



การศึกษาวิธีการศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของ
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
**A Methodological Study on Preferred Drug Benefit Plans for
Civil Servant Medical Benefit Scheme**

ชนเทพ วณิชยากร

Tanatape Wanishayakorn

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Pharmacy in Social and Administrative Pharmacy
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	การศึกษาวิธีการศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของระบบ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
ผู้เขียน	นายธนเทพ วนิชยากร
สาขาวิชา	เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
ปีการศึกษา	2553

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการทั้งด้วย conjoint analysis ที่อนุมานว่าผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory ทั้งหมดและใช้ judgment process ที่มีการแยกจากผู้ตัดสินใจใช้กระบวนการตัดสินใจแบบใด รวมถึงการใช้ policy-capturing analysis เพื่อใช้ศึกษาหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างข้าราชการที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดสงขลา ซึ่งการคัดเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญจำนวน 650 ราย โดยมีการเก็บข้อมูลที่เป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างพิจารณาสิทธิประโยชน์ด้านยาจำนวน 30 รูปแบบ แล้วให้คะแนนความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ด้านยาแต่ละรูปแบบโดยใช้มาตราแบบ Likert scale 10 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้อาศัย conjoint analysis และ policy-capturing เป็นหลักเพื่อหาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสิทธิประโยชน์ด้านยาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นอกจากนี้ยังได้มีการวิเคราะห์แยกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory และกลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจเลือกที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป

การวิจัยนี้พบว่าแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้มีจำนวน 336 ชุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนต่อสิทธิประโยชน์ด้านยาแต่ละรูปแบบที่มีรายละเอียดของคุณลักษณะที่แตกต่างกันไป ได้แก่คุณลักษณะด้านการร่วมจ่ายค่ายา รายการยาที่เบิกจ่ายได้ ช่องทางการรับยา และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง ผลการวิจัยพบว่าทั้งผลของ conjoint analysis และ policy-capturing analysis กลุ่มตัวอย่างให้น้ำหนักความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายในการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา ไม่ว่าจะเป็นการแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory หรือเมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปก็ตาม ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผล

การศึกษาของสัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด และผลการศึกษาของการทำ cluster analysis ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจ่าย แต่ผลในคุณลักษณะอื่นๆจะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มที่แยกวิเคราะห์ ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือที่สุดน่าจะเป็นผลที่ได้จากการทำ policy-capturing analysis ที่เลือกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป เพราะเป็นการเปรียบเทียบลำดับความสำคัญจาก standardized beta coefficient ที่ทำให้สามารถเปรียบเทียบลำดับความสำคัญได้เหมาะสมกว่า นอกจากนี้ผลที่ได้จากการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปจะเป็นผลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดที่เป็นเนื้อเดียวกันมากกว่าซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น โดยผลที่ได้จากการลำดับความสำคัญรองจากคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายคือ ช่องทางการรับยา รายการยาที่เบิกจ่ายได้ และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้งตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของผลการวิเคราะห์ทั้งสองวิธีแสดงให้เห็นว่าผลของระดับของแต่ละคุณลักษณะก็มีความสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างจะพึงพอใจมากกว่ากับระดับของการมีส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำกว่า หรือกับรายการยาที่เบิกจ่ายได้ทั้งยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือกับการได้รับยามากกว่าช่องทางเดียว และกับการได้รับยาในปริมาณที่มากกว่า

โดยสรุปการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหากผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายต้องการปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ด้านยา คุณลักษณะที่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายต้องพิจารณาอย่างระมัดระวังมากที่สุดจะเป็นในเรื่องการมีส่วนร่วมจ่ายนั่นเองเพราะจะกระทบกับความพึงพอใจของข้าราชการมากที่สุด คุณลักษณะรองลงมาคือการเปิดช่องทางการรับยาให้เพิ่มมากขึ้นนอกเหนือจากโรงพยาบาล ส่วนในประเด็นที่มีความสำคัญน้อยกว่าก็จะเป็นปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง และรายการยาที่เบิกได้

Thesis Title	A Methodological Study on Preferred Drug Benefit Plans for Civil Servant Medical Benefit Scheme
Author	Mr.Tanatape Wanishayakorn
Major Program	Social and Administrative Pharmacy
Academic Year	2010

ABSTRACT

The objective of this study was to methodologically examine preferred drug benefit plans for Civil Servant Medical Benefit Scheme by both conjoint analysis, which assumed that all beneficiaries used compensatory model for their decision, and policy-capturing analysis. Judgment process was used to determine the beneficiaries' decision process. A questionnaire was developed from focus group discussion technique. Data were collected from an accidental sampling of 650 civil servants who resided in Songkhla province. In addition to demographic data of study participants, they were asked to consider and rate 30 hypothetical drug benefit plans by using a 10-level Likert scale. Conjoint analysis and policy-capturing analysis were primarily used for overall data analyses. Also, the data analyses were repeated for the participants who used compensatory model and for the participants whose decisions that were intuitive or consistent with previous studies.

A total of 336 questionnaires were used in the data analyses. Cost sharing, formulary, access, and amount were major attributes included in this study. Results from both conjoint analysis and policy-capturing analysis showed that the participants weighed the cost sharing as the highest attribute when they chose the drug benefit plans. The results remained unchanged even though only data from the participants who used compensatory model and the participants whose decisions that were intuitive or consistent with previous studies were analyzed. Results from market segmentation analysis and cluster analysis also supported the importance of cost sharing. However, the importances of other attributes varied across each analyzed group. The results from the policy-capturing analysis which focused only the participants who used compensatory model and the participants whose decisions that were intuitive or consistent with previous studies should be the most valid results since the standardized coefficients used in this

method allowed appropriate comparisons across attributes. Furthermore, the results from the participants who used compensatory model and the participants whose decisions that were intuitive or consistent with previous studies should be more homogeneous which would reduce some biases. By doing so, the access was the second most important attribute, followed by the formulary and amount. Additionally, the study showed that the participants' preferences of levels in each attribute were intuitive, for instance, lower cost sharing, opened formulary, flexible access, and higher amount were more favorable to the study participants.

In conclusion, this study indicated that if policy makers want to adjust the drug benefits, they should focus heavily on the cost sharing attribute since it would affect more on the civil servants' preferences than on the other attributes including the access, amount and formulary.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เหล่าข้าราชการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานและ
กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูล กราบขอบพระคุณอาจารย์สุรฉัตร งามสุรเชษฐ์ ที่กรุณาชี้แนะ
แนวทางในการวิจัย และให้คำปรึกษาตลอดมา ขอขอบพระคุณพ่อ แม่ และทุกคนในครอบครัวที่
คอยให้กำลังใจ ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นที่ได้ผลดีอย่างดี รวมถึงอาจารย์ พี่ๆ เพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่ทุก
ท่านในภาควิชาบริหารเกสัชกิจที่ให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน จวบจนการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

ธนเทพ วณิชยากร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(3)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(12)
รายการภาพประกอบ	(16)
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย	8
ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9
ระบบประกันสังคม	10
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	12
การบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยา	13
การจำกัดปริมาณการใช้	13
การขออนุมัติก่อนการใช้	14
การบริหารบัญชีรายการยา	15
การมีส่วนร่วมจ่าย	16
สิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์	20
วิธีการวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์	24
เทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์	25
กระบวนการตัดสินใจ	31
สมการเชิงเส้นตรง	33
สมการที่มีไขเชิงเส้นตรง	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์เพื่อสร้างนโยบาย	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ขั้นตอนการสร้างคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา	49
การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม	49
ขั้นตอนการหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์	52
การสร้างแบบสอบถาม	52
การเก็บข้อมูล	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ผลการสร้างคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา	60
ผลการทำการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม	60
ผลการตอบแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก	65
ผลการหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์	65
ลักษณะทั่วไปทางประชากรศาสตร์	66
ผลคะแนนอรรถประโยชน์ ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ	
การจัดส่วนแบ่งการตลาด และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล	
พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และค่าความสำคัญเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่าง	
ทั้งหมด	70
ผลการแยกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีแนวคิดแบบ compensatory และ	
configural	80
ผลคะแนนอรรถประโยชน์ ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ และการจัดส่วนแบ่ง	
การตลาดเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory	82
ผลคะแนนอรรถประโยชน์ ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ	
และการจัดส่วนแบ่งการตลาดเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน	
อรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต	86
ผลการแยกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับ	
งานวิจัยในอดีต ที่มีแนวคิดแบบ compensatory และ configural	90

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลคะแนนอรรถประโยชน์ ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ และการจัดส่วนแบ่งการตลาดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน อรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory	91
ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นในตัวอย่างทั้งหมด	97
ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นในตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดแบบ compensatory	102
ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มี คะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต	104
ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มี คะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมี กระบวนการคิดแบบ compensatory	107
ผลการเรียงลำดับความสำคัญของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านที่มีอิทธิพล ต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของกลุ่มตัวอย่าง	112
ผลของความสัมพันธ์ระหว่างลำดับความสำคัญของคุณลักษณะกับ สัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient	113
บทที่ 5 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย	
การอภิปรายผลการวิจัยจากสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์	115
การอภิปรายผลการวิจัยจาก policy-capturing analysis	120
สรุปผลการวิจัย	124
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	127
ข้อจำกัดของการวิจัย	128
ข้อเสนอเพื่อการวิจัยในอนาคต	128
เอกสารอ้างอิง	130

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบสอบถามเพื่อหาระดับของคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount)	137
ภาคผนวก ข แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	141
ภาคผนวก ค ค่าคะแนนความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ในประชากรที่เป็น configural	161
ภาคผนวก ง ผลการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม (focus group)	162
ภาคผนวก จ ผลจากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)	208
ภาคผนวก ฉ ผลจากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N=311)	211
ภาคผนวก ช ผลจากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	212
ภาคผนวก ซ ผลจากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (n = 169)	215
ภาคผนวก ฌ คะแนนความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ด้านยาทั้ง 54 รูปแบบ	216
ประวัติผู้เขียน	219

รายการตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตัวอย่างองค์ประกอบ (factor) และคุณลักษณะปลีกย่อย (factor level)	27
ตารางที่ 2 ตัวอย่างรูปแบบของผลิตภัณฑ์ (cases) ที่สร้างขึ้นเพื่อนำเสนอต่อผู้บริโภค โดยใช้เทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์	27
ตารางที่ 3 แสดงการ code ตัวแปรในวิธี conjoint analysis	28
ตารางที่ 4 แสดงการ code ตัวแปรในวิธี policy-capturing analysis	47
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาของการทำการศึกษาเบื้องต้น (N=33)	63
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	67
ตารางที่ 7 คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=336)	72
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะแต่ละด้าน ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์	74
ตารางที่ 9 สัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (scatter standardized beta coefficients) โดยแสดงเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ configural ($p < 0.05$)	81
ตารางที่ 10 คะแนนอรรถประโยชน์ (utility) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory (N=311)	84
ตารางที่ 11 คะแนนอรรถประโยชน์ (utility) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N=182)	88
ตารางที่ 12 สัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (scatter standardized beta coefficients) โดยแสดงเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต และมีวิธีการตัดสินใจแบบ configural ($p < 0.05$)	90
ตารางที่ 13 คะแนนอรรถประโยชน์ (utility) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N=169)	93

รายการตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=336) ในตัวอย่างที่มีแนวคิดเป็น compensatory (N=311) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N=182) และในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N=169)	96
ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบตัวแปรที่เป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์ของแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกโดย cluster analysis	100
ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=336) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวคิดเป็น compensatory (N=311) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N=182) และในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory	111
ตารางที่ 17 ลำดับความสำคัญของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของกลุ่มตัวอย่าง	112
ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างลำดับความสำคัญของคุณลักษณะกับสัดส่วนค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient	114
ตารางที่ 19 ค่าคะแนนความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ในประชากรที่เป็น configural ตามแต่ละคุณลักษณะ	161
ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients และค่าสารรูปสนิทธิ (R^2) ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)	208

รายการตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients และค่าสารูปสนิทธิ (R^2) ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบที่มีพจน์ scatter ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)	209
ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (scatter standardized beta coefficients) และค่าสารูปสนิทธิ (R^2) ที่เปลี่ยนแปลงไป ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบที่มีพจน์ scatter ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)	210
ตารางที่ 23 ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients และค่าสารูปสนิทธิ (R^2) ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N=311)	211
ตารางที่ 24 ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients และค่าสารูปสนิทธิ (R^2) ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	212
ตารางที่ 25 ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients และค่าสารูปสนิทธิ (R^2) ของคุณสมบัติทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบที่มีพจน์ scatter ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	213
ตารางที่ 26 ค่าสัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (scatter standardized beta coefficients) และค่าสารูปสนิทธิ (R^2) ที่เปลี่ยนแปลงไป ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบที่มีพจน์ scatter ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	214

รายการตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 27 ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients และค่าสารรูปสหพันธ์ (R^2) ของ คุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิค สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนบรรดประโชชน์ สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (n = 169)	215
ตารางที่ 28 ระดับคะแนนความพึงพอใจในแต่ละรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ได้จาก การทำนายโดยอาศัยค่า standardized beta coefficient จากเทคนิคสถิติวิเคราะห์ ถดถอยเชิงเส้นตรง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนบรรดประโชชน์สอดคล้องกับ งานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N = 169)	216

รายการภาพประกอบ

	หน้า
แผนภาพ	
แผนภาพที่ 1 ค่าใช้จ่ายของค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 – 2552	3
แผนภูมิวงกลม	
แผนภูมิวงกลมที่ 1 สัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) ในประชากรทั้งหมด (N = 336)	73
แผนภูมิวงกลมที่ 2 สัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory (N = 311)	85
แผนภูมิวงกลมที่ 3 สัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	89
แผนภูมิวงกลมที่ 4 สัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N = 169)	94
แผนภูมิ	
แผนภูมิที่ 1 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)	98
แผนภูมิที่ 2 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis (N = 336)	99
แผนภูมิที่ 3 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดเป็นแบบ compensatory (N = 311)	103

รายการภาพประกอบ (ต่อ)

	หน้า
แผนภูมิที่ 4 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากกลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดเป็นแบบ compensatory (N = 311)	104
แผนภูมิที่ 5 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	106
แผนภูมิที่ 6 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	107
แผนภูมิที่ 7 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N = 169)	109
แผนภูมิที่ 8 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N = 169)	110

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

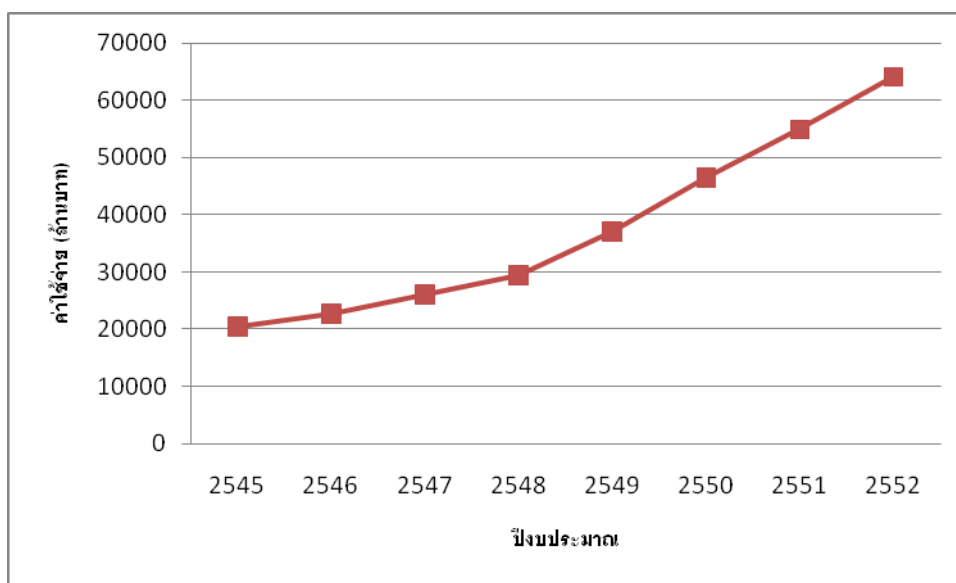
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) เป็นระบบสวัสดิการที่รัฐบาลเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 เพื่อสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอีกไม่เกิน 3 คน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ใช้สิทธิสามารถเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐได้อย่างอิสระ รัฐบาลจะใช้เงินภาษีจ่ายให้เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการทั่วประเทศ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลคือกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง จากข้อมูลรายงานประจำปี พ.ศ. 2549 ของกรมบัญชีกลาง พบว่า ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2549 มีผู้ได้รับสิทธิในสวัสดิการดังกล่าว โดยมีข้อมูลในระบบทั้งสิ้นจำนวน 7,704,030 ราย (กรมบัญชีกลาง, 2549) โดยมีสิทธิประโยชน์ที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการให้การคุ้มครองรายการหลักๆ ได้แก่ 1) บริการรักษายาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ใช้สิทธิสามารถใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โดยทั่วไปแล้วหากการบริการนั้นเป็นไปตามข้อกำหนดของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ผู้ใช้สิทธิไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจ่ายในการใช้บริการ 2) บริการรักษายาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ใช้สิทธิสามารถใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้นจึงจะเบิกค่ารักษายาบาลได้ แต่ก็มีข้อจำกัดหรือข้อยกเว้นที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการไม่ครอบคลุมเช่นค่าห้องพิเศษ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรวมทั้งค่าซ่อมแซม การจำกัดวันนอน ยกเว้นมีคณะกรรมการแพทย์รับรองให้รับการพักรักษาตัวต่อไปเป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกรณีบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ใช้สิทธิจะสามารถเข้ารับบริการได้ในสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนโรงพยาบาลเอกชนใช้บริการได้แต่จำกัดวงเงินค่ารักษายาบาลตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท ส่วนค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา การซ่อมแซม ค่าห้อง ค่าอาหารเบิกตามอัตราที่กำหนดเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐคือไม่จำกัดจำนวนครั้ง ส่วนค่าคลอดบุตร ให้ผู้ใช้สิทธิเบิกตามจ่ายจริงไม่จำกัดจำนวนครั้ง ยกเว้นค่าอาหารค่าห้องพิเศษ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษารวมค่าซ่อมแซมจะให้เบิกตามกำหนด นอกจากนี้ผู้ใช้สิทธิต้องการใช้บริการห้องพิเศษ จะได้รับสิทธิเบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท

และมีการจำกัดจำนวนวัน ยกเว้นแพทย์ให้การรับรองถึงความจำเป็นที่ต้องพักรับการรักษาต่อในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการได้จำกัดไม่ให้มีการเข้าถึงบริการอื่นๆที่เกินความจำเป็นได้แก่การตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจะจำกัดเฉพาะตัวของข้าราชการ ไม่รวมบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการประกาศเพื่อการปรับเปลี่ยนสิทธิเป็นระยะ ส่วนการใช้ยานั้นระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการได้จำกัดให้ผู้ใช้สิทธิให้ใช้ยาเฉพาะยาที่ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ยกเว้นกรณีแพทย์ลงความเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ, 2545)

ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้วผู้ใช้สิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจ่ายในการใช้บริการ อย่างไรก็ตามแต่เดิมผู้ใช้สิทธิต้องสำรองจ่ายไปก่อนหลังจากมีการใช้บริการรักษายาบาล แล้วจึงนำไปเสร็จไปขอเบิกคืนย้อนหลังกับต้นสังกัด (indemnity) ส่วนทางสถานพยาบาลเองก็จะคิดค่าบริการทางการแพทย์เป็นแบบจ่ายตามรายการที่จ่ายจริง (Fee-for-service) ทำให้ไม่มีแรงจูงใจให้ทั้งผู้ใช้สิทธิและสถานพยาบาลที่จะมีการควบคุมค่าใช้จ่าย และมีแนวโน้มที่จะเกิดการให้บริการรักษายาบาลที่เกินความจำเป็นได้สูง (moral hazard) ส่งผลทำให้ปัญหาค่ารักษายาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นิภาศรีอนันต์ (2545) รายงานว่าในช่วงปี พ.ศ. 2531 – 2544 มีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยของค่ารักษายาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 14 ต่อปี จาก 3,156 ล้านบาทในปี 2531 เพิ่มขึ้นเป็น 19,181 ล้านบาทในปี 2544 ในขณะที่จำนวนข้าราชการไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก ต่อมาค่ารักษายาบาลก็ยังคงมีการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆดังแผนภาพที่ 1 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2550 กรมบัญชีกลางก็มีรายงานค่ารักษายาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งพบว่ามียอดค่าสูงกว่า 46 ล้านบาท

นอกจากนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมาระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการได้เพิ่มความสะดวกในการเบิกจ่ายโดยการนำระบบการจ่ายเงินตรงระหว่างกรมบัญชีกลางกับโรงพยาบาลมาใช้ ทำให้ผู้ใช้สิทธิไม่ต้องมีการสำรองจ่ายไปก่อนหลังจากมีการใช้บริการรักษายาบาลซึ่งโดยหลักการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการศึกษาในต่างประเทศ แล้วการที่เปิดโอกาสให้ผู้ใช้สิทธิไม่ต้องมีการสำรองจ่ายไปก่อนหลังจากมีการใช้บริการรักษายาบาลจะส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมากขึ้น (Stafford, Davidson, Davidson, et al., 2003) จึงส่งผลให้แนวโน้มของปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลที่สูงขึ้นของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการทวีความรุนแรงมากขึ้น

แผนภาพที่ 1 ค่าใช้จ่ายของค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 – 2552



กรมบัญชีกลางได้มีความพยายามในการแก้ปัญหาข้างต้นหลายประการเช่นการปฏิรูประบบในปี พ.ศ. 2541 โดยการลดทอนสิทธิประโยชน์บางด้านลง โดยจำกัดการเบิกจ่ายค่ายาได้เฉพาะยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ยกเว้นบางกรณีที่แพทย์รับรองว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย การจำกัดจำนวนวันนอน และการงดเว้นการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน ซึ่งผลของมาตรการดังกล่าวยังไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร เนื่องจากช่วยลดค่าใช้จ่ายได้เพียงช่วงแรก คือประหยัดงบประมาณได้ 18 % เทียบกับค่าใช้จ่ายปี 2540 หลังจากนั้นในครึ่งปีหลังของปี 2542 ค่าใช้จ่ายกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้ง (นิภา ศรีอนันต์, 2545) และ (กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาข้าราชการ กรมบัญชีกลาง, 2550) ต่อมาคณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้แนะนำผ่านความเห็นชอบจากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 ให้กระทรวงการคลังดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ เพื่อให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาได้รับคุณภาพในการรักษายาเพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นธรรม โปร่งใส สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวดำเนินการดังนี้ (วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, ศรชัย เตรียมวรกุล และคณะ 2548) 1) จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ 2) จัดทำบัญชีรายการยา และบัญชียาขาย 3) จัดทำระบบการเบิกจ่ายเงินผู้ป่วยใน โดยการกำหนดเพดานงบประมาณ (Global Budget) และจัดสรรโดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group, DRG) 4) จัดให้มีการจ่ายตรงค่ารักษายาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5) ตรวจสอบการใช้จ่ายเงิน 6) ปรับปรุงด้านสิทธิประโยชน์ 7) เน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพ

เมื่อพิจารณาโครงสร้างงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของสิทธิประโยชน์ราชการ พบว่าในปีงบประมาณ 2549 มีค่าใช้จ่ายด้านยาถึงประมาณร้อยละ 30 กรณีผู้ป่วยในและสูงกว่าร้อยละ 50 กรณีผู้ป่วยนอก (ระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ GFMIS, 2550) ดังนั้นยาจึงเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของทางเลือกในการปฏิรูประบบสวัสดิการนี้ สิทธิประโยชน์ด้านยาในปัจจุบันยังคงมีช่องโหว่โดยเฉพาะการให้ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากในทางปฏิบัติผู้มีสิทธิไม่จำเป็นต้องจ่ายร่วมค่ายาในส่วนดังกล่าวแต่อย่างใด เนื่องจากแพทย์จะให้การช่วยเหลือ โดยให้การรับรองว่าผู้มีสิทธิมีความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมบัญชีกลางได้พยายามเปลี่ยนแปลงหรือศึกษามาตรการในการจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาหลายครั้งเช่นการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่ายยาในบัญชียาฯ บางรายการตามบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือการพยายามจัดทำบัญชียาชั่วคราว พร้อมกำหนดเงื่อนไขในการเบิกจ่าย ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้แทนการให้คณะกรรมการแพทย์รับรอง หรือในอนาคตเมื่อมีการประกาศบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับใหม่แล้ว จะให้เบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขการใช้จ่ายที่กำหนดไว้ในบัญชียาดังกล่าวด้วย (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2547) กรมบัญชีกลางได้ร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการพยายามกำหนดขอบเขตการจัดทำบัญชียา รายการยา บัญชีราคายา และระบบข้อมูลยาที่เบิกจ่าย โดยแยกยาออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1.) บัญชียาที่มีสิทธิสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งหมดตามราคาอ้างอิง 2.) บัญชียาที่เบิกได้บางส่วน 3.) บัญชียาที่เบิกไม่ได้ และในระยะยาวผู้มีสิทธิสามารถเลือกรับยาได้ทั้งจากสถานพยาบาลหรือร้านขายยาที่จดทะเบียนไว้กับโครงการโดยไม่ต้องทดลองจ่ายเอง (นริรัตน์ ธรรมโรจน์, 2550) อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวก็ไม่ได้นำมาใช้จริงในทางปฏิบัติ

ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีเจตนารมณ์ที่จะรวมระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและระบบประกันสังคมเข้ากับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และการให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการนำระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล ที่มีอยู่หลายระบบมาจัดการร่วมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมด้านการสาธารณสุข ไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนและเพื่อจัดระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การดำเนินการดังกล่าว กฎหมายไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่ต้องดำเนินการอย่างแน่นอน แต่ให้คำนึงถึงความพร้อมของแต่ละฝ่ายในการที่จะตกลงกัน หากยังไม่สามารถดำเนินการได้ ก็เพียงแต่ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานต่อคณะรัฐมนตรีทราบต่อไป ซึ่งปัจจุบันยังไม่อาจตราพระราชกฤษฎีกาตามพระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เนื่องจากกรมบัญชีกลาง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังต้องเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนคนไทยทุกคน จะมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพด้วยระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบตรวจสอบคุณภาพบริการทางการแพทย์ ระบบบริหารการจ่ายค่าชดเชย และการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการประชาชน ซึ่งทั้งหมดยังต้องการพัฒนาอีกระยะหนึ่ง (ปิยาภรณ์ สมบัติยานุชิต, 2550) ในอนาคตเมื่อทุกฝ่ายมีความพร้อม และเริ่มมีการดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังกล่าวข้างต้น โดยการรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเข้ากับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่ลดทอนสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในมุมมองของข้าราชการเอง และอาจเกิดแรงต้านได้มากจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งตัวข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง จากการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่ามีผู้ไม่เห็นด้วยกับการรวมระบบประกันสุขภาพของประเทศเป็นระบบเดียวถึงร้อยละ 68 (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545)

จากสถานการณ์ทั้งหมดที่กล่าวมามีความเป็นไปได้ว่าสิทธิประโยชน์ด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อาจจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างแน่นอนไม่มากก็น้อยในระยะเวลาอันใกล้นี้ จึงเป็นที่มาของการวิจัย ซึ่งต้องการศึกษารูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่เป็นไปตามความต้องการและข้าราชการ ในฐานะผู้ใช้สิทธิของระบบสวัสดิการดังกล่าวสามารถยอมรับได้มากที่สุด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจวางนโยบาย ในอดีตมีงานวิจัยที่พยายามออกแบบสิทธิประโยชน์เพื่อหารูปแบบของสิทธิประโยชน์ที่พึงประสงค์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดย พิมพัชรา ต้นเวชศิลป์ (2551) โดยการใช้เทคนิค conjoint analysis ในการวิเคราะห์หารูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ข้าราชการเป็นผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจมากที่สุด รวมถึงการใช้เทคนิคการจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segment analysis) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อยตามประเภทขององค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา ผลการวิจัยพบว่าผลลัพธ์ที่ได้ยังคงเป็นปัญหาที่อธิบายได้ยากเช่นพบว่าข้าราชการมีความพึงพอใจกับการมีส่วนร่วมจ่ายในอัตราที่สูง ซึ่งขัดแย้งกับหลักความจริงเป็นต้น

งานวิจัยจากต่างประเทศของ Cline and Gupta (2005) ได้ทำการวิจัยถึงรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยได้มีการกล่าวอ้างถึงกระบวนการตัดสินใจ (judgment process) 2 แบบหลักคือกระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ซึ่งมีสมมุติฐานว่าหากผู้ตัดสินใจ

ไม่พึงพอใจต่อคุณลักษณะ (attribute) ใดหรือคุณลักษณะที่มีค่าเป็นลบต่อการตัดสินใจ คุณลักษณะนั้นจะสามารถถูกกลบเกลื่อนได้ด้วยคุณลักษณะอื่นๆที่เป็นบวก ดังนั้นในกระบวนการตัดสินใจดังกล่าว แม้สิทธิประโยชน์ใดที่มีคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ก็สามารถเป็นสิทธิประโยชน์ที่มีความเหมาะสมได้เนื่องจากสามารถยอมรับในคุณลักษณะอื่นๆที่เป็นบวกในสิทธิประโยชน์นั้นได้ อาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่าผู้ตัดสินใจจะทำการพิจารณาในแต่ละคุณลักษณะในแต่ละสิทธิประโยชน์อย่างละเอียดและครบถ้วน ในขณะที่กระบวนการตัดสินใจแบบ configural จะมีสมมุติฐานว่าด้วยการกำหนดค่ายอมรับต่ำสุดที่สามารถยอมรับได้ (minimum cutoff value) หากสิทธิประโยชน์ใดมีคุณลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่ไม่ผ่านค่ายอมรับต่ำสุด สิทธิประโยชน์นั้นก็จะไม่ได้รับความสนใจ ไม่มีการประเมินถึงคุณลักษณะอื่นๆอีกต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ตัดสินใจพิจารณาสหสิทธิประโยชน์รูปแบบอื่นต่อไป Cline and Gupta (2005) ยังได้กล่าวถึงเทคนิค conjoint analysis ว่าเป็นการอนุมานให้ผู้ตัดสินใจใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ทั้งหมด ซึ่งในความเป็นจริงผู้ตัดสินใจบางรายอาจใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ configural ก็ได้ และในเวลาต่อมา Cline and Gupta (2006) ก็ได้ใช้ policy-capturing analysis มาศึกษาคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา จากข้อจำกัดของ conjoint analysis จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการวิจัยของ พิมพัวรา ตันเวชศิลป์ (2551) สามารถอธิบายได้ยาก ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาวิธีการวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการทั้งด้วยเทคนิค conjoint analysis ที่อนุมานว่าผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory ทั้งหมดและเทคนิคของ judgment process ที่มีการแยกว่าผู้ตัดสินใจใช้กระบวนการตัดสินใจแบบใด รวมถึงการใช้ policy-capturing analysis เพื่อใช้ศึกษาหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาวิธีการวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการทั้งด้วยเทคนิค conjoint analysis ที่อนุมานว่าผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory ทั้งหมด และเทคนิคของ judgment process ที่มีการแยกว่าผู้ตัดสินใจใช้กระบวนการตัดสินใจแบบใด รวมถึงการใช้เทคนิค policy-capturing analysis เพื่อใช้ศึกษาหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในอนาคตหากภาครัฐต้องการเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ภาครัฐสามารถเลือกใช้วิธีที่จะศึกษารูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาถึงรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของข้าราชการ ในฐานะผู้ใช้สิทธิของระบบได้

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษารูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางของการออกแบบ
สิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่งจะนำมาพิจารณาร่วมกับรูปแบบการปฏิรูปสิทธิประโยชน์ด้านยาของ
ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ เพื่อหาแนวทางในการออกแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่มี
ความเหมาะสม รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเพื่อนำมาใช้อธิบาย
กระบวนการตัดสินใจของข้าราชการ และการทบทวนในส่วนของการวัดและวิเคราะห์เชิงสถิติ
conjoint analysis และ standard linear regression model

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในอดีตเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น รูปแบบการใช้บริการทางสุขภาพที่คนส่วนใหญ่คุ้นเคยเป็น
อย่างดีคือ การเข้าไปใช้บริการทางสุขภาพจากสถานพยาบาลประเภทใดประเภทหนึ่ง เช่น ไป
โรงพยาบาล ไปร้านยา ก็มีการจ่ายค่าบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง ซึ่งในการใช้บริการดังกล่าว
จะมีผู้ที่เกี่ยวข้องหลักอยู่ 2 ฝ่ายคือ ผู้ใช้บริการ (user) นั่นคือผู้ป่วย และผู้ให้บริการ (provider) ได้แก่
แพทย์ บุคลากรทางสาธารณสุข รวมไปถึงสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิก
แพทย์ คลินิกทันตกรรม ร้านยา ซึ่งค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจะเป็นเงินที่ผู้ให้บริการจ่ายให้แก่ผู้
บริการเองโดยตรง หรือเรียกว่า เงินจ่ายออกจากกระเป๋า (out of pocket payment) แต่ในยุค
ปัจจุบันมีระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้บริการทางสุขภาพ โดย
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบทั้ง 3 กลุ่มคือผู้ใช้สิทธิหรือสมาชิกของระบบ (member) ผู้ให้บริการ
(provider) และผู้ให้ประกันหรือผู้จ่ายเงิน (payer) โดยผู้ให้ประกันจะมีบทบาทในการออก
ข้อกำหนดเกี่ยวกับการจ่ายค่าบริการ รวมไปถึงการกำหนดกติกา ข้อกำหนดเรื่องการจ่ายเงิน และ
สิทธิประโยชน์ที่ผู้จ่ายจะได้รับ ก่อนที่จะเกิดการให้บริการทางสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการ กล่าวคือเมื่อผู้ให้บริการมีประกัน
สุขภาพ อาจไม่ต้องจ่ายค่าบริการเลย หรือร่วมจ่ายเพียงจำนวนน้อยเท่านั้น โดยผู้ให้ประกันจะเป็นผู้
จ่ายค่าบริการทั้งหมด หรือจ่ายส่วนต่างระหว่างค่าบริการเต็มจำนวนกับส่วนที่ร่วมจ่าย ซึ่งการจ่าย

อาจมีวิธีที่ต่างกันไปโดยผู้ให้ประกันจ่ายให้ผู้ให้บริการโดยตรง หรือผู้ให้บริการจ่ายเงินไปก่อนแล้วเบิกคืนจากผู้ให้ประกันภายหลัง

ในประเทศไทยสามารถแบ่งระบบประกันสุขภาพได้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยมีรายละเอียดต่างๆในแต่ละระบบดังนี้

ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme, UC)

ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือแต่เดิมเรียก “โครงการ 30 บาท” ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยในปี 2002 โดยการกำหนดเป็นพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เนื่องจากในอดีตพบว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการทางสุขภาพอย่างเพียงพอ และเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับบริการทางสุขภาพของประชาชน และการได้รับบริการทางสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานเหมาะสมกับราคาที่ใช้บริการจ่ายไป ซึ่งขัดต่อกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ที่มีเจตนารมณ์ให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และมีการให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนคนไทย เพื่อให้คนไทยทุกคนมีสิทธิในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ (Indaratna and Sreshthaputra, 2001)

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (2545) ได้ระบุว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบประกันสุขภาพที่ใหญ่ที่สุด ครอบคลุมบุคคลที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากหลักประกันสุขภาพอื่น บริหารจัดการโดยหน่วยงานของรัฐบาล คือ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ นั่นคือรัฐบาลทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายค่าบริการทางสุขภาพให้แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ในที่นี้คือ สถานพยาบาลของรัฐ และเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งลักษณะของการจ่ายจะเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากร (Capitation) ซึ่งกำหนดไว้ครั้งแรกในอัตรา 1,404 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งในแต่ละสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จะได้รับค่าบริการมากหรือน้อย แตกต่างกันไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่เข้ามาใช้บริการ หรือขึ้นทะเบียนไว้ ณ สถานพยาบาลแห่งนั้น โดยแหล่งงบประมาณของรัฐได้มาจากการเสียภาษีของประชาชนคนไทย (Indaratna and Sreshthaputra, 2001)

ในตอนแรกเมื่อผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดความเจ็บป่วยหรือต้องการรับบริการทางสุขภาพ จะสามารถไปใช้สิทธิของตนได้ที่สถานพยาบาลที่โครงการกำหนดไว้ โดยมีส่วนร่วมจ่ายต่อการใช้บริการ 30 บาทต่อครั้ง โดยการจ่าย 30 บาท จะครอบคลุมค่าบริการทาง

สุขภาพโดยกว้างๆ (วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ, 2545) ดังนี้ 1) บริการผู้ป่วยนอก: ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและตนเองได้ขึ้นทะเบียนไว้ โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า 2) บริการผู้ป่วยใน: ใช้บริการจากโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้เท่านั้น ระยะเวลาในการพักรักษาตัวตามสิทธิประเภทคนไข้ในได้ไม่เกิน 180 วัน ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 3) บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: ใช้สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการแห่งใดก็ได้ แต่จำกัดการเข้ารับบริการไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี เมื่อเข้ารับบริการนอกหน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ 4) คลอดบุตร: รวมไม่เกิน 2 ครั้งนับแต่เริ่มโครงการ ไม่จำกัดวงเงิน แต่อย่างไรก็ตามระบบได้จำกัดไม่ให้มีการเข้าถึงบริการอื่นๆ ที่เกิดความจำเป็นเช่นสิทธิการใช้ยานอวกาศบัญชาหลักแห่งชาติ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และหากต้องการอยู่ห้องพิเศษต้องจ่ายค่าห้องพิเศษเองเป็นต้น นอกจากนี้ต่อมาในปีพ.ศ. 2550 รัฐบาลได้ประกาศยกเลิกการมีส่วนร่วมจ่าย ทำให้โดยทั่วไปผู้ใช้สิทธิไม่ต้องจ่ายค่าบริการใดๆ ในการไปใช้บริการในแต่ละครั้ง

ระบบประกันสังคม (Social security scheme, SSS)

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2545) ได้กล่าวถึงระบบประกันสังคมว่ามีขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างของธุรกิจเอกชน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมกันโดยตัวลูกจ้าง นายจ้าง และผู้เสียภาษี บริหารงานโดยสำนักงานประกันสังคม โดยหลักการของระบบคือ ผู้มีสิทธิจะเป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามรายได้ของตน การเก็บเบี้ยประกันจากผู้มีสิทธิมักทำในรูปแบบการหักจากเงินเดือนในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือน ดังนั้นผู้ที่มีรายได้มากจะต้องจ่ายค่าประกันที่มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย แต่มีสิทธิในการใช้บริการเท่ากัน ซึ่งนอกจากการเก็บเบี้ยประกันจากลูกจ้างแล้ว นายจ้างและรัฐจะต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วยเช่นกัน เพื่อนำเบี้ยประกันดังกล่าวไปเป็นค่าบริการ จ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ โดยอัตราส่วนในการเก็บเบี้ยประกันของลูกจ้าง นายจ้างและภาครัฐ เท่ากับ 1.5% รวมทั้งหมด 4.5%

จากงานวิจัยของ Tangcharoensathien, Supachutikul and Lertiendumrong (1999) พบว่าระบบประกันสังคมถูกนำเข้ามาใช้ในปี พ.ศ. 2540 ลักษณะของการจ่ายค่าบริการต่อสถานบริการทางสุขภาพจะเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากร (capitation) เช่นเดียวกับโครงการ 30 บาท เนื่องจากเมื่อคำนวณงบประมาณค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยเท่ากับ 2,260 ล้านบาท ต่อ 1.8 ล้านคน ขณะที่ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายสำหรับการคลอดบุตร และค่าใช้จ่ายด้านยาที่มีปริมาณสูงมาก ซึ่งงบประมาณจากเบี้ยประกันมีเพียง 3,000 ล้านบาท ซึ่งไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้หากมีการกำหนดจ่ายแบบตรงตามรายการ (fee-for-service) จึงเป็นที่มา

ของการนำวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากรมาใช้ เพื่อลดการค่าใช้จ่ายที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวไว้ที่ 700 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งในแต่ละสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับค่าบริการ มาก-น้อย แตกต่างกันไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่เข้ามาใช้บริการ หรือขึ้นทะเบียนไว้ ณ สถานพยาบาลแห่งนั้น โดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ (รัฐหรือเอกชน) ได้ปีละครั้ง

ระบบประกันสังคมจะให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพเฉพาะผู้มีสิทธิเท่านั้น ไม่ครอบคลุมไปยังครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยสามารถไปใช้สิทธิได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิ โดยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย หากไปใช้สิทธิในสถานพยาบาลอื่นๆ ต้องมีการสำรองจ่าย นอกจากนี้ระบบประกันสังคมจะจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อต้องหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย คลอดบุตร หรือทุพพลภาพ ค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ในกรณีเสียชีวิต โดยระบบประกันสังคมจะให้การคุ้มครองในบริการทางสุขภาพกว้างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมของวิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ (2545) ได้แก่ 1) บริการผู้ป่วยนอก: ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชนที่ระบุในบัตรรับรอง โดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า ยกเว้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุแล้วไม่สามารถเข้าไปสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลใดก็ได้แต่ต้องสำรองจ่ายไปก่อน และเบิกคืนได้ตามวงเงินที่กำหนดจำกัด และไม่เกินปีละ 2 ครั้ง 2) บริการผู้ป่วยใน: ใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่ผู้ประกันตนเลือกไว้เท่านั้น ใช้ระยะเวลารักษาดำเนินในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในไม่เกิน 180 วัน/ปี (หลังจากนั้นขึ้นกับวินิจฉัยของแพทย์) 3) บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: กรณีอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ 72 ชั่วโมงแรกเบิกตามจริง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ส่วนการใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนระบบจะจ่ายตามอัตรากำหนด ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ส่วนกรณีฉุกเฉินหากจะใช้บริการโรงพยาบาลรัฐและเอกชนได้ โดยระบบจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง ตามอัตรากำหนด ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง และเบิกค่าใช้จ่ายการเคลื่อนย้ายได้ 4) คลอดบุตร: เหมาจ่ายไม่เกิน 4,000 บาท เบิกค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้ประกันตนหนึ่งราย ผู้ประกันตนหญิง ได้สิทธิรับเงินค่าสงเคราะห์การหยุดงานคลอดบุตร 5) ค่าห้องพิเศษได้สิทธิไม่เกินวันละ 700 บาท แต่อย่างไรก็ตามระบบได้จำกัดไม่ให้มีการเข้าถึงบริการอื่นๆ ที่เกินความจำเป็น ได้แก่ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การตรวจสุขภาพประจำปี รวมไปถึงการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้จะไม่มีข้อจำกัดในการใช้ยาดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติสถานพยาบาลที่ให้บริการมักจะไม่มีแรงจูงใจในการจ่ายยาที่มีราคาแพง

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS)

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันให้กับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอีกไม่เกิน 3 คน โดยรัฐบาลซึ่งเป็นนายจ้างใช้เงินภาษีจ่ายให้เพื่อเป็นสวัสดิการ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลคือกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถูกนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2503 โดยให้ความคุ้มครองแก่ผู้มีสิทธิและครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้มีสิทธิสามารถเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐได้อย่างอิสระ โดยไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจ่ายต่อการใช้บริการในแต่ละครั้ง ซึ่งแต่เดิมต้องมีการสำรองจ่ายไปก่อนในการใช้บริการ แล้วจึงนำไปเสร็จไปขอเบิกคืนย้อนหลังกับต้นสังกัด (indemnity) ซึ่งทางสถานพยาบาลจะคิดค่าบริการทางการแพทย์เป็นแบบจ่ายตรงตามรายการ (Fee-for-service) ต่อมากรมบัญชีกลางได้จัดให้มีระบบการจ่ายตรงโดยที่ผู้รับบริการไม่ต้องสำรองจ่ายไปก่อน จากข้อมูลรายงานประจำปี 2549 ของกรมบัญชีกลาง พบว่า ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2549 มีข้อมูลของผู้มีสิทธิในระบบทั้งสิ้นจำนวน 7,704,030 ราย (กรมบัญชีกลาง, 2549) โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะให้การคุ้มครองในบริการทางสุขภาพกว้างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมของ วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ (2545) ได้แก่ 1) บริการผู้ป่วยนอก: ใช้บริการได้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งแต่ต้องสำรองจ่ายไปก่อนแล้วนำไปเสร็จมาเบิกคืนภายหลังจากต้นสังกัด 2) บริการผู้ป่วยใน: ใช้ได้ในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น เบิกค่ารักษาได้ ยกเว้น ค่าอาหารค่าห้องพิเศษ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรวมทั้งค่าซ่อมแซม เบิกตามที่กำหนด จำกัดวันนอน 13 วัน ยกเว้นมีคณะกรรมการแพทย์รับรองให้การพักรักษาตัวต่อไป 3) บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: ใช้ได้ในสถานพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน ใช้ได้บริการได้แต่จำกัดวงเงินค่ารักษายาบาลตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท ส่วนค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา การซ่อมแซม ค่าห้อง ค่าอาหารเบิกตามอัตรากำหนดเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐไม่จำกัดจำนวนครั้ง 4) คลอดบุตร: ได้สิทธิเบิกตามจ่ายจริง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ยกเว้น ค่าอาหารค่าห้องพิเศษ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษารวมค่าซ่อมแซม ให้เบิกตามกำหนด 5) ค่าห้องพิเศษ: ได้สิทธิไม่เกินวันละ 600 บาท เบิกได้ 13 วัน (มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ) ยกเว้นมีกรรมการแพทย์รับรอง อย่างไรก็ตามระบบได้จำกัดไม่ให้มีการเข้าถึงบริการอื่นๆที่เกินความจำเป็น ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี จะจำกัดเฉพาะตัวของข้าราชการไม่รวมครอบครัว ส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติปกติไม่ได้สิทธิ (ยกเว้นกรณีที่มีคณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาลลงความเห็นว่ามีความจำเป็น)

การบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยา

ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ก็อาจทำให้มีการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายของการใช้บริการสุขภาพที่อาจเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายด้านยาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่มักจะมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกระบบสาธารณสุขและเป็นสัดส่วนสำคัญอันหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมด Olson (2003) ได้กล่าวถึงวิธีการสำหรับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยา วิธีการดังกล่าว ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยตามสถานะของโรค (Disease state management), การจำกัดปริมาณการใช้ (Quantity limitation) การขออนุมัติก่อนการใช้ (Prior authorization) ระบบทบทวนการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Drug utilization review) การใช้บัญชีรายการยาแบบเปิดและปิด (Open and closed formulary) ระบบการรับยาจากร้านยาหรือทางไปรษณีย์ (Retail and mail order) การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้บริโภค (Consumer cost sharing) ซึ่งในที่นี้จะเจาะจงทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อการจำกัดปริมาณการใช้ (Quantity limitation) การขออนุมัติก่อนการใช้ (Prior authorization) การบริหารบัญชีรายการยา (Formulary management) และการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้บริโภค (Consumer cost sharing) เนื่องจากเกี่ยวข้องกับตัวผู้ใช้สิทธิโดยตรง

การจำกัดปริมาณการใช้ (Quantity limitation)

Olson (2003) ได้ให้ความหมายของ quantity limitation ว่า การควบคุมการเข้าถึงยา ผ่านการจำกัดปริมาณที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นวิธีการหนึ่งสำหรับการบริหารสิทธิประโยชน์ด้านยา ในประเทศสหรัฐอเมริกา มักจำกัดปริมาณยาที่ได้รับในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้ใน 1 เดือน สำหรับผู้ป่วยหนึ่งราย ซึ่งปริมาณยาที่ได้รับอาจมากกว่า 1 เดือนได้ขึ้นกับการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ในผู้ป่วยแต่ละราย หรือในแต่ละช่วงเวลาของการรักษาโรค เช่นเดียวกับ Thomas, Larson and Bell (1996) ได้กล่าวถึงการจำกัดปริมาณยาไว้ว่า การจำกัดปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง ส่วนมากสิทธิประโยชน์จะกำหนดปริมาณ ยาที่จ่ายได้ต่อครั้งไว้ที่ 30 วัน หรือเป็นยาจำนวน 100 หน่วยของการบริโภค โดยปริมาณยาดังกล่าว อาจแปรเปลี่ยนโดยผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นครั้งแรก อาจจะได้ยาในปริมาณที่เพียงพอต่อการรับประทาน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นในระยะติดตามอาการจะ มีการเพิ่มจำนวนยาเป็นเวลา 30 - 90 วัน ส่วนวิธีการที่ ตรงข้ามกันโดยสิ้นเชิง คือ การให้ยาจำนวนมากคือประมาณ 3 - 6 เดือนต่อการรับยา 1 ครั้ง ซึ่งมักจะ ใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืด เป็นต้น Soumerai, Ross-Degnan, Avorn, et al. (1991) พบว่าการจำกัดจำนวนใบสั่งยาให้มี

จำนวนไม่เกิน 3 ใบในผู้ป่วย 1 ราย ใน 1 เดือน สามารถช่วยลดปริมาณการใช้ยาได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง แต่อย่างไรก็ตามควรมีการพิจารณาถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการรักษาโรค อย่างถี่ถ้วนก่อนนำไปใช้จริง เนื่องจากหากการจำกัดปริมาณยาและจำนวนยามากเกินไป ส่งผลให้การเข้าถึงยาที่มีความจำเป็นต่อการรักษาในแต่ละโรคของผู้ป่วยลดลงอันจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการรักษาโรคลดต่ำลง สำหรับในประเทศไทย พิมพัร่า ดันเวทิลป์ (2551) ได้กล่าวถึงข้อดีของการจำกัดปริมาณยาที่ได้รับไว้ว่า การจ่ายยาให้ผู้ป่วยในช่วงสั้นๆ จะช่วยลดความเสี่ยงเปลี่ยนหากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมียาเหลืออยู่ที่บ้านจำนวนมาก นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยมารับยาถี่ๆ ยังเป็นกลไกที่ทำให้มีการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีผลพลอยได้ในการเพิ่มรายได้ให้กับระบบจากเงินที่ผู้ป่วยร่วมจ่ายต่อครั้งอีกด้วย

การขออนุมัติก่อนการใช้ (Prior authorization)

การจำกัดการเข้าถึงยาบางชนิด เป็นอีกวิธีการหนึ่งสำหรับการควบคุมค่าใช้จ่าย Olson (2003) ได้กล่าวถึงวิธีการนี้ว่า เป็นกระบวนการจำกัดการใช้ยาบางประเภท สามารถใช้ยาประเภทนี้ได้ ก็ต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากแพทย์ผู้สั่งจ่ายและผู้ให้ประกัน การกระทำดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อ จำกัดและควบคุมการใช้ยาบางประเภท อันได้แก่ ยาใหม่ยาที่ราคาแพง ยาอันตราย และยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะบางสถานการณ์เท่านั้น ในขณะที่เดียวกันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกันแต่มีราคาถูกกว่า เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย

Smalley, Griffin, Fought, et al. (1995) ได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการลดค่าใช้จ่ายด้านยา โดยวิธีการ Prior authorization โดยการจำกัดการเข้าถึงยากลุ่ม NSAIDs ที่มีราคาแพง พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ถึง 53%

แต่อย่างไรก็ตาม วิธีการนี้ยังคงมีจุดด้อยหลายแห่ง คือ ต้องมีค่าใช้จ่ายสำหรับการบริหารที่สูง ใช้เวลามากในการดำเนินงาน และมีความยุ่งยากไม่สะดวกต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้ให้ประกัน ส่งผลให้วิธีการดังกล่าวไม่ได้รับความพึงพอใจเท่าที่ควร (Herrier, Spencer and Davis, 2000) และ (Motheral, Fairman, Teitelbaum, et al., 1996) นอกจากนี้ MacKinnon and Kumar (2001) ยังกล่าวไว้ว่ามีหลักฐานค่อนข้างน้อยในการยืนยันถึงผลดีของวิธีการนี้

การบริหารบัญชียา (Formulary management)

สำหรับการบริหารบัญชียา Olson (2003) ได้กล่าวว่า เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการบริหารสิทธิประโยชน์ด้านยา บัญชียา คือ บัญชีรายชื่อของยา ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ให้ประกัน พบว่ามีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย โดยมีประสิทธิภาพในการรักษา และมีความประหยัดค้ำค่า สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Society of Hospital Pharmacists, ASHP) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการกำหนดบัญชียาว่า เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น โดยก่อให้เกิดการคัดเลือกและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยลดความฟุ่มเฟือยจากการใช้ยาเกินความจำเป็นได้ มีหลักฐานยืนยันว่าการใช้บัญชียา ร่วมกับวิธีการบริหารสิทธิประโยชน์ด้านยาวิธีการอื่นๆ จะสามารถช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้เป็นอย่างมาก (Rucker and Schiff, 1990) โดยบัญชียาจะแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1) บัญชียาแบบเปิด (Open/unrestricted formulary)

บัญชียาแบบเปิด เป็นบัญชียาที่ประกอบไปด้วยยาจำนวนมาก ไม่มีการควบคุมจำกัดจำนวน สามารถเพิ่มยาเข้าสู่รายการได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้หลายชนิด แต่พบว่ายังไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่า บัญชียาแบบเปิดสามารถช่วยควบคุมต้นทุนได้ เนื่องจากไม่มีการจำกัดหรือควบคุมใดๆ ส่งผลให้บัญชียาชนิดนี้ไม่เป็นที่นิยมนัก ซึ่งผลการสำรวจของ Pharmacy Benefit Management Institute (2001) ในรัฐโอริโชน่า พบว่า ในปี 1999 – 2000 มีจำนวนการใช้ บัญชียาแบบเปิดลดลง จาก 67% เหลือ 59%

2) บัญชียาแบบปิด (Closed/restricted formulary)

บัญชียาแบบปิด เป็นบัญชีที่มีการจำกัดจำนวนยาในรายการ ส่งผลให้การเข้าถึงยาในบางรายการที่ไม่มีความจำเป็นได้ยาก รวมไปถึงการจะเพิ่มยาเข้าในรายการจะต้องผ่านกระบวนการพิจารณาและคัดเลือกอย่างเข้มงวด ทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ จากงานวิจัยของ Bloom and Jacobs (1985) และ Horn, Sharkey, Tracy, et al. (1996) พบว่าการนำบัญชียาแบบปิดมาใช้สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอกได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม ต้องมีการคัดเลือกและพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนในแต่ละรายการยา หากตัดรายการยาที่มีความจำเป็นออกไปมาก อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดต่ำลง ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายอื่นๆที่ตามมา เช่นเดียวกับรายงานของ Bloom and Jacobs (1985) ที่แม้จะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ถึง 79% แต่ต้องมีค่าใช้จ่ายในด้านแพทย์และผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น

สำหรับในประเทศไทยเสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (2545) กล่าวถึงความสำคัญของบัญชีรายการยาว่า ในระบบประกันสุขภาพที่ใช้วิธีการจ่ายค่าบริการแบบต่อรายการ การกำหนดบัญชีรายการยาและอัตราที่เบิกจ่ายได้นั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ให้ประกัน เนื่องจากชนิดและราคาของยาที่เบิกจ่ายได้เหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อต้นทุนของบริการ การเบิกจ่ายค่ายาอย่างไม่มีข้อจำกัดย่อมทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นได้ ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดบัญชีรายการยาร่วมกับมาตรการอื่นเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเสนอให้มีบัญชีรายการยา 3 ประเภทหลัก ดังนี้ 1) บัญชีรายการยาที่เบิกได้เต็ม ผู้ใช้สิทธิสามารถเบิกจ่ายที่มีในบัญชีนี้ได้เต็ม ยาที่อยู่ในรายการประเภทนี้มักเป็นยาที่จำเป็นและมีประสิทธิผลคุ้มราคา 2) บัญชีรายการยาที่เบิกได้บางส่วน ประกอบด้วยยาระดับทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ ซึ่งความคุ้มราคาเมื่อเทียบกับประสิทธิผลนั้นยังไม่สูงเท่ายาในกลุ่มแรก ซึ่งผู้ให้ประกันอาจกำหนดให้ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบโดยการร่วมจ่ายค่ายาบางส่วน 3) บัญชีรายการยาที่เบิกไม่ได้ เป็นยาที่ประสิทธิผลยังไม่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป หรือมีความคุ้มค่าต่ำ หรือถือว่าไม่มีความจำเป็น ซึ่งผู้ให้ประกันจะไม่จ่ายค่ายาในกลุ่มนี้ให้แก่ผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมจ่าย (Cost sharing)

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (2545) กล่าวถึงส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันว่า หมายถึง เงินที่ผู้ใช้บริการจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ ณ จุดที่ใช้บริการ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการให้บริการ โดยส่วนร่วมจ่ายมักเป็นสัดส่วนจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับค่าบริการทั้งหมด เนื่องจากในระบบประกันสุขภาพที่ผู้มีสิทธิสามารถได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายร่วม มักจะมีแนวโน้มของการใช้บริการที่มากกว่าระบบที่ต้องจ่ายเงินเอง ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดของการกำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่ายาของสมาชิกผู้ใช้สิทธิขึ้น เพื่อวัตถุประสงค์หลักในการลดอัตราการใช้บริการที่มากเกินไป ความจำเป็น เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมของ Olson (2003) ได้พบว่าการกำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง สามารถช่วยลดพฤติกรรมการใช้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่มากเกินไปได้

ในประเทศสหรัฐอเมริกา Merck-Medco Managed Care LLC (2001) ได้รายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเงินที่ใช้ในการร่วมจ่าย มีผลต่อการใช้สิทธิประโยชน์ด้านยา พบว่าการกำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายในปริมาณที่มาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการใช้ยาลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่มีความสำคัญต่อโรคบางรายการได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายเงินในส่วนร่วมจ่ายที่สูงเกินไป ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในด้านอื่นๆเพื่อการรักษาพยาบาลตามมา ดังนั้น ทางผู้ทำวิจัยได้ให้คำแนะนำถึงการกำหนดส่วนร่วมจ่ายไว้ว่า ควรมีการกำหนดส่วน

ร่วมจ่ายไว้ในระดับปานกลาง 5 – 10% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่นเดียวกับ Navarro (2001) ได้กล่าวถึงอัตราการร่วมจ่ายว่า จำนวนเงินที่สมาชิกจะต้องร่วมจ่ายนั้นควรมีอัตราที่สูงในระดับหนึ่ง เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการรวมถึงควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบ แต่อย่างไรก็ตามอัตรานั้นๆ จะต้องไม่สูงมากจนเป็นอุปสรรคของผู้ใช้บริการในการเข้าถึงยาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งโดยทั่วไประบบประกันสุขภาพจะตั้งอัตราส่วนร่วมจ่ายไว้ประมาณร้อยละ 25 ของราคายาโดยเฉลี่ย และจะมีการปรับเปลี่ยนอัตราดังกล่าวทุกปี ตามราคาของยาที่เปลี่ยนแปลงไป

สำหรับในประเทศไทย เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2545) ได้กล่าวถึงวิธีการต่างๆ ดังนี้

1) จ่ายในอัตราคงที่ (flat rate) ซึ่งเป็นการจ่ายเงินจำนวนคงที่จำนวนหนึ่งต่อหน่วยของบริการแบบหนึ่ง เช่น ต่อการพบแพทย์ 1 ครั้ง ต่อใบสั่งยา 1 ใบ เป็นต้น 2) จ่ายเป็นอัตราร้อยละ (coinsurance) โดยจ่ายเงินเป็นจำนวนร้อยละของค่าบริการ เช่น ร้อยละของค่ายาต่อใบสั่งยา 1 ใบ หรือร้อยละของค่ายาต่อรายการ 3) การจ่ายเฉพาะส่วนแรก (deductible) ผู้ใช้บริการจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรกเป็นเงินจำนวนหนึ่ง ส่วนที่เกินจากนั้นผู้ให้ประกันจะจ่ายให้ เช่น สิทธิประโยชน์ระบุว่าผู้ให้บริการต้องจ่ายค่ารักษาส่วนแรก 200 บาทต่อครั้ง ถ้าค่ารักษาจริงคิดเป็นเงิน 180 บาท ผู้ใช้บริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด แต่ถ้าค่ารักษาคิดเป็นเงิน 800 บาท ผู้ใช้บริการต้องจ่าย 200 บาท และผู้ให้ประกันจ่ายให้ 600 บาท 4) การจ่ายส่วนเกินจากอัตราที่กำหนด (excess or difference) ผู้ใช้บริการจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่สูงเกินมูลค่าที่ระบบประกันครอบคลุม เช่น การจ่ายค่าห้องพิเศษในส่วนที่เกินจากค่าห้องปกติ 5) การจ่ายส่วนที่ไม่ครอบคลุม (exclusion) ผู้ใช้บริการจะต้องจ่ายเองในส่วนที่ระบบประกันไม่รับผิดชอบ หรือไม่ครอบคลุม ซึ่งมักเป็นบริการและสินค้าบางประเภท เช่น ค่าแว่นตา ค่าบริการจัดฟัน เป็นต้น

นอกจากนี้ Navarro (2001) ได้กล่าวถึงอีกวิธีการหนึ่ง คือ การกำหนดระดับการร่วมจ่าย หรือที่เรียกว่า copayment tiers ซึ่งแต่ละระดับหรือ tier จะมีอัตราการร่วมจ่ายที่แตกต่างกัน โดยอัตราร่วมจ่ายจะสูงขึ้นหากผู้ใช้สิทธิมีความต้องการใช้ยาบางประเภทที่ไม่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่มีอัตราการร่วมจ่ายต่ำ แนวคิดของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายนี้ อาจนำมาเป็นมาตรการในการส่งเสริมการใช้ยาสามัญ (generic incentives) เพื่อช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา (Olson, 2003)

การส่งเสริมการใช้ยาสามัญเป็นการกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาทางเลือกที่มีราคาถูกลงกว่า หรือการเลือกใช้ยาสามัญแทนการใช้ยาดัชนีแบบที่มีราคาแพงกว่า จัดเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างกว้างขวาง จากการสำรวจของ Pharmacy Benefit Management Institute (2000, 2001) พบว่ามีการกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาในกลุ่มยาสามัญแทนที่ยาในกลุ่มดัชนีแบบ เมื่อมีการยอมรับในประสิทธิภาพของการรักษาในยาสามัญว่ามีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับยาดัชนีแบบที่มี

ราคาแพง ซึ่งการกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาสามัญ สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้อย่างมาก จาก รายงานของ Reuters Health Information (2002) ได้กล่าวถึงกลุ่ม Blue Cross Blue Shield of Michigan ได้ทำการส่งคู่มือที่ครอบคลุมส่วนร่วมจ่ายสำหรับยาในกลุ่มสามัญเป็นเวลา 1 เดือน ไปให้ครอบครัวที่เป็นสมาชิกประมาณ 7,000 ราย จากผลการส่งเสริมให้มีการใช้ยาในกลุ่มยาสามัญ พบว่าเมื่อมีจำนวนการใช้ยาในกลุ่มสามัญเพิ่มขึ้นเพียง 1% สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ถึง 17 ล้านดอลลาร์ต่อลาร์สหรัฐ

ยังมีงานของ Thomas, Larson and Bell (1996) ได้กล่าวถึงแนวความคิดในการกำหนดส่วนร่วมจ่าย เพื่อเป็นการส่งเสริมการใช้ยาในกลุ่มสามัญไว้ดังนี้

1. การร่วมจ่ายในอัตราที่แตกต่างกัน (differential copayments) สมาชิกผู้ใช้บริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตราที่สูงขึ้น หากต้องการใช้ยาดัชนีแบบ (branded product) ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถแยกออกได้เป็น fixed copayment และ multitiered copayment ตามที่ Olson (2003) ได้กล่าวถึงดังรายละเอียด

Fixed copayment: การกำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายในจำนวนเงินที่คงที่ คือ มีส่วนร่วมจ่ายต่อยาหนึ่งรายการ (หรือต่อหนึ่งใบสั่งยา) โดยจะมีการกำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มยาสามัญ และกลุ่มยาดัชนีแบบ หากผู้ป่วยเลือกใช้ยาในกลุ่มดัชนีแบบก็จะต้องมีส่วนร่วมจ่ายที่มากกว่าการเลือกใช้ยาในกลุ่มสามัญ ซึ่งความแตกต่างระหว่างส่วนร่วมจ่ายในยาทั้งสองกลุ่มมักจะพบตั้งแต่ 5- 20 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ (Pharmacy Benefit Management Institute, 2000) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการใช้ยาในกลุ่มสามัญที่มีราคาถูก

Multitiered copayment : การกำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายหลายระดับชั้น เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่าง การควบคุมค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงยาที่มีความจำเป็นของผู้ป่วย เพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการมีส่วนร่วมจ่าย อันส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่มีความจำเป็นต่อการรักษาในแต่ละโรค ปกติลำดับชั้นของการจ่ายจะแบ่งเป็น 3 ระดับกว้างๆ ตามกลุ่มของชนิดยา ได้แก่

ในกลุ่มยาสามัญ จะจัดอยู่ในระดับส่วนร่วมจ่ายต่ำที่สุด (low tier)

ในกลุ่มยาดัชนีแบบที่มีความจำเป็นต่อการรักษาโรค จะจัดอยู่ในระดับส่วนร่วมจ่ายปานกลาง (middle tier)

ในกลุ่มยาดัชนีแบบที่มีความจำเป็นต่อการรักษาโรคน้อย จัดอยู่ในระดับส่วนร่วมจ่ายสูงสุด (highest tier)

จากรายงานของ Scott-Levin (2001) พบว่าการนำรูปแบบ 3 tier copayment system อันประกอบด้วย low/middle/highest tier มาใช้ในการบริหารสิทธิประโยชน์ด้านยา พบว่า 3 tier

system สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ถึง 10% โดยสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จมาจากการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่มีระยะห่างระหว่าง tier ที่เหมาะสมมากเพียงพอที่จะทำให้เกิดการกระตุ้นพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มสามัญของผู้ป่วย หากกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ดังเช่นรายงานของ Field and Perlstein (2002) ที่ได้กล่าวถึงการนำ 3 tier system ไปใช้แล้วไม่เกิดผลสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่าย เนื่องจากส่วนต่างที่กว้างเกินไประหว่างส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำและค่าใช้จ่ายด้านยาที่แท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับจากการใช้บริการในแต่ละครั้ง

2. การจำกัดสิทธิประโยชน์เทียบเท่ากับราคาของยาสามัญเท่านั้น (limited benefit coverage to generic price) โดยผู้ให้ประกันจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้เทียบเท่ากับราคาของยาสามัญเท่านั้น หากผู้ใช้สิทธิต้องการใช้ยาต้นแบบจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนต่างของยาต้นแบบที่เกินจากราคายาสามัญเอง

3. การร่วมจ่ายแบบอัตราร้อยละ (coinsurance) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ใช้สิทธิเกิดความตระหนักถึงราคา และส่งผลต่อการเลือกใ้ยามากขึ้น เนื่องจากยาต้นแบบและยาสามัญมีราคาที่แตกต่างกันมาก การที่ต้องร่วมจ่ายในอัตราที่สูงกว่าเมื่อใช้ยาต้นแบบ จะทำให้ผู้ใช้สิทธิหันมาเลือกใ้ยาสามัญเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับ Olson (2003) ได้กล่าวถึงในเรื่องของการร่วมจ่ายแบบอัตราร้อยละแบบหลายชั้น (multitiered coinsurance) ว่าเป็นการกำหนดส่วนร่วมจ่ายแบบใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการร่วมจ่ายของผู้บริโภคให้มากขึ้นเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมกับราคาที่แท้จริงของยา ซึ่งนอกจากจะเป็นการกระตุ้นให้เลือกใ้ยาสามัญ เนื่องจากต้องมีส่วนร่วมจ่ายที่สูงขึ้นหากเลือกใ้ยาต้นแบบ ยังเป็นการช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาไม่ให้เพิ่มสูงขึ้น ซึ่ง Health Industries Research Companies (HIRC) (2002) ได้กล่าวว่า ในอนาคต การกำหนดส่วนร่วมจ่ายแบบอัตราร้อยละอาจจะประสบผลสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพได้มากกว่าวิธีการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการกำหนดส่วนร่วมจ่ายแบบ copayment อื่นๆ ซึ่งข้อมูลการเปรียบเทียบส่วนร่วมจ่ายทั้งสองแบบยังคงมีน้อย และไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าการเปลี่ยนวิธีร่วมจ่ายทั่วไป ไปเป็นแบบอัตราร้อยละสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้จริง มีเพียงรายงานของ Klepser, Huether, Handke, et al. (2007) ที่ทำการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงวิธีร่วมจ่ายแบบ 3 tier copayment ที่มีส่วนร่วมจ่ายในแต่ละชั้นเท่ากับ 10 /25 /40 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ มาเป็นแบบ 3 tier coinsurance ที่มีส่วนร่วมจ่ายในแต่ละชั้นเท่ากับ 25% /25% / 50% จากการแปลผลพบว่าการเปลี่ยนแปลงจาก copayment เป็น coinsurance มีผลช่วยลดอัตรการเพิ่มค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลได้ใกล้เคียงกัน

และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการช่วยลดปริมาณการบริโภคยาของผู้ป่วยในวิธีการทั้งสอง

Olson (2003) ได้สรุปถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยจากการกำหนดส่วนร่วมจ่ายไว้ว่า แม้จะมีวิธีการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่มีประสิทธิภาพสามารถลดการบริโภคยาและค่าใช้จ่ายด้านยาได้ แต่สิ่งที่ผู้ให้ประกันและผู้ให้บริการทางสุขภาพควรตระหนักถึง คือ ส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อ การให้ความร่วมมือในการรักษา, ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ของการรักษา และที่สำคัญแม้การนำ coinsurance และ copayment มาเปรียบเทียบกับถึงประสิทธิภาพในการลดค่าใช้จ่ายด้านยา ผลลัพธ์ที่ได้คือ coinsurance สามารถลดได้มากกว่าจริง แต่ก็ไม่มีการใดที่เหมาะสมที่สุด หากวิธีการดังกล่าวนำไปสู่การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม ต่ำกว่ามาตรฐาน นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนั้นการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยควรในปริมาณที่เหมาะสม มีปริมาณไม่น้อยเกินจนไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับ หรือมากเกินไปจนไม่สามารถเข้าถึงยาที่มีความจำเป็นต่อการรักษาในแต่ละโรคของผู้ป่วย

สิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ (Preferred drug benefit scheme)

Thomas, Larsonnet and Bell (1996) กล่าวถึงสิทธิประโยชน์ด้านยาว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากเหตุผลหลัก 3 ประการ คือ ใช้ในการควบคุมต้นทุน การสร้างคุณภาพของการให้บริการด้านยา รวมถึงประโยชน์ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ใช้สิทธิ ซึ่งการออกแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาเป็นการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้ประกันและผู้ที่เป็นสมาชิกของสิทธิประโยชน์หรือผู้ป่วย ซึ่งหลักการพื้นฐานที่จะต้องคำนึงถึงในการออกแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา ได้แก่ 1) ความครอบคลุมยาชนิดต่างๆ ในสิทธิประโยชน์ 2) ปริมาณยาที่สิทธิประโยชน์สามารถครอบคลุมได้ 3) ผู้มีสิทธิสามารถรับยาได้จากแหล่งใดบ้าง 4) ผู้มีสิทธิจะต้องมีค่าใช้จ่ายร่วมด้านยาจำนวนเท่าไร นอกจากนี้วัตถุประสงค์หลักของการออกแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา มักเป็นการสร้างสิทธิประโยชน์ที่ตรงตามความต้องการของสมาชิกผู้ใช้สิทธิ และมีความประหยัดค้ำค่า โดยสิทธิประโยชน์ด้านยาที่มีประสิทธิภาพ ควรมีลักษณะที่พึงประสงค์ เช่นเดียวกับจุดมุ่งหมายของการสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในรายงานของ Indaratna and Sreshtaputra (2001) คือ 1) คุณภาพ (quality) ของการให้บริการด้านยา ซึ่งประกอบด้วยลักษณะโครงสร้างพื้นฐานที่มีความสะดวกสบาย มีเครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีความพร้อม มีการให้บริการโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ การให้บริการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และผลลัพธ์ของการ

ให้บริการที่ทำให้ภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น เป็นต้น 2) การเข้าถึงบริการ (accessibility) สิทธิประโยชน์ด้านยาที่มีประสิทธิภาพ จะต้องออกแบบให้สามารถลดทอนอุปสรรคของการเข้าถึงบริการ เช่น อุปสรรคทางการเงิน การคมนาคม หรือสถานที่ตั้ง ซึ่งการมีแหล่งบริการที่มากพอ และอยู่ในทำเลที่เหมาะสมสามารถเข้าถึงได้ง่าย จะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น 3) ความมีประสิทธิภาพ (efficiency) เป็นการใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า เช่น การเลือกจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผล การจ่ายยาที่มีประสิทธิภาพและมีราคาเหมาะสม เป็นต้น 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (member satisfaction) ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้สึกส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการแต่ละรายต่อการบริการ ทั้งในด้านคุณภาพ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่าย เป็นต้น

งานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะหรือรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ในอดีตที่ผ่านมา นั้นมีไม่มากนัก ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการนำคุณลักษณะหรือส่วนประกอบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ที่ไม่แตกต่างกันมากนักมาศึกษาเช่น Holdford and Carroll (2002) ศึกษาในรูปแบบที่พึงประสงค์ของมาตรการที่ใช้ในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่ประกอบด้วยคุณลักษณะ (attribute) ต่างๆคือการมีส่วนร่วมจ่าย สถานที่ที่สามารถรับยา และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ Cline, Gupta, Singh, et al. (2005) ที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยสูงอายุ และมีการทำ focus group interview ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 – 7 คน รวมทั้งหมด 19 คน เพื่อศึกษาถึงคุณลักษณะหรือส่วนประกอบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยสูงอายุ โดยคุณลักษณะที่ได้จากการทำ focus group interview และการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้ การมีส่วนร่วมจ่าย การมีส่วนลดประจำปี การจ่ายเบี้ยประกันประจำปี การจำกัดการจ่ายยาบางชนิด และบริการส่งยาทางไปรษณีย์

สำหรับในประเทศไทย พิมพัรา ดันเวชศิลป์ (2551) ได้สรุปองค์ประกอบหลักของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้แก่การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา โดยมุ่งเน้นที่อัตราการร่วมจ่ายที่แตกต่างกัน 2 แบบ คือ การร่วมจ่ายในอัตราคงที่ (copayment) เป็นจำนวนเงินคงที่ต่อรายการยา และการร่วมจ่ายในอัตราร้อยละของราคายาทั้งหมด (coinsurance) นอกจากนี้ยังมีรายการยาที่เบิกจ่ายได้โดยแบ่งย่อยเป็น 2 กลุ่ม คือสามารถเบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และยังมีช่องทางการรับยาได้แก่ การรับบริการที่โรงพยาบาล และร้านขายยาที่จดทะเบียนไว้กับโครงการ และการจำกัดปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้งได้แก่การจำกัดปริมาณยาที่ได้รับให้เพียงพอต่อ 1 เดือน หรือ มากกว่า 1 เดือน อย่างไรก็ตามวิธีการวิจัยจะใช้วิธีที่แตกต่างกัน

งานวิจัยของ Holdford and Carroll (2002) และงานวิจัยของ พิมพัรา ดันเวชศิลป์ (2551) ศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยาโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนน (rating) สิทธิประโยชน์ที่สมมติขึ้น

(hypothetical drug benefit plan) จากการนำคุณลักษณะ (attribute) ต่างๆของสิทธิประโยชน์ด้านยา มาผนวกกัน จากนั้นจึงใช้ conjoint analysis ในการวิเคราะห์หาระดับการให้ความสำคัญของกลุ่ม ตัวอย่างกับแต่ละคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยที่ Holdford and Carroll (2002) กำหนดคุณลักษณะเป็นการมีส่วนร่วมจ่าย สถานที่ที่สามารถรับยา และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ แต่ละลักษณะจะประกอบด้วย 3 ระดับสำหรับระดับของการมีส่วนร่วมจ่ายคือการร่วมจ่ายในอัตราคงที่ \$0, \$8, และ \$15 ส่วนสถานที่รับยาจะเป็นการที่สามารถรับยาที่ร้านยาใดก็ได้ การมีข้อจำกัดของร้านยาที่สามารถรับยาได้แต่ร้านยาที่เคยรับยารวมอยู่ด้วยและการมีข้อจำกัดของร้านยาที่สามารถรับยาได้แต่ร้านยาที่เคยรับยาไม่รวมอยู่ด้วย ส่วนรายการยาที่เบิกจ่ายได้แบ่งเป็นแบบไม่มีข้อจำกัดของรายการแบบที่บังคับให้ใช้ยาชื่อสามัญในกรณีที่มี และแบบที่จำกัดให้ใช้แต่เฉพาะยาที่มีอยู่ในรายการยาที่กำหนดไว้ และหากเป็นยาที่ไม่มีในรายการจะต้องเปลี่ยนมาใช้ยาที่คล้ายคลึงกันที่อยู่ในรายการหรือมิฉะนั้นต้องจ่ายเงินเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 130 คนให้ความสำคัญกับรายการยาที่เบิกจ่ายได้มากที่สุด โดยต้องการได้รายการยาแบบที่ไม่มีข้อจำกัดของรายการ ส่วนการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญรองลงมา โดยจะประสงค์การมีส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำกว่า และท้ายที่สุดกลุ่มตัวอย่างต้องการรับยาที่ร้านยาใดก็ได้หรือถ้ามีข้อจำกัดของร้านยาที่สามารถรับยาได้แต่ต้องมีร้านยาที่เคยรับยารวมอยู่ด้วย

งานวิจัยของ พิมพัร่า ดันเวชศิลป์ (2551) มีการสร้างรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยา จากการทบทวนวรรณกรรมโดยมีคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์อันได้แก่ องค์ประกอบด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) รายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ช่องทางการรับยา (accessibility) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity) โดยการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา แบ่งเป็น 4 ระดับคือการร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 20 และ 100 บาท และการร่วมจ่ายในอัตราร้อยละ 10 และ 25 ของราคาขายทั้งหมด ส่วนรายการยาที่เบิกจ่ายได้แบ่งเป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและรายการยาที่เบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในขณะที่ช่องทางการรับยาแบ่งเป็นการรับยาที่โรงพยาบาลและการรับยาที่โรงพยาบาล และร้านขายยาที่จดทะเบียนไว้กับโครงการ และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง แบ่งเป็น 1 เดือนและมากกว่า 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่าการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลสูงสุดในการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการ ซึ่งมีค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) คิดเป็นร้อยละ 44.95 โดยที่การร่วมจ่ายแบบอัตราร้อยละ 25 ของราคาขายทั้งหมด เป็นคุณลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด องค์ประกอบที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ องค์ประกอบด้านรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) มีค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ร้อยละ 25.54 โดยข้าราชการส่วนใหญ่ยังคงพึงพอใจกับการใช้สิทธิในบัญชีรายการยา

แบบปิด ซึ่งเบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ มากกว่าการใช้สิทธิในบัญชีรายการยาแบบเปิด ส่วนองค์ประกอบอีก 2 ด้าน ได้แก่ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity) และช่องทางการรับยา (accessibility) เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้สิทธิเพียงเล็กน้อย โดยมีค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 15.69 และร้อยละ 13.82 ตามลำดับ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการมากกว่าองค์ประกอบด้านช่องทางการรับยา (accessibility) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity)

ส่วนงานวิจัยของ Cline and Gupta (2005, 2006) เป็นงานวิจัยที่ต่อเนื่องกันคือ การศึกษารูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (Drug benefit decisions among older adults: A policy-capturing analysis) และการอธิบายกระบวนการตัดสินใจของผู้สูงอายุขณะประเมินความพึงพอใจในรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา (Judgment process in older adult's drug benefit evaluations) โดยที่ผู้ทำวิจัยนำเสนอว่าการใช้ conjoint analysis ในการวิจัยรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยามีข้อจำกัดเพราะเป็นการเหมารวมว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจแบบที่คำนึงถึงการแลกเปลี่ยนระหว่างคุณลักษณะที่ชอบกับคุณลักษณะที่ไม่ชอบ (compensatory model) ผู้ทำวิจัยจึงใช้วิธีการวิจัยที่แตกต่างออกไป ในงานวิจัย Drug benefit decisions among older adults: A policy-capturing analysis ผู้ทำวิจัยได้ทำการสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์จากการทำ focus group interview ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และสร้างเป็นรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยมีรูปแบบของสิทธิประโยชน์ถึง 48 รูปแบบจากการรวมคุณลักษณะในแต่ละหัวข้อดังนี้คือ Copayment (\$5, \$10 หรือ \$15), Annual deductible (\$100 หรือ \$250), Monthly premium (\$35 หรือ \$50), Use of a restrictive formulary (Yes หรือ No), Required use of mail-order pharmacy (Yes หรือ No) โดยนำแบบสอบถามที่ประกอบด้วยสิทธิประโยชน์ทั้ง 48 รูปแบบไปให้ผู้สูงอายุประเมินความพึงพอใจโดยใช้ Likert scale 5 ระดับ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ว่า องค์ประกอบใดที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของผู้สูงอายุ โดยการใช้สมการเชิงเส้นตรงที่เรียกว่า within-subjects multiple regression analysis โดยวัดค่าความสำคัญต่อการตัดสินใจในแต่ละคุณลักษณะจากตัวแปรของสมการเชิงเส้นตรงคือ standardized beta coefficients หากตัวแปรคุณลักษณะใดมีผลต่อการตัดสินใจมากจะส่งผลให้ standardized beta coefficients ของตัวแปรนั้นมีค่ามาก ซึ่งผลการวิเคราะห์ด้วยสมการเชิงเส้นตรงพบว่า ตัวแปรคุณลักษณะที่ได้รับการให้ความสำคัญจากมากไปน้อยคือ Annual deductible, Monthly premium, Copayment, Mail-order pharmacy และ Restrictive formulary ตามลำดับ

ส่วนในงานวิจัย Judgment process in older adult's drug benefit evaluations ผู้ทำวิจัยได้ทำการประเมินกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุทำการประเมินความพึงพอใจในแบบสอบถามสิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่งมีกระบวนการทำที่ต่อยอดมาจากงานวิจัยชิ้นข้างต้นที่มีการสร้างรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยา วิเคราะห์หาความสำคัญในแต่ละตัวแปรคุณลักษณะโดยการใช้สมการเชิงเส้นตรง โดยการนำแนวคิดทางด้านกระบวนการตัดสินใจเข้ามาเกี่ยวข้องโดยกระบวนการตัดสินใจสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ compensatory model และ configural model โดยการตัดสินใจแบบ compensatory สามารถอธิบายได้จากสมการเส้นตรง และการตัดสินใจแบบ configural จะอธิบายได้จากสมการที่ไม่ใช่เส้นตรง ซึ่งในงานวิจัยได้ทำการวัดว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีกระบวนการตัดสินใจอย่างไร เพราะหากในกลุ่มประชากรตัวอย่างมีกระบวนการคิดแบบ configural อยู่ย่อมส่งผลให้การนำสมการเชิงเส้นตรงมาอธิบายภาพรวมของประชากรทั้งหมดผิดพลาดไปจากความเป็นจริง ซึ่งในกระบวนการตัดสินใจแบบ configural ยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบที่มีแนวความคิดแตกต่างกัน คือ conjunctive และ disjunctive โดยสามารถแยกแนวความคิดนี้ได้โดยสมการที่มีความจำเพาะต่อแนวความคิดดังกล่าวคือ scatter model ผลการวิจัยพบว่ามีจำนวนผู้ใช้กระบวนการคิดที่เกิดขึ้นแบบ configural ที่เป็น conjunctive ปะปนอยู่กับความคิดแบบ compensatory อย่างมีนัยสำคัญถึง 37.5%

วิธีการศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ (Methods for Study on Preferred drug benefit schemes)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการที่ใช้ในการศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์จะอาศัยหลักการของแบบจำลองของตัวเลือก (choice model) Marder (1997) ระบุว่า การนำแบบจำลองของตัวเลือกมาใช้ในการศึกษาทางการตลาดเริ่มต้นประมาณปี 1970 โดยแบ่งออกเป็น 2 แนวคิดคือการใช้ conjoint analysis กับการใช้ Single Unit Marketing Model (SUMM) อย่างไรก็ตามพบว่า conjoint analysis เป็นที่นิยมมากกว่าในการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้บริโภค โดยวิธีนี้จะกำหนดว่าคุณค่า (value) ของแต่ละทางเลือกหรือผลิตภัณฑ์จะเกิดจากผลรวม (aggregate) ของคุณค่าของคุณลักษณะของแต่ละทางเลือกหรือผลิตภัณฑ์นั้น ผู้ตัดสินใจจะตัดสินใจจากการพิจารณาความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในคุณลักษณะของแต่ละทางเลือกหรือผลิตภัณฑ์โดยที่บางครั้งผู้ตัดสินใจไม่ได้พึงพอใจในทุกคุณลักษณะแต่หากความพึงพอใจมากกว่าความไม่พึงพอใจในภาพรวมแล้วก็จะตัดสินใจเลือกทางเลือกหรือผลิตภัณฑ์นั้น (compensatory model) จึงเห็นได้ว่าหากผู้ตัดสินใจไม่ได้เลือกทางเลือกหรือผลิตภัณฑ์นั้น โดยวิธีการตัดสินใจดังกล่าวก็อาจทำให้การ

นำ conjoint analysis มาใช้มีข้อจำกัด Cline and Gupta (2005) จึงนำกระบวนการในการตัดสินใจ (judgment process) มาใช้ในการศึกษาสิทธิประโยชน์ที่พึงประสงค์ด้านยา ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมนี้จึงสรุปวิธีการของ conjoint analysis และ judgment process ไว้ดังนี้

เทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ (Conjoint analysis)

Conjoint analysis มีสมมุติฐานที่เกิดจากแนวความคิดที่ว่า “การประเมินมูลค่าของสินค้า เกิดจากการรวมรวมมูลค่าของคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวสินค้านั้น” การศึกษาส่วนแบ่งทางการตลาด เริ่มต้นจากการ สร้างโครงสร้างที่ประกอบด้วยคุณลักษณะย่อยของสินค้าที่ทำการศึกษา คุณลักษณะเหล่านี้จะนำไปสู่การสร้างตัวเลือกเพื่อการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา โครงสร้าง conjoint analysis จะประกอบด้วย attribute และ attribute level โดย attribute จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบของคุณลักษณะโดยกว้าง เช่น สี, กลิ่น, รส เป็นต้น ส่วน attribute level จะเป็นองค์ประกอบย่อยที่ถูกแจกแจงอย่างเป็นระเบียบเพื่อให้ตรงกับ attribute ที่เป็นหัวข้อใหญ่ เช่น หาก attribute คือ สี attribute level ของ สี คือ สีแดง สีขาว สีน้ำเงิน เป็นต้น เมื่อกำหนดและสร้างโครงสร้างเสร็จต่อไปจะเป็นขั้นตอนของการกำหนดมูลค่าของคุณลักษณะที่มีอยู่ในสินค้า โดยการกำหนดมูลค่าจะให้ผู้เข้าร่วมการศึกษารับข้อมูลของคุณลักษณะที่สร้างขึ้นจนครบแล้วให้อ่านทำการให้คะแนนความพึงพอใจในคุณลักษณะต่างๆคุณลักษณะจนครบ จากนั้นผู้ทำวิจัยจะนำคะแนนความพึงพอใจที่ได้มารวมกัน สินค้าใดมีผลรวมของคะแนนความพึงพอใจสูงสุด จะมีส่วนแบ่งทางการตลาดมากที่สุด

สมมุติฐานของ conjoint analysis ได้กล่าวถึงการประเมินมูลค่าของคุณลักษณะไว้ว่า “มนุษย์ไม่สามารถรายงานการประเมินมูลค่าของคุณลักษณะต่างๆในตัวสินค้าได้โดยตรง การประเมินมูลค่าของคุณลักษณะ จะถูกประเมินออกมาในภาพรวมของตัวสินค้า ไม่สามารถแยกประเมินเป็นส่วนๆได้” ดังนั้นในระเบียบวิธีการวัดของ conjoint analysis จะเป็นการวัดความพึงพอใจในภาพรวมของสินค้า ซึ่งจะมีความแตกต่างจากวิธีของ SUMM ที่มีกรวัดคุณลักษณะต่างๆในสินค้าโดยตรง

Conjoint analysis เป็นเครื่องมือในการศึกษาตลาด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ โดยจะทำการศึกษาพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกสินค้าและบริการของผู้บริโภค และค้นหาว่าองค์ประกอบใดของสินค้าและบริการนั้นๆที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อ เนื่องจากสินค้าและบริการแต่ละประเภทย่อมมีองค์ประกอบ (factor) ที่มีผลต่อการพิจารณาเลือกซื้อของผู้บริโภคมากมาย เช่น ราคา สี ส่วนผสม การรับประกันคุณภาพ เป็นต้น ซึ่งเมื่อมองข้อเท็จจริงในท้องตลาด

พบว่าหาได้ยากที่จะมีสินค้าและบริการใดที่มีคุณสมบัติดีเยี่ยมพร้อมทุกด้าน ผู้บริโภคจำเป็นต้องพิจารณาคุณสมบัติด้านต่างๆของสินค้าแต่ละชนิด จากนั้นจะต้องตัดสินใจเลือกที่จะเสียข้อดีของคุณสมบัติบางอย่างไป เพื่อให้ได้มาซึ่งสินค้าและบริการที่มีคุณสมบัติด้านอื่นๆที่ตนพึงพอใจมากกว่าและได้รับประโยชน์สูงสุด (trade-offs) ตัวอย่างเช่น ในการเลือกซื้อรถยนต์ รถยนต์ที่มีขนาดใหญ่จะช่วยเพิ่มความปลอดภัยและมีความสะดวกสบาย แต่ผู้บริโภคจะต้องยอมรับได้กับราคาที่แพงขึ้นกว่ารถยนต์ขนาดเล็ก รวมทั้งค่าใช้จ่ายด้านต่างๆที่สูงขึ้นตามมา เช่น ค่าน้ำมัน เป็นต้น

เทคนิค conjoint Analysis เริ่มต้นโดยการสร้างรูปแบบของสินค้าและบริการขึ้นหลากหลายรูปแบบ (cases) ซึ่งแต่ละรูปแบบนั้นเกิดจากการนำคุณลักษณะปลีกย่อย (factor level) ของแต่ละองค์ประกอบมาจับกลุ่มรวมกันเช่นจากตารางที่ 1 จะเห็นว่ามีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้านของไวน์ และแต่ละองค์ประกอบจะประกอบด้วยคุณลักษณะปลีกย่อย (Factor level) อีก 3 ระดับ หากนำลักษณะย่อยเหล่านี้มาจับกลุ่มกันเป็นรูปแบบสินค้า พบว่ามีความน่าจะเป็นที่จะเกิดแบบของสินค้าและบริการขึ้นทั้งหมด $3 \times 3 \times 3 \times 3 = 81$ รูปแบบ จากนั้นจะให้ผู้บริโภคจัดอันดับความพึงพอใจหรือให้คะแนนต่อรูปแบบสินค้าหลายแบบเหล่านั้นพร้อมๆกัน โดยพิจารณาเปรียบเทียบคุณลักษณะปลีกย่อยขององค์ประกอบแต่ละด้าน ซึ่งจะมีลักษณะเด่นที่แตกต่างกันไปสินค้าแต่ละชนิด ส่วนขั้นตอนของการประมวลผลทำได้โดยการแปลงอันดับหรือคะแนนของผู้บริโภคที่มีต่อรูปแบบสินค้าแต่ละแบบออกเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) ที่ผู้บริโภคมีให้ต่อคุณลักษณะปลีกย่อย (factor level) ขององค์ประกอบแต่ละด้าน และเรียกคะแนนนี้ว่า “part-worths” ซึ่งเป็นค่าแสดงอรรถประโยชน์ (utility) จำเพาะของคุณลักษณะปลีกย่อย (factor level) แต่ละระดับ และหากนำ part-worths ของคุณลักษณะปลีกย่อย (factor level) ทุกตัวขององค์ประกอบหนึ่งๆ มาคำนวณหา relative importance จะทำให้เราทราบว่าองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าและบริการมากน้อยเพียงใด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่ที่ตรงตามความต้องการของผู้บริโภคออกสู่ตลาดต่อไป

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างองค์ประกอบ (factor) คุณลักษณะปลีกย่อย (factor level)

Factor	Factor level
A. Package	1. Bottle 2. Can 3. Carton
B. Country of origin	1. Germany 2. Italy 3. France
C. Price	1. Eur 1.65 2. Eur 1.95 3. Eur 2.35
D. Brand name	1. Wine Prince 2. Socrates 3. White Glory

ตารางที่ 2 แสดงตัวอย่างรูปแบบของผลิตภัณฑ์ (cases) ที่สร้างขึ้นเพื่อนำเสนอต่อผู้บริโภค โดยใช้เทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์

Case 1	Case 2
Carton	Bottle
Germany	France
Price 2.35	Price 2.35
White Glory	Socrates

โดยค่า utility score ในประชากรแต่ละรายจะคำนวณมาจากวิธี conjoint analysis ที่มีการทำ regression analysis โดย code ตัวแปรที่เป็นระดับของคุณลักษณะ (attribute level) ทุกตัวแปรแบบ effect code เมื่อผ่านกระบวนการ regression analysis จะได้อค่าสัมประสิทธิ์ (coefficients) ของแต่ละตัวแปรออกมา ซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกถึงความสำคัญของตัวแปรนั้นๆที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความพึงพอใจ ซึ่งจะสังเกตได้ว่าตัวแปรที่มาจากแต่ละระดับของ attribute level ที่อยู่ใน attribute เดียวกันจะมีผลรวมของ attribute level เป็น 0 ดังตัวอย่าง

กำหนดให้รูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาแบบที่ 1 ประกอบด้วย การไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing = 0) และสามารถเบิกได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (formulary = ED)

รูปแบบที่ 2 ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมจ่าย 100 บาทต่อครั้ง (cost sharing = 100) และสามารถเบิกได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (formulary = All)

รูปแบบที่ 3 ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมจ่าย 500 บาทต่อครั้ง (cost sharing = 500) และสามารถเบิกได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (formulary = All)

จากรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาดังกล่าวสามารถ code ตัวแปรแบบ effect code ได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการ code ตัวแปรในวิธี conjoint analysis

รูปแบบ	การมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing)			รายการยาที่เบิกได้ (formulary)	
	0	100	500	ED	All
1	1	0	-1	1	-1
2	0	1	-1	-1	-1
3	-1	-1	-1	-1	-1

เมื่อนำเข้าสู่กระบวนการ conjoint analysis จะได้ค่า coefficients ของแต่ละระดับของคุณลักษณะซึ่งเป็นค่า utility score

Id 001

Label	Utility score
Cost sharing 0	3
Cost sharing 100	1
Cost sharing 500	-4
Formulary ED	-6
Formulary All	6

จากการคำนวณค่า utility score จะนำค่าดังกล่าวในแต่ละระดับของคุณลักษณะนั้นๆ มาคำนวณหาค่า relative importance ของคุณลักษณะดังกล่าว ซึ่งเป็นค่าที่บอกถึงการให้ความสำคัญ

ในแต่ละคุณลักษณะว่า คุณลักษณะเหล่านั้นมีความสำคัญมากน้อยเพียงใดต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยวิธีการคำนวณ relative importance คือ ร้อยละของค่าสัมบูรณ์ของระยะห่าง utility score ที่มากที่สุดของคุณลักษณะนั้นหารด้วยผลรวมของระยะห่างที่มากที่สุดในแต่ละคุณลักษณะ ดังตัวอย่าง

Cost sharing 0	3	
Cost sharing 100	1	คิดเป็นระยะห่างเท่ากับ 3 + 4 = 7
Cost sharing 500	-4	
Formulary ED	-6	คิดเป็นระยะห่างเท่ากับ 6 + 6 = 12
Formulary All	6	

สามารถคำนวณค่า relative importance ในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ได้เป็น $[7/(7 + 12)] \times 100 = 36.84\%$

สามารถคำนวณค่า relative importance ในคุณลักษณะบัญชีรายการยาที่เบิกได้ (formulary) ได้เป็น $[12/(7 + 12)] \times 100 = 63.16\%$

สามารถบอกได้ว่าในประชากรรายนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะ บัญชีรายการยาที่เบิกได้ (formulary) มากกว่า การมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) โดยพิจารณาค่า utility score จะพบว่าพึงพอใจกับการมีส่วนร่วมจ่ายที่น้อย และสามารถเบิกได้ทั้งยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

หลังจากที่ได้คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และ relative importance แล้วในงานวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจโดยทั่วไปจะนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) พิมพัร่า ตันเวชศิลป์ (2551) ได้ใช้หลักการเดียวกันจากงานวิจัยของ Holdford and Carroll (2002) โดยมีการจัดส่วนแบ่งการตลาดไว้ว่าเป็นการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อยตามประเภทขององค์กรประกอบที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยใช้ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

ในงานวิจัยของ พิมพัร่า ตันเวชศิลป์ (2551) ได้ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อยตามประเภทขององค์กรประกอบที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา

โดยใช้ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา ได้แก่

1. กลุ่มที่เน้นองค์ประกอบหลักด้านใดด้านหนึ่งเพียงองค์ประกอบเดียว

โดยพิจารณาเน้นหนักในองค์ประกอบหลักด้านใดด้านหนึ่งเพียงองค์ประกอบเดียว (single preference) จะต้องมีค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ขององค์ประกอบนั้นๆ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ดังกล่าวจะต้องมีค่ามากกว่าค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ขององค์ประกอบอื่นๆที่เหลือ อย่างน้อยร้อยละ 10

2. กลุ่มที่เลือกองค์ประกอบหลักหลายด้านควบคู่กัน

จะต้องมีการรวมค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ขององค์ประกอบด้านต่างๆ ที่ผู้ใช้สิทธิให้ความสำคัญตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป แล้วผลที่ได้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 นอกจากนี้จะต้องพิจารณาด้วยว่าภายในองค์ประกอบต่างๆที่พิจารณาควบคู่กันนั้น องค์ประกอบที่มีค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) น้อยที่สุดจะต้องมีค่ามากกว่าค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ขององค์ประกอบอื่นที่เหลืออยู่อย่างน้อยร้อยละ 10

จากการทำการจัดส่วนแบ่งการตลาดในงานวิจัยของ พิมพัวรา ต้นเวชศิลป์ (2551) พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 ราย ที่พิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์โดยเน้นองค์ประกอบด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นองค์ประกอบหลัก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 49 ของกลุ่มตัวอย่าง 396 ราย ถัดมาได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เน้นให้ความสำคัญกับรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) เป็นหลัก ซึ่งมีจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เน้นพิจารณาในองค์ประกอบทั้ง 2 ด้านข้างต้นควบคู่กัน จำนวนทั้งสิ้น 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ใช้หลักการการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยให้ความสำคัญกับทุกองค์ประกอบร่วมกัน ไม่ได้เน้นหนักไปที่องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 11 จากกลุ่มตัวอย่าง 396 ราย งานวิจัยของ Holdford and Carroll (2002) ได้ผลจากการทำ market segmentation analysis เป็นกลุ่มที่เน้นองค์ประกอบหลักด้านใดด้านหนึ่งเพียงองค์ประกอบเดียว และกลุ่มที่เลือกองค์ประกอบหลักหลายด้านควบคู่กัน โดยใช้เกณฑ์เหมือนกับข้างต้นในการทำ ผลปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 รายจากประชากรทั้งหมด 127 ราย พิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์ด้านบัญชีรายการยา (formulary) เป็นองค์ประกอบหลัก คิดเป็นร้อยละ 44 ของประชากรทั้งหมด ถัดมาได้แก่การร่วมจ่ายค่ายา (copayment) เป็นองค์ประกอบหลัก จำนวน 29 รายคิดเป็นร้อยละ 23 ของทั้งหมด และความสามารถในการเข้าถึงยา (pharmacy access) เป็นองค์ประกอบหลัก จำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 10 ของทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีกลุ่มประชากรที่เลือกองค์ประกอบ

หลายด้านควบคู่กันได้แก่ บัญชีรายการขาควบคู่กับการร่วมจ่าย คิดเป็น ร้อยละ 9 (12 ราย) บัญชีรายการขาควบคู่กับการเข้าถึงยา ร้อยละ 7 (9 ราย) การร่วมจ่ายควบคู่กับการเข้าถึงยา ร้อยละ 5 (6 ราย) และมีร้อยละ 2 หรือ 3 ราย ที่ให้ความสำคัญแก่บัญชีรายการขา การเข้าถึงยา และการร่วมจ่ายควบคู่กันไป

กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process)

โดยธรรมชาติกระบวนการคิดของมนุษย์แต่ละคนจัดเป็น subjective experience หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะมองเห็นหรือบรรยายกระบวนการคิดเหล่านั้นออกมาเป็นคำพูดเพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจได้ แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ได้เข้ามามีบทบาทในการช่วยอธิบายกระบวนการคิดที่เกิดขึ้น โดยการพยายามแปลงกระบวนการคิดที่เป็นมโนภาพให้กลายเป็นตัวแปรทางคณิตศาสตร์ที่สามารถมองเห็นได้ สามารถประเมินค่าตัวแปรเหล่านั้นได้ ซึ่งจะนำกระบวนการทางคณิตศาสตร์มาประยุกต์ใช้ เพื่ออธิบายกระบวนการคิดที่เกิดขึ้น ผ่านการนำเสนอข้อมูลโดยใช้ตัวแปร 2 ชนิดคือ ตัวแปร input หรือตัวแปรของข้อมูลที่ได้รับ และ ตัวแปร output หรือ การตัดสินใจที่เกิดขึ้น โดยตัวแปรทั้งสองจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยสามารถอธิบายได้กว้างๆว่า ตัวแปร input ตัวใดมีความสำคัญต่อ ตัวแปร output เพียงใด การเพิ่มของตัวแปร input มีผลต่อการเพิ่มหรือลด ของตัวแปร output เพียงใด

ยกตัวอย่างเช่น การที่ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกซื้อเสื้อผ้าชิ้นหนึ่ง (output) ผู้บริโภคจะกำหนดคุณลักษณะของเสื้อผ้าที่ต้องการขึ้นมาในใจ เช่น สี, ราคา, ลักษณะของเนื้อผ้า และ ความทันสมัย เป็นต้น ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวจะเป็นข้อมูลที่ผู้บริโภคมีอยู่จัดเป็น ตัวแปรทางด้าน input อันจะกล่าวได้ว่าตัวแปรคุณลักษณะของเสื้อผ้า สี ราคา ลักษณะของเนื้อผ้า และ ความทันสมัย มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อเสื้อผ้าชิ้นดังกล่าว หรือคุณลักษณะของเสื้อผ้าที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจนั่นเอง โดยตัวแปร input หรือ คุณลักษณะของเสื้อผ้า อาจไม่ได้มีเพียงเท่านี้ อาจมีคุณลักษณะอื่นๆเพิ่มขึ้นมาอีก เช่น แบบเสื้อ รูปแบบปก การตัดเย็บ เป็นต้น ซึ่งจะขึ้นกับดุลยพินิจของผู้ทำการวิเคราะห์แต่ละคนว่าจะมองประเด็นใด มิติใด ตัวแปรใดบ้างที่มีความสำคัญ จะนำตัวแปรทั้งหมดหรือนำตัวแปรเพียงบางตัวมาใช้ในการวิเคราะห์ รวมไปถึงความเป็นไปได้ที่สามารถนำตัวแปรดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยได้

การเลือกตัวแปรมาใช้สำหรับอธิบายกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก หากผู้ทำวิจัยขาดการควบคุมปริมาณข้อมูลที่ดี ไม่สามารถแยกได้ว่าตัวแปรใดควรใช้ ตัวแปรใดไม่ควรใช้ ก็จะส่งผลให้การแปรผลกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นผิดไปจากความเป็นจริง จึงเป็นหน้าที่ที่

สำคัญของผู้ที่วิจัยที่จะต้องใช้กระบวนการทางศาสตร์และศิลป์ รวมถึงประสบการณ์ที่มี ในการให้ความสำคัญว่าข้อมูลใดสามารถใช้ได้ มีความสำคัญต่อการวิเคราะห์ ซึ่งข้อมูลที่จะนำมาใช้อธิบายกระบวนการคิดจะจัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษา ความชอบ ความไม่ชอบ เป็นต้น จึงต้องมีการแปลงรูปแบบของข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าวให้กลายเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่สามารถถูกประเมินได้ นั่นคือ การแปลงข้อมูลเชิงคุณภาพให้กลายเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ตัวเลข ที่มีชนิดข้อมูลเป็นแบบ ordinal scale ยกตัวอย่างเช่น การใช้ตัวเลขแทนตัวแปรระดับการศึกษา เช่น 1 แทนปริญญาตรี และ 2 แทนปริญญาโท ซึ่งตัวแปรที่เป็นตัวเลขดังกล่าวไม่สามารถนำมา บวก ลบ คูณหาร ได้ ใช้ได้เพียงการเรียงลำดับ

จากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร input และ output จะสามารถเขียนอธิบายได้จากกระบวนการทางคณิตศาสตร์โดยใช้สมการเชิงถดถอย (regression model) ดังนี้

$$Y = f(X_i) \quad i = 1, 2, 3, \dots, k$$

เมื่อ Y = การตัดสินใจที่เกิดขึ้น (output)

X_i = ตัวแปรข้อมูลต่างๆ (input)

ซึ่งการใช้วิธีการทางคณิตศาสตร์สำหรับอธิบายกระบวนการตัดสินใจ เริ่มมีต้นแบบมาจาก Benjamin Franklin ที่ได้นำเสนอถึงกระบวนการที่ใช้ในการตัดสินใจของตน เมื่อต้องการตัดสินใจกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะแบ่งกระดาษออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือ ข้อดีและส่วนที่สองคือ ข้อเสีย จากนั้นจึงทำการเขียนคำจำกัดความในแต่ละด้านลงไป ว่าข้อดีมีอะไรบ้าง และ ข้อเสีย มีอะไรบ้าง จากนั้นจึงทำการให้คะแนนในแต่ละคำจำกัดความ ซึ่งคะแนนมากหรือน้อยจะขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้ให้คะแนน คำจำกัดความใดมีผลกระทบต่อตัดสินใจมากก็จะให้คะแนนมาก ส่วนผลกระทบน้อยก็จะได้คะแนนน้อยตามลำดับ ซึ่งคะแนนในด้านข้อดี จะมีค่าเป็นบวก ส่วนคะแนนในด้านข้อเสียจะมีค่าเป็นลบ จากนั้นนำคะแนนทั้งสองด้านมารวมกัน เพื่อพิจารณาว่าผลลัพธ์ที่ได้จะเป็น บวก หรือ ลบ หากผลลัพธ์ที่ได้เป็นบวกจะเป็นการส่งเสริมให้ตัดสินใจทำ หรือตัดสินใจเลือก หากผลลัพธ์เป็นลบก็จะไม่ส่งเสริมพฤติกรรมเหล่านั้นให้เกิดขึ้น จึงเป็นที่มาของทฤษฎี moral and prudential algebra ในภายหลัง (Dawes and Corrigan, 1974)

จากทฤษฎี moral and prudential algebra ก่อให้เกิดความพยายามที่จะวิเคราะห์กระบวนการคิด โดยการนำทฤษฎีทางสมการคณิตศาสตร์เข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อให้สมการทาง

คณิตศาสตร์สามารถนำมาอธิบายกระบวนการดังกล่าวได้ ซึ่งอิงจากหลักการของทฤษฎีข้างต้นโดยมองให้ออกมาในมุมมองของสมการคณิตศาสตร์นั้นคือ กระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นเกิดจากผลรวมระหว่างตัวแปรของคะแนนที่เป็นทั้ง ข้อดีและข้อเสีย ดังสมการการตัดสินใจ = (ผลรวมของคะแนนข้อดีที่ 1,2,3, ... k) + (-)(ผลรวมของคะแนนข้อเสียที่ 1,2,3, ... m) ซึ่งเป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของสมการเชิงถดถอย $Y = f(X_i)$ ในความเป็นจริงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X แต่ละตัว อาจไม่ได้เป็นเพียงความสัมพันธ์ในรูปแบบของผลรวม อันจะส่งผลให้รูปแบบของสมการเชิงถดถอยในการใช้อธิบายกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบ แยกย่อยออกไปตามการปรับแต่งของผู้ทำวิจัย จึงสามารถแบ่งสมการสำหรับการวิเคราะห์ ได้ 2 แบบกว้างๆ คือ สมการเชิงเส้นตรง หรือ Linear model และ สมการที่ไม่ใช่เชิงเส้นตรง หรือ Non linear model

สมการเชิงเส้นตรง (Linear model)

เป็นสมการที่นำแนวความคิดของ Benjamin Franklin มาใช้โดยตรง ทฤษฎีสำหรับใช้อธิบายกระบวนการคิดโดยการใช้สมการเชิงเส้นตรง คือ การตัดสินใจที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้จาก ผลรวมของตัวแปรด้านข้อมูลแต่ละตัวที่ถูกถ่วงน้ำหนัก จากสมการเชิงถดถอย $Y = f(X_i)$ จะได้เป็นสมการเชิงเส้นตรง ดังนี้

$$Y = \sum A_i X_i \quad (i = 1, 2, 3, \dots, k) \quad \text{เมื่อ } A_i \text{ คือ น้ำหนักที่ถ่วงในแต่ละตัวแปร } X_i$$

$$Y = A_0 + A_1 X_1 + A_2 X_2 + \dots + A_k X_k$$

โดยปริมาณน้ำหนักที่ถ่วงลงไปในแต่ละตัวแปร จะบ่งบอกถึงความสำคัญของตัวแปร X ที่มีต่อตัวแปร Y นั่นคือ หากตัวแปร X ใดที่ถูกถ่วงน้ำหนักไว้ในปริมาณที่มาก ก็จะมีผลต่อการตัดสินใจมาก ตัวใดถูกถ่วงน้ำหนักน้อยก็จะมีผลต่อการตัดสินใจที่น้อยกว่าตามลำดับ รวมไปถึงการมีเครื่องหมาย + หรือ - ของน้ำหนักในแต่ละตัวแปรจะสามารถบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X และ ตัวแปร Y กล่าวคือ หากตัวแปร X_i ถูกถ่วงด้วยน้ำหนักที่เป็นบวก จะสามารถตีความได้ว่าตัวแปร X_i มีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับ Y นั่นคือการเพิ่มของตัวแปร X_i จะมีผลให้การตัดสินใจเพิ่มขึ้นนั่นเอง ขณะเดียวกันหากเป็นตัวแปรที่มีค่าเป็นลบก็จะส่งผลให้ลดการตัดสินใจโดยสมการเชิงเส้นตรงสำหรับใช้วิเคราะห์กระบวนการคิดจะเรียกสมการดังกล่าวว่า compensatory model ซึ่งมีทฤษฎีของสมการว่าคุณลักษณะ (attribute) ของสินค้าใดที่มีค่าเป็นลบสามารถถูกกลบจุดด้อยได้โดยคุณลักษณะอื่นๆที่เป็นบวก แม้ผลิตภัณฑ์ใดที่มีคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ก็สามารถเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความเหมาะสมได้เนื่องจากการทดแทนจุดด้อยโดยคุณลักษณะที่เป็นบวก ซึ่ง

รูปแบบของสมการจะเหมือนกับสมการเส้นตรงทั่วไป นั่นคือ $Y = \sum A_i X_i$ ดังที่ได้กล่าวไป ดังนั้นสมการ $Y = A_0 + A_1 X_1 + A_2 X_2 + \dots + A_k X_k$ นอกจากจะใช้ในการช่วยสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจอย่าง Benjamin Franklin ใช้แล้ว ยังใช้อธิบายถึงกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นได้โดยใช้ตัวแปรทางด้านข้อมูลเป็นตัวอธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้น ว่าตัวแปรใดมีผลกระทบต่อการตัดสินใจมาก ตัวแปรใดมีผลกระทบต่อการตัดสินใจน้อย รวมไปถึงความสัมพันธ์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือสวนทางกัน ระหว่างการตัดสินใจที่เกิดขึ้น และข้อมูลที่มีอยู่

มีงานวิจัยในอดีตที่นำสมการเชิงเส้นตรงมาช่วยในการตัดสินใจ หรืออธิบายการตัดสินใจที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลมาจากตัวแปรใด ซึ่งจะแตกต่างกันตรงที่การแทนค่าของตัวแปรในสมการ นั่นคือหากใช้สมการในการช่วยตัดสินใจ ตัวแปรที่แทนค่าลงไปคือ $A_i X_i$ เพื่อดูผลรวมที่เกิดขึ้นว่า Y จะมีค่ามากเพียงใด เป็นบวกหรือเป็นลบ แต่ในกรณีของการอธิบาย จะเป็นการหาค่าถ่วงน้ำหนักที่เกิดขึ้น หรือ A_i โดยการแทนค่า Y และ X_i ลงไปในสมการเชิงเส้นตรง เพื่อดูว่าตัวแปร X_i แต่ละตัวมีความสำคัญต่อการตัดสินใจอย่างไร (Dawes and Corrigan, 1974)

มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในรัฐอิลลินอยส์ ได้ทำการประเมินความสำเร็จทางการศึกษาของนักศึกษา โดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จทางการศึกษาทั้งหมด 10 ตัวแปร ได้แก่ คะแนนจากการทำแบบทดสอบความถนัด เกรดเฉลี่ยในการศึกษาระดับมัธยม การประเมินจากผู้ร่วมงานในด้านต่างๆ และการประเมินโดยตนเองในด้านต่างๆ โดยนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จทางการศึกษาทั้งหมดมาเขียนในรูปสมการเชิงเส้นตรงเพื่อใช้อธิบายว่าตัวแปรแต่ละตัว (X_i) มีผลต่อเกรดเฉลี่ยของนักศึกษาแต่ละราย (Y_j) ซึ่งถือเป็นความสำเร็จของการศึกษาอย่างไร ซึ่งการนำตัวแปรที่มีคือ Y_j และ X_i ของนักศึกษาแต่ละรายไปแทนค่าในสมการเส้นตรงเพื่อหาค่า A_i หรือน้ำหนักที่ถูกถ่วงในแต่ละตัวแปร X_i ของนักศึกษาแต่ละราย ดังสมการ

$$Y_j = A + A_1 X_1 + A_2 X_2 + \dots + A_{10} X_{10}$$

จากนั้นนำ A_i ที่ได้ทั้งหมดไปหาค่าเฉลี่ยว่า A_i ของนักศึกษาทั้งหมดมีค่าเท่าไร จนถึงค่าเฉลี่ยของ A_{10} แล้วจึงนำมาเขียนในรูปแบบสมการเชิงเส้นตรงที่สามารถใช้อธิบายประชากรทั้งหมดได้ ดังนี้

$$Y = A + A_1 X_1 + A_2 X_2 + \dots + A_{10} X_{10}$$

จากสมการที่ได้จะทำให้ทราบได้ว่า จากตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร ตัวแปรใดมีความสำคัญต่อการเพิ่ม หรือลดของเกรดเฉลี่ยของนักศึกษามากน้อยเพียงใด โดยพิจารณาค่า A_i ที่นำไปถ่วง

น้ำหนักให้แก่ X_i นั่นคือตัวแปร X_i ใดที่มีค่า A_i สูงและเป็นบวก ย่อมส่งผลให้เกรดเฉลี่ยมีค่าสูงขึ้น ในทางตรงกันข้ามหาก A_i มีค่าสูงแต่เป็นลบ ย่อมส่งผลให้เกิดการลดลงของเกรดเฉลี่ยเป็นอย่างมาก งานวิจัยของ Cline and Gupta (2005) ได้นำสมการเชิงตรงมาใช้อธิบายว่าแต่ละคุณลักษณะ (attribute) ของสิทธิประโยชน์ด้านยาในผู้ป่วยสูงอายุ มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบสิทธิประโยชน์ที่พึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยคุณลักษณะดังกล่าวได้แก่ การมีส่วนร่วมจ่าย (copayment) การมีส่วนลดประจำปี (annual deductible) การจ่ายเบี้ยประกันประจำเดือน (monthly premium) การจำกัดการใช้ยาบางชนิด (restricted formulary) และ บริการสั่งยาทางไปรษณีย์ (mail order pharmacy) โดยนำตัวแปรทั้งหมดมาสร้างเป็นรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาจำนวน 48 รูปแบบ จากนั้นทำเป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบ ประเมินความพึงพอใจในแต่ละรูปแบบของสิทธิประโยชน์ โดยมีช่วงคะแนน 1 – 5 คือ ไม่พึงพอใจเลยจนถึงพึงพอใจมากที่สุด ตามลำดับ จากนั้นนำผลแบบสอบถามที่ได้มาเข้าสมการเชิงเส้นตรงเพื่อหาน้ำหนักที่ถูกถ่วงในแต่ละตัวแปร ดังสมการ

$$Y_i = A_0 + A_1X_1 + A_2X_2 + \dots + A_5X_5$$

เมื่อ Y_i คือ ความพึงพอใจในรูปแบบของสิทธิประโยชน์ของผู้ตอบแบบสอบถามคนที่ i

$X_1 - X_5$ คือ ตัวแปรของคุณลักษณะสิทธิประโยชน์ด้านยา อันได้แก่ premium
copayment formulary mail order และ deductible

เมื่อพิจารณาน้ำหนักที่ถูกถ่วงโดยเฉลี่ยในแต่ละตัวแปร ซึ่งสามารถบอกได้ว่าตัวแปร deductible เกิดผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจมากที่สุด จะแสดงได้ดังสมการ

$$Y = -0.247 X(\text{premium}) - 0.185X(\text{copayment}) - 0.052X(\text{formulary}) \\ - 0.115X(\text{mail order}) - 0.520X(\text{deductible})$$

แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้การวิเคราะห์จะสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง และสามารถเข้าใจได้ง่าย แต่การวิเคราะห์โดยสมการเส้นตรงยังคงมีข้อจำกัดอยู่บางประการที่ต้องพึงระวัง เพราะมีฉะนั้นอาจเกิดความคลาดเคลื่อนหรืออคติขึ้นในผลการวิเคราะห์ ส่งผลให้การตีความตลอดจนการประยุกต์อธิบายผลที่ผิดหรือคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้ ซึ่งประเด็นที่ควรระมัดระวังคือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ไม่ใช่เส้นตรง (non linearity) เนื่องจากในความเป็น

จริงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม อาจไม่ใช่ความสัมพันธ์แบบเส้นตรงเสมอไป หรืออาจมีความสัมพันธ์เพียงบางช่วงที่เป็นเส้นตรง ซึ่งการนำสมการเส้นตรงมาอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้น ย่อมไม่สามารถอธิบายได้ถูกต้องตามความเป็นจริงมากนัก จึงส่งผลให้การนำสมการเส้นตรงมาอธิบายความสัมพันธ์ที่ไม่ใช่เส้นตรงเกิดความคลาดเคลื่อนไปจากที่ควรจะเป็น จึงเป็นแนวความคิดที่จะนำสมการที่มีไม่ใช่เส้นตรง (non linear model) มาอธิบายความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น

สมการที่มีไม่ใช่เชิงเส้นตรง (Non linear model)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้สมการเส้นตรงมาอธิบายกระบวนการตัดสินใจ ทำให้ทราบถึงข้อจำกัดบางประการของสมการเส้นตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามไม่ได้เกิดขึ้นแบบเส้นตรง รวมไปถึงการเกิดอันตรกิริยาระหว่างตัวแปรต้นด้วยกัน (interaction) อันส่งผลให้สมการเส้นตรงไม่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ดังกล่าวได้ จึงเกิดเป็นสมการที่มีไม่ใช่เชิงเส้นตรง เพื่อนำมาใช้อธิบายความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นที่มีไม่ใช่เส้นตรง ซึ่งความสัมพันธ์แบบมีไม่ใช่เส้นตรงมีหลายรูปแบบตามการปรับเปลี่ยนของผู้ท้าวิจัย แต่สมการที่มีไม่ใช่เส้นตรงสำหรับการนำมาวิเคราะห์กระบวนการคิดที่เกิดขึ้น เรียกสมการนี้ว่า configural model

configural model เป็นสมการทางคณิตศาสตร์สำหรับใช้อธิบายกระบวนการตัดสินใจ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามแบบมีไม่ใช่เส้นตรง โดยมีนิยามของสมการว่า นักท้าวิจัยที่มีการถ่วงในแต่ละตัวแปรของสมการจะขึ้นอยู่กับระดับของตัวแปรอื่นๆ ในสมการด้วย นั่นคือตัวแปรต้นแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งการเขียนสมการเพื่อแสดงถึงการเกิดอันตรกิริยาระหว่างตัวแปร สามารถทำได้โดยการสร้างพจน์ของตัวแปรในสมการขึ้นมาใหม่เพื่อแสดงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรดังกล่าว ซึ่งพจน์ดังกล่าวจะอยู่ในรูปของผลคูณระหว่างตัวแปรที่มีอันตรกิริยาซึ่งกันและกัน จากสมการเชิงถดถอยเริ่มต้น $Y = f(X_i)$ สามารถเขียนสมการเพื่อแสดงถึงการมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้เป็น

$$J = A_0 + \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^{k-1} A_{ij} X_i X_j \quad (i > j)$$

เมื่อ J คือ Y หรือ การตัดสินใจที่เกิดขึ้น

X_i, X_j = ตัวแปรข้อมูลต่างๆ

จากสมการข้างต้นได้แสดงให้เห็นถึงการมีอันตรกิริยาระหว่างตัวแปรต้น โดยการสร้าง พจน์ขึ้นมาใหม่ในสมการ พจน์ดังกล่าวคือพจน์ที่เป็นผลคูณระหว่างตัวแปรต้นที่มีอันตรกิริยาซึ่งกัน และกัน นั่นคือพจน์ $X_i X_j$ ในสมการ สมการดังกล่าวเป็นเพียงสมการเริ่มต้นที่บ่งบอกถึง ความสัมพันธ์ที่มีไขว้เชิงเส้น และการมีอันตรกิริยาระหว่างตัวแปร X_i จึงสามารถนำไปดัดแปลง ปรับปรุงจนมีความหลากหลายมากขึ้น แต่ยังคงนิยามสำคัญของสมการไว้ ยกตัวอย่างเช่น สมการ quadratic model, exponential model หรือ logarithmic model รวมไปถึงสมการที่เรียกกันว่า conjunctive model และ disjunctive model ซึ่งสมการทั้งสอง เป็นสมการที่มีความสำคัญอย่างมาก ในการใช้อธิบายความสัมพันธ์ที่มีไขว้เชิงเส้น และความสัมพันธ์ที่กำกวม ไม่แน่ชัดระหว่างตัวแปร ต้นและตัวแปรตาม

Conjunctive model

ทฤษฎีของสมการ conjunctive ได้กล่าวไว้ว่า อรรถประโยชน์สูงสุด (utility) ของผลิตภัณฑ์ จะเกิดขึ้นเมื่อตัวแปร X_i แต่ละตัวมีการถ่วงน้ำหนักในปริมาณที่มากใกล้เคียงกัน นั่นคือการที่ตัวแปร X_i จะถูกถ่วงน้ำหนักในปริมาณที่สูงได้ ตัวแปร X_i แต่ละตัวจะต้องมีความสำคัญพอกๆกัน เพื่อให้การถ่วงน้ำหนักในแต่ละตัวแปรมีค่าที่สูง อันจะนำไปสู่การวางเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำ (minimum cutoff) สำหรับการประเมินว่าตัวแปรใดมีความสำคัญต่อการตัดสินใจ เมื่อเกิด กระบวนการคิดขึ้น ในใจของผู้ตัดสินใจจะวางเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำ (minimum cutoff) ในตัวแปร ต้นแต่ละตัวแปร หากตัวแปรต้นทุกตัวผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ตัวแปรต้นแต่ละตัวถูกถ่วงน้ำหนัก ในค่าที่สูง) ก็จะตัดสินใจเลือกหรือกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในทางตรงข้ามหากมีเพียงตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก็จะไม่เกิดการตัดสินใจเลือกหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ดัง ตัวอย่างเช่นเมื่อผู้บริโภคพิจารณาเลือกซื้อรถยนต์ได้กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำของคุณลักษณะรถยนต์ไว้ ว่า ต้องมีราคาต่ำกว่า 400,000 บาท, มี 5 ประตู และสามารถเติมแก๊สได้ หากตัวอย่างรถยนต์ที่บริษัท นำมาเสนอผ่านเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำได้ทุกข้อ คือ มีราคา 350,000 บาท, มี 5 ประตู และสามารถเติม แก๊สได้ ผู้บริโภคก็จะตัดสินใจเลือกซื้อรถคันดังกล่าว แต่หากรถยนต์ดังกล่าวไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ เพียงข้อใดข้อหนึ่ง รถยนต์คันนั้นก็จะไม่ได้รับความสนใจจากผู้บริโภค

สมการของ conjunctive model สามารถนำเสนอได้ดังนี้

$$\hat{Y} = \prod_{i=1}^k X_i^{b_i}$$

เมื่อ Y คือ การตัดสินใจที่เกิดขึ้น

X_i คือ ตัวแปรข้อมูลต่างๆ

b_i คือ น้ำหนักสำหรับถ่วงตัวแปร X_i

จากรูปแบบของสมการจะกล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้น มีผลมาจากผลคูณระหว่างตัวแปร X_i ที่ถูกถ่วงน้ำหนักโดยวิธีการยกกำลัง นั่นคือตัวแปร X_i แต่ละตัวจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนแปลงตัวแปร X_i ใดๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวแปร X_i ที่เหลือ ซึ่งแตกต่างจากสมการเส้นตรงที่ตัวแปรแต่ละตัวมีอิสระต่อกันเพื่ออธิบายกระบวนการตัดสินใจจากผลรวมของตัวแปร จึงส่งผลให้รูปแบบของสมการเป็นเพียงผลคูณระหว่างตัวแปร ไม่มีผลบวกระหว่างตัวแปรเกิดขึ้นเนื่องจากไม่มีตัวแปรใดที่เป็นอิสระจากตัวแปรอื่น สมการดังกล่าวสามารถแปลงเป็นสมการเชิงเส้นตรงได้โดยการใส่ \log ทั้งสองข้างของสมการ ดังนี้

$$\log \hat{Y} = \sum_{i=1}^k b_i \log X_i$$

Disjunctive model

ทฤษฎีของสมการ disjunctive ได้กล่าวไว้ว่า อรรถประโยชน์สูงสุด (utility) จะเกิดขึ้นเมื่อมีเพียงตัวแปร X_i ตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งถูกถ่วงน้ำหนักมากที่สุด นั่นคือตัวแปร X_i เพียงค่าเดียวก็สามารถส่งผลให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดได้ จึงเป็นทฤษฎีที่ตรงข้ามกับ conjunctive model นั่นคือตัวแปรทุกตัวไม่จำเป็นต้องมีการถ่วงน้ำหนักที่เท่ากัน ขอเพียงตัวแปรเดียวที่มีน้ำหนักมากที่สุดก็สามารถทำให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดได้โดยไม่ต้องสนใจตัวแปรที่มีน้ำหนักน้อยตัวอื่นๆ เมื่อเกิดกระบวนการคิดขึ้น ในใจของผู้ตัดสินใจจะวางเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำ (minimum cutoff) ในตัวแปรต้นแต่ละตัวแปรเช่นเดียวกับวิธี conjunctive model แต่ในแนวทางการคิดแบบ disjunctive model จะขอเพียงตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งที่ผ่านมาเกณฑ์กำหนด กระบวนการตัดสินใจก็จะเกิดขึ้นโดยไม่ต้องสนใจตัวแปรที่เหลือว่าผ่านเกณฑ์กำหนดหรือไม่ ดังตัวอย่างเมื่อผู้บริโภคพิจารณาเลือกซื้อรถยนต์ได้กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำของคุณลักษณะรถยนต์ไว้ว่า ต้องมีราคาต่ำกว่า 400,000 บาท หรือ มี 5 ประตู

หรือ สามารถเติมแก๊สได้ หากตัวอย่างรถยนต์ที่บริษัทนำมาเสนอผ่านเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำเพียงบางข้อ คือ มีราคา 350,000 บาท แต่ มี 4 ประตู และไม่สามารถเติมแก๊สได้ รถยนต์คันดังกล่าวยังคงได้รับความสนใจ และเกิดการตัดสินใจเลือกซื้อรถยนต์คันดังกล่าวได้แม้จะผ่านเกณฑ์กำหนดเพียงข้อเดียวก็ตาม

สมการของ disjunctive model สามารถนำเสนอได้ดังนี้

$$Y = \prod_{i=1}^k \left(\frac{1}{a_i - X_i} \right)^{b_i}$$

เมื่อ Y คือ การตัดสินใจที่เกิดขึ้น

X_i คือ ตัวแปรข้อมูลต่างๆ

b_i คือ น้ำหนักสำหรับถ่วงตัวแปร X_i

a_i คือ ค่าคงตัวใดๆ (arbitrary constant) ที่มีค่ามากกว่าตัวแปร X_i แต่ละตัว

นิยมใช้ ค่าสูงสุดในแต่ละตัวแปร $X_i + 1$

จากสมการเป็นการอธิบายกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นจากผลคูณของตัวแปรแต่ละตัวที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เช่นเดียวกับสมการ conjunctive แต่ในสมการ disjunctive จะมีตัวแปร a_i เกิดขึ้น ซึ่งพจน์ $a_i - X_i$ จะเป็นการแสดงถึงระยะห่างระหว่างตัวแปร X_i และ a_i หากตัวแปร X_i ใดมีค่ามาก ก็จะมีค่าใกล้เคียงกับ a_i เพราะ a_i คือค่าสูงสุดของในแต่ละ X_i ที่นำมาบวกด้วย 1 จึงส่งผลให้ระยะห่างระหว่างตัวแปร X_i ที่มีค่ามาก กับ a_i เป็นระยะห่างที่น้อย ในทางตรงข้ามหากตัวแปร X_i มีค่าน้อยก็จะทำให้ระยะห่างที่เกิดขึ้นเป็นระยะห่างที่กว้างกว่า X_i ที่มีค่ามาก เมื่อนำพจน์ดังกล่าวไปกลับเศษเป็นส่วนดังสมการข้างต้น ก็สามารถแปรผลไปในทางเดียวกันได้ นั่นคือ ตัวแปร X_i ที่มีค่ามากจะมีระยะห่างระหว่าง X_i กับ a_i ที่มากขึ้น ส่งผลให้ตัวแปร X_i ดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจสูง ในขณะที่ตัวแปร X_i ที่มีค่าน้อยก็จะส่งผลให้มีระยะห่างระหว่าง X_i กับ a_i ที่น้อย ส่งผลให้ตัวแปร X_i ดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจน้อย ดังตัวอย่าง

กำหนดให้ $X_1 = 6$ $a_1 = 6 + 1 = 7$ เมื่อ 6 คือค่าสูงสุดของ X_1

$X_2 = 2$ $a_2 = 5 + 1 = 6$ เมื่อ 5 คือค่าสูงสุดของ X_2

$a_1 - X_1$: $a_1 - X_1 = 7 - 6 = 1$ มีระยะห่างเท่ากับ 1

$a_2 - X_2 = 6 - 2 = 4$ มีระยะห่างเท่ากับ 4

$$1/(a_1 - X_1) : a_1 - X_1 = 1/1 = 1$$

$$a_2 - X_2 = 1/4 = 0.25$$

สมการดังกล่าวสามารถแปลงเป็นสมการเชิงเส้นตรงได้โดยการใส่ \log ทั้งสองข้างของสมการ ดังนี้

$$\log Y = - \sum_{i=1}^k b_i \log (a_i - X_i)$$

แม้สมการ conjunctive และ disjunctive สามารถนำไปใช้อธิบายกระบวนการตัดสินใจที่มีใช้เส้นตรงได้ แต่ยังคงมีการโต้เถียงเกิดขึ้นว่าสมการเส้นตรงสามารถใช้อธิบายกระบวนการดังกล่าวได้ดีกว่าสมการทั้งสอง อันเนื่องมาจากในสมการที่มีใช้เส้นตรงจำเป็นต้องมีการแปลงข้อมูลของสมการให้อยู่ในรูปแบบของสมการเส้นตรง โดยการนำ \log ไปใส่ทั้งสองข้างของสมการ แม้จะทำให้สมการสามารถเขียนอธิบายออกมาในรูปแบบเช่นเดียวกับสมการเส้นตรงได้ แต่ค่าของตัวแปรในสมการที่ทำให้เป็นเส้นตรง จะไม่ใช่ตัวแปรที่แท้จริง เนื่องจากเป็นตัวแปร \log ของ Y และตัวแปร \log ของ X ซึ่งทำให้ค่าของตัวแปรคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง จึงส่งผลให้สมการ conjunctive และ disjunctive ถูกจำกัดการใช้ในวงแคบไม่แพร่หลาย ภายหลังได้มีการคิดค้นสมการที่มีใช้เส้นตรงขึ้นมาใหม่อีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีการพิจารณาถึงค่าเบี่ยงเบนของตัวแปรที่เกิดขึ้นทั้งหมด โดยตัวสมการจะประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ elevation หรือค่าตัวแปรที่ถูกถ่วงน้ำหนัก และ scatter หรือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรภายในสมการ โดยพจน์ elevation จะเป็นเหมือนสมการเส้นตรงทั่วไป ต่างตรงที่มีพจน์ scatter เพิ่มเข้ามาดังสมการ

$$Y = a + \sum_{i=1}^k b_i X_i + b_{k+1} \left[\sum_{i=1}^k (z_i - \bar{z})^2 \right]^{1/2}$$

b_{k+1} คือ the standardized regression coefficient

z_i คือ ค่า Z score ของตัวแปรที่ i จากข้อมูลทั้งหมด

\bar{z} คือ ค่าเฉลี่ยของ Z score ทั้งหมดในแต่ละรูปแบบของผลิตภัณฑ์

พิจารณาพจน์ scatter สามารถแตกออกได้เป็น

$$(1/\text{square root } n) \times (Z_1 - Z_2 - \dots - Z_n) \text{ เมื่อ } n \text{ คือจำนวนตัวแปรต้น}$$

กำหนดให้ มีตัวแปรต้นทั้งหมด 2 ตัว นั่นคือ จะได้สมการเป็น

$$(1/\text{square root } 2) \times |Z_1 - Z_2|$$

จากสมการข้างต้นแม้จะเป็นสมการแบบ nonlinear หรือสมการที่มีไม่ใช่เส้นตรง แต่ก็ไม่จำเป็นต้องมีการแปลงข้อมูลตัวแปรให้กลายเป็นสมการเส้นตรงเหมือนกับสมการ conjunctive หรือ disjunctive ซึ่งผู้คิดค้น Brannick and Brannick (1989) ได้กล่าวว่าสามารถทำนายกระบวนการตัดสินใจได้ดีกว่าสมการ conjunctive และ disjunctive แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีข้อมูลการเปรียบเทียบระหว่างสมการดังกล่าวที่น้อย และนอกจากการนำ scatter model มาใช้อธิบายกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้น ยังสามารถนำสมการดังกล่าวมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการวัดกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นว่าเป็นแบบ conjunctive หรือ disjunctive อีกด้วยโดยพจน์ scatter จะเป็นตัวบ่งบอกว่ากระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นเป็นแบบ conjunctive หรือ disjunctive โดยตัดสินใจจากเมื่อ b_{k+1} มีค่าเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเป็นการตัดสินใจแบบ disjunctive นั่นคือหากมีกระบวนการตัดสินใจแบบ disjunctive เกิดขึ้น พจน์ scatter ของ X_i ใดที่มีค่ามากและเป็นบวก จะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่สูงขึ้น นั่นคือ ตัวแปรใดที่มีความสำคัญมากควรมีพจน์ scatter ที่มีขนาดใหญ่เพื่อเป็นการช่วยกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจ เมื่อ b_{k+1} มีค่าเป็นลบ และมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเป็นการตัดสินใจแบบ conjunctive นั่นคือหากมีกระบวนการตัดสินใจแบบ conjunctive เกิดขึ้น พจน์ scatter ของ X_i ใดที่มีค่ามากและเป็นลบ จะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่ลดลง นั่นคือ ตัวแปรใดที่มีความสำคัญมากควรมีพจน์ scatter ที่มีขนาดเล็กเพื่อป้องกันการตัดสินใจที่ลดลง

สาเหตุที่กระบวนการตัดสินใจแบบ conjunctive ต้องมีค่า Beta coefficient หรือ b_{k+1} เป็นลบจะสามารถอธิบายได้ดังนี้ เมื่อเกิดกระบวนการตัดสินใจแบบ conjunctive ขึ้น ผู้ตัดสินใจจะตั้งเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำไว้ในแต่ละตัวแปรของสินค้าหรือรูปแบบของสิทธิประโยชน์ ในที่นี้จะยกตัวอย่างสิทธิประโยชน์ด้านยา 2 รูปแบบ คือ รูปแบบ A และ B ดังนี้

รูปแบบ A ประกอบด้วย การร่วมจ่ายในอัตราคงที่ (copayment) 50 บาท

ปริมาณยาที่ได้รับ (amount) 60 วัน

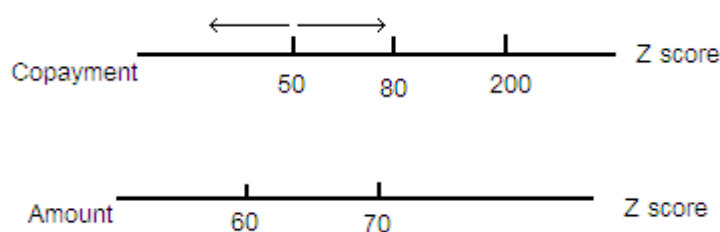
รูปแบบ B ประกอบด้วย การร่วมจ่ายในอัตราคงที่ (copayment) 200 บาท

ปริมาณยาที่ได้รับ (amount) 70 วัน

เมื่อเกิดกระบวนการตัดสินใจแบบ conjunctive ผู้เลือกจะต้องกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำในแต่ละตัวแปร ซึ่งในที่นี้เพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจจะกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำในตัวแปร copayment นั่นคือผู้เลือกคิดว่า รูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่เหมาะสมจะต้องมี copayment ไม่เกิน 80 บาท เมื่อพิจารณารูปแบบทั้งสอง ความสนใจของผู้เลือกจะมุ่งไปยังรูปแบบ A ที่มี copayment ต่ำกว่า 80 บาท โดยไม่สนใจรูปแบบ B ที่มี copayment มากกว่า 80 บาท

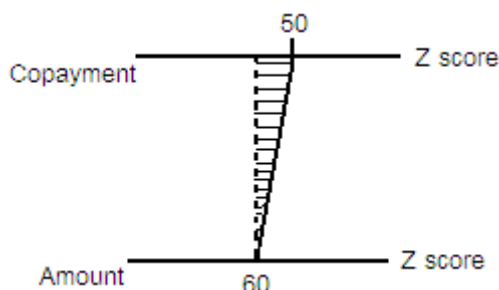
พจน์ scatter ในสมการ scatter model คือ พจน์ที่แสดงถึงการกระจายของข้อมูลจากการแตกพจน์ข้างต้นคือ $Z_1 - Z_2 - \dots - Z_n$ โดยแปลงหน่วยของแต่ละตัวแปรที่แตกต่างกัน (บาท, วัน) ให้กลายเป็นหน่วยเดียวกันสามารถเปรียบเทียบกันได้ พจน์ที่มีการกระจายมาก คือ พจน์ที่มีความแตกต่างหรือระยะห่างระหว่าง Z score ในแต่ละตัวแปรมาก ส่งผลให้พจน์มีขนาดใหญ่ขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัดสินใจ (Y) ในรูปแบบที่จะช่วยเพิ่มหรือลดการตัดสินใจ ตามแต่ beta coefficient จะเป็นตัวกำหนด นั่นคือเครื่องหมาย + / - ในกรณีของ conjunctive ที่มีค่า beta coefficient เป็นลบ การเพิ่มขึ้นของพจน์ scatter หรือพจน์เกิดการกระจายมากขึ้น จะส่งผลให้กระบวนการตัดสินใจลดลง ในทางตรงกันข้ามหากพจน์มีการกระจายลดลงก็จะเพิ่มการตัดสินใจ

ย้อนกลับมาพิจารณาในรูปแบบ A และ B และเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำที่ผู้เลือกได้กำหนดไว้ที่ copayment 80 บาท จะสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นดังแผนภาพ

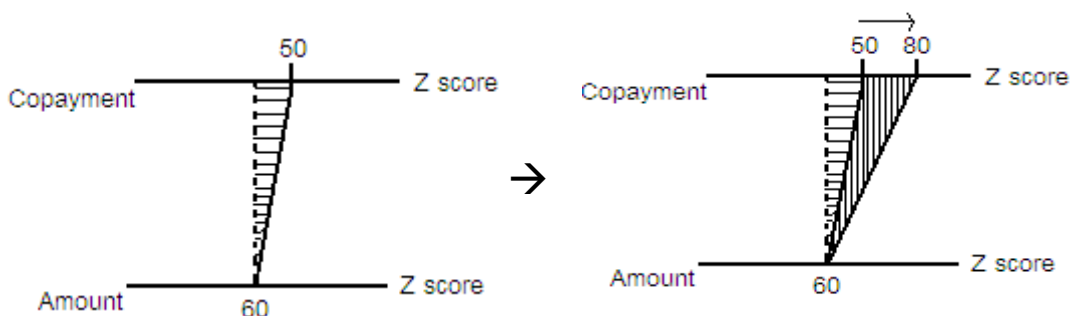


แผนภาพดังกล่าวแสดงถึงเส้นของ Z score ที่แสดงจุดของแต่ละตัวแปรที่ถูกแปลงเป็นค่า Z score โดยเส้นบนคือ Z score ของตัวแปร copayment และเส้นล่างเป็นของตัวแปร amount โดยจุด

เกณฑ์กำหนดขั้นต่ำ copayment 80 บาท ก็จะถูกแปลงให้เป็น Z score ด้วยเช่นกันเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบภายหลัง เมื่อพิจารณาการกระจายที่เกิดขึ้นในรูปแบบ A ดังภาพ



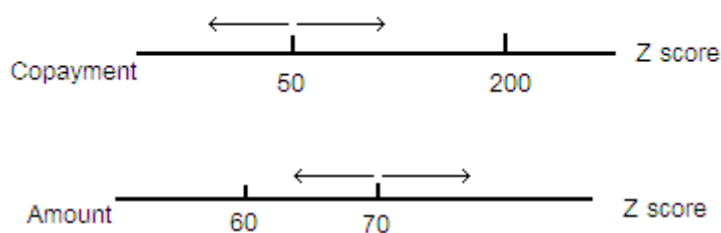
พื้นที่ดังกล่าวจะแสดงให้เห็นถึงการกระจายของข้อมูลระหว่างตัวแปร หากต้องการที่จะทำให้เกิดการกระจายของข้อมูลที่มากขึ้นสามารถทำได้โดยเปลี่ยนแปลงค่า Z score ที่มีอยู่จาก copayment 50 บาท ไปได้ 2 ทิศทางคือ 50 – 80 และ ต่ำกว่า 50 ลงไป แต่เมื่อพิจารณาถึงความเป็นจริง ทิศทางของการกระจายในกรณีนี้ที่ ต่ำกว่า 50 ลงไป จะต้องถูกตัดออกเนื่องจากในมุมมองของผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (payer) จะต้องมีการลดภาระค่าใช้จ่ายให้เท่าที่เป็นไปได้ ในเมื่อผู้เลือกกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำไว้ที่ copayment 80 บาท ซึ่งเป็นจุดต่ำสุดที่ผู้เลือกสามารถยอมรับได้ และ copayment 50 บาท ก็เป็นจุดที่เหมาะสมต่อความพึงพอใจในระดับหนึ่ง จึงไม่จำเป็นต้องให้ความสนใจในทิศทางที่ ต่ำกว่า 50 บาทลงไป ดังนั้นทิศทางที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการกระจายของข้อมูลจึงเหลือแค่ 50 – 80 เมื่อพิจารณาแยกรูปแบบ A ออกเป็น 2 แบบคือ copayment 50 บาท / amount 60 วัน และ copayment 80 บาท / amount 60 วัน โดยแปลงให้อยู่ในหน่วย Z score ทั้งสองตัวแปรจะเกิดการเปลี่ยนแปลงดังภาพ



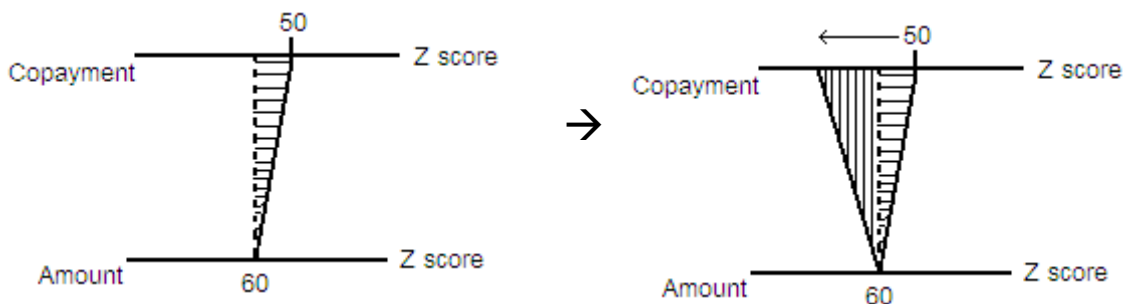
นั่นคือพื้นที่ได้กราฟที่เพิ่มมากขึ้นบ่งบอกถึงการกระจายของข้อมูลในพจน์ scatter ที่มากขึ้น เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับ Beta coefficient ที่เป็นลบ สามารถบอกได้ว่า เมื่อพจน์มีการกระจาย

ของข้อมูลที่มากขึ้นจะส่งผลให้ลดการตัดสินใจ กล่าวคือเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบสิทธิประโยชน์ จาก copayment 50 บาท / amount 60 วัน เป็น copayment 80 บาท / amount 60 วัน จะส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้เลือกลดลง ซึ่งตรงกับความเป็นจริงที่ว่าเมื่อมีส่วนร่วมจ่ายที่เพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงได้รับปริมาณยาเท่าเดิม ย่อมทำให้คะแนนความพึงพอใจลดต่ำลงจากการเปลี่ยนแปลงส่วนร่วมจ่ายที่เกิดขึ้น

ในส่วนของการคำนวณการตัดสินใจแบบ disjunctive ที่มีค่า beta coefficient เป็นบวก จะมีการกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำที่แตกต่างกันออกไป จากในกระบวนการตัดสินใจแบบ conjunctive ที่กำหนดไว้ว่าต้องมีเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำในแต่ละตัวแปรที่มีขนาดเท่าใด แต่ใน disjunctive จะกำหนดไว้ว่ารูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ควรมีส่วนร่วมจ่าย (copayment) ที่ต่ำหรือ มีปริมาณยาที่ได้รับ (amount) เป็นจำนวนวันที่มาก ซึ่งในที่นี้รูปแบบ A และ B ก็สามารถกลายเป็นสิทธิประโยชน์ที่พึงประสงค์ได้เพราะรูปแบบ A มี copayment ที่ต่ำกว่า และรูปแบบ B มี amount ที่สูงกว่า กล่าวคือขอเพียงมีตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญมากก็เพียงพอต่อการตัดสินใจ ซึ่งพิจารณาถึงการกระจายของข้อมูลจะแยกได้เป็น 2 กลุ่มตัวแปรคือ copayment และ amount ดังภาพ

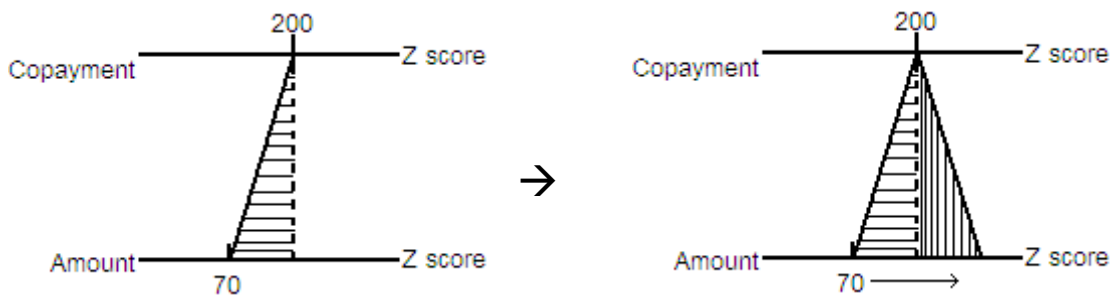


ในประเด็นของเส้น Z score copayment จะมีจุดตั้งต้นที่ Z score copayment 50 บาท สามารถทำให้เกิดการกระจายของข้อมูลได้ 2 ทิศทางคือ 50 – 200 และ 50 ลดต่ำลงไป ซึ่งในทิศทาง 50 – 200 จะถูกตัดออกไปเนื่องจากในกระบวนการตัดสินใจแบบ disjunctive copayment ที่ผู้เลือกต้องการได้ถูกกำหนดไว้แล้วคือ copayment ที่น้อยที่สุดนั่นคือ copayment ของรูปแบบ A (50 บาท) ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ copayment มากกว่า 50 บาท จะส่งผลให้รูปแบบดังกล่าวไม่ได้รับความสนใจ ทิศทางการกระจายจึงเหลือทางเดียวคือ 50 ลดต่ำลงไป เพื่อประเมินว่าการปรับลด copayment มีผลเพิ่มความพึงพอใจต่อผู้เลือกเพียงใด และคุ้มค่ากับการปรับลดอันจะเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้จ่าย (payer) หรือไม่ ดังนั้นการกระจายที่เกิดขึ้นของ Z score copayment จะเป็นดังภาพ



นั่นคือการกระจายของข้อมูลที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง copayment 50 บาท ให้มีปริมาณ copayment ที่ลดต่ำกว่า 50 บาทจะส่งผลให้พจน์ scatter มีขนาดใหญ่ขึ้น เมื่อพิจารณาพร้อมกับ beta coefficient ที่เป็นบวก จะสามารถบอกได้ว่าเมื่อพจน์ scatter มีการกระจายที่มากขึ้นหรือมีขนาดใหญ่ขึ้นจะส่งผลต่อการเพิ่มการตัดสินใจ กล่าวคือเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบสิทธิประโยชน์จาก copayment 50 บาท / amount 60 วัน เป็น copayment ที่ต่ำกว่า 50 บาท / amount 60 วัน จะส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้เลือกเพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกับความเป็นจริงที่ว่าเมื่อมีส่วนร่วมจ่ายที่ลดลง แต่ยังคงได้รับปริมาณยาเท่าเดิม ย่อมทำให้คะแนนความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงส่วนร่วมจ่ายที่เกิดขึ้น

ในประเด็นของเส้น Z score amount จะมีจุดตั้งต้นที่ Z score amount 70 วัน สามารถทำให้เกิดการกระจายของข้อมูลได้ 2 ทิศทางคือ 70 – 60 และ มากกว่า 70 ขึ้นไป ซึ่งในทิศทาง 70 – 60 จะถูกตัดออกไปเนื่องจากในกระบวนการตัดสินใจแบบ disjunctive amount ที่ผู้เลือกต้องการได้ถูกกำหนดไว้แล้วคือ amount ที่มากที่สุดนั่นคือ amount ของรูปแบบ B (70 วัน) ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ amount น้อยกว่า 70 วัน จะส่งผลให้รูปแบบดังกล่าวไม่ได้รับความสนใจ ทิศทางการกระจายจึงเหลือทางเดียวคือ มากกว่า 70 ขึ้นไป เพื่อประเมินว่าการปรับเพิ่ม amount มีผลเพิ่มความพึงพอใจต่อผู้เลือกเพียงใด และคุ้มค่ากับการปรับเพิ่มอันจะเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้จ่าย (payer) หรือไม่ ดังนั้นการกระจายที่เกิดขึ้นของ Z score amount จะเป็นดังภาพ



นั่นคือการกระจายของข้อมูลที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง amount 70 วัน ให้มีปริมาณ amount ที่สูงกว่า 70 วันจะส่งผลให้พจน์ scatter มีขนาดใหญ่ขึ้น เมื่อพิจารณาพร้อมกับ beta coefficient ที่เป็นบวก จะสามารถบอกได้ว่าเมื่อพจน์ scatter มีการกระจายที่มากขึ้นหรือมีขนาดใหญ่ขึ้นจะส่งผลต่อการเพิ่มการตัดสินใจ กล่าวคือเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบสิทธิประโยชน์จาก copayment 200 บาท / amount 70 วัน เป็น copayment 200 บาท / amount มากกว่า 70 วัน จะส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้เลือกเพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกับความเป็นจริงที่ว่าเมื่อมีส่วนร่วมจ่ายที่เท่าเดิม แต่ได้รับปริมาณยาที่เพิ่มขึ้น ย่อมทำให้คะแนนความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงปริมาณยาที่เกิดขึ้น

งานวิจัยของ Cline and Gupta (2005) ได้นำสมการ scatter model มาใช้ในการแยกแยะกระบวนการตัดสินใจของผู้ตอบแบบสอบถามที่เกิดขึ้นเป็นแบบ conjunctive หรือ disjunctive โดยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อมูลเดียวกันกับที่ใช้ในสมการเส้นตรง เพื่อวิเคราะห์หาค่าในพจน์ของ scatters ว่ามีค่าเป็นบวกหรือลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่าจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 32 รายมีกระบวนการคิดแบบ conjunctive อย่างมีนัยสำคัญทั้งหมด 12 ราย นั่นคือกระบวนการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาว่าพึงพอใจในรูปแบบใด ผู้ตอบแบบสอบถามจะทำการตั้งเกณฑ์กำหนดขั้นต่ำไว้ในแต่ละตัวแปร หากมีตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งที่ไม่ผ่านเกณฑ์ก็จะตัดสินใจให้รูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาดังกล่าวได้ระดับความพึงพอใจที่น้อยมาก ในขณะที่รูปแบบที่ได้คะแนนความพึงพอใจที่มากจะต้องมีตัวแปรทุกตัวที่ผ่านเกณฑ์กำหนดที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้วางไว้

การวิเคราะห์เพื่อสร้างนโยบาย (Policy-capturing analysis)

เป็นกระบวนการอีกชนิดหนึ่งที่ใช้ในการหารูปแบบของผลิตภัณฑ์หรือรูปแบบของสิทธิประโยชน์ที่พึงพอใจของผู้บริโภค เช่นเดียวกับ conjoint analysis ที่มีการสร้างรูปแบบของสิทธิประโยชน์ที่ได้จากระดับของคุณลักษณะทั้งหมด โดยจะนำข้อมูลที่ได้ระหว่างความพึงพอใจต่อรูปแบบสิทธิประโยชน์ที่ i คือค่า Y มาเข้า regression analysis เพื่อดูว่าคุณลักษณะที่เป็นตัวแปร X_i มีผลต่อคะแนนความพึงพอใจที่เป็นค่า Y อย่างไร ผ่านค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน standardized beta coefficients โดยจะมีการ code ตัวแปร X_i ที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่

ข้อมูลเชิงปริมาณ : จะ code ตัวแปรเป็นจำนวนจริง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ : จะ code ตัวแปรเป็นแบบ effect code ดังตัวอย่าง

กำหนดให้รูปแบบของวิधिประโยชน์ด้านยาแบบที่ 1 ประกอบด้วย การไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing = 0) และสามารถเบิกได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (formulary = ED)

รูปแบบที่ 2 ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมจ่าย 100 บาทต่อครั้ง (cost sharing = 100) และสามารถเบิกได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (formulary = All)

รูปแบบที่ 3 ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมจ่าย 500 บาทต่อครั้ง (cost sharing = 500) และสามารถเบิกได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (formulary = All)

จากรูปแบบของวิधिประโยชน์ด้านยาดังกล่าวสามารถ code ตัวแปรแบบ effect code ได้เป็นดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการ code ตัวแปรในวิธี policy-capturing analysis

รูปแบบ	การมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing)	รายการยาที่เบิกได้ (formulary)	
		ED	All
1	0	1	-1
2	100	-1	-1
3	500	-1	-1

เมื่อนำเข้าสู่กระบวนการ regression analysis จะได้ค่าสัมประสิทธิ์ coefficients และค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน standardized beta coefficients โดยจะเลือกใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานมาแสดงผลและคำนวณต่อไป ดังตัวอย่าง

Id 001

Label	std. beta coefficients
Cost sharing	-0.153
Formulary ED	-0.164

สามารถเขียนเป็นสมการได้ คือ $Y = -0.153(X_{\text{cost sharing}}) + (-0.164)(X_{\text{formulary}})$

จากนั้นจะนำค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานที่ได้มาคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (standardized relative weight of regression coefficient) ที่ได้มาจากสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะ

กับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะ ดังตัวอย่าง

น้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานของการมีส่วนร่วมจ่ายจะมีค่าเท่ากับ $[(0.153)/(0.153 + 0.164)] \times 100 = 48.26\%$

น้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานของบัญชีรายการยาที่เบิกได้จะมีค่าเท่ากับ $[(0.164)/(0.153 + 0.164)] \times 100 = 51.74\%$

สามารถบอกได้ว่าในประชากรรายนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะ บัญชีรายการยาที่เบิกได้ (formulary) มากกว่า การมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) โดยพิจารณาค่า standardized beta coefficients จะพบว่าความพึงพอใจจะลดลงเมื่อต้องมีส่วนร่วมจ่ายที่เพิ่มขึ้น และเบิกได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

จากนั้นจะนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (standardized relative weight of regression coefficient) มาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักสัมพัทธ์ในแต่ละคุณลักษณะกับลำดับความสำคัญของแต่ละคุณลักษณะที่ให้ประชากรตัวอย่างจัดอันดับความสำคัญ เพื่อจะเปรียบเทียบว่าประชากรตัวอย่างมีความเข้าใจในแต่ละคุณลักษณะหรือไม่ และสามารถนำคุณลักษณะเหล่านั้นมาใช้ตัดสินใจเลือกรูปแบบสิทธิประโยชน์ที่ตนพึงพอใจได้หรือไม่ (judgment insight)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้จะแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ๆคือขั้นตอนการสร้างคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา และขั้นตอนการหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ด้วยวิธีการต่างๆ

ขั้นตอนการสร้างคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา

เป็นขั้นตอนของการสร้าง คุณลักษณะ (attribute) ของสิทธิประโยชน์ด้านยา ที่มาจากมุมมองของข้าราชการผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาล โดยข้อมูลของคุณลักษณะสิทธิประโยชน์ด้านยา ได้มาจากการทำการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม (focus group interview) เนื่องในงานวิจัยของ Cline, Gupta, Singh, et al. (2005) ได้กล่าวว่า การสัมภาษณ์โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มสามารถทำให้ผู้สัมภาษณ์เข้าถึงข้อมูลในระดับที่ลึกของกลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ เช่นลักษณะนิสัย ภูมิหลังของผู้ถูกสัมภาษณ์ และทำให้สามารถเข้าใจถึงทัศนคติของกลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ ที่มีต่อคุณลักษณะแต่ละชนิดในผลิตภัณฑ์ได้อย่างรวดเร็ว และการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มจะเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งเป็นผลให้ผู้ทำวิจัยสามารถดึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาออกมาได้มากกว่าการสัมภาษณ์แบบอื่นที่นิยมใช้เช่นการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview) ในผู้ถูกสัมภาษณ์แต่ละราย

การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม (focus group interview)

กลุ่มประชากรที่ทำการวิจัยได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากสถานที่ทำงานของข้าราชการของรัฐ เช่น ที่ว่าการอำเภอ โรงเรียน สถานรักษาพยาบาลของรัฐ เป็นต้น เพื่อให้ได้ประชากรที่มีคุณลักษณะตรงกับหัวข้อของการวิจัย ในการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ โดยแนวทางของคำถามมุ่งไปยังประเด็น 1) คุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาใด ที่มีความสำคัญมากที่สุด ในมุมมองของผู้ถูกสัมภาษณ์ 2) ความเข้าใจในคุณลักษณะต่างๆของสิทธิประโยชน์ด้านยา และผลที่คาดว่าจะได้รับแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ ในแต่ละคุณลักษณะ 3) ภาษาที่ใช้ของผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่อมีการพูดถึงคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา

ในการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มจะใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 6-7 คน กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายต้องอยู่ในกลุ่มเดียวเท่านั้นไม่สามารถอยู่ใน 2 กลุ่มหรือมากกว่าได้ ซึ่งมีการขออนุญาตด้วยวาจาในการเก็บข้อมูลโดยข้อมูลที่เก็บทั้งหมดจะนำมาวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้นและจะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือระบุตัวบุคคลแต่อย่างใด การทำการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มจะทำที่ละกลุ่ม ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม ผู้เข้าร่วมจะถูกกระตุ้นเพื่อให้เกิดการตอบสนองและมีส่วนร่วมในการทำการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม โดยมีผู้ทำวิจัยเป็นคนกระตุ้น โดยการพยายามสร้างบรรยากาศที่ทำให้ผู้เข้าร่วมที่ยังมีความเขินอายมีความกล้าที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ตนมีในการสัมภาษณ์ แต่อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมก็มีสิทธิที่จะไม่ตอบสนองต่อการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม หากไม่สะดวกในการให้คำตอบในบางเรื่องที่ตนไม่สบายใจและเพื่อเป็นการป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์หรือผู้ทำวิจัยต้องทำตนเป็นกลางและไม่นำเสนอมุมมองของตนออกไป ซึ่งอาจเป็นการชักจูงให้ผู้เข้าร่วมมีแนวคิดเช่นเดียวกับตนส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ไม่ความจริง จำนวนกลุ่มที่ทำการสัมภาษณ์จะเพิ่มไปเรื่อยๆจนกว่าข้อมูลที่ได้รับจะเกิดการอิ่มตัว หรือไม่มีข้อมูลใหม่ในการอภิปราย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกบันทึกผ่านอุปกรณ์อัดเสียงและการบันทึกข้อมูลในสมุดโดยผู้สัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ว่าได้มีการกล่าวถึงคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านใดบ้าง เพื่อนำคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปบูรณาการกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสร้างเป็นรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยา

อย่างไรก็ตามหลังจากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มแล้วได้มีการทำการศึกษาเบื้องต้น (preliminary test) เพื่อหาระดับ (level) ของคุณลักษณะที่ยังอาจไม่ชัดเจนอยู่จากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณลักษณะเชิงปริมาณคือคุณลักษณะด้านการร่วมจ่ายค่ายาและปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง โดยอาศัยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับปริมาณของคุณลักษณะนั้นๆ เพื่อที่จะกำหนดรายละเอียดของระดับในแต่ละคุณลักษณะ การศึกษาเบื้องต้นจะอาศัยการออกแบบสอบถาม (ภาคผนวก ก) เพื่อสำรวจความเห็นของกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กของข้าราชการ โดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 33 คนเพื่อให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับของคุณลักษณะเหล่านี้

จากผลการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม พบว่าข้าราชการมีความเห็นในการมีส่วนร่วมจ่ายเป็น 2 แบบ คือการร่วมจ่ายในอัตราคงที่ (copayment) และการร่วมจ่ายในอัตราร้อยละของราคายาทั้งหมด (coinsurance) อย่างไรก็ตามในการศึกษาเบื้องต้นเพื่อหาระดับของคุณลักษณะนี้ จะเลือกเฉพาะการร่วมจ่ายในอัตราคงที่เพราะเป็นวิธีการร่วมจ่ายที่รู้จักกันโดยทั่วไปในประเทศไทยเพราะเคยมีการใช้วิธีนี้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีการตั้งคำถามในแบบสอบถามให้ผู้ที่ใช้สิทธิรับมูลค่าใช้จ่ายสูงสุดและต่ำสุดที่เต็มใจร่วมจ่ายโดยเฉลี่ยต่อการรับยา 1 ครั้ง ภายในช่วงของค่าใช้จ่ายตั้งแต่ “100 บาท” ถึง “มากกว่า 500 บาท” ซึ่งช่วงของค่าใช้จ่ายที่กำหนดขึ้นนี้ได้มาจากผลการทำ

การสัมภาษณ์เชิงกลุ่มร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จากผลการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มพบว่าช่วงของค่าใช้จ่ายที่ข้าราชการผู้มีสิทธิเต็มใจร่วมจ่ายอยู่ระหว่าง 50 ถึง 500 บาท และเมื่อพิจารณาร่วมกับงานวิจัยอื่นๆ อันได้แก่งานวิจัยของ พิมพ็วรา ตันเวชศิลป์ (2551) ที่ได้กำหนดช่วงของค่าดังกล่าวไว้ตั้งแต่ “20 บาท” ถึง “มากกว่า 100 บาท” โดย 20 บาทนั้นได้มาจากอัตราที่ต่ำกว่าอัตราร่วมจ่ายที่เคยใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีแนวคิดว่าสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังคงดีว่าสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีการร่วมจ่ายน้อยกว่า ส่วนเพดานค่าใช้จ่ายสูงสุดที่มากกว่า 100 บาท ได้มาจาก พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 (2551) พบว่า ข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งประเภททั่วไประดับผู้ปฏิบัติงานจะมีเงินเดือนขั้นต่ำ 4,630 บาท หรือคิดเป็น 154 บาทต่อวัน ซึ่งจำนวนเงิน “มากกว่า 100 บาท” คาดว่าเป็นอัตราที่ไม่สูงเกินไป และข้าราชการชั้นผู้น้อยสามารถจ่ายได้ แต่อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยของ สามินี เจะแม (2552) ที่ศึกษารูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ โดยมีข้อแตกต่างตรงที่การแยกวิธีการร่วมจ่ายออกจากกันอย่างชัดเจน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญในคุณลักษณะบัญชียามากกว่าการมีส่วนร่วมจ่ายแบบค่าคงที่ ในขณะที่งานวิจัยของ วาสนา จิวสุวรรณ (2552) ที่กำหนดวิธีการร่วมจ่ายเป็นแบบร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญของคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายมากกว่าบัญชียา ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการกำหนดส่วนร่วมจ่ายให้อยู่ในช่วงค่าคงที่ 20 – 100 บาท ยังไม่เป็นส่วนร่วมจ่ายที่มากพอจนทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของการร่วมจ่าย นอกจากนี้ต่อมารัฐบาลเองก็ได้ประกาศยกเลิกการร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดให้จ่ายเป็นเงิน 30 บาทต่อครั้งนั้น เพราะเห็นว่าการเก็บส่วนร่วมจ่ายดังกล่าวไม่คุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการ ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงเลือกการร่วมจ่ายที่สูงขึ้นเป็นตั้งแต่ 100 ถึงมากกว่า 500 บาท

ส่วนปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง จะมีการตั้งคำถามโดยให้ผู้ใช้สิทธิเลือกระยะเวลาสูงสุดที่คิดว่าเหมาะสมต่อการรับยา 1 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่อง จากตัวเลือกของช่วงระยะเวลาตั้งแต่ “1 เดือน” ถึง “3 เดือน” ซึ่งผู้ทำวิจัยกำหนดขึ้นโดยอาศัยข้อมูลจากงานวิจัยของ ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ (2545) คือ อัตราการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีผู้ป่วยนอกคิดเป็น 3.769 ครั้งต่อรายต่อปี ทางผู้ทำวิจัยจึงใช้ข้อมูลดังกล่าว ในการประมาณความถี่ของการพบแพทย์เฉลี่ยของผู้ใช้สิทธิ คือ 4 ครั้งต่อรายต่อปี หรือทุก 3 เดือน

หลังจากนั้นจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและฐานนิยมเป็นต้น แล้วจะใช้ค่าประมาณการณ

รายได้ที่จะได้จากการเก็บส่วนร่วมจ่ายนี้จากจำนวนครั้งที่ข้าราชการใช้บริการรักษาพยาบาล เพื่อศึกษาถึงความคุ้มค่าที่จะมีการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายดังกล่าว หรือเป็นการประมาณการณ์ว่าหากมีการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายจำนวนดังกล่าวนั้น นอกจากจะเป็นมาตรการการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยส่งผลต่อจำนวนครั้งของการมาใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ใช้สิทธิแล้ว ยังเป็นการทดแทนค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลในภาพรวมอีกด้วย

ขั้นตอนการหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์

การสร้างแบบสอบถาม

ขั้นตอนของการสร้างรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยานี้ จะอาศัยคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ได้จากขั้นตอนของการสร้างคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา มาสร้างเป็นรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมีรายละเอียดของระดับของแต่ละคุณลักษณะแตกต่างกันไป

จากการสร้างคุณลักษณะที่พบว่าคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 1) การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมจ่ายในอัตราค่าที่ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ 0 บาท 100 บาท และ 500 บาท 2) รายการยาที่เบิกจ่ายได้ที่ประกอบด้วย 2 ระดับคือการเบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและการเบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 3) ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้งซึ่งกำหนดเป็น 3 ระดับคือ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน 4) ช่องทางการรับยา โดยกำหนดเป็น 3 ระดับคือ 1) ผู้ใช้สิทธิสามารถรับยาได้จากโรงพยาบาล 2) ผู้ใช้สิทธิสามารถรับยาได้จากโรงพยาบาลและร้านยา 3) ผู้ใช้สิทธิสามารถรับยาได้จากโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน เมื่อนำคุณลักษณะและระดับต่างๆเหล่านี้มาจับกลุ่มรวมกันเป็นรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา จะทำให้มีจำนวนของรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาทั้งหมดที่เป็นไปได้ทั้งหมด $3 \times 2 \times 3 \times 3 = 54$ รูปแบบ ซึ่งหากนำรูปแบบทั้งหมด (Full factorial design) ไปให้ผู้สิทธิประโยชน์พิจารณา ก็อาจทำให้มีจำนวนของรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาทั้งหมดมากเกินไป และเป็นการยากต่อผู้ตอบแบบสอบถามในการจัดอันดับความพึงพอใจหรือให้คะแนนได้ทั้งหมดทุกรูปแบบ เช่นเดียวกับ Cooksey (1997) ที่ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นหากมีจำนวนที่มากเกินไปจะส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามรับภาระในด้านความจำที่มากขึ้น เนื่องจากต้องจดจำรายละเอียดในแต่ละรูปแบบของสิทธิประโยชน์และนำไปเปรียบเทียบกับสิทธิประโยชน์อื่นๆ ส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามหลีกเลี่ยงที่จะอ่านข้อมูลทั้งหมดในแต่ละรูปแบบเป็นผลให้ผลการประเมินที่ได้ไม่เป็นไปตามความเป็นจริง โดย Cooksey

(1997) ได้แนะนำจำนวนของรูปแบบสัททิตธิประโยชน์ที่เหมาะสมควรมีจำนวนอย่างน้อยเป็น 5 เท่าของตัวแปรหรือคุณลักษณะทั้งหมด หรือมากที่สุดไม่เกิน 10 เท่าของตัวแปรหรือคุณลักษณะทั้งหมด นั่นคือหากตัวแปรหรือคุณลักษณะมีทั้งหมดมีจำนวนเท่ากับ 4 สามารถสร้างรูปแบบที่เป็นไปได้ทั้งหมด 54 รูปแบบ จำนวนของรูปแบบที่เหมาะสมในจำนวนน้อยที่สุดจะเท่ากับ 20 รูปแบบ และมากที่สุดไม่เกิน 40 รูปแบบ จากรูปแบบที่เป็นไปได้ทั้งหมด จึงสามารถนำแบบสอบถามไปใช้ได้จำนวน 20 รูปแบบ โดยการลดจำนวนรูปแบบสัททิตธิประโยชน์ Cooksey (1997) ได้กล่าวถึงวิธีการลดรูปแบบโดยใช้วิธีการสุ่มรูปแบบของสัททิตธิประโยชน์ โดยผู้เขียนแนะนำว่าต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อให้รูปแบบของสัททิตธิประโยชน์ที่เหลือมีความเหมาะสมและสามารถใช้เป็นตัวแทนของรูปแบบทั้งหมดได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ พิมพัรธา ต้นเวชศิลป์ (2551) ที่ได้นำเทคนิคการลดจำนวนของรูปแบบสัททิตธิประโยชน์ (fractional factorial design) เพื่อลดจำนวนของรูปแบบสัททิตธิประโยชน์ที่นำเสนอต่อผู้ตอบแบบสอบถามลง แต่รูปแบบเหล่านี้ยังคงทำหน้าที่เป็นตัวแทนของรูปแบบทั้งหมดได้ โดยอาศัยโปรแกรมสำเร็จรูป PASW statistics 18 (SPSS เดิม) สุ่มเลือกรูปแบบสัททิตธิประโยชน์แบบ orthogonal ซึ่งเป็นการสุ่มเลือกที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์หาอรรถประโยชน์โดยใช้ conjoint analysis ในการสุ่มเลือกแบบ orthogonal นี้ได้กำหนดให้มีจำนวนรูปแบบน้อยที่สุดคือ 20 รูปแบบเพื่อให้มีจำนวนข้อมูลเพียงพอที่ทำการวิเคราะห์หากระบวนการตัดสินใจ (judgment analysis) ตามที่กล่าวไว้ข้างต้นเพราะในการวิจัยนี้มีคุณลักษณะทั้งหมด 4 คุณลักษณะนั่นเอง อย่างไรก็ตามจากจำนวนคุณลักษณะและจำนวนระดับในแต่ละคุณลักษณะของการวิจัยนี้ทำให้การสุ่มแบบ orthogonal ได้นั้นในกรณีที่กำหนดว่าจำนวนรูปแบบน้อยที่สุดคือ 20 รูปแบบจะต้องมีจำนวนรูปแบบน้อยที่สุดเป็น 27 รูปแบบ ซึ่งรวมกับรูปแบบสัททิตธิประโยชน์ 3 รูปแบบเป็น holdout case เพื่อใช้ในการตรวจสอบแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ ทำให้มีจำนวนรูปแบบสัททิตธิประโยชน์ทั้งหมด 30 รูปแบบ ซึ่งรูปแบบเหล่านี้จะประกอบไปด้วยคุณลักษณะที่มีความแตกต่างกัน บางรูปแบบอาจเป็นรูปแบบที่ประกอบไปด้วยคุณลักษณะที่ลดทอนสัททิตธิเดิมอย่างมากหรือบางรูปแบบอาจประกอบไปด้วยคุณลักษณะที่เพิ่มจากสัททิตธิเดิมอย่างมาก แต่รูปแบบเหล่านี้จะยังคงถูกรวมเข้าไปในแบบสอบถามเพราะผู้วิจัยถือว่ารูปแบบเหล่านี้ยังคงมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และ 30 รูปแบบที่นำมาใช้เป็นเพียงรูปแบบเพียงส่วนหนึ่งที่นำมาเป็นตัวแทนจากรูปแบบที่เป็นไปได้ทั้งหมด เพื่อใช้หาความพึงพอใจที่เกิดขึ้นในแต่ละคุณลักษณะของสัททิตธิประโยชน์ด้านยา จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องตัดรูปแบบเหล่านั้นออกไป

นอกจากนี้แบบสอบถามยังมีตอนที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้แบบสอบถามมีองค์ประกอบดังนี้ (ภาคผนวก ข)

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน หน่วยงานที่สังกัด (กระทรวง) รายละเอียดสมาชิกในครอบครัวที่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาล
2. ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง (self – rated health status) โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว จำนวนและมูลค่ายาที่ใช้ต่อเดือน ความถี่ในการใช้บริการรักษายาบาลของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว
3. ข้อมูลการใช้สวัสดิการรักษายาบาล เช่น การเบิกค่ารักษายาบาลโดยใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมถึงการมีสวัสดิการอื่น

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์

ส่วนที่ 1 เป็นการอธิบายวิธีการทำแบบสอบถามและการให้คะแนนความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์แต่ละรูปแบบ

ส่วนที่ 2 การนำเสนอสิทธิประโยชน์ด้านยา จะเป็นการแสดงสิทธิประโยชน์ ซึ่งมีรายละเอียดแตกต่างกันครั้งละ 1 รูปแบบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องอ่านรายละเอียด และให้คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบสิทธิประโยชน์นั้นๆ โดยใช้มาตราวัดทัศนคติแบบ Likert scale ซึ่งมีระดับคะแนนความพึงพอใจตั้งแต่ 0 - 9 คือ “ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง” จนถึง “พึงพอใจอย่างยิ่ง” ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องให้คะแนนต่อสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ละรูปแบบติดต่อกันจนครบทั้งหมด เมื่อให้คะแนนต่อทุกรูปแบบแล้วแบบสอบถามจะมีคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ โดยระบุให้กลุ่มตัวอย่างจัดลำดับความสำคัญของคุณลักษณะ ว่าคุณลักษณะใดที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยามากที่สุดจนถึงคุณลักษณะที่มีความสำคัญน้อยที่สุด

จากนั้นจะมีการทดสอบแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง โดยการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยอาจารย์ในสาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหารจำนวน 3 ท่านและข้าราชการจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม ความตรงของเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างนิยามกับเนื้อหาคำถาม โดยผู้ทำวิจัยจะนำผลการประเมินที่ได้มาปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดสอบใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงด้านเนื้อหาและภาษาแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างขนาด 50 คนทดลองทำเพื่อดูแนวโน้มการตอบแบบสอบถาม และทดสอบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หากการกระจายของคะแนน เป็นต้น เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้งก่อนนำไปทดสอบจริง

การเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) จากข้าราชการที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดสงขลา เพื่อใช้เป็นตัวแทนของประชากรของการวิจัยนี้คือ ข้าราชการทั้งหมดที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดสงขลาจากการทบทวนวรรณกรรมของ Orme (2006) ได้แนะนำจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ด้วยสถิติ conjoint analysis ว่าควรมีจำนวนอยู่ในช่วง 150 – 1,200 คน แต่ในการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ที่ไม่ได้มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อยควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 300 คน การวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นประมาณ 300 คน อย่างไรก็ตามหลังจากที่ได้ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กแล้วทำการคำนวณจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ configural model แล้ว จะนำสัดส่วนดังกล่าวมาปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อให้มีจำนวนตัวอย่างมากพอที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory model ที่จะใช้ในการวิเคราะห์ conjoint analysis กล่าวคือในการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory จำเป็นต้องมีประชากรอย่างน้อย 300 คนเพื่อให้การวิเคราะห์ผลมีความน่าเชื่อถือ แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบสอบถามจะประกอบไปด้วยข้าราชการที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory และ configural model ปะปนกันซึ่งหากแยกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มออกจากกันแล้วส่งผลให้จำนวนตัวอย่างในกลุ่ม compensatory model มีน้อยกว่า 300 ทำให้ต้องมีการเก็บตัวอย่างเพิ่มเติม จึงจำเป็นต้องมีการเก็บตัวอย่างให้เกินไว้เพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ภายหลัง โดยจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดสามารถคำนวณได้จากวิธีการดังนี้

ในขณะทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 30 คน จะมีการวิเคราะห์กระบวนการคิดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ว่ามีประชากรทั้งหมดกี่ราย ที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory model หรือ configural model จากนั้นจะนำไปคำนวณว่ามีร้อยละเท่าไรที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ configural model เพื่อนำไปคำนวณหาจำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูลจริง เช่นเมื่อวิเคราะห์ออกมาพบว่ามีจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 จากทั้งหมดมีแนวความคิดแบบ configural model หากทำการเก็บข้อมูลจำนวน 300 คนต้องมีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 30 คนที่มีแนวความคิดแบบ configural model ซึ่งที่เหลือ 270 คนมีแนวความคิดแบบ compensatory ซึ่งไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ ดังนั้นจึงต้องเก็บตัวอย่างในจำนวนที่มากกว่า 340 คน (configural model 34 คน, compensatory model 306 คน) เพื่อป้องกันไม่ให้มีจำนวนตัวอย่างในกลุ่ม compensatory model น้อยกว่า 300 ราย

ในการเก็บข้อมูลและเพิ่มความร่วมมือในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ทำวิจัยจะมีการศึกษารายละเอียดของทำเนียบส่วนราชการจังหวัดสงขลา แล้วแจกแจงหน่วยราชการต่างๆ ออกเป็นกลุ่มตามหน่วยงานที่สังกัด จากนั้นจะพิจารณาสถานที่ตั้ง จำนวนบุคลากร และทำการติดต่อสอบถามความสะดวกในการให้ข้อมูลของบุคลากรภายในหน่วยงาน แล้วผู้ทำวิจัยจะแจกแบบสอบถามชุดในหน่วยราชการต่างๆของจังหวัดสงขลา โดยผู้ทำวิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระยะเวลาที่จะเก็บแบบสอบถามกลับ แล้วฝากแบบสอบถามไว้กับผู้ประสานงานของหน่วยราชการแต่ละแห่ง ซึ่งยินดีให้ความร่วมมือในการช่วยแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถามให้กับผู้ทำวิจัย จากนั้นผู้ทำวิจัยจะเก็บแบบสอบถามกลับ หลังจากแจกแบบสอบถามเป็นเวลา 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้ทำการบันทึกข้อมูลที่เก็บได้และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว ก็ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยการคำนวณสถิติเชิงพรรณนา เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ ในการทำนายคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) จำเพาะที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายให้คะแนนต่อคุณลักษณะย่อยแต่ละระดับ ซึ่งสามารถนำมาคำนวณหาค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) เพื่อใช้พิจารณาว่าคุณลักษณะใดที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ แล้วจะมีการตรวจสอบแบบจำลองโดยการทดสอบสารูปสนิทธิ (goodness of fit test) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (observed frequency) และค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ (predicted frequency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R^2) และทำการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อ holdout cases ซึ่งจะไม่ถูกนำไปประมวลผลเพื่อทำนายอรรถประโยชน์ (utility) และคะแนนที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ จากนั้นก็ได้มีการจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) ตามประเภทของคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยใช้ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

- กลุ่มที่ตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยพิจารณาเน้นหนักในคุณลักษณะหลักด้านใดด้านหนึ่งเพียงคุณลักษณะเดียว (single preference) จะต้องมีค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะนั้นๆ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ดังกล่าวจะต้องมีค่ามากกว่าค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะอื่นๆที่เหลืออย่างน้อยร้อยละ 10

- กลุ่มที่ตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยพิจารณาในคุณลักษณะหลักหลายด้านควบคู่กัน (mixed preference) จะต้องมีการรวมค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะด้านต่างๆ ที่ผู้ใช้สิทธิให้ความสำคัญตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป แล้วผลที่ได้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 นอกจากนี้จะต้องพิจารณาด้วยว่าภายในคุณลักษณะต่างๆที่พิจารณาควบคู่กันนั้น คุณลักษณะที่มีค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) น้อยที่สุดจะต้องมีค่ามากกว่าค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะอื่นที่เหลืออยู่อย่างน้อยร้อยละ 10

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะแต่ละด้าน โดยใช้การทดสอบทางสถิติ t-test หรือ one-way ANOVA หรือ Pearson correlation ตามแต่ชนิดของตัวแปร

4. การวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยการนำสมการที่มีไข่เส้นตรง หรือ scatter model มาใช้ในการจำแนกว่าในตัวอย่างแต่ละรายว่ามีรายใดที่มีกระบวนการคิดแบบ configural หรือแบบ compensatory โดยเปรียบเทียบจากค่าความแตกต่างของ R^2 (incremental R^2) ระหว่างการใช้สมการ compensatory model กับการใช้สมการ scatter model หาก R^2 ของตัวอย่างรายใดที่ใช้วิธีการคำนวณแบบ scatter model มีค่ามากกว่า แบบ compensatory model อย่างมีนัยสำคัญ ย่อมบอกได้ว่ากรอบอธิบายโดยใช้สมการที่มีไข่เส้นตรงสามารถอธิบายกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นในตัวอย่างรายนั้นได้ดีกว่าการใช้สมการเชิงเส้นตรงมาอธิบาย นั่นคือตัวอย่างรายนั้นใช้กระบวนการคิดแบบ configural จะทำให้สามารถแยกกลุ่มตัวอย่างออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีแนวความคิดแบบ compensatory และ configural นอกจากนี้ในขั้นตอนนี้ยังเป็นการจำแนกย่อยในกระบวนการคิดหรือตัดสินใจแบบ configural ว่ากระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นเป็นแบบ conjunctive หรือ disjunctive โดยการประเมินจากพจน์ที่เป็น scatter หากพจน์ดังกล่าวมีค่าเป็นบวกอย่างมีนัยสำคัญจะถือเป็นการตัดสินใจแบบ disjunctive หากพจน์ดังกล่าวมีค่าเป็นลบอย่างมีนัยสำคัญจะถือเป็นการตัดสินใจแบบ conjunctive หลังจากนั้นก็จะทำการวิเคราะห์เช่นเดียวกับข้อ 2 ซ้ำอีกครั้งเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดแบบ compensatory

5. เมื่อพิจารณาค่าคะแนนอรรถประโยชน์ในแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะของคุณลักษณะที่เป็นการมีส่วนร่วมจ่าย และบัญชีรายการยาที่เบิกได้ ที่มีความชัดเจนว่าควรจะมี

คะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมจ่ายที่มีจำนวนลดลง หรือเมื่อบัญชีรายการที่เบิกได้เป็นทั้งยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตเช่นงานวิจัยของ Holdford and Carroll (2002) และสอดคล้องกับแนวคิดโดยทั่วไปแตกต่างจากช่องทางการรับยาและปริมาณยาที่ได้รับที่อาจขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของตัวอย่างแต่ละคนได้ การวิจัยนี้จึงเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างนี้แล้วทำการวิเคราะห์เช่นเดียวกับข้อ 2 ซ้ำอีกครั้ง

6. การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตามที่การศึกษาของ Cline and Gupta (2006) ใช้ในการวิเคราะห์ที่เรียกว่า policy-capturing analysis โดยการกำหนดให้คุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) และช่องทางการรับยา (accessibility) เป็น effect code ส่วนคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และ ปริมาณยาที่ได้รับ (amount) จะใช้จำนวนจริงในการแทนค่าลงไป เช่น 0, 100 หรือ 500 ในตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) แล้วทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเพื่อคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยและค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน

7. การคำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (standardized relative weight of regression coefficient) จากผลการวิเคราะห์ในข้อ 6 โดยคำนวณจากการนำค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานของแต่ละคุณลักษณะแล้วหารด้วยผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานของทุกคุณลักษณะ แล้วคำนวณหาค่าเฉลี่ยซึ่งค่าเฉลี่ยนี้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานนี้จะสะท้อนให้เห็นความสำคัญของแต่ละคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการพิจารณาสิทธิประโยชน์

8. การวิเคราะห์ cluster analysis โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (standardized beta coefficient) เป็นตัวแปรที่ใช้ในการจัดกลุ่ม เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Cline and Gupta (2006) ในการวิเคราะห์นี้จะใช้วิธี Hierarchical agglomerative clustering ซึ่งเป็นหนึ่งในเทคนิค cluster analysis ที่นิยมมากในการใช้แบ่งกลุ่มประชากร โดยไม่จำเป็นต้องทราบจำนวนกลุ่มมาก่อน และไม่จำเป็นต้องทราบว่าประชากรอยู่กลุ่มใดก่อน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546) โดยใช้ค่า squared euclidean distance เป็นมาตรวัดที่ใช้ในการวัดความคล้ายคลึงกัน ส่วนการตัดสินจำนวนกลุ่มที่ได้จะใช้ dendrogram และ scree-type plot เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ เมื่อทำการแบ่งกลุ่มแล้วก็จะนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานของแต่ละคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มรวมถึงนำไปหาความสัมพันธ์กับตัวแปรที่เป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ Fisher's exact test ทั้งนี้เพราะในแต่ละกลุ่มที่แยกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์ บางกลุ่มจะมีจำนวนตัวอย่างที่น้อย

9. การวิเคราะห์กลุ่มย่อยเช่นเดียวกับการวิเคราะห์ conjoint analysis โดยเลือกทำการวิเคราะห์ซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่มีแนวคิดในการเลือกสิทธิประโยชน์แบบ compensatory จำนวน 311 คน เช่นเดียวกับกลุ่มที่มีความคิดสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและสอดคล้องกับแนวคิดโดยทั่วไปจำนวน 182 คนและเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวคิดแบบ compensatory ของกลุ่มนี้จำนวน 169 คน และทำการวิเคราะห์แบ่งกลุ่มโดยใช้ cluster analysis และคำนวณหาค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานของแต่ละคุณลักษณะของแต่ละกลุ่ม

10. การคำนวณหาจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละลำดับจากการเรียงลำดับความสำคัญของแต่ละคุณลักษณะทั้ง 4 คุณลักษณะ แล้วคำนวณหาความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานโดยใช้ Fisher's exact test ซึ่งหากพบว่าลำดับความสำคัญของคุณลักษณะมีความสัมพันธ์สูงกับค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐานแล้วจะสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่าคุณลักษณะนั้นๆมีผลหรือประโยชน์อย่างไรต่อการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อสิทธิประโยชน์ (judgment insight) ตามที่ Cline and Gupta (2006) ได้แนะนำไว้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้จะประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆคือ ผลการสร้างคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา และผลการหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ด้วยวิธีการต่างๆ โดยมีรายละเอียดของผลการวิจัยดังนี้

ผลการสร้างคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา

ผลการทำการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม (focus group interview)

การวิจัยนี้ได้มีการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มทั้งหมด 6 กลุ่มซึ่งแต่ละกลุ่มจะประกอบไปด้วยข้าราชการเพศชายและหญิงรวมกันประมาณกลุ่มละ 5 คน โดยได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากสถานที่ทำงานของข้าราชการของรัฐ เช่น ที่ว่าการอำเภอ โรงเรียน สถานรักษาพยาบาลของรัฐ เป็นต้น โดยจะทำการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มที่ละกลุ่มไปเรื่อยๆจนกว่าข้อมูลที่ได้รับจะเกิดการอิ่มตัว นั่นคือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้นมาจากการทำสัมภาษณ์ พบว่าการสัมภาษณ์แต่ละกลุ่มจะใช้ระยะเวลาประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะทำการถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้คุณลักษณะดังแสดงในภาคผนวก ค

เมื่อทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มทั้ง 6 กลุ่มพบว่าคุณลักษณะ (attribute) ของสิทธิประโยชน์ด้านยาของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ที่ประกอบไปด้วย การร่วมจ่ายแบบค่าคงที่ (copayment) และการร่วมจ่ายแบบอัตราร้อยละ (coinsurance)
2. ช่องทางการรับยา (access)
3. ปริมาณยาที่ได้รับ (amount)
4. บัญชียา (formulary)
5. เบี้ยประกัน (premium)

ซึ่งพบว่าคุณลักษณะที่เป็นการมีส่วนร่วมจ่าย การเข้าถึงยา ปริมาณยาที่ได้รับและบัญชียานั้นจะมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและจากงานวิจัยของ พิมพ์วรา ตันเวชศิลป์ (2551) อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้พบว่าข้าราชการในกลุ่มตัวอย่างมีการเสนอให้มีการจัดเก็บเงินเป็นคล้ายกับเบี้ยประกันหรือ premium อีกด้วย นอกจากนี้คุณลักษณะแล้วกลุ่มตัวอย่างยังได้มีการกล่าวถึงระดับ (level) หรือคุณลักษณะย่อย (factor level) ของแต่ละคุณลักษณะอีกด้วย เช่น ช่องทางการรับยา ซึ่งนอกจากการระบุว่าผู้ใช้สิทธิตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถรับยาได้จากโรงพยาบาลโดยตรงแล้ว ยังน่าจะเปิดโอกาสให้มีการรับยาได้ในช่องทางอื่นๆ อีกด้วย เช่น จากร้านยา คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

ส่วนข้อจำกัดของรายการยาที่ผู้ใช้สิทธิจะได้รับหรือคุณลักษณะที่เรียกว่าบัญชียานั้น โดยส่วนใหญ่ผู้ใช้สิทธิจะอภิปรายถึงการจำกัดหรือไม่จำกัดรายการยาที่ตนจะได้รับ พบว่ามีข้าราชการในกลุ่มตัวอย่างหลายคนที่ยังคงบัญชียาหลักแห่งชาติ เมื่อนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้มาประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ระบุระดับของคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา สามารถแยกได้เป็น 2 ระดับใหญ่ๆคือ open และ closed formulary ซึ่งเมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการวิจัยนี้จะเป็นแบบที่มีการบังคับให้ใช้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเหมือนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งหากผู้ใช้สิทธิต้องการได้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติก็ต้องจ่ายเอง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มที่พบว่าผู้มีสิทธิส่วนหนึ่งไม่ต้องการให้มีการบังคับให้เลือกใช้ยาเฉพาะที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ยินดีที่จะมีส่วนร่วมจ่ายจำนวนหนึ่ง ส่วนอีกแบบหนึ่งนั้นจะเปิดโอกาสให้มีอิสระในการได้รับยาโดยสามารถเบิกได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติโดยไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มยังพบอีกว่า สิ่งที่ข้าราชการต้องการเพิ่มเติมในสิทธิประโยชน์ด้านยา คือ การเพิ่มช่องทางการรับยาให้มากขึ้น จากเหตุผลต่างๆไม่ว่าจะเป็นการบริการที่ล่าช้าของโรงพยาบาลของรัฐที่มีคนมาใช้บริการจำนวนมาก หรือความสะดวกในการเดินทางมายังโรงพยาบาลของรัฐ จึงอยากเสนอให้มีช่องทางอื่นๆในการรับยาให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ข้าราชการสามารถเข้าถึงยาได้อย่างทั่วถึง รวมไปถึงการเพิ่มความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิโดยสามารถเลือกรับยาได้จากแหล่งบริการที่มีความน่าเชื่อถือหรือได้รับการรับรองในการให้ผู้ใช้สิทธิสามารถรับยาได้ ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลหรือร้านขายยาที่จดทะเบียนไว้กับโครงการ ดังที่กล่าวไว้ในรายงานของ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2547) นอกจากนี้หากเป็นไปได้ข้าราชการยังต้องการให้เพิ่มช่องทางให้สามารถไปรับยาที่โรงพยาบาลเอกชนได้ โดยอาจมีการตกลงกันไว้ว่าต้องมีส่วนร่วมจ่ายแต่ต้องมีจำนวนที่ไม่สูงจนเกินไป รวมถึงการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงยาในรูปแบบใหม่คือ บริการส่งยาทางไปรษณีย์ในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการได้ อย่างไรก็ตามเมื่อประเมินร่วมกับ

ความเป็นไปได้แล้วการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ยังคงเป็นไปได้ยากเพราะยังไม่เคยมีช่องทางนี้มาก่อนเลย ซึ่งแตกต่างจากการให้สามารถรับยาได้ที่ร้านยาและคลินิกเอกชน โดยมีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนเองด้วย อันจะเป็นการเพิ่มช่องทางให้ผู้ใช้สิทธิสามารถเข้าถึงได้มากขึ้นและเป็นช่องทางที่มีการให้บริการอยู่แล้วเพียงแต่ยังไม่ได้รวมเข้าไปในระบบสวัสดิการข้าราชการเท่านั้น ดังนั้นการวิจัยนี้จึงกำหนดระดับของคุณลักษณะที่เป็นช่องทางการรับยาไว้ 3 ระดับ คือ

- 1) ผู้ใช้สิทธิสามารถรับยาได้จากโรงพยาบาล
- 2) ผู้ใช้สิทธิสามารถรับยาได้จากโรงพยาบาลและร้านยา
- 3) ผู้ใช้สิทธิสามารถรับยาได้จากโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน

ส่วนคุณลักษณะอีก 3 ประการคือ การมีส่วนร่วมจ่าย ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง และเบี้ยประกัน ก็มีการกล่าวถึงระดับ (level) หรือคุณลักษณะย่อย (factor level) เช่นกัน เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ในการกำหนดเป็นคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการ ซึ่งพบว่าประเภทของการมีส่วนร่วมจ่ายที่ประชาชนรู้จักกันดีคือการมีส่วนร่วมจ่ายที่เป็นค่าคงที่เพราะเคยมีการนำการมีส่วนร่วมจ่ายประเภทนี้มาใช้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาแล้ว ดังนั้นในการสร้างรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาจึงเลือกเฉพาะการมีส่วนร่วมจ่ายที่เป็นค่าคงที่เท่านั้น นอกจากนี้การวิจัยนี้ยังไม่ได้นำการจ่ายเบี้ยประกันมาใช้ในการสร้างรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาด้วยสาเหตุ 2 ประการคือการเป็นคุณลักษณะใหม่ที่ไม่เคยปรากฏว่ามีการใช้ในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการมาก่อน ดังนั้นเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบสวัสดิการของข้าราชการมีความเป็นไปได้มากที่สุดจึงไม่ต้องการนำคุณลักษณะที่ข้าราชการไม่คุ้นเคยมาใช้ในการวิจัย ส่วนอีกสาเหตุคือหากนำการจ่ายเบี้ยประกันมาใช้ในการวิจัยนี้ จะทำให้การวิจัยนี้ต้องมีจำนวนรูปแบบของสิทธิประโยชน์ที่ต้องใช้ในการวิจัยจำนวนมากจนอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องการให้ความร่วมมือได้

นอกจากนี้สืบเนื่องจากยังคงมีประเด็นที่จำเป็นต้องมีการสรุปให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ในประเด็นของการมีส่วนร่วมจ่ายที่ภายในแต่ละคุณลักษณะย่อยจะประกอบไปด้วยจำนวนส่วนร่วมจ่ายที่เป็นค่าคงที่และช่วงของจำนวนเงินที่ยังไม่สามารถสรุปออกมาได้แน่ชัด รวมไปถึงประเด็นปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง ดังนั้นจึงได้มีการทำการศึกษาเบื้องต้นเพื่อกำหนดรายละเอียดของคุณลักษณะย่อยด้านการร่วมจ่ายค่ายา และปริมาณยาที่ได้รับที่จะนำไปใช้ในการสำรวจหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ และได้ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 5 ซึ่งพบว่าค่าเบี้ยประกันมาตรฐานของการร่วมจ่ายและปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง มีค่าค่อนข้างสูง รวมถึงความแตกต่างกันมากของค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดด้วย ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงเลือกค่านิยมเป็นระดับที่เหมาะสมของ

แต่ละคุณลักษณะ ซึ่งยังพบว่าค่าฐานนิยมมีค่าไม่แตกต่างจากค่ามัธยฐานมากนัก นอกจากนี้ฐานนิยมยังสะท้อนได้ว่าเป็นค่าที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นชอบในแต่ละคุณลักษณะ ดังนั้นในกรณีของการร่วมจ่ายหรือส่วนร่วมจ่ายจะเป็นจำนวน 100 และ 500 บาท อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้จะเพิ่มระดับการจ่ายร่วม 0 บาทหรือไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่ข้าราชการปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นระดับในการอ้างอิงเปรียบเทียบเคียงเช่นงานวิจัยของ Holdford and Carroll (2002)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาของการทำการศึกษาเบื้องต้น (N=33)

	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	ค่าฐานนิยม	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
การร่วมจ่ายต่ำสุด (บาท)	147.88	62.19	100	100	100	300
การร่วมจ่ายสูงสุด (บาท)	465.15	285.18	400	500	200	1500
ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (เดือน)	2.42	1.89	2	2	1	12

นอกจากนี้ยังมีการคำนึงถึงความคุ้มค่าของการเก็บส่วนร่วมจ่ายหรือการที่ส่วนร่วมจ่ายนี้สามารถช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของรัฐได้มากน้อยเพียงใด จากข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลจากระเบียบวาระการประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการควบคุมค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะการจัดระบบกำกับค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม กรมบัญชีกลางและระบบ GFMS (2552) พบว่าค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลในปี พ.ศ. 2552 โดยรวมมีค่าประมาณ 61,300 ล้านบาท และมีรายงานก่อนหน้านี้จากข้อมูลของกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาข้าราชการ (กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาข้าราชการ กรมบัญชีกลาง, 2550) ว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวคิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านยาประมาณร้อยละ 30 กรณีผู้ป่วยใน และสูงกว่าร้อยละ 50 กรณีผู้ป่วยนอก ดังนั้นสามารถประมาณค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2552 เท่ากับร้อยละ 50 คิดเป็นประมาณ 22,000 ล้านบาท และจากรายงานประจำปี 2549 ของกรมบัญชีกลาง ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2549 พบว่าผู้ได้รับสิทธิในสวัสดิการฯ โดยมีข้อมูลในระบบทั้งสิ้นจำนวน 7,704,030 ราย สามารถเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาในผู้ป่วยนอกประมาณ 2,800 บาท ต่อคนต่อปี และหากนำค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาเทียบกับค่าประมาณความถี่ของการพบแพทย์เฉลี่ย โดยอาศัยข้อมูลจากงานวิจัยของ ภูษิต ประคอง

สาย, วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ (2545) ที่อ้างอิงข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2544 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งแสดงอัตราการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีผู้ป่วยนอก 3.769 ครั้งต่อรายต่อปี หรือคิดเป็น 4 ครั้ง จะสามารถคำนวณค่าใช้จ่ายได้เป็นประมาณ 700 บาทต่อคนต่อครั้ง ซึ่งถ้าหากเรากำหนดการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นแบบคงที่ 100 บาท นั่นคือภายในปีนั้นหากข้าราชการทุกคนไปพบแพทย์ 4 ครั้งจะมีเงินคืนกลับมาให้ภาครัฐประมาณ 3,000 ล้านบาท หรือคิดเป็นประมาณ 14% ของค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งหมด ในขณะที่หากเรากำหนดการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นแบบคงที่ 500 บาท จะมีเงินคืนกลับมาให้ภาครัฐประมาณ 15,000 ล้านบาทหรือคิดเป็น 68% ของค่าใช้จ่ายด้านยา จึงเห็นได้ว่าช่วงแบบคงที่ 100 ถึง 500 บาทนั้นน่าจะเป็นช่วงที่มีความเหมาะสมทั้งในมุมมองของผู้ใช้สิทธิและรัฐซึ่งเป็นผู้ให้ประกัน

สำหรับปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้งนั้น ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่มได้ระบุช่วงความต้องการของปริมาณยาที่ได้รับแตกต่างกันไปคือ 1 ถึง 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นทั้งที่เป็นข้อดีและข้อเสียของปริมาณยาที่ได้รับจำนวนมากและน้อยแตกต่างกัน ส่วนผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่าค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดที่ได้จะมีค่าแตกต่างกันมากจึงทำให้การเลือกใช้ค่าฐานนิยม คือ ปริมาณยาที่ได้รับหากมีการใช้ยาต่อเนื่องก็น่าจะได้รับเป็นเวลา 2 เดือน ก็น่าจะเป็นค่าที่เหมาะสมกว่าค่าเฉลี่ย อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยของ ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ (2545) ที่อ้างอิงข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2544 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งแสดงอัตราการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีผู้ป่วยนอก 3.769 ครั้งต่อรายต่อปี หรือคิดเป็น 4 ครั้งต่อรายปี นั่นคือผู้ป่วยจะพบแพทย์เฉลี่ย 3 เดือนครั้ง ปริมาณยาที่ได้รับจึงเท่ากับ 3 เดือน ทำให้การวิจัยนี้กำหนดระดับของคุณลักษณะที่เป็นปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้งเป็น 1/2/3 เดือน

เมื่อนำคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะมาสร้างเป็นรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาในแบบสอบถามแล้วนำไปทดสอบความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขคำจำกัดความในแต่ละระดับของคุณลักษณะทำให้ได้แบบสอบถามดังแสดงในภาคผนวก ข

ผลการตอบแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

หลังจากนำแบบสอบถามจำนวน 50 ชุดส่งให้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นข้าราชการในหน่วยราชการ จังหวัดสงขลาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าสามารถเก็บแบบสอบถามกลับคืนมาได้ 30 ชุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยมีแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ 2 ชุด ดังนั้นจะเหลือแบบสอบถามที่สามารถประมวลผลได้ทั้งหมด 28 ชุด คิดเป็นร้อยละ 56.00 และไม่พบรายงานปัญหาในการตอบแบบสอบถาม เมื่อทำการวิเคราะห์โดยอาศัยหลักการของ judgment analysis โดยใช้ scatter model จะพบว่าลักษณะการตอบที่เป็นแบบ configural จะมีทั้งหมดจำนวน 2 คน คิดเป็น 14.3% ซึ่งเป็นสัดส่วนที่นำไปคำนวณจำนวนของตัวอย่างจริงที่ใช้ในการวิจัยจริง โดยที่การวิจัยนี้ต้องการผู้ที่มีวิธีการเลือกแบบ compensatory อย่างน้อย 300 คนซึ่งเป็นจำนวนที่ต้องการใช้ในการวิเคราะห์ทั้ง conjoint analysis และ judgment analysis ได้ นั่นคือจากจำนวนสัดส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีวิธีการเลือกหรือคิดแบบ configural เท่ากับ 14.3% หรือกล่าวคือจากจำนวน 100 คน จะมีคนที่คิดแบบ compensatory 85.7 คน ดังนั้นหากต้องการคนที่คิดแบบ compensatory 300 คน จึงต้องทำการเก็บตัวอย่างทั้งหมดประมาณ 351 คน นอกจากนี้เมื่อคำนวณจากจำนวนสัดส่วนของผู้ตอบกลับ (respond rate) ซึ่งเท่ากับ 56.0% นั้นทำให้สรุปได้ว่าจะต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 650 คน

ผลการหาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์

จากจำนวนแบบสอบถามจำนวน 650 ชุดที่แจกให้แก่ข้าราชการในหน่วยราชการต่างๆ ของจังหวัดสงขลาจำนวน 31 แห่ง โดยหลังจากนั้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าสามารถเก็บแบบสอบถามคืนกลับมาจำนวน 473 ชุด คิดเป็นร้อยละ 72.8 แต่เมื่อตรวจสอบรายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม พบว่ามีแบบสอบถามที่ตอบโดยผู้ที่ไม่ได้เป็นข้าราชการจำนวน 26 ชุด นอกจากนี้พบว่ามีคำตอบไม่สมบูรณ์ หรือมีการให้คะแนนความพึงพอใจเท่าเทียมกันในทุกสิทธิประโยชน์ ซึ่งจะส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล นับเป็นแบบสอบถามที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้เป็นจำนวน 111 ชุด ดังนั้นจะเหลือแบบสอบถามที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 336 ชุด คิดเป็นร้อยละ 51.6

ลักษณะทั่วไปทางประชากรศาสตร์

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 336 รายเป็นข้าราชการที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.9 ปีและมีสถานภาพสมรสโดยคิดเป็นร้อยละ 67.3 การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 56.0 ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงศึกษาธิการคิดเป็นร้อยละ 23.5 และมีรายได้เฉลี่ย 22,347 บาทต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ยประมาณ 4 คน การใช้สิทธิจากระบบสวัสดิการฯในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนมากจะเป็นการเบิกให้ตนเองคิดเป็นร้อยละ 25.6 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 47 และ ร้อยละ 76.2 ตามลำดับ ส่วนสมาชิกในครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ นั้นเป็นผู้มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.1 ความถี่ของการใช้บริการรักษาพยาบาลในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างหรือสมาชิกในครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ ส่วนมากจะใช้บริการ 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47 นอกจากนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ ร้อยละ 7.7 ที่มีสิทธิ์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสวัสดิการแหล่งอื่น นอกเหนือจากสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยส่วนใหญ่เป็นการทำประกันชีวิตคิดเป็นร้อยละ 4.8

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ร้อยละ (N=336)	ค่าเฉลี่ย ± ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ			
- หญิง	179	53.3	
- ชาย	157	46.7	
อายุ			42.87 ± 9.643 ปี
- ไม่เกิน 30 ปี	44	13.1	
- 31-40 ปี	98	29.2	
- 41-50 ปี	103	30.7	
- 51 ปีขึ้นไป	91	27.1	
สถานภาพ			
- โสด	85	25.3	
- สมรส	226	67.3	
- หย่าร้าง	20	6.0	
- หม้าย	5	1.5	
การศึกษาสูงสุด			
- ต่ำกว่ามัธยมปลาย	12	3.6	
- มัธยมปลาย/ปวช.	30	8.9	
- อนุปริญญา/ปวส.	20	6.0	
- ปริญญาตรี	188	56.0	
- สูงกว่าปริญญาตรี	86	25.6	
รายได้ทั้งหมด (ต่อเดือน)			22,347 ± 11,303 บาท
- ไม่เกิน 10,000 บาท	38	11.3	
- 10001 - 20,000 บาท	132	39.3	
- 20001 - 30,000 บาท	113	33.6	
- 30001 - 40,000 บาท	36	10.7	
- 40001 - 50,000 บาท	12	3.6	
- เกินกว่า 50,000 บาท	5	1.5	

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ร้อยละ (N=336)	ค่าเฉลี่ย \pm ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน
หน่วยงานที่สังกัด			
- ยุติธรรม	30	8.9	
- ศึกษาธิการ	79	23.5	
- พาณิชย	9	2.7	
- สาธารณสุข	54	16.1	
- กลาโหม	55	16.4	
- คมนาคม	36	10.7	
- อุตสาหกรรม	9	2.7	
- ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	9	2.7	
- เกษตรและสหกรณ์	29	8.6	
- มหาวิทยาลัย	26	7.7	
บุคคลที่ตนเบิกคำปรึกษาพยาบาลให้			
- เบิกให้ตนเอง	86	25.6	
- เบิกให้คู่สมรส	2	.6	
- เบิกให้บิดามารดา	16	4.8	
- เบิกให้บุตร	2	.6	
- เบิกให้ตนเอง และคู่สมรส	10	3.0	
- เบิกให้ตนเอง และบิดามารดา	65	19.3	
- เบิกให้ตนเอง และบุตร	28	8.3	
- เบิกให้คู่สมรส และบิดามารดา	1	.3	
- เบิกให้คู่สมรส และบุตร	4	1.2	
- เบิกให้บิดามารดา และบุตร	4	1.2	
- เบิกให้ตนเอง คู่สมรส และบิดามารดา	11	3.3	
- เบิกให้ตนเอง คู่สมรส และบุตร	23	6.8	
- เบิกให้ตนเอง บิดามารดา และบุตร	40	11.9	
- เบิกให้คู่สมรส บิดามารดา และบุตร	2	.6	
- เบิกให้ตนเอง คู่สมรส บิดามารดา และบุตร	42	12.5	

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ร้อยละ (N= 336)	ค่าเฉลี่ย ± ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน
ภาวะสุขภาพ			
- แย่	11	3.3	
- ปานกลาง	157	46.7	
- ดี	158	47.0	
- ดีมาก	10	3.0	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			4 ± 1 คน
- ไม่เกิน 4 คน	257	76.5	
- 5 คนขึ้นไป	79	23.5	
โรคประจำตัวของผู้ใช้สิทธิ			<u>หมายเหตุ</u> โรคที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ โรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 5.4)
- ไม่มีโรคประจำตัว	268	79.8	
- มีโรคประจำตัว	68	20.2	
โรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัว			<u>หมายเหตุ</u> โรคที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 10.1)
- ไม่มีโรคประจำตัว	256	76.2	
- มีโรคประจำตัว	80	23.8	
ความถี่ของการได้รับยาจากการ ใช้สิทธิ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา			
- ไม่ได้ใช้เลย	149	44.3	
- 1-3 ครั้ง	158	47.0	
- 4-6 ครั้ง	18	5.4	
- 7-9 ครั้ง	6	1.8	
- มากกว่า 9 ครั้ง	5	1.5	
สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจาก สวัสดิการแหล่งอื่นของกลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัว			<u>หมายเหตุ</u> สวัสดิการที่มีจำนวนสูงสุด ได้แก่ การทำประกันชีวิต (ร้อยละ 4.8)
- ไม่มีสิทธิ	310	92.3	
- มีสิทธิ	26	7.7	

ผลคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) การจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและค่าความสำคัญเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)

คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) หรือ “part-worths” เป็นค่าแสดงอรรถประโยชน์จำเพาะของแต่ละระดับของคุณลักษณะ และสามารถนำมาคำนวณหาค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ซึ่งเป็นคะแนนร้อยละใช้ในการพิจารณาว่าแต่ละคุณลักษณะมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการมากน้อยเพียงใด จากการประมวลผลข้อมูลตามเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ จากตารางที่ 7 ซึ่งแสดงคะแนนอรรถประโยชน์และค่าความสำคัญเปรียบเทียบของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของการวิจัยนี้ พบว่าคุณลักษณะด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นคุณลักษณะที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์มากที่สุด โดยมีค่า relative importance คิดเป็นร้อยละ 43.72 และลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือการไม่มีส่วนร่วมจ่ายราคา ยา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ พบว่าคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณลักษณะดังกล่าวมีค่าสูงกว่าของคุณลักษณะอื่นภายในองค์ประกอบเดียวกัน ได้แก่ การร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 100 บาท และการร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 500 บาท ประมาณ 1 เท่า และประมาณ 2 เท่า ตามลำดับ

คุณลักษณะที่มีความสำคัญลำดับถัดไปต่อการพึงพอใจในการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการ ได้แก่ คุณลักษณะด้านช่องทางการรับยา (accessibility) คิดเป็นร้อยละ 20.04 โดยที่ข้าราชการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการมีทางเลือกที่เพิ่มมากขึ้นของช่องทางการรับยา โดยเฉพาะการเลือกรับยาที่โรงพยาบาล และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ จะมีคะแนนอรรถประโยชน์สูงสุด ส่วนการเลือกรับยาที่โรงพยาบาล และร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ จะมีคะแนนใกล้เคียงกัน คุณลักษณะที่เหลืออีก 2 ด้าน ได้แก่ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) นั้นมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการในระดับรองจากช่องทางการรับยา คือร้อยละ 19.45 และ ร้อยละ 16.78 ตามลำดับ โดยคุณลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจ ได้แก่ การรับยาได้ในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้ 3 เดือน และการเบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

การทดสอบสารูปสนิทธิ (goodness of fit test) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (observed frequency) และค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ (predicted frequency) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.900, $p < 0.0001$ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมี

ความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อ holdout cases ซึ่งจะไม่ถูกนำไปประมวลผลเพื่อทำนายอรรถประโยชน์ (utility) และคะแนนที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.706, $p < 0.0001$ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลคะแนนความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจริงจากการพิจารณา holdout cases ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการ มีความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ จากผลการวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองหรือ conjoint model ที่ได้มีความน่าเชื่อถือเนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) ควรมีค่ามากกว่า 0.6 (Columbus and Columbus FH, 2008) ซึ่งสามารถทำนายค่าอรรถประโยชน์ (utility) ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อคุณลักษณะย่อยขององค์ประกอบแต่ละชนิด และสามารถนำมาคำนวณหาค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ได้ดี

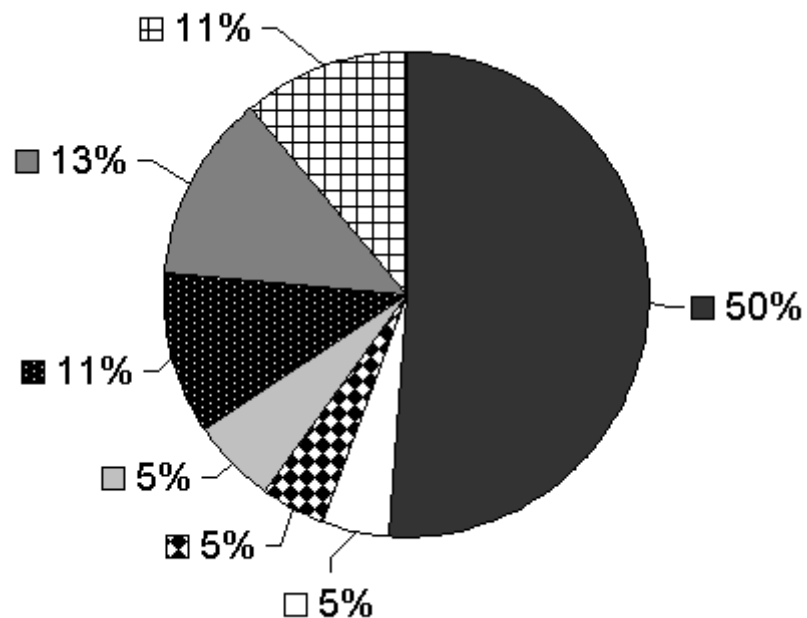
แผนภูมิวงกลมที่ 1 แสดงการจัดส่วนแบ่งการตลาด ซึ่งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน ที่พิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์โดยเน้นคุณลักษณะเพียงคุณลักษณะเดียวคิดเป็นร้อยละ 65.5 โดยในจำนวนนี้มีกลุ่มที่เน้นด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นคุณลักษณะหลัก จำนวน 171 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 50.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นอกจากนี้พบว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 35 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะมากกว่าหนึ่งด้านในการพิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์

ส่วนตารางที่ 8 จะแสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะแต่ละด้าน พบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วจะไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรที่เป็นข้อมูลพื้นฐานและคุณลักษณะบางคู่ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) กับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับการศึกษา หน่วยงานที่สังกัดและโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ใช้สิทธิ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยของค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน ในคุณลักษณะด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) และรายการยาที่เบิกได้ (formulary) กับหน่วยงานที่สังกัด

ตารางที่ 7 คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)

คุณลักษณะ	ลักษณะ	คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score)		ค่าเฉลี่ยของค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance)
		ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	
1. การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	1. ไม่มีส่วนร่วมจ่าย	1.0979938	1.1267753	43.7191652
	2. ร่วมจ่ายในอัตราราคาที่ 100 บาท	-0.0918210	0.6061058	
	3. ร่วมจ่ายในอัตราราคาที่ 500 บาท	-1.0061728	0.9723627	
2. รายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary)	1. เบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	-0.3386243	0.4364745	16.7823715
	2. เบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	0.3386243	0.436474	
3. ช่องทางการรับยา (accessibility)	1. รับยาที่โรงพยาบาลเท่านั้น	-0.2899030	0.4698209	20.0441733
	2. เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ	0.1075838	0.3724043	
	3. เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ	0.1823192	0.3576820	
4. ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity)	1. 1 เดือน	-0.1354718	0.4307625	19.4542899
	2. 2 เดือน	0.0298721	0.3349474	
	3. 3 เดือน	0.1055996	0.4233262	

แผนภูมิวงกลมที่ 1 สัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) ใน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)



■ การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	□ รายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary)
⊠ ช่องทาง การรับยา (accessibility)	■ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount)
■ ให้ความสำคัญ 2 คุณลักษณะ	■ ให้ความสำคัญ 3 คุณลักษณะ
□ ให้ความสำคัญทุกคุณลักษณะ	

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะแต่ละด้าน ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ที่ได้จากองค์ประกอบแต่ละชนิด							
		การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)		รายการยา (formulary)		ช่องทางการรับยา (accessibility)		ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity)	
		ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.
เพศ									
- หญิง	179	44.911	0.275 ^T	17.782	0.106 ^T	19.106	0.099 ^T	18.257	0.076 ^T
- ชาย	157	42.389	(2-tailed)	15.650	(2-tailed)	21.172	(2-tailed)	20.790	(2-tailed)
อายุ	336	43.732	0.222 ^R	16.786	0.180 ^R	20.071	0.367 ^R	19.441	0.930 ^R
สถานภาพ									
- โสด	85	42.918	0.575 ^A	16.729	0.998 ^A	19.400	0.649 ^A	20.941	0.311 ^A
- สมรส	226	44.438		16.797		20.133		18.681	
- อื่นๆ	25	40.120		16.880		21.800		21.200	

หมายเหตุ

T หมายถึง การทดสอบโดยใช้ t-test

R หมายถึง การทดสอบโดยใช้ Pearson correlation

A หมายถึง การทดสอบโดยใช้ one way ANOVA test

** หมายถึง $p < 0.05$

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ที่ได้จากองค์ประกอบแต่ละชนิด							
		การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)		รายการยา (formulary)		ช่องทางการรับยา (accessibility)		ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity)	
		ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.
การศึกษาสูงสุด									
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	62	41.048	0.141 ^A	13.823	0.036 ^{A**}	20.226	0.562 ^A	25.000	0.001 ^{A**}
- ปริญญาตรี	188	42.926		18.165		20.537		18.367	
- สูงกว่าปริญญาตรี	86	47.430		15.907		18.942		17.779	

หมายเหตุ

T หมายถึง การทดสอบโดยใช้ t-test

R หมายถึง การทดสอบโดยใช้ Pearson correlation

A หมายถึง การทดสอบโดยใช้ one way ANOVA test

** หมายถึง $p < 0.05$

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ที่ได้จากองค์ประกอบแต่ละชนิด							
		การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)		รายการยา (formulary)		ช่องทางการรับยา (accessibility)		ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity)	
		ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.
หน่วยงานที่สังกัด									
- ยุติธรรม	30	42.433	0.003 ^{A**}	20.233	0.001 ^{A**}	21.533	0.121 ^A	15.867	<0.001 ^{A**}
- ศึกษาธิการ	79	47.949		16.367		18.418		17.380	
- สาธารณสุข	54	38.130		15.407		21.889		24.482	
- กลาโหม	55	45.400		11.127		20.346		23.182	
- คมนาคม	36	44.861		18.611		17.972		18.500	
- เกษตรและสหกรณ์	29	51.793		16.931		16.931		14.241	
- มหาดไทย	26	31.346		20.731		24.769		23.269	
- อื่นๆ	27	42.407		22.074		20.741		14.889	

หมายเหตุ

T หมายถึง การทดสอบโดยใช้ t-test

R หมายถึง การทดสอบโดยใช้ Pearson correlation

A หมายถึง การทดสอบโดยใช้ one way ANOVA test

** หมายถึง $p < 0.05$

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ที่ได้จากองค์ประกอบแต่ละชนิด							
		การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)		รายการยา (formulary)		ช่องทางการรับยา (accessibility)		ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity)	
		ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.
บุคคลที่ตนเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ - การเบิกให้ผู้ที่มีสิทธิในระบบ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่มเดียว เช่น การเบิกให้เฉพาะตนเอง หรือ การเบิกให้เฉพาะบิดามารดา	106	42.151	0.352 ^T (2-tailed)	16.642	0.882 ^T (2-tailed)	19.887	0.841 ^T (2-tailed)	21.340	0.070 ^T (2-tailed)
- เบิกให้ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลายกลุ่ม เช่น การใช้สิทธิ์เบิกให้ตนเอง คู่สมรส และบิดามารดา	230	44.461		16.852		20.157		18.565	
รายได้ทั้งหมด (ต่อเดือน)	336	43.732	0.078 ^R	16.786	0.653 ^R	20.071	0.245 ^R	19.441	0.173 ^R
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	336	43.732	0.265 ^R	16.786	0.759 ^R	20.071	0.806 ^R	19.441	0.088 ^R

หมายเหตุ

T หมายถึง การทดสอบโดยใช้ t-test

A หมายถึง การทดสอบโดยใช้ one way ANOVA test

R หมายถึง การทดสอบโดยใช้ Pearson correlation

** หมายถึง $p < 0.05$

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ที่ได้จากองค์ประกอบแต่ละชนิด							
		การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)		รายการยา (formulary)		ช่องทางการรับยา (accessibility)		ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity)	
		ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.
ภาวะสุขภาพ									
- แย่	11	47.818	0.704 ^A	19.364	0.910 ^A	15.273	0.528 ^A	17.727	0.669 ^A
- ปานกลาง	157	42.987		16.662		20.319		20.108	
- ดี	158	44.513		16.696		20.051		18.715	
- ดีมาก	10	38.600		17.300		21.800		22.300	
โรคประจำตัวของผู้ใช้สิทธิ									
- ไม่มีโรคประจำตัว	268	43.429	0.602 ^T	16.508	0.403 ^T	20.351	0.376 ^T	19.754	0.384 ^T
- มีโรคประจำตัว	68	44.927	(2-tailed)	17.882	(2-tailed)	18.971	(2-tailed)	18.206	(2-tailed)
โรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัว									
- ไม่มีโรคประจำตัว	256	42.785	0.141 ^T	16.297	0.185 ^T	20.348	0.430 ^T	20.602	0.003 ^{T**}
- มีโรคประจำตัว	80	46.763	(2-tailed)	18.350	(2-tailed)	19.188	(2-tailed)	15.725	(2-tailed)

หมายเหตุ

T หมายถึง การทดสอบโดยใช้ t-test

R หมายถึง การทดสอบโดยใช้ Pearson correlation

A หมายถึง การทดสอบโดยใช้ one way ANOVA test

** หมายถึง $p < 0.05$

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	ความถี่ (ราย)	ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ที่ได้จากองค์ประกอบแต่ละชนิด							
		การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)		รายการยา (formulary)		ช่องทางการรับยา (accessibility)		ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity)	
		ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.	ค่าเฉลี่ย	Sig.
ความถี่ของการได้รับยาจากการ ใช้สิทธิ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา									
- ไม่ได้ใช้เลย	149	42.013	0.268 ^A	15.591	0.159 ^A	21.168	0.175 ^A	21.195	0.085 ^A
- 1-3 ครั้ง	158	44.487		18.127		19.563		17.918	
- มากกว่า 3 ครั้ง	29	48.448		15.621		17.207		18.724	
สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล จากสวัสดิการแหล่งอื่นของกลุ่ม ตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว									
- ไม่มีสิทธิ	310	43.139	0.075 ^T	16.865	0.680 ^T	20.187	0.524 ^T	19.829	0.060 ^T
- มีสิทธิ	26	50.808	(2-tailed)	15.846	(2-tailed)	18.692	(2-tailed)	14.808	(2-tailed)

หมายเหตุ

T หมายถึง การทดสอบโดยใช้ t-test

R หมายถึง การทดสอบโดยใช้ Pearson correlation

A หมายถึง การทดสอบโดยใช้ one way ANOVA test

** หมายถึง $p < 0.05$

ผลการแยกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีแนวคิดแบบ compensatory และ configural

จากการนำสมการ scatter model มาใช้ในการคำนวณในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 336 คน ซึ่งจะสามารถแสดงค่าสัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter เพื่อใช้แยกกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory และ configural ได้ดังตารางที่ 9 ผลที่ได้จากตารางจะแสดงถึงค่าสัมประสิทธิ์ (standardized beta coefficients) ของพจน์ scatter และค่าความมีนัยสำคัญของพจน์นี้ จากตารางข้างต้นทำให้สามารถทราบได้ว่าในตัวอย่างแต่ละรายมีกระบวนการตัดสินใจแบบ configural ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากพจน์ scatter ที่มีค่า $p < 0.05$ และยังสามารถแยกได้อีกว่าเป็นแบบ conjunctive หรือ disjunctive โดยพิจารณาเครื่องหมายของพจน์ scatter ที่มีค่า $p < 0.05$ ซึ่งหากมีเครื่องหมายเป็นบวกแสดงว่าตัวอย่างคนนั้นมีแนวคิดต่อคุณลักษณะในการเลือกสิทธิประโยชน์แบบ disjunctive ในทางตรงข้ามหากมีเครื่องหมายเป็นลบตัวอย่างคนนั้นก็จะมีแนวคิดต่อคุณลักษณะในการเลือกสิทธิประโยชน์แบบ conjunctive จากตารางพบว่าจากตัวอย่างทั้งหมด 336 คน สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทคือ คนที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory 311 คน คิดเป็นร้อยละ 92.56 และคนที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ configural 25 คน คิดเป็นร้อยละ 7.44 โดยจะจำแนกได้ย่อยอีก คือคนที่เป็นแบบ conjunctive 12 คน (ร้อยละ 48) และ disjunctive 13 คน (ร้อยละ 52)

เมื่อพิจารณาแยกย่อยในค่า relative importance แต่ละคุณลักษณะที่ได้จากการทำ conjoint analysis จะพบว่าในประชากรตัวอย่างที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ conjunctive จะให้ความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) 3 ราย, ให้ความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะปริมาณยาที่ได้รับ (amount) 6 ราย, ให้ความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายและสถานที่รับยา 1 ราย และอีก 2 รายให้ความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายและปริมาณยาที่ได้รับ โดยรายละเอียดจะอยู่ในภาคผนวก ค

เมื่อพิจารณาแยกย่อยในค่า relative importance แต่ละคุณลักษณะที่ได้จากการทำ conjoint analysis จะพบว่าในประชากรตัวอย่างที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ disjunctive จะให้ความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) 10 ราย, ให้ความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะรายการยาที่เบิกได้ (formularly) 2 ราย และอีก 1 รายให้ความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายและปริมาณยาที่ได้รับ โดยรายละเอียดจะอยู่ในภาคผนวก ค

ตารางที่ 9 สัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (scatter standardized beta coefficients) โดยแสดงเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ configural ($p < 0.05$)

ID	ค่าสัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (standardized beta coefficients)	<i>p</i> -value	ID	ค่าสัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (standardized beta coefficients)	<i>p</i> -value
101	-0.58	<0.001	225	0.156	0.013
336	0.417	<0.001	94	-0.463	0.014
136	-0.611	0.001	305	0.435	0.015
188	0.288	0.001	73	-0.468	0.016
45	-0.265	0.002	318	-0.302	0.016
122	0.412	0.002	231	-0.472	0.017
245	-0.386	0.004	180	-0.41	0.027
249	0.426	0.004	300	0.283	0.032
277	0.438	0.005	210	-0.372	0.038
320	-0.466	0.005	283	0.393	0.040
69	0.177	0.010	332	0.32	0.040
64	0.415	0.012	213	-0.306	0.042
158	0.45	0.012			

ผลคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) และการจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory (N = 311)

จากตารางที่ 10 ซึ่งแสดงคะแนนอรรถประโยชน์และค่าความสำคัญเปรียบเทียบของกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory ของการวิจัยนี้ พบว่าคุณลักษณะด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) ยังคงเป็นคุณลักษณะที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์มากที่สุด ซึ่งมีค่า relative importance คิดเป็นร้อยละ 44.09 และลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือการไม่มีส่วนร่วมจ่ายราคา ยา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ พบว่าคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณลักษณะดังกล่าวมีค่าสูงกว่าคุณลักษณะระดับอื่นภายในองค์ประกอบเดียวกัน ได้แก่ การร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 100 บาท และร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 500 บาท ประมาณ 1 เท่า และ ประมาณ 2 เท่า ตามลำดับ ส่วนลักษณะที่มีความสำคัญรองลงมาได้แก่ช่องทางการรับยา (accessibility) คิดเป็นร้อยละ 20.15 โดยที่ข้าราชการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการมีทางเลือกที่เพิ่มมากขึ้นในช่องทางการรับยา โดยเฉพาะการเลือกรับยาที่โรงพยาบาล และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ จะมีคะแนนอรรถประโยชน์สูงสุด ตามด้วยการเลือกรับยาที่โรงพยาบาล และร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐที่มีคะแนนใกล้เคียงกัน ส่วนองค์ประกอบที่เหลืออีก 2 ด้าน ได้แก่ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) นั้นมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการในระดับรองลงมาจากช่องทางการรับยา คือ ร้อยละ 18.93 และ ร้อยละ 16.84 ตามลำดับ โดยคุณลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจ ได้แก่ การรับยาได้ในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้ 3 เดือน และการเบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

การทดสอบสารูปสนิทธิ (goodness of fit test) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (observed frequency) และค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ (predicted frequency) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.904, $p < 0.0001$ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ นอกจากนี้เมื่อทำการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อ holdout cases ซึ่งจะไม่ถูกนำไปประมวลผลเพื่อทำนายอรรถประโยชน์ (utility) และคะแนนที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.726, $p < 0.0001$ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลคะแนนความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจริงจากการพิจารณา holdout cases ของกลุ่มตัวอย่างที่

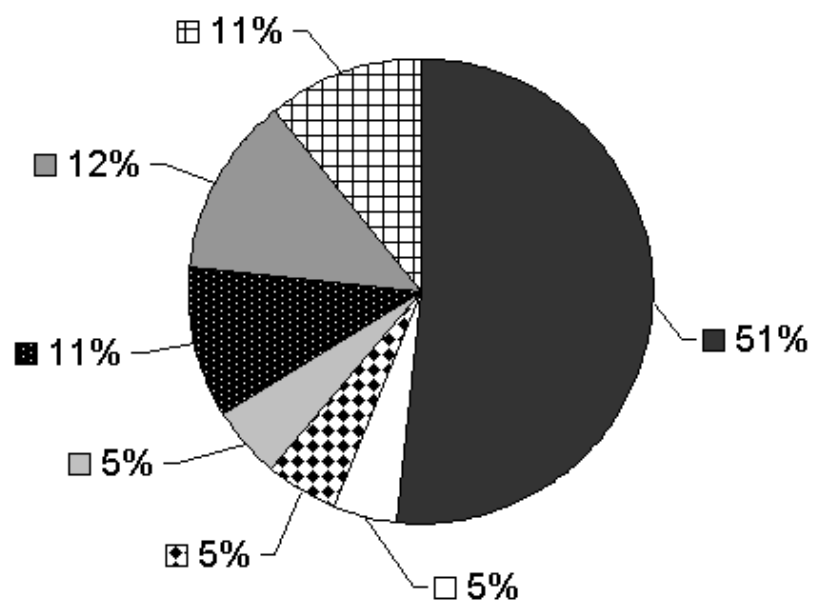
เป็นข้าราชการ มีความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ จากผลการวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองหรือ conjoint model ที่ได้มีความน่าเชื่อถือเนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) ควรมีค่ามากกว่า 0.6 (Columbus and Columbus FH, 2008) ซึ่งสามารถทำนายค่าอรรถประโยชน์ (utility) ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อคุณลักษณะย่อยขององค์ประกอบแต่ละชนิด และสามารถนำมาคำนวณหาค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ได้ดี

จากแผนภูมิวงกลมที่ 2 แสดงการจัดส่วนแบ่งการตลาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory ซึ่งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 คนที่พิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์โดยเน้นคุณลักษณะเพียงคุณลักษณะเดียว โดยคิดเป็นร้อยละ 66.2 โดยมีกลุ่มที่เน้นด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นคุณลักษณะหลัก จำนวน 160 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 51.4 ของกลุ่มตัวอย่าง 311 คนนี้ ในลำดับถัดมาจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เน้นพิจารณาในคุณลักษณะ 3 ด้านควบคู่กัน โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 38 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เน้นให้ความสำคัญกับทุกคุณลักษณะร่วมกัน ไม่ได้เน้นหนักไปที่คุณลักษณะใดคุณลักษณะหนึ่งซึ่งมีจำนวน 34 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.9 และใกล้เคียงกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เน้นพิจารณาในคุณลักษณะ 2 ด้านข้างต้นควบคู่กัน ซึ่งมีจำนวน 33 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.6 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 10 คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory (N = 311)

คุณลักษณะ	ลักษณะ	คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score)		ค่าเฉลี่ย ของค่า ความสำคัญ เปรียบเทียบ (relative importance)
		ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	
1. การร่วมจ่าย ค่ายา (cost sharing)	1. ไม่มีส่วนร่วมจ่าย	1.120	1.148	44.086
	2. ร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 100บาท	-0.100	0.615	
	3. ร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 500 บาท	-1.020	0.975	
2. รายการยาที่ เบิกจ่ายได้ (formulary)	1. เบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียา หลักแห่งชาติ	-0.332	0.442	16.838
	2. เบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอก บัญชียาหลักแห่งชาติ	0.332	0.442	
3. ช่องทางการ รับยา (accessibility)	1. รับยาที่โรงพยาบาลเท่านั้น	-0.289	0.468	20.146
	2. เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และ ร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ	0.107	0.368	
	3. เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และ คลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับ รัฐ	0.182	0.360	
4. ปริมาณยาที่ ได้รับต่อครั้ง (quantity)	1. 1 เดือน	-0.112	0.416	18.931
	2. 2 เดือน	0.023	0.327	
	3. 3 เดือน	0.089	0.414	

แผนภูมิวงกลมที่ 2 สัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการตัดสินใจแบบ compensatory (N = 311)



■ การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	□ รายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary)
⊠ ช่องทางการรับยา (accessibility)	■ ให้ความสำคัญ 3 คุณลักษณะ
■ ให้ความสำคัญ 2 คุณลักษณะ	■ ให้ความสำคัญทุกคุณลักษณะ
⊠ ให้ความสำคัญทุกคุณลักษณะ	

ผลคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) และการจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)

เมื่อพิจารณาผลของค่าอรรถประโยชน์ในแต่ละระดับของคุณลักษณะที่เป็นการมีส่วนร่วมจ่าย และบัญชีรายการยาที่เบิกได้ จะพบว่ามียกตัวอย่างจำนวนเพียง 182 คนเท่านั้นที่มีคะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมจ่ายที่มีจำนวนลดลง หรือเมื่อบัญชีรายการที่เบิกได้เป็นทั้งยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตเช่นงานวิจัยของ Holdford and Carroll (2002) และสอดคล้องกับแนวคิดโดยทั่วไป การวิจัยนี้จึงเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างนี้แล้วทำการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของคะแนนอรรถประโยชน์และค่าความสำคัญเปรียบเทียบได้ผลดังแสดงในตารางที่ 11 ซึ่งยังคงพบว่าองค์ประกอบด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์มากที่สุด โดยมีค่า relative importance สูงขึ้นเป็นร้อยละ 50.98 และลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือการไม่มีส่วนร่วมจ่ายราคายา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ พบว่าคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณลักษณะดังกล่าวมีค่าสูงกว่าคุณลักษณะระดับอื่นภายในองค์ประกอบเดียวกัน ได้แก่ การร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 100 บาท และร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 500 บาท ประมาณ 1 เท่า และ ประมาณ 2 เท่า ตามลำดับเช่นเดิม แต่องค์ประกอบที่มีความสำคัญรองลงมากลับเปลี่ยนเป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formularly) คิดเป็นร้อยละ 17.50 โดยข้าราชการจะพึงพอใจกับอิสระในการเบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และองค์ประกอบที่เหลืออีก 2 ด้าน ได้แก่ ช่องทางการรับยา (accessibility) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity) นั้นมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการในระดับรองลงมาจากช่องทางการรับยา คือร้อยละ 17.03 และ ร้อยละ 14.48 ตามลำดับ โดยลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจได้แก่การเลือกรับยาที่โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ และการรับยาได้ในปริมาณที่เพียงพอต่อการการใช้ 3 เดือน

การทดสอบสารูปสนิทธิ (goodness of fit test) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (observed frequency) และค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ (predicted frequency) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.913, $p < 0.0001$ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ และเมื่อทำการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อ holdout cases ซึ่งจะไม่ถูกนำไป

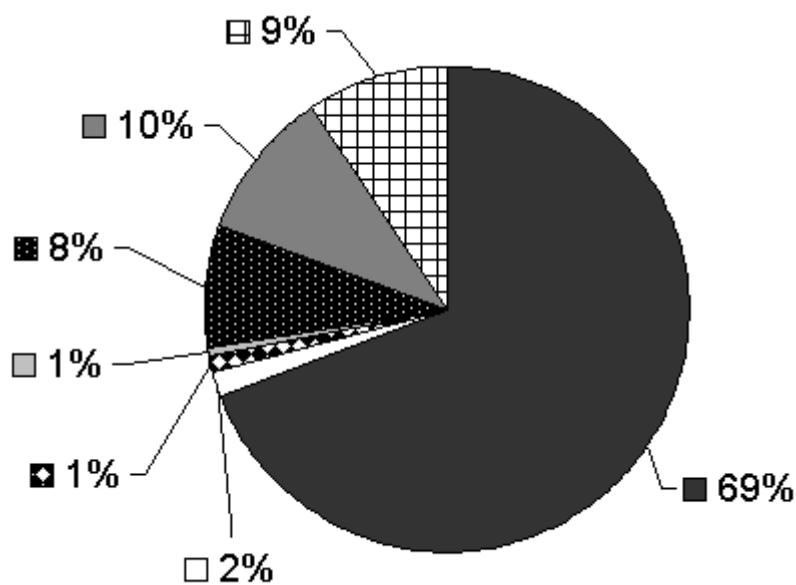
ประมวลผลเพื่อทำนายอรรถประโยชน์ (utility) และคะแนนที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.669, $p < 0.0001$ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลคะแนนความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจริงจากการพิจารณา holdout cases ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการ มีความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ จากผลการวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองหรือ conjoint model ที่ได้มีความน่าเชื่อถือเนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) ควรมีค่ามากกว่า 0.6 (Columbus and Columbus FH, 2008) ซึ่งสามารถทำนายค่าอรรถประโยชน์ (utility) ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อคุณลักษณะย่อยขององค์ประกอบแต่ละชนิด และสามารถนำมาคำนวณหาค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ได้ดี

จากแผนภูมิมวงกลมที่ 3 แสดงการจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างนี้ จะพบว่ามีตัวอย่าง 132 คน ที่พิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์โดยเน้นคุณลักษณะเพียงคุณลักษณะเดียว คิดเป็นร้อยละ 72.5 โดยมีกลุ่มที่เน้นด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นองค์ประกอบหลัก จำนวน 125 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 68.7 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนกลุ่มถัดมาได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เน้นพิจารณาในคุณลักษณะ 3 ด้านควบคู่กัน จำนวนทั้งสิ้น 18 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เน้นให้ความสำคัญกับทุกคุณลักษณะร่วมกัน ไม่ได้เน้นหนักไปที่คุณลักษณะใดคุณลักษณะหนึ่ง ซึ่งมีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เน้นพิจารณาในคุณลักษณะทั้ง 2 ด้านข้างต้นควบคู่กัน ซึ่งมีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2

ตารางที่ 11 คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)

องค์ประกอบ	คุณลักษณะ	คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score)		ค่าเฉลี่ย ของค่า ความสำคัญ เปรียบเทียบ (relative importance)
		ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	
1. การร่วมจ่าย ค่ายา (cost sharing)	1. ไม่มีส่วนร่วมจ่าย	1.5372405	1.0486925	50.9788775
	2. ร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 100บาท	-0.0525031	0.9579978	
	3. ร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 500 บาท	-1.4847375	0.6084453	
2. รายการยาที่ เบิกจ่ายได้ (formulary)	1. เบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียา หลักแห่งชาติ	-0.5146520	0.4027572	17.5036265
	2. เบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอก บัญชียาหลักแห่งชาติ	0.5146520	0.4027572	
3. ช่องทางการ รับยา (accessibility)	1. รับยาที่โรงพยาบาลเท่านั้น	-0.4157509	0.4765672	17.0325355
	2. เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และ ร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ	0.1336996	0.3904453	
	3. เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และ คลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับ รัฐ	0.2820513	0.3470789	
4. ปริมาณยาที่ ได้รับต่อครั้ง (quantity)	1. 1 เดือน	-0.2124542	0.4425077	14.4849605
	2. 2 เดือน	0.0268620	0.3151639	
	3. 3 เดือน	0.1855922	0.4218022	

แผนภูมิวงกลมที่ 3 แสดงสัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)



■ การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	□ รายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary)
▣ ช่องทางการรับยา (accessibility)	■ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount)
▨ ให้ความสำคัญ 2 คุณลักษณะ	■ ให้ความสำคัญ 3 คุณลักษณะ
▩ ให้ความสำคัญทุกคุณลักษณะ	

ผลการแยกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต ที่มีแนวคิดแบบ compensatory และ configural

จากตารางที่ 12 พบว่าจากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 182 คน สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทหลักๆคือ คนที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory 169 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86 และ คนที่มีกระบวนการตัดสินใจแบบ configural 13 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14 โดยสามารถจำแนกเป็นคนที่ มีแนวคิดเป็นแบบ conjunctive 5 คน (ร้อยละ 38.46) และ Disjunctive 8 คน (ร้อยละ 61.54)

ตารางที่ 12 สัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (scatter standardized beta coefficients) โดยแสดงเฉพาะ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีวิธีการตัดสินใจ แบบ configural ($p < 0.05$)

ID	ค่าสัมประสิทธิ์ ของพจน์ scatter (standardized beta coefficients)	p-value	ID	ค่าสัมประสิทธิ์ ของพจน์ scatter (standardized beta coefficients)	p-value
101	-0.58	<0.001	225	0.156	0.013
188	0.288	0.001	305	0.435	0.015
45	-0.265	0.002	300	0.283	0.032
122	0.412	0.002	210	-0.372	0.038
249	0.426	0.004	332	0.32	0.04
320	-0.466	0.005	213	-0.306	0.042
69	0.177	0.01			

ผลคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) ค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) และการจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N = 169)

ตารางที่ 13 แสดงคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory พบว่าคุณลักษณะด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) ยังคงเป็นคุณลักษณะที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์มากที่สุด ซึ่งมีค่า relative importance คิดเป็นร้อยละ 51.26 โดยคุณลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือการไม่มีส่วนร่วมจ่ายราคา ยา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ พบว่าคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณลักษณะดังกล่าวมีค่าสูงกว่าคุณลักษณะระดับอื่นภายในองค์ประกอบเดียวกัน ได้แก่ การร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 100 บาท และร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 500 บาท ประมาณ 1 เท่า และ ประมาณ 2 เท่า ตามลำดับเช่นเดิม คุณลักษณะที่มีความสำคัญรองลงมาก็ยังคงเป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formularly) คิดเป็นร้อยละ 17.68 โดยข้าราชการจะพึงพอใจกับอิสระในการเบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่วนคุณลักษณะที่เหลืออีก 2 ด้าน ได้แก่ ช่องทางการรับยา (accessibility) และ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (quantity) นั้นมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการในระดับรองลงมาจากช่องทางการรับยา คือร้อยละ 17.13 และ ร้อยละ 13.92 ตามลำดับ โดยคุณลักษณะที่ได้รับความพึงพอใจ ได้แก่ เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ และการรับยาได้ในปริมาณที่เพียงพอต่อการ ใช้ 3 เดือน

การทดสอบสารูปสนิทธิ (goodness of fit test) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (observed frequency) และค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ (predicted frequency) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.916, $p < 0.0001$ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ เมื่อทำการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อ holdout cases ซึ่งจะไม่ถูกนำไปประมวลผลเพื่อทำนายอรรถประโยชน์ (utility) และคะแนนที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.710, $p < 0.0001$ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลคะแนนความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจริงจากการพิจารณา holdout cases ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการ มีความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์คอนจอยท์ จาก

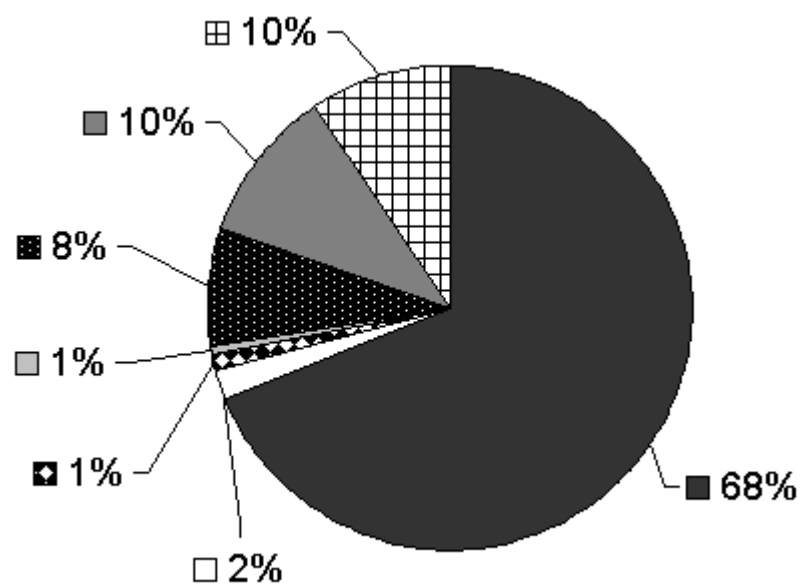
ผลการวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองหรือ conjoint model ที่ได้มีความน่าเชื่อถือเนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์ของการกำหนด (R^2) ควรมีค่ามากกว่า 0.6 (Columbus and Columbus FH, 2008) ซึ่งสามารถทำนายค่าอรรถประโยชน์ (utility) ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อคุณลักษณะย่อยขององค์ประกอบแต่ละชนิด และสามารถนำมาคำนวณหาค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ได้ดี

จากแผนภูมิม่วงกลมที่ 4 แสดงการจัดส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างนี้ จะพบว่า มีตัวอย่างจำนวน 123 คน ที่พิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์โดยเน้นคุณลักษณะเพียงคุณลักษณะเดียว คิดเป็นร้อยละ 72.8 โดยมีกลุ่มที่เน้นด้านการร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นคุณลักษณะหลัก จำนวน 116 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 68.6 ของกลุ่มตัวอย่าง 169 คน สำหรับในกลุ่มรองลงมาได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เน้นพิจารณาในคุณลักษณะทั้ง 3 ด้านข้างต้นควบคู่กัน จำนวนทั้งสิ้น 17 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เน้นให้ความสำคัญกับทุกคุณลักษณะร่วมกัน ไม่ได้เน้นหนักไปที่คุณลักษณะใดคุณลักษณะหนึ่ง ซึ่งมีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เน้นพิจารณาในคุณลักษณะทั้ง 2 ด้านข้างต้นควบคู่กัน ซึ่งมีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7

ตารางที่ 13 คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ต่อคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N = 169)

องค์ประกอบ	คุณลักษณะ	คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score)		ค่าเฉลี่ย ของค่า ความสำคัญ เปรียบเทียบ (relative importance)
		ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	
1. การร่วมจ่าย ค่ายา (cost sharing)	1. ไม่มีส่วนร่วมจ่าย	1.5529257	0.9771674	51.2631362
	2. ร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 100บาท	-0.0657462	0.6209292	
	3. ร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 500 บาท	-1.4871795	0.8642038	
2. รายการยาที่ เบิกจ่ายได้ (formulary)	1. เบิกจ่ายได้เฉพาะยาในบัญชียา หลักแห่งชาติ	-0.5187377	0.4092545	17.6845940
	2. เบิกจ่ายได้ทั้งยาในและยานอก บัญชียาหลักแห่งชาติ	0.5187377	0.4092545	
3. ช่องทางการ รับยา (accessibility)	1. รับยาที่โรงพยาบาลเท่านั้น	-0.4155161	0.4798243	17.1339338
	2. เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และ ร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ	0.1334648	0.3847987	
	3. เลือกรับยาที่โรงพยาบาล และ คลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับ รัฐ	0.2820513	0.3534956	
4. ปริมาณยาที่ ได้รับต่อครั้ง (quantity)	1. 1 เดือน	-0.1906640	0.4361672	13.9183360
	2. 2 เดือน	0.0315582	0.3165388	
	3. 3 เดือน	0.1591059	0.4189601	

แผนภูมิวงกลมที่ 4 แสดงสัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนบรรณประ โยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N = 169)



■ การร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	□ รายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary)
▣ ช่องทางการรับยา (accessibility)	■ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount)
▨ ให้ความสำคัญ 2 คุณลักษณะ	■ ให้ความสำคัญ 3 คุณลักษณะ
▩ ให้ความสำคัญทุกคุณลักษณะ	

จากตารางที่ 14 ซึ่งแสดงสรุปการเปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ของตัวอย่างทั้งหมด (N=336) ในตัวอย่างที่มีแนวคิดเป็น compensatory (N=311) ในตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N=182) และในตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N=169) พบว่าค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ในทุกกลุ่มตัวอย่างนั้น การมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) จะเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง แต่ความสำคัญในอันดับรองลงมาจะมีความแตกต่างกันซึ่งในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=336) และในตัวอย่างที่มีแนวคิดเป็น compensatory (N=311) จะให้ความสำคัญกับ ช่องทางการรับยา (accessibility) ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) และ บัญชีรายการยาที่เบิกได้ (formulary) ตามลำดับ ในขณะที่หากพิจารณาแยกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีการลำดับความสำคัญในแต่ละคุณลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตหรือสอดคล้องกับความเป็นจริง (N=182) และที่มีแนวคิดเป็นแบบ compensatory (N = 169) ด้วยแล้วความสำคัญจะเรียงลำดับจาก บัญชีรายการยาที่เบิกได้ (formulary) ขึ้นก่อนช่องทางการรับยา (accessibility) และมีปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) มาเป็นอันดับสุดท้าย ผลการวิจัยที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น compensatory ในทั้งสองกลุ่มพบว่าค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ในคุณลักษณะต่างๆจะเพิ่มมากขึ้น ยกเว้นเพียงคุณลักษณะที่เป็นปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ที่มีค่าลดลง สำหรับคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) ของแต่ละคุณลักษณะจะพบว่าในแต่ละระดับของคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มมีความสอดคล้องกัน นั่นคือการมีความพึงพอใจกับการไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย สามารถเบิกได้ทั้งยาในและยานอกบัญชี สามารถเลือกรับยาได้ทั้งโรงพยาบาลและคลินิก และปริมาณยาที่ได้รับ 3 เดือน

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และค่าความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ของตัวอย่างทั้งหมด (N = 336) ในตัวอย่างที่มีแนวคิดเป็น compensatory (N = 311) ในตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182) และในตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N = 169)

	การร่วมจ่ายค่ายา			รายการยาที่เบิกจ่ายได้		ช่องทางกรรับยา			ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง		
	0 บาท	100 บาท	500 บาท	เฉพาะยาหลักๆ	ได้ทั้งหมด	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล + ร้านยา	โรงพยาบาล + คลินิก	1 เดือน	2 เดือน	3 เดือน
ตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)	1.098	-0.092	-1.006	-0.339	0.339	-0.290	0.108	0.182	-0.135	0.030	0.105
	Relative Importance = 43.719			Relative Importance = 16.782		Relative Importance = 20.044			Relative Importance = 19.454		
ตัวอย่างเฉพาะที่คิดแบบ compensatory (N = 311)	1.120	-0.100	-1.020	-0.332	0.332	-0.289	0.107	0.182	-0.112	0.023	0.089
	Relative Importance = 44.086			Relative Importance = 16.838		Relative Importance = 20.146			Relative Importance = 18.931		
ตัวอย่างเฉพาะที่คิดสอดคล้อง กับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	1.537	-0.053	-1.485	-0.515	0.515	-0.416	0.134	0.282	-0.212	0.027	0.186
	Relative Importance = 50.979			Relative Importance = 17.504		Relative Importance = 17.033			Relative Importance = 14.485		
ตัวอย่างเฉพาะที่คิดสอดคล้อง กับงานวิจัยในอดีตและคิด แบบ compensatory (N = 169)	1.553	-0.066	-1.487	-0.519	0.519	-0.416	0.133	0.282	-0.191	0.032	0.159
	Relative Importance = 51.263			Relative Importance = 17.685		Relative Importance = 17.134			Relative Importance = 13.918		

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นในตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)

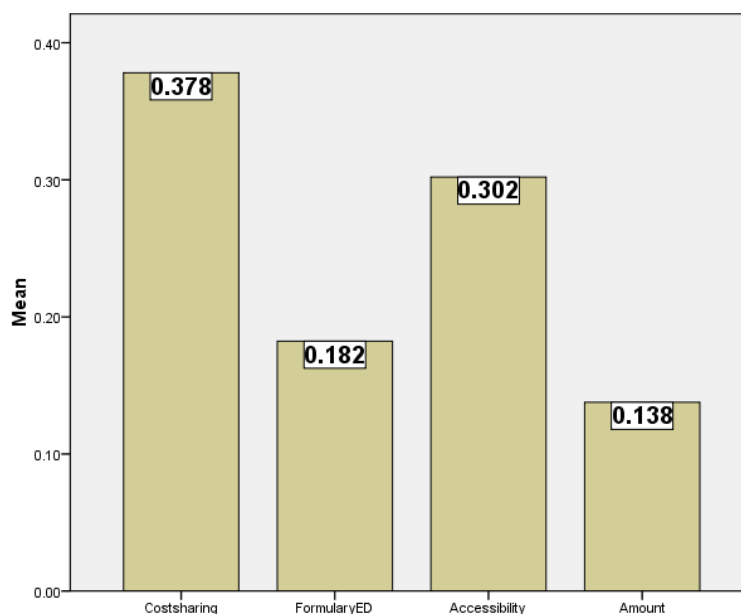
Cline and Gupta (2006) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients เป็นค่าที่แสดงถึงความสำคัญจำเพาะในแต่ละคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยจะนำมาใช้ในการพิจารณาว่าคุณลักษณะแต่ละด้านมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการมากน้อยเพียงใด มีผลในการเพิ่มหรือลดการตัดสินใจอย่างไร โดยจะมีการนำค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient สำหรับตัวอย่างแต่ละราย (ภาคผนวก ง) มาใช้ในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งคำนวณจากค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะหารด้วยผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะแล้วจึงนำไปคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 จากแผนภูมิพบว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) จะมีผลต่อการให้คะแนนมากที่สุด เนื่องจากมีสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์เฉลี่ยสูงถึง 37.8% รองลงมาคือช่องทางการรับยา (accessibility) ที่มีค่าเป็น 30.2% บัญชีรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) เป็น 18.2% และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ซึ่งมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 13.8%

แผนภูมิที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis พบว่าเมื่อมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients ใน cluster analysis และใช้ dendrogram และ scree plot เป็นเกณฑ์ จะสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 มีจำนวน 36 คน (10.7%) กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 294 คน (87.5%) และกลุ่มที่ 3 มีจำนวน 6 คน (1.8%) จากแผนภูมิที่ได้ พบว่าเมื่อมีการพิจารณาสิทธิประโยชน์ ตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นช่องทางการรับยา (accessibility) และ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) มากกว่าคุณลักษณะที่เป็นการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ส่วนกลุ่มที่ 3 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นช่องทางการรับยา (accessibility) และการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) มากกว่าคุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งเป็นตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายและช่องทางการรับยา (accessibility) ในการพิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์ที่ตนเองพึงพอใจ

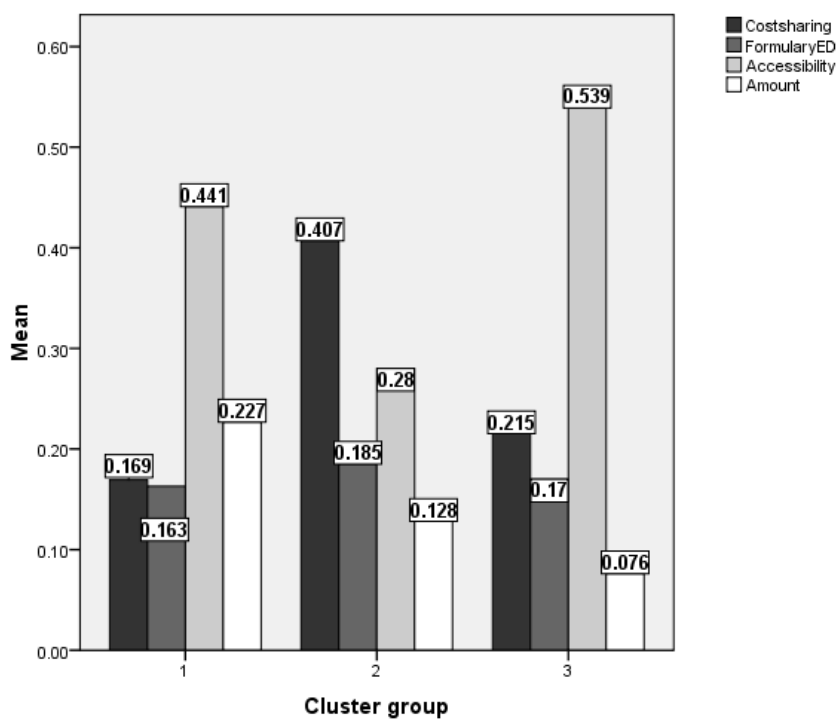
ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบตัวแปรที่เป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์ของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง (N = 336) ที่จำแนกโดย cluster analysis พบว่าโดยรวมในแต่ละกลุ่มมักจะไม่ได้แตกต่างกัน

ของลักษณะทางประชากรศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรที่เป็นการเป็นโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัวกับความถี่ของการได้รับยาจากการใช้สิทธิ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 พบว่าจะมีแนวโน้มสัดส่วนของตัวอย่างที่สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัวที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และสัดส่วนของตัวอย่างที่มีความถี่ของการได้รับยาจากการใช้สิทธิในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำนวนมากกว่า 1 ครั้งก็ทำนองเดียวกัน

แผนภูมิที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบูรณของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)



แผนภูมิที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis (N = 336)



ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบตัวแปรที่เป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์ของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง (N = 336) ที่จำแนกโดย cluster analysis

ประเภทข้อมูล	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		Sig ^R
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							0.338
- หญิง	15	41.7	161	54.8	3	50.0	
- ชาย	21	58.3	133	45.2	3	50.0	
อายุ							0.724
- ไม่เกิน 40	17	65.4	122	41.5	3	50.0	
- 41 ปีขึ้นไป	19	34.6	172	58.5	3	50.0	
สถานภาพ							0.739
- โสด / อื่นๆ	13	36.1	96	32.7	1	16.7	
- สมรส	23	63.9	198	67.3	5	83.3	
การศึกษาสูงสุด							0.052
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	33.3	49	16.7	1	16.7	
- ปริญญาตรี และสูงกว่า	24	66.7	245	83.3	5	83.3	
หน่วยงานที่สังกัด							0.132
- กระทรวงศึกษาธิการ	4	11.1	74	25.2	1	16.7	
- ไม่ใช่กระทรวงศึกษาธิการ	32	88.9	220	74.8	5	83.3	
รายได้ทั้งหมด (ต่อเดือน)							0.325
- ไม่เกิน 20,000 บาท	22	61.1	144	49.0	4	66.7	
- มากกว่า 20,001 บาท	14	38.9	150	51.0	2	33.3	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว							0.226
- ไม่เกิน 4 คน	29	80.6	225	76.5	3	50.0	
- 5 คนขึ้นไป	7	19.4	69	23.5	3	50.0	

หมายเหตุ

R หมายถึง Fisher's exact test

* หมายถึง $p < 0.05$

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		Sig ^R
	n	%	n	%	n	%	
บุคคลที่ตนเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ - การเบิกให้ผู้ที่มิสิทธิในระบบกลุ่มใดกลุ่ม หนึ่งเพียงกลุ่มเดียว เช่น การเบิกให้เฉพาะ ตนเอง หรือการเบิกให้เฉพาะบิดามารดา - เบิกให้ผู้ที่มิสิทธิในระบบหลายกลุ่ม เช่น การ ใช้สิทธิเบิกให้ตนเอง คู่สมรส และบิดามารดา	17	47.2	87	29.6	2	33.3	0.078
ภาวะสุขภาพ - แย่ / ปานกลาง - ดี / ดีมาก	19	52.8	146	49.7	3	50.0	0.956
โรคประจำตัวของผู้ใช้สิทธิ - ไม่มีโรคประจำตัว - มีโรคประจำตัว	30	83.3	233	79.3	5	83.3	0.868
โรคประจำตัวของสมาชิกใน ครอบครัว - ไม่มีโรคประจำตัว - มีโรคประจำตัว	33	91.7	218	74.1	5	83.3	0.047*
ความถี่ของการได้รับยาจากการใช้สิทธิ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา - ไม่ได้ใช้เลย - มากกว่า 1 ครั้ง	21	58.3	123	41.8	5	83.3	0.026*
สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจาก สวัสดิการแหล่งอื่นของกลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัว - ไม่มีสิทธิ - มีสิทธิ	35	97.2	269	91.5	6	100.0	0.591

หมายเหตุ R หมายถึง Fisher's exact test

* หมายถึง $p < 0.05$

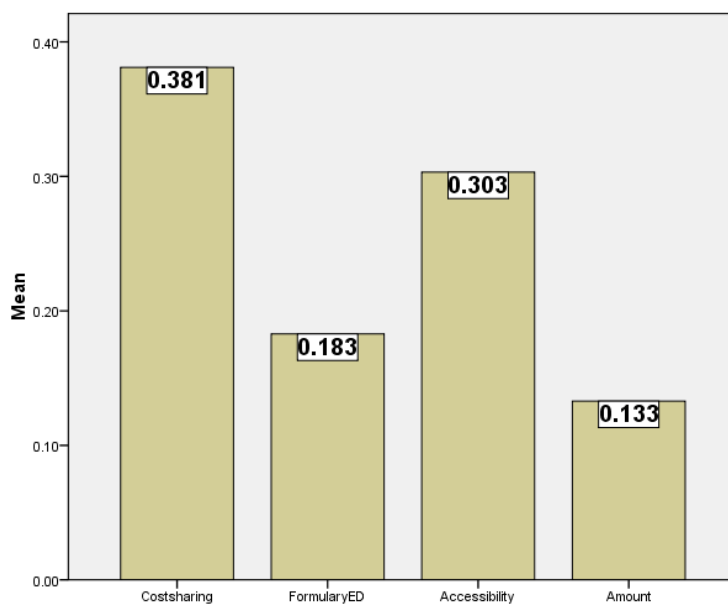
ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นในตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N = 311)

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการคิดแบบ compensatory ในการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients มาใช้ในการพิจารณาว่าคุณลักษณะแต่ละด้านมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการมากน้อยเพียงใด โดยจะมีการนำค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient สำหรับตัวอย่างแต่ละราย (ภาคผนวก จ) มาใช้ในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งคำนวณจากค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะหารด้วยผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะแล้วจึงนำไปคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 จากแผนภูมียังคงพบว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (costsharing) จะมีผลต่อการให้คะแนนมากที่สุดเนื่องจากมีสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์เฉลี่ยสูงถึง 38.1% และคุณสมบัตินี้สำคัญรองลงมาคือช่องทางการรับยา (accessibility) ที่มีค่าเป็น 30.3% ส่วนบัญชีรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) เป็น 18.3% และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) จะมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 13.3%

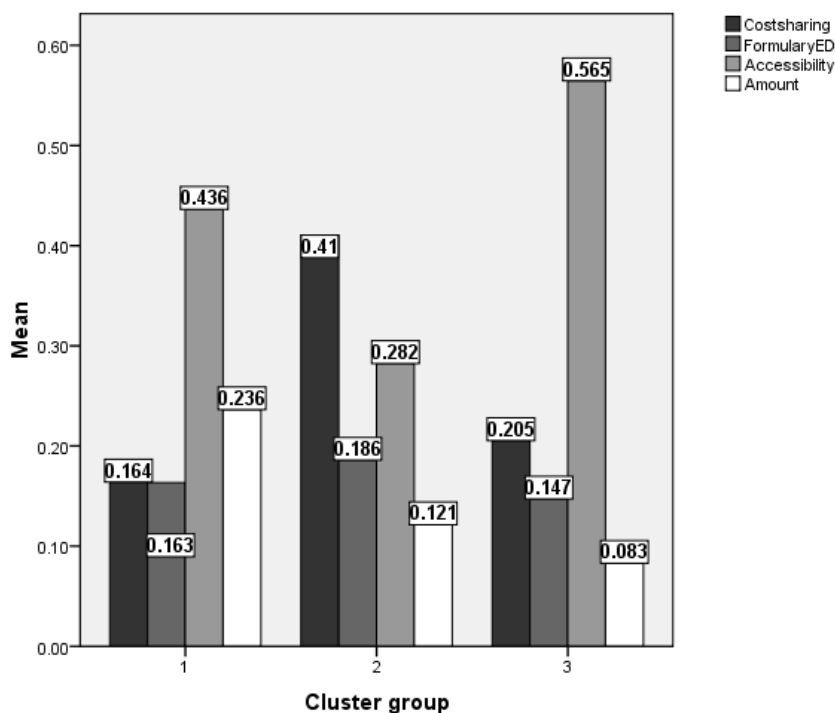
แผนภูมิที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากกลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดเป็นแบบ compensatory เท่านั้น พบว่าเมื่อมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients ใน Cluster analysis และใช้ dendrogram และ scree plot เป็นเกณฑ์ จะยังคงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 มีจำนวน 33 คน (10.6%) กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 273 คน (87.8%) และกลุ่มที่ 3 มีจำนวน 5 คน (1.6%) จากแผนภูมิที่ได้ พบว่าเมื่อมีการพิจารณาสหสิทธิประโยชน์ ตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นช่องทางการรับยา (accessibility) และ ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) มากกว่าคุณลักษณะที่เป็นการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) แม้ว่ากลุ่มที่ 3 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นช่องทางการรับยา (accessibility) และการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) มากกว่าคุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) เช่นเดิมแต่พบว่าความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นช่องทางการรับยา (accessibility) มีค่าเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งเป็นตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 ก็ยังคงให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และช่องทางการรับยา (accessibility)

ในการพิจารณาเลือกสิทธิประโยชน์ที่ตนเองพึงพอใจและไม่แตกต่างกันกับผลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

แผนภูมิที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดเป็นแบบ compensatory (N = 311)



แผนภูมิที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากกลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดเป็นแบบ compensatory (N = 311)



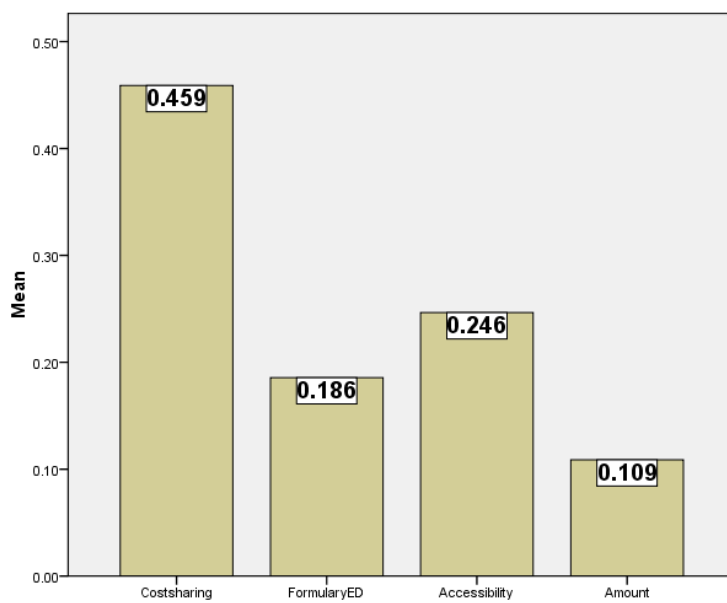
ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)

เมื่อพิจารณาการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients มาใช้ในการพิจารณาว่าคุณลักษณะแต่ละด้านมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการมากน้อยเพียงใด โดยจะมีการนำค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient สำหรับตัวอย่างแต่ละราย (ภาคผนวก จ) มาใช้ในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งคำนวณจากค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะหารด้วยผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะแล้วจึงนำไปคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยดังแสดงในแผนภูมิที่ 5 จากแผนภูมียังคงพบว่าการ

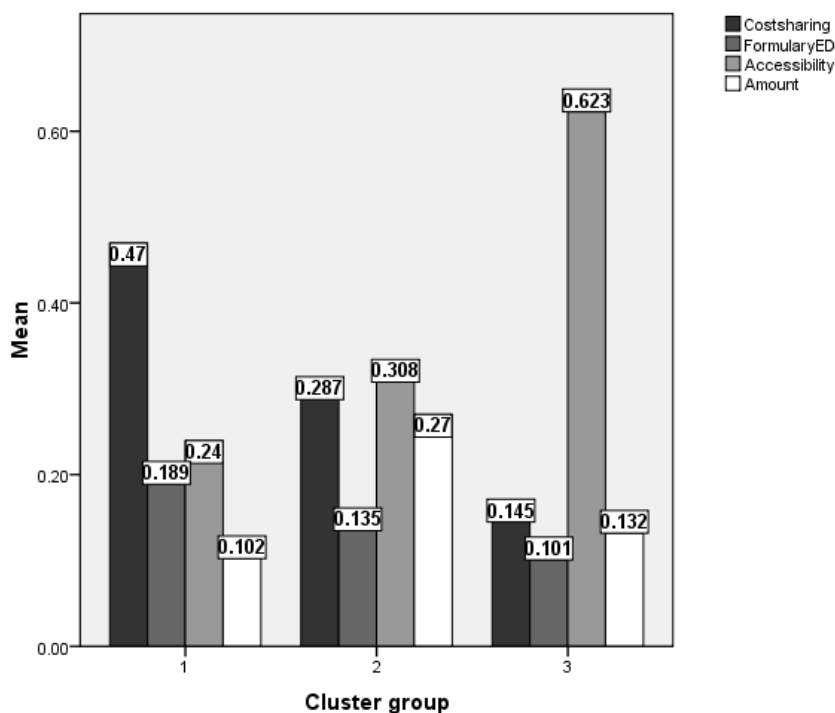
มีส่วนร่วมจ่าย (costsharing) จะมีผลต่อการให้ความสำคัญมากที่สุดเนื่องจากมีสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์เฉลี่ยสูงถึง 45.9% และคุณสมบัติที่สำคัญรองลงมาคือช่องทางการรับยา (accessibility) ที่มีค่าเป็น 24.6% ส่วนบัญชีรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) เป็น 18.6% และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ยังคงมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 10.9%

แผนภูมิที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสหสัมพันธ์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตเท่านั้น พบว่าเมื่อมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients ใน Cluster analysis และใช้ dendrogram และ scree plot เป็นเกณฑ์ จะยังคงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 มีจำนวน 173 คน (95.1%) กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 7 คน (3.8%) และกลุ่มที่ 3 มีจำนวน 2 คน (1.1%) จากแผนภูมิที่ได้ พบว่าเมื่อมีการพิจารณาสหสัมพันธ์ ตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) มากกว่าคุณลักษณะอื่นๆ และให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) และช่องทางการรับยา (accessibility) ไม่แตกต่างกันมากนัก ในขณะที่ตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับคุณลักษณะอื่นๆที่ตัวอย่างในกลุ่มนี้ให้ความสำคัญที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนตัวอย่างในกลุ่มที่ 3 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) มากกว่าคุณลักษณะอื่นๆอย่างชัดเจน

แผนภูมิที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)



แผนภูมิที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)



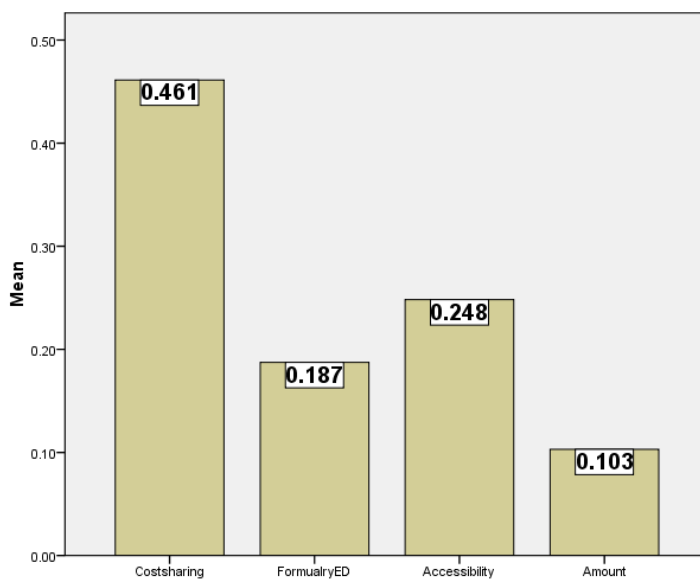
ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N = 169)

เมื่อพิจารณาการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีกระบวนการคิดแบบ compensatory โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients มาใช้ในการพิจารณาว่าคุณลักษณะแต่ละด้านมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการมากน้อยเพียงใด และนำค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient สำหรับตัวอย่างแต่ละราย (ภาคผนวก ข) มาใช้ในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งคำนวณจากค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะหารด้วยผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะแล้วจึงนำไปคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยดังแสดงใน

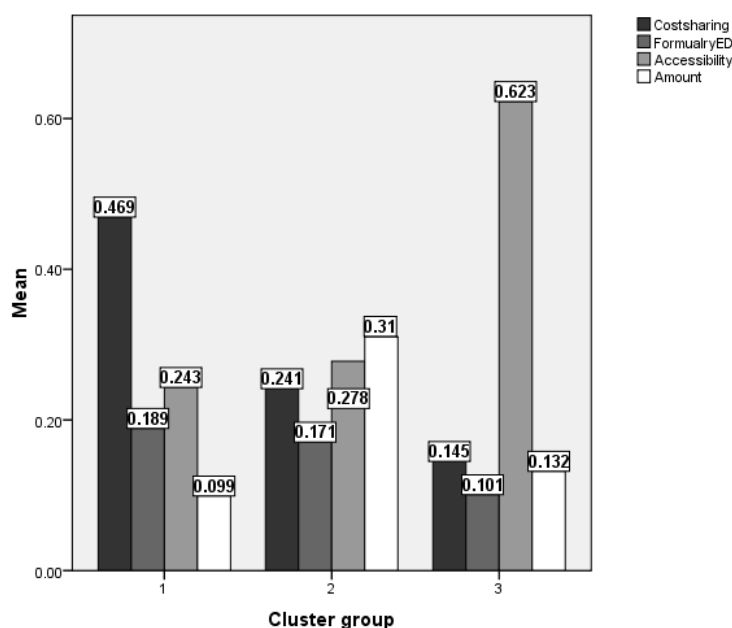
แผนภูมิที่ 7 จากแผนภูมียังคงพบว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (costsharing) จะมีผลต่อการให้ความสำคัญมากที่สุดเนื่องจากมีสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์เฉลี่ยสูงถึง 46.1% และคุณสมบัติที่สำคัญรองลงมาคือช่องทางการรับยา (accessibility) ที่มีค่าเป็น 24.8% ส่วนบัญชีรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) เป็น 18.7% และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ยังคงมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 10.3%

แผนภูมิที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีกระบวนการคิดแบบ compensatory เท่านั้น พบว่าเมื่อมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficients ใน cluster analysis และใช้ dendrogram และ scree plot เป็นเกณฑ์ จะยังคงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 มีจำนวน 164 คน (97.0%) กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 3 คน (1.8%) และกลุ่มที่ 3 มีจำนวน 3 คน (1.2%) จากแผนภูมิที่ได้ พบผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันกับตอนที่ผ่านมามีการพิจารณาสีทธิประโยชน์ ตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) มากกว่าคุณลักษณะอื่นๆ และให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) และช่องทางการรับยา (accessibility) ไม่แตกต่างกันมากนัก ในขณะที่ตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 ก็ยังคงให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับคุณลักษณะอื่นๆ ที่ตัวอย่างในกลุ่มนี้ให้ความสำคัญที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และตัวอย่างในกลุ่มที่ 3 จะให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะที่เป็นปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) มากกว่าคุณลักษณะอื่นๆ

แผนภูมิที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N = 169)



แผนภูมิที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของทุกคุณลักษณะในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจากการแบ่งด้วย cluster analysis จากเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N = 169)



จากตารางที่ 16 ซึ่งแสดงสรุปการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ในตัวอย่างทั้งหมด (N = 336) ในตัวอย่างที่มีแนวคิดเป็น compensatory (N = 311) ในตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182) และในตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N = 169) พบว่าค่าสัดส่วนความสำคัญในทุกกลุ่มตัวอย่างนั้นมีลำดับที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) จะเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง คุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในอันดับรองลงมาจะเป็นช่องทางการรับยา (accessibility) โดยมีบัญชีรายการยาที่เบิกได้ (formulary) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) เป็นลำดับถัดไป

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่าสมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ในตัวอย่างทั้งหมด (N = 336) ในตัวอย่างที่มีแนวคิดเป็น compensatory (N = 311) ในตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182) และในตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ compensatory (N = 169)

	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (Cost sharing)		บัญชีรายการยา (Formulary)		ช่องทางการรับยา (Access)		ปริมาณยาที่ได้รับ (Amount)	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
ตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)	.3780	.2273	.1823	.1256	.3020	.1685	.1377	.1167
ตัวอย่างเฉพาะที่คิดแบบ compensatory (N = 311)	.3810	.2321	.1828	.1269	.3032	.1707	.1329	.1144
ตัวอย่างเฉพาะที่คิดสอดคล้อง กับงานวิจัยในอดีต (N = 182)	.4590	.1818	.1857	.1094	.2465	.1255	.1089	.0812
ตัวอย่างเฉพาะที่คิดสอดคล้องกับ งานวิจัยในอดีตและคิดแบบ compensatory (N = 169)	.4613	.1864	.1874	.1111	.2482	.1274	.1031	.0757

ผลการเรียงลำดับความสำคัญของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของกลุ่มตัวอย่าง

จากการให้กลุ่มตัวอย่างทำการจัดลำดับความสำคัญของคุณลักษณะหลักทั้ง 4 ด้านที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยให้ลำดับที่ 1 หมายถึง “มีความสำคัญมากที่สุด” จนถึงลำดับที่ 4 หมายถึง “มีความสำคัญน้อยที่สุด” พบผลการวิจัยดังตารางที่ 17 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณเกือบกึ่งหนึ่งหรือ 46.1% ที่ให้ความสำคัญกับบัญชีรายการยาที่เบิกได้ (formulary) และ 38.1% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เป็นคุณลักษณะที่สำคัญลำดับที่แรก นอกจากนี้ยังพบว่า 40.2% และ 50.9% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้ความสำคัญกับช่องทางการรับยา (access) และปริมาณยาที่ได้รับ (amount) เป็นลำดับที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 แสดงลำดับความสำคัญของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง			
	ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2	ลำดับที่ 3	ลำดับที่ 4
การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	38.1	25.3	17.9	18.8
บัญชีรายการยาที่เบิกได้ (formulary)	46.1	34.2	13.7	6
ช่องทางการรับยา (access)	8.6	26.8	40.2	24.4
ปริมาณยาที่ได้รับ (amount)	7.1	13.7	28.3	50.9

ลำดับที่ 1 หมายถึง “มีความสำคัญมากที่สุด” จนถึงลำดับที่ 4 หมายถึง “มีความสำคัญน้อยที่สุด”

ผลของความสัมพันธ์ระหว่างลำดับความสำคัญของคุณลักษณะกับสัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลำดับความสำคัญของคุณลักษณะกับสัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient พบว่าในตัวอย่างทั้งหมดนั้น ลำดับความสำคัญของคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) ช่องทางการรับยา (access) และปริมาณยาที่ได้รับ (amount) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ หรือ $p < .01$ กับสัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ส่วนในกลุ่มที่จำแนกด้วย cluster analysis ในกลุ่มที่ 1 พบว่า จะมีเพียงคุณลักษณะเดียวคือลำดับความสำคัญของคุณลักษณะปริมาณยาที่ได้รับ (amount) จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ กับสัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ส่วนในกลุ่มที่ 2 ก็พบเฉพาะการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ กับสัดส่วนค่าสมบรูณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวมของค่าสมบรูณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญในกลุ่มที่ 3 เลย

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลำดับความสำคัญของคุณลักษณะกับสัดส่วนค่า
สมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะกับผลรวม
ของค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient

คุณลักษณะ	ตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)	กลุ่มที่ 1 (N = 36)	กลุ่มที่ 2 (N = 294)	กลุ่มที่ 3 (N = 6)
การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (Cost sharing)	-0.116*	0.171	-0.137*	-0.634
บัญชีรายการยาที่เบิกได้ (Formulary)	-0.074	0.197	-0.102	-0.473
ช่องทางการรับยา (Access)	-0.128*	-0.24	-0.107	-0.689
ปริมาณยาที่ได้รับ (Amount)	-0.143**	-0.391*	-0.112	-0.121

หมายเหตุ * คือ ค่า Correlation significant ที่ระดับ 0.05 (2-tailed)

** คือ ค่า Correlation significant ที่ระดับ 0.01 (2-tailed)

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์พบว่าข้าราชการในกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันกับอายุเฉลี่ยของข้าราชการทั่วประเทศที่สำรวจในปีพ.ศ. 2549 (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2549) คือประมาณ 41 ปี ถึงแม้จะพบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างนี้มีจำนวนตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับที่สูงกว่าปริญญาตรี (25.6%) นั้นสูงกว่าของข้าราชการทั่วประเทศที่ทางสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนรายงานไว้ (9.2%) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ามีสาเหตุมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีสัดส่วนข้าราชการที่สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ (23.5%) สูงกว่าที่ทางสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนรายงานไว้มาก (1.12%) เพราะในรายงานดังกล่าวก็มีการระบุว่าสัดส่วนของข้าราชการที่สังกัดกระทรวงศึกษาธิการที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปสูงกว่าข้าราชการที่สังกัดกระทรวงอื่นๆ นอกจากนี้ถึงแม้ว่าข้าราชการในกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่รายงานว่ามีการดูแลสุขภาพในระดับดีและยังไม่มีโรคประจำตัวใดๆ แต่ก็พบว่าในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาที่มีจำนวนตัวอย่างจำนวนเกือบ 60% ที่มีการรับยาโดยใช้สิทธิประโยชน์ของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถจดจำประสบการณ์ในการใช้สิทธิประโยชน์อยู่ จึงสามารถให้ความเห็นได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าตัวอย่างข้าราชการที่ไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์ในการรับยาช่วงระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาจะไม่สามารถให้ความเห็นได้เพราะแต่ละสิทธิประโยชน์ในแบบสอบถามได้มีการบรรยายคุณสมบัติไว้อย่างชัดเจน

การอภิปรายผลการวิจัยจาก conjoint analysis

การวิจัยนี้ นอกจากจะมีการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในภาพรวมแล้ว ยังมีการวิเคราะห์แยกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป เช่น การพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำกว่ามากกว่าการมีส่วนร่วมจ่ายที่สูงกว่า เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อต้องการแยกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้าใจในการเลือกสิทธิประโยชน์หรือเลือกสิทธิประโยชน์ที่พึงพอใจได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะได้พิจารณาว่าผลการวิจัยสิทธิประโยชน์ที่พึงประสงค์ของคนกลุ่มนี้เป็นอย่างไรเมื่อ

เปรียบเทียบกับผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นอกจากนี้การวิจัยนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์แยกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวคิดแบบ compensatory ในการเลือกสิทธิประโยชน์ที่พึงประสงค์อีกด้วย

จากผลการวิเคราะห์ประมวลข้อมูลตามสถิติ conjoint analysis จะเห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างของข้าราชการทั้ง 4 กลุ่มจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) มากที่สุดดังแสดงใน relative importance ที่มากที่สุดของแต่ละกลุ่ม แต่ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญรองลงมาจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม กล่าวคือในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจแบบ compensatory นั้นจะให้ความสำคัญกับสถานที่รับยา (accessibility) เป็นอันดับสอง และให้ความสำคัญกับปริมาณยาที่ได้รับ (amount) และบัญชีรายการยาที่เบิก (formulary) ในลำดับถัดไป ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต รวมถึงกลุ่มที่มีการตัดสินใจแบบ compensatory ของกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญกับบัญชีรายการยาที่เบิก (formulary) สถานที่รับยา (accessibility) และปริมาณยาที่ได้รับ (amount) ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มเลือกการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นอันดับแรก อาจเป็นเพราะในปัจจุบันสิทธิที่ข้าราชการได้รับคือการไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา แต่เมื่อมีส่วนร่วมจ่ายเข้ามาอันเป็นผลกระทบในแง่ลบ เพราะเป็นการบังคับจ่ายเพื่อให้ได้มาซึ่งยา นอกจากนี้ยังอาจเป็นไปได้ว่าการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงผลกระทบอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับคุณลักษณะด้านอื่นๆ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cline and Gupta (2006) และ พิมพิวรา ตันเวชศิลป์ (2551) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นประเด็นสำคัญที่สุดตามความเห็นของผู้มีสิทธิ์ต่อสิทธิประโยชน์ด้านยา Cline และ Gupta อธิบายว่าการรับรู้ว่ามี copayment หรือการมีส่วนร่วมจ่ายเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจตามระดับหรือปริมาณที่ต้องจ่าย ซึ่งเกิดขึ้นทำนองเดียวกันในการวิจัยเช่นกัน กล่าวคือในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มพบว่าระดับของการมีส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำกว่าจะมีคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ยที่สูงกว่าคะแนนอรรถประโยชน์ของระดับของการมีส่วนร่วมจ่ายที่สูงกว่า

ส่วนคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญรองลงไปพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะให้ความสำคัญกับช่องทางการรับยา (accessibility) และอีกกลุ่มหนึ่งจะเลือกให้ความสำคัญกับรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) เป็นลำดับรองจากการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) รวมถึงการให้ความสำคัญของคุณลักษณะในลำดับถัดไปก็ตาม อาจเป็นเพราะว่าค่าความสำคัญเปรียบเทียบของคุณลักษณะเหล่านี้มีค่าใกล้เคียงกันคืออยู่ในช่วงระหว่าง 14 ถึง 21

เปอร์เซ็นต์ ซึ่งแตกต่างจากค่าความสำคัญเปรียบเทียบของการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ซึ่งมีค่าที่แตกต่างจากคุณลักษณะอื่นๆมาก ทำให้เมื่อทำการวิเคราะห์แยกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปออกจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงส่งผลลำดับความสำคัญของแต่ละคุณลักษณะแตกต่างกันได้ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อแยกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปออกมาแล้ว กลุ่มนี้อาจเป็นกลุ่มที่มีความเข้าใจความหมายของแต่ละคุณลักษณะมากกว่าหรือแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในภาพรวมจึงทำให้ลำดับความสำคัญของคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน

ผลการวิจัยที่น่าสังเกตคือในประชากรทั้ง 4 กลุ่มพบว่าช่องทางการรับยา (accessibility) จะมียาลำดับความสำคัญเปรียบเทียบที่สูงกว่าปริมาณยาที่ได้รับ (amount) เสมอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีการคำนึงถึงความสะดวกสบายเป็นหลักในการรับยา มากกว่าปริมาณยาต่อครั้งที่ได้รับ กล่าวคือหากได้รับความสะดวกในช่องทางการรับยา ความถี่ในการมาพบแพทย์หรือเภสัชกรก็ไม่ได้เป็นประเด็นปัญหาของผู้รับบริการนั่นเอง ส่วนลำดับความสำคัญของรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่แตกต่างกันที่เป็นลำดับที่สองในกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป แต่กลับเป็นลำดับสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมนั้น อาจสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจต่อความหมายของรายการยาที่เบิกจ่ายได้ที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ซึ่งการให้ความสำคัญของกลุ่มที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปที่มีต่อรายการยาที่เบิกจ่ายได้นั้น มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Holdford and Carroll (2002) ที่พบว่ารายการยาเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในการเลือกสิทธิประโยชน์ที่พึงประสงค์ ซึ่งในการวิจัยนั้นพบว่ารายการยามีความสำคัญมากกว่าการมีส่วนร่วมจ่ายด้วย

สำหรับผลการวิจัยคุณลักษณะที่มีความสำคัญต่อการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป โดยเลือกเฉพาะกลุ่มที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ในการตัดสินใจนั้นพบว่าผลของลำดับความสำคัญของแต่ละคุณลักษณะที่ได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่รวมทั้งคนที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory หรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ในการตัดสินใจเป็นส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ

90) ของกลุ่มตัวอย่างนั่นเอง ดังนั้นเมื่อแยกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ออกก็ไม่ได้ส่งผลต่อลำดับความสำคัญของคุณลักษณะต่างๆแต่อย่างใด

ส่วนผลของคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับในแต่ละคุณลักษณะนั้น ในทุกกลุ่มตัวอย่างพบว่าผลที่ได้สอดคล้องกับหลักความจริงหรือกับงานวิจัยก่อนหน้านี้เช่น Cline and Gupta (2006) และ Holdford and Carroll (2002) สำหรับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่ายนั้น คะแนนอรรถประโยชน์จะมีค่าเรียงลำดับจากสูงไปหาน้อยเมื่อจำนวนการมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งแน่นอนว่าโดยทั่วไปแล้วคนยอมที่จะพึงพอใจกับการจ่ายเงินจำนวนน้อย และในกรณีของสิทธิประโยชน์ของข้าราชการที่แต่เดิมไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายอยู่แล้วก็คงไม่ต้องการให้เกิดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้หรือไม่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใดหรือหากต้องมีการร่วมจ่ายก็ยินดีที่จะจ่ายในจำนวนน้อยนั่นเอง ส่วนคุณลักษณะรายการยาที่เบิกจ่ายได้นั้นพบว่าการมีสิทธิได้รับยาทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาตินั้นจะมีคะแนนอรรถประโยชน์ที่สูงกว่าการจำกัดสิทธิให้เบิกจ่ายได้เฉพาะยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งเป็นไปตามสิทธิประโยชน์ด้านยาเดิมของข้าราชการ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการเปิดโอกาสให้มีสิทธิในการเบิกจ่ายรายการยาได้ทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาตินั้นทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณเองมีทางเลือกในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นจึงส่งผลให้มีความพึงพอใจสูงขึ้นนั่นเอง

สำหรับช่องทางการรับยาซึ่งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาทั้งแบบที่ได้รับจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว หรือสามารถรับได้ทั้งที่โรงพยาบาลและร้านยา หรือให้รับได้ทั้งที่โรงพยาบาลและคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างพึงพอใจกับการรับยาได้ทั้งที่โรงพยาบาลและคลินิกมากที่สุดหรือเป็นระดับที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์มากที่สุด โดยมีการรับยาได้ที่โรงพยาบาลและร้านยาเป็นลำดับรองลงมา แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างจะพึงพอใจกับความสะดวกในการได้รับยาที่ไม่จำกัดเฉพาะช่องทางการได้รับยาจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่หากต้องเลือกว่าตนเองสามารถรับยาได้จากโรงพยาบาลและคลินิก หรือจากโรงพยาบาลและร้านยา กลุ่มตัวอย่างจะยินดีรับยาจากโรงพยาบาลและคลินิกมากกว่า ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองยังได้พบแพทย์หากมีการรับยาได้ที่โรงพยาบาลและคลินิก จึงมีความพึงพอใจสูงกว่า ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการรับยาจากร้านยาโดยผู้รับบริการไม่ได้พบแพทย์นั้นยังคงเป็นสิ่งใหม่แก่ผู้รับบริการจึงทำให้มีความพึงพอใจไม่สูงเท่ากับช่องทางที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้พบแพทย์ ส่วนปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้งก็พบผลการวิจัยว่าปริมาณยาที่ได้รับเป็นระยะเวลาานานกว่าจะมีคะแนนอรรถประโยชน์ที่สูงกว่า ซึ่งอาจมีเหตุผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าไม่ต้องเสียเวลามารับยาหรือต้องมาสถานพยาบาลบ่อยครั้งเกินไป นอกจากนี้หากมีการร่วมจ่ายค่ายาเกิดขึ้นจริง การได้รับยาในปริมาณที่สามารถใช้ได้เป็นระยะเวลาานานกว่าก็จะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นได้ด้วย

จากผลการศึกษาของสัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) พบว่าในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มนั้นมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะเพียงด้านใดด้านหนึ่งรวมกันอยู่ในช่วงระหว่าง 65-73% ซึ่งในจำนวนคุณลักษณะทั้ง 4 นั้น จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะที่เป็นส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เป็นสัดส่วนสูงสุดซึ่งคิดเป็น 50-69% ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจ่ายเพียงอย่างเดียวเมื่อต้องพิจารณาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ตนเองพึงพอใจ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับค่าเฉลี่ยความสำคัญเปรียบเทียบของการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ที่มีน้ำหนักสูงซึ่งเหตุผลที่ใช้อธิบายก็จะเป็นเหตุผลเดียวกัน อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าหากมีการนำข้อมูลของการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนนโยบายเพื่อออกแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา ผู้วางแผนนโยบายก็ควรจะมีคามระมัดระวังในเรื่องการมีส่วนร่วมจ่ายให้มากเป็นพิเศษเพราะจะส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการจำนวนมาก นอกจากนี้พบว่าจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเพียงประมาณ 30% เท่านั้นที่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะมากกว่า 1 คุณลักษณะเมื่อต้องพิจารณาสิทธิประโยชน์ที่ตนเองพึงพอใจ จึงเป็นโอกาสที่ผู้วางแผนนโยบายสามารถปรับเปลี่ยนคุณลักษณะเหล่านี้ได้โดยจะมีผลกระทบกับความพึงพอใจของข้าราชการในจำนวนสัดส่วนไม่มากนักนั่นเอง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานที่เป็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกับความสำคัญเปรียบเทียบของคุณลักษณะแต่ละด้าน โดยการวิจัยนี้ได้ทำการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่านั้น ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความสำคัญเปรียบเทียบของคุณลักษณะ เช่นระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความสำคัญเปรียบเทียบของรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) และปริมาณยาที่ได้รับ (amount) สำหรับผลของความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาสูงสุดกับรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) นั้นพบผลการวิจัยที่น่าสนใจคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยความสำคัญเปรียบเทียบสูงที่สุด ทั้งนี้อาจมีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรีอาจมีข้อจำกัดในการเข้าใจความสำคัญของรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ในขณะที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดสูงกว่าระดับปริญญาตรีอาจตระหนักหรือเข้าใจดีว่ารายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่ทางรัฐกำหนดน่าจะเป็นรายการยาที่ครอบคลุมความต้องการอยู่แล้วจึงไม่ได้ให้น้ำหนักความสำคัญด้านนี้เท่าใดนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ผลการวิจัยที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือการพบว่าการมีโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเองยังไม่ได้อยู่ในวัยที่ต้องใช้ยามากนักจึงไม่พบว่า

การมีโรคประจำตัวของตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะใดๆเลย แต่การมีโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์กับการพิจารณาคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาได้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีโรคประจำตัวให้น้ำหนักความสำคัญต่อปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีโรคประจำตัว อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีโรคประจำตัวไม่ได้มีประสบการณ์จริงต่อปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) แต่คาดว่าหากสมาชิกในครอบครัวที่ตนเองจะเป็นผู้เบิกจ่ายให้ นั้นมีความจำเป็นต้องใช้ยาเกิดขึ้น ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) น่าจะมีความสำคัญ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีโรคประจำตัวอาจรู้สึกว่าคุณลักษณะที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ไม่ได้มีความสำคัญเท่าคุณลักษณะอย่างอื่นเพราะปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ที่สัมพันธ์กันกับจำนวนความถี่ที่ต้องไปรับยาหรือพบแพทย์ที่มากหรือน้อยก็มีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันเช่น หากได้รับปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ไม่มากนักก็จะเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้พบแพทย์หรือเภสัชกรบ่อยขึ้นนั่นเอง

จากผลการใช้สมการ scatter model ในขั้นตอน judgment analysis ทำให้ทราบได้ว่ายังคงมีข้าราชการอยู่จำนวนหนึ่งที่ไม่ได้มีแนวความคิดแบบเส้นตรงหรือการที่จุดค้อยของคุณลักษณะบางประการของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่เป็นจุดค้อยไม่สามารถถูกกลบได้ด้วยคุณลักษณะอื่นๆที่เป็นจุดเด่นเหมือนกับสมการ compensatory model ซึ่งกลุ่มข้าราชการเหล่านี้จะมีการตั้งค่าต่ำสุดหรือ minimum cutoff ในแต่ละคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาเมื่อต้องเลือกรูปแบบที่ตนเองชื่นชอบ จึงจำเป็นที่ผู้วางนโยบายให้ความระมัดระวังในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการในแต่ละคุณลักษณะ เนื่องจาก ยังคงมีข้าราชการจำนวน 3.57% ที่ต้องการให้รูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาผ่านเกณฑ์กำหนดที่คนเหล่านั้นที่คิดแบบ conjunctive ตั้งขึ้นในทุกคุณลักษณะ แต่ในทางกลับกัน 3.87% จะขอให้เพียงคุณลักษณะใดเพียงอย่างเดียวผ่านเกณฑ์ที่ตนตั้งไว้โดยไม่สนใจคุณลักษณะที่เหลือ จึงส่งผลให้การปรับเปลี่ยนเพียงบางคุณลักษณะของรูปแบบสิทธิประโยชน์นโยบายก็จะเป็นที่พึงพอใจกับประชากรกลุ่มดังกล่าวที่คิดแบบ disjunctive

การอภิปรายผลการวิจัยจาก policy-capturing analysis

Policy-capturing analysis เป็นการวิเคราะห์อีกวิธีหนึ่งที่อาศัยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นมาใช้ในการวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (standardized beta coefficients) มาใช้ในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก และเพื่อเป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลการวิจัยจาก conjoint analysis และ policy-capturing analysis ในการ

วิเคราะห์โดยใช้ policy-capturing analysis จึงได้ทำในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มคือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป นอกจากนี้ยังทำการวิเคราะห์แยกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวคิดแบบ compensatory ในการเลือกสิทธิประโยชน์ที่พึงประสงค์ของทั้งสองกลุ่มอีกด้วย ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มมีค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักที่สะท้อนให้เห็นถึงลำดับความสำคัญของแต่ละคุณลักษณะในการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาเหมือนกันในทั้ง 4 กลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เป็นคุณลักษณะที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยามากที่สุดซึ่งมีสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักเฉลี่ยในช่วง 37.8-46.1% รองลงมาคือช่องทางารรับยา (accessibility) ที่มีค่าสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักเฉลี่ยในช่วง 24.7-30.3% ลำดับถัดไปได้แก่รายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่มีค่าสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักเฉลี่ยในช่วง 18.2-18.7% และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) ที่มีค่าสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักเฉลี่ยในช่วง 10.3-13.8%

เช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์จาก conjoint analysis ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกแบบที่ทำการวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะเป็นการจ่ายเงินจำนวนหนึ่งเพื่อให้ได้ยา ซึ่งข้าราชการไม่เคยต้องมีการจ่ายนี้มาก่อนเลยและอาจเป็นไปได้ว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เป็นคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะสามารถทำความเข้าใจได้ง่ายที่สุด เพราะเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายมากขึ้น ส่วนผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกับผลของการใช้ conjoint analysis อีกประการหนึ่งคือลำดับความสำคัญของช่องทางารรับยา (accessibility) ที่กลุ่มตัวอย่างให้น้ำหนักมากกว่าปริมาณยาที่ได้รับ (amount) ซึ่งเป็นการยืนยันอีกครั้งที่กลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะมีช่องทางในการรับยาเพิ่มมากขึ้นนอกเหนือจากโรงพยาบาล มากกว่ายินดีที่จะเพิ่มปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง กล่าวคือหากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงช่องทางารรับยาที่สะดวก การที่กลุ่มตัวอย่างต้องรับยาในปริมาณเท่าไรก็ตามหรือต้องรับยาจำนวนไม่มากนักหรือต้องมารับยาบ่อยครั้งขึ้น กลุ่มตัวอย่างก็ยินดีหรือพึงพอใจกับสิทธิประโยชน์อันนั้น อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการได้พบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อได้รับยากลับไปใช้นั้นยังคงมีความสำคัญอยู่ เพราะอาจเป็นโอกาสให้แพทย์หรือเภสัชกรได้ติดตามผลการรักษาหรือการดำเนินไปของโรคที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอยู่

สำหรับการวิเคราะห์แยกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ก็ได้ผลทำนองเดียวกันกับการวิเคราะห์ด้วย conjoint analysis กล่าวคือเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ configural นั้นมีจำนวนน้อยจึงไม่ทำให้ผลการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory แตกต่างออกไปจากผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมด นอกจากนี้ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์ด้วย policy-capturing analysis จะไม่ได้แสดงผลของความพึงพอใจต่อแต่ละระดับของคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาโดยตรงก็ตาม แต่การวิจัยนี้ก็ได้แยกวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปเช่นเดียวกันกับในตอนที่ทำกรวิเคราะห์ด้วย conjoint analysis ซึ่งพบว่าลำดับความสำคัญของแต่ละคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการพิจารณาสิทธิประโยชน์ทางยาไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง เพียงแต่พบว่าน้ำหนักความสำคัญของการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เพิ่มสูงขึ้นในขณะที่น้ำหนักความสำคัญของช่องทางการรับยา (accessibility) และปริมาณยาที่ได้รับ (amount) นั้นลดน้อยลง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักที่คำนวณได้ในการทำ policy-capturing analysis นั้นเป็นค่าที่คำนวณมาจากค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (standardized beta coefficients) ที่เป็นค่าที่สะท้อนถึงความสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนให้กับคุณลักษณะแต่ละคุณลักษณะมากหรือน้อยเพียงใด หลังจากที่มีการปรับให้ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเป็นค่าที่เปรียบเทียบกันได้แล้ว ซึ่งทำให้ผลที่ได้แตกต่างจากการใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยที่ยังไม่ได้มีการปรับตามที่ใช้ใน conjoint analysis อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าเมื่อทำการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เลือกสิทธิประโยชน์ได้อย่างสมเหตุสมผลหรือสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีต ทำให้ยิ่งเห็นชัดเจนว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) มีความสำคัญต่อความพึงพอใจที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อสิทธิประโยชน์ด้านยามากที่สุด ซึ่งอาจเป็นผลที่ได้จากการคิดวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจคล้ายคลึงกันนั่นเอง

ผลการวิจัยที่ได้จากการทำ cluster analysis ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดหรือเฉพาะกลุ่มใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ของกลุ่มนี้จะพบว่ามี 3 กลุ่ม (cluster) หลักๆ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักแตกต่างกันไป เป็นที่น่าสังเกตว่าทั้ง 3 กลุ่ม (cluster) ได้ให้ความสำคัญกับช่องทางการรับยา (accessibility) ในสัดส่วนที่ไม่น้อยกว่า 28% โดยกลุ่มที่มีจำนวนตัวอย่างมากที่สุดจะเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เพิ่มขึ้นอีกคุณลักษณะด้วย ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นการให้น้ำหนักความสำคัญของคุณลักษณะข้างต้น กล่าวคือคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และช่องทางการรับยา (accessibility) เป็นคุณลักษณะที่สำคัญ นอกจากนี้เมื่อเลือกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป ก็พบว่าสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (cluster) เช่นกัน โดยที่ทุกกลุ่มได้ให้ความสำคัญกับช่องทางการรับยา (accessibility) ในสัดส่วนที่ไม่น้อยกว่า 24% และกลุ่มที่มีจำนวนตัวอย่างมากที่สุดจะเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost

sharing) เพิ่มขึ้นอีกคุณลักษณะเช่นกัน ผลการวิจัยจากการทำ cluster analysis นี้สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่ามีความเป็นไปได้ที่สิทธิประโยชน์ด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการอาจเป็นแบบเดียวกันก็สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มีสิทธิ์ส่วนใหญ่หรือประมาณ 88 ถึง 97% ได้

ผลของการเปรียบเทียบตัวแปรที่เป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์ของแต่ละกลุ่มที่แยกด้วย cluster analysis ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนั้น พบว่าการมีโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัวกับความถี่ของการได้รับยาจากการใช้สิทธิในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับการเป็นสมาชิกของทั้ง 3 กลุ่ม (cluster) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หรือประมาณ 83-92% ของกลุ่ม (cluster) ที่ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) จะเป็นผู้ที่มีสมาชิกของครอบครัวของตนเองไม่มีโรคประจำตัว ดังนั้นการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) จึงไม่ได้เป็นคุณลักษณะที่สำคัญสำหรับกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนการใช้สิทธิในการเบิกจ่ายค่ายาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าโดยส่วนใหญ่กลุ่มที่เป็นผู้ที่ไม่ได้ใช้สิทธิอื่นนี้ในการเบิกจ่ายค่ายาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเองที่จะไม่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะอื่นๆเพิ่มเติมจากการให้ความสำคัญกับช่องทางการรับยา (accessibility) ที่พบในทุกๆ กลุ่ม ทั้งนี้เพราะกลุ่มนี้ไม่ได้ตระหนักถึงความจำเป็นของคุณลักษณะเหล่านั้นนั่นเองว่าจะมีผลต่อความพึงพอใจของตนต่อสิทธิประโยชน์ด้านยา

ผลการวิจัยที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือค่าความสัมพันธ์ระหว่างลำดับความสำคัญของคุณลักษณะกับค่าสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งพบว่าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความสอดคล้องกันระหว่างการเรียงลำดับความสำคัญกับค่าสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก อย่างไรก็ตามพบว่ามีเพียงคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ช่องทางการรับยา (accessibility) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount) เท่านั้นที่ลำดับความสำคัญของคุณลักษณะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ตระหนักหรือมีความเข้าใจบทบาทของคุณลักษณะเหล่านี้ในการนำมาใช้ในการประเมินสิทธิประโยชน์ด้านยาในการวิจัยนี้ แต่หากขาดความเข้าใจในคุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ว่ามีบทบาทอย่างไรต่อการเลือกสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้อาจมีความเป็นไปได้ว่าคุณลักษณะที่เป็นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) เป็นคุณลักษณะที่ยากต่อการทำความเข้าใจมากที่สุดเมื่อเทียบกับอีก 3 คุณลักษณะ ซึ่งการที่ลำดับความสำคัญของคุณลักษณะบางคุณลักษณะเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับค่าสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักเมื่อมีการพิจารณาสหสัมพันธ์ด้านยานั้นเกิดขึ้นเช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ Cline and Gupta (2006) ที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในบทบาทของคุณลักษณะที่ตนเองใช้ในการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา

(judgment insight) เพียงบางคุณลักษณะเท่านั้น ผลการวิจัยนี้เกิดขึ้นทำนองเดียวกันกับในกลุ่ม (cluster) ย่อยเช่นในกลุ่ม (cluster) ที่มีจำนวนตัวอย่างมากที่สุดพบว่าค่าลำดับความสำคัญของคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับค่าสัดส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้คิดว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เป็นประเด็นสำคัญและการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) นี้ก็มีบทบาทสำคัญเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องมีการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา ส่วนคุณลักษณะอื่นๆอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าคุณลักษณะเหล่านั้นน่าจะมีความสำคัญเช่นกันแต่เมื่อมีการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาจริงกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะเหล่านั้นมากนัก หรือกลุ่มตัวอย่างคิดว่าคุณลักษณะเหล่านั้น ไม่ได้มีความสำคัญมากนักแต่เมื่อมีการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาจริงกลุ่มตัวอย่างกลับให้ความสำคัญกับคุณลักษณะเหล่านั้นมากขึ้นนั่นเอง

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการด้วย conjoint analysis และด้วย policy-capturing analysis ซึ่งเป็นวิธีที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยา ในขณะที่ Holdford and Carroll (2002) นำ conjoint analysis มาใช้เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถวิเคราะห์ถึงความคิดของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพที่มีต่อคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยามากกว่าหนึ่งคุณลักษณะไปพร้อมกัน ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีที่สามารถวัดความพึงพอใจหรือความชอบของกลุ่มตัวอย่างได้สอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากกว่า นอกจากนี้ conjoint analysis ยังเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมาเป็นระยะเวลาอันทั้งในด้านการตลาด (marketing research) ความชอบของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาด้วยยา (drug therapy) หรือการบริการทางเภสัชกรรม (pharmaceutical service) และด้านการประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม Cline and Gupta (2005) ได้กล่าววิจารณ์ conjoint analysis ว่าเป็นการอนุมานให้ผู้ตัดสินใจใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ทั้งหมด ซึ่งในความเป็นจริงผู้ตัดสินใจบางรายอาจใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ configural ก็ได้ พร้อมกับได้พิสูจน์ว่ากลุ่มตัวอย่างหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนมากกว่าหนึ่งในสามที่ไม่ได้ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ซึ่งในเวลาต่อมา Cline and Gupta (2006) ได้ใช้ policy-capturing analysis ในการวิจัยคุณลักษณะที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงได้นำ conjoint analysis มาใช้ในการวิเคราะห์หาความสำคัญของคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างให้น้ำหนักในการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ตนเองพึงพอใจ

โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แล้วใช้ judgment analysis ในการแยกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory ออกมาเพื่อวิเคราะห์หาความสำคัญของคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยาอีกครั้ง จากนั้นก็ได้ทำการคัดแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป เช่นกลุ่มตัวอย่างควรมีคะแนนอรรถประโยชน์ลดลงเมื่อต้องมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) เพิ่มขึ้น หรือกลุ่มตัวอย่างควรมีคะแนนอรรถประโยชน์มากขึ้นเมื่อไม่การจำกัดรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ทั้งนี้เพื่อเลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเลือกแบบสมเหตุสมผล สำหรับการวิเคราะห์ด้วย policy-capturing analysis ก็จะมีการวิเคราะห์แยกเฉพาะกลุ่มในทำนองเดียวกันเพื่อการศึกษาเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่าทั้งผลของ conjoint analysis และ policy-capturing analysis กลุ่มตัวอย่างให้นำหนักความสำคัญมากที่สุดกับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ในการเลือกสิทธิประโยชน์ด้านยา ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบ compensatory หรือเมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปก็ตาม แสดงให้เห็นว่าหากผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายต้องการปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ด้านยา คุณลักษณะที่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายต้องพิจารณาอย่างระมัดระวังมากที่สุดจะเป็นในเรื่องการมีส่วนร่วมจ่ายนั่นเองเพราะจะกระทบกับความพึงพอใจของข้าราชการมากที่สุด ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของสัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาด (market segmentation analysis) และผลการวิจัยของการทำ cluster analysis นอกจากนี้พบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของผลการวิเคราะห์ทั้งสองวิธีแสดงให้เห็นว่าผลของระดับของแต่ละคุณลักษณะก็มีความสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปกล่าวคือกลุ่มตัวอย่างจะพึงพอใจมากกว่ากับระดับของการมีส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำกว่า หรือกับรายการยาที่เบิกจ่ายได้ทั้งยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือกับการได้รับยามากกว่าช่องทางเดียว และกับการได้รับยาในปริมาณที่มากกว่า

อย่างไรก็ตามสำหรับการวิเคราะห์ด้วย conjoint analysis พบว่าเมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปจะพบว่าคุณลักษณะอื่นๆมีลำดับความสำคัญที่แตกต่างกับผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ทั้งนี้เป็นเพราะค่าลำดับความสำคัญเปรียบเทียบที่ได้ของการวิเคราะห์ด้วย conjoint

analysis นั้นคำนวณจากค่าคะแนนอรรถประโยชน์ของแต่ละระดับของคุณลักษณะ ซึ่งทำให้ขึ้นกับผลการวิจัยของแต่ละคนในกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณลักษณะที่มีความสำคัญเปรียบเทียบที่ไม่แตกต่างกันมากนัก เมื่อทำการแยกกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปออกมาวิเคราะห์จึงส่งผลให้ลำดับความสำคัญเปรียบเทียบของคุณลักษณะเหล่านี้เปลี่ยนแปลงได้ ในขณะที่ผลการวิจัยของ policy-capturing analysis จะแตกต่างจากผลของการทำ conjoint analysis ที่นอกจากจะพบลำดับความสำคัญที่แตกต่างกันของคุณลักษณะอื่นๆนอกเหนือจากการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของลำดับความสำคัญของคุณลักษณะแต่อย่างใดเมื่อทำการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มย่อย ทั้งนี้เพราะในการวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้อาศัยค่าที่คำนวณมาจากค่าสัมบูรณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ standardized beta coefficient ของแต่ละคุณลักษณะซึ่งเป็นค่าที่สะท้อนถึงความสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนให้กับคุณลักษณะแต่ละคุณลักษณะมากหรือน้อยเพียงใดหลังจกที่มีการปรับให้ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเป็นค่าที่เปรียบเทียบกันได้แล้ว ซึ่งทำให้ผลที่ได้แตกต่างจากการใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยที่ยังไม่ได้มีการปรับตามที่ใช้ใน conjoint analysis

