

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้มุ่งเน้นศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา โรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้ 1) ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ 2) แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจทางเศรษฐศาสตร์ 3) ประโยชน์ของความพึงพอใจ 4) ทฤษฎีคุณภาพการบริการ 5) แนวคิดทางเศรษฐมิติ 6) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 7) ช่องว่างองค์ความรู้

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

เนื่องจากความพึงพอใจเป็นเรื่องที่มีความหมายอย่างกว้างขวาง จึงได้มีผู้ให้คำนิยามของความพึงพอใจไว้หลาย ๆ ด้าน ดังนี้

ความพึงพอใจหรือความพอใจ หมายถึง สิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ หรือสภาพความรู้สึกของบุคคลที่มีความสุข ความชื่นใจ ตลอดจนสามารถสร้างทัศนคติในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง เป็นการลดความตึงเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามความพอใจต่อสิ่งนั้น (Morse, 1955)

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีก็จะมี ความพึงพอใจมาก ในทางกลับกันหากผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวัง โดยขึ้นอยู่กับความตั้งใจในสิ่งนั้น ๆ ไว้ ว่ามีมากหรือน้อยแค่ไหนนั่นเอง (วิรุฬ พรรณเทวี, 2542)

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกชอบ หรือพอใจของบุคคลที่มีต่อการทำงานและองค์ประกอบหรือสิ่งจูงใจอื่น ๆ ถ้างานที่ทำหรือองค์ประกอบเหล่านั้นตอบสนองความต้องการของบุคคลได้บุคคลนั้นจะเกิดความพึงพอใจในงานขึ้นจะอุทิศเวลา แรงกาย แรงใจ รวมทั้งสติปัญญา ให้แก่งานของตนเองให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีคุณภาพ (คณิต ดวงหัตถ์, 2537)

ความพึงพอใจ หมายถึง สภาพ คุณภาพ หรือระดับความพึงพอใจซึ่งเป็นผลมาจาก ความสนใจต่าง ๆ และทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้น (Good, 1973)

ความพึงพอใจ หมายถึง การลดความเครียดของผู้ทำงานให้น้อยลง ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้นมีความต้องการถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองทั้งหมดหรือบางส่วน

ความเครียดจะน้อยลงความพอใจจะเกิดขึ้น และในทางกลับการถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง ความเครียดและความไม่พอใจจะเกิดขึ้น (Morse, 1953)

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกพอใจในงานที่ทำและเต็มใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ตามหน่วยงานหรือองค์กร (Strauss and Sayless, 1960)

ความพึงพอใจ หมายถึง ความสุข ความสบายที่ได้รับจากการทำงาน ความสุขที่ได้รับจากการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานและทัศนคติที่ดีต่องาน (Applewhite, 1965)

ความพึงพอใจ เป็นระดับหรือขั้นของความรู้สึก ในด้านบวกหรือลบของคนที่มีต่อลักษณะต่าง ๆ ของงาน รวมทั้งงานที่ได้รับมอบหมาย การจัดระบบงาน และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (Schermerhorn, 1984)

ความพึงพอใจกับทัศนคติ เป็นคำที่มีความหมายคล้ายคลึงกันมากจนสามารถใช้แทนกันได้ โดยให้คำอธิบายความหมายของทั้งสองคำนี้ว่า หมายถึง ผลจากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจ (Vroom, 1990)

จากแนวคิดความพึงพอใจที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติที่เป็นนามธรรม เกี่ยวกับจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่สามารถมองเห็นรูปร่างได้ นอกจากนี้ยังเป็นความรู้สึกด้านบวกของบุคคล ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเกิดขึ้นจากความคาดหวังหรือเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการได้ ซึ่งความพึงพอใจที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามค่านิยมและประสบการณ์ของตัวบุคคล

1) การกระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจ

สิ่งจูงใจที่ใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ จากการศึกษพบว่าความพึงพอใจสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ (คณิต ดวงหัตถ์, 2537)

1. สิ่งจูงใจที่เป็นวัตถุ (Material Inducement) ได้แก่ เงิน สิ่งของหรือสภาวะทางกายภาพให้แก่ผู้ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

2. สภาพทางกายภาพที่พึงปรารถนา (Desirable Physical Condition) คือ สิ่งแวดล้อมในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งอันก่อให้เกิดความสุขทางกาย

3. ผลประโยชน์ทางอุดมคติ (Ideal Benefaction) หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่สนองความต้องการของบุคคล

4. ผลประโยชน์ทางสังคม (Association Attractiveness) คือ ความสัมพันธ์อันดีที่มีต่อผู้ร่วมกิจกรรม อันจะทำให้เกิดความผูกพันความพึงพอใจและสภาพการเป็นอยู่ร่วมกัน เป็นความพึงพอใจของบุคคลในด้านสังคมหรือความมั่นคงในสังคม ซึ่งจะทำให้รู้สึกมีหลักประกันและมีความมั่นคงในการประกอบกิจกรรม

2) การวัดความพึงพอใจ

การวัดความพึงพอใจ เป็นเรื่องที่เปรียบเทียบได้กับความเข้าใจทั่ว ๆ ไป ซึ่งปกติจะวัดได้ โดยการสอบถามจากบุคคลที่ต้องการจะถาม มีเครื่องมือที่ต้องการจะใช้ในการวิจัยหลาย ๆ อย่าง อย่างไรก็ตามการวัดความพึงพอใจสามารถทำได้หลายแนวทางแต่การศึกษาระดับความพึงพอใจอาจแยกตามแนวทาง ได้ 2 แนวคิดดังนี้ (หทัยรัตน์ ประทุมสูตร, 2542)

1. การวัดระดับความพึงพอใจจากสภาพทั้งหมดของแต่ละบุคคล เช่น ที่ทำงาน ที่บ้านและทุก ๆ อย่างที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การศึกษาตามแนวทางนี้จะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ แต่ทำให้เกิดความยุ่งยากกับการที่จะวัดและเปรียบเทียบ

2. การวัดระดับความพึงพอใจโดยแยกออกเป็นองค์ประกอบ เช่น องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับงาน และการนิเทศงานเกี่ยวกับนายจ้าง

ดังนั้น ความพึงพอใจอาจหมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือทัศนคติที่ดีของบุคคลซึ่งมักเกิดจากการได้รับการตอบสนองตามที่ตนต้องการ ก็จะเกิดความรู้สึกที่ดีในสิ่งนั้น แต่ถ้าหากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง ความไม่พึงพอใจก็จะเกิดขึ้น สำหรับความพึงพอใจที่มีต่อการใช้บริการจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้นจะต้องพิจารณาถึงลักษณะของการให้บริการขององค์กร ประกอบกับระดับความรู้สึกของผู้มารับบริการในมิติต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดการคิดค้นวิธีการวัดความพึงพอใจเพื่อที่จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการสามารถทราบถึงระดับความพึงพอใจที่ผู้รับบริการมีต่อสินค้าและบริการ อีกทั้งยังเป็นกระบอกสะท้อนถึงคุณภาพสินค้าการบริการ จุดเด่น จุดด้อย และนำไปพัฒนาต่อยอดการบริการได้ ซึ่งการวัดความพึงพอใจในการใช้บริการอาจทำได้ดังนี้ (สาโรช ไสยสมบัติ, 2534)

1. การสังเกต เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้โดยวิธีการสังเกตจากพฤติกรรมทั้งก่อนมารับบริการ ขณะรอรับบริการและหลังจากการได้รับบริการแล้ว เช่น การสังเกตกิริยาท่าทาง การพูด สีหน้า และความถี่ของการมาขอรับบริการ เป็นต้น การวัดความพึงพอใจโดยวิธีนี้ ผู้วัดจะต้องกระทำอย่างจริงจังและมีแบบแผนที่แน่นอน จึงจะสามารถประเมินถึงระดับความ พึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้อง

2. การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมใช้กันแพร่หลาย โดยการร้องขอหรือขอความร่วมมือ จากกลุ่มบุคคลที่ต้องการวัด แสดงความคิดเห็นลงในแบบฟอร์มที่กำหนดคำตอบไว้ให้ เลือกตอบหรือเป็นคำตอบอิสระ โดยคำถามที่ถามอาจจะถามถึงความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ที่หน่วยงานกำลังให้บริการอยู่ เช่น ลักษณะของการให้บริการ สถานที่ให้บริการ และบุคลากรที่ให้บริการ เป็นต้น

3. การสัมภาษณ์ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นวิธีการที่ต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญพิเศษของผู้สัมภาษณ์ที่จะจูงใจให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามให้ตรงกับข้อเท็จจริง การวัดความพึงพอใจโดยวิธีการสัมภาษณ์นับว่าเป็นวิธีที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง

อย่างไรก็ดี การวัดความพึงพอใจต่อบริการนั้นสามารถที่จะทำการวัดได้หลายวิธี โดยที่การเลือกใช้วิธีใด ๆ จะต้องขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัย เช่น ความเหมาะสม ความสะดวก และจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายของการวัดด้วย เป็นต้น จึงจะส่งผลให้การวัดนั้นมีประสิทธิภาพเป็นที่น่าเชื่อถือได้มากที่สุด (สาโรช ไสยสมบัติ, 2534)

3) การใช้ประโยชน์จากทฤษฎีความพึงพอใจ

การใช้ประโยชน์และการได้รับความพึงพอใจจากการประกันสุขภาพของผู้รับบริการมีจุดกำเนิดมาจากความต้องการ ลดภาระค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิด ความคาดหวัง จากผู้ให้บริการว่าระบบประกันสุขภาพ หรือรูปแบบการรักษาพยาบาลอื่น สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ผลที่สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ อาจกล่าวได้ว่า ผู้รับบริการแต่ละคนสามารถใช้ประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพเพื่อแสวงหาความพอใจจากการรักษาพยาบาล (Katz, Blumler and Gurevitch, 1983) ซึ่งปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจในการใช้การประกันสุขภาพอันได้แก่สภาพทางสังคมและลักษณะทางจิตวิทยาของผู้รับบริการ (Social and Psychological Origins) ที่จะทำให้นุชนมีความต้องการที่แตกต่างกันออกไป (Katz et al., 1983)

แนวทางการศึกษาตามทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจให้ความหมายสำคัญกับการเลือก การรับรู้ และการตอบสนองต่อการประกันสุขภาพของผู้รับบริการเป็นหลัก หัวใจสำคัญของข้อตกลงพื้นฐานตามทฤษฎีนี้ คือ ผู้รับบริการรู้ตัวอยู่เสมอ และเป็นผู้เลือกสรรช่องทางทางการแพทย์ และวิธีการรักษาที่ต้องการด้วยตนเอง (McQuail, 1994)

แนวคิดหลักของการวิเคราะห์การใช้ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อสื่อวิทยการทางการแพทย์ ส่วนใหญ่แล้วในการเปิดรับข้อมูลหรือสารจากผู้รับบริการนั้นย่อมต้องมีจุดประสงค์ในการนำไปใช้ เนื่องจากมนุษย์มีความตั้งใจที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในทางใดทางหนึ่ง ดังนั้น เมื่อมีความตั้งใจที่แน่นอนดังกล่าว การเข้าไปใช้การประกันสุขภาพจึงไม่ใช่กิจกรรมที่กระทำอย่างไร้เป้าหมายหากเป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ แน่นนอนหรือเรียกว่า Goal-oriented Activity โดยผู้รับบริการเป็นผู้แสวงหาและเลือกใช้วิทยการทางการแพทย์ผ่านการประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ซึ่งทิศทางที่บุคคลเลือกแสวงหาและใช้การประกันสุขภาพนั้นเกิดจากความต้องการของบุคคลเป็นเหตุผลหลัก หลังจากนั้นความต้องการดังกล่าวจะถูกแปรมาเป็น

แรงจูงใจ (Motivation) ที่ผลักดันให้บุคคลเคลื่อนไหวเข้าหาการใช้การประกันสุขภาพ (กาญจนา แก้วเทพ, 2547)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจทางเศรษฐศาสตร์

ตามแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ พฤติกรรมการบริโภคสินค้าและบริการของผู้บริโภคจะมีเหตุผลทางเศรษฐศาสตร์ กล่าวคือผู้บริโภคจะเลือกบริโภคสินค้าและบริการที่จะทำให้ตนได้รับอรรถประโยชน์สูงสุด แต่เนื่องจากในการบริโภคสินค้าและบริการของผู้บริโภคจะต้องพบกับข้อจำกัดต่าง ๆ ในการบริโภค ดังนั้นผู้บริโภคมักจะมีการจัดลำดับของการบริโภคอยู่ก่อนหน้าแล้วโดยอ้างอิงอรรถประโยชน์ที่ตนจะได้รับภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ อุปสงค์ของสินค้าและบริการ หมายถึง ปริมาณของสินค้าและบริการที่ต้องการซื้อ โดยผู้ซื้อมีความตั้งใจที่จะซื้อ และมีความสามารถที่จะจ่าย หรือมีอำนาจซื้อ ดังนั้นอุปสงค์ของการใช้บริการ โรงพยาบาล หมายถึง ความต้องการใช้บริการโรงพยาบาลที่ผู้บริโภคต้องการภายในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งจะมีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดอุปสงค์ของการเลือกใช้บริการโรงพยาบาล โดยสามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ตามฟังก์ชัน ดังนี้ (สมชาย สุขสิริ เสรีกุล, 2551)

$$D = f(y, a, b, c, d, e) \quad (2.1)$$

โดยกำหนดให้

- D : อุปสงค์ของการใช้โรงพยาบาล หรือความพึงพอใจที่มีต่อการใช้โรงพยาบาล
- y : รายได้ของครัวเรือน
- a : คุณภาพของโรงพยาบาล เช่น ความรวดเร็วในการรักษา บุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์
- b : สวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล เช่น ประกันสังคม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น
- c : ค่ารักษาพยาบาล
- d : ความสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษา

2.3 ประโยชน์ของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจก่อให้เกิดประโยชน์แก่องค์กรได้ในหลาย ๆ แง่มุม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของสินค้าและบริการที่องค์กรต่าง ๆ นำเสนอให้ลูกค้าของตนเอง แต่อย่างไรก็ตามอาจจะสรุปได้ว่าความพึงพอใจก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ (Assael, 1998; Mowen and Miner, 1998)

1) ทักษะที่ดีต่อสินค้าและบริการ

ทักษะที่ดีต่อสินค้าและบริการ หมายถึง ผลพลอยจากการเรียนรู้ของผู้บริโภคว่า ตราสินค้าหรือบริการสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ หากทัศนคติแสดงออกในเชิงบวกต่อตราสินค้าหรือบริการตราใดตราหนึ่ง แสดงว่าบริโภคมีแนวโน้มที่จะซื้อตราสินค้าหรือบริการเดิมอย่างต่อเนื่อง (Assael, 1998)

ทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ หมายถึง ข้อผูกมัดอย่างลึกซึ้งที่จะซื้อซ้ำหรือรับบริการอุปถัมภ์จากสินค้าหรือบริการที่พึงพอใจอย่างสม่ำเสมอในอนาคต ซึ่งลักษณะการซื้อจะมีการซื้อซ้ำหรือรับบริการซ้ำในสินค้าเดิม พฤติกรรมดังกล่าวได้รับอิทธิพลมาจากสถานการณ์ที่มีผลกระทบและศักยภาพของความพยายามทางการตลาด (Oliver, 1999)

ทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ หมายถึง ความผูกพันที่ผู้บริโภคมีต่อสินค้าและบริการ และมีแนวโน้มที่จะทำให้ซื้อสินค้าหรือบริการนั้นซ้ำ ๆ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความซื่อสัตย์ที่มีต่อสินค้านั้น ๆ (Mowen and Miner, 1998)

ทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ หมายถึง ความต้องการในการซื้อซ้ำหรือใช้บริการซ้ำ จนในที่สุดเกิดความติดใจต้องการที่จะใช้บริการกับธุรกิจประเภทนั้นให้นานเท่าานตราบเท่าที่ความพึงพอใจนั้นยังคงอยู่ ซึ่งความพึงพอใจและทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการจึงเป้าหมายสำคัญที่หน่วยธุรกิจต้องการ หากสินค้าและบริการของธุรกิจสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ย่อมสร้างความพึงพอใจและทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ (ชัยสมพล ชาวประเสริฐ, 2546)

2) ความสำคัญของทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ

ทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการเป็นความชอบที่มากกว่า (Preference) ของผู้บริโภคในการเลือกซื้อสินค้าหรือบริการหนึ่งเดียวในประเภทของสินค้าและบริการนั้น ๆ เป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้ถึงคุณภาพสินค้าของผู้บริโภค และจากการวิจัยยังพบอีกว่า ผู้บริโภคต้องมีการซื้อสินค้านั้นซ้ำกันอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ สถานการณ์ที่จำเป็นต้องใช้สินค้าและบริการ ซึ่งผู้บริโภคจะมีความเต็มใจที่จะเสียสละต้นทุนบางอย่างของตนเองเพื่อสินค้าและบริการที่ตัวเองชื่นชอบ แม้ว่าต้นทุนดังกล่าวจะสูงกว่าตราสินค้าหรือบริการอื่น อาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ เกิดจากประสบการณ์การซื้อซ้ำในอดีต และอาจจะมีผลต่อแนวโน้มที่จะซื้อสินค้าหรือบริการในครั้งต่อไป (Chaudhuri and Holbrook, 1999)

ทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการในเชิงบวกของผู้บริโภคเป็นผลอันเนื่องมาจากกระบวนการประเมินสินค้าหรือบริการนั้นมาแล้ว โดยผู้บริโภคจะต้องมีความผูกพัน (Commitment) และมีแนวโน้มที่จะซื้อในอนาคตอย่างต่อเนื่อง โดยผู้บริโภคจะมีแนวโน้มในการเลือกสินค้าหรือบริการเดียวอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อสินค้าและบริการจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับ

ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ (Consumer Satisfaction/Dissatisfaction) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้คุณภาพ (Perceived Quality) และการสะสมประสบการณ์การใช้สินค้ามาาระยะหนึ่ง (Experience Accumulation) ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่า (Value) ความไว้วางใจ (Trust) โดยที่ผู้บริโภคจะมีแนวโน้มที่จะไม่คำนึงถึงเรื่องต้นทุนที่ตนเองจะต้องสูญเสียไป และทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการนั้นยังทำให้ผู้บริโภคมีการซื้อที่มากขึ้น มีการบอกต่อที่เป็นผลในทางบวกต่อองค์กรหรือธุรกิจนั้น ๆ (Mowen and Miner, 1998; Burton, 2001; Chaudhuri and Holbrook, 1999; Gremler and Brown, 1996)

ทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ (Loyal) จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อเสนอสินค้าและบริการส่งคุณค่า (Value) ให้แก่ลูกค้าของตนเองอย่างไร ดังนั้นเรื่องของความสม่ำเสมอ (Consistency) และเรื่องของคุณภาพ (Quality) จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่องค์กร หรือ ธุรกิจต่าง ๆ ควรคำนึงถึง (Koskela, 2002; Schiffman, 1996)

3) ประเภทของทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ

การแบ่งประเภทของทัศนคติที่ดีต่อสินค้าและบริการ สามารถทำการแบ่งประเภทได้ดังนี้ (Dick and Basu, 1994)

1. การมีทัศนคติที่ไม่ดี คือ ไม่มีทั้งระดับทัศนคติและการซื้อซ้ำ ผู้บริโภคไม่ซื้อสินค้าที่หือ นั้นและไม่มีความชอบในตัวสินค้าที่หือ นั้นด้วย เช่น บางคนสามารถเข้ารับบริการบริการนวดเพื่อผ่อนคลายที่สถานบริการไหนก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องผูกพันกับสถานบริการใดสถานบริการหนึ่ง ซึ่งค่าบริการที่การนวดเพื่อผ่อนคลายนั้นต้องไม่แพงกว่าครั้งก่อนที่เคยรับบริการมา

2. การมีทัศนคติที่ดีแบบเทียม คือ ผู้บริโภคมีการซื้อซ้ำสูงแต่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อธุรกิจ ดังนั้นความผูกพันระหว่างองค์กรและลูกค้าจึงอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยที่ลูกค้าประเภทนี้มักซื้อสินค้าหรือบริการนั้นเป็นประจำหรือบ่อย ๆ ด้วยเหตุผลความสะดวกสบาย เช่น ที่พักอาศัยอยู่ใกล้ สถานที่จอดรถสะดวกสบาย ซึ่งการซื้อประเภทนี้เป็นการซื้อที่ไม่ต้องอาศัยทัศนคติใด ๆ อาทิ การเติมน้ำมัน การซ่อมรถเก่า เป็นต้น

3. การมีทัศนคติที่ดีแบบแอบแฝง ผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีต่อสินค้าแต่มีอัตราการซื้อซ้ำที่ต่ำ ลูกค้าประเภทนี้มีความผูกพันสูง แต่การอุดหนุนหรือการซื้อซ้ำต่ำ เช่น ภรรยาชอบอาหารเวียดนาม แต่สามีชอบน้อยกว่า โดยที่สามีชอบอาหารอิตาเลียน แต่ต้องไปรับประทานอาหารเวียดนามกับภรรยา เป็นต้น

4. การมีทัศนคติที่ดีแบบมีความผูกพันสูง ลูกค้าประเภทนี้มีการอุดหนุนหรือซื้อซ้ำบ่อย ๆ นอกจากลูกค้าจะมาซื้อซ้ำหรือใช้บริการบ่อย ๆ แล้วยังมีโอกาสที่จะแนะนำหรือบอกต่อให้คนอื่น ๆ มาใช้บริการด้วย

4) ทักษะที่ดีต่อการบริการ

ทักษะที่ดีต่อการบริการ คือ ความเต็มใจของลูกค้าที่ยังคงใช้บริการจากผู้ให้บริการหรือองค์กรเดิม ซึ่งมักจะแสดงออกด้วยพฤติกรรมการซื้อซ้ำและเป็นตัวเลือกแรกในการตัดสินใจเลือกซื้อบริการ แม้ว่าในสถานการณ์นั้นอาจจะมีตัวเลือกมาก หรือเมื่อต้องทำการเลือกก็จะเลือกแต่ผู้ให้บริการนั้นเพียงรายเดียวเท่านั้น ซึ่งผลที่เกิดจากทัศนคติและพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ที่เป็นไปในทิศทางบวกต่อผู้ให้บริการ และเป็นสิ่งที่ไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใช้บริการของผู้ให้บริการรายอื่น ๆ (Caruana, 1999; Gremler and Brown, 1996)

ในการศึกษาเรื่องทัศนคติที่ดีต่อบริการ ควรตระหนักอยู่เสมอว่าทัศนคติที่ดี บางครั้งอาจจะ เป็นแบบเทียมก็ได้ เนื่องจากการที่ลักษณะของการบริการเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้ (Intangibility) ซึ่งทำให้กระบวนการตัดสินใจของผู้ให้บริการนั้นมีความเสี่ยงสูง และเพื่อเป็นการ เลี่ยงความเสี่ยงนั้น ผู้ให้บริการควรเสนอรูปแบบของการบริการที่ดี ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้นในอนาคต (Guiltinan, 1989) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการนำเสนอการบริการที่มีคุณภาพให้กับ ผู้บริโภค จึงมีบทบาทที่สำคัญมากในเรื่องการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการ และยังสามารถลด ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และทำให้ผู้บริโภคมีความมั่นใจในการใช้บริการมากขึ้น (Wallance, 1997; Dick and Basu, 1994)

5) การวัดทัศนคติที่ดีต่อการบริการ

การวัดระดับทัศนคติที่ดีต่อการบริการ มีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดขอบเขตตามระดับ ทัศนคติของลูกค้าที่รู้สึกต่อสินค้าและบริการ โดยการประเมินระดับทัศนคตินั้นจะประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ชั้น ได้แก่ (Oliver, 1999) 1) ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบของตราสินค้าและ บริการ 2) ความพึงพอใจที่มีต่อผลิตภัณฑ์ และ 3) ความตั้งใจอย่างแน่วแน่ที่จะซื้อทุกสิ่งทุกอย่างที่ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์

ดังนั้น แนวความคิดที่เกี่ยวกับทัศนคติที่ดีต่อบริการ จึงเป็นการเชื่อมโยงระหว่างทัศนคติ (Attitude) กับด้านพฤติกรรม (Behavior) ที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง (Pong and Yee, 2001) โดย สามารถสรุปปัจจัยที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการบริการได้ ดังนี้

- พฤติกรรมการซื้อซ้ำ (Repurchase Intentions) เป็นการแสดงถึงความผูกพันที่ลูกค้ามีต่อ ผู้ให้บริการ โดยเลือกซื้อสินค้าและบริการเดิมเป็นประจำ (Zeithaml et al., 1996; Jones et al., 2000)
- ความต้องการใช้บริการเสริมอื่น ๆ (Exclusive Intentions) นอกจากสินค้าและบริการหลัก ที่ผู้ให้บริการจัดหาไว้ให้ผู้รับบริการแล้ว บริการเสริมอื่น ๆ ยังมีผลต่อระดับความภักดีด้วย (Reynolds and Beatty, 1999; Reynolds and Arnold, 2000)

2.4 ทฤษฎีคุณภาพการบริการ (Service Quality)

มุมมองแนวคิดทางวิชาการ แนวคิดพื้นฐานในเรื่องคุณภาพการให้บริการประกอบไปด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดความพึงพอใจของลูกค้า 2) คุณภาพการให้บริการ และ 3) คุณค่าของลูกค้า (Cronin and Taylor, 1992; Oliver, 1993) โดยถ้ามองในแง่ของคุณภาพการบริการนั้น ผู้เชี่ยวชาญทางด้านคุณภาพหลายท่านได้ให้ความหมายซึ่งสรุปได้ดังนี้

คุณภาพ (Quality) คือ คุณสมบัติต่าง ๆ ที่มีอยู่ในตัวสินค้าเป็นที่พึงพอใจของผู้บริโภค สำหรับอุตสาหกรรมการผลิตยังต้องคำนึงถึงความพึงพอใจของพนักงานด้วย จึงต้องจัดสภาวะของการทำงานให้พนักงานมีความพึงพอใจ โดยให้มีความพึงพอใจทั้งไม่มีมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม และต้องทำได้ด้วยต้นทุนที่ไม่สูง (เกษม พิพัฒน์ปัญญาคุณ, 2541)

คุณภาพ คือ คุณลักษณะต่าง ๆ ของสินค้าและบริการที่ตรงกับความต้องการหรือความจำเป็นของผู้รับบริการ ทำให้เกิดความพอใจอันเป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของตน (นิศย์ สัมมาพันธ์, 2535)

คุณภาพ หมายถึง ความคาดหวังหรือความต้องการของผู้รับบริการที่มีต่อสินค้าหรือการให้บริการที่ได้รับ (สุวรรณณี แสงมหาชัย, 2544)

เราสามารถสรุปได้ว่าคุณภาพนั้นเป็นสิ่งที่ยากที่จะกำหนดความหมายที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามหลังจากได้ทำการวิเคราะห์นิยามที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นจากหลายแหล่งข้อมูล เราสามารถหาข้อสรุปได้ว่าคุณภาพขึ้นอยู่กับผู้รับบริการนั้น ๆ เป็นผู้ตัดสินว่าสินค้าหรือบริการนั้นเป็นไปตามที่ต้องการหรือคาดหวังหรือไม่

1) การวัดคุณภาพการบริการ

เป็นการชี้วัดถึงระดับของการบริการที่ส่งมอบโดยผู้ให้บริการต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการว่าสอดคล้องกับความต้องการของเขาได้ดีเพียงใด การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ นั่นคือการตอบสนองต่อผู้รับบริการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ (Lewis and Bloom, 1983)

โดยใช้ตัววัดที่เรียกว่า SERVQUAL ซึ่งตัววัดดังกล่าวได้รับความนิยมนำมาใช้เพื่อศึกษาในธุรกิจอุตสาหกรรมบริการอย่างกว้างขวาง ซึ่งองค์กรต้องการทำความเข้าใจต่อการรับรู้ของกลุ่มผู้รับบริการเป้าหมายตามความต้องการในบริการที่เขาต้องการ และเป็นเทคนิคที่ให้บริการวัดคุณภาพในการให้บริการขององค์กร นอกจากนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้ SERVQUAL สำหรับการทำความเข้าใจกับการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพในการให้บริการ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาการให้บริการประสบผลสำเร็จ (สมวงศ์ พงศ์สถาพร, 2550)

Ziethaml, Parasuraman, and Berry (1990) ได้กำหนดมิติที่จะใช้วัดคุณภาพในการให้บริการ (Dimension of Service Quality) ไว้ 10 ด้าน มีมาตรวัดความพึงพอใจของการบริการรวม 22 คำถามด้วยกัน ซึ่งได้รับความนิยมนำมาใช้แพร่หลายในอุตสาหกรรมบริการ (สมวงศ์ พงศ์สถาพร, 2550)

โดยที่พัฒนาขึ้นมาในช่วงเริ่มต้นประกอบไปด้วยตัวแปรหลัก 10 ตัวแปร เพื่อใช้วัดคุณภาพการให้บริการซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรดังต่อไปนี้ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry, 1990)

มิติที่ 1 ลักษณะของการบริการ (Appearance) หมายถึง สภาพที่ปรากฏให้เห็นหรือจับต้องได้ในบริการ

มิติที่ 2 ความไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่เป็นไปตามคำมั่นสัญญาได้อย่างตรงไปตรงมาและถูกต้อง

มิติที่ 3 ความกระตือรือร้น (Responsiveness) หมายถึง การที่องค์กรที่ให้บริการแสดงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและพร้อมที่จะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างเต็มที่ ทันทีทันใด

มิติที่ 4 สมรรถนะ (Competence) หมายถึง ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานบริการที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

มิติที่ 5 ความมีไมตรีจิต (Courtesy) หมายถึง มีอัธยาศัยนอบน้อม มีไมตรีจิตที่เป็นกันเอง รู้จักให้เกียรติผู้อื่น จริงใจ มีน้ำใจ และมีความเป็นมิตรของผู้ปฏิบัติการให้บริการ

มิติที่ 6 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นด้วยความซื่อตรงและสุจริตของผู้ให้บริการ

มิติที่ 7 ความปลอดภัย (Security) หมายถึง สภาพที่บริการปราศจากอันตราย ความเสี่ยงภัยหรือปัญหา ต่าง ๆ

มิติที่ 8 การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การติดต่อเข้ารับบริการเป็นไปด้วยความสะดวกไม่ยุ่งยาก

มิติที่ 9 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และการสื่อความหมาย

มิติที่ 10 การเข้าใจลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Understanding of Customer) ในการค้นหาและทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ รวมทั้งการให้ความสนใจต่อการตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ

SERVQUAL สามารถแบ่งมิติได้เป็น 5 มิติหลักและยังคงมีความสัมพันธ์กับมิติของคุณภาพการให้บริการทั้ง 10 ประการ โดยแบบจำลอง SERVQUAL ที่ได้รับการปรับปรุงใหม่เป็นการยุบ

รวมบางมิติเดิมเข้าด้วยกันภายใต้ชื่อ SERVQUAL ซึ่งแบบจำลองที่ถูกปรับปรุงใหม่ประกอบด้วย 5 มิติหลัก ประกอบด้วย (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990; Lovelock, 1996)

มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากรที่มีลักษณะที่ดี เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่มีความทันสมัยของรูปลักษณะ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

สำหรับความเชื่อถือไว้วางใจได้ในกรณีประกันสุขภาพนั้น อาจจะเป็นความพึงพอใจในด้านการให้บริการทางการแพทย์ภายในเวลาตามที่ตกลงไว้ ด้านการมีความสอดคล้องตรงกันกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลจนถึงเวลาที่เบิกจ่ายยา ด้านความสามารถการดำเนินการให้บริการในครั้งแรกที่ถูกต้อง ด้านการส่งคำสั่งที่ถูกต้อง การเบิกจ่ายยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ดี/ไม่เสียหาย และด้านใบแจ้งชำระค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น (Karpuzcu, 2006)

มิติที่ 3 การตอบสนองต่อลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันที่ที่ ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990; Lovelock, 1996)

สำหรับการตอบสนองต่อลูกค้าในระบบประกันสุขภาพนั้น อาจจะเป็นความพึงพอใจในด้านความสามารถในการบริการทางการแพทย์ ด้านการตอบสนองต่อคำสั่งที่ไม่คาดคิด/เร่งด่วนได้ และด้านความเต็มใจในการจัดการตอบสนองผู้รับบริการ เป็นต้น รวมไปถึงความยืดหยุ่นและความสะดวกในการดำเนินการเพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการ อาทิเช่น ความยืดหยุ่นในการบริการและความสะดวกในการรอรับบริการ ความยืดหยุ่นและความสะดวกในวิธีการชำระเงิน และความยืดหยุ่นของสภาพการชำระเงิน เป็นต้น (Karpuzcu, 2006)

มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวล มีกริยามารยาทที่ดี

ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990; Lovelock, 1996)

สำหรับความเชื่อมั่นต่อลูกค้าในระบบประกันสุขภาพนั้น อาจจะเป็นความพึงพอใจในด้านความสะดวกในรับบริการหรือการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล และด้านความรู้ที่มั่นใจในให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น (Karpuzcu, 2006)

มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990; Lovelock, 1996)

สำหรับการเข้าใจผู้บริโภคในกิจกรรมทางสาธารณสุขนั้น อาจรวมถึงความพึงพอใจในด้านการบริการทางการแพทย์ หรือด้านการติดตามผลการรับบริการเพื่อตอบสนองความต้องการผู้บริโภคที่ตรงจุด หรืออาจจะเป็นความพึงพอใจในด้านคุณภาพการติดต่อสื่อสารของบุคลากรในโรงพยาบาล อาทิเช่น มารยาทของบุคลากร ความรู้ที่เพียงพอของบุคลากร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการให้บริการ และพนักงานที่มีความสามารถให้ความรู้ได้อย่างชัดเจนเป็นที่เข้าใจได้ง่าย เป็นต้น (Karpuzcu, 2006)

2.5 แนวคิดทางเศรษฐมิติ (Econometric)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีนำเอาแนวคิดทางเศรษฐมิติมาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐในเขตจังหวัดภาคเหนือและนำมาใช้ในการจัดลำดับความพึงพอใจที่เกิดขึ้น ว่าในแต่ละปัจจัยนั้นมีระดับของความพึงพอใจเป็นอย่างไร โดยการนำเอาแบบจำลองที่เกี่ยวกับการเรียงลำดับ (Ordered Model) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งแบบจำลองนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะได้แก่ ก) แบบจำลอง Ordered Probit และ ข) แบบจำลอง Ordered Logit โดยทั้งสองแบบจำลองนี้จะใช้กับข้อมูลที่มีการเรียงลำดับ (Ordered Data) เพื่อทำการวิเคราะห์ (Walker, 2006)

1) แบบจำลอง Ordered Probit

แบบจำลอง Ordered Probit เป็นแบบจำลองที่ถูกพัฒนามาจากแบบจำลอง Probit โดยแบบจำลอง Probit นั้นเป็นหนึ่งในแบบจำลองสองทางเลือก (Binary Choice Models) ใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ในแบบจำลองนี้จะพิจารณาจากค่าทางเลือกสองค่า ได้แก่ 0 และ 1 แต่จะมีตัวแปรอธิบายเพียงตัวเดียว ตัวอย่างเช่น เกษตรกรผู้ทำสวนมะพร้าวจะขายสินค้าผ่านคนกลางหรือไม่ โดยสมมติให้เกษตรกรผู้ทำสวนมะพร้าวมีจำนวน n ราย และมีตัว

แปรอธิบายตัวเดียวคือ รายรับ (X) ทางเลือกของเกษตรกรผู้ทำสวนมะพร้าวจะเป็นดังนี้ (อารี วิบูลย์ พงศ์, 2549)

$Y_i = 1$ ถ้าเกษตรกรผู้ทำสวนมะพร้าวขายสินค้าผ่านคนกลาง

$Y_i = 0$ ถ้าเกษตรกรผู้ทำสวนมะพร้าวไม่ขายสินค้าผ่านคนกลาง

รูปแบบของแบบจำลอง Probit จะใช้หลักการของความน่าจะเป็นความมาเกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้จากเงื่อนไข ดังนี้ (Albert & Chi, 1993)

$$\Pr(Y = 1|X) = \Phi(x'\beta); \quad X = x'\beta \quad (2.2)$$

เมื่อ \Pr = ความน่าจะเป็น

Φ = การแจกแจงสะสม (Cumulative Distribution Function: CDF) ของการแจกแจงปกติ

β = ค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณจาก Maximum Likelihood

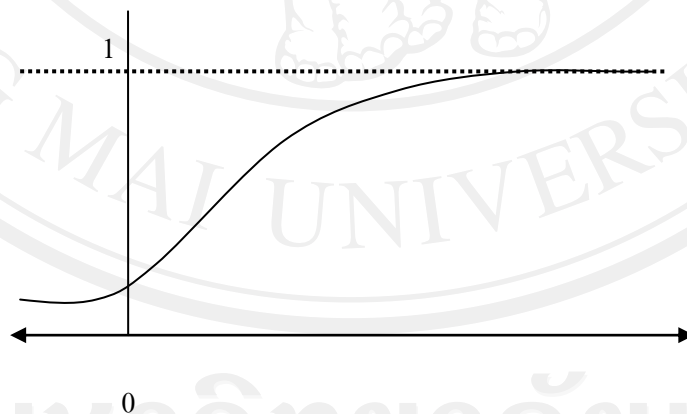
แบบจำลอง Probit

$$Y^* = x'\beta + \varepsilon \quad \text{เมื่อ } \varepsilon \sim N(0,1) \quad (2.3)$$

โดย Y จะขึ้นอยู่กับตัวแปรแฝงที่มีค่าเป็นบวก (Positive) คือค่า 0 และ 1

$$Y = 1_{\{Y^* > 0\}} = \begin{cases} 1 & \text{if } Y^* > 0 \text{ นั่นคือ } -\varepsilon < x'\beta \\ 0 & \end{cases}$$

ซึ่งค่าตัวแปรแฝงทั้งสองค่าจะใช้อธิบายทางเลือกการตัดสินใจที่เกิดขึ้นในสมการ (อารี วิบูลย์ พงศ์, 2549)



รูปภาพที่ 2.1 การแจกแจงแบบ Probit

ที่มา อารี วิบูลย์ พงศ์ (2549)

ในส่วนของแบบจำลอง Ordered Probit นั้นจะมีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากแบบจำลอง Probit กล่าวคือ ในแบบจำลอง Ordered Probit นั้นจะมีทางเลือกมากกว่า 2 ทางขึ้นไป โดยที่ Y จะขึ้นอยู่กับตัวแปรแฝงที่มีค่าเป็นบวก (Positive) คือ ค่า $0, 1, \dots, n$ (Leeaham et al., 2011)

$$Y^* = x'\beta + \varepsilon \tag{2.4}$$

$$Y = \begin{cases} 0 \\ 1 \\ 2 \\ \vdots \\ n \end{cases}$$

โดยที่

$$Y=0 \text{ ถ้า } y^* \leq 0; \Pr(Y=0|X) = \Phi(-x'\beta)$$

$$Y=1 \text{ ถ้า } 0 < y^* \leq \mu_1; \Pr(Y=1|X) = \Phi(\mu_1 - x'\beta) - \Phi(-x'\beta)$$

$$Y=2 \text{ ถ้า } \mu_1 < y^* \leq \mu_2; \Pr(Y=2|X) = \Phi(\mu_2 - x'\beta) - \Phi(\mu_1 - x'\beta)$$

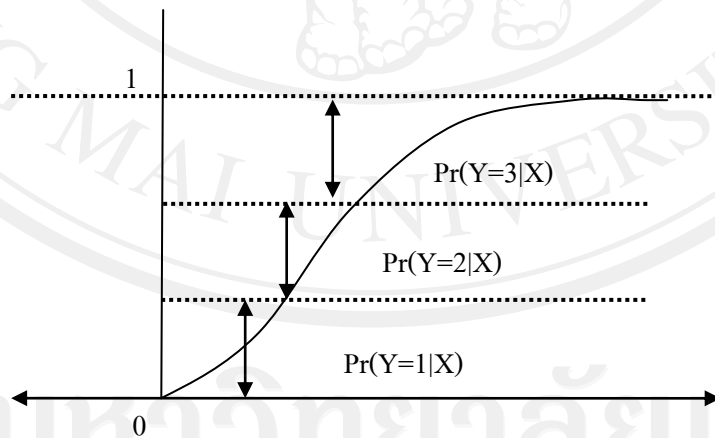
.....

$$Y=n \text{ ถ้า } y^* > \mu_{n-1}; \Pr(Y=n|X) = 1 - \Phi(\mu_{n-1} - x'\beta)$$

เมื่อ

y^* คือ ตัวแปรแฝงที่เป็นตัวแปรของ Y ในแบบจำลอง

μ คือ ตัวแปรสุ่มที่สังเกตไม่ได้



รูปภาพที่ 2.2 การแจกแจงแบบ Ordered Probit

ที่มา Tobia (2009)

2) แบบจำลอง Ordered Logit

แบบจำลอง Ordered Logit เป็นแบบจำลองที่ต่อยอดมาจากแบบจำลอง Logit โดยแบบจำลอง Logit นี้เป็นหนึ่งในแบบจำลองสองทางเลือก (Binary Choice Models) ซึ่งจะมีลักษณะใกล้เคียงกับแบบจำลอง Probit กล่าวคือ เป็นหนึ่งในแบบจำลองที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ซึ่งมีค่าเพียงสองค่า คือค่า 0 และ 1 นอกจากนี้ในแบบจำลอง Logit มีการใช้หลักการของความน่าจะเป็นเข้ามาวิเคราะห์เช่นเดียวกับแบบจำลอง Probit แต่เงื่อนไขของแบบจำลองจะแตกต่างกัน และในแบบจำลอง Logit นั้นจะเป็นพิจารณาข้อมูลในแต่ละกลุ่มที่มีการกระจายของข้อมูลที่เท่ากัน แต่ในแบบจำลอง Probit นั้นจะเป็นการพิจารณาในส่วนของตัวแปรแฝงที่มีการแจกแจงแบบปกติ (Zoonkynd, 2007; คมสัน สุริยะ, 2552)

$$\Pr(Y=1|X) = \frac{1}{1+e^{-x}} \quad (2.5)$$

หรือ

$$\Pr(Y=1|X) = \frac{1}{1+e^{-x'\beta}} \text{ เมื่อ } X = x'\beta \quad (2.6)$$

โดยที่

Pr = ความน่าจะเป็น

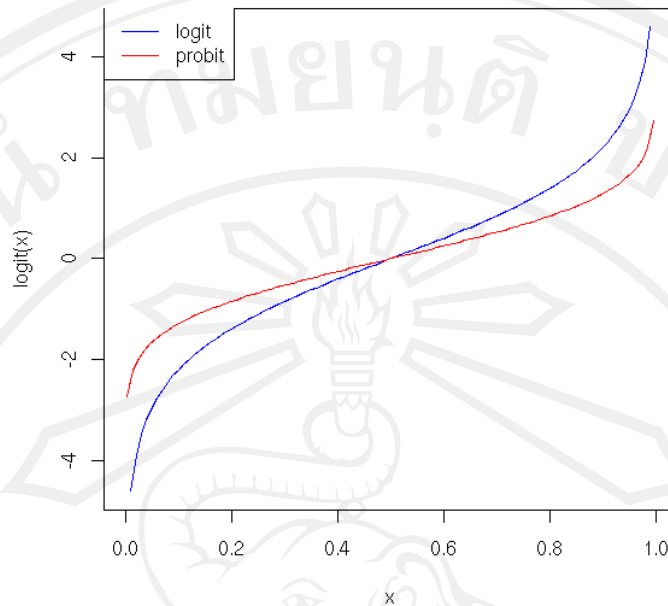
β = ค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณจาก Maximum Likelihood

รูปแบบจำลอง Logit

$$\hat{Y}_i = \frac{e^u}{1+e^u} \quad (2.7)$$

เมื่อ \hat{Y} เป็นค่าความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ที่น่าสนใจ

โดยที่ $u = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$



รูปภาพที่ 2.3 การแจกแจงของแบบจำลอง Logit เปรียบเทียบกับ แบบจำลอง Probit

ที่มา Zoonekynd (2007)

ในส่วน of แบบจำลอง Ordered Logit นั้นจะมีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากแบบจำลอง Logit กล่าวคือ ในแบบจำลอง Ordered Logit นั้นจะมีทางเลือกมากกว่า 2 ทางขึ้นไปและในแต่ละลำดับทางเลือกนั้นจะมีการแสดงความหมายในทางเลือกที่แน่นอน โดยจะแสดงความน่าจะเป็นในแต่ละผลลัพธ์ที่หักออกจากความน่าจะเป็นสะสม ใน Ordered Logit นั้น Y จะขึ้นอยู่กับตัวแปรแฝงที่มีค่าเป็นบวก (Positive) คือ ค่า $0, 1, \dots, n$ (Torres-Reyna, 2011)

$$Y^* = x'\beta + \varepsilon \quad (2.8)$$

$$Y = \begin{cases} 0 \\ 1 \\ 2 \\ \vdots \\ n \end{cases}$$

โดยที่ $Y = 0$ ถ้า $y^* \leq 0$; $\Pr(Y = 0|X) = \Phi(-x'\beta)$

$Y = 1$ ถ้า $0 < y^* \leq \mu_1$; $\Pr(Y = 1|X) = \Phi(\mu_1 - x'\beta) - \Phi(-x'\beta)$

$Y = 2$ ถ้า $\mu_1 < y^* \leq \mu_2$; $\Pr(Y = 2|X) = \Phi(\mu_2 - x'\beta) - \Phi(\mu_1 - x'\beta)$

.....

$Y = n$ ถ้า $y^* > \mu_{n-1}$; $\Pr(Y = n|X) = 1 - \Phi(\mu_{n-1} - x'\beta)$

เมื่อ y^* คือ ตัวแปรแฝงที่เป็นตัวแปรของ Y ในแบบจำลอง

μ คือ ตัวแปรสุ่มที่สังเกตไม่ได้

จากแบบจำลองของ Ordered Probit และ Ordered Logit ที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่าทั้งสองแบบจำลองนั้น มีกระบวนการของการวิเคราะห์ที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นในส่วนการอธิบายความหมายของตัวแปรทางเลือกที่ได้จากแบบจำลองจึงใช้ วิธีเดียวกัน ได้แก่ ผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal Effects) ในการอธิบายความหมายของอันดับทางเลือกแต่ละทาง (Leeaham et al., 2011)

3) การตีความหมาย

ในการตีความหมายของค่าที่ได้จากแบบจำลอง Ordered Probit และ แบบจำลอง Ordered Logit นั้น ได้อาศัยหลักของความน่าจะเป็นเข้ามาในการตีความหมาย เนื่องจากค่าทางเลือกที่ได้จากแบบจำลองก็เป็นค่าของความน่าจะเป็น ซึ่งการตีความหมายของแบบจำลองนั้นจะอาศัยหลักของผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal Effects) มาใช้ในการตีความหมายของค่าทางเลือก กล่าวคือ ผลกระทบส่วนเพิ่มของ x ที่มีต่อค่าความน่าจะเป็นที่ทางเลือก $Y=1,2,3,\dots,n$ ถ้ามีค่าเป็นบวก หมายถึงค่าความน่าจะเป็นที่ $Y=1,2,3,\dots,n$ จะสูงขึ้นตามค่าของ x ที่เปลี่ยนไป โดยผลกระทบของ x จะเท่ากับ (อารี วิบูลย์พงศ์, 2549)

$$\text{Marginal Effect (Y=1)} = \frac{\partial \Pr(Y = 1)}{\partial x} \quad (2.9)$$

$$\text{Marginal Effect (Y=1)} = \frac{\partial \Pr(Y = 2)}{\partial x} \quad (2.10)$$

$$\text{Marginal Effect (Y=1)} = \frac{\partial \Pr(Y = 3)}{\partial x} \quad (2.11)$$

$$\text{Marginal Effect (Y=1)} = \frac{\partial \Pr(Y = n)}{\partial x} \quad (2.12)$$

ดังนั้น ในการตีความหมายจึงมีการนำค่าผลกระทบส่วนเพิ่มที่ได้จากในทุกตัวแปร x มาดูความสัมพันธ์กับค่าทางเลือกในแบบจำลอง และพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและค่าทางเลือกในแบบจำลอง (Leeaham et al., 2011)

4) การเลือกแบบจำลองที่เหมาะสม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบบจำลอง Ordered Probit และ Ordered Logit ในการเลือกแบบจำลองที่เหมาะสมกับข้อมูลสามารถพิจารณาได้จากแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ 3 แบบจำลอง คือ

1. Akaike Information Criterion (AIC) (Akaike, 1974)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเลือกแบบจำลองการประมาณค่าทางสถิติที่เหมาะสม โดยแบบจำลองที่เหมาะสมจะให้ค่า AIC ต่ำที่สุด ซึ่ง AIC สามารถพิจารณาได้จากสมการดังต่อไปนี้

$$AIC = 2k - 2\ln(L) \quad (2.13)$$

โดยที่ k คือ จำนวนพารามิเตอร์ในแบบจำลอง
 L คือ ค่าของฟังก์ชันความเป็นไปได้สูงสุด (Maximized Value of Likelihood Function)

2. Schwarz Information Criterion (BIC) (Schwarz, 1978)

BIC เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเลือกแบบจำลองการประมาณค่าทางสถิติที่เหมาะสมที่มีความคล้ายคลึงกับ AIC อย่างไรก็ตาม BIC เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากกว่า เนื่องจากสามารถใช้ในการเลือกกระดัดของแบบจำลองพารามิเตอร์ที่มีจำนวนพารามิเตอร์แตกต่างกันได้ BIC โดยแบบจำลองที่เหมาะสมจะให้ค่า BIC ต่ำที่สุดสามารถเขียนได้ดังนี้

$$\begin{aligned} -2\ln p(x|k) &\approx BIC = -2\ln L + k \ln(n) \\ &= n \ln\left(\frac{RSS}{n}\right) + k \ln(n) \end{aligned} \quad (2.14)$$

โดยที่ x คือ จำนวนข้อมูลที่พบ
 n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง
 k คือ จำนวนพารามิเตอร์อิสระที่ถูกประมาณค่า และในกรณีที่เป็นแบบจำลองถดถอยเชิงเส้น k คือ จำนวนการถอยและค่าคงที่

$p(x|k)$ คือ ความน่าจะเป็น (Probability) ของข้อมูลที่สังเกตได้เมื่อทราบจำนวนพารามิเตอร์ หรือความเป็นไปได้ (Likelihood) ของพารามิเตอร์เมื่อทราบชุดของข้อมูล

L คือ ค่าของฟังก์ชันความเป็นไปได้สูงสุด (Maximized Value of Likelihood Function)

3. Hannan-Quinn Information Criterion (HQC) (Hannan & Quinn, 1979)

HQC ถือเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเลือกแบบจำลองการประมาณค่าทางสถิติที่เหมาะสม ซึ่งเป็นทางเลือกนอกเหนือจาก AIC และ BIC เช่นเดียวกับสถิติทดสอบ AIC และ BIC แบบจำลองที่เหมาะสมจะให้ค่า HQC ต่ำที่สุดสถิติทดสอบ HQC สามารถเขียนได้ดังนี้

$$HQC = n \ln \left(\frac{RSS}{n} \right) + 2k \ln \ln(n) \quad (2.15)$$

โดยที่	k	คือ	จำนวนพารามิเตอร์
	n	คือ	จำนวนขนาดตัวอย่าง
	RSS	คือ	ผลรวมของส่วนที่เหลือกำลังสองจากการถดถอยเชิงเส้นหรือแบบจำลองทางสถิติอื่น ๆ

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรลักษณ์ หิมะกลัศ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพทำการศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นครัวเรือนที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพและไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพที่อาศัยในตำบลวังเปา ตำบลบ้านหลวง ตำบลบ้านแปะ ตำบลสบเตี๊ยะ ตำบลแม่สอย ในเขตอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสิ้น 400 ครัวเรือน โดยแบ่งเป็นกลุ่มครัวเรือนที่มีบัตรประกันสุขภาพ 200 ครัวเรือน และกลุ่มครัวเรือนที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ 200 ครัวเรือน โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling และเก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยวิธีการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขของครัวเรือน โดยใช้แบบจำลองโลจิท (Logit Model) ที่ประมาณค่าด้วยวิธีภาวะความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimate : MLE) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางด้านสังคมและจิตวิทยานั้นมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการมากกว่าปัจจัยจากพื้นฐานทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การประกันครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำมีโอกาสที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง และครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวนมากมีแนวโน้มที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพมากเช่นกัน

จิราพร ลีмпานานนท์ (2547) ได้ศึกษาการทำวิจัยเรื่องประสิทธิภาพและการเข้าถึงการบริการของประชาชนระดับล่าง โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ และใช้แบบสอบถามจากประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีบัตรทอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้อาศัยในชุมชนแออัด และ ฯลฯ โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,500 ราย การทำการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ระดับผู้บริหาร ตั้งแต่ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด จากการศึกษาพบว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น โดยได้รับเท่าที่จำเป็นเพิ่มมากขึ้นจากจำนวนผู้มีหลักประกันสุขภาพเกือบครอบคลุมประชาชนทั้งหมด อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังมีปัญหาในการดำเนินโครงการในด้านต่างๆ ตั้งแต่เรื่องฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิ การประชาสัมพันธ์ให้

ประชาชนเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารบุคลากร การบริหารระบบยาและเวชภัณฑ์ และการจัดระบบการให้บริการในสถานีนอนามัยซึ่งจะต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และเข้าใจเป้าหมายของโครงการเพื่อเป็นหลักประกันในด้านสาธารณสุขของประชาชนและเห็นด้วยกับหลักการจัดสรรงบประมาณตามรายชื่อของผู้รับบริการ

รัชชัย ธนูสาร (2551) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา : โรงพยาบาลเชียงกลาง อำเภอลำปาง จังหวัดน่าน ใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS คำนวณและวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ทั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการสำรวจข้อมูลจากผู้ที่มิสิทธิบัตรตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เคยรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน ในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 286 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2548 – 31 กรกฎาคม 2549 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20 – 40 ปี มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 50 และมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าร้อยละ 50 ด้านปัจจัยการรับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ต่อการให้บริการสุขภาพ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจาก เป็นภาวะจำยอมของผู้ป่วย ที่เลือกสถานบริการด้านสุขภาพที่ดีกว่านี้ไม่ได้เพราะในพื้นที่ ที่ศึกษามีสถานบริการสุขภาพของรัฐเพียงแห่งเดียวจึงไม่สามารถเลือกสถานที่ให้บริการด้านสุขภาพได้ และไม่สามารถไปใช้บริการด้านสุขภาพที่อื่นได้ เนื่องจากครอบครัวมีรายได้น้อย สถานบริการสุขภาพอื่นอยู่ห่างไกล และข้อจำกัดการใช้สิทธิ์ในการรักษาได้กำหนดขึ้น โดยรัฐ ทำให้เป็นข้อจำกัดในการรักษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการสุขภาพภายใต้โครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลเชียงกลาง ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สวิง ปันรัตน์ (2551) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้โครงการหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค) ต่อบริการสุขภาพ กรณีศึกษา : สถานีนอนามัย ตำบลบัว อำเภอบัว จังหวัดน่าน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ที่มีสิทธิบัตรทองตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เคยมารับบริการ ที่สถานีนอนามัย

อำเภอปัว จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2548 – 31 กรกฎาคม 2549 จำนวน 370 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม ครอบคลุมตัวแปรที่ใช้ศึกษาและข้อคำถามในเชิงปริมาณ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยวิธีการ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) หาความสัมพันธ์ของตัวแปร ในระดับมาตราช่วงชั้น ด้วยค่าสหสัมพันธ์ และตัวแปรในระดับช่วงชั้น ใช้การเปรียบเทียบและทดสอบนัยสำคัญ t-test จากผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพสถานีนอนามัยตำบลปัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจต่อบริการและระดับพึงพอใจมากที่สุด ตามลำดับหากวัดจากปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านรายได้ ปัจจัยทางระยะทางการเดินทาง ปัจจัยทางด้านบริการ

Babakus and Mangold (1992) ได้ทำการศึกษาค่าประยুক্তแบบจำลอง SERVQUAL มาประเมินการบริการในโรงพยาบาล โดยได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดกลางทางตอนใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้บริการแบ่งตามระดับคะแนน 5 ระดับ โดยที่ 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด และ 1 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการบริการ โดยการส่งจดหมายไปถึงผู้ป่วยจำนวน 2,036 รายที่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลในช่วง 13 เดือน (1991 - 1992) ซึ่งได้รับการตอบกลับเพียง 443 ราย ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจโดยปรับให้เป็นค่า Coefficient Alpha แต่ละตัวชี้วัดดังนี้ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ Tangibility = 0.587 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ Reliability = 0.677 การตอบสนองต่อผู้ป่วย Responsiveness = 0.715 การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้ป่วย Assurance = 0.801 การรู้จักและเข้าใจผู้ป่วย Empathy = 0.495

Chaiboonsri (2010) ได้ศึกษาการทำวิจัยเรื่อง การประยุกต์แบบจำลอง Ordered Logit ร่วมกับ ความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อสำรวจความพึงพอใจในโครงการสุขภาพ (โครงการบัตรทอง) ในแง่ของการบริการสุขภาพทั้งการดูแลและการดูแลสุขภาพผลิตภัณฑ์ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจากผู้เข้ามารับบริการทางการแพทย์ จำนวน 595 คน และทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบจำลอง Ordered Probit จากผลการศึกษาพบว่า แบบจำลอง Ordered Probit มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ศึกษาความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการสมาชิกบัตรทอง จำนวน 595 คน ในจังหวัดเชียงใหม่ และค้นพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามผู้ป่วยในชุมชนหลายแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ได้รับประโยชน์จากการขยายตัวของระบบสุขภาพชุมชนทำให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ป่วยในชุมชนตามพื้นที่บริการ และทางสาธารณสุขควรจัดทำารขยายระบบในการรักษาพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ต่อไปอีกเรื่อย ๆ

Gunawardane (2011) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการทางสาธารณสุข กรณีศึกษาคลินิกและโรงพยาบาลในลอสแอนเจลิสและทางตอนใต้ของแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจากคลินิกและโรงพยาบาลในลอสแอนเจลิสและทางตอนใต้ของแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา จำนวน 217 ตัวอย่าง แบ่งเป็นเพศชาย 85 คน เพศหญิง 132 คน โดยที่ 134 คนมีอายุต่ำกว่า 30 ปี 22 คนมีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 50 ปี และ 61 คน มีอายุมากกว่า 50 ปี โดยเก็บแบบสอบถามในช่วงของเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2553 โดยใช้เทคนิค SERVQUAL และวิเคราะห์โดยใช้ SPSS Multiple Linear Regression/ANOVA ผลปรากฏว่าผู้เข้ารับบริการต่างให้ความสำคัญต่อคุณภาพ กระบวนการรักษาและผลการรักษา มากกว่าความสะดวกสบายต่าง ๆ ที่ทางคลินิกและโรงพยาบาลจัดให้ เช่น ห้องพัก อาหาร และอาคารจอดรถ

Sakyi, Atinga and Adzei (2012) ได้ทำการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการจัดการในโรงพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศกาน่า โดยพิจารณาจากเป้าหมายหลักของโครงการ 12 ข้อ โดยเลือกกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนจาก 5 ภูมิภาคของประเทศกาน่า ข้อมูลที่ใช้คือการสัมภาษณ์เชิงลึกจากหัวหน้าห้องจ่ายยา ฝ่ายบัญชี ฝ่ายนโยบาย และคู่ค้าอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างแล้วสรุปผล ผลปรากฏว่าจากการสัมภาษณ์ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ความสนใจและตระหนักในเรื่องของการกระจายงบประมาณในโรงการล่าช้า คุณภาพของยาที่อยู่ในระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐาน การทำงานของบุคลากรของโรงพยาบาลที่ล่าช้า และปัญหาการลองมาที่ต้องการได้รับการแก้ไขคือ ปัญหาเรื่องการเงินส่ง บุคลากร พื้นที่อันจำกัดของโรงพยาบาลไม่ตอบรับกับจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้น

Tang (2012) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการทางการแพทย์นอกสถานที่ การประเมินความพึงพอใจบริการทางการแพทย์และความน่าเชื่อถือของระบบบริการทางการแพทย์นอกสถานที่ในสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง 17 จังหวัด จำนวน 3,386 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ในช่วงปี 2008 และทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบจำลอง Ordered Probit ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการทางการแพทย์นอกสถานที่ที่มีค่าอยู่ระหว่างระดับความพึงพอใจปานกลางถึงระดับดี ในด้านของการประเมินความหลากหลายของบริการหลักทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่ 3.678 การประเมินการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและคนไข้มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.494 ค่ารักษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่ 3.448 ซึ่งให้ค่าความพอใจปานกลาง ในขณะที่ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและระยะเวลาในการรอ

รับการรักษาให้ค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด คือ 3.397 และ 3.139 ตามลำดับ สำหรับผลการทดสอบการถดถอย โดยแบบจำลอง Ordered Probit แสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการทางการแพทย์นอกสถานที่มีทิศทางบวกที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของพวกเขาซึ่งให้ค่าเท่ากับ 2.741 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 การประเมินความหลากหลายของบริการทางการแพทย์ การสื่อสาร และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตให้ค่าเป็น 0.629 และ 0.621 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สำหรับกระบวนการรักษาทางการแพทย์และความสะดวกสบาย สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลมีอิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจ 0.546 และ 0.513 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ในขณะที่ระยะเวลาในการรอรับการรักษาพยาบาลมีผลในทางบวกที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตน้อยที่สุด 0.260 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ความน่าเชื่อถือของแพทย์ ใบสั่งยาและคำแนะนำในการรักษามีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตเพียง 0.156, 0.157 และ 0.147 ตามลำดับที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และสถานพยาบาลไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย 0.0156 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

2.7 ช่องว่างทางความรู้

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่ามีจะมีเพียงผู้ที่ได้ศึกษาวิจัยในเรื่องของความพึงพอใจในด้านของคุณภาพการบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพในเชิงพรรณนาและบางงานมีการใช้เครื่องมือทางสถิติเพียงเล็กน้อย ซึ่งหากสังเกตเพียงแค่งานวิจัยภายในประเทศไทยแล้วการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพโดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ยังเป็นเรื่องที่ยังใหม่และยังไม่มียานวิจัยชิ้นใดใช้แบบจำลอง SERVQUAL (Parasuraman, 1990) ในการวัดคุณภาพของการบริการ อีกทั้งยังไม่มียานวิจัยใดที่ได้ศึกษาถึงการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตภาคเหนือ ดังนั้นจึงทำให้น่าเชื่อถือได้ว่างานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่ได้ทำการศึกษาเรื่องดังกล่าว ส่วนเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมานั้น ยังไม่ได้มีการใช้แบบจำลอง Ordered Probit และแบบจำลอง Ordered Logit เป็นเครื่องมือในการวิจัยอย่างแพร่หลายมากนัก

ตารางที่ 2.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ตัวแปร/วิธีการ	ผลการศึกษา
วรลักษณ์ หิมะกลัด (2542)	ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ กรณีศึกษาเขตพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพเพื่อเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ	ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์และวิเคราะห์โดยแบบจำลองโลจิท (Logit Model) และประมาณค่าด้วยวิธีภาวะความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimate: MLE)	ปัจจัยทางด้านสังคมและจิตวิทยานั้นมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการมากกว่าปัจจัยจากพื้นฐานทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การประกัน ครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำมีโอกาสที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง และครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวนมากมีแนวโน้มที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพมากเช่นกัน
จิราพร ลัมปานานนท์ (2547)	ประสิทธิภาพและการเข้าถึงการบริการของประชาชนระดับล่าง	ศึกษาประสิทธิภาพและการเข้าถึงการบริการในระบบประกันสุขภาพ	ศึกษาเชิงปริมาณ และใช้แบบสอบถามจากประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีบัตรทอง (กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้อาศัยในชุมชนแออัด ฯลฯ) ทั้งสิ้น 2,500 ราย ศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ระดับผู้บริหาร ตั้งแต่แพทย์ สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือจังหวัด	ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้นและเกือบครอบคลุมประชาชนทั้งหมด แต่ยังมีปัญหาในการดำเนินโครงการในด้านฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์ในโครงการ การบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารบุคลากร การบริหารระบบยาและเวชภัณฑ์ และการให้บริการในสถานอนามัย กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับโครงการและเข้าใจเป้าหมายของโครงการเพื่อเป็นหลักประกันในด้านสาธารณสุขของตนเอง

ตารางที่ 2.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ตัวแปร/วิธีการ	ผลการศึกษา
ธวัชชัย ธนุสาร (2551)	ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดน่าน	ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลคำนวณและวิเคราะห์สถิติพื้นฐานโดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 286 ราย	ด้านปัจจัยการรับบริการอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากเป็นภาวะจำยอมของผู้ป่วย ที่เลือกสถานบริการด้านสุขภาพที่ดีกว่านี้ไม่ได้ เนื่องจากครอบครัวมีรายได้น้อย สถานบริการสุขภาพอื่นอยู่ห่างไกล และข้อจำกัดการใช้สิทธิ์ในการรักษาได้กำหนดขึ้นโดยรัฐ ทำให้เป็นข้อจำกัดในการรักษา ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
สวิง ปันรัตน์ (2551)	ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค) ต่อการบริการสุขภาพ กรณีศึกษา สถานีอนามัยตำบลปัว อำเภอปัว จังหวัดน่าน	ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ราย โดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรในระดับมาตราช่วงชั้นด้วยค่าสหสัมพันธ์และทดสอบนัยสำคัญ t-test	ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพสถานีอนามัยตำบลปัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจต่อบริการและระดับพึงพอใจมากที่สุด ตามลำดับหากวัดจากปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านรายได้ ปัจจัยทางระยะทางการเดินทาง ปัจจัยทางด้านการบริการ

ตารางที่ 2.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ตัวแปร/วิธีการ	ผลการศึกษา
Babakus and Mangold (1992)	ประยุกต์แบบจำลอง SERVQUAL มาประเมินการบริการในโรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลขนาดกลาง ทางตอนใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา	เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการมาใช้บริการ	โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจแบ่งตามระดับคะแนน 5 ระดับ โดยส่งจดหมายไปถึงผู้ป่วยจำนวน 2,036 ราย ที่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลในช่วง 13 เดือน (1991 - 1992) ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 443 ราย	ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจโดยปรับให้เป็นค่า coefficient alpha แต่ละตัวชี้วัดดังนี้ ความเป็นรูปธรรมของการบริการTangibility = 0.587 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ Reliability = 0.677 การตอบสนองต่อผู้ป่วย Responsiveness = 0.715 การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้ป่วย Assurance = 0.801 การรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยEmpathy = 0.495
Chaiboonsri (2010)	การประยุกต์แบบจำลอง Ordered Logit ร่วมกับความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่	เพื่อสำรวจความพึงพอใจในโครงการสุขภาพ (โครงการบัตรทอง) ในแง่ของการบริการสุขภาพ ทั้งการดูแลและการดูแลสุขภาพผลิตภัณฑ์	เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจากผู้ที่มาใช้บริการทางการแพทย์จำนวน 595 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบจำลอง Ordered Logit	แบบจำลอง Ordered Logit มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ศึกษาความพึงพอใจ และค้นพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามผู้ป่วยในชุมชนหลายแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ได้รับประโยชน์จากการขยายตัวของระบบสุขภาพชุมชนทำให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ป่วยในชุมชนตามพื้นที่บริการและทางสาธารณสุขควรจัดทำกรขยายระบบในการรักษาพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ต่อไปอีกเรื่อย ๆ


ตารางที่ 2.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ตัวแปร/วิธีการ	ผลการศึกษา
Gunawardane (2011)	ความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการทางสาธารณสุขใช้เทคนิค SERVQUAL กรณีศึกษาคลินิกและโรงพยาบาลในลอสแอนเจลิสและทางตอนใต้ของแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา	เพื่อศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขโดยใช้เทคนิค SERVQUAL	กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจากคลินิกและโรงพยาบาลในลอสแอนเจลิสและทางตอนใต้ของแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา 217 ตัวอย่าง โดยเก็บแบบสอบถามในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2553 และวิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือ Multiple Linear Regression/ANOVA	ผลปรากฏว่าผู้เข้ารับบริการต่างให้ความสำคัญต่อคุณภาพ กระบวนการรักษาและผลการรักษา มากกว่าความสะดวกสบายต่าง ๆ ที่ทางคลินิกและโรงพยาบาลจัดให้ เช่น ห้องพัก อาหาร และอาคารจอดรถ
Sakyi , Atinga and Adzei (2012)	ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการในโรงพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย	ศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการจัดการในโรงพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	โดยเลือกกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนจาก 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ข้อมูลที่ใช้คือการสัมภาษณ์เชิงลึกจากหัวหน้าห้องจ่ายยา ฝ่ายบัญชี ฝ่ายนโยบายและคู่ค้าอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างแล้วสรุปผล	ผลปรากฏว่าจากการสัมภาษณ์ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ความสนใจและตระหนักในเรื่องของการกระจายงบประมาณในโรงการล่าช้า คุณภาพของยาที่อยู่ในระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐาน การทำงานของบุคลากรของโรงพยาบาลที่ล่าช้า และปัญหารองลงมาที่ต้องการได้รับการแก้ไขคือ ปัญหาเรื่องการขนส่ง บุคลากร พื้นที่อันจำกัดของโรงพยาบาลไม่รองรับกับจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 2.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ตัวแปร/วิธีการ	ผลการศึกษา
Tang (2012)	ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการทางการแพทย์นอกสถานที่ สาธารณรัฐประชาชนจีน	เพื่อประเมินความพึงพอใจและคำแนะนำเชื่อถือของระบบการบริการทางการแพทย์นอกสถานที่ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน	กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง 17 จังหวัด จำนวน 3,386 คน ใช้วิธีสัมภาษณ์ ซึ่งทำการเก็บข้อมูลช่วงปี 2008 จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบจำลอง Ordered Probit	ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการทางการแพทย์นอกสถานที่ที่มีค่าอยู่ระหว่างระดับความพึงพอใจปานกลางถึงระดับดี ในด้านการประเมินความหลากหลายของบริการหลักทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่ 3.678 การประเมินการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและคนไข้มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.494 ค่ารักษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่ 3.448 ซึ่งให้ค่าความพอใจปานกลาง ในขณะที่ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและระยะเวลาในการรอรับการรักษามีค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด คือ 3.397 และ 3.139 ตามลำดับ สำหรับผลการทดสอบการถดถอยโดยแบบจำลอง Ordered Probit แสดงว่าความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการทางการแพทย์นอกสถานที่มีทิศทางบวกที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตให้ค่าเท่ากับ 2.741 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 การประเมินความหลากหลายของบริการทางการแพทย์ การสื่อสาร และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตให้ค่าเป็น 0.629

ตารางที่ 2.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ตัวแปร/วิธีการ	ผลการศึกษา
Tang (2012)				และ 0.621 สำหรับกระบวนการรักษาทางการแพทย์และความสะดวกสบาย สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลมีอิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจ 0.546 และ 0.513 ในขณะที่ระยะเวลาในการรอรับการรักษามีผลในทางบวกที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตน้อยที่สุด 0.260 ความน่าเชื่อถือของแพทย์ ไบสังยาและคำแนะนำในการรักษามีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตเพียง 0.156, 0.157 และ 0.147 ตามลำดับ และสถานพยาบาลไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย 0.0156

2.8 สรุป

ในบทที่ 2 นี้ได้กล่าวถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ โดยแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ส่วนหลัก ก) ทฤษฎีความพึงพอใจ ประกอบด้วย ความหมาย และประโยชน์จากความพึงพอใจ ข) ทฤษฎีการตัดสินใจที่สัมพันธ์กับสินค้าและบริการ ค) ทฤษฎีคุณภาพการบริการ ง) แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ ที่ใช้ในการจัดอันดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย แบบจำลอง Ordered Probit แบบจำลอง Ordered Logit และการตีความหมายของค่าที่ได้จากแบบจำลอง นอกจากนี้ในบทที่ 2 ประกอบไปด้วยเนื้อหาในส่วนของการเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการวัดคุณภาพการบริการในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือทางเศรษฐมิติ ทั้งนี้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบช่องว่างขององค์ความรู้ จึงทำให้งานวิจัยชิ้นนี้ขึ้นมา ส่วนในบทที่ 3 จะกล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป