

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนสุรินทร์ ภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่: มุมมองจาก ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ศรารัตน์ พอกเพ็ญดี พ.บ.

รัชนก เรียบร้อย วท.ด. (เภสัชศาสตร์)

โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ติดต่อผู้เขียน: ศรารัตน์ พอกเพ็ญดี Email: sporgpermddee@gmail.com

วันรับ: 18 เม.ย. 2568

วันแก้ไข: 20 พ.ค. 2568

วันตอบรับ: 27 พ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจมุมมองของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการใช้บริการทางการแพทย์ภายใต้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ในจังหวัดสุรินทร์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,173 ราย ส่วนใหญ่เป็น อสม. (ร้อยละ 76.1) เพศหญิง (ร้อยละ 73.9) และอยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี (ร้อยละ 48.4) ด้านความรู้เกี่ยวกับนโยบาย ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากหน่วยงานราชการ (ร้อยละ 78.0) และมีบทบาทในการถ่ายทอดนโยบายสู่ชุมชน (ร้อยละ 90.3) โดยใช้ในการสื่อสารแบบรายบุคคลเป็นหลัก (ร้อยละ 68.2) “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” เป็นหน่วยงานที่ประชาชนรู้จักมากที่สุด (ร้อยละ 54.4) และพบมากที่สุดในพื้นที่ (ร้อยละ 37.7) ด้านความคิดเห็น ร้อยละ 83.4 เห็นว่าการสื่อสารนโยบายควรผ่านผู้นำชุมชนและอสม. ร้อยละ 48.7 เห็นว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการดีที่สุด เมื่อเทียบกับสถานพยาบาลระดับสูงกว่า ด้านประสบการณ์การใช้บริการของประชาชน ร้อยละ 55.1 ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชน และร้อยละ 50.3 เคยใช้บริการจากหน่วยงานบริการสาธารณสุข โดยคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นได้รับความนิยมสูงสุด (ร้อยละ 28.7) ผลการวิเคราะห์พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ระหว่างผู้นำชุมชนและอสม. ในหลายประเด็นของแบบสอบถาม ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ในเขตและนอกเขตเทศบาล พบว่า กลุ่มในเขตเทศบาลนิยมใช้บริการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขณะที่กลุ่มนอกเขตใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สะท้อนอิทธิพลของบริบทพื้นที่ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ควรพัฒนากลไกสื่อสารและแนวทางปฏิบัติของนโยบายให้ชัดเจนและเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

คำสำคัญ: นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่; ผู้นำชุมชน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**บทนำ**

การจัดบริการสาธารณสุขถือเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ประเทศไทยได้เริ่ม

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม⁽¹⁾ นโยบายดังกล่าว

ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องและในปี พ.ศ. 2567 ได้ยกระดับเป็น “30 บาทรักษาทุกที่” ซึ่งเปิดโอกาสให้เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐหรือหน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่ทั่วประเทศ เพียงแสดงบัตรประชาชน โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว⁽²⁻⁴⁾ การดำเนินการนโยบายดังกล่าวในปี พ.ศ. 2567 ถูกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เริ่มต้นในเดือนมกราคม ใน 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด และนราธิวาส ระยะที่ 2 ดำเนินการในเดือนมีนาคมอีก 8 จังหวัด ระยะที่ 3 ในเดือนพฤษภาคม อีก 33 จังหวัดรวมถึงจังหวัดสุรินทร์^(2,4) และขยายครอบคลุมทั่วประเทศในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568⁽³⁻⁴⁾ ซึ่งครอบคลุมประชากรกว่า 47 ล้านคน⁽⁵⁾ ผลการประเมินในช่วงเริ่มต้นของ 4 จังหวัดนำร่องพบว่าเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในการลดค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางในการเข้ารับบริการทางการแพทย์⁽⁶⁻⁷⁾ อย่างไรก็ตามยังมีรายงานถึงผลกระทบด้านความแออัดและภาระงานที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่^(6,8) พร้อมกันนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการขยายการให้บริการผ่าน “หน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่” 7 ประเภท อาทิ คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ร้านยา ฯลฯ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการให้บริการในพื้นที่และบรรเทาความแออัดของสถานบริการสาธารณสุขในเวลาราชการ โดยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 มีผู้ใช้บริการกว่า 15 ล้านครั้ง จากหน่วยนวัตกรรม 13,000 แห่งทั่วประเทศ^(9,10)

การรับบริการในพื้นที่ใกล้บ้านนอกจากลดอุปสรรคด้านการเดินทางแล้วยังส่งผลช่วยลดโลกร้อน⁽¹¹⁾ ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินนโยบายนี้ในวงกว้าง แต่บริบททางภูมิศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับการเข้าถึงและยอมรับบริการ โดยเฉพาะในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีประชากรราว 1 ล้านคน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพฯตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่”

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจมุมมองของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ในจังหวัดสุรินทร์ต่อการใช้บริการทางการแพทย์ภายใต้ นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” เพื่อใช้เป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงานของภาครัฐภายหลังการปรับใช้นโยบายดังกล่าว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูล แบบสอบถามถูกจัดทำในรูปแบบ QR code และแนบมากับหนังสือราชการที่ส่งถึงผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ หลังจากอนุญาตให้มีหนังสือสั่งการถึงนายอำเภอทั้ง 17 อำเภอ ผ่านระบบสารบัญญัติอิเล็กทรอนิกส์ของกระทรวงมหาดไทย โดยให้อำเภอดำเนินการส่ง QR code ผ่านช่องทางโซเชียลมีเดียของกลุ่มอำเภอ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงและตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยติดตามและตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละอำเภอเป็นระยะ ผ่านระบบ Google form เมื่อพบว่ายังไม่มีข้อมูลตอบกลับจากบางแห่ง ได้มีการติดตามไปที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เพื่อให้กลุ่มได้ตัวอย่างครบทั้ง 17 อำเภอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกผู้นำชุมชน ซึ่งได้แก่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน (ฝ่ายปกครอง และฝ่ายรักษาความสงบ) แพทย์ประจำตำบล และสารวัตรกำนัน และคัดเลือก อสม. เป็นกลุ่มเป้าหมายแทนการเก็บข้อมูลจากผู้ใช้สิทธิบัตรทองทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ เวลา และบุคลากร ทั้งนี้ กลุ่มดังกล่าวเป็นผู้ใช้สิทธิบัตรทอง มีบทบาทใกล้ชิดกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ และมีความเข้าใจบริบทของชุมชนอย่างลึกซึ้ง จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและสะท้อนมุมมองต่อการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเอื้อต่อการนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงบริการภาครัฐได้อย่างทันทั่วที่มากกว่าการศึกษาจากประชาชนทั่วไป

กลุ่มประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วยผู้นำชุมชน 7,444 คน (158 ตำบล 2,128 หมู่บ้าน) และ อสม.

จำนวน 24,578 คน ในจังหวัดสุรินทร์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่จำเป็นตามสูตรของ Yamane⁽¹²⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการประกอบด้วยผู้นำชุมชน 380 คน และอสม. 394 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นผู้นำชุมชนหรือ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์
2. สามารถใช้สมาร์ตโฟนในการตอบแบบสอบถาม
3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในคำถามสำคัญ
2. ลงข้อมูลในแบบสอบถามไม่ตรงกับข้อกำหนดที่นำไปวิเคราะห์ได้

มุมมองต่อการใช้บริการทางการแพทย์ภายใต้ นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่

1. ความรู้ เกี่ยวกับนโยบายฯ และหน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่
2. ความคิดเห็น ต่อการเปลี่ยนแปลงจากระบบเดิม และช่องทางการสื่อสารนโยบายฯที่เหมาะสมกับชุมชน
3. ประสบการณ์ที่พบในชุมชน เกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้บริการของประชาชนในสถานพยาบาลของรัฐและหน่วยนวัตกรรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามได้รับการพัฒนาโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากผู้นำชุมชนและอสม. 208 คนในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 (ความเชื่อมั่นระดับดี)

องค์ประกอบของแบบสอบถาม

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่”
3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินนโยบาย “30 บาท

รักษาทุกที่”

4. ประสบการณ์ที่พบในชุมชนหลังการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่”

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ผ่านระบบ Google Form วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้นำชุมชน และ อสม. โดยใช้ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < 0.05$ ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการดูแลรักษาความลับอย่างเคร่งครัด และไม่สามารถระบุตัวบุคคลจากข้อมูลที่จัดเก็บได้

ระยะเวลาและงบประมาณ

การวิจัยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง 15 เมษายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 7.5 เดือน โดยไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ (COA No. 63/2567) ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

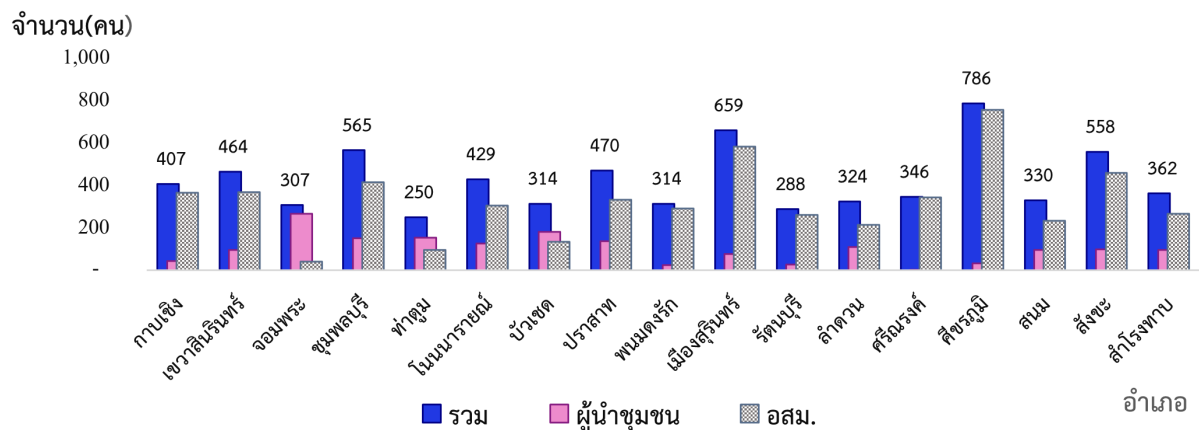
ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 7,222 คน ไม่เข้าเกณฑ์คัดเลือก 49 คน ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อการวิเคราะห์ 7,173 คน แบ่งเป็นผู้นำชุมชน 1,717 คน (ร้อยละ 23.9) และ อสม. 5,456 คน (ร้อยละ 76.1)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มกระจายครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดสุรินทร์ อำเภอที่มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามมากที่สุด ได้แก่ ศีขรภูมิ เมืองสุรินทร์ และชุมพลบุรี (ภาพที่ 1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 50–59 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และมีสถานภาพสมรส การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มอสม. พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาพที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามรายอำเภอ



($p < 0.05$) ในด้านเพศ ช่วงอายุ (30–79 ปี) วุฒิการศึกษาและสถานภาพสมรส (โสดและหม้าย/หย่า/แยกกัน) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่”

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายฯ จากหน่วยงานราชการผ่านการประชุม (ร้อยละ 78.0)

และเคยมีประสบการณ์ในการเผยแพร่ความรู้เรื่องนโยบายฯสู่ประชาชนในชุมชน (ร้อยละ 90.3) โดยนิยมใช้การสื่อสารรายบุคคล (ร้อยละ 68.2) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังรับรู้เกี่ยวกับหน่วยนวัตกรรมสาธารณสุขวิถีใหม่ (ร้อยละ 83.7) ซึ่งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วยนวัตกรรมที่รู้จักและมีอยู่ในพื้นที่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ		ทั้งหมด		ผู้นำชุมชน		อสม.		p-value*
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	1,868	26.0	997	58.1	871	16.0	<0.05
	หญิง	5,303	73.9	719	41.9	4,584	84.0	<0.05
	เพศทางเลือก	2	0.0	1	0.1	1	0.0	0.42**
อายุ (ปี)	20–29	62	0.9	13	0.8	49	0.9	0.69
	30–39	492	6.9	145	8.4	347	6.4	<0.05
	40–49	1,904	26.5	520	30.3	1,384	25.4	<0.05
	50–59	3,474	48.4	1,002	58.4	2,472	45.3	<0.05
	60–69	1,081	15.1	37	2.1	1,044	19.1	<0.05
	70–79	152	2.1	0	0	152	2.8	<0.05
	80 ขึ้นไป	8	0.1	0	0	8	0.1	0.21
	อายุเฉลี่ย(ปี)	52.2		50		52.9		
	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.59		6.96		8.93		
	อายุต่ำสุด(ปี)	20		26		20		
	อายุสูงสุด(ปี)	87		60		87		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

รายการ	ทั้งหมด		ผู้นำชุมชน		อสม.		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วุฒิการศึกษา							
ประถมศึกษา	2,423	33.8	256	14.9	2,167	39.7	<0.05
มัธยมศึกษา	4,017	56.0	1,137	66.3	2,880	52.8	<0.05
ปวช.	185	2.6	57	3.3	128	2.4	<0.05
ปวส.	172	2.4	72	4.2	100	1.8	<0.05
ปริญญาตรี	359	5.0	185	10.8	174	3.2	<0.05
สูงกว่าปริญญาตรี	14	0.2	9	0.5	5	0.1	<0.05
สถานภาพ สมรส							
โสด	5,616	78.3	1,349	78.6	4,267	78.2	0.78
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	718	10.0	230	13.4	488	8.9	<0.05
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	839	11.7	138	8	701	12.8	<0.05

*Chi-Square Test, ** Fisher's Exact Test

มากที่สุด ร้อยละ 54.4 และ 37.7 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้นำชุมชนกับกลุ่ม อสม. พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในหลายประเด็น ได้แก่ ช่องทางการรับรู้ข้อมูล นโยบาย เช่น หน่วยงานราชการ แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์ ป้ายโฆษณาหรือโปสเตอร์ในสถานพยาบาล และช่องทางอื่นๆ รวมถึงวิธีการให้ความรู้แก่คนในชุมชน เช่น การพูดคุยแบบรายบุคคล การประกาศเสียงตามสาย และการประชุมกลุ่ม อีกทั้งในด้านการรับรู้และการมีอยู่จริงของหน่วยนวัตกรรมฯหลายประเภทในชุมชน (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่”

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.9) เห็นว่านโยบายไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากรูปแบบเดิม สำหรับช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม ร้อยละ 83.4 เห็นว่าควรสื่อสารผ่านผู้นำชุมชน หรือ อสม. สถานพยาบาลที่คิดว่าให้บริการที่ดีที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (ร้อยละ 48.7) เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่ม อสม. พบว่ามี

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในหลายประเด็น ได้แก่ การเปรียบเทียบนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” กับ “30 บาทรักษาทุกโรค” การใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐโดยใช้ใบส่งตัวในบางกรณี ช่องทางการรับรู้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมสาธารณะ และการประชาสัมพันธ์ในชุมชน (ผ่านผู้นำชุมชนหรือ อสม.) การเลือกสถานพยาบาลที่เห็นว่าให้บริการที่ดีที่สุด (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 4 ประสพการณ์ที่พบในชุมชนหลังการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่”

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.1) ระบุว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนยังไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม โดยในกรณีเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงเลือกใช้บริการที่รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 67.9 ขณะที่เหตุผลสำคัญในการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษา (ร้อยละ 75.5) ส่วนอุปสรรคสำคัญในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ร้อยละ 34.3) นอกจากนี้ ร้อยละ 50.3 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพบริการในชุมชนมีการใช้บริการจาก

การใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนสุรินทร์ภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่: มุมมองจากผู้นำชุมชนและ อสม.

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เกี่ยวกับนโยบายฯ	ทั้งหมด		ผู้นำชุมชน		อสม.		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ช่องทางการรับรู้นโยบายฯ							
หน่วยงานราชการ-การประชุม	5,597	78.0	1,504	87.6	4,093	75.0	<0.05
วิทยุ-โทรทัศน์	2,032	28.3	502	29.2	1,530	28.0	0.51
สื่อสังคมสาธารณะ	2,067	28.8	558	32.5	1,509	27.7	0.06
แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์	1,450	20.2	335	19.5	1,115	20.4	<0.05
ป้ายโฆษณา-โปสเตอร์ในสถานพยาบาล	2,552	35.6	557	32.4	1,995	36.6	<0.05
อื่นๆ	31	0.4	20	1.2	11	0.2	<0.05
2. ประสบการณ์การให้ความรู้เกี่ยวกับนโยบายฯแก่ประชาชนในชุมชน							
เคย (ให้ตอบข้อ 2.1)	6,476	90.3	1,557	90.7	4,919	90.2	0.59
ไม่เคย (ให้ข้ามไปตอบข้อ 3)	694	9.7	160	9.3	534	9.8	
2.1 วิธีการให้ความรู้แก่คนในชุมชน							
ทางวาจา/รายบุคคล	4,892	68.2	990	57.7	3,902	71.5	<0.05
ประกาศเสียงตามสายในชุมชน	1,779	24.8	821	47.8	958	17.6	<0.05
ถวายเป็นบุญกุศลเพื่อเผยแพร่ต่อปช.ชุมชน	449	6.3	123	7.2	326	6.0	0.59
ให้ความรู้แก่บุคลากรในสถานศึกษาเพื่อเผยแพร่ต่อเยาวชน	577	8.0	154	9	423	7.8	0.32
ให้ความรู้ผ่านการประชุมกลุ่มแกนนำต่างๆ ในชุมชน	2,974	41.5	965	56.2	2,009	36.8	<0.05
อื่นๆ	16	0.2	5	0.3	11	0.2	0.79**
3. การรับรู้หน่วยนวัตกรรมการสาธารณสุขวิถีใหม่ตามนโยบายฯ							
รับรู้ (ให้ตอบข้อ 3.1)	6,001	83.7	1,430	83.3	4,571	83.8	0.66
ไม่รับรู้	1,172	16.3	287	16.7	885	16.2	
3.1 ประเภทหน่วยนวัตกรรมการตามนโยบายฯที่รู้จัก							
ร้านยา	1,635	22.8	476	27.7	1,159	21.2	<0.05
คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	3,900	54.4	925	53.9	2,975	54.5	<0.05
คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น	1,300	18.1	342	19.9	958	17.6	0.85
คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น	1,641	22.9	469	27.3	1,172	21.5	<0.05
คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น	1,051	14.7	301	17.5	750	13.7	<0.05
คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น	1,222	17.0	306	17.8	916	16.8	0.42
คลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่น	1,716	23.9	428	24.9	1,288	23.6	0.27
4. การให้บริการหน่วยนวัตกรรมการบริการสาธารณสุขวิถีใหม่ในชุมชนที่อาศัยอยู่							
มี (ให้ตอบข้อ 4.1)	4,187	58.4	875	51	3,312	60.7	<0.05
ไม่มี	2,986	41.6	842	49	2,144	39.3	
4.1 ประเภทของหน่วยนวัตกรรมการที่เปิดให้บริการในชุมชนที่อาศัยอยู่							
ร้านยา	787	11.0	221	12.9	566	10.4	<0.05
คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	2,702	37.7	569	33.1	2,133	39.1	<0.05
คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น	775	10.8	184	10.7	591	10.8	0.38
คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น	946	13.2	215	12.5	731	13.4	0.85
คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น	579	8.1	144	8.4	435	8.0	0.16
คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น	792	11.0	158	9.2	634	11.6	0.08
คลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่น	1,152	16.1	244	14.2	908	16.6	0.28

* Chi-square test, ** Fisher's Exact test

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด		ผู้นำชุมชน		อสม.		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ความคิดเห็นต่อนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เปรียบเทียบกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค							
ไม่เปลี่ยนแปลง	4,085	56.9	904	52.6	3,181	58.3	<0.05
เปลี่ยนแปลง(ให้ตอบข้อ 1.1)	3,088	43.1	813	47.4	2,275	41.7	
1.1 การเปลี่ยนแปลงของนโยบาย30บาทรักษาทุกที่ ปี 2567							
ใช้บริการรพ.รัฐทุกที่โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว	2,451	34.2	694	40.4	1,757	32.2	0.19
ใช้บริการในรพ.รัฐได้ทุกที่โดยใช้ใบส่งตัวบางกรณี	1,171	16.3	283	16.5	888	16.3	<0.05
ใช้บริการคลินิกนอกสถานพยาบาลของรัฐได้	1,304	18.2	377	22	927	17	0.18
อื่นๆ	5	0.1	0	0	5	0.1	0.33**
1.2 ช่องทางในการสื่อสารนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ที่เหมาะสมสำหรับคนในชุมชน							
วิทยุ/โทรทัศน์	3,004	41.9	802	46.7	2,202	40.4	0.54
สื่อสังคมสาธารณะ	2,405	33.5	688	40.1	1,717	31.5	<0.05
แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์	1,908	26.6	524	30.5	1,384	25.4	0.20
การประชาสัมพันธ์ในชุมชน(ผ่านผู้นำชุมชน/อสม.)	5,984	83.4	1502	87.5	4,482	82.1	<0.05
ป้ายโฆษณา/โปสเตอร์ในสถานพยาบาล	2,826	39.4	717	41.8	2,109	38.7	0.2
อื่นๆ	10	0.1	1	0.1	9	0.2	0.47**
1.3 สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการดีที่สุด							
โรงพยาบาลสุรินทร์	2,568	35.8	727	42.3	1,841	33.7	<0.05
โรงพยาบาลประจำอำเภอ	1,296	18.1	379	22.1	917	16.8	<0.05
รพ.สต.	3,490	48.7	640	37.3	2,850	52.2	<0.05
อื่นๆ	7	0.1	3	0.2	4	0.1	0.37**

* Chi-square test, ** Fisher's exact test

หน่วยนวัตกรรมการสาธารณสุขวิถีใหม่ โดยคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นหน่วยที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการเข้ารับบริการ (ร้อยละ 28.7)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่ม อสม. พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในหลายประเด็น ได้แก่ การเลือกใช้บริการในสถานบริการเบื้องต้นกรณีไม่ฉุกเฉิน เช่น รพ.สต. และโรงพยาบาลประจำอำเภอ เหตุผลในการเลือกไปใช้บริการ

ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาและความพร้อมด้านเวชภัณฑ์ อุปสรรคในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตลอดจนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้บริการจากหน่วยนวัตกรรมการสาธารณสุขวิถีใหม่ รวมถึงประเภทของหน่วยนวัตกรรมการที่ประชาชนเคยใช้บริการ เช่น ร้านยา และคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบตามบริบท

การใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนสุรินทร์ภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่: มุมมองจากผู้นำชุมชนและ อสม.

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่างที่พบการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิบัตรทองในชุมชน

ประสิทธิภาพที่พบในชุมชน	ทั้งหมด		ผู้นำชุมชน		อสม.		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิบัตรทองในชุมชน							
เปลี่ยนแปลง	3,222	44.9	830	48.3	2,392	43.8	<0.05
ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	3,951	55.1	887	51.7	3,064	56.2	
2. การเลือกใช้สถานบริการเบื้องต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน							
หน่วยนวัตกรรม (ร้านยาและคลินิก)	299	4.2	83	4.8	216	4.0	0.13
รพ.สต.	4,874	67.9	1,000	58.2	3,874	71.0	<0.05
โรงพยาบาลประจำอำเภอ	1,786	24.9	579	33.7	1,207	22.1	<0.05
โรงพยาบาลสุรินทร์	209	2.9	52	3.0	157	2.9	0.81
อื่นๆ	5	0.1	3	0.2	2	0.0	0.09**
3. เหตุผลที่ผู้ป่วยบางส่วนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่							
เชื่อถือในคุณภาพการตรวจรักษา	5,414	75.5	1,390	81	4,024	73.8	<0.05
ความพร้อมด้านเวชภัณฑ์	526	7.3	66	3.8	460	8.4	<0.05
การบริการ	658	9.2	144	8.4	514	9.4	0.21
การให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่	480	6.7	102	5.9	378	6.9	0.17
อื่นๆ	95	1.3	15	0.9	80	1.5	0.08
4. อุปสรรคสำคัญในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่							
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	2,461	34.3	612	35.6	1,849	33.9	0.19
ไม่สะดวกในการเดินทาง (ไม่มีผู้พาไป)	2,425	33.8	495	28.8	1,930	35.4	<0.05
เจ้าหน้าที่ให้บริการไม่ดี (พูดจาไม่สุภาพ)	289	4.0	88	5.1	201	3.7	<0.05
ที่จอดรถไม่เพียงพอ	185	2.6	74	4.3	111	2.0	<0.05
ใช้เวลานานในการรับบริการ	1,632	22.8	413	24.1	1,219	22.3	0.15
มาไม่ตรงวันออกตรวจของแพทย์	170	2.4	31	1.8	139	2.5	0.09
อื่นๆ	11	0.2	4	0.2	7	0.1	0.31**
5. การรับรู้การให้บริการหน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่ของประชาชนในชุมชน							
ใช้บริการ (ให้ตอบข้อ 5.1)	3,611	50.3	799	46.5	2,812	51.5	<0.05
ไม่ทราบ	3,005	41.9	785	45.7	2,220	40.7	<0.05
ไม่ใช้บริการ	557	7.8	133	7.7	424	7.8	1.00
5.1 ประเภทหน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่ที่ประชาชนในชุมชนเคยใช้บริการ							
ร้านยา	852	11.9	249	14.5	603	11.1	<0.05
คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	2,059	28.7	457	26.6	1,602	29.4	<0.05
คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น	628	8.8	138	8.0	490	9.0	0.32
คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น	840	11.7	216	12.6	624	11.4	0.14
คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น	509	7.1	114	6.6	395	7.2	0.53
คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น	699	9.7	155	9.0	544	10.0	0.36
คลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่น	902	12.6	205	11.9	697	12.8	0.51

* Chi-square test, ** Fisher's Exact test

ของพื้นที่

แบ่งกลุ่มผู้นำชุมชนและอสม.ออกเป็นกลุ่มในเขตเทศบาล (เทศบาลเมือง 1 แห่ง และเทศบาลตำบล 27 แห่ง) และนอกเขตเทศบาล พบว่า ผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลมีจำนวน 378 คน และนอกเขตเทศบาล 1,339 คน ส่วนอสม.มีจำนวน 582 คนในเขตเทศบาล และ 4,874 คนนอกเขตเทศบาล ผลการวิเคราะห์ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากการวิเคราะห์รวมกลุ่ม ยกเว้น 3 ประเด็นที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ (1) ช่องทางการรับรู้นโยบาย กลุ่มในเขตเทศบาลรับข้อมูลผ่านวิทยุ-โทรทัศน์มากกว่ากลุ่มนอกเขต โดยเฉพาะใน

กลุ่มอสม. ($p<0.05$) (2) ความคิดเห็นต่อสถานบริการที่ดีที่สุด กลุ่มในเขตเทศบาลมีแนวโน้มเลือกโรงพยาบาลสุรินทร์มากกว่า ทั้งในกลุ่มผู้นำชุมชน (ร้อยละ 49.7 เทียบกับร้อยละ 40.3) และ อสม. (ร้อยละ 40.5 เทียบกับร้อยละ 33.0) ($p<0.05$) (3) พฤติกรรมการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน ผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลนิยมเลือกโรงพยาบาลประจำอำเภอ ขณะที่กลุ่มนอกเขตเทศบาลเลือก รพ.สต. เป็นหลัก ($p<0.05$) สำหรับอสม. กลุ่มนอกเขตเทศบาลเลือก รพ.สต. ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มในเขตอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบตามบริบทพื้นที่ในเขตและนอกเขตเทศบาลของกลุ่มผู้นำชุมชนและอสม. ที่พบความแตกต่างจากการวิเคราะห์รวม

ประเด็น	ผู้นำชุมชน				p-value*	อสม.				p-value*
	ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล			ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล		
	จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%	
รวม	378	22.0	1,339	78.0		582	9.9	4,874	90.1	
ด้านความรู้เกี่ยวกับนโยบาย										
1. ช่องทางการรับรู้นโยบาย										
หน่วยงานราชการ-การประชุม	327	86.5	1,177	87.9	<0.05	448	77	3,645	74.8	0.12
วิทยุ-โทรทัศน์	143	37.8	399	29.8	0.08	200	34.4	1,330	27.3	<0.05
สื่อสังคมสาธารณะ	135	35.7	423	31.6	0.67	174	29.9	1,335	27.4	1.00
แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์	137	36.2	420	31.4	0.50	230	39.5	1,765	36.2	0.99
ป้ายโฆษณา-โปสเตอร์ในสถานพยาบาล	137	36.2	420	31.4	0.50	230	39.5	1,765	36.2	0.99
ด้านความคิดเห็น										
1. สถานพยาบาลที่ให้บริการดีที่สุด										
รพ.สุรินทร์	188	49.7	539	40.3	<0.05	236	40.5	1,608	33	<0.05
รพ.ประจำอำเภอ	103	27.2	276	20.6	<0.05	92	15.8	827	17	0.60
รพ.สต.	85	22.5	552	41.2	<0.05	261	44.8	2,588	53.1	<0.05
อื่นๆ	2	0.5	0	0	<0.05**	0	0	2	0	1.00**
ด้านประสบการณ์ที่พบในชุมชน										
1. การเลือกใช้สถานบริการเบื้องต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน										
หน่วยเวชกรรม(ร้านยาและคลินิก)	31	8.2	52	3.9	<0.05	26	4.5	190	3.9	0.51
รพ.สต.	157	41.5	843	63	<0.05	362	62.2	3,512	72.1	<0.05
รพ.ประจำอำเภอ	185	48.9	394	29.4	<0.05	167	28.7	1,040	21.3	<0.05
รพ.สุรินทร์	5	1.3	47	3.5	<0.05	26	4.5	131	2.7	<0.05
อื่นๆ	0	0	2	0.1	1.00**	1	0.2	1	0	0.20**

*Chi-Square Test ** Fisher's Exact Test

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนการตอบกลับของกลุ่มตัวอย่างระหว่างผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่สอดคล้องกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอของจังหวัดสุรินทร์ โดยอำเภอเมืองสุรินทร์ซึ่งมีจำนวนผู้นำชุมชนและ อสม.มากที่สุดแต่กลับไม่ได้เป็นพื้นที่ที่มีการตอบกลับสูงสุด สะท้อนถึงความสนใจ เวลาในการตอบแบบสอบถาม การแจ้งผ่านช่องทางโซเชียลมีเดียของกลุ่มอำเภอ และสมรรถนะในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะเมื่อใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดต่อการมีส่วนร่วมของบางกลุ่มประชากร

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสะท้อนถึงลักษณะเชิงประชากรของบุคลากรด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. ซึ่งมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้นำชุมชน และพบว่าสัดส่วนของ อสม. ที่มีอายุมากกว่า 59 ปี สูงกว่าผู้นำชุมชนถึง 11 เท่า (ร้อยละ 22 เทียบกับร้อยละ 2) ซึ่งสอดคล้องกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554 ที่กำหนดคุณสมบัติของผู้สมัครเป็น อสม. ว่าต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยไม่มีการกำหนดเพดานอายุสูงสุด⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม ร่างพระราชบัญญัติ อสม.ฉบับใหม่ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2568 และอยู่ระหว่างการพิจารณาของรัฐสภา ได้เสนอให้มีการกำหนดอายุไม่เกิน 60 ปี⁽¹⁴⁾ ซึ่งคงส่งผลต่อโครงสร้างอายุของอสม.ในอนาคต ในขณะที่ตำแหน่งผู้นำชุมชนมีเกณฑ์อายุที่ชัดเจนตามพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ คือระหว่าง 25-60 ปี^(15,16) ข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁷⁾ ระบุว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยเฉพาะในจังหวัดสุรินทร์ที่มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 82.6 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในที่พบร้อยละ 84 สะท้อนบทบาทที่สำคัญของผู้หญิงในระบบสุขภาพระดับชุมชน กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 50-59 ปี ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด และกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานี้ โดยมีสัดส่วนร้อยละ 36.6, 43.8 และ

48.4 ตามลำดับ ในด้านการศึกษา พบความแตกต่างจากข้อมูลระดับประเทศ โดยอสม. ในการศึกษานี้มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 52.8 ขณะที่ข้อมูลระดับประเทศอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่⁽¹⁷⁾ ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนผลของการใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form ซึ่งต้องอาศัยทักษะด้านเทคโนโลยี ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าข้อมูลระดับประเทศ

การรับรู้และการสื่อสารนโยบาย ช่องทางหลักในการรับรู้ข้อมูลนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ของผู้นำชุมชนและ อสม. ยังคงเป็นการประชุมถ่ายทอดจากภาครัฐ ขณะที่การใช้สื่อสาธารณะหรือเทคโนโลยีดิจิทัลยังมีข้อจำกัดสอดคล้องกับแนวทางของธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน⁽¹⁸⁾ ที่เสนอให้พัฒนาองค์ความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในกลุ่ม อสม. บริบทด้านพื้นที่กลุ่มในเขตเทศบาลมีแนวโน้มรับข้อมูลผ่านวิทยุ-โทรทัศน์มากกว่านอกเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงสื่อระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท นอกจากนี้ยังพบว่าผู้นำชุมชนมักใช้เวทีสาธารณะในการสื่อสารขณะที่ อสม. นิยมใช้การสื่อสารแบบตัวต่อตัว ซึ่งสะท้อนบทบาทที่แตกต่างกันในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพในชุมชน

หน่วยนวัตกรรมการสาธารณสุขวิถีใหม่ “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” เป็นหน่วยนวัตกรรมการที่พบมากที่สุดและมีอัตราการใช้บริการสูงสุด สะท้อนถึงความพร้อมด้านบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีจำนวนมากกว่าสหวิชาชีพอื่น⁽¹⁹⁾ ในทางตรงกันข้าม “คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น” และหน่วยบริการประเภทอื่นยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและการกระจายตัวในพื้นที่ห่างไกล ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการสื่อสารเชิงรุกในระดับพื้นที่และสนับสนุนให้เกิดความครอบคลุมของการจัดตั้งหน่วยนวัตกรรมการให้เพียงพอต่อสัดส่วนประชากรในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการจากหน่วยนวัตกรรมการที่มีอยู่ได้อย่างเต็มศักยภาพ และช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระยะยาว

ความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงของนโยบายและการบริการ ประชาชนบางส่วนรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย เช่น การไม่ต้องใช้ใบส่งตัว (ร้อยละ 34.2) และส่วนใหญ่เห็นว่าควรสื่อสารนโยบายผ่านผู้นำชุมชนและ อสม. เมื่อประเมินการบริการของสถานพยาบาลที่ดีที่สุด กลุ่มนอกเขตเทศบาลเลือก รพ.สต. ส่วนกลุ่มในเขตเทศบาลมีแนวโน้มเลือกโรงพยาบาลสุรินทร์มากกว่า ($p < 0.05$) ซึ่งสะท้อนถึงความคุ้นเคยกับหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิของพื้นที่ชนบท และความพร้อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตเมือง ทั้งในด้านระบบคมนาคม และศักยภาพทางการแพทย์ สอดคล้องกับแนวคิด “การรับรู้คุณภาพบริการ” ซึ่งชี้ว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางการแพทย์มากกว่าความสะดวกในการเข้าถึงเพียงอย่างเดียว

พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์โดยรวมยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการอย่างชัดเจน แต่เริ่มมีแนวโน้มใช้บริการจากหน่วยนวัตกรรม ส่วนใหญ่ยังคงเลือก รพ.สต. เป็นหน่วยบริการหลักในกรณีไม่ฉุกเฉิน ยกเว้นผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลที่นิยมโรงพยาบาลประจำอำเภอมากกว่า สะท้อนถึงผลของบริบทพื้นที่ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของประชาชน ทั้งนี้ ข้อจำกัดด้านการเดินทาง โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง⁽²⁰⁾ เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชาชนไม่นิยมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แนวทางที่ควรส่งเสริมได้แก่ การใช้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อลดภาระการเดินทาง และเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความแออัดของโรงพยาบาลในระยะยาว

ผลการศึกษาเปรียบเทียบกับบริบทพื้นที่ระหว่างกลุ่มผู้นำชุมชนและ อสม. พบความแตกต่างสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) ช่องทางการรับรู้ นโยบาย กลุ่มในเขตเทศบาลรับข้อมูลผ่านสื่อวิทยุ-โทรทัศน์มากกว่ากลุ่มนอกเขต (2) ความคิดเห็นต่อสถานพยาบาลที่ดีที่สุด กลุ่มในเขตเทศบาลมีแนวโน้มเลือกโรงพยาบาลสุรินทร์มากกว่า ทั้งในกลุ่มผู้นำชุมชนและ อสม. และ (3) ประสบการณ์ในการเลือกใช้บริการเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

ไม่ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เลือก รพ.สต. เป็นหลัก ยกเว้นผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลที่เลือกโรงพยาบาลประจำอำเภอมากกว่า ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่าบริบทพื้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสาธารณสุข

โดยสรุป แม้ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนภายใต้ต้นนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่” แต่ประชาชนมีการรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเข้ารับบริการได้ทุกหน่วยบริการของรัฐ รวมถึงหน่วยนวัตกรรมบริการสุขภาพ บริบทเชิงพื้นที่ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของประชาชน โดยหน่วยบริการใกล้บ้านยังคงเป็นทางเลือกหลัก ดังนั้น การสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการรูปแบบใหม่ควรดำเนินควบคู่กับการสื่อสารเชิงรุกผ่านกลไกระดับชุมชน โดยเฉพาะการเสริมบทบาทของผู้นำชุมชนและ อสม. พร้อมทั้งปรับกลยุทธ์การสื่อสารให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และการใช้ประโยชน์จากบริการที่มีอยู่ได้อย่างเต็มศักยภาพ

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะระดับความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากไม่สามารถชี้แจงคำถามแบบเผชิญหน้าได้ เช่น การกรอกข้อคำถามที่ผู้ตอบกรอกเองส่งผลให้เกิดความหลากหลายของรูปแบบข้อมูล และการติดตามผลตอบกลับผ่าน Google Form ได้เฉพาะผลรวมระดับอำเภอ ไม่สามารถระบุข้อมูลของแต่ละกลุ่มได้ นอกจากนี้ การตอบแบบสอบถามเป็นไปโดยสมัครใจ จึงไม่สามารถควบคุมการกระจายได้เท่าที่ควร ซึ่งอาจส่งผลต่อความเป็นตัวแทนของข้อมูลในภาพรวม

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบ “30 บาท รักษาทุกที่”

ผู้นำชุมชนและ อสม. เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพ และส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งยังเป็นกลุ่มที่ประชาชน

ให้ความไว้วางใจในการตัดสินใจ จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอแนวทางการพัฒนานโยบายใน 3 ด้านหลัก ดังนี้:

การเตรียมความพร้อมก่อนการประกาศใช้นโยบาย
ควรให้ความรู้เกี่ยวกับนโยบายแก่บุคลากรทุกระดับอย่างทั่วถึง และควรพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนและ อสม. ให้ทำหน้าที่เป็น “ครู ก” หรือผู้นำการสื่อสารเชิงนโยบาย โดยผ่านการอบรมที่เน้นความถูกต้องชัดเจน และสามารถตอบคำถามเบื้องต้นแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การขยายหน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่

แม้หน่วยนวัตกรรมสาธารณสุขจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุมในบางพื้นที่ จึงควรสำรวจความต้องการเชิงพื้นที่ และกำหนดมาตรการจูงใจในการขยายบริการ ควบคู่กับการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย ระบุประเภทบริการ เวลาทำการ และสถานที่ชัดเจน พร้อมบูรณาการข้อมูลผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและการใช้บริการอย่างทั่วถึง

การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

ควรยกระดับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งแวดล้อม ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และส่งเสริมจิตสำนึกด้านการบริการที่มีคุณภาพ ควบคู่กับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนโดยตรงต่อการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงนโยบายให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในแต่ละบริบทพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ รวมถึงนายประภาส ศรีจันทร์เวียง นายธานี นามม่วง นายเทิดพันธ์ ครอบทอง นายเฉลิมพล แสงสว่าง นายกมล สกุลวัฒนา ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่ช่วยตรวจสอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119, ตอนที่ 116 ก (ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545).
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องจังหวัดที่ดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว พ.ศ. 2567. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 141, ตอนที่ 165 ง (ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2567).
3. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องจังหวัดที่ดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 141, ตอนที่ 355 ง (ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2567).
4. สุนันทา กาญจนพงศ์. ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 2568];10(1):199–219. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/269487>
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2561–2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://healthserv.net/healthupdate/223671#:~:text=สิทธิหลักประกัน->

- สุขภาพแห่งชาติ%20%28สิทธิบัตรทอง%2030%20บาท%29%2046.934%20ล้านคน
6. วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, ยศ ตีระวัฒนานนท์. 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว: โอกาสและความเสี่ยงต่อสังคมและระบบสาธารณสุข. Hitap Policy Brief [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2567];12(164). แหล่งข้อมูล: <https://www.hitap.net/documents/189599>
 7. ยศ ตีระวัฒนานนท์, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว. นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่. Hitap Policy Brief [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2568];12(173). แหล่งข้อมูล: <https://www.hitap.net/documents/190356>
 8. The Cocrage Insight. เหยี่ย 2 ด้านของ ‘30 บาทรักษาทุกที่’ เปิดผลกระทบเชิงบวก-ลบ ที่อาจเกิดกับระบบสุขภาพ. The Coverage [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thecoverage.info/news/content/6824>
 9. วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, นิชาติ มูลคำ. คลินิกเอกชน: ทางเลือกใหม่ของประชาชน บริหารอย่างไรให้ยั่งยืน. Hitap Policy Brief [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 4 ต.ค. 2567];12(171). แหล่งข้อมูล: <https://www.hitap.net/documents/190346>
 10. กองบรรณาธิการ Thai PBS Policy watch. 30 บาทรักษาทุกที่ครอบคลุมทั่วไทย เริ่ม 1 ม.ค. 68 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://policy-watch.thaipbs.or.th/article/life-89>
 11. วิลาสินี สำเนียง, วิศวะ มาลากรรม, ธนกร เจริญกิตติวุฒ. รักษาใกล้บ้าน ลดการเดินทาง ลดโลกร้อน กับนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว. Hitap Policy Brief [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 21 ม.ค. 2568]; 12(185). แหล่งข้อมูล: <https://www.hitap.net/documents/191334>
 12. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2nd Ed. New York: Harper and Row; 1967.
 13. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 128, ตอนที่ 33 ง (ลงวันที่ 20 มีนาคม 2554).
 14. รัฐสภา.ร่างพระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ... [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 พค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.parliament.go.th/section77/manage/files/file_20240918171229_3_411.pdf
 15. พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116, ตอนที่ 70 ก (ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2542).
 16. พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125, ตอนที่ 27 ก มาตรา 14 (ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2551).
 17. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 13 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00014.php>
 18. ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดการบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3.วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 2568];34(3):53-63. แหล่งข้อมูล: <https://thaidj.org/index.php/NRTC/article/view/15881>
 19. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข ประจำปี 2564-2567 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 พ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://spd.moph.go.th/public-health-personnel-data-report/>
 20. วรธา มงคลสืบสกุล. การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของไทย: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 2568];6(1):55-69. แหล่งข้อมูล: <https://so51.tci-thaijo.org/index.php/saujournalssh/article/view/257255>

**Healthcare Utilization among Surin Residents under the “30-Baht Anywhere” Policy:
Perspectives from Community Leaders and Village Health Volunteer**

Sarawan porgpermddee, M.D., Ph.D. (Medical Science); Ratchanok Raibroi, M.Pharm (Clinical Pharmacy), Ph.D. (Pharmacy)

Surin Hospital, Surin Province, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(3):454–67.

Corresponding author: Sarawan Porgpermddee, Email: sporgpermddee@gmail.com

Abstract: This cross-sectional survey aimed to explore the perspectives of community leaders and village health volunteers (VHVs) on the utilization of healthcare services under the “30-Baht Anywhere” Policy in Surin Province. Data were collected through an online questionnaire and analyzed using descriptive and inferential statistics. Among the 7,173 respondents, the majority were village health volunteers (VHVs) (76.1%), female (73.9%), and aged 50–59 years (48.4%). In terms of policy awareness, 78.0% received information from government agencies, and 90.3% played a role in disseminating the policy within their communities, primarily through one-on-one communication (68.2%). The “Warm Community Nurse Clinic” was the most recognized (54.4%) and most widely available (37.7%) innovative health service unit in the area. Regarding opinions, 83.4% believed that policy communication should be delivered through community leaders and VHVs, while 48.7% rated subdistrict health-promoting hospitals (SHPHs) as providing the best service compared to higher-level hospitals. In terms of service experience, 55.1% reported no significant change in their healthcare utilization behavior, whereas 50.3% had used services provided by innovative health units, with the “Warm Community Nurse Clinic” being the most frequently used (28.7%). Statistical analysis revealed significant differences ($p < 0.05$) between community leaders and VHVs across several questionnaire items. Furthermore, a comparison between municipal and non-municipal areas showed that respondents in municipal areas were more likely to use large hospitals, whereas those in non-municipal areas predominantly utilized SHPHs ($p < 0.05$). These findings highlight the influence of geographic context on health-seeking behavior and underscore the need for clear communication mechanisms and context-specific policy implementation strategies to ensure equitable and sustainable access to healthcare services.

Keywords: 30-Baht Anywhere Policy; community leaders; village health volunteers (VHVs)