

พฤติกรรมกรเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของ
คนวัยทำงาน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่



ฉวีรัตน์ หล้าอุป

เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กันยายน 2558

พฤติกรรมกรเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงาน
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่



ฉวีรณิชนันท์ หล้าอุป

การค้นคว้าแบบอิสระนี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กันยายน 2558

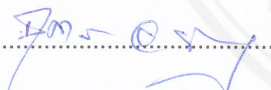
พหุติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคณวิทำงานในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

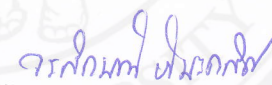
ฉัตรนิชน หล้าอุป

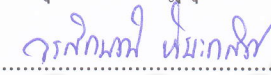
การค้นคว้าแบบอิสระนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต


คณะกรรมการสอบ

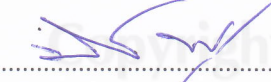
คณะกรรมการที่ปรึกษา

.....ประธานกรรมการ
(รศ.สุรกร วิศิษฐ์สุวรรณ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผศ.ดร.วรลักษณ์ หิมะกลัด)

.....กรรมการ
(ผศ.ดร.วรลักษณ์ หิมะกลัด)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผศ.ดร.ปิยะลักษณ์ พุทธวงศ์)

.....กรรมการ
(ผศ.ดร.ปิยะลักษณ์ พุทธวงศ์)

17 กันยายน 2558

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าแบบอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ ผศ.ดร.วรลักษณ์ หิมะกลัศ ประธานที่ปรึกษาการค้นคว้าแบบอิสระ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาที่มีประโยชน์ต่อการศึกษา อีกทั้งให้ความช่วยเหลือและการให้สนับสนุนในทุกๆด้านอย่างดียิ่ง รวมถึงการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ซึ่งผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.ปิยะลักษณ์ พุทธวงศ์ กรรมการที่ปรึกษาการค้นคว้าแบบอิสระ และ รศ.สุรภร วิศิษฐ์สุวรรณ ประธานกรรมการสอบการค้นคว้าแบบอิสระนี้ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ จนการค้นคว้าแบบอิสระนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัวที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดจนขอขอบคุณเพื่อนๆทุกคนที่คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ จนทำให้การค้นคว้าอิสระนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ หากมีสิ่งใดขาดตกบกพร่องหรือผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขออภัยเป็นอย่างสูงในข้อบกพร่องและผิดพลาดนั้น และหวังว่าการค้นคว้าแบบอิสระนี้คงมีประโยชน์บ้างไม่มากก็น้อย สำหรับผู้ที่สนใจ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฌีรณิชน์ หล้าอุป
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

หัวข้อการค้นคว้าแบบอิสระ พุทธิกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของ
คนวัยทำงาน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ผู้เขียน นางสาวณิรณิชน์ หล้าอุป

ปริญญา เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการที่ปรึกษา ผศ.ดร.วรลักษณ์ หิมะกลัส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
ผศ.ดร.ปิยะลักษณ์ พุทธวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึงศึกษาค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน และสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ กลุ่มคนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-60 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษากลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพพบว่า เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 45-60 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ สถานภาพสมรส อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จบการศึกษาสูงสุดในระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 25,000 บาท สิทธิประกันสุขภาพคือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และเป็นผู้มีโรคประจำตัว เมื่อพิจารณาพฤติกรรม และค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่า เป็นการตรวจคัดกรองสุขภาพตามแพ็คเกจสุขภาพ มีความถี่ในการตรวจทุกๆ 1 ปี สถานที่ทำงานจัดให้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยการตรวจคัดกรองอยู่ที่ 1,003.30 บาท สำหรับสาเหตุของการตรวจคัดกรองคือเป็นการตรวจตามระเบียบ/นโยบายบริษัท โดยเป็นการตรวจตามสวัสดิการที่ตนเองมี และเห็นว่าเป็นการช่วยเฝ้าระวังป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่เนิ่นๆ

สำหรับสาเหตุของผู้ที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้ให้เหตุผลว่า ไม่พบความผิดปกติของร่างกาย และ ในอีก 1-3 ปีข้างหน้ามีแนวโน้มเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

Independent Study Title Behaviors of Working-age People in Taking the Health Screening Test in Mueang District, Chiang Mai Province

Author Miss Neeranich La-oup

Degree Master of Economics

Advisory Committee Asst.Prof.Dr. Woraluck Himakalasa Advisor
Asst.Prof.Dr. Piyaluk Buddhawongsa Co-advisor



ABSTRACT

The objectives of this study are; (1) to study behaviors of working-age people in taking the health screening, (2) to evaluate expenses for working-age people in taking the health screening, and (3) to find out the causes of refusal to attend health screening. Data used in this study are 400 working-age people an age between 25-60 in Mueang district, Chiang Mai province assessed by questionnaires. Data analysis was based on the results of descriptive statistics.

The findings revealed that working-age people taking the health screening compare with people denied attending health screening were female between the ages of 45 - 60; their places of birth were in Chiang Mai province, marital status was married. They worked as the government official or worked in the government business enterprises, their education was higher than the bachelor's degree level, and their incomes were in range of 20,001 – 25,000 baht. Universal coverage scheme was government, state enterprise officer, and people with underlying disease.

On consideration of behaviors and expenses in health screening, it was found that health screening was based on health check-up packages. The frequency of regular health maintenance checkup was every 1 year. The health screening was held at workplace. The average expense of health screening was 1,003.30 baht. The reasons to attend health screening, that are, the health screening were relied on work-place rules and company policies; people took the health screening regarding their health welfares. And it also was considered as public health surveillance to provide rapid early warning.

As for the reason why some people denied attending health screening, is that, there is no physical diseases were found. However, over the next 1 - 3 years, those people tend to take the health screening.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ที่มา และความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	7
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา	7
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	8
1.5 นิยามศัพท์	8
บทที่ 2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎี	9
2.1.1 ทฤษฎีอุปสงค์	9
2.1.2 อุปสงค์กับความจำเป็นด้านสุขภาพ	11
2.1.3 อุปสงค์สุขภาพและอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ	12
2.1.4 อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ	12
2.1.5 ทฤษฎีอุปทาน	14
2.1.6 อุปทานด้านสุขภาพ	16
2.1.7 การจัดบริการสุขภาพตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์สุขภาพ	17
2.1.8 ชุดสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองสุขภาพ	18
2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	20
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ขอบเขตการศึกษา	23

3.2	กรอบแนวคิด แบบจำลอง	23
3.3	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	25
3.4	ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา	25
3.5	วิธีการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา	26
บทที่ 4	ผลการศึกษา	
4.1	ข้อมูลทั่วไป	27
4.2	พฤติกรรมและค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพ	35
บทที่ 5	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	
5.1	สรุปผลการศึกษา	43
5.2	อภิปรายผลการศึกษา	44
5.3	ข้อเสนอแนะ	45
เอกสารอ้างอิง		46
ประวัติผู้เขียน		48

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ(ค่ายา ค่ารักษา)ของครัวเรือน(GDP) ปี พ.ศ.2545-2557	2
ตารางที่ 1.2 ค่าบริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์และการตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	3
ตารางที่ 1.3 ค่าบริการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์และการตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	4
ตารางที่ 2.1 มาตรการตรวจคัดกรองสุขภาพ ในระดับประชากรที่แนะนำให้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์	18
ตารางที่ 2.2 รายการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีโทษมากกว่าประโยชน์	19
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ	27
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ	28
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส	29
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภูมิลำเนา	30
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ	30
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด	31
ตารางที่ 4.7 ระดับรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง	32
ตารางที่ 4.8 สิทธิประกันสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	33
ตารางที่ 4.9 โรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่าง	34
ตารางที่ 4.10 รูปแบบการเลือกเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	35
ตารางที่ 4.11 รายการตรวจที่ตรวจเพิ่มเติม หรือเลือกตรวจเพียงบางรายการ	36
ตารางที่ 4.12 ความถี่ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	37
ตารางที่ 4.13 สถานบริการที่เลือกใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	37
ตารางที่ 4.14 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	38
ตารางที่ 4.15 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	39
ตารางที่ 4.16 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพเฉลี่ยทั้งประเทศ	39
ตารางที่ 4.17 สาเหตุที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	40

ตารางที่ 4.18 การได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	40
ตารางที่ 4.19 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	41
ตารางที่ 4.20 แสดงสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	41
ตารางที่ 4.21 แนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพใน 1-3 ปีข้างหน้า	42



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนาตัวบุคคล โดยมนุษย์ทุกคนย่อมปรารถนาให้ตนเองมีชีวิตที่อยู่เย็นเป็นสุข จึงจำเป็นต้องรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ การมีสุขภาพดี ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บหรือปราศจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ สามารถทำงานหรือประกอบกิจกรรมประจำวันได้เป็นอย่างดีที่มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขย่อมเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมนุษย์ทุกคน

ในปัจจุบันประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปีละประมาณ 4 แสนล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 6.2 ของ GDP และ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 1.1) การตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนไทย จึงเป็นสิ่งที่หลายฝ่ายควรให้ความสำคัญ เพราะนอกจากจะเป็นผลดีต่อตัวบุคคล ที่จะมีสุขภาพที่ดี มีร่างกายแข็งแรงแล้วการพัฒนา ประเทศจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสุขภาพของคนในชาติเป็นหลัก โดยประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ก็จะส่งผลต่อการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศนั้นโดยรวม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 1.1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) ของครัวเรือน (GDP) ปี พ.ศ. 2545 – 2557

ปี	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) (ล้านบาท)		สัดส่วนค่าใช้จ่ายของครัวเรือนต่อ GDP (ร้อยละ)	
	ราคาปีฐาน 2531	ราคาปีปัจจุบัน	ราคาปีฐาน 2531	ราคาปีปัจจุบัน
2545	103,705	214,475	5.8	6.9
2546	111,784	232,457	5.9	6.9
2547	120,577	252,956	6.0	6.8
2548	130,213	279,295	6.2	6.8
2549	138,970	298,433	6.4	6.8
2550	143,280	310,088	6.5	6.8
2551	150,192	327,968	6.6	6.6
2552	158,499	346,416	7.0	6.9
2553	163,630	358,613	6.9	6.6
2554	168,713	370,480	7.1	6.5
2555	182,138	402,048	7.1	6.4
2556	177,868	393,530	7.0	6.1
2557	182,903	409,313	7.1	6.2

หมายเหตุ : ราคาปีฐาน (Constant Prices) หมายถึง การคิดมูลค่าผลผลิตที่ผลิตขึ้นภายในประเทศ

ทั้งหมดแต่ละจำนวนมูลค่าโดยใช้ราคาปีใดปีหนึ่งเป็นฐาน

ที่มา : สำนักบัญชีประชาชาติ พ.ศ.2545-2557 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของคน เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นๆ โดยเมื่อเทียบประสิทธิภาพระหว่างผู้ที่ดูแลสุขภาพร่างกายเป็นประจำ กับผู้ที่ไม่ค่อยใส่ใจในสุขภาพของตนนั้น ผู้ที่มีการดูแลสุขภาพร่างกายเป็นประจำ ย่อมมีประสิทธิภาพในการทำงาน หรือ การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ใส่ใจในสุขภาพของตน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) แต่ถึงแม้ว่าบุคคลจะดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ยังมีความจำเป็นสำหรับคนบางประเภทที่สมควรพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายอย่างละเอียด เนื่องจากในแต่ละบุคคลย่อมมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับเพศ วัย ปัจจัยเสี่ยงตามพันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานที่แตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทยได้มีการกำหนดให้มีการตรวจสุขภาพในโอกาสต่าง

เช่น การตรวจสุขภาพของพนักงานของหน่วยงานเอกชน โดยเป็นตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน หรือ การตรวจคัดกรองความเสี่ยง ของผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เบาหวาน การตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น และการให้สวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการก็อนุญาตให้ข้าราชการตรวจสุขภาพประจำปี โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด แบ่งเป็นผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี สามารถตรวจได้ทั้งหมด 7 รายการ และผู้มีอายุมากกว่า 35 ปี ตรวจได้ทั้งหมด 16 รายการ(ตารางที่ 1.2) และหากเป็นกรณีของโรงพยาบาล เอกชน จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น เช่นกรณีของโรงพยาบาลลานนา จังหวัดเชียงใหม่ (ตารางที่ 1.3)

ตารางที่ 1.2 ค่าบริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์และ การตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

รายการตรวจสุขภาพ	ราคาค่าบริการ	
	สำหรับผู้มีอายุ น้อยกว่า 35 ปี	สำหรับผู้มีอายุ มากกว่า 35 ปี
1. Chest X-ray		
- Film Chest (รหัส 41001)	170	170
- Mass Chest (รหัส 41301)	50	50
2. Urine Examination - Urine Analysis (รหัส 31001)	50	50
3. Stool Examination - Routine direct smear (รหัส 31201) ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203)	70	70
4. Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (รหัส 30101)	90	90
5. ตรวจมะเร็งปากมดลูก		
- ตรวจภายใน (รหัส 55620)	100	100
- Pap Smear (รหัส 38302)	50	50
6. Blood Chemistry		
- Glucose (รหัส 32203)	-	40
- Cholesterol (รหัส 32501)	-	60
- Triglyceride (รหัส 32502)	-	60
- Blood Urea Nitrogen: BUN (รหัส 32201)	-	50
- Creatinine (รหัส 32202)	-	50
- SGOT (AST) (รหัส 32310)	-	50

ตารางที่ 1.2 ค่าบริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์และ การตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ต่อ)

รายการตรวจสุขภาพ	ราคาค่าบริการ	
	สำหรับผู้มีอายุน้อยกว่า 35 ปี	สำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปี
- SGPT (ALT) (รหัส 32311)	-	50
- Alkaline Phosphatase (รหัส 32309)	-	50
- Uric Acid (รหัส 32205)	-	60
รวมค่าใช้จ่ายที่เบิกได้ (บาท)	580	1,050

หมายเหตุ : รายการที่ 6 ผู้มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ไม่สามารถเบิกได้
ที่มา : กรมบัญชีกลาง,2549

ตารางที่ 1.3 ค่าบริการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์และ การตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

รายการตรวจสุขภาพ	ราคาค่าบริการ	
	Smart Program สำหรับผู้มีอายุน้อยกว่า 35 ปี	Smart Program สำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปี
1. ตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ (Physical Examination)	/	/
2. ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	/	/
3. ตรวจปัสสาวะ (U/A)	/	/
4. ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	/	/
5. ตรวจหาระดับไขมันในเลือด (Cholesterol)	/	/
6. ตรวจหาระดับไขมันในเลือด (Triglyceride)	/	/
7. ตรวจหาระดับไขมันที่มีความหนาแน่นสูงในเลือด (HDL)	/	/
8. ตรวจหาระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำในเลือด (LDL)	/	/
9. ตรวจการทำงานของไต (Creatinine)	/	/
10. ตรวจการทำงานของตับ (AST)	/	/

ตารางที่ 1.3 ค่าบริการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี
บริบูรณ์และ การตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ต่อ)

รายการตรวจสุขภาพ	ราคาค่าบริการ	
	Smart Program สำหรับผู้มีอายุ น้อยกว่า 35 ปี	Smart Program สำหรับผู้มีอายุ มากกว่า 35 ปี
11. ตรวจการทำงานของตับ (ALT)	/	/
12. ตรวจการทำงานของตับ (Alk.phos)	/	/
13. ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	/	/
14. ตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray)	/	/
15. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	/	/
16. ตรวจการทำงานของไต (BUN)	-	/
17. ตรวจอุจจาระเพื่อดูภาวะอึกเสบของระบบทางเดิน อาหาร (Stool For Occult Blood)	-	/
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)	2,150	2,350

ที่มา : เว็บไซต์ โรงพยาบาลลานนา www.lanna-hospital.com (วันที่ 15 พฤษภาคม 2558)

การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นเรื่องที่เหมาะสมและควรกระทำ เพราะสามารถระบุได้ว่าบุคคลนั้นๆ กำลังมีภาวะสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกายอย่างไร ซึ่งหากทราบถึงสิ่งผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนก็จะสามารถลดความรุนแรงของสิ่งผิดปกตินั้นและใช้เป็นแนวทางในการรักษาโรคได้ โดยสุรจิต สุนทรธรรม (อังกิน นิรชรา อัสวธิราชกุล, 2546) ได้ให้ความหมายของการตรวจสุขภาพ คือ การตรวจสอบภาวะอันเป็นสุข และตรวจหาอะไรก็ตามแต่ที่จะมีผลทำให้ภาวะอันเป็นสุขนั้นเสียไป หลักสำคัญของการตรวจสุขภาพ คือการตรวจค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อจะได้ป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค และหากสามารถขจัดได้ก็จะส่งผลให้ไม่ต้องเป็นโรค ส่วนการตรวจหาความเจ็บป่วยหรือหาว่าเป็นโรคอะไรหรือไม่นั้น ควรเป็นเรื่องสุดท้ายในการตรวจสุขภาพ ซึ่งโรคที่สมควรตรวจหา นั้นต้องมีหลักฐานจากการศึกษาค้นคว้าอย่างชัดเจนแล้วว่า การตรวจพบโรคนั้นๆ ตั้งแต่ระยะที่ยังปราศจากอาการแล้ว มีประโยชน์ต่อตัวเรามากกว่าการตรวจพบเมื่อมีอาการปรากฏแล้ว แต่หากการตรวจสุขภาพนั้น เป็นเรื่องของการมุ่งเน้นใช้เทคโนโลยีเพื่อค้นหาโรคเป็นสำคัญ หรือเป็นการตรวจตามแพ็คเกจบริการตรวจสุขภาพประจำปี ก็ทำให้การตรวจนั้นเป็นการตรวจที่ไม่ตรงความต้องการ

ของผู้รับบริการ และได้รับประโยชน์จากการตรวจน้อย อีกทั้งทำให้ผู้รับบริการต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเกินความจำเป็น

ยศ ศีระวัฒนานนท์ และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2554 คนไทยมีค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสูงถึง 2,200 ล้านบาท ซึ่งชี้ให้เห็นว่า คนจำนวนไม่น้อยให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพ แต่ หากจำนวนประชากรทั้งหมดมีการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำทุกปี โดยที่ไม่ได้มีการคัดกรอง หรือไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการรับการตรวจสุขภาพประจำปีก็จะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงมาก นอกจากนี้ยังพบว่า หลายรายการตรวจคัดกรองสุขภาพขาดข้อมูลสนับสนุนด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพ การให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยสถานพยาบาลบางแห่งเป็นไปเพื่อแสวงหากำไรมากกว่าจะคำนึงถึงประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ อีกทั้งมีหลักฐานบ่งชี้ว่า การตรวจสุขภาพแบบเหวี่ยงแหหรือตรวจแบบไม่มีจุดหมายเฉพาะว่าต้องการค้นหาโรคใด โรคหนึ่ง เป็นการตรวจที่มีโทษมากกว่าประโยชน์ เนื่องจากการตรวจคัดกรองทุกประเภท ไม่สามารถให้ผลที่มีความถูกต้อง 100 เปอร์เซ็นต์ หรือทุกครั้งที่ตรวจในผู้ที่มีความผิดปกติและจะเป็นโรคในอนาคตบางคนอาจได้รับผลการคัดกรองที่เป็นลบ (ผลลบหลวง) ทำให้ไม่ได้รับการป้องกันและดูแลถูกต้อง ในขณะที่คนปกติบางรายอาจจะได้ผลการคัดกรองที่เป็นบวก (ผลบวกหลวง) คนกลุ่มนี้จะถูกส่งต่อเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมซึ่งมันเป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงและอันตรายเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นในการศึกษาของ ยศ ศีระวัฒนานนท์ และคณะ (2557) จึงได้เสนอชุดของการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสม โดยการปรับประเภทของการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีหลักฐานว่ามีความเหมาะสม สำหรับเป็นชุดตรวจของคนไทยในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้งนี้ไม่ได้กล่าวถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพทั้งหมด แต่เน้นเฉพาะ โรคหรือปัญหาที่มีความสำคัญกับคนไทย เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีไทย ที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ควรเข้ารับบริการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอทุก 5 ปี เพื่อหากตรวจพบจะทำการรักษาได้เร็ว ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ สำหรับการตรวจการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น การตรวจการทำงานของไต หรือตรวจการทำงานของตับ ในผู้ที่ไม่มีการหรือประวัติความเสี่ยง เป็นสิ่งที่ไม่ควรดำเนินการ เพราะนอกจากไม่ช่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วแล้ว ยังอาจจะเพิ่มโทษจากการได้ผลตรวจที่เป็นลบหลวง โดยทำให้เกิดความมั่นใจอย่างผิดๆว่า ตนเองไม่เป็นโรคหรือไม่มีความเสี่ยง หรืออาจจะเพิ่มโทษจากการได้ผลบวกหลวง โดยทำให้ต้องตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมซึ่งทำให้สูญเสียเงินเพิ่มมากขึ้น

ประเทศไทยยังอยู่ในช่วงของการได้เปรียบทางประชากร คือ มีวัยทำงาน (15-59 ปี) เป็นจำนวนถึง 43,144,297 คน (กรมการปกครอง, 2557) ซึ่งวัยทำงานนี้ เป็นวัยที่ก่อให้เกิดผลผลิตทางด้านเศรษฐกิจและมีส่วนสำคัญต่อฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ และเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ในการหา

รายได้ การแบกรับภาระในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวทั้งเด็กและผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันประชากรวัยทำงานก็เป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ รอบด้านไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเสพสารเสพติด รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันต่าง ๆ การเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ความเครียด โรคเรื้อรัง หากประเทศใดมีจำนวนประชากรในวัยทำงานสูง และเป็นแรงงานที่มีคุณภาพ คือ เป็นแรงงานที่มีฝีมือ มีการศึกษาและมีสุขภาพดี รวมถึงการที่ประเทศมีประชากรในวัยพึ่งพิงต่ำ ก็จะมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจให้เจริญก้าวหน้าได้ ดังนั้นการดูแลคุณภาพชีวิตด้วยการเอาใจใส่ด้านสุขภาพ ก็จะเกิดประโยชน์อย่างมากทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม ดังนั้นบุคคลในวัยนี้ จึงควรหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตัวเองอย่างจริงจัง ซึ่งการตรวจคัดกรองสุขภาพ เป็นอีกวิธีทางหนึ่งที่สามารถช่วยคัดกรองโรค หรือ สิ่งผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นภายในร่างกายของกลุ่มวัยทำงาน

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือ ที่มีการพัฒนาในระดับสูง มีศักยภาพในการท่องเที่ยว เศรษฐกิจ และการลงทุน มีการพัฒนาเติบโตอย่างรวดเร็วจนเป็นเมืองเศรษฐกิจใหญ่อันดับ 2 ของประเทศไทยรองจากกรุงเทพมหานคร (สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2558) มีประชากรที่อยู่ในวัยทำงานอันเป็นกำลังในการพัฒนาเศรษฐกิจของจังหวัดเป็นจำนวนถึง 1,091,984 คน ซึ่งประชากรกลุ่มวัยทำงานเหล่านี้ หากเป็นคนที่มีความสามารถมีคุณภาพที่ดี มีสุขภาพที่แข็งแรงก็จะเป็กำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจต่อไป ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึง พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงาน เพื่อให้บุคคลได้รับประโยชน์จากการตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างเต็มที่ และเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน

1.2.2 เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน

1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

ทราบถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน สำหรับเป็นแนวทางในการวางแผน การตรวจคัดกรองสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และ ศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการรับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้รับบริการ นำไปปรับปรุงพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพให้เหมาะสมและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ไม่จำเป็นลง

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษา พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงานในเขต อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โดยศึกษาถึงพฤติกรรมของผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึงศึกษา ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงานและพฤติกรรมของผู้ที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพรวมถึงสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยจะทำการศึกษารวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

1.5 นิยามศัพท์

การตรวจคัดกรองสุขภาพ หมายถึง การเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ตามโปรแกรมการตรวจสุขภาพ หรือการเลือกตรวจเพียงบางรายการ ของสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐบาลและเอกชน

ค่าใช้จ่าย หมายถึง จำนวนเงินผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นผู้จ่ายจริง และ ค่าใช้จ่ายที่หน่วยงานของผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพให้การสนับสนุน

คนวัยทำงาน หมายถึง คนวัยทำงาน อายุ 25-60 ปี ที่อยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2

กรอบแนวคิดทางทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎี

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ใช้ทฤษฎีประกอบการค้นคว้าวิจัย รายละเอียดดังนี้

2.1.1 ทฤษฎีอุปสงค์ (Law of Demand)

ความหมายของอุปสงค์

อุปสงค์ (demand) สำหรับสินค้าและบริการชนิดใดชนิดหนึ่ง หมายถึง จำนวนของสินค้าหรือบริการชนิดนั้นที่ผู้บริโภคประสงค์จะซื้อในช่วงเวลาหนึ่งๆ ที่ระดับราคาต่างๆ ของสินค้าหรือบริการชนิดนั้น (ภราดร ปริดาศักดิ์, 2550)

หน่วยวัดของปริมาณซื้อ (quantity demanded) จะต้องเป็นหน่วยของสินค้าหรือบริการต่อหน่วยของเวลา เช่น ปริมาณซื้อเนื้อหมูของผู้บริโภครายหนึ่งเป็น 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ หรือ 4 กิโลกรัมต่อเดือน หากไม่มีการกำหนดช่วงเวลาให้เป็นที่แน่นอนแล้ว ก็ไม่อาจจะบอกได้ว่า ปริมาณซื้อของสินค้าหรือบริการนั้นมีมากน้อยเท่าไร

คำว่า “ปริมาณความต้องการซื้อ” หรือ “ปริมาณซื้อ” ในที่นี้เป็นปริมาณของสินค้าหรือบริการที่ผู้บริโภคปรารถนาจะซื้อ ซึ่งเกิดจากการตัดสินใจหรือวางแผนการซื้อเอาไว้ล่วงหน้า โดยกำหนดให้ราคาสินค้านั้น ราคาสินค้าอื่นที่เกี่ยวข้อง รายได้ของผู้บริโภค รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีอิทธิพลต่อปริมาณซื้ออยู่ที่ระดับหนึ่ง ปริมาณซื้อที่ปรารถนานี้อาจจะไม่เท่ากับปริมาณที่ได้ซื้อจริง เช่น กรณีที่สินค้าหรือบริการนั้นมีไม่เพียงพอกับปริมาณความต้องการ ปริมาณซื้อจะมากกว่าจำนวนที่ซื้อจริง อนึ่ง ความประสงค์จะซื้อหรือความต้องการซื้อในความหมายของอุปสงค์ มิได้หมายความถึงความต้องการซื้อลอยๆ อย่างความต้องการทั่วไป แต่เป็นความต้องการซื้อที่เกิดจากความเต็มใจที่จะซื้อ (willing to buy) และจะต้องมีความสามารถที่จะซื้อได้ (ability to pay) ประกอบกันด้วย นั่นคือในการแสดงความประสงค์ของผู้บริโภคนั้น ผู้บริโภคจะต้องได้รับความพึงพอใจและมีเงินหรืออำนาจซื้อที่จะสนองความปรารถนาของตนได้เสมอ อุปสงค์ในความหมายข้างต้นจึงเป็น อุปสงค์ที่ทรงประสิทธิภาพ (effective demand) คือสามารถเกิดผลได้จริงๆ

ความหมายของอุปสงค์ที่กล่าวถึง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณซื้อกับระดับราคาต่างๆ ของสินค้าหรือบริการชนิดนั้น เรียกอุปสงค์ชนิดนี้ว่า อุปสงค์ต่อราคา (price demand) ซึ่งเป็นการ

พิจารณาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณซื้อกับราคาของตัวสินค้าเอง โดยกำหนดให้ปัจจัยที่กำหนดปริมาณซื้อตัวอื่นๆ ไม่เปลี่ยนแปลง หรือคงที่ในช่วงเวลาที่พิจารณาอยู่ หากเป็นความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณซื้อกับระดับรายได้ต่างๆของผู้บริโภค โดยกำหนดให้ปัจจัยตัวอื่นๆคงที่ เรียกความสัมพันธ์นี้ว่า อุปสงค์ต่อรายได้ (income demand) และถ้าหากเป็นความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณซื้อของสินค้านั้นกับราคาของสินค้าอื่นที่เกี่ยวข้องกับสินค้านั้น เรียกว่า อุปสงค์ไขว้ (cross demand)

กฎของอุปสงค์

โดยปกติแล้ว เส้นอุปสงค์จะทอดลงจากซ้ายไปขวาหรือมีความชันเป็นลบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อราคาลดลงปริมาณความต้องการซื้อจะเพิ่มขึ้นในทางตรงข้าม หากราคาเพิ่มขึ้นปริมาณความต้องการซื้อจะลดลง ปรากฏการณ์เช่นนี้ เป็นไปตาม กฎของอุปสงค์ (Law of demand) ซึ่งกล่าวว่า ปริมาณซื้อของสินค้าหรือบริการชนิดหนึ่งชนิดใดย่อมผันแปรเป็นปฏิภาคส่วนกลับกับระดับราคาของสินค้าหรือบริการชนิดนั้นเสมอ หรือ กล่าวได้ว่า “ปริมาณซื้อย่อมผกผันกับราคา”

การที่ปริมาณความต้องการซื้อหรือปริมาณซื้อในสินค้าหรือบริการชนิดหนึ่งผันแปรในทิศทางตรงกันข้ามกับระดับราคาของสินค้าหรือบริการชนิดนั้น เป็นเพราะเมื่อราคาเปลี่ยนแปลงจะก่อให้เกิดผล 2 ประการคือ

1. ผลทางรายได้ (income effect) เมื่อราคาสินค้าเปลี่ยนแปลง เช่น ราคาสินค้าชนิดนั้นลดลง หากรายได้ที่เป็นตัวเงินและราคาสินค้าชนิดอื่นๆ ยังคงเท่าเดิม จะทำให้ผู้บริโภคมีอำนาจซื้อหรือรายได้ที่แท้จริง (real income) สูงขึ้นเพราะเงินเท่าเดิมแต่สามารถซื้อสินค้าได้มากขึ้น ผลดังกล่าวนี้ หากเป็นสินค้าปกติทั่วไปผู้บริโภคจะหันมาซื้อสินค้าชนิดนี้มากขึ้น ดังนั้นเมื่อราคาสินค้านั้นลดลงจะทำให้ปริมาณซื้อเพิ่มขึ้น

2. ผลทางการทดแทน (substitution effect) เมื่อราคาสินค้าหรือบริการชนิดหนึ่งเปลี่ยนแปลง โดยที่ราคาสินค้าชนิดอื่นๆยังคงเดิม จะทำให้ราคาเปรียบเทียบหรือราคาสัมพัทธ์ (relative price) เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทำให้ผู้บริโภคหันมาซื้อสินค้าชนิดที่ราคาต่ำลงแทนชนิดที่มีราคาสูงขึ้น

ปัจจัยกำหนดอุปสงค์

ปริมาณซื้อสินค้าหรือบริการชนิดหนึ่งชนิดใดที่มีอยู่ทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่งๆ จะมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดปริมาณความต้องการซื้อในตลาด ได้แก่

1. ราคาสินค้าหรือบริการชนิดนั้น
2. รายได้ของผู้บริโภค
3. ราคาสินค้าหรือบริการชนิดอื่นที่เกี่ยวข้อง
4. รสนิยมของผู้บริโภค

5.จำนวนผู้บริโภค

6.การคาดคะเนเกี่ยวกับราคาในอนาคต

โดยเมื่อปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปริมาณความต้องการซื้อในตลาด

2.1.2 อุปสงค์กับความจำเป็นทางสุขภาพ

ในระบบสุขภาพ ความรู้ทางการแพทย์และด้านสาธารณสุข (public health) บอกชัดว่า ความรู้ของนักวิชาการใช้วินิจฉัยผู้ป่วย หรือ วินิจฉัยชุมชนว่า ผู้ป่วยหรือชุมชนนั้นๆ มีความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) มากน้อยเท่าไร โดยไม่ต้องไปตามความปรารถนาส่วนบุคคลหรือความต้องการของชุมชนเลย ดังนั้น จึงมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่าง อุปสงค์รายบุคคล กับความจำเป็นทางสุขภาพที่ผู้รู้ทางการแพทย์เป็นผู้กำหนด สามารถแบ่งขั้นตอนของความจำเป็นสุขภาพ จนถึงอุปสงค์ดังนี้ (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุ โนนทัย, 2544)

- ความจำเป็นทางสุขภาพ (professionally defined need, normative need หรือ real need)
- ความจำเป็นที่รับรู้ (felt need)
- ความจำเป็นที่แสดงออกหรือ อุปสงค์ (expressed need หรือ demand)
- ความจำเป็นที่ได้รับการตอบสนอง (met need หรือ met demand)
- ความจำเป็นที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)

ความจำเป็นทางสุขภาพมีความคาบเกี่ยวกับอุปสงค์อย่างมาก แต่อาจจะมีบางส่วนของอุปสงค์ที่ถือว่าไม่ใช่ความจำเป็นทางสุขภาพก็ได้ เรียกว่า เกิดเป็นอุปสงค์เทียม (false demand) หรือบางคนอาจเรียกว่าความต้องการ (want) เช่น บริการผ่าตัดเสริมความงาม ทำตาสองชั้น ฯลฯ อุปสงค์เทียมหรือความต้องการนี้เกิดได้มากในระบบสุขภาพ

สมการที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นและอุปสงค์มีดังนี้

อุปสงค์ = (ความจำเป็น – ความจำเป็นที่รับรู้) x ความยินดี/สามารถในการจ่าย

ส่วนสาเหตุของความจำเป็นที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) มีได้หลายประการดังนี้

1. ความจำเป็นในมุมมองของนักวิชาการ ไม่แปลงเป็นความจำเป็นที่รับรู้ของชาวบ้าน เพราะคิดกันคนละกระบวนทัศน์ ในหลายกรณีนักวิชาการต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของชาวบ้าน (agency model) จึงจะทำให้ความจำเป็นที่รับรู้มีมากขึ้น
2. ความจำเป็นที่รับรู้ ไม่สูงถึงขั้นยินดีที่จะจ่าย เนื่องจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม
3. ความจำเป็นที่รับรู้ มีสูงพอ แต่ไม่มีความสามารถในการจ่าย เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ
4. อุปทานไม่เพียงพอ เป็นเพราะทรัพยากรสาธารณสุขขาดแคลน หรือเพราะไม่มีผู้ลงทุน เนื่องจากไม่สามารถหาทำไรได้

2.1.3 อุปสงค์สุขภาพและอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ

อุปสงค์ต่อสุขภาพ (demand for health) และอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ (demand for health care) เป็นอุปสงค์คนละชั้นตอนกันแต่มีความเกี่ยวเนื่องกัน Grossman (1972) ระบุว่า อุปสงค์ต่อสุขภาพ คือ ความต้องการให้มีสุขภาพดี เพราะสุขภาพดีเป็นปัจจัยผลิตสำคัญของครัวเรือน (household production function) เมื่อเจ็บป่วย อุปสงค์ต่อสุขภาพ จะผลักดันให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ (demand for health care) เพื่อซ่อมสร้างสุขภาพให้กลับมาอยู่ในสภาวะสุขภาพดี เป็นปัจจัยผลิตที่สำคัญของครัวเรือนต่อไป อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ จึงเป็นอนุพันธ์ของอุปสงค์ (derived demand) ต่อสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2544)

2.1.4 อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ (demand for healthcare)

คือ ปริมาณต่างๆ ของสินค้าสุขภาพ หรือบริการสุขภาพชนิดใดชนิดหนึ่งที่ผู้บริโภคต้องการซื้อ หรือ บริโภคภายในระยะเวลาหนึ่ง ณ ระดับราคาต่างๆ ของสินค้าสุขภาพชนิดนั้น โดยความต้องการปริมาณต่างๆ ของสินค้าสุขภาพมีส่วนประกอบ 3 ประการ คือ ความต้องการซื้อสินค้าสุขภาพ ความยินดีที่จะซื้อบริการสุขภาพ และมีเงินที่จะซื้อสินค้าและปริมาณบริการสุขภาพนั้นๆ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2557)

ปัจจัยกำหนดอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ มี 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ (noneconomic factors) ได้แก่
 - ปัจจัยด้านรสนิยมและความชอบ (taste and preference factors) ปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับลักษณะของบุคคล ครอบคลุมเรื่องเพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงรสนิยมและความชอบ หรือคฤยพินิจของบุคคลที่มีต่ออรรถประโยชน์ที่ได้รับจากสุขภาพ และอาจนำไปสู่ความโน้มเอียงที่ต้องการบริการสุขภาพประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นพิเศษ
 - ปัจจัยการเสื่อมถอยของสุขภาพ (health depreciation factors) นับเป็นปัจจัยสำคัญ เพราะส่งผลต่อประเภทและค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพ
 - ปัจจัยภาวะสุขภาพที่สะสมมา (stock-of-health factors) หมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคลที่สะสมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีสุขภาพเสื่อมถอยย่อมมีความต้องการบริการสุขภาพมากกว่าคนปกติหรือมีสุขภาพดี
 - ปัจจัยด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ (the quality of care factors) เนื่องจากคุณภาพบริการไม่สามารถวัดได้โดยตรง ดังนั้นจึงวัดได้จากความรู้สึกของผู้รับบริการ เพราะคุณภาพของบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นการรับรู้เชิงจิตวิทยา ยิ่งการจัดบริการมีคุณภาพมาก ยิ่งมีความสัมพันธ์กับความต้องการมารับบริการสุขภาพมากขึ้น

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (economic factors) โดยมีความสัมพันธ์ที่สะท้อนถึงอุปสงค์ของบริการสุขภาพ ดังนี้

- ราคาของสินค้า (P) คือ ปริมาณซื้อที่ราคา จะมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ถึงแม้ราคาจะมีอิทธิพลต่อปริมาณการซื้อสินค้า แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยตัวอื่นๆด้วย การจะสรุปได้นั้นจึงต้องให้ปัจจัยอื่นๆ คงที่ คือ เมื่อราคาสินค้าเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยอื่นที่จะต้องคงที่คือ ราคาของสินค้าอื่น รายได้ของผู้บริโภค และ รสนิยมของผู้บริโภค

- ราคาของสินค้าชนิดอื่น ราคาของสินค้าที่เกี่ยวข้องกันจะเป็นปัจจัยในการกำหนดอุปสงค์ต่อสินค้า สินค้าที่เกี่ยวข้องกันมี 2 ประเภท คือ สินค้าที่ใช้ประกอบกัน กับสินค้าสุขภาพหลักนั้นๆ ถ้าราคาของสินค้าที่ใช้ทดแทนกันลดลงก็จะทำให้ผู้บริโภคใช้สินค้าทดแทนนั้นมากขึ้น และลดปริมาณการบริโภคสินค้าลง ส่วนถ้าเป็นสินค้าที่ใช้ประกอบกัน เมื่อราคาสินค้าที่ใช้ประกอบกันลดลงก็จะบริโภคสินค้าสุขภาพหลักนั้น

- รายได้ รายได้เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อปริมาณการซื้อสินค้าหรือบริการสุขภาพ โดยทั่วไปเมื่อรายได้เพิ่ม ปริมาณการซื้อจะเพิ่มตาม โดยให้ระดับราคาคงที่ ปกติรายได้จะถูกนำไปใช้ในการบริโภคอาหารที่จำเป็นในการดำรงชีพ เมื่อบริโภคเพียงพอต่อความต้องการแล้ว รายได้ส่วนที่เหลือก็จะนำไปบริโภคสินค้าอย่างอื่นแทน ดังนั้นจึงมีการแบ่งประเภทสินค้าออกเป็น 2 ประเภท คือ สินค้าที่จำเป็นในการยังชีพ และ สินค้าฟุ่มเฟือย

จากปัจจัยดังกล่าว สามารถนำมาเขียนเป็นฟังก์ชัน ได้ดังนี้

$$D = F(P, Y, T, R, T, S, Q, \dots)$$

โดยที่

D คือ ปริมาณของบริการสุขภาพ (Quantity demand หรือ D)

P คือ ราคาของบริการสุขภาพ (out-of pocket price)

Y คือ รายได้จริง (real income)

T คือ ต้นทุนของเวลา (time cost)

R คือ ราคาของสินค้าบริการที่ประกอบกัน ที่ทดแทนกัน (complement หรือ replace product)

T คือ รสนิยมและความชอบ (tastes and preferences)

S คือ อัตรการสะสมของสุขภาพ (stock of health)

Q คือ คุณภาพของบริการสุขภาพ (quality of services)

2.1.5 ทฤษฎีอุปทาน (Law of Supply)

ความหมายของอุปทาน

อุปทาน (supply) ของสินค้าหรือบริการชนิดหนึ่งชนิดใด หมายถึง จำนวนสินค้าหรือบริการที่ผู้ผลิตหรือผู้ขายประสงค์จะผลิตออกขายในช่วงเวลาหนึ่ง ณ ระดับราคาต่างๆ ของสินค้าหรือบริการชนิดนั้น(ภราดร ปริดาศักดิ์, 2550)

จำนวนสินค้าที่ผู้ผลิตประสงค์จะขายที่ระดับราคาหนึ่งๆ ในแต่ละช่วงเวลานั้น เรียกว่า “ปริมาณเสนอขาย” หรือ ปริมาณขาย (quantity supplied) ปริมาณขายนี้เป็นจำนวนสูงสุดที่ผู้ผลิตเต็มใจจะขายที่ระดับราคาหนึ่งภายใต้เงื่อนไขที่เป็นอยู่ขณะนั้น ปริมาณขายในช่วงเวลาหนึ่งๆ อาจจะไม่เท่ากับจำนวนน้อยกว่าจำนวนที่ผู้ผลิตเสนอขาย และเช่นเดียวกับกรณีของปริมาณซื้อ ปริมาณขายเป็นตัวแทนเชิงกระแสเพราะเป็นจำนวนสินค้าหรือบริการที่วัดในช่วงเวลาหนึ่งๆ มีหน่วยเป็นหน่วยของสินค้าหรือบริการต่อหน่วยของเวลา

กฎของอุปทาน

เส้นอุปทานของหน่วยผลิตหรืออุปทานของตลาด เป็นเส้นที่ทอดขึ้นจากซ้ายไปขวาหรือมีความชันเป็นบวก ทั้งนี้เป็นไปตาม กฎของอุปทาน (Law of supply) ที่กล่าวว่า จำนวนสินค้าหรือบริการชนิดหนึ่งชนิดใดที่ผู้ผลิตต้องการเสนอขายในช่วงเวลาหนึ่งๆ ย่อมผันแปรโดยตรงกับระดับราคาของสินค้าหรือบริการชนิดนั้นเสมอ กล่าวคือ “ปริมาณขายจะเปลี่ยนแปลงในทางเดียวกันกับราคาเสมอ” นั่นคือ ถ้าราคาสินค้าเพิ่มขึ้นปริมาณขายจะเพิ่มขึ้นด้วย และถ้าราคาสินค้าลดลงปริมาณขายก็จะลดลงเช่นเดียวกัน เหตุผลสำคัญที่สนับสนุนกฎของอุปทานก็คือ เมื่อราคาสูงขึ้นจะเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ผลิตหันมาผลิตสินค้าชนิดนั้นมากขึ้น เพราะถ้าต้นทุนเฉลี่ยยังคงเดิมหรือเพิ่มขึ้นน้อยกว่ารายรับที่จะได้เพิ่มขึ้นย่อมแสดงว่าผู้ผลิตจะมีกำไรเพิ่มขึ้น ถ้าไรจึงเป็นแรงจูงใจในการกำหนดระดับการผลิตของผู้ผลิตในทางตรงกันข้าม หากราคาสินค้าลดลงโดยที่ต้นทุนมิได้ลดลงด้วย ถ้าไรจากการผลิตจะลดลง ปริมาณการเสนอขายสินค้าชนิดนั้นจะลดลงไปด้วย

ปัจจัยกำหนดอุปทาน

จำนวนสินค้าหรือบริการชนิดใดๆ ที่เสนอขายในตลาดโดยบรรดาผู้ผลิตทั้งหลายในช่วงเวลาหนึ่งๆ จะมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญได้แก่

1. ราคาของสินค้าหรือบริการชนิดนั้น เมื่อราคาของสินค้าชนิดหนึ่งเปลี่ยนแปลงปริมาณขายของสินค้าชนิดนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันกับระดับราคา เช่นเมื่อราคาสูงขึ้นจำนวนสินค้าที่ผู้ผลิตต้องการเสนอขายจะเพิ่มขึ้นด้วย ในทางตรงกันข้าม เมื่อราคาสินค้าชนิดนั้นลดลงจำนวนสินค้าที่ผู้ผลิตต้องการเสนอขายจะลดลงด้วยเช่นกัน

2. ราคาของปัจจัยการผลิต การเปลี่ยนแปลงในราคาปัจจัยการผลิตจะมีผลโดยตรงต่อต้นทุนการผลิตของหน่วยผลิตต่างๆ ถ้าราคาปัจจัยการผลิตสูงขึ้น จะทำให้ต้นทุนการผลิตสูงขึ้น หากปัจจัยอื่นๆ ยังคงเดิมจะทำให้ผู้ผลิตลดการผลิตลง บางรายถึงกับเลิกผลิตเพราะไม่คุ้มค่ากับรายรับที่ได้ ทำให้ปริมาณเสนอขายในตลาดลดลง ในกรณีนี้จะทำให้อุปทานในตลาดลดลง ในทางตรงกันข้าม หากราคาปัจจัยการผลิตลดลงจะทำให้ต้นทุนต่ำลง อุปทานของสินค้าจะเพิ่มขึ้น

3. ราคาของสินค้าอื่นที่หน่วยผลิตสามารถผลิตได้ สินค้าอื่นหมายถึง สินค้าอื่นที่ผู้ผลิตสามารถผลิตทดแทนสินค้าที่กำลังผลิตอยู่ได้ เช่น บริษัทรถยนต์ อาจผลิตได้ทั้งรถยนต์นั่งและรถบรรทุกเล็ก ดังนั้นปริมาณขายของสินค้าที่พิจารณาจะขึ้นอยู่กับราคาของสินค้าที่สามารถผลิตทดแทนได้ด้วย หากราคาของสินค้าที่ผลิตทดแทนสูงขึ้นผู้ผลิตจะหันไปผลิตสินค้าทดแทนมากขึ้น ทำให้อุปทานของสินค้าที่ผลิตอยู่เดิมลดลง นอกจากสินค้าอื่นจะเกี่ยวข้องกับสินค้าที่กำลังผลิตอยู่ในฐานะที่เป็นสินค้าที่ผลิตทดแทนแล้ว ยังอาจเกี่ยวข้องกันในแง่ที่เป็นสินค้าที่ประกอบกันในการผลิตด้วย เช่น โรงสีอาจมีผลผลิตทั้งที่เป็นข้าวสาร ข้าว และแกลบ ในกรณีที่เป็นผลผลิตประกอบกันนี้ หากราคาของผลผลิตชนิดใดชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้อุปทานของผลผลิตอีกชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้นด้วย

4. จำนวนผู้ผลิต หากจำนวนผู้ผลิตในอุตสาหกรรมหรือตลาดสินค้าชนิดใดชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้น โดยที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ไม่กระทบต่อราคาปัจจัยการผลิตแล้ว จะทำให้อุปทานของสินค้าชนิดนั้นเพิ่มสูงขึ้น ในทางตรงข้ามหากผู้ผลิตในอุตสาหกรรมนั้นมีจำนวนลดลง อุปทานของสินค้านั้นจะลดลง

5. เทคโนโลยีการผลิต ระดับเทคโนโลยีหรือวิทยาการในด้านการผลิต เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งในการกำหนดปริมาณผลผลิตของสินค้าหรือบริการในอุตสาหกรรมต่างๆ ถ้าหากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและความรวดเร็วในการถ่ายทอดเทคโนโลยีเกิดขึ้นกับอุตสาหกรรมประเภทใด โดยปัจจัยอื่นๆ ไม่เปลี่ยนแปลง จะทำให้อุปทานของสินค้าในอุตสาหกรรมประเภทนั้นเพิ่มขึ้น

6. การคาดคะเนเกี่ยวกับราคาในอนาคต ถ้าหน่วยผลิตสามารถปรับเปลี่ยนการผลิตโดยเพิ่มหรือลดกำลังการผลิตได้ และสินค้าสามารถเก็บรักษาไว้ในคลังสินค้าได้ ปริมาณอุปทานของสินค้าจะเปลี่ยนแปลงขึ้นลงอันเนื่องมาจากการคาดคะเนระดับราคาของสินค้าในอนาคตได้ เช่น ถ้าผู้ผลิตคาดคะเนว่า สินค้าชนิดนั้นจะมีราคาสูงขึ้นในอนาคต เขาจะกักตุนสินค้านั้นไว้ขายในวันหน้า ในขณะที่เดียวกันก็จะพยายามปรับเปลี่ยนการผลิตเพื่อให้สามารถเพิ่มกำลังการผลิตได้ในอนาคต จะทำให้อุปทานของสินค้าในปัจจุบันลดลงแต่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต ถ้าคาดคะเนว่าราคาจะลดลง ผู้ผลิตจะมีการระบายสินค้าที่เก็บไว้ออกจำหน่ายหรือทำให้มีปริมาณสินค้าคงคลังน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ก่อนที่ราคาจะลดลงจริง พฤติกรรมเช่นนี้ทำให้อุปทานของสินค้าในปัจจุบันเพิ่มขึ้น

สำหรับอุปทานในด้านสุขภาพ จะเน้นในเรื่องอุปทานของบริการที่เกี่ยวข้องกับการผลิตสุขภาพเป็นสำคัญ โดยจะเป็นการให้บริการโดยแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค

2.1.6 อุปทานด้านสุขภาพ

คือ ปริมาณสินค้าหรือบริการด้านสุขภาพที่ผู้ผลิตหรือ ผู้ขาย ยินดีที่จะผลิตหรือขายสู่ผู้บริโภค สุขภาพในราคาที่กำหนด (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2557)

ปัจจัยกำหนดอุปทานด้านการจัดการบริการสุขภาพ จะได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 8 ปัจจัย ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีการผลิต (technological changes) ความก้าวหน้าในเทคโนโลยี ทำให้การผลิตบริการสุขภาพจำนวนหนึ่งๆ มีต้นทุนต่ำลง ผู้ผลิตบริการสุขภาพยินดีจะผลิตบริการสุขภาพนั้นมากขึ้น เพราะได้กำไรสูงขึ้น

2. ราคาปัจจัยการผลิต (input prices) ส่งผลต่อต้นทุนของผู้ผลิต หากราคาปัจจัยการผลิตสูงขึ้น ต้นทุนการผลิตก็จะเพิ่มขึ้นจนทำให้กำไรลดลงหรือขาดทุนได้ ผู้ผลิตก็จะปรับปริมาณการผลิตให้น้อยลง ในทางตรงกันข้าม ราคาปัจจัยการผลิตที่ต่ำลงทำให้ปริมาณการผลิตเพิ่มขึ้น

3. ราคาของสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้อง (prices of production-related goods) สินค้าบริการที่เกี่ยวข้องอยู่ในรูปของการประกอบกันและการทดแทนกัน เช่นผู้ผลิตบริการสุขภาพในแผนกกุมารเวชกรรมเพิ่มอุปทานของตนมากขึ้น หากพบว่าอุปทานของบริการสุขภาพในแผนกสูตินรีเวชเพิ่มขึ้น หรือเจ้าของโรงพยาบาลอาจลดอุปทานของบริการสุขภาพในแผนกคนไข้ในลง และตัดสินใจที่จะเพิ่มอุปทานของบริการสุขภาพในแผนกคนไข้มากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนคนไข้ที่นิยมใช้บริการแผนกคนไข้นอกเพิ่มมากขึ้น

4. หน่วยการผลิต (unit of product) สำหรับสินค้าหรือบริการทั่วไปไม่มีปัญหาในการกำหนดหน่วยของการผลิต แต่บริการรักษาพยาบาลควรจะวัดหน่วยการผลิตอย่างไรจึงจะเหมาะสม ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไป บางคนเห็นว่าควรคิดหน่วยการผลิตเป็นการรักษาหนึ่งโรค (one sickness) บางคนเห็นว่าน่าจะคิดเป็นหนึ่งวันรักษาโรค (one patient day) หรือหนึ่งครั้งของการไปพบแพทย์ (one visit or one episode)

5. ปริมาณและคุณภาพของการผลิต (quantity and quality) ในการผลิตสินค้าหรือบริการทั่วไป หน่วยผลิตที่ต้องการกำไรสูงสุดจะต้องทำการผลิตให้ได้ผลผลิตมากที่สุดภายใต้งบประมาณที่มีอยู่ แต่ในบริการสุขภาพต้องคำนึงถึงปริมาณและคุณภาพพร้อมกันไป

6. บทบาทของผู้ผลิต ในการบริการรักษาพยาบาลนั้น ผู้บริโภคไม่สามารถที่จะตัดสินใจซื้อด้วยตนเอง จะต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือผู้ที่ทำการรักษาพยาบาลก่อน

7. ความจำกัดของการแข่งขัน (restriction on competition) ปกติถ้ามีจำนวนผู้ผลิตเพิ่มขึ้นในตลาด อุปทานก็จะมากขึ้น แต่ถ้ามีผู้ผลิตออกไปจากตลาดมากขึ้นอุปทานก็จะลดลง แต่เนื่องจากว่าผู้ผลิตนั้นเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช ดังนั้นจึงต้องมีการควบคุมการผลิตโดยที่ผู้ผลิตจะต้องมีใบอนุญาตหรือใบประกอบวิชาชีพ และมีการควบคุมดูแลด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณ การรักษาพยาบาลโดยแพทย์สภา หรือสภาการพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้แพทย์ยังมีการรวมกลุ่มในลักษณะต่างๆ เช่น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคจะทำหน้าที่สอบคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้เท่านั้น จึงจะถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ซึ่งถือว่าเป็นการจำกัดการแข่งขันของผู้ผลิตกลุ่มนี้

8. การผลิตมิได้มุ่งเอากำไรสูงสุด (non – profit motive) เมื่อเปรียบเทียบกับสินค้าหรือบริการอื่น เนื่องจากว่าในบางครั้งนั้นบริการสุขภาพจะหวังผลกำไรสูงสุดจากผู้ป่วยนั้นไม่ได้ เพราะบริการสุขภาพนั้นเป็นสินค้าสาธารณะ (public goods) และสินค้าที่มีประโยชน์ต่อสังคมหรือสินค้าคุณธรรม (merit goods)

2.1.7 การจัดบริการสุขภาพตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐ ถือว่าการจัดบริการสุขภาพ เป็นสินค้าสาธารณะ (Public goods) หมายถึงสินค้าที่ผลิตขึ้นโดยไม่หวังกำไร แต่มุ่งผลิตขึ้นเพื่อการบริการสุขภาพและเป็นสวัสดิการแก่สาธารณะ หรือสินค้าที่เป็นคุณประโยชน์ต่อสังคม หรือ สินค้าคุณธรรม (Merit Goods) เน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Benefit) ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดซึ่งแตกต่างกับวิธีการจัดบริการสุขภาพของภาคเอกชน ที่เน้นการบริหารงานหรือการผลิตสินค้าสุขภาพที่เน้นกำไร (profit) ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์สุขภาพ จึงมุ่งวัดผลลัพธ์สุขภาพที่ผู้รับพึงจะได้รับประกอบไปด้วย (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2557)

- การจัดบริการนั้นดีจริงหรือไม่ (efficacy)
- บริการสุขภาพนั้นใช้ได้ในทางปฏิบัติหรือไม่ (effectiveness)
- บริการสุขภาพนั้นใช้ได้ในทางปฏิบัติหรือไม่ (effectiveness)
- การจัดบริการมีคุณภาพหรือไม่ (quality services)
- การจัดบริการสุขภาพนั้นมีความเป็นธรรมหรือไม่ (equity)
- การบริการสุขภาพนั้นมีประสิทธิภาพหรือ (efficiency)

2.1.8 ชุดสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองสุขภาพ โดย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย หรือเรียกว่า โครงการเช็คระยะสุขภาพ เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ การตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไทยให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข้อคิดเห็นทางวิชาการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องกว่า 60 ท่าน ซึ่งทางโครงการฯ ได้เสนอชุดของการตรวจที่เหมาะสม และ ชุดของการตรวจคัดกรองที่เกินความจำเป็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดการตรวจที่เหมาะสม

เป็นการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีหลักฐานว่ามีความเหมาะสมสำหรับเป็นชุดตรวจสุขภาพของคนไทยทั้งเพศชายและ เพศหญิงตามช่วงอายุต่างๆ ทั้งนี้ไม่ได้กล่าวถึงการตรวจ คัดกรองสุขภาพทั้งหมด เน้นเฉพาะ โรคหรือปัญหาที่มีความสำคัญ กับคนไทย (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 มาตรการตรวจคัดกรองสุขภาพ ในระดับประชากรที่แนะนำให้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์

หญิง/ชายที่อายุ	โรค/ปัญหาสุขภาพ	มาตรการตรวจคัดกรอง
อายุ 9-12 เดือน	โลหิตจาง	ตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) หรือ ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT)
อายุ 13-50 ปี (ตามความสมัครใจ)	เอชไอวี (HIV)	การให้คำปรึกษา และการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ เอชไอวีที่สถานพยาบาล
อายุ 15-60 ปี ตรวจทุกปี	การดื่มสุรา	ใช้ ASSIST และ ให้คำแนะนำอย่างสั้น (Brief intervention)
อายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาล	ภาวะทุพโภชนาการ	วัดดัชนีมวลรวม (BMI) ผู้สูงอายุเพิ่มการซักประวัติ
อายุ 30 ปีขึ้นไป ตรวจทุก 5 ปี	เบาหวาน	เจาะระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร (FPG)
อายุ 31-40 ปี ครั้งเดียวในชีวิต	ตับแข็ง/มะเร็งตับ	ตรวจ HBsAg+Anti_HBs และ ให้วัคซีนกับผู้ที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน
หญิงอายุ 30-60 ปี ตรวจทุก 5 ปี หรือ เมื่อมีเพศสัมพันธ์	โรคมะเร็งปากมดลูก	ตรวจ Pap smear, และตรวจ VIA
อายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจทุก 5 ปี	โรคหัวใจขาดเลือด	ประเมินความเสี่ยงโดยรวม (Global Risk Score) (วัดความดันโลหิต*, ระดับไขมัน, ความยาวรอบเอว, ระดับน้ำตาลในเลือด, ซักประวัติการสูบบุหรี่**)

ตารางที่ 2.1 มาตรการตรวจคัดกรองสุขภาพพระคัมภีร์ประชากรที่แนะนำให้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ (ต่อ)

หญิง/ชายที่อายุ	โรค/ปัญหาสุขภาพ	มาตรการตรวจคัดกรอง
อายุ 60 ปีขึ้นไป กรณีที่ทำ/ต่ออายุใบขับขี่	อุบัติเหตุจากรถ	วัดสายตา (visual acuity)
อายุ 65 ปีขึ้นไป ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาล	โรคหลอดเลือดสมอง	คลื่นชีพจร หากผิดปกติ ส่งตรวจคลื่นหัวใจ (ECG)
อายุ 40 ปีเป็นขึ้นไป ตรวจทุก 3-5 ปี	มะเร็งเต้านม	ตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram)
อายุ 60 ปีขึ้นไปไม่เกิน 70 ปี ตรวจทุก 1-2 ปี	มะเร็งลำไส้ใหญ่	ตรวจหาเลือดที่ปนมาในอุจจาระ

หมายเหตุ :

* ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตทุกครั้งที่ได้รับบริการรักษาในสถานพยาบาล

** ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ควรได้รับการซักประวัติการสูบบุหรี่ทุกครั้งที่ได้รับบริการรักษาในสถานพยาบาล

ที่มา : ยศ ศีระวัฒนานนท์ และ คณะ ,(2557)

รายการตรวจที่เกินความจำเป็น

มีการตรวจคัดกรองจำนวนมากที่ไม่แนะนำเรียกว่าเป็น การ ‘ตรวจร้ายเสีย’ ซึ่งมีจำนวนมาก บางอย่างเป็นการตรวจที่ไม่มีในประเทศไทยและบางอย่าง เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ตัวอย่างของการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีหลักฐาน ชัดเจนระบุว่ามิไทยมากกว่าประโยชน์

ตารางที่ 2.2 รายการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีโทษมากกว่าประโยชน์

ประเภท	รายการตรวจคัดกรอง	เหตุผล
รายการตรวจแล้วมี โทษต่อร่างกาย	การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อม ลูกหมากด้วย PSA	PSA ไม่มีคำตอบเฉพาะต่อมะเร็งต่อมลูกหมาก และมีงานวิจัยระบุว่า มีโอกาสได้รับผลลบจากผลตรวจทำให้ผู้รับการตรวจได้รับผลกระทบจากการวินิจฉัยที่เพิ่มเติมขึ้นมา
	การเอ็กซเรย์ปอด	ร่างกายได้รับอันตรายจากรังสีเอ็กซ์ และมีโอกาสทำให้เกิดผลบวกลวง
รายการที่ตรวจแล้วเสีย เงินโดยเปล่าประโยชน์ (เป็นการตรวจแบบ เหวี่ยงแห)	การตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของ อวัยวะต่างๆ	ไม่ได้ช่วยให้รับการรักษาที่เร็วขึ้น และยังคงเพิ่มโทษจากการได้รับผลตรวจที่เป็น ผลลบลวง
	อัลตราซาวด์ช่องท้องบางส่วน	ไม่มีหลักฐานสนับสนุนให้ใช้วิธีนี้สำหรับคนที่ไม่มีอาการหรือไม่มีประวัติความเสี่ยงของโรค
	การคัดกรองวัน โรคในผู้ที่ไม่มี อาการ	ไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน เพราะมีโอกาสน้อยมากที่การเอกซเรย์ปอดของคนทั่วไปแล้วจะช่วยให้ตรวจพบวันโรค
	การตรวจหาโรคหืดในผู้ที่ไม่มี อาการ	ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่มีอยู่ เป็นเหตุให้ การตรวจในห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาโรคหืดหอบในคนทั่วไป ยังเป็นสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์และไม่คุ้มค่า
	การตรวจค้นหา โรคไตอักเสบ นี้้วนไต	การตรวจปัสสาวะและเลือดนั้น ไม่มีประโยชน์สำหรับการตรวจในคนปกติ แต่ก็มีข้อแนะนำให้ตรวจเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

ที่มา : ยศ ศีระวัฒนานนท์ และ คณะ ,(2557)

2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธนวัฒน์ นันทสมบูรณ์ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชน ต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนในการใช้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน 2. เพื่อทราบถึงความพึงพอใจ และความคาดหวังของประชาชนที่ต้องการได้รับ จากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน และ 3. เพื่อทราบถึงความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเอกชน เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ การศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ คือ โรงพยาบาลลานนา โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม และ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จำนวน 274 ราย โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ มีอาชีพเป็นลูกจ้างเอกชนและเป็นข้าราชการ สาเหตุที่มาใช้บริการเพราะสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากการทำประกันชีวิต และส่วนใหญ่เคยเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐมาแล้ว ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนในระดับมากพอสมควร ได้แก่ ปัจจัยทางด้านทัศนคติและความเชื่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้าน การเข้าถึงบริการ ส่วนปัจจัยทางด้านสุขภาพมีผลน้อย สำหรับปัจจัยทางด้านประชากรและสังคมผลต่อการใช้บริการเป็นส่วนใหญ่ ประชาชนมีความคาดหวังสูงมากที่จะได้รับความสะดวก ความรวดเร็วทันเวลา และมีความพึงพอใจในทุกด้านจากการเข้ารับบริการ นอกจากนี้ ยังเห็นว่าการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดี ส่วนการให้บริการโรงพยาบาลของรัฐอยู่ในเกณฑ์พอใช้และไม่ค่อยดี

พรนันท์ คงรอด (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจต่ออายุบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจต่ออายุบัตรประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องและมีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและครัวเรือน การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นครัวเรือนที่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพซึ่งเป็นการใช้บัตรประกันครั้งที่สองหรือมากกว่า และกลุ่มครัวเรือนที่เคยใช้บัตรประกันแต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้บัตรประกันสุขภาพ อย่างละ 200 ครัวเรือนรวมเป็น 400 ครัวเรือน การศึกษาได้ใช้กลุ่มครัวเรือนในจังหวัดเชียงใหม่ โดยเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มครัวเรือนที่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพและครัวเรือนที่ไม่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพพบว่า ครัวเรือนที่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพจะมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนและมีค่ารักษาพยาบาลในปีที่ผ่านมาสูงกว่าครัวเรือนที่ไม่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพ นอกจากนี้ กลุ่มครัวเรือนที่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพจะไม่มี การประกันสุขภาพโดยวิธีอื่นและมักเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีความรู้ต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพมากกว่าครัวเรือนที่ไม่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพ สำหรับการมีโรค

ประจำตัวหรือโรคเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพสมาชิกในครัวเรือนจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังมากกว่ากลุ่มครัวเรือนที่ไม่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพ ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจต่ออายุบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจต่ออายุบัตรประกันสุขภาพ คือ รายได้ต่อเดือนของครัวเรือน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปีที่ผ่านมาของครัวเรือน ภาวะสุขภาพของครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การได้รับการประกันสุขภาพโดยวิธีอื่นของสมาชิกในครัวเรือน สถานพยาบาลที่ครัวเรือนเข้ารับการรักษาบ่อยและคะแนนความรู้ที่มีต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพ

วิญญู สุภสร(2546) ได้ศึกษา การรับรู้การตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนในตำบลโลกจาน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อการตรวจสุขภาพประจำปีในด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการตรวจ อุปสรรคของการตรวจ และแรงจูงใจในการตรวจ โดยสรุป พบว่า ประชาชนกลุ่มอายุ 35-59 ปีส่วนใหญ่มีความรู้สึกนึกคิดความเชื่อและความเข้าใจเป็นเชิงบวกต่อการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจากปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เป็นแรงผลักดันและกระตุ้นให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกห่วงใยในสุขภาพของตนเอง ให้ความสนใจการตรวจสุขภาพประจำปีมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการขจัดสาเหตุและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ซึ่งอาจคุกคามทำให้สุขภาพเสื่อมลงหรือเสียไปก่อนเวลาอันควร

กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์ (2553) ได้ศึกษา ความเหมาะสมของโปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการ ตามเกณฑ์อายุ 35 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมตรวจสุขภาพตามเกณฑ์อายุ 35 ปี ที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้เบิกจ่ายได้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพเป็นเพศหญิงร้อยละ 57.1 อายุเฉลี่ย 43.9 ปี ผลการตรวจสุขภาพที่มีอายุเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิต เส้นรอบพุง เอกซเรย์ทรวงอก การตรวจพบเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ และระดับน้ำตาลในเลือด จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจไขมันในเลือด การตรวจการทำงานของไต การตรวจการทำงานของตับ และการตรวจระดับกรดยูริกในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี เปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปผลพบว่า ความดันโลหิตสูง อ้วนลงพุง เอกซเรย์ทรวงอกที่ผิดปกติ การตรวจพบเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ และ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติพบได้มากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โปรแกรมตรวจสุขภาพตามกรมบัญชีกลางที่ใช้อายุ 35 ปี เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มอาจต้องปรับปรุงเพื่อให้ครอบคลุมการตรวจพบความผิดปกติมากขึ้น

รฐาสิริ อิ่มมาก (2553) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี: กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานสรรพากรภาค 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ และ

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการสำนักงานสรรพากรภาค 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คนผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการส่วนใหญ่มีการตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา การรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้ถึงอุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี แต่เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับเหตุผลที่ตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่า การรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี

พัฒนศรี ศรีสุวรรณและคณะ (2556) ได้ศึกษาการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทยโดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1. ค้นหาปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทยที่สามารถคัดกรองได้ 2. ประเมินวิธีการคัดกรองอย่างเป็นระบบ 3. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับพัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชากรไทย จากการประมาณค่าใช้จ่ายของการตรวจคัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 530-1,200 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของการตรวจคัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่พัฒนาขึ้นในโครงการนี้อยู่ที่ประมาณ 380-400 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มเพศและกลุ่มอายุ จะเห็นว่า ชุดสิทธิประโยชน์ใหม่ มีค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรต่ำกว่าแบบเดิมค่อนข้างมาก เนื่องจากหลายรายการมิได้แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองทุกปี เช่น การวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการวัดระดับไขมันในเลือด อีกทั้งหลายรายการมีค่าใช้จ่ายสูง แต่ไม่มีหลักฐานยืนยันถึงประโยชน์หรือเป็นการตรวจที่ไม่เฉพาะเจาะจง ก็ไม่ได้อยู่ในสิทธิประโยชน์นี้ อาทิ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจสารในเลือดเพื่อดูการทำงานของไตและตับ เป็นต้น

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

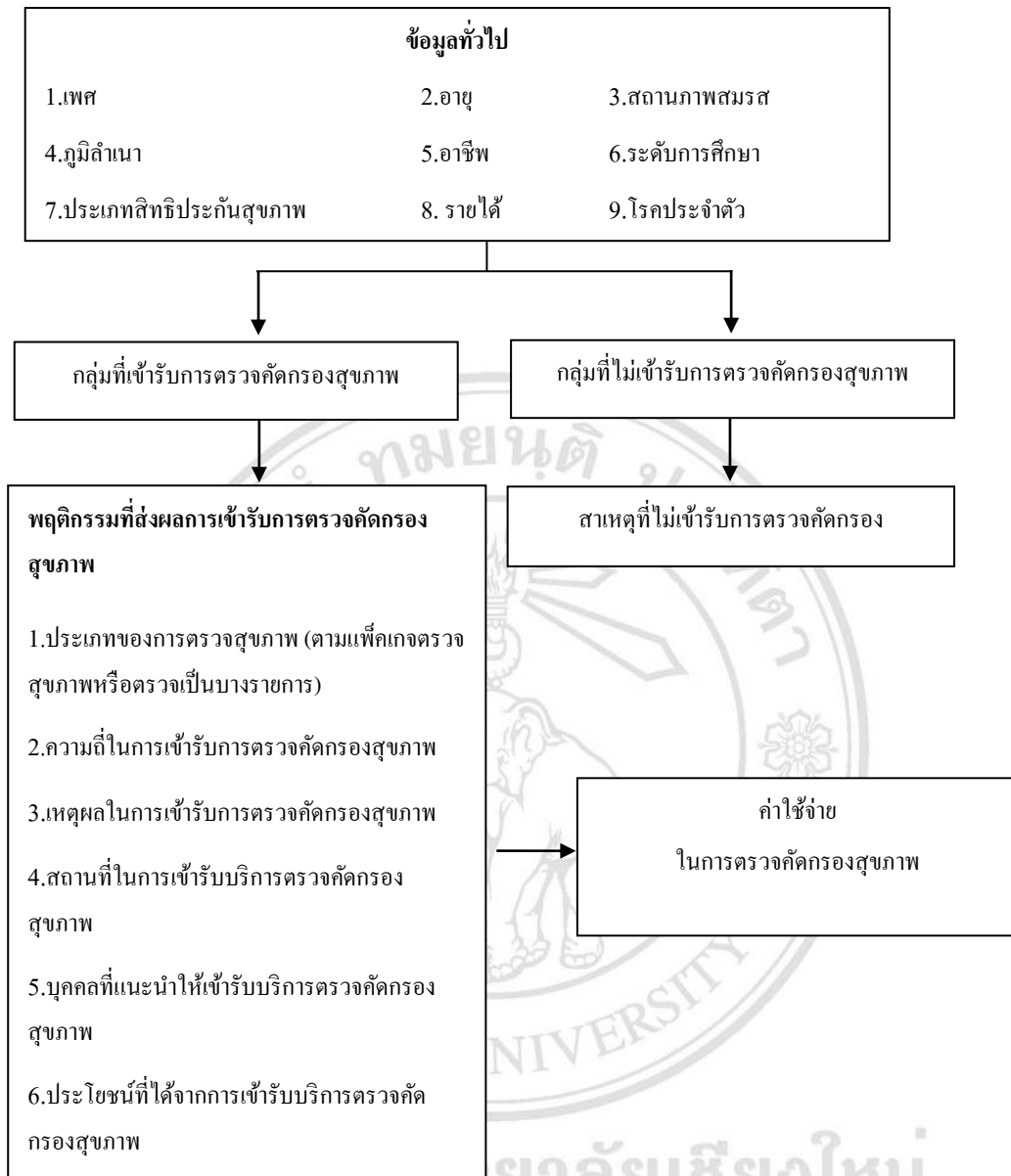
3.1 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษา พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงานในเขต อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โดยศึกษาถึงพฤติกรรมของผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึงศึกษา ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงานและพฤติกรรมของผู้ที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพรวมถึงสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยจะทำการศึกษารวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

3.2 กรอบแนวคิด แบบจำลอง

การศึกษาพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงาน จะทำการศึกษาถึง ข้อมูลทั่วไปของบุคคล โดยแยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ส่งผลให้เกิด ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพของบุคคลนั้น เพื่อวิเคราะห์การศึกษาดังกล่าว จึงมีกรอบแนวคิด ดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



การศึกษาพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงาน จะทำการศึกษาถึงข้อมูลในด้านประชากรและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา ประเภทสิทธิประกันสุขภาพ รายได้ และ โรคประจำตัว โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และ กลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ซึ่งกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพนั้น จะพิจารณาถึงสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ สำหรับกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จะทำการศึกษาถึงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของการตรวจสุขภาพ (ตามแพ็คเกจตรวจสุขภาพหรือตรวจเป็นบางรายการ) ความถี่ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ เหตุผลในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ สถานที่ในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ บุคคลที่แนะนำให้เข้ารับ

บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ และ ประโยชน์ที่ได้จากการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึง ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพทั้งที่จ่ายจริง และหน่วยงานของผู้เข้ารับ การตรวจคัดกรองสุขภาพให้การสนับสนุน

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มคนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในเขต อ.เมือง จ.เชียงใหม่ซึ่งจาก ข้อมูลของกรมการปกครอง ปี 2557 พบว่า มีประชากรวัยทำงาน อายุ 25-60 ปี จำนวน 865,680 คน การคำนวณหาตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หาได้จากสูตรของยามาเนดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
N คือ ขนาดของประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 865,680 คน
e คือ ความคลาดเคลื่อนของการเลือกตัวอย่าง กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.05 ที่ระดับความ เชื่อมั่น 95.00% ดังนั้นจะคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้

$$n = \frac{865,680}{1 + 865,680(0.05)^2} = 399.8$$

จะได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 400 คน โดยทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบโควตา แบ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับ การตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 คน และ ไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 คน

3.4 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาพฤติกรรมกรการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงานจะใช้ข้อมูลใน การศึกษา 2 ประเภท คือ

- 1) ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการออกแบบสอบถามจากคนวัยทำงาน อายุระหว่าง 25-60 ปีในเขต อ.เมือง จังหวัดเชียงใหม่
- 2) ข้อมูลปฐมภูมิ (Secondary Data) ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ข้อมูลทางสถิติ บทความทางวิชาการต่างๆ เอกสารวิทยานิพนธ์ และหนังสือจากห้องสมุดคณะเศรษฐศาสตร์ และจาก ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

3.5 วิธีการศึกษา วิธีวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษา พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงาน มีวิธีการศึกษาดังนี้

1. การศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงาน ในเขต อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบื้องต้น จะสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคคล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และ กลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จากนั้นศึกษาถึงพฤติกรรมกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยจะศึกษาถึง ประเภทของการตรวจสุขภาพ ความถี่ในการเข้ารับบริการ เหตุผลในการเข้ารับบริการ เกณฑ์ในการเลือกสถานบริการที่เข้ารับบริการ บุคคลที่แนะนำให้เข้ารับบริการและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองสุขภาพ สำหรับกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจะศึกษาถึงสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งจะนำข้อมูลที่ได้จากทั้ง 2 กลุ่มจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. การศึกษาค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน เป็นการศึกษาถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ เป็นผู้จ่ายจริง และ ค่าใช้จ่ายที่หน่วยงานของผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพให้การสนับสนุน เช่น กรมบัญชีกลางในกรณีที่ได้รับตรวจเป็นข้าราชการ หรือ องค์กรที่มีการจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพให้แก่พนักงาน ลูกจ้าง ซึ่งในการตรวจคัดกรองสุขภาพแต่ละประเภทที่เกิดขึ้นและทำการวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษา พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงานในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ทำการศึกษาโดยการใช้ข้อมูลจากการเก็บแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ตัวอย่าง แบ่งออกเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 ตัวอย่าง และ ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 ตัวอย่าง ซึ่งการเสนอผลการศึกษานี้จะนำเสนอเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นเรื่องลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 เป็นเรื่องพฤติกรรมและค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ในส่วนของคุณสมบัติทั่วไปจะแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ สิทธิประกันสุขภาพ และโรคประจำตัว โดยมีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	เข้ารับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชาย	43	21.50	47	23.50	90	22.50
หญิง	157	78.50	153	76.50	310	77.50
รวม	200	100.00	200	100.00	400	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 คนและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 คน โดยแบ่งตามเพศ ผลการศึกษา พบเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 77.5 ในขณะที่เพศชายคิดเป็นร้อยละ 22.5 ในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพนั้น เพศหญิงมีการตรวจคัดกรองสุขภาพมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 78.50

ขณะที่เพศชายมีการตรวจคัดกรองสุขภาพร้อยละ 21.50 และในกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่าเพศหญิงไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพร้อยละ 76.5 ในขณะที่เพศชายไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพร้อยละ 23.50

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	ได้รับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ 25 -29 ปี	65	32.50	99	49.50	164	41.00
อายุ 30 -34 ปี	59	29.50	51	25.50	110	27.50
อายุ 35 -39 ปี	32	16.00	34	17.00	66	16.50
อายุ 40 -44 ปี	17	8.50	12	6.00	29	7.25
อายุ 45 -49 ปี	11	5.50	4	2.00	15	3.75
อายุ 50 -54 ปี	4	2.00	0	0.00	4	1.00
อายุ 55 -60 ปี	12	6.00	0	0.00	12	3.00
รวม	200	100.00	200	100.00	400	100.00
อายุน้อยที่สุด	25 ปี		25 ปี		25 ปี	
อายุมากที่สุด	60 ปี		47 ปี		60 ปี	
อายุเฉลี่ย	34.54 ปี		31.06 ปี		32.80 ปี	

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.00 รองลงมาอายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.50 ซึ่งเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองและในกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพในรอบ 3 ปี พบว่ามีสัดส่วนกลุ่มอายุในลักษณะเดียวกับภาพรวม อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม จะพบว่าในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จะมีสัดส่วนในกลุ่มอายุ 25-29 ปี มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 49.50 และ 32.50 ตามลำดับ) ในขณะที่ กลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพจะพบว่ายังมีอายุมากขึ้นจะมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 45-60 ปี พบว่ามีสัดส่วนถึงร้อยละ 13.50 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมีเพียงร้อยละ 2.00 เท่านั้น

ด้วยสัดส่วนของกลุ่มอายุที่แตกต่างกันทำให้เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยของ 2 กลุ่มจึงพบว่ามีผลแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพมีอายุเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจคัด

กรอง (34.54 ปี และ 31.06 ปี ตามลำดับ) ซึ่งความแตกต่างในเรื่องของอายุดังกล่าวอาจเป็นเพราะเมื่อคนมีอายุมากขึ้นย่อมตระหนักและใส่ใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้นกว่าตอนที่อายุน้อย ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังมีสุขภาพที่แข็งแรงและไม่พบความผิดปกติหรือความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพ	เข้ารับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่เข้ารับการตรวจ สุขภาพในรอบ 3 ปีที่ผ่าน มา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โสด	107	53.50	136	68.00	243	60.75
สมรส	83	41.50	49	24.50	132	33.00
หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	10	5.00	15	7.50	25	6.25
รวม	200	100.00	200	100.00	400	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 400 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 60.75 รองลงมาคือสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 33.00 และสถานภาพ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 6.25 เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจะพบว่ามีสัดส่วนของสถานภาพในลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นั่นคือ โดยส่วนใหญ่จะมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 53.50 และร้อยละ 68.00 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าในกลุ่มเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จะมีสถานภาพโสดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง แต่จะมีสถานภาพสมรสที่มากกว่าถึงเกือบ 2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 41.50 และร้อยละ 24.50 ตามลำดับ) ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจเป็นเพราะในกลุ่มที่มีการตรวจคัดกรองสุขภาพนั้น ได้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพก่อนแต่งงาน หรือเป็นการตรวจความพร้อมสำหรับการมีบุตร

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภูมิลำเนา

ภูมิลำเนา	เข้ารับการตรวจสุขภาพใน รอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพใน รอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เชียงใหม่	112	56.00	114	57.00	226	56.50
จังหวัดอื่นๆ	88	44.00	86	43.00	174	43.50
รวม	200	100.00	200	100.00	400	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.4 สำหรับการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามภูมิลำเนา ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดเชียงใหม่ร้อยละ 56.5 และอยู่ในจังหวัดอื่นๆ ร้อยละ 43.50 เมื่อแบ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 คนและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 คน พบว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดเชียงใหม่ร้อยละ 56.00 และในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 57.00

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	เข้ารับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพใน รอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ทำงานโรงงาน/ บริษัทเอกชน	119	59.50	126	63.00	245	61.25
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	31	15.50	14	7.00	45	11.25
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	8	4.00	18	9.00	26	6.50
รับจ้างทั่วไป	2	1.00	19	9.50	21	5.25
เกษตรกร	0	0.00	5	2.50	5	1.25
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	1	0.50	1	0.50	2	0.50
ไม่มีงานทำ/ ว่างงาน	1	0.50	0	0.00	1	0.25
อื่นๆ	38	19.00	17	8.50	55	13.75
รวม	200	100.00	200	100.00	400	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.5 พบว่าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คนส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำงาน โรงงาน/บริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 61.25 รองลงมาคืออาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 11.25 สำหรับกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพทำงาน โรงงาน/บริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 59.50 รองลงมาคือกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 15.50 ส่วนกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพทำงาน โรงงาน/บริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไปร้อยละ 9.50 และ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 9.00

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จะเห็นได้ว่าอาชีพทำงาน โรงงาน/บริษัทเอกชน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 59.50 และ ร้อยละ 63.00 ตามลำดับ) แต่ในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจะพบว่า มีสัดส่วนของอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองถึง 2 เท่า (ร้อยละ 15.50 และ ร้อยละ 7.00 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองจะมีสัดส่วนของกลุ่มอาชีพ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และ เกษตรกรที่มากกว่ากลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ความแตกต่างในด้านอาชีพของ 2 กลุ่มดังกล่าว อาจเป็นเพราะกลุ่มอาชีพเหล่านี้ต้องรับผิดชอบในส่วนของการจ่ายค่าตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากยังไม่ครอบคลุมในด้านสวัสดิการสุขภาพที่มีอยู่ ในขณะที่กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จะได้รับสวัสดิการในการเบิกจ่ายค่าตรวจคัดกรองสุขภาพหรือหน่วยงานต้นสังกัดได้จัดให้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปี

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษา	เข้ารับการตรวจสุขภาพในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าปริญญาตรี	29	14.50	37	18.50	66	16.50
ปริญญาตรี	137	68.50	147	73.50	284	71.00
สูงกว่าปริญญาตรี	34	17.00	16	8.00	50	12.50
รวม	200	100.00	200	100	400	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 71.00 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 16.50 และน้อย

ที่สุดคือระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 12.50 เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาสูงสุด ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 68.50 และร้อยละ 73.50 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า ในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพนั้น จะมีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมากกว่าถึง 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ(ร้อยละ 17.00 และร้อยละ 8.00 ตามลำดับ) ซึ่งนั่นอาจเป็นเพราะการให้ความสำคัญในเรื่องของการตรวจคัดกรองสุขภาพนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าอาจมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพอนามัยของตนมากกว่า

ตารางที่ 4.7 ระดับรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง

รายได้ (บาท/เดือน)	เข้ารับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพใน รอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เกิน 15,000 บาท	41	20.50	71	35.50	112	28.00
15,001-20,000 บาท	64	32.00	77	38.50	141	35.25
20,001-25,000 บาท	40	20.00	11	5.50	51	12.75
25,001-30,000 บาท	24	12.00	18	9.00	42	10.50
30,001-35,000 บาท	7	3.50	2	1.00	9	2.25
35,001-40,000 บาท	14	7.00	13	6.50	27	6.75
มากกว่า40,000 บาท	7	3.50	8	4.00	15	3.75
ไม่ระบุ	3	1.50	0	0.00	3	0.75
รวม	200	100.00	200	100.00	400	100.00
รายได้เฉลี่ย(บาท)	21,300.00		19,287.50		20,447.10	

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.7 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 400 คนส่วนใหญ่มีรายได้ในระหว่าง 15,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.25 รองลงมาที่มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.00 ซึ่งเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและในกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพในรอบ 3 ปี พบว่ามีสัดส่วนรายได้ในลักษณะเดียวกับภาพรวม อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม จะพบว่าในกลุ่มผู้ที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จะมีสัดส่วนรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท มากกว่ากลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 35.50 และ 20.50 ตามลำดับ) ในขณะที่ กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจะพบว่ายังมีรายได้มากขึ้นจะมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากลุ่มที่ไม่

เข้ารับการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้ 20,001-25,000 บาท พบว่ามีสัดส่วนถึงร้อยละ 20.00 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมีเพียงร้อยละ 5.50 เท่านั้น ด้วยสัดส่วนของรายได้ที่แตกต่างกันทำให้เมื่อพิจารณารายได้เฉลี่ยของ 2 กลุ่มจึงพบว่ามีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพมีรายได้เฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง (21,300.00 บาท ปี และ 19,287.50 บาท ตามลำดับ) ซึ่งความแตกต่างในเรื่องของรายได้ดังกล่าวอาจเป็นเพราะเมื่อคนมีรายได้มากขึ้นย่อมสามารถใช้จ่ายเงินเพื่อการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้มากขึ้นนั่นเอง

ตารางที่ 4.8 สิทธิประกันสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

สิทธิประกันสุขภาพ	เข้ารับการตรวจสุขภาพในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สิทธิประกันสังคม	131	65.50	154	77.00	285	71.25
ชื่อประกันสุขภาพเอกชน	27	13.50	28	14.00	55	13.75
สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ	33	16.50	14	7.00	47	11.75
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10	5.00	32	16.00	42	10.50
สิทธิอื่นๆ	26	13.00	0	0.00	26	6.50

หมายเหตุ :ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

:สิทธิอื่นๆ ในที่นี้คือ สิทธิสวัสดิการครูและบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนเอกชน และสิทธิประกันชีวิตแบบกลุ่มที่ทางองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้จัดทำให้

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.8 พบว่าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คนส่วนใหญ่สิทธิประกันสุขภาพ คือ สิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 71.25 รองลงมาคือการซื้อประกันสุขภาพเอกชน คิดเป็นร้อยละ 13.75 สำหรับกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 65.50 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.50 ส่วนกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 77.00 รองลงมาคือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 16.00

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จะเห็นได้ว่า การซื้อประกันสุขภาพเอกชน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 13.50 และ ร้อยละ 14.00 ตามลำดับ) แต่ในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจะพบว่า มีสัดส่วนของสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองถึง 2 เท่า (ร้อยละ 16.50 และ ร้อยละ 7.00 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองจะมีสัดส่วนของสิทธิประกันสังคม และ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มากกว่ากลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ตารางที่ 4.9 โรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

โรคประจำตัว	เข้ารับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	144	72.00	164	82.00	308	77.00
มีโรคประจำตัว	56	28.00	36	18.00	92	23.00
- โรคภูมิแพ้	25	12.50	18	9.00	43	10.75
- โรคความดันโลหิตสูง	11	5.50	8	4.00	19	4.75
- โรคเบาหวาน	5	2.50	0	0.00	5	1.25
- โรคหอบหืด	3	1.50	3	1.50	6	1.50
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	1	0.50	0	0.00	1	0.25
- โรคอื่นๆ	11	5.50	7	3.50	18	4.50
รวม	200	100	200	100	400	100

หมายเหตุ: โรคอื่นๆ ได้แก่โรค ไ้มนสูง ไทรอยด์ เกาต์

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 400 คน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 77.00 และมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 23.00 เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจะพบว่า มีสัดส่วนของโรคประจำตัวในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นั่นคือโดยส่วนใหญ่จะไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.00 และ ร้อยละ 82.00 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จะพบคนที่มีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 28.00 และร้อยละ 18.00 ตามลำดับ) ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจเป็นเพราะคนที่มีโรคประจำตัวย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าพบแพทย์เป็นระยะ เพื่อตรวจดูอาการของโรคที่เป็นอยู่

สำหรับโรคประจำตัวที่พบมากในกลุ่มตัวอย่าง คือ โรคภูมิแพ้ร้อยละ 10.70 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.75 และโรคเบาหวานร้อยละ 1.25

4.2 พฤติกรรมและค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ในส่วนของ พฤติกรรมและค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพนี้ จะแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพในรอบ 1 ปี ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพภายใน 1 ปี ก็จะมีการสอบถามต่อไปถึงการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพย้อนหลังในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา รวมทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 200 ตัวอย่าง โดยได้มีการศึกษาถึง ลักษณะการเลือกเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ สถานบริการที่เลือกใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ความถี่ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการมีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.10 รูปแบบการเลือกเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ลักษณะการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	เข้ารับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		เข้ารับการตรวจสุขภาพในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพ	155	87.57	17	73.91	172	86.00
ตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพและเลือกตรวจเพิ่มเติมบางรายการ	6	3.39	0	0.00	6	3.00
เลือกตรวจบางรายการ	16	9.04	6	26.09	22	11.00
รวม	177	100.00	23	100.00	200	100.00

หมายเหตุ : 1 คนสามารถเลือกตรวจได้มากกว่า 1 รายการ

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามแพ็คเกจสุขภาพที่โรงพยาบาลมีหรือ องค์กรที่ตนสังกัดเป็นผู้จัดหาให้ร้อยละ 86 สำหรับการตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพและเลือกตรวจเพิ่มเติมบางรายการมีร้อยละ 3.00 และเลือกตรวจบางรายการร้อยละ 11.00

เมื่อพิจารณา รายละเอียดรายการตรวจที่เลือกตรวจ สำหรับผู้ที่มีรายการตรวจเพิ่มเติม และเลือกตรวจเพียงบางรายการ ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.11 รายการตรวจที่ตรวจเพิ่มเติม หรือเลือกตรวจเพียงบางรายการ

รายการตรวจ	จำนวน(คน) (n=28)	ร้อยละ
ตรวจเอ็กซเรย์ปอด	6	21.43
ตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก (ตรวจ Pap smear,และตรวจ VIA)	5	17.86
ตรวจวัดสายตา	5	17.86
อัลตราซาวด์ช่องท้อง	4	14.28
ตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram)	3	10.71
ตรวจสารบ่งชี้มะเร็งกระเพาะอาหาร,ลำไส้	3	10.71
ตรวจภาวะไทรอยด์	1	3.57
ตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี และ/หรือไวรัสตับอักเสบนชนิดซี	1	3.57
ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	1	3.57
ตรวจสารบ่งชี้มะเร็งรังไข่	1	3.57
ตรวจมวลกระดูก	1	3.57
ตรวจเอชไอวี (HIV)	1	3.57

หมายเหตุ : 1 คนสามารถเลือกตรวจได้มากกว่า 1 รายการ

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.11 พบว่า รายการตรวจเพิ่มเติมหรือรายการตรวจบางรายการที่มีมากที่สุดคือการตรวจเอ็กซเรย์ปอด ร้อยละ 21.43 ต่อมาคือการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก (ตรวจ Pap smear,และตรวจ VIA) และ การตรวจวัดสายตา ร้อยละ 17.86

เมื่อทำการจัดกลุ่มตัวอย่างใหม่เป็น 2 กลุ่ม โดยได้นำเอากลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพและเลือกตรวจเพิ่มเติมบางรายการจำนวน 6 คน รวมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพและการเลือกตรวจเพียงบางรายการ ซึ่งได้ศึกษาถึงความถี่ที่ใช้เข้ารับบริการ สถานบริการ และ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเข้ารับบริการ รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.12 ความถี่ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ความถี่	ตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพ		เลือกตรวจบางรายการ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ทุก 3 เดือน	6	3.37	6	21.43
ทุก 6 เดือน	3	1.69	1	3.57
ทุก 1 ปี	125	70.23	9	32.14
ไม่แน่นอน	36	20.22	6	21.43
ตามแพทย์นัด	8	4.49	6	21.43
รวม	178	100.00	28	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.12 เมื่อพิจารณาตามลักษณะการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่า ในการตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพนั้น กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้ารับการตรวจมากที่สุดคือ ทุก 1 ปี ร้อยละ 70.23 น้อยที่สุดคือ ทุก 6 เดือน ร้อยละ 1.69 สำหรับการเลือกตรวจเพียงบางรายการนั้น มีการเข้ารับบริการมากที่สุดคือ ทุก 1 ปี ร้อยละ 32.14 น้อยที่สุดคือ ทุก 6 เดือน ร้อยละ 3.57

ตารางที่ 4.13 สถานที่บริการที่เลือกใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

สถานที่	ตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพ		เลือกตรวจบางรายการ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สถานที่ทำงานจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ	84	47.19	5	17.86
สถานบริการเอกชน	53	29.78	9	32.14
สถานบริการของรัฐ (โรงพยาบาล/สถานีอนามัย)	33	18.54	13	46.43
หน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่	8	4.49	1	3.57
รวม	178	100.00	28	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.13 ผลการศึกษารายละเอียดสถานบริการที่ใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ในรายที่ตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพ พบว่า มีการเข้ารับบริการที่สถานที่ทำงานซึ่งมีจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 47.19 รองลงมาคือ สถานบริการเอกชน จำนวนร้อยละ 29.78

ในขณะที่การเลือกตรวจเพียงบางรายการมากที่สุดคือ สถานบริการของรัฐ (โรงพยาบาล / สถานีอนามัย) ร้อยละ 46.43 รองลงมาคือ สถานบริการเอกชนคิดเป็นร้อยละ 32.14 ที่เป็นเช่นนี้ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ มีสวัสดิการจากสถานี่ทำงานซึ่งจัดให้มีการตรวจสุขภาพในองค์กรของตนเป็นประจำทุกปี ในขณะที่การเลือกตรวจบางรายการเป็นการตรวจเฉพาะทางซึ่งให้บริการในระดับโรงพยาบาลมากกว่า

ตารางที่ 4.14 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	ตรวจตามแพ็คเกจตรวจสุขภาพ		เลือกตรวจบางรายการ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1 - 499 บาท	14	7.86	7	25.00
500 – 999 บาท	104	58.43	14	50.00
1,000 –1,499 บาท	42	23.60	1	3.57
1,500 –1,999 บาท	6	3.37	0	0.00
2,000 –2,499 บาท	4	2.25	3	10.72
2,500 –2,999 บาท	3	1.68	2	7.14
3,000 บาทขึ้นไป	5	2.81	1	3.57
รวม	178	100.00	28	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.14 ผลการศึกษาของค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพต่อครั้งของกลุ่มตัวอย่างพบว่าในการตรวจตามแพ็คเกจตรวจสุขภาพส่วนใหญ่แล้วมีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 500-999 บาท ร้อยละ 58.43 รองลงมาคือ มีค่าใช้จ่ายระหว่าง 1,000-1,499 บาท ร้อยละ 23.60 และน้อยที่สุดคือ มีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 2,500-2,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.68 สำหรับในกรณีเลือกตรวจบางรายการนั้น พบว่าส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 500-999 บาทร้อยละ 50.00 รองลงมามีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 1- 499 บาท ร้อยละ 25.00

ตารางที่ 4.15 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ค่าใช้จ่าย	ตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพ	เลือกตรวจบางรายการ	รวม
	จำนวน(บาท/คน)	จำนวน(บาท/คน)	จำนวน(บาท/คน)
ค่าใช้จ่ายเบิกได้เฉลี่ย	573.76	436.07	571.70
ค่าใช้จ่ายเบิกไม่ได้เฉลี่ย	395.96	565.71	431.60
รวมค่าใช้จ่ายทั้ง 2 ประเภทเฉลี่ย	969.72	1,001.79	1,003.30

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.15 เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้ในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายที่เบิกได้โดยเฉลี่ยหรือเป็นค่าใช้จ่ายที่หน่วยงาน/องค์กรที่กลุ่มตัวอย่างสังกัดอยู่ เป็นผู้สนับสนุน อยู่ที่ 571.70 บาทต่อคน ค่าใช้จ่ายเบิกไม่ได้เฉลี่ยซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่กลุ่มตัวอย่างต้องจ่ายเงินเอง ไม่สามารถนำไปเบิกได้ อยู่ที่ 431.60 บาทต่อคน รวมทั้ง 2 ประเภท คือค่าใช้จ่ายที่เบิกได้เฉลี่ย และ ค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้เฉลี่ย อยู่ที่จำนวน 1,003.30 บาทต่อคน

ตารางที่ 4.16 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพเฉลี่ยทั้งประเทศ

ค่าใช้จ่าย	ตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพ	เลือกตรวจบางรายการ	รวม
	จำนวน(บาท)	จำนวน(บาท)	จำนวน(บาท)
ค่าใช้จ่ายเบิกได้	290,534,852.92	41,217,335.09	343,528,813.00
ค่าใช้จ่ายเบิกไม่ได้	200,502,266.39	53,470,907.50	259,344,124.00
รวมค่าใช้จ่ายทั้ง 2 ประเภท	491,037,119.31	94,689,187.79	602,872,937.00
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี 2556	393,530,000,000	393,530,000,000	393,530,000,000
ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2556	0.12	0.02	0.15

ที่มา :การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2556 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

: สำนักบัญชีประชาชาติ พ.ศ.2556 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ

จากตารางที่ 4.16 เมื่อนำจำนวนประชากรที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 600,890 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2556) แบ่งออกเป็นตรวจตามแพ็คเกจสุขภาพจำนวน 506,370 คน เลือก

ตรวจบางรายการ 94,520 คน (ร้อยละ 84.27 และ ร้อยละ 15.73 ตามลำดับ) มาคำนวณร่วมกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพแต่ละรายการที่ได้จากการศึกษา (แบบแพคเกจและแบบเลือกตรวจบางรายการ) จากนั้นนำมาเปรียบเทียบกับ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี 2556 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองตามแพคเกจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 0.12 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองชนิดเลือกตรวจบางรายการ คิดเป็นร้อยละ 0.02 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.17 สาเหตุที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

สาเหตุที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ตรวจตามระเบียบ/นโยบายของบริษัท	109	54.50
ตรวจเพื่อค้นหาโรคที่ซ่อนอยู่	35	17.50
ตรวจเพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงป้องกันการเป็นโรค	28	14.00
เป็นการให้การรักษาโรคแต่เนิ่นๆ หากพบว่าเพิ่งเริ่มเป็นโรค	15	7.50
ตรวจตามแพทย์นัดเนื่องจากมีโรคประจำตัว	13	6.50
รวม	200	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.17 ผลการศึกษาด้านสาเหตุที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพส่วนใหญ่ ตรวจตามระเบียบหรือนโยบายของบริษัทร้อยละ 54.50 รองลงมาเป็นเรื่องของการค้นหาโรคที่ซ่อนอยู่ร้อยละ 17.50 และน้อยที่สุดคือตรวจตามแพทย์นัดเนื่องจากมีโรคประจำตัวร้อยละ 6.50

ตารางที่ 4.18 การได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

การได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ตรวจตามสวัสดิการของคนที่มิ	103	51.50
เข้ารับการตรวจด้วยตนเอง	53	26.50
แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์	31	15.50
บุคคลในครอบครัว/ญาติ	6	3.00
เพื่อน	5	2.50
ตรวจด้วยสาเหตุอื่นๆ	2	1.00
รวม	200	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.18 ผลการศึกษาการได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพเนื่องจากการตรวจตามสวัสดิการของตนที่มี ร้อยละ 51.50 รองลงมาเป็นการเข้ารับการตรวจด้วยตนเองร้อยละ 26.50 และน้อยที่สุดคือการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 3.00

ตารางที่ 4.19 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการตรวจคัดกรองสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วยเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่เนิ่นๆ	126	63.00
ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค	58	29.00
ช่วยประเมินการรักษาโรคที่เป็นอยู่	16	8.00
รวม	200	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.19 ผลการศึกษาด้านประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน เข้ารับการตรวจเนื่องจากคาดว่า เป็นการช่วยเฝ้าระวังป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่เนิ่นๆร้อยละ 63.00 รองลงมาคาดว่า เป็นการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคร้อยละ 29.00 และน้อยที่สุดคือเป็นการประเมินการรักษาโรคที่เป็นอยู่ร้อยละ 8.00ต่อมาได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 200 คน ซึ่งได้พิจารณาถึง สาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพและแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ปรากฏผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.20 แสดงสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

สาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่พบความผิดปกติของร่างกาย	81	40.50
ไม่มีเวลา	67	33.50
ค่าใช้จ่ายการตรวจคัดกรองสุขภาพมีราคาสูง	25	12.50
หน่วยงาน/บริษัทไม่ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพ	17	8.50
กลัวตรวจแล้วพบว่ามีโรคเกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง	7	3.50
อยู่ห่างไกลจ่ายสถานบริการให้การตรวจคัดกรองสุขภาพ	0	0.00
อื่นๆ	3	1.50
รวม	200	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.20 เมื่อพิจารณาสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่คือ การไม่พบความผิดปกติของร่างกายตนเอง จำนวน 81 คนหรือร้อยละ 40.50 รองลงมาคือ การไม่มีเวลาจำนวน 67 คนหรือร้อยละ 33.50

ตารางที่ 4.21 แนวโน้มที่จะได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพใน 1-3 ปีข้างหน้า

แนวโน้มที่จะได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีแนวโน้ม	101	50.50
ไม่มีแนวโน้ม	99	49.50
รวม	200	100.00

ที่มา :จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4.21 ในด้านของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพจำนวน 200 คน เมื่อสอบถามถึงแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพใน 1-3 ปีข้างหน้า พบว่าร้อยละ 50.50 มีแนวโน้มจะได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ที่เหลือร้อยละ 49.50 ไม่มีแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน และ ศึกษาค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลแบบจากสอบถามกลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 25-60 ปีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 ตัวอย่าง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – เดือนสิงหาคม 2558 โดยสามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษา พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ทำการศึกษาถึงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 400 ตัวอย่าง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.50 มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี ร้อยละ 41.00 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 60.75 ภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 56.50 อาชีพที่พบมากที่สุดคืออาชีพทำงาน โรงงานหรือบริษัทเอกชน ร้อยละ 61.25 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 71.00 มีระดับรายได้อยู่ระหว่าง 15,000 – 20,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 35.25 ส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพคือสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 71.25 และเป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.00

ผลการศึกษา กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพพบว่า เพศหญิงมีการเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ร้อยละ 78.00 และร้อยละ 76.50 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 45-60 ปีมีส่วนส่วนของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ร้อยละ 13.50 และร้อยละ 2.00 ตามลำดับ) ในด้านของสถานภาพสมรสพบว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ร้อยละ 41.50 และร้อยละ 24.50ตามลำดับ) สำหรับเรื่องภูมิลำเนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ร้อยละ 57.00 และร้อยละ 56.00 ตามลำดับ) ในส่วนของอาชีพพบว่า อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

(ร้อยละ 15.50 และ ร้อยละ 7.00 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบ การศึกษาสูงสุดในระดับสูงกว่าปริญญาตรีได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่ได้รับการตรวจคัด กรองสุขภาพ (ร้อยละ 17.00 และ ร้อยละ 8.00 ตามลำดับ) ในส่วนของระดับรายได้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 25,000 บาทได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง สุขภาพ (ร้อยละ 20.00 และ ร้อยละ 5.50 ตามลำดับ) ในด้านของสิทธิประกันสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่มี สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ร้อย ละ 16.50 และ ร้อยละ 7.00 ตามลำดับ) และพบว่าผู้มีโรคประจำตัวได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่ ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ร้อยละ 28.00 และ ร้อยละ 18.00 ตามลำดับ)

ด้านพฤติกรรมและการค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาจำนวน 200 ตัวอย่าง ผลปรากฏว่า ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจตามแพ็คเกจตรวจสุขภาพร้อยละ 89.00 ความถี่ที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ ตรวจทุก 1 ปี ร้อยละ 67.00 และสถานบริการที่เลือกมากที่สุดคือ สถานที่ทำงานจัดบริการตรวจคัด กรองสุขภาพ ร้อยละ 44.50 ในด้านของค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพต่อครั้งพบว่า ส่วน ใหญ่มีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 500-999 บาทร้อยละ 59.00 เมื่อนำมาคำนวณหาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งใน การได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 1,003.30 บาทต่อคน และเมื่อนำ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพเฉลี่ยทั้งประเทศ เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพปี 2556 พบว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 0.15 ของค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพ โดยสาเหตุที่ตัดสินใจได้รับการตรวจสุขภาพนั้นส่วนใหญ่มาจากการ ตรวจตามระเบียบหรือ นโยบายของบริษัท ที่จัดให้พนักงานได้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นประจำร้อยละ 54.50 ซึ่ง สอดคล้องกับ การได้รับคำแนะนำให้ได้รับการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่ เป็นการตรวจตามสวัสดิการ ของตนที่มีร้อยละ 51.50 และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการตรวจคัดกรองสุขภาพนั้นส่วนใหญ่ ให้เหตุผลว่า เป็นการช่วยเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่เนิ่นๆ ร้อยละ 63.00

สำหรับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา ผลการศึกษาด้านสาเหตุที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่พบความ ผิดปกติของร่างกายร้อยละ 40.50 และกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพใน 1-3 ปีข้างหน้าร้อยละ 50.50

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาในเรื่องพฤติกรรม การได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพของคนวัยทำงานในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทำการแยกผลการอภิปรายดังนี้คือ

1. จากการศึกษาด้านพฤติกรรมพบว่า ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจตามสิทธิที่ตนมี โดยไม่ได้คำนึงถึงการตรวจนั้นๆ ว่าเหมาะสมกับช่วงวัย หรือเป็นความถี่ที่เหมาะสมหรือไม่ สังเกตได้จากกรณีการเลือกตรวจเพียงรายการนั้น มีรายการตรวจเอ็กซเรย์ปอดเพิ่มเข้ามา ซึ่งหากพิจารณาร่วมกับผลการศึกษาของ ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ (2557) แล้วพบว่าเป็นการตรวจที่ไม่เหมาะสม มีโทษมากกว่าประโยชน์ ทำให้ร่างกายได้รับรังสีที่อันตรายเกินความจำเป็น

2. ในเรื่องของค่าใช้จ่าย พบว่าค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยจำนวน 1003.30 บาท มีค่ามากกว่าชุดการตรวจที่ พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณและคณะ (2556) ได้ทำการศึกษาไว้ ซึ่งค่าใช้จ่ายของการตรวจคัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่พัฒนาขึ้นอยู่ที่ประมาณ 380-400 บาทต่อคนต่อปี และเมื่อพิจารณาเพิ่มเติมพบว่าในแฟ้มเอกสารตรวจสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตรวจนั้น มักมีรายการตรวจที่เกินความจำเป็นเช่น การเอ็กซเรย์ปอด

3. ด้านสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อ้างว่าไม่พบความผิดปกติของร่างกายนั้น ในความเป็นจริงการตรวจคัดกรองสุขภาพนั้น ควรเน้นไปที่เรื่องของการการตรวจค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อจะได้ป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค และหากสามารถขจัดได้ก็จะส่งผลให้ไม่ต้องเป็นโรค

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. บุคคลที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยตนเอง ควรมีการศึกษาหาข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการและช่วงวัย เปรียบเทียบความคุ้มค่าก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ เพื่อให้การตรวจคัดกรองนั้นเกิดประโยชน์ ทั้งในแง่ของสุขภาพของตน และในส่วนของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

2. สำหรับองค์กรที่จัดให้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นสวัสดิการให้แก่พนักงานเป็นประจำ ควรมีการจัดแบ่งการตรวจให้เหมาะสมกับช่วงอายุของพนักงานแต่ละท่าน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นการลดทอนค่าใช้จ่ายในส่วนของการตรวจที่ไม่จำเป็นออกไป

3. สถานบริการควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ใช้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพทราบ ถึงความจำเป็นและเหมาะสมของการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแต่ละวัย แต่ละช่วงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง.(2557). จำนวนประชากรแยกอายุ(ปี) เฉพาะผู้มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2558, จาก : <http://stat.dopa.go.th/>
- กรมบัญชีกลาง.(2549). ค่าบริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์และการตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป.สืบค้นเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2558, จาก :<http://klang.cgd.go.th/>
- กรมอนามัย.(2558). การสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน ในสถานประกอบการ. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2558, จาก : <http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=factory1>
- กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์ .(2553,เมษายน)./ ความเหมาะสมของโปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการตามเกณฑ์อายุ 35./*Journal of medicine and health science*, 17, 15-21.
- ธนวัฒน์ นันทสมบูรณ์. (2542). ปัจจัยที่ผลต่อการตัดสินใจของประชาชน ต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดเชียงใหม่. (การค้นคว้าแบบอิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- นิรชรา อัสวธีรากุล. (2546). ตรวจสุขภาพประจำปี แค่ไหน อย่างไร จึงจะดี. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข.
- พชรนันท์ คงรอด. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจต่ออายุบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่.(การค้นคว้าแบบอิสระเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ, ธนัญญา คู่พิทักษ์จจร, ปฤษฐพร กิ่งแก้ว, ศิตาพร ยังกง, ลีลี อิงศรีสว่าง, ...ยศ ตีระวัฒนานนท์ .(2556,ตุลาคม – ธันวาคม)./การตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย/*วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 4, 505-514.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2557).*เศรษฐศาสตร์สุขภาพสำหรับการจัดบริการสุขภาพ*./ พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภราดร ปรีดาศักดิ์. (2550). *หลักเศรษฐศาสตร์จุลภาค*./พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ยศ ตีระวัฒนานนท์,ปฤษฐพร กิ่งแก้ว,ศรีเพ็ญ ดินดีเวสส และ ธนัญญา คู่พิทักษ์จจร.(2557). *เข้กระยะสุขภาพตรวจดีได้ตรวจร้ายเสีย*.นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายคั้นสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

รฐาสิริ อิ่มมาก. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการ
ตรวจสุขภาพประจำปี:กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานสรรพากรภาค 3. (งานวิจัยบริหารธุรกิจ
มหาบัณฑิต ,มหาวิทยาลัยบูรพา).

โรงพยาบาลลานนา.(2558).แพ็คเกจและ โปร โมชั่น .สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2558, จาก [http://
www.lanna-hospital.com/](http://www.lanna-hospital.com/).

วิษณุ สุภคร. (2546). การรับรู้การตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนในตำบลโคกจาน อำเภอ
ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. (การค้นคว้าแบบอิสระสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. (2544). เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ./ พิมพ์ครั้งที่ 2.
พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม.(2558). โครงสร้างเศรษฐกิจจังหวัด
เชียงใหม่ .สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2558, จาก :<http://www.sme.go.th/th/>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2556).การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2556 .สืบค้นเมื่อ
25 กันยายน 2558จาก:[http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center
/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)

สำนักบัญชีประชาชาติ พ.ศ.2545-2557 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ. สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) ต่อค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งหมด
(GDP)ปีพ.ศ.2545– 2557. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2558, จาก: <http://social.nesdb.go.th/>

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวณิรณิชน์ หล้าอูบ
วัน เดือน ปี เกิด	20 ธันวาคม 2524
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดโนนทัยพำชัย เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2543 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2547
ประสบการณ์	2553 – ปัจจุบัน แขนงทางหลวงเชียงใหม่ที่ 1 ตำแหน่งนักวิชาการสถิติปฏิบัติการ ฝ่ายบริหาร งานสารสนเทศ



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
rights reserved