าง ๆ ยังไม่เจริญเท่าที่ควร และยังไม่พอเพียงกับความต้องการของประชาชน

## 2. ปัจจัยดึงดูด (Pull Factors)

2.1 ความแตกต่างของอัตราค่าจ้างและรายได้รายได้สาขาเกษตรมักไม่แน่นอน ส่วนสาขาอุตสาหกรรมค่อนข้างแน่นอน อัตราค่าจ้างในแต่ละภูมิภาคก็ยังคงแตกต่างกันจึงเป็นสาเหตุหนึ่งให้มีการอพยพจากถิ่นที่มีรายได้น้อยไปสู่แหล่งที่มีรายได้สูง

2.2 การได้รับการชักชวนจากญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เป็นสาเหตุที่สำคัญมาก กล่าวคือผู้ที่ได้เข้ามาอยู่ในเขตตัวเมือง มีงานทำ มีรายได้มักจะชักชวนให้เพื่อนบ้านเดินทางเข้ามาทำงานในเมืองเพื่อที่จะได้มีรายได้ดีขึ้น

2.3 ความเป็นศูนย์กลางด้านการศึกษาจะพบว่าในบริเวณเขตตัวเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลางการศึกษาซึ่งการศึกษานี้จะมีส่วนยกฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของคนให้สูงขึ้น ประชาชนจำนวนมากจึงหลั่งไหลเข้ามาเพื่อแสวงหาความรู้

2.4 ความต้องการที่จะเปลี่ยนอาชีพ กลุ่มประชาชนบางพวก เมื่อได้ทำงานประเภทหนึ่งมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วอาจเกิดความเบื่อหน่าย หรือเห็นว่างานดังกล่าวไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร จึงคิดหางานใหม่ในประเภทที่ตนคิดว่าจะทำให้มีความก้าวหน้ากว่าและมีความมั่นคงยิ่งขึ้น

2.5 ความอยากรู้อยากเห็นจากการสื่อสารต่าง ๆ ทำให้คนในเขตชนบทกระตือรือร้นอยากเห็นความเจริญในเขตตัวเมืองหรือเมืองหลวงว่าเป็นเช่นไร

2.6 นายหน้าหางาน ในปัจจุบันก็เป็นส่วนหนึ่งที่ดึงดูดให้ประชาชนจากชนบทเข้ามาทำงานในเขตเมือง ผู้ประกอบกิจการเป็นนายหน้าหางานทำนั้น รับผิดชอบกับประชาชนในเขตชนบทเพื่อที่จะจัดหางานให้ทำในเขตตัวเมืองซึ่งบางประเภทก็ได้ผลสำเร็จ แต่บางประเภทก็ล้มเหลว

จากแนวคิดทฤษฎีของ เอนส์ท์ ราวินสไตน์. 1885 (อ้างถึงใน ปราโมทย์ ประสาทกุล และบุญคง หันจางสิทธิ์. 2543) ที่ได้เสนอแนวคิดที่เกี่ยวกับการย้ายถิ่น ได้กล่าวโดยการย้ายถิ่นมีลักษณะเป็นขั้นตอน เช่น การย้ายถิ่นเข้าไปอยู่ใกล้เมืองเล็กก่อน และย้ายเข้าไปสู่เมืองใหญ่ที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว อีกทั้งแรงกระตุ้นทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการย้ายถิ่น

ในขณะที่ เอฟเวิร์ด ลี. 1969 (อ้างถึงใน ปราโมทย์ ประสาทกุล และบุญคง หันจางสิทธิ์. 2543) กล่าวถึงในส่วนของปัจจัยดึงที่ไม่ให้ประชากรย้ายถิ่นและขณะเดียวกันก็มีปัจจัยที่ผลักดันให้ประชากรย้ายถิ่น แต่ท้ายที่สุดแล้วบุคคลจะตัดสินใจย้ายถิ่น จากปัจจัยที่อยู่ในถิ่นต้นทางที่อาศัยอยู่ และเปรียบเทียบกับปัจจัยในถิ่นปลายทางรวมถึงอุปสรรคที่แทรกอยู่ เช่น ระยะทางระหว่างถิ่นต้นทางและถิ่นปลายทาง นอกจากนั้นยัง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการย้ายถิ่นที่เอื้ออำนวยหรือขัดขวางการย้ายถิ่น เช่น อายุ ระดับการศึกษา ระดับความชำนาญ เพศ ผิด เชื่อชาติและเผ่าพันธุ์ และปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งการตัดสินใจบางครั้งอาจเกิดจากการที่ผู้ย้ายถิ่น ไม่ได้ตัดสินใจ เช่น การย้ายถิ่นตามคนอื่นไป เช่น ย้ายตามคู่สมรส ลูก ๆ ย้ายถิ่นตามพ่อแม่ เป็นต้น โดยปัจจัยหลักที่มีความสำคัญกับการย้ายถิ่น คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ต้นทาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของถิ่นปลายทาง อุปสรรคขวางกั้นที่แทรกอยู่ระหว่างพื้นที่ต้นทางกับพื้นที่ปลายทาง และปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทางอายุ เพศ การศึกษา และอื่น ๆ

ในประเทศไทยรูปแบบของการย้ายถิ่น ไม่ได้มีความแตกต่างจากรูปแบบการย้ายถิ่นที่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาพัฒนา ซึ่งมีรูปแบบของการย้ายถิ่นของชนบทสู่เมืองมากที่สุด อีกทั้งยังมีกระแสการย้ายถิ่นจากชนบทสู่ชนบท จากเมืองสู่เมือง และจากเมืองสู่ชนบทเกิดขึ้นเช่นกัน ในจังหวัดสมุทรปราการ มีอัตราการย้ายถิ่นเพิ่มมากขึ้น ในปี 2550 มีการลงทะเบียนย้ายเข้า จำนวน 96,361 คน และลงทะเบียนย้ายออก จำนวน 76,624 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551 : 10 -11)

แนวคิดเรื่องการย้ายถิ่นของเอนสท์ ราเวนสไตน์ และเอฟเวิร์ด ลี ชี้ให้เห็นว่ามีการย้ายถิ่นมีหลายรูปแบบ ปัจจัยของการย้ายถิ่นส่วนใหญ่มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยผลัก (Push Factors) เป็นสถานะที่ทำให้คนที่มี การเคลื่อนย้ายออกจากพื้นที่ และปัจจัยดึงดูด (Pull Factors) เป็นสถานะที่ส่งเสริมให้คนเคลื่อนย้ายสู่พื้นที่เฉพาะ ซึ่งกล่าวได้ว่าการเคลื่อนย้ายของคนเพราะมีความเชื่อว่าผู้คนเหล่านั้นจะมีชีวิตที่ดีกว่าในพื้นที่ที่แตกต่างกัน และในส่วนของจังหวัดสมุทรปราการมีลักษณะเหมือนกรุงเทพฯ จึงนำแนวคิดสาเหตุการย้ายถิ่นของ (สิริลักษณ์ แก้วคงยศ. 2533 : 31 – 34) ที่กล่าวถึง ปัจจัยผลักดัน (Push Factor) ปัจจัยดึงดูด (Pull Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดการย้ายถิ่น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้คาดว่า การย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองอย่างต่อเนื่องและมีหลายรูปแบบน่าจะเป็นสาเหตุสำคัญของชุมชนแออัด ความหนาแน่นของชุมชน อันนำมาสู่สภาวะสุขภาพของคนในชุมชนแออัด และมีผลให้ประชาชนที่ย้ายถิ่นแม้เจ็บป่วยก็ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้เนื่องจากการย้ายถิ่นแต่ไม่ได้ย้ายสิทธิบัตรทองทำให้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น

## 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

### 2.5.1 ความหมาย

สิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเรา ทั้งที่เกิดเองตามธรรมชาติหรือมนุษย์สร้างขึ้น อาจเป็นสิ่งที่จับต้องหรือมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น ต้นไม้ แม่น้ำ อาคารบ้านเรือน หรือสิ่งแวดล้อมที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า ต้องใช้กล้องจุลทรรศน์ส่องดู เช่น เชื้อจุลินทรีย์บางอย่าง มองไม่เห็นแต่รับรู้ด้วยประสาทสัมผัส เช่น ความร้อน ความเย็น เสียงดัง กลิ่นเหม็น และนอกจากนั้นสิ่งแวดล้อมยังรวมไปถึงสิ่งที่มองไม่เห็น ไม่อาจรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสแต่ทราบได้เมื่อเกิดผลเสียหายหรือเป็นอันตรายของมนุษย์ขึ้นเท่านั้น เช่น กัมมันตภาพรังสีรังสีอุตราไวโอเลต และพิษของสารเคมี เป็นต้น (ประกาย จิโรจน์กุล. 2528 : 3)

สิ่งแวดล้อม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ทั้งที่เป็นรูปธรรม จับต้องและมองเห็นได้ และนามธรรม วัฒนธรรม แบบแผน ประเพณี ความเชื่อ มีอิทธิพลเกี่ยวโยงถึงกัน เป็นปัจจัยในการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ผลกระทบจากปัจจัยหนึ่งจะมีส่วนเสริมสร้างหรือทำลายอีกส่วนหนึ่งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้สิ่งแวดล้อมเป็นวงจรและวัฏจักรที่เกี่ยวข้องกันไปทั้งระบบ (กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. 2535 : 8)

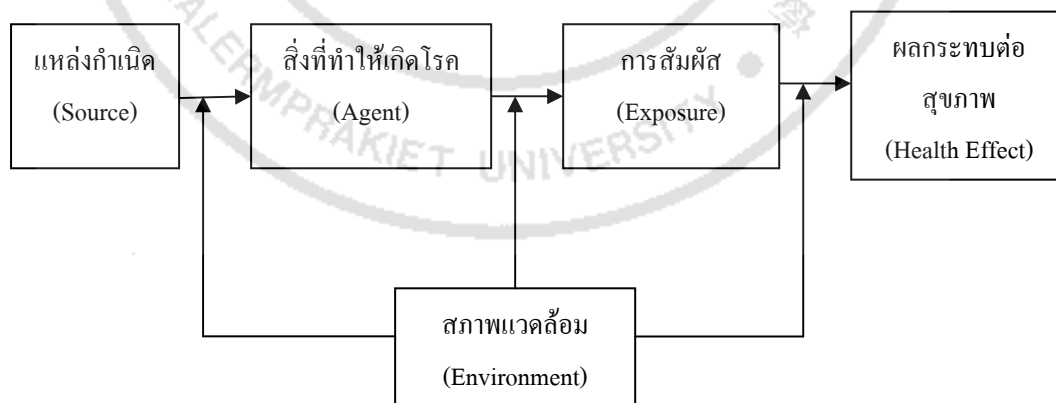
### 2.5.2 สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

สิ่งแวดล้อมในมิติที่หมายถึงสิ่งที่กระทบต่อสุขภาพนั้นจะหมายถึงการที่มีสิ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพนั้นปนเปื้อนมากับสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งแวดล้อมเป็นสื่อกลางที่ทำให้มนุษย์สัมผัสกับสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคนั้น เช่น มลพิษที่อยู่ในอากาศ ดินและน้ำ ทำให้อากาศ ดินและน้ำเป็นพิษกล่าวคือจะต้องมีสิ่งทำให้เกิดโรคปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมแล้วมนุษย์ไปสัมผัส ทั้งนี้มลพิษต่าง ๆ อาจเกิดขึ้นจากการประกอบอาชีพ เช่น เกษตรกรรม และอุตสาหกรรม รวมทั้งมลพิษจากการคมนาคมและที่อยู่อาศัย มลพิษจากการเกษตร ได้แก่ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สำหรับมลพิษจากภาคอุตสาหกรรมได้แก่สารพิษที่เป็นผลมาจากกระบวนการผลิต มลพิษจากการคมนาคม ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ และมลพิษจากบ้านเรือน ได้แก่ ขยะ สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย

กระบวนการที่สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งปนเปื้อนมากับสิ่งแวดล้อมกระทบต่อสุขภาพนั้นเริ่มต้นจากแหล่งกำเนิดของสิ่งที่ทำให้เกิดโรค มีการผลิตสิ่งที่ทำให้เกิดโรคออกมา แล้วปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นจึงเกิดการสัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนดังกล่าว เมื่อปริมาณและระยะเวลาในการสัมผัสถึงระดับที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพก็จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยสภาพแวดล้อมจะมีส่วนทำให้เกิดการแพร่กระจายของสิ่งที่ทำให้เกิดโรค หรือเพิ่มโอกาสในการสัมผัส และโอกาสในการสร้างผลกระทบต่อสุขภาพ

แผนภูมิที่ 2.1

องค์ประกอบและขั้นตอนที่สิ่งแวดล้อมกระทบสุขภาพ



ที่มา : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2551

### 2.5.3 สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ

กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์ (2543 : 15-35) ได้ศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพดังนี้

#### 2.5.3.1 มลพิษทางอากาศ

ฝุ่นละอองเป็นปัญหาหลักของมลพิษทางอากาศในกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้พลังงานในกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะในการคมนาคมขนส่งมีการตรวจวัดฝุ่นรวมเฉลี่ยรายปีริมถนนพบว่าสูงกว่าค่ามาตรฐานรายปี (100 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร) 4 เท่าในช่วงปี พ.ศ. 2538 – 2539 ถึงแม้ในช่วงปี 2540 – 2541 มีค่าลดลง แต่ยังคงสูงกว่าค่ามาตรฐาน นอกจากนี้ฝุ่นละอองในอากาศมีการปนเปื้อนสารตะกั่ว คาร์บอนมอนอกไซด์ซึ่งผลมาจากยานพาหนะ ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ประชากรหลายล้านคนในกรุงเทพฯ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงอัน ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีอาการระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคหัวใจได้รับผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ รายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในกรุงเทพฯเพิ่มสูงขึ้นตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

#### 2.5.3.2 มลพิษทางน้ำและน้ำสะอาดเพื่อการบริโภคอุปโภค

ทั้งแหล่งชุมชนเมือง อุตสาหกรรม และเกษตรกรรม ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหา มลพิษทางน้ำในประเทศไทย ปัญหาที่พบในแหล่งน้ำที่สำคัญได้แก่ ปัญหาการปนเปื้อนของแบคทีเรียซึ่งเป็นลักษณะที่อาจเสี่ยงต่อสภาวะการแพร่กระจายของโรคทางเดินอาหาร อาทิ อูจจาระร่วง อหิวาตกโรค บิด ไทฟอยด์ เป็นต้น ปัญหาหรงลงมา คือ ปัญหาแหล่งน้ำมีปริมาณออกซิเจนละลายต่ำ โดยเป็นปัญหาร้อยละ 26 ของจำนวนปัญหาทั้งหมด อันทำให้สัตว์น้ำไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยส่วนใหญ่พบว่าภาคกลางเป็นบริเวณที่คุณภาพน้ำมีสภาพเสื่อมโทรมมากที่สุด แม่น้ำที่มีสภาพเสื่อมโทรมมาก ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่าง แม่น้ำท่าจีนตอนล่าง และแม่น้ำระยองซึ่งมีปริมาณความสกปรกเพิ่มสูงเกินกว่ามาตรฐานและปริมาณออกซิเจนละลายมีค่าต่ำ อยู่เสมออันก่อให้เกิดผลกระทบและเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตของสัตว์

ส่วนน้ำสะอาดเพื่อการบริโภคอุปโภค การสำรวจล่าสุดโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2539 พบว่าภาพรวมประชาชนไทยทั่วประเทศ ทุก 1 ใน 5 ของประชาชนไทยทั่วประเทศ ยังคงขาดแคลนน้ำสะอาดสำหรับการบริโภคอุปโภค โดยที่ความรุนแรงของปัญหาขาดแคลนน้ำสะอาดในชนบทสูงกว่าเมืองซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีความรุนแรงมากกว่าภาคอื่น ๆ ผลกระทบต่อสุขภาพโรคความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับน้ำแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่

1) โรคหรือความเจ็บป่วยที่มีน้ำเป็นสื่อในการแพร่กระจาย เกิดจากการดื่มน้ำปนเปื้อนด้วยเชื้อโรคและสารเคมี โลหะหนัก รวมทั้งการปรุงอาหารโดยใช้ น้ำไม่สะอาดที่ปนเปื้อนด้วยเชื้อโรคและสารเหล่านี้ มักจะมีอาการโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อโรคจำนวนมาก และอาการป่วยด้วยโรคอื่น ๆ บิด ไทฟอยด์ ตับอักเสบ และพยาธิชนิดต่าง ๆ

2) โรคหรือ ความเจ็บป่วย ที่เนื่องมาจากความขาดแคลนน้ำสะอาดในการชำระล้าง ทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม มักจะเป็นโรคติดเชื้อตามเยื่อเมือก ผิวหนัง ภายนอก ร่างกาย เช่น ริดสีดวงตา หิด เหา แผลตามผิวหนัง

3) โรคหรือความเจ็บป่วยเนื่องจากเชื้อ โรคหรือสัตว์นำโรคที่มีวงจรชีวิตอาศัยอยู่ในน้ำที่สำคัญ คือ พยาธิใบไม้ในตับ พยาธิใบไม้ในเลือด

4) โรคหรือความเจ็บป่วยเนื่องมาจากแมลงเป็นพาหนะนำเชื้อ โรคที่ต้องอาศัยน้ำในการแพร่พันธุ์ พาหนะนำโรคส่วนใหญ่เกิดจากยุง เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก โรคเท้าช้าง ไข้เหลือง

### 2.5.3.3 ขยะชุมชนของเสียอันตรายและวัตถุและสารอันตราย

แหล่งชุมชนเมืองเป็นสาเหตุที่สำคัญของขยะมูลฝอย ขณะที่ทั้งภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมเป็นแหล่งกำเนิดที่สำคัญของของเสียอันตรายและวัตถุและสารอันตรายในระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมา ปริมาณขยะมูลฝอยของเสียและวัตถุและสารอันตรายเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ในปี พ.ศ. 2540 มูลฝอยในกรุงเทพฯ เกิดขึ้นประมาณวันละ 8,900 ตัน ในปริมณฑล ได้แก่ นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร และสมุทรปราการ ประมาณวันละ 3,020 ตัน (ยูดี คาดการณ์ไกล. 2542 : 98)

กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์ (2543 : 36-51) ขยะชุมชน การขยายตัวของเขตเมืองอุตสาหกรรมและประชากร รวมทั้งอัตราการอุปโภคและบริโภคที่เพิ่มขึ้น มีส่วนสัมพันธ์โดยตรงการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะชุมชนอย่างรวดเร็ว จากประมาณการทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2540 มีปริมาณขยะชุมชนเกิดขึ้นวันละ 37,000 ตัน หรือ 13.5 ล้านตัน/ปี ประมาณร้อยละ 24 หรือ 3.3 ล้านตัน เกิดขึ้นในกรุงเทพฯ ร้อยละ 36 เกิดขึ้นในเมืองพัทยาและเทศบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศที่เหลือร้อยละ 40 เกิดนอกเขตเทศบาลหรือในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล การจำกัดขยะชุมชนโดยส่วนใหญ่จึงเป็นการเทกองกลางแจ้งหรือเผากลางแจ้ง กลายเป็นแหล่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เป็นแหล่งพาหนะนำโรคและน้ำเสียจากแหล่งขยะก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคและสารพิษ

ของเสียอันตราย การประมาณการทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 มีปริมาณของเสียอันตรายเกิดขึ้น 2.8 ล้านตันต่อปี ร้อยละ 74 หรือสามในสี่เกิดจากภาคอุตสาหกรรมที่เหลือกระจายตามแหล่งต่าง ๆ

วัตถุและสารอันตราย ปริมาณการใช้สารเคมีและเคมีภัณฑ์ต่าง ๆ สูงขึ้น ปี พ.ศ. 2540 มีการใช้ทั้งสิ้น 12.9 ล้านตัน การใช้สารดังกล่าวในการผลิตภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมพิษภัยและผลกระทบต่อสุขภาพ เกิดการปนเปื้อนสารเคมีป้องกัน/กำจัดศัตรูพืชในแหล่งน้ำ การปนเปื้อนและตกค้างของสารเคมีต่าง ๆ ในแหล่งอาหาร เกิดอุบัติเหตุและภัยในรูปแบบต่าง ๆ จากวัตถุและสารอันตราย ผลกระทบต่อสุขภาพจากพิษภัยความไม่ปลอดภัยของอาหารและผลกระทบต่อสุขภาพจากพิษภัยสารเคมีการเกษตรและอุตสาหกรรม ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นตลอดเวลา เนื่องจากความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์

#### 2.5.4 สภาพแวดล้อมในชุมชนแออัดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

จากการศึกษารายงานการศึกษาและประเมินผลโครงการพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนเมืองซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนเงินทุนเพื่อการพัฒนาจาก Danish Cooperation for Environment and Development (DANCED) ประเทศเดนมาร์ก โดยให้การสนับสนุนผ่านสำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง (พมช.) การเคหะแห่งชาติ (พมช.) ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) โดยโครงการนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2542 โดยมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชน โดยให้เกิดการบริหารจัดการจากคนในชุมชนเอง ประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเสนอปัญหา และเสนอโครงการกิจกรรมพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนจากความต้องการของชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายคือชุมชนแออัดในเมืองทั่วประเทศ (อकिन รพีพัฒน์ และคณะ. 2541 : 6-17) พบว่าสภาพแวดล้อมในชุมชนแออัดซึ่งเป็นปัญหาของประชาชนในภาพรวมจากการเสนอโครงการกิจกรรมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนเมือง ตุลาคม 2539 - พฤศจิกายน 2541 จำนวน 196 โครงการทั่วประเทศ ได้แก่ (คือพลัง ร่วมสร้าง โครงการพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนเมือง. 2542 : 30)

1. สร้าง/ปรับปรุงถนน ทางเดินเท้า สะพานทางเดินเท้า	44	โครงการ
2. คู/ท่อระบายน้ำ และถนน/ทางเท้า	30	โครงการ
3. น้ำประปา	24	โครงการ
4. สร้างปรับปรุง/ศูนย์ชุมชนศาลาเอนกประสงค์	22	โครงการ



5. การจัดการขยะ	20	โครงการ
6. ปรับปรุงพื้นที่ชุมชน หนองน้ำ ปลุกต้นไม้ สวนสุขภาพ	14	โครงการ
7. สร้างปรับปรุงศูนย์เด็กเล็ก สนามเด็กเล่น	16	โครงการ
8. ไฟฟ้า	5	โครงการ
9. เลียงตามสาย	5	โครงการ
10. เครื่องดับเพลิง/เรือดับเพลิง	3	โครงการ
11. บ่อบำบัดน้ำเสีย	3	โครงการ
12. เขื่อนกั้นน้ำเซาะ	2	โครงการ
13. อื่น ๆ (ลานกีฬา ราวสะพาน บ่อน้ำบาดาล ฯลฯ)	8	โครงการ

จากโครงการซึ่งประชาชนซึ่งอยู่ในชุมชนแออัดได้เสนอและจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน ทำให้ทราบว่าปัญหาสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นปัญหาของชุมชนแออัดมากที่สุด คือ ถนน ทางเดินเท้า สะพานที่ไม่ได้มาตรฐาน ระบบสาธารณูปโภค น้ำประปา ไฟฟ้า ปัญหาขยะ และการขาดพื้นที่ชุมชน/พื้นที่สาธารณะในชุมชนเพื่อกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจากความต้องการด้านต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เห็นสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

จากการศึกษารายงานการศึกษาประเมินผลโครงการสภาพแวดล้อมชุมชนเมือง กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (กุชงค์ เสนานุช และมณีรัตน์ มิตรปราสาท, 2540 : 32-36) พบว่าชุมชนแออัดในจังหวัดสมุทรปราการ 8 ชุมชน มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมในชุมชนและเสนอโครงการ/กิจกรรมเพื่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน คือ **ชุมชนพระยาอัลดพลี** ดำเนินโครงการติดตั้งน้ำประปาชุมชนทำให้ชาวบ้านมีน้ำประปาใช้ในราคาถูกลง **ชุมชนคลองแสนสุข** ดำเนินโครงการปรับพื้นที่หน้าชุมชนและโรงเรียนให้สูงขึ้นเพราะน้ำท่วมขังทำให้ชาวชุมชนนั้นเป็นโรคเท้าเปื่อย **ชุมชนตรอกถ่าน** ดำเนินโครงการลอกท่อระบายน้ำและเก็บขยะเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้อยู่อาศัยไม่มีกลิ่นเหม็นน้ำเน่า ป้องกันน้ำท่วมขังและขยะอุดตัน **ชุมชนบางปิ้งและชุมชนท้ายบ้าน 2-4** ดำเนินการจัดการขยะเพื่อให้เกิดความสะอาดและปราศจากขยะตกค้างในชุมชน **ชุมชนแสนสุข** ดำเนินโครงการลอกท่อระบายน้ำ/ปลุกต้นไม้/จัดการขยะเพื่อแก้ไขปัญหาที่ระบายน้ำอุดตันและป้องกันน้ำท่วมขังรวมทั้งลดปัญหาน้ำเน่าเสียส่งกลิ่นเหม็น **ชุมชนซอยโบราณ** ดำเนินโครงการจัดการขยะเพื่อให้ชุมชนสะอาดน่าอยู่อาศัย และ**ชุมชนคลองตาเคล็ดฝั่งตะวันออก** ดำเนินโครงการปลุกต้นไม้ชุมชนเพื่อปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนให้สวยงาม สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย ซึ่งจากโครงการดังกล่าวทำให้ทราบถึงปัญหาของคนในชุมชนแออัดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

ภาพรวมของการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสิ่งแวดล้อมและศึกษาโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมืองและชุมชนแออัดประกอบการศึกษาสภาพทางกายภาพของชุมชนแออัด ทำให้ทราบถึงสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพดังนี้

1. ทางเดินเท้าไม่เหมาะสม เล็กและแคบ พาดตามแนวไปอย่างไม่มีการระบายตามช่องว่างระหว่างบ้าน หรือสะพานชำรุดทรุดโทรม และถนนที่ขาดการดูแลรักษาอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม ตกสะพาน รถชน

2. คุณภาพน้ำไม่เหมาะสม ชื้นแฉะและเกิดน้ำคร่ำก่อให้เกิดน้ำท่วมขัง น้ำเสียทำให้เกิดเชื้อโรคต่าง ๆ เช่น โรคเท้าเปื่อย เกิดพาหะนำเชื้อโรคมานแพร่พันธุ์ โรคที่เกิดจากยุง เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก โรคเท้าช้าง ไข้เหลือง

3. การถ่ายเทอากาศไม่ดีเนื่องจากการปลูกบ้านตามใจชอบ ไม่เป็นระเบียบแบบแผนและหนาแน่น แออัด ทำให้เกิดสภาพอับชื้นมีดและผิตุสุขลักษณะทำให้เกิดเชื้อโรคได้ง่าย เช่น เชื้อแบคทีเรียที่เกาะอยู่ตามวัสดุ สิ่งของต่าง ๆ เชื้อราตามเสื้อผ้าตากไว้ไม่โดนแดดเหล่านี้เป็นที่มาของความเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากความไม่สะอาดของที่อยู่อาศัยตลอดจนอาจมีแมลงและสัตว์มีพิษต่าง ๆ ที่เข้ามาอาศัยอยู่ เช่น หนู แมลงสาบ งู ตะขาบ ซึ่งก่อให้เกิดเชื้อโรคต่าง ๆ และอุบัติเหตุจากสัตว์มีพิษ

4. ระบบสาธารณูปโภค น้ำประปาและไฟฟ้าไม่ทั่วถึงอันเนื่องมาจากความหนาแน่นของคนในชุมชนทำให้ขาดแคลนน้ำสะอาดในการอุปโภคบริโภคทำให้เกิดโรคซึ่งมากับแหล่งน้ำที่ไม่สะอาด เช่น โรคผิวหนัง แผลตามผิวหนัง โรคท้องร่วง บิด ไทฟอยด์ ดับอักเสบและพยาธิชนิดต่าง ๆ

5. ปัญหาขยะในชุมชนที่ขาดการจัดการและการดูแลที่ดีทำให้เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค และเกิดอุบัติเหตุกับคนที่ค้นหาสิ่งของจากกองขยะเพื่อนำไปขาย ทั้งในด้านการบาดเจ็บและการสะสมของสารพิษบางอย่างจากโรงงาน หรือคนที่นำไปทิ้งไว้ เช่น แบคเตอรี สารตะกั่ว

6. การขาดพื้นที่สาธารณะในการทำกิจกรรมของชุมชน เช่น สวนสุขภาพ ลานกีฬา สนามเด็กเล่น ศาลาเอนกประสงค์ ทำให้ขาดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพไม่แข็งแรง

7. ผู้คนละออง ชุมชนแออัดในบางพื้นที่โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และปริมณฑลมีจำนวนผู้คนที่เกิดกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะชุมชนที่อยู่ริมถนนจึงทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจ และโรคหัวใจ นอกจากนี้ในอากาศยังมีสารพิษต่าง ๆ เช่น สารตะกั่ว คาร์บอนมอนอกไซด์ จากน้ำมันเชื้อเพลิงในขบวนพาหนะซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชนแออัดที่อยู่ใกล้การจราจรหรือโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งมีการปล่อยสารพิษ

8. น้ำเสียเกิดจากคนที่ขยะลงในแม่น้ำ และจากโรงงานอุตสาหกรรมทำให้น้ำเสียส่งกลิ่นเหม็นและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เกิดพาหนะนำโรค ทำให้เกิดเชื้อโรคและเป็นโรคติดต่อ

การศึกษาเรื่องสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมในชุมชนแออัดที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งก่อให้เกิดอุบัติเหตุและโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น ทางเดินเท้าไม่เหมาะสม ขยะในแม่น้ำลำคลอง ยุงชุกชุม ฝุ่นละออง สารพิษจากโรงงาน อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

## 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

### 2.6.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอแนะใด ๆ ในทางที่จะยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมอย่างเดียวกันตลอด โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

ทัศนคติเป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความคิด ความกลัวต่อสิ่งบางอย่าง การแสดงออกทางด้านการพูดเป็นความคิด และความคิดนี้เป็นสัญลักษณ์ของทัศนคติ ดังนั้น ถ้าเราอยากจะวัดทัศนคติ เราก็สามารถทำได้โดยวัดความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ (L.L. Thurstone. 1928 : 531)

ทัศนคติเป็นระดับของความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นอะไรก็ได้หลายอย่าง เป็นต้นว่า สิ่งของ บุคคล บทความ องค์การ ความคิด ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้ ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย (L.L.Thurstone. 1946 : 39)

ทัศนคติ หมายถึง สภาวะของความพร้อมทางด้านจิตซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะการณณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็แรงที่จะกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อ บุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Gordon Allport. 1935 : 810)

ทัศนคติ หมายถึง ส่วนประกอบสองส่วน คือ ความรู้สึกในการที่จะชอบหรือไม่ชอบ และ ความรู้หรือความเชื่อซึ่งอธิบายถึงลักษณะ ตลอดจนสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งที่มีต่อสิ่งอื่น ๆ (D. Katz. 1960 : 343)

ทัศนคติ หมายถึง การผสมผสาน หรือจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้ จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ (Milton Rokeach. 1970 : 112)

ทัศนคติ หมายถึง ระเบียบของแนวคิด ความเชื่อ อุปนิสัย และสิ่งจูงใจที่เกี่ยวข้องกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ (ชงชัย สันติวงษ์. 2546 : 167)

ทัศนคติ หมายถึง ความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 3)

จากคำจำกัดความของนักทฤษฎีหลายท่านผู้ศึกษาพอสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึงความรู้สึกและความเห็นที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดมาจากการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ หรือประสบการณ์จากสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งมีทั้งทางบวกและทางลบ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

## 2.6.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

องค์ประกอบของทัศนคติ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 3 - 5)

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) ได้แก่ ความคิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิดความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกัน เช่น เมื่อคนหนึ่งพูดถึง หรือนึกถึง “รถยนต์” อาจจะนึกถึงรถยนต์ไฮฟอร์ด หรือยี่ห้ออื่น ๆ ส่วนประกอบทางทัศนคติส่วนนี้แสดงให้เห็นชัดเจน เมื่อเรามองเห็นประโยชน์ที่ว่า “รถยนต์เป็น.....” หรือ “รถยนต์.....” ซึ่งการที่จะอธิบายถึงรถยนต์นั้น จะต้องมีความเข้าใจก่อนว่า “รถยนต์” มีความหมายต่อผู้พูดอย่างไร หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับรถยนต์เป็นอย่างไรนั่นเอง

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้า “ความคิด” อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีภาวะความรู้สึกที่ดี หรือไม่ดี ขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ขณะเมื่อนึกถึงรถยนต์(ซึ่งอาจจะออกมาในรูปลักษณะที่แตกต่างกัน) แสดงว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกด้านบวก (Positive) และมีความรู้สึกในด้านลบ (Negative) ตามลำดับต่อรถยนต์นั้น

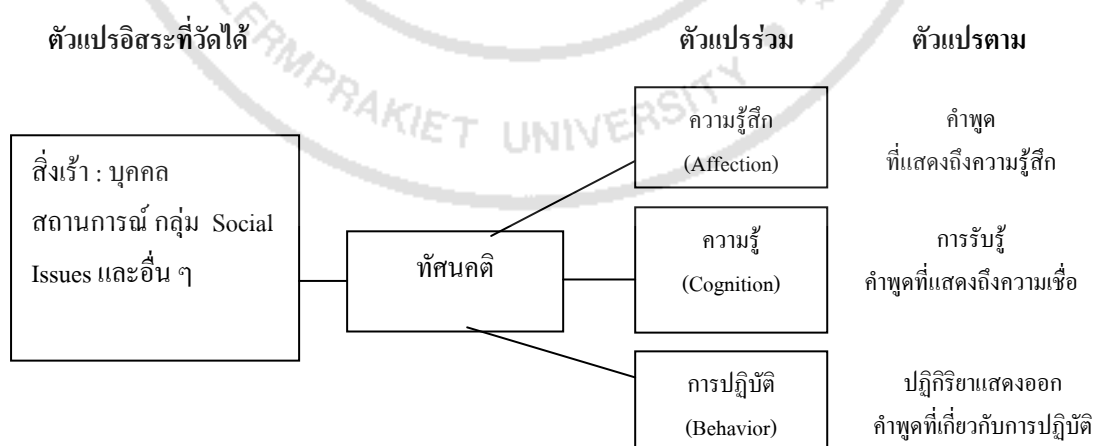
3. องค์ประกอบทางด้านปฏิบัติ (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบมีแนวโน้มในทางปฏิบัติหรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ขับรถยนต์ ซื่อ หรือให้คำชมเชยรถยนต์ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ถ้าบุคคลนั้นไม่มีความเข้าใจหรือความคิดรวบยอดเกี่ยวกับรถยนต์ เขาก็จะไม่มิตทัศนคติต่อรถยนต์ เช่น เมื่อมองเห็นรถยนต์ ความคิดของเขาเกี่ยวกับรถยนต์อาจจะเป็นไปในรูปอื่น ๆ เช่น เป็นตัวนำความทุกข์มาให้ซึ่งทำให้ความรู้สึกของบุคคลนั้น ย่อมมีต่อสิ่งที่เขาคิดว่าเป็นตัวแทนของรถยนต์ แต่ไม่ใช่ต่อรถยนต์ ดังนั้นองค์ประกอบทางด้านความรู้ ความเข้าใจหรือทางด้านพุทธิปัญญาจึงนับว่าเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติและองค์ประกอบนี้จะเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล ซึ่งอาจจะออกมาในรูป “ความสุข” “ความทุกข์” “ยินดี” “ไม่ยินดี” หรืออื่น ๆ ความรู้สึกเหล่านี้จะมีมากหรือน้อยต่อวัตถุ หรือสิ่งที่เขารู้จักย่อมขึ้นอยู่กับจำนวนและความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเขามีส่วนเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือปรากฏการณ์นั้น ๆ

เพื่อให้มองเห็นองค์ประกอบของทัศนคติอย่างชัดเจนขึ้น โปรดดูแผนภูมิองค์ประกอบทั้งสามองค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กันมาก บางครั้งจะแยกไม่ออกอย่างเด็ดขาด เช่น ถ้าบุคคลนั้นมีประสบการณ์เคยประสบอุบัติเหตุรถยนต์คว่ำมา เขาอาจจะมีความรู้สึกในด้านลบต่อรถยนต์ (มีความรู้สึกที่ไม่ดี เมื่อนึกถึงรถยนต์) แต่ขณะเดียวกันเขาอาจจะยอมรับว่าเขาจำเป็นต้องใช้รถยนต์ในการเดินทางไปต่าง ๆ ซึ่งแสดงว่าเขามีองค์ประกอบทางการปฏิบัติเป็นไปในทางด้านบวกและมีแนวโน้มที่จะใช้รถยนต์

### แผนภูมิที่ 2.2

#### องค์ประกอบของทัศนคติ



ที่มา : Harry C. Triandis. (1971) “Attitude and Attitude Change” New York : John Wiley & Sons, Inc. p 3.

### 2.6.3 มาตรการทัศนคติของ Likert

แบบวัดของตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert's Scale) มีชื่อเรียกหลายอย่าง เช่น Sigma Scale Likert Type Scale Method of Summated Rating Posttiori Approach วิธีนี้ เรนนิส ลิเคอร์ท (Rensis Likert) เป็นผู้คิดขึ้น โดยกำหนดการให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ความเบี่ยงเบนมาตรฐานให้คะแนนช่วงความรู้สึกเท่า ๆ กัน เป็น 5 ช่วงแบบต่อเนื่อง เรียกว่า Arbitrary Weighting Method ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจหรือเฉย ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 สำหรับข้อความทางบวก ส่วนข้อความทางลบในระดับความคิดเห็นเดียวกัน ให้คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4, 5 ซึ่งได้ผลไม่แตกต่างกัน และพบว่ามีค่าสหสัมพันธ์สูงถึง 0.99 กับค่าคะแนนที่กำหนดเป็นจำนวนเต็ม ดังนั้นการกำหนดคะแนนของแต่ละระดับในแบบวัดแบบลิเคอร์ทในเวลาต่อมา จึงกำหนดเป็นคะแนนจำนวนเต็มเรียงกันไป อาจเริ่มจาก 1 ไปแทนที่จะเริ่มด้วย 0 ก็ได้ คะแนนผู้ตอบแต่ละคนได้จากการรวมคะแนนจากการตอบแต่ละข้อของผู้ตอบ (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2549 : 55 - 56)

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก ความเห็นที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดมาจากการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ หรือประสบการณ์จากสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งซึ่งมีทั้งทางบวกและทางลบ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม โดยจัดทำแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดแสดงทัศนคติต่อการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เพราะทัศนคติอาจเป็นปัจจัยหนึ่งในการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลหรือเข้าไม่ถึงสิทธิการรักษาพยาบาล

## 2.7 งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### 2.7.1 การย้ายถิ่น

สุกัญญา อาชีวะวิทย์ (2534) ศึกษา “การย้ายถิ่นเข้าสู่เขตอุตสาหกรรมใหม่ : ศึกษาการย้ายถิ่นในเขตอุตสาหกรรมอำเภอศรีราชาจังหวัดชลบุรี” ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 160 ราย แยกผู้ย้ายถิ่น 121 ราย และ ผู้ไม่ย้ายถิ่น 39 ราย ผู้อาศัยในครัวเรือน อายุระหว่าง 15-60 ปี ผลการศึกษาพบผู้ย้ายถิ่นไม่เกิน 3 ปีมากที่สุดประมาณ 3 ใน 5 ส่วนของการย้ายถิ่นทั้งหมดและเป็นการย้ายถิ่นครั้งแรกเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 4 ใน 5 ส่วน ระยะทางในการย้ายถิ่นมีผลต่อคุณลักษณะผู้ย้ายถิ่นในเรื่อง เพศ และอายุ โดยย้ายถิ่นระยะไกลพบสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายและสัดส่วนอายุมากลดลงสำหรับการย้ายถิ่นไกล ๆ แต่ผู้มีอายุมากจะมีสัดส่วนย้ายถิ่นใกล้ ๆ ส่วนเหตุผลในการย้ายถิ่นเกี่ยวกับงานมากที่สุด ส่วนภาคกลางย้ายถิ่นเกี่ยวกับครอบครัวสูงกว่าภาคอื่น ผู้ย้ายถิ่นภาคอีสานย้ายถิ่นเพราะการศึกษาต่อสูงกว่าภาคอื่น

อัมพร สราญเศรษฐ์ (2547) ศึกษา “ความแตกต่างของการมีหลักประกันสุขภาพระหว่างแรงงานย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา” กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากแรงงานฝีมือคนไทยอาชีพก่อสร้าง และตัดยาง/ปลูกผัก เปรียบเทียบแรงงานย้ายถิ่น 253 คน แรงงานไม่ย้ายถิ่น 203 คนรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจแต่ละครัวเรือนประกอบด้วยข้อมูลความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ สังคมเศรษฐกิจ การรับรู้ระดับสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่ามีความแตกต่างของการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่อำเภอสะเตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสัดส่วนแรงงานไม่ย้ายถิ่นที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพมากกว่าแรงงานย้ายถิ่นประมาณ 3 เท่า การย้ายถิ่นเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการขาดหลักประกัน ปัจจัยรองลงมา คือ อายุ ผลจากการไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพทำให้ผู้ใช้แรงงานใช้บริการร้านขายยา คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าทั้งของตนเองและสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันที่อำเภอสะเตา ผลจากการศึกษาพบว่าความแตกต่างยังคงมีอยู่แรงงานย้ายถิ่นเป็นกลุ่มด้อยโอกาสอีกกลุ่มหนึ่ง

### 2.7.2 สิ่งแวดล้อม

โตภา ขปิลมันท์ และคณะ (2534) ได้ทำการศึกษา “รูปแบบชุมชนที่พึงปรารถนาของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร” สภาพชุมชนที่พึงปรารถนาและต้องการให้เกิดโดยเร่งด่วน คือ ต้องการให้มีการแก้ปัญหาหาเสพติด การตั้งสหกรณ์ร้านค้าและสหกรณ์ออมทรัพย์ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการเพิ่มความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สถานรับเลี้ยงเด็กใกล้บ้าน การรวมกลุ่มป้องกันอัคคีภัยและน้ำท่วมขัง เป็นต้น ด้านความช่วยเหลือเร่งด่วน พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการแก้ไขปัญหาน้ำขัง น้ำเน่า และยุบ มีคลินิกโรงพยาบาลของรัฐและสนามเด็กเล่นในชุมชน มีสภาพแวดล้อมที่ถูกลักขณะ มีโทรศัพท์ มีไฟฟ้าตามทางเดิน และการดูแลเรื่องการเก็บขยะ เป็นต้น

บั้งอร ฉางทรัพย์ และคณะ (2550) ศึกษา “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพibalสิ่งแวดล้อมที่พกอาศัยของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร” กลุ่มตัวอย่าง 500 คน สุ่มตัวอย่างชุมชนทั้งสิ้น 20 ชุมชน ในเขตคลองเตย กรุงเทพฯ เพศชายร้อยละ 31.20 เพศหญิงร้อยละ 66.00 ส่วนใหญ่อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 39.00 ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรักษาสุขภาพibalสิ่งแวดล้อมที่พกอาศัยของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง และจากโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ แสดงให้เห็นว่าอายุ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพibalสิ่งแวดล้อมที่พกอาศัย

### 2.7.3 ความรู้และทัศนคติ

เริงพล ต้นสุชาติ (2545) ศึกษา “ทัศนคติของผู้เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่” ผลการศึกษา พบว่าทัศนคติของผู้เข้ารับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการนี้ โดยส่วนใหญ่ผู้เข้ารับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและขั้นตอนการเข้ารับบริการ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิพื้นฐาน ส่วนทัศนคติด้านความรู้สึกรู้สึกหรือความพึงพอใจ ผู้เข้ารับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ในด้านการบริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และทัศนคติด้านความตั้งใจก่อนพฤติกรรม ผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่ใช้บริการปีละ 1 ครั้ง คาดหวังจะมาใช้บริการซ้ำอีก เนื่องจากประหยัดค่าใช้จ่ายและเป็นการสนับสนุนให้รัฐจัดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคให้เป็นโครงการถาวร เพราะเป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีรายได้น้อย

จจิรัตน์ บุญวิวัฒนาการ (2546) ศึกษา “ความรู้ความเข้าใจของประชาชนต่อโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) จังหวัดเชียงราย” จากกลุ่มตัวอย่าง 2,000 คน พบว่าร้อยละ 42.30 เคยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1-5 ครั้ง ร้อยละ 92.25 ร้อยละ 91.60 ได้รับความรู้จากในชุมชน ร้อยละ 49.02 ได้รับความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 55.90 ได้รับความรู้จากสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 92.85 และจากการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจของประชาชนต่อโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปานกลางด้านที่ประชาชนมีความรู้ที่น้อยที่สุด คือ ด้านสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 2.7.4 การเข้าถึงบริการ

สุรางค์ศรี สิตมโนชญ์ (2546) ศึกษา “การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดภูเก็ต” กลุ่มตัวอย่าง 388 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.7 มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปานกลาง การเข้าถึงด้านความพอใจของบริการที่มีอยู่ อยู่ในระดับปานกลางและรองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 51.4 และ 40.4 ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.6 ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.9 ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 81.6 และด้านการยอมรับคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากร้อยละ 47.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบคือ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ



ชญาพร เยาว์เจริญสุข (2550) ศึกษา “คนพิการกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร” พบว่า การใช้บริการสุขภาพหรือการได้รับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลพิจิตรใน 1 ปีที่ผ่านมา (1 ม.ค 2549 – 31 ธ.ค 2549) กลุ่มตัวอย่างคนพิการ 92 คน ส่วนใหญ่เคยไปโรงพยาบาลพิจิตรจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 ในจำนวนนี้คนใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอก 53 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 โดยใช้บริการ 1-6 ครั้ง ร้อยละ 39.2 เคยใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 โดยใช้บริการ 1 ครั้ง ร้อยละ 19.6 เคยรับบริการเยี่ยมบ้าน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 โดยรับบริการ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 16.3 ในกลุ่มตัวอย่าง 11 คนหรือร้อยละ 12.0 ไม่เคยไปโรงพยาบาลพิจิตรเพราะไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ สาเหตุที่เลือกไปโรงพยาบาลเอกชน เพราะ สะดวก รวดเร็ว มั่นใจว่ายาดี คำนึงเกี่ยวกับแพทย์ไม่มั่นใจไปรักษาโรงพยาบาลพิจิตรเพราะเคยมีประสบการณ์มาก่อน ปัญหาเมื่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาลพิจิตรของคนพิการและญาติคนพิการที่พบมาก คือ รอานาน ความไม่สะดวกในการไปใช้บริการ และพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

อมราภรณ์ จรจันทร์ (2550) ศึกษา “ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับแรงงานต่างด้าว กรณีศึกษา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนแรงงานและไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานจำนวน 163 คน ลักษณะการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการด้านการบริหารองค์กรมมากที่สุด ให้ความสามารถในการรักษาพยาบาล ความสามารถของแพทย์พยาบาลถือเป็นเหตุผลสำคัญในการมาใช้บริการ ในประเด็นของการบริการสุขภาพระหว่างแรงงานต่างด้าวกับคนไทยไม่แตกต่างกัน รองลงมาด้านผู้ให้บริการและด้านผู้ใช้บริการ โดยด้านผู้ให้บริการเจ้าหน้าที่พูดจาด้วยถ้อยคำที่สุภาพ และด้านผู้ใช้บริการ ประเด็นเมื่อมารับบริการสะดวกรับบริการนอกเวลาราชการ ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการมีปัญหาด้านผู้ให้บริการมากที่สุด โดยเฉพาะด้านกิริยามารยาทประเด็นเจ้าหน้าที่บริการด้วยหน้าตาบึ้งตึงรองลงมาด้านการบริการด้านความสะดวก โดยเฉพาะระยะเวลาการรอคอยนาน และอุปสรรคด้านผู้ใช้บริการที่ต่างกันและระดับรายได้ที่ต่างกันมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่างกัน

อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ศึกษา “การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่” กลุ่มตัวอย่าง 365 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง จำแนกระดับปานกลางมี 3 ด้าน ได้แก่การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและความสะดวกในการมารับบริการ และความสามารถของผู้รับบริการในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ และด้านการยอมรับในคุณภาพของบริการ

### 2.7.5 การใช้บริการ/บัตรประกันสุขภาพ

สุรศักดิ์ นิยมปาน (2544) ศึกษา “พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี” จากกลุ่มตัวอย่างประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 631 คน สุ่มตัวอย่างทำการเก็บข้อมูลในระหว่าง 1 ธันวาคม 2544 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2545 พบว่าการไปใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 60.3 เฉลี่ย 2.7 ครั้ง/คนและผู้ป่วยในมีไปใช้บริการร้อยละ 0.48 โดยมีอัตราการนอนเฉลี่ย 1 ครั้ง/คน การไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูมากที่สุดร้อยละ 87.2 เหตุผลสำคัญของการเลือกไปใช้สิทธิ์คือใกล้บ้านเดินทางสะดวกและเคยรักษามาก่อน/เป็นคนไข้ประจำ และสาเหตุสำคัญของการเลือกไม่ไปใช้สิทธิ์คือไม่เคยเจ็บป่วยและชื้อยากินเอง/ร้านขายยา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนได้แก่ อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจในบริการที่เคยได้รับ การรับรู้สิทธิประโยชน์และการได้รับรู้เงื่อนไขการบริการ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทาง ประสบการณ์ในการรับบริการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรคในการไปใช้บริการ ได้แก่ หลักเกณฑ์ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพและความมั่นใจในคุณภาพบริการ และข้อเสนอแนะควรเลือกสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนของตนเองและสามารถใช้บริการต่างจังหวัดได้

รัตนา ชรรณวิจิต (2546) ศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี” จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการโรงพยาบาลจำนวน 426 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยนำ ได้แก่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ ทักษะการขอรับบริการ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องสิทธิประโยชน์ การส่งต่อผู้ป่วย ขั้นตอนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และชื่นชมการบริการที่มีคุณภาพ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อนบ้านบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2.7.6 ความคาดหวัง/คุณภาพบริการ

บังอร คนกลาง (2546) ศึกษา “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น” จากกลุ่มตัวอย่าง 230 คน พบว่าความคาดหวังต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยภาพรวมและรายด้านโดยเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการเข้าใจรู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ด้านความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ และด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ส่วนรายชื่อพบว่าส่วนใหญ่ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีเพียง 2 ข้อซึ่งอยู่ในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่แต่งกายสะอาด คอยแนะนำให้บริการแนะนำข้อปฏิบัติ ข้อซักถามต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ พบว่า รับรู้ในระดับมาก ส่วนปัญหาที่พบคือ การให้บริการล่าช้า การให้บริการควรแยกกันระหว่างผู้ป่วยโรคทั่วไปและผู้ป่วยโรคติดต่อ ฯลฯ

## 2.7.7 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งพอสรุปดังนี้

1. การย้ายถิ่น เหตุผลสำคัญของการย้ายถิ่นคือการประกอบอาชีพ (สุกัญญา อาชีวะวิทย์. 2534) การย้ายถิ่นในจังหวัดสมุทรปราการจึงมีอัตราการย้ายถิ่นเข้าย้ายถิ่นออกค่อนข้างสูงตามข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติและปัจจัยดังกล่าวมีผลกระทบกับการมีหลักประกันสุขภาพระหว่างแรงงานย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นซึ่งเห็นได้ชัดจากงานวิจัยเรื่องความแตกต่างของการมีหลักประกันสุขภาพระหว่างแรงงานย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นในอำเภอสะเดาจังหวัดสงขลาผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนแรงงานไม่ย้ายถิ่นมีสิทธิหลักประกันสุขภาพมากกว่าแรงงานย้ายถิ่น (อัมพร ทรายเศรษฐ. 2547)

2. สิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพ จากการศึกษาสภาพชุมชนแออัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของสิ่งแวดล้อมที่พสกาศัยของประชาชนที่อยู่ในชุมชนแออัดอยู่ในระดับปานกลาง อายุ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ด้านสุขภาพและความตั้งใจในการมีพฤติกรรมส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พสกาศัย (บังอร ฉางทรัพย์ และคณะ. 2550) จากการศึกษาดังกล่าวทำให้เกิดแนวความคิดที่สัมพันธ์กันระหว่างสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกับภาวะสุขภาพของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด และส่งผลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

3. ความรู้และทัศนคติต่อบัตรทอง/ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจของประชาชนต่อโครงสร้างหลักประกันสุขภาพอยู่ในระบบปานกลาง ประชาชนมีความรู้ที่น้อยที่สุด คือ ด้านสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง (จจิรัตน์ บุญวิวัฒนาการ. 2546) ส่วนในด้านทัศนคติมีงานวิจัยพบว่าประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพฯ (จตุติพร วงศ์เรณู. 2548) ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ทำให้เห็นว่าความรู้และทัศนคติบัตรทองส่งผลถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ ถ้าประชาชนไม่มีความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์มีผลต่อการเลือกมาใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แต่ถ้าประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อ โครงการนี้ การเข้าถึงอาจมีเพิ่มมากขึ้น

4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการศึกษางานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยการเข้าถึงบริการสามารถแยกได้ 2 ระบบ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับบุคคล และระบบบริการแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพนชานสกีร์ และโทมัส (Penchansky and Thomas. 1988) ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1) ด้านความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability) 2) ด้านความพร้อมของบริการที่มีอยู่ (Availability) 3) ด้านเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Accessibility) 4) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและให้ความสะดวกในการมารับบริการ (Accommodation) และ 5) การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability)

จากงานวิจัยเกี่ยวกับพอสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) นั้นอาจมาจากหลายปัจจัย แต่ในงานวิจัยในครั้งนี้มุ่งศึกษาการย้ายถิ่น สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความรู้และทัศนคติที่มีผลต่อการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

## 2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา

### แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

#### ตัวแปรต้น