หลังจากที่พิจารณาผลการวิเคราะห์ของทั้ง conjoint analysis และ policy-capturing analysis ที่ทำการศึกษาอ้างอิงจากงานวิจัยของ Cline and Gupta (2006) และ Holdford and Carroll (2002) ตามลำดับแล้ว จะพบว่าผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือที่สุดน่าจะเป็นผลที่ได้จากการทำ policy-capturing analysis ที่เลือกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไป ทั้งนี้เพราะเป็นการเปรียบเทียบลำดับความสำคัญจาก standardized beta coefficient ที่ทำให้สามารถเปรียบเทียบลำดับความสำคัญได้เหมาะสมกว่าบนมาตรฐานอันเดียวกัน นอกจากนี้ผลที่ได้จากการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่เป็นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปจะเป็นผลที่ได้จากกลุ่มที่มีความคิดที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (homogeneous) มากกว่า ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ค่าใช้จ่ายด้านยาของข้าราชการมีมูลค่าที่เพิ่มขึ้นสูงขึ้นเรื่อยๆ รัฐบาลได้มีการวางมาตรการต่างๆ เพื่อจะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้น ก่อนหน้านี้มาตรการอย่างหนึ่งที่คาดว่าจะได้ผลคือการรวมสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของข้าราชการไปเข้ากับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีระบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว อย่างไรก็ตามพบว่ามีข้อโต้แย้งอย่างมากจากข้าราชการ โดยข้อโต้แย้งที่สำคัญอันหนึ่งคือสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของข้าราชการถือว่าเป็นสวัสดิการที่รัฐบาลสัญญากับข้าราชการตั้งแต่เริ่มบรรจุเข้าทำงาน จึงเป็นการไม่เหมาะสมหากจะมีการลดทอนสิทธิดังกล่าวลง ดังนั้นมาตรการใดๆก็ตามที่ทางรัฐบาลจะนำมาใช้จะต้องเป็นมาตรการที่ไม่เป็นการลดทอนสิทธิที่ข้าราชการมีอยู่เดิม

จากผลการวิจัยนี้เมื่อทำการคำนวณหาค่าอรรถประโยชน์ ที่สะท้อนด้วยระดับความพึงพอใจจากการวิเคราะห์ด้วย policy-capturing analysis ที่เลือกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตัดสินใจต่อระดับในคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) และรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ที่ขึ้นไปตามงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตหรือสอดคล้องกับความเข้าใจโดยทั่วไปดังแสดงผลในภาคผนวก ข จะพบว่าในปัจจุบันที่ข้าราชการไม่ต้องมีการร่วมจ่ายค่ายาและหากได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ก็จะสามารถมีสิทธิในการได้รับยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ แต่ต้องรับยาจากโรงพยาบาลเท่านั้น ทั้งนี้ไม่ว่าปริมาณการรับยาต่อครั้งจะเป็น 1 ถึง 3 เดือนก็ตามจะพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 0.165 - 0.309 นอกจากนี้พบว่าลักษณะสิทธิประโยชน์ที่มีค่าระดับความพึงพอใจในลำดับถัดไปและยังคงมีระดับความพึงพอใจที่เป็นบวกอยู่คือการที่ข้าราชการไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย การจำกัดรายการยาให้ใช้ได้เฉพาะรายการยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้นและการเปิดโอกาสให้ข้าราชการสามารถไปรับยาได้ที่ทั้งที่โรงพยาบาลและร้านยาในปริมาณที่สามารถใช้ได้ 3 เดือน ซึ่งหากผู้วางนโยบายสามารถต้องการปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาสามารถเลือกทำได้โดยการจำกัดรายการยาที่เบิกได้ ด้วยการกำหนดไม่ให้นำสามารถเบิกจ่ายรายการยาที่ไม่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้เลย ซึ่งยาเหล่านั้นมักจะเป็นยาที่มีราคาแพงและมีโอกาสในการใช้อย่างไม่สมเหตุผลได้สูงกว่ายาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างไรก็ตามผู้วางนโยบายมีความจำเป็นที่จะต้องอำนวยความสะดวกในส่วนช่องทางารรับยาที่เปิดโอกาสให้ข้าราชการสามารถรับยาได้ที่ร้านยาด้วย รวมถึงสามารถรับยาได้ในปริมาณที่พอใช้ได้ 3 เดือน จึงจะทำให้ข้าราชการยังคงมีระดับความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ได้รับที่ไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก ทั้งนี้จะพบว่าในทางกฎหมายหรือระเบียบของสิทธิในการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ข้อเสนอแนะนี้ไม่ได้เป็นการลดทอนสิทธิ

ของข้าราชการเพราะการจำกัดให้เบิกจ่ายเฉพาะที่มีอยู่ในบัญชีหลักแห่งชาติเป็นข้อจำกัดที่มีอยู่เดิม ซึ่งในการวางแผนนโยบายนั้นรัฐบาลสามารถหรือต้องเข้มงวดกับการเปิดโอกาสให้ข้าราชการใช้จ่ายที่อยู่นอกบัญชีหลักแห่งชาติในกรณีที่มีความจำเป็นจริงๆเท่านั้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

ถึงแม้ว่าการวิจัยนี้จะเป็นพยายามศึกษาหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดที่จะใช้ศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ในมุมมองของข้าราชการ การวิจัยนี้ยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ เช่นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างสะดวกในจังหวัดสงขลา ซึ่งอาจไม่ใช่ตัวอย่างที่ดีที่สุดของข้าราชการทั่วประเทศ ดังนั้นควรมีความระมัดระวังหากจะนำผลการวิจัยที่ได้มาสรุปอ้างอิงไปยังข้าราชการทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีอายุเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกับข้าราชการทั่วประเทศที่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2549) รายงานไว้ ข้อจำกัดอีกอย่างคือจากผลการทำการอภิปรายกลุ่ม (focus group) ตลอดจนผลการวิจัยที่พบว่าข้าราชการผู้ใช้สิทธิยังคงไม่เข้าใจกับคุณลักษณะบางคุณลักษณะของสิทธิประโยชน์ด้านยาหรือบทบาทของคุณลักษณะนั้นมากนักเช่นรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (formulary) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกรวิจัยได้ ในส่วนของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ค่อนข้างยาวและต้องอาศัยเวลาในการพิจารณาที่เป็นข้อจำกัดอีกประการหนึ่งของการวิจัยนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกสิทธิประโยชน์ที่มีจำนวน 30 แบบ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความล้าหรือความตั้งใจลดลงถึงขั้นไม่ยอมให้ความร่วมมือในการตอบจนอาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้

ข้อเสนอเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากข้อจำกัดของการวิจัย พบว่าในอนาคตควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างออกไปเพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดีของข้าราชการทั่วประเทศ เพื่อจะได้ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ได้ อย่างมั่นใจมากขึ้น การวิจัยในอนาคตคงต้องหาเทคนิคหรือวิธีที่เหมาะสมเพื่อลดความยาวและความซับซ้อนของแบบสอบถามลง เพื่อเพิ่มความร่วมมือและเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ควรมีการวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการในยาแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้เพราะการวิจัยนี้เป็นเพียงการวิจัยถึงคุณลักษณะทั่วไปของสิทธิประโยชน์ด้านยา แต่อย่างไรก็ตามยาแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันในหลายแง่มุมซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจหรือความพึงพอใจของข้าราชการแตกต่างกันออกไปได้เช่นการตัดสินใจหรือความพึงพอใจของข้าราชการที่มีต่อสิทธิ

ประโยชน์ด้านยาสำหรับอาการป่วยเป็นไข้หวัดกับยาที่ต้องใช้ในการรักษาโรคมะเร็งอาจมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงเป็นต้น รวมถึงการเพิ่มความตระหนักในสิทธิเดิมที่ตนมีเพื่อให้เข้าใจในคุณลักษณะของรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยการเพิ่มรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาดั้งเดิมที่ข้าราชการใช้สิทธิเหล่านั้นอยู่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ด้านยา รูปแบบใหม่ว่ามีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับสิทธิเดิมที่ตนเคยได้ หรืออาจเพิ่มการคัดกรองกลุ่มประชากรว่ามีความเข้าใจกับสิทธิเดิมของตนหรือไม่โดยการแทรกคำถามวัดความเข้าใจในสิทธิเดิมที่ตนเคยมีในแบบสอบถามก่อนจะให้ประเมินรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง

Bloom BS, Jacobs J. Cost effects of restricting cost-effective therapy. *Med Care* 1985;23: 872-80.

Brannick MT, Brannick JP. Nonlinear and noncompensatory processes in performance evaluation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1989;44: 97-122.

Cline RR, Gupta K. Judgment processes in older adults' drug benefit evaluations. *Res Social Adm Pharm* 2005;1: 5-20.

Cline RR, Gupta K. Drug benefit decisions among older adults: a policy-capturing analysis. *Med Decis Making* 2006;26: 273-81.

Cline RR, Gupta K, Singh RL, Schommer JC. Older adults' drug benefit beliefs: a focus group study. *J Manag Care Pharm* 2005;11: 77-85.

Columbus A, Columbus FH. *Advances in psychology research*. NY: Nova Science Publishers, Inc; 2008;53: 85-7.

Cooksey RW. *Judgment Analysis Theory, Methods, and Applications*. UK: Emerald Group Publishing Limited; 1997.

Dawes RM, Corrigan B. Linear models in decision making. *Psychol Bull* 1974;81: 95-106.

Field R, Perlstein S. Four-tier approach injects consumerism into drug benefit. 2002 [cited 2002 Dec 5]. Available from: URL: http://www.managedcaremag.com/archives/0108/0108_four_tier.html.

Health Industries Research Companies (HIRC). Employers shifting more responsibility to employees. 2002 [cited 2001 Sep 27]. Available from: URL: <http://www.hirco.com/index.cfm/Fuseaction/ViewNewsIID/10.htm>.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Herrier RN, Spencer JR, Davis CD. Case study using descriptive analysis to estimate hidden costs in processing third party prescriptions. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2000;40: 658-65.

Holdford D, Carroll NV. Consumer preferences for types of cost containment in prescription drug plans. *J Manag Care Pharm* 2002;8: 192-98.

Horn SD, Sharkey PE, Tracy DM, et al. Intended and unintended consequences of HMO cost-containment strategies: Results from the Managed Care Outcomes Project. *Am J Manag Care* 1996;2: 253-64.

Indaratna K, Sreshthaputra N. The Universal Coverage Policy of Thailand: An Introduction. Asia-Pacific Health Economics Network (APHEN); 2001 July 19.

Klepser DG, Huether JR, Handke LJ, Williams CE. Effect on drug utilization and expenditures of a cost-share change from copayment to coinsurance. *J Manag Care Pharm* 2007;13: 765-77.

MacKinnon NJ, Kumar R. Prior authorization programs: A critical review of the literature. *J Manag Care Pharm* 2001;7: 297-302.

Marder E. The laws of choice predicting customer behavior. New York: The FREE PRESS; 1997.

Merck-Medco Managed Care LLC. Merck-Medco Drug Trend Report, 2001. Franklin Lakes, NJ: Merck-Medco; 2001.

Motheral B, Fairman K, Teitelbaum E, et al. Pharmacy benefit management factors influencing utilization and costs in a pharmacy benefit program. *Drug Benefit Trends* 1996;8: 10-2,5-8,34.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Navarro RP. Prescription drug benefits in managed care. In: Kongstvedt PR, editor. The Managed Health Care Handbook. 4th ed. Maryland: Aspen Publisher, Inc; 2001. p. 439-40.

Olson BM. Approaches to pharmacy benefit management and the impact of consumer cost sharing. *Clinical Therapeutics* 2003;25: 250-72.

Orme B. Sample size Issues for conjoint analysis. *Getting Started with Conjoint Analysis: Strategies for Product Design and Pricing Research*. Wisconsin: Research Publishers LLC; 2006. p. 49-57.

Pharmacy Benefit Management Institute, I.n.c. Wyeth-Ayerst Prescription Drug Benefit Cost and Plan Design Survey Report. Albuquerque, NM: Wellman Publishing, Inc; 2000.

Pharmacy Benefit Management Institute, I.n.c. Takeda and Lilly Prescription Drug Benefit Cost and Plan Design Survey Report. Albuquerque, NM: Wellman Publishing, Inc; 2001.

Reuters Health Information. Blue Cross of Michigan offers coupons for generic drugs 2002 [cited 2002 Jan 2]. Available from: URL: <http://pharmacists.medscape.com>.

Rucker TD, Schiff G. Drug formularies: Myths-in-information. *Med Care* 1990;28: 928-42.

Scott-Levin. Benefit design: How it's changing managed care. Research Triangle Park, NC: Quintiles Transnational Corporation; 2001.

Smalley WE, Griffin MR, Fought RL, Sullivan L, Ray WA. Effect of a prior-authorization requirement on the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs by Medicaid patients. *N Engl J Med* 1995;332: 1612-7.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Soumerai SB, Ross-Degnan D, Avorn J, McLaughlin T, Choodnovskiy I. Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. *N Engl J Med* 1991;325: 1072-7.

Stafford RS, Davidson SM, Davidson H, Miracle-McMahill H, Crawford SL, Blumenthal D. Chronic disease medication use in managed care and indemnity insurance plans. *Health Serv Res* 2003;38: 595-612.

Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The Social Security Scheme in Thailand: What Lessons Can Be Drawn?. *Soc Sci Med* 1999;7: 913-23.

Thomas N, Larson LN, Bell NN. Managing pharmacy benefits and pharmacy benefit plan design. In: Brennan ME, editor. *Pharmacy Benefits Management*. 1st ed. Wisconsin: The International Foundation of Employee Benefit Plans, Inc; 1996. p. 7-25.

กรมบัญชีกลาง. รายงานประจำปี 2549 กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง; 2549. น. 92-3.

กรมบัญชีกลางและระบบ GFMS. อ้างถึงใน ระเบียบวาระการประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการควบคุมค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะการจัดระบบกำกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Drug Utilization Evaluation: DUE). วันพุธที่ 17 มิถุนายน 2552.

กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง. กรมบัญชีกลางแก้ไขปัญหาอย่างไร... เมื่อมีรายจ่ายมากกว่าวงงบประมาณที่ตั้งไว้ [ออนไลน์]. 2550 [สืบค้นวันที่ 2 กรกฎาคม 2550]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.hisro.or.th/adminsystem/insurance/insurance/การแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณ๑_18_1_50.pdf.

กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for windows. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสารจำกัด; 2546: 125-58.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

นธีรัตน์ ธรรมโรจน์. ระบบสวัสดิการรักษายาบาล สำหรับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ [ออนไลน์]. 2550 [สืบค้นวันที่ 2 กรกฎาคม 2550]. เข้าถึงได้จาก: URL:

http://www.hisro.or.th/adminsystem/insurance/insurance/CSMBS_29_1_50.pdf.

นิภา ศรีอนันต์. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2545.

ปิยาภรณ์ สมบัติยานุชิต. การสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ [สารนิพนธ์เกสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.

พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551. [2551, 25 มกราคม]. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 125 ตอนที่ 22ก.

พิมพ์วรา ต้นเวชศิลป์. สิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ [สารนิพนธ์เกสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.

ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัชรัตนกุล, กัญจนา ติษยาธิคม และคณะ. อัตราหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545;14: 599-613.

ระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ GFMS. [ออนไลน์]. 2550 [สืบค้นวันที่ 28 กันยายน 2550].

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

วาสนา จิวสุวรรณ. สิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ: กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช [สารนิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัช
ศาสตร์สังคมและการบริหาร]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.

วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชณา ณ ระนอง, ศรชัย เตரியมวรกุล และคณะ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี
2545-2546. รายงานวิจัยเล่มที่ 1 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่ 2 (2546-47): สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2548.

วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ. สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานวิจัย
ฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 2 โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง
(2544-45): สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2545.

สามินี เจาะแม. สิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ :
กรณีศึกษาจังหวัดปัตตานี [สารนิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการ
บริหาร]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. กำลังคนภาครัฐ 2549 : ข้าราชการพลเรือนสามัญ.
กรุงเทพมหานคร: ซีรานุสรณ์การพิมพ์; 2549.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก. สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข; 2545. น. 30-1.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ยุทธวิธีในการปฏิรูประบบสุขภาพ ส่วนที่ 2 การปฏิรูปด้านยาสวัสดิการ
รักษายาบาลข้าราชการ. การประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 5 “การจัดการ
ระบบวิจัยสุขภาพของประเทศไทย”; 7 - 8 ตุลาคม กรุงเทพฯ; 2547.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก แบบสอบถามเพื่อหาระดับของคุณลักษณะการมีส่วนร่วมจ่าย
(cost sharing) และปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง (amount)**

**แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์
ของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ**

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่เป็นไปตามความต้องการของข้าราชการซึ่งถือเป็นผู้ใช้สิทธิของระบบ

เนื้อหาของแบบสอบถามนี้ไม่มีคำตอบใด “ถูก” หรือ “ผิด” โดยผู้วิจัยเพียงต้องการทราบความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับอัตราร่วมจ่ายที่ผู้รับบริการมีความเต็มใจจ่าย เบี้ยประกันรายเดือน และปริมาณยาที่ควรได้รับต่อครั้ง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์

ข้อมูลของท่านจะเป็นความลับ และการศึกษาครั้งนี้จะนำไปใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น
ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวม
โดยไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างอิงถึงตัวบุคคลแต่ประการใด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูลไว้ ณ ที่นี้
ซึ่งการวิจัยนี้ไม่อาจเสร็จสมบูรณ์ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน

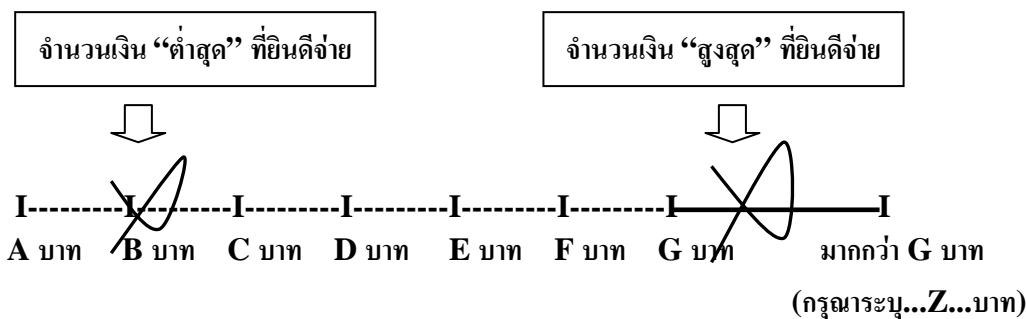
(ภก.ชนเทพ วนิชชากร)

นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์
ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1. สมมติว่าท่านจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายด้านยา จำนวนหนึ่ง โดยไม่สามารถเบิกเงินที่เป็นค่าใช้จ่ายดังกล่าวคืนได้
(พิจารณาเฉพาะค่ายา ไม่รวมถึงค่าบริการอื่นๆ เช่น ค่าทำหัตถการ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น)

ท่านยินดีที่จะจ่าย “สูงสุด” และ “ต่ำสุด” เป็นจำนวนเงินกี่บาทต่อการรับยา 1 ครั้ง ดังตัวอย่าง



นั่นคือท่านยินดีที่จะจ่ายเป็นจำนวนเงินต่ำสุดเท่ากับ B บาท และยินดีที่จะจ่ายเป็นจำนวนเงินสูงสุดเท่ากับ Z บาท

กรุณา ภาเครื่องหมาย X ลงบนค่าใช้จ่ายสูงสุดที่ท่านยินดีจ่าย และภาเครื่องหมาย X อีกครั้ง บน
ค่าใช้จ่ายต่ำสุดที่ท่านยินดีจ่าย

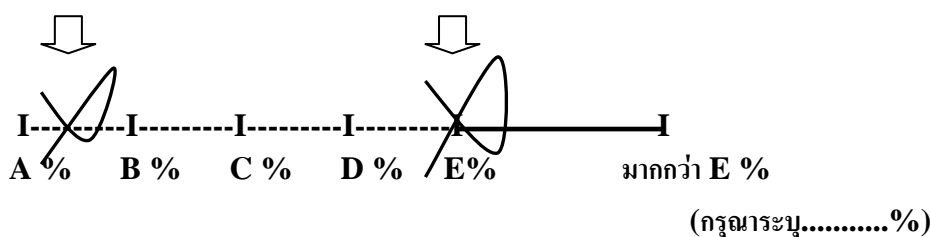


2. สมมติว่าท่านจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายด้านยาโดยคิดเป็น ร้อยละของราคาขาย โดยไม่สามารถเบิกเงินที่เป็นค่าใช้จ่ายดังกล่าวคืนได้ (พิจารณาเฉพาะค่ายา ไม่รวมถึงค่าบริการอื่นๆ เช่น ค่าทำหัตถการ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น)

ท่านยินดีที่จะจ่าย “สูงสุด” และ “ต่ำสุด” คิดเป็นเงินกี่เปอร์เซ็นต์ ของราคาขายต่อการรับยา 1 ครั้ง ดังตัวอย่าง

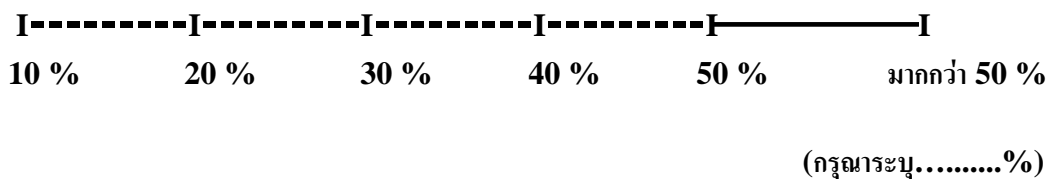
เปอร์เซ็นต์ “ต่ำสุด” ที่ยินดีจ่าย

เปอร์เซ็นต์ “สูงสุด” ที่ยินดีจ่าย



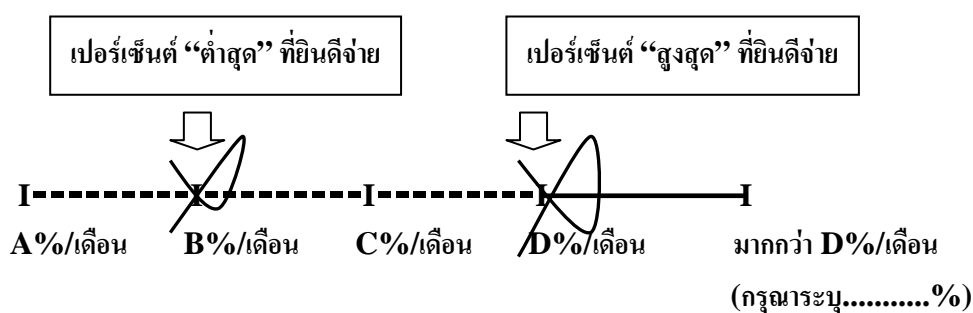
นั่นคือท่านยินดีที่จะจ่ายเป็นจำนวนเปอร์เซ็นต์ต่ำสุดเท่ากับ A.5 เปอร์เซ็นต์ของราคาขายต่อการรับยา 1 ครั้ง และยินดีที่จะจ่ายเป็นจำนวนเปอร์เซ็นต์สูงสุดเท่ากับ E เปอร์เซ็นต์ของราคาขายต่อการรับยา 1 ครั้ง

กฎ กาเครื่องหมาย X ลงบนจำนวนเปอร์เซ็นต์สูงสุดที่ท่านยินดีจ่าย และกาเครื่องหมาย X อีกครั้ง บนจำนวนเปอร์เซ็นต์ต่ำสุดที่ท่านยินดีจ่าย



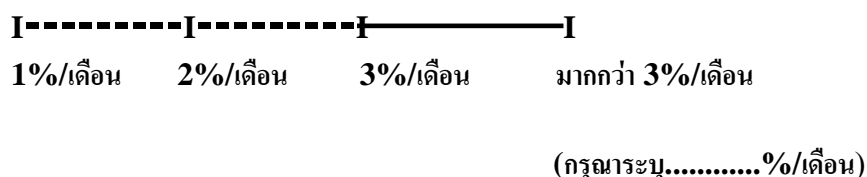
3. สมมุติว่ารัฐมีความประสงค์ต้องการให้ท่านร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านยา โดยค่าใช้จ่ายดังกล่าวถูกเก็บในรูปแบบ *อัตราร้อยละของเงินเดือน* ทุกๆเดือน โดยไม่สามารถเบิกเงินที่เป็นส่วนร่วมจ่ายดังกล่าวคืนได้ (พิจารณาเฉพาะค่ายา ไม่รวมถึงค่าบริการอื่นๆ เช่น ค่าทำหัตถการ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น)

ท่านยินดีที่จะมีส่วนร่วมจ่าย “สูงสุด” และ “ต่ำสุด” เป็นจำนวนเงิน กี่เปอร์เซ็นต์ต่อ 1 เดือน ดังตัวอย่าง



นั่นคือท่านยินดีที่จะจ่ายเป็นจำนวนเปอร์เซ็นต์ต่ำสุดเท่ากับ B เปอร์เซ็นต์ของเงินเดือน ในแต่ละเดือน และยินดีที่จะจ่ายเป็นจำนวนเปอร์เซ็นต์สูงสุดเท่ากับ D เปอร์เซ็นต์ของเงินเดือน ในแต่ละเดือน

กรุณา ทำเครื่องหมาย X ลงบนเปอร์เซ็นต์สูงสุดที่ท่านยินดีจ่าย และทำเครื่องหมาย X อีกครั้ง บนเปอร์เซ็นต์ต่ำสุดที่ท่านยินดีจ่าย



4. ในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น โรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ท่านคิดว่า **ปริมาณยาสูงสุด** ที่ได้รับการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง ควรเป็นระยะเวลาานานเท่าใด

กรุณา ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าช่องความเห็นที่ต้องการเลือก

- 1 เดือน
- 2 เดือน
- 3 เดือน
- อื่นๆ โปรดระบุ.....เดือน

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาตอบแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์

ภาคผนวก ข แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของ
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์
ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การปฏิรูประบบฯ ด้วยการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ด้านยาเป็น
วิธีการหนึ่งที่น่านำมาใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบสิทธิ
ประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเชิงนโยบายต่อไป

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาเภสัช
ศาสตร์สังคมและการบริหาร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามนี้เป็นเพียง
ความคิดเห็นของท่านเท่านั้น ไม่มีคำตอบใด “ถูก” หรือ “ผิด”

ข้อมูลของท่านจะเป็นความลับ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวม
โดยไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างอิงถึงตัวบุคคลแต่ประการใด

การวิจัยนี้ไม่อาจเสร็จสมบูรณ์ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาในการให้ข้อมูลไว้ ณ ที่นี้

(ภก. ธนเทพ วนิชยากร)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์
ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ**

ตอนที่1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณา เติมคำตอบและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าช่อง ของความคิดเห็นที่ต้องการเลือก

1. ภูมิลำเนาประจำของท่าน (หากท่านไม่ใช่ข้าราชการ กรุณาส่งแบบสอบถามคืน)

ข้าราชการ พนักงานของรัฐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2. เพศ

หญิง

ชาย

3. อายุ.....ปี

4. สถานภาพ

โสด

สมรส

หย่าร้าง

คู่สมรสเสียชีวิต

5. วุฒิการศึกษาสูงสุด

ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย

ปริญญาตรี

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

สูงกว่าปริญญาตรี (โปรดระบุ).....

อนุปริญญา/ปวส.

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. หน่วยงานที่ท่านสังกัด.....

กระทรวง.....

7. รายได้ทั้งหมดของท่านโดยประมาณ.....บาทต่อเดือน

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

9. ท่านคิดว่าขณะนี้ภาวะสุขภาพของตัวท่านเอง หากเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นๆที่อยู่ในวัยเดียวกัน เป็นอย่างไร

แย่

ปานกลาง

ดี

ดีมาก

10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ไม่มีโรคประจำตัว
 มี (โปรดระบุชนิดของโรค).....

11. ท่านใช้สิทธิจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลให้ใครบ้าง (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ตนเอง บิดามารดา
 คู่สมรส บุตร จำนวน.....คน

12. จากข้อ 11 บุคคลที่ท่านเบิกจ่ายรักษายาบาลให้ มีโรคประจำตัวหรือไม่ (หากท่านเบิกจ่ายรักษายาบาลให้เฉพาะตนเองกรุณาข้ามไปทำข้อ 13)

- ไม่มีโรคประจำตัว
 มี (โปรดระบุชนิดของโรค).....

13. นอกเหนือจากสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ท่านหรือบุคคลที่ท่านเบิกจ่ายรักษายาบาลให้ นั้น สามารถเบิกจ่ายรักษายาบาลจากแหล่งอื่นได้

- ไม่ใช่
 ใช่ (โปรดระบุชื่อสิทธิของการรักษายาบาลดังกล่าว).....

14. ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านหรือบุคคลที่ท่านเบิกจ่ายรักษายาบาลให้ นั้น ได้รับยา ในการรักษายาบาลจากการใช้สิทธิระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมทั้งหมดจำนวนกี่ครั้ง

- ไม่ได้รับยาใน 3 เดือนที่ผ่านมา 7 - 9 ครั้ง
 1 - 3 ครั้ง มากกว่า 9 ครั้ง
 4 - 6 ครั้ง

*****กรุณาทำแบบสอบถามตอนที่ 2 ในหน้าถัดไป*****

สิทธิประโยชน์ด้านยาแบบที่ 3	
องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
1. การร่วมจ่ายค่ายา	ท่านต้องจ่ายเงินเอง 100 บาท ต่อการรับยา 1 ครั้ง (โดยเงินส่วนนี้ไม่สามารถเบิกคืนได้)
2. รายการยาที่เบิกจ่ายได้	แพทย์ที่ทำการรักษาท่าน สามารถเลือกใช้ตัวยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลได้ บางชนิด ตามรายการยาที่รัฐกำหนดเท่านั้น
3. ช่องทางการรับยา	เลือกรับยาได้ที่ โรงพยาบาล หรือ ร้านขายยา ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ
4. ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง	สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในการมารับบริการ 1 ครั้ง ท่านสามารถรับยาในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>“ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง” “พึงพอใจอย่างยิ่ง”</p>	

สิทธิประโยชน์ด้านยาแบบที่ 4	
องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
1. การร่วมจ่ายค่ายา	ท่านต้องจ่ายเงินเอง 100 บาท ต่อการรับยา 1 ครั้ง (โดยเงินส่วนนี้ไม่สามารถเบิกคืนได้)
2. รายการยาที่เบิกจ่ายได้	แพทย์ที่ทำการรักษาท่าน สามารถเลือกใช้ตัวยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลได้ ทุกชนิด
3. ช่องทางการรับยา	เลือกรับยาได้ที่ โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ
4. ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง	สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในการมารับบริการ 1 ครั้ง ท่านสามารถรับยาในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>“ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง” “พึงพอใจอย่างยิ่ง”</p>	

สิทธิประโยชน์ด้านยาแบบที่ 21	
องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
1. การร่วมจ่ายค่ายา	ท่าน <u>ไม่จำเป็นต้อง</u> ต้องจ่ายเงินเอง ต่อการรับยา 1 ครั้ง
2. รายการยาที่เบิกจ่ายได้	แพทย์ที่ทำการรักษาท่าน สามารถเลือกใช้ตัวยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลได้ <u>บางชนิด</u> ตามรายการยาที่รัฐกำหนดเท่านั้น
3. ช่องทางการรับยา	รับยาได้ที่โรงพยาบาลเท่านั้น
4. ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง	สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในการมารับบริการ 1 ครั้ง ท่านสามารถรับยาในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้เป็นระยะเวลา <u>1 เดือน</u>
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>“ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง” “พึงพอใจอย่างยิ่ง”</p>	

สิทธิประโยชน์ด้านยาแบบที่ 22	
องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
1. การร่วมจ่ายค่ายา	ท่านต้องจ่ายเงินเอง <u>100 บาท</u> ต่อการรับยา 1 ครั้ง (โดยเงินส่วนนี้ไม่สามารถเบิกคืนได้)
2. รายการยาที่เบิกจ่ายได้	แพทย์ที่ทำการรักษาท่าน สามารถเลือกใช้ตัวยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลได้ <u>บางชนิด</u> ตามรายการยาที่รัฐกำหนดเท่านั้น
3. ช่องทางการรับยา	รับยาได้ที่โรงพยาบาลเท่านั้น
4. ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง	สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในการมารับบริการ 1 ครั้ง ท่านสามารถรับยาในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้เป็นระยะเวลา <u>2 เดือน</u>
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>“ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง” “พึงพอใจอย่างยิ่ง”</p>	

สิทธิประโยชน์ด้านยาแบบที่ 29	
องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
1. การร่วมจ่ายค่ายา	ท่านต้องจ่ายเงินเอง 100 บาท ต่อการรับยา 1 ครั้ง (โดยเงินส่วนนี้ไม่สามารถเบิกคืนได้)
2. รายการยาที่เบิกจ่ายได้	แพทย์ที่ทำการรักษาท่าน สามารถเลือกใช้ตัวยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลได้ ทุกชนิด
3. ช่องทางการรับยา	รับยาได้ที่โรงพยาบาลเท่านั้น
4. ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง	สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในการมารับบริการ 1 ครั้ง ท่านสามารถรับยาในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้เป็นระยะเวลา 2 เดือน
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>“ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง” “พึงพอใจอย่างยิ่ง”</p>	

สิทธิประโยชน์ด้านยาแบบที่ 30	
องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
1. การร่วมจ่ายค่ายา	ท่านต้องจ่ายเงินเอง 500 บาท ต่อการรับยา 1 ครั้ง (โดยเงินส่วนนี้ไม่สามารถเบิกคืนได้)
2. รายการยาที่เบิกจ่ายได้	แพทย์ที่ทำการรักษาท่าน สามารถเลือกใช้ตัวยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลได้ ทุกชนิด
3. ช่องทางการรับยา	เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ ร้านขายยา ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ
4. ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง	สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในการมารับบริการ 1 ครั้ง ท่านสามารถรับยาในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>“ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง” “พึงพอใจอย่างยิ่ง”</p>	

กรุณา จัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบหลักทั้ง 4 ด้าน ว่าองค์ประกอบด้านใดที่มีอิทธิพลต่อท่านในการตัดสินใจเลือกสิทธิประโยชน์ โดยระบุตัวเลข 1 , 2 , 3 หรือ 4 ลงในช่องว่างส่วนท้ายขององค์ประกอบแต่ละชนิด โดย ตัวเลข 1 หมายถึง “มีความสำคัญมากที่สุด” และ 4 หมายถึง “มีความสำคัญน้อยที่สุด” ตามลำดับ

	ลำดับความสำคัญ
องค์ประกอบ ก. การร่วมจ่ายค่ายา
องค์ประกอบ ข. รายการยาที่เบิกจ่ายได้
องค์ประกอบ ค. ช่องทางการรับยา
องค์ประกอบ ง. ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาตอบแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์

ภาคผนวก ค ค่าคะแนนความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ในประชากร
ที่เป็น configural

ตารางที่ 19 ตารางแสดงค่าคะแนนความสำคัญเปรียบเทียบ (relative importance) ในประชากรที่เป็น configural ตามแต่ละคุณลักษณะ

ID	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (Formulary)	ช่องทางการรับยา (Access)	ปริมาณยาที่ได้รับ (Amount)	Type
45	53.191	23.404	14.894	8.511	C
64	45.455	27.273	22.727	4.545	D
69	45.370	20.370	18.519	15.741	D
73	37.037	3.704	37.037	22.222	C
94	57.143	3.571	14.286	25.000	C
.
.
.
305	59.574	10.638	12.766	17.021	D
318	13.333	25.333	24.000	37.333	C
320	27.397	20.548	13.699	38.356	C
332	51.020	14.286	16.327	18.367	D
336	22.222	35.043	30.769	11.966	D

หมายเหตุ C คือ กระบวนการตัดสินใจแบบ conjunctive

D คือ กระบวนการตัดสินใจแบบ disjunctive

ภาคผนวก ง ผลการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม (focus group)

กลุ่มที่ 1 ในกลุ่มนี้จะประกอบด้วยข้าราชการเพศชายจำนวน 2 คนและหญิงจำนวน 3 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 32 – 49 ปี และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 75 นาที

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีพี่ๆทุกคนนะครับ วันนี้ผมจะมาขอ สัมภาษณ์เชิงกลุ่มหรือ focus group เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการ อย่างที่ได้กล่าวไปว่าเนื่องจากในอนาคตอันใกล้ สิทธิของข้าราชการจะ ถูกปรับให้ลดเหลือเท่ากับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแน่นอนว่าคนที่เบิกได้ก็จะเสียสิทธิไป ตอนนี่ที่ผมจะทำก็คือขอความคิดเห็นจากพี่ๆในด้านสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ควรจะเป็น ว่าเป็นอย่างไร โดยขณะทำการสัมภาษณ์จะขอ อนุญาตบันทึกข้อมูล โดยการจดและบันทึกเสียง แต่ข้อมูลที่ ได้จะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น มีการปกปิดตัวตนของผู้ให้ ข้อมูลและไม่มีผลต่อหน้าที่การงานหรือเงินเดือน ข้อมูล ทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการขอให้สบายใจได้ครับ

ผู้สัมภาษณ์ : ปกติเวลาพี่ๆไม่สบายจะไปใช้บริการที่ไหน ครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ใช้บ่อยๆก็ รพ มอ รพ หาดใหญ่และสงขลา คือเป็นคนเกาะยอถ้าเล็กๆน้อยๆก็เอาใกล้ๆ คือ รพ สงขลา แต่ถ้าเป็นหนักๆก็จะมา มอ ซึ่งสิ่งที่เราคาดหวังคือ การรักษา ต่อเนื่อง

- เริ่มจากซื้อยาทานเองก่อนจากร้านยาที่เชื่อใจ ถ้าเป็นหนักมากก็ไป มอ ก็ใช้สิทธิ์เบิกจ่าย แต่ถ้าเป็นคนในครอบครัวอย่างลูกก็จะไปคลินิกพบหมอ บางครั้งยาที่ได้จากรพ มักหายช้า ถ้าไปคลินิกไปพบหมอก็คือหึ่งสะดวกตลอดเวลาเลือกเวลาได้ ไม่ต้องทิ้งงานไป ส่วนคุณแม่เป็นโรคเรื้อรังก็จะมาที่ รพ จะได้รักษาต่อเนื่องและมีค่ารักษาค่อนข้างสูง

- แต่ถ้าเป็นอะไรที่อยากให้ตรวจให้ชัดเจนเหมือนอาการจะหนักก็จะมาที่ รพ

- ก็จะมารักษาเบื้องต้นกับร้านยาหรือคลินิกประจำ ส่วนสามีกับแม่จะมาที่ รพ มอ เพราะเป็นโรคเรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่อง โดยเอาใกล้บ้านและสามารถเบิกได้เป็นหลัก

ผู้สัมภาษณ์ : ก็คือต้องการการรักษาต่อเนื่องจึงมาที่โรงพยาบาลไซ้ใหม่ครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ไซ้คะ/ครับ

- ส่วนของพี่ประเด็นที่ว่า คิดว่ามีผลกระทบใหม่คือพี่สังเกตจากตัวพี่ คือพี่ก็ใช้บริการ รพ มอ อยู่ประจำเมื่อแต่ก่อนพี่ก็มีโรคต้องกินยาประจำ หมอบอกว่าแต่ก่อนโอเคเขาจ่ายยาดีบอกว่ายานี้ดีมากเลย สามปีต่อมาหมอบอกว่านโยบายประหยัดนะ ยาดีที่ผมจ่ายให้คุณเปลี่ยนเป็นตัวอื่นที่ราคาถูกลงว่า ซึ่งแพงก่อนราคาประมาณ 60-70 บาทถ้าซื้อเอง ซึ่งมีราคาแพงกว่าตัวที่ได้แสดงว่ายาก่าเป็นยาดี ดีไม่ดีไม่รู้แต่หมอบอกว่ายามันดียาแพง แต่โอเคคุณภาพก็รับได้ ไม่มีปัญหา เกิดผลกระทบแทนที่จะได้ยาดีมีคุณภาพ ก่อนข้างแพงสักนิดก็โอเคคือมันมีผลต่อสุขภาพ แล้วหมอบอกว่ามาลด แสดงว่านี่คือผลกระทบแน่นอน

- ส่วนมากเราคิดว่ายาถูกคือยาไม่ค่อยมีคุณภาพถ้ากินเข้าไปต้องมีปัญหาที่ร่างกาย เราฟังใจอย่างนั้น ของถูกต้องมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เราเลยยอมจ่ายแพงเพื่อที่จะได้ยาดีเหมือนเดิมดีกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วในประเด็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พี่เข้าใจอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- เป็นบัญชียาที่สามารถเบิกได้ แต่ไม่รู้ว่าจะมีไว้ทำไมเมื่อสั่งใช้แต่ยานอก

บัญชียา

การมีส่วนร่วมจ่าย

- ยานอกอาจเป็นยาที่มีคุณภาพสูงกว่า ราคาแพงกว่า แต่ยาในคือยาที่รัฐควบคุมกำกับราคาในมาตรฐานที่ใช้รักษา ดูแล เข้าใจง่าย ๆ ยาในเบิกได้ ยานอกเบิกไม่ได้

- พอเทียบกับบัตรทองแล้วยาที่ได้โดยการใชสิทธิบัตรทองจะมีคุณภาพต่ำกว่าที่พวกเราได้ แล้วก็พวก

ประกันสังคมเหมือนจะมีเรื่องกำไรขาดทุนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ทำให้ยาที่เขาได้เหมือนกับว่าจะด้อยคุณภาพกว่าเรา

- แต่พี่มองว่ามันแบ่งเป็นเกรดอีก เหมือนเครือญาติหมอนีเยยจะได้ยาดี แต่ข้าราชการทั่วไปเขาไม่มีเส้นสายก็ได้ยาตามปกติ แต่ของเขานี้สั่งยานอกเลยจะมาเหมารวมว่าพวกเราใช้ยาเกินมันก็ไม่ถูกต้อง ทุกคนต้องใช้มาตรฐานเดียวกัน มีความเท่าเทียมกัน

- ยาในบัญชีนะโอเค คุณเบิกได้แต่ถ้ายานอกต้องการใช้ คุณจ่ายตั้ง โอเครับได้เสมอภาคกัน ถ้าความอยากถ้าถามว่าอยากให้ลดใหม่ก็ไม่อยาก อยากให้เหมือนเดิมทุกอย่าง เพราะโดนบังคับยังไงก็ต้องยอมอยู่ดี

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าอยากให้รัฐช่วยแบ่งเบาภาระใหม่ในประเด็นตรงนี้

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- แบ่งเบาอย่างไร

ผู้สัมภาษณ์ : คือรัฐจะช่วยออกให้ส่วนหนึ่งก่อน แต่ถ้าเกินงบตรงนั้นคุณต้องออกเอง เช่น ยานอกเขาจะมึงบตั้งไว้ถ้าพี่ใช้เกินก็ต้องจ่ายเอง รับผิดชอบที่เหลือ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็ได้ถือว่าเป็นประโยชน์ของเรา คือเสียบางส่วนแต่เรา ได้ประโยชน์บางส่วนก็รับได้ไม่มีปัญหา

- คือถ้าหมอให้ความมั่นใจว่าใช้ยานอกตัวนี้แล้วเราจ่ายเอง เราจะหาย โอเค เหมือนไปคลินิกที่เบิกไม่ได้ ยอมจ่ายเพื่อชีวิต

การมีส่วนร่วมจ่าย และบัญชียา

การมีส่วนร่วมจ่าย

ผู้สัมภาษณ์ : ขอถามเรื่องสิทธิ์หน่อยนะคะครับ คือสิทธิ์ของระบบสวัสดิการข้าราชการในการรักษาพยาบาล พี่คิดว่ามีสิทธิ์ในด้านใดบ้าง

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็ทุกเรื่องที่เราไป รพ ค่ารักษาพยาบาล ตรวจสุขภาพประจำปีซึ่งจ่ายก่อนเบิกทีหลัง แล้วก็ในเรื่องการเบิกตรงที่สามารถเบิกได้เฉพาะยาใน ยานอกต้องจ่ายเองไม่ก็ขอใบรับรองจากหมอว่าต้องใช้ ส่วนค่าห้องก็มีเรทกำหนดมาแยกย่อยไป

ผู้สัมภาษณ์ : กลับมาที่ประเด็นเรื่องยา ไม่ว่าจะเป็นประสิทธิภาพจากตนเอง ครอบครัว ได้ยินมาในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ คิดว่ามีตรงไหนที่น่าปรับปรุง เหมือนได้ยินมาว่าราชการก็มีเกรด ตรงไหนที่เราควรมีมุมมองอีกบ้าง ที่น่าจะทำได้

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- คือถ้าดูช่องโหว่ที่พูดกันคือการใช้ดุลยพินิจของแพทย์เป็นช่องโหว่ คือสามารถทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติได้ทำให้เกิดการแบ่งเกรดได้

ผู้สัมภาษณ์ : ผมสมมุติว่าถ้ามียาในกับยานอกหรือการที่พี่บอกว่ายาเดิมมีดีกว่ายาใหม่ที่ถูกกว่าด้วยเหตุผลอะไรก็ตาม สมมุติต่อนะถ้าเขาบอกว่าจะได้ยาเดิมก็ได้แต่ต้องร่วมจ่ายด้วย เหมือนแ่ว ๆ มาว่าพี่ยอมจ่ายหมดเลยหรือว่าจริงๆแล้วขอจ่ายแค่ครึ่งหนึ่ง หรือจ่ายเป็นจำนวนเงินคงที่ เช่นจ่ายไม่เกิน 50 บาท คิดว่าอันไหนจะรู้สึก OK กับเรามากกว่า

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- คือว่าถ้าให้เลือกระหว่างจ่ายเองหมดกับจ่ายครึ่งหนึ่ง เราก็ต้องเลือกอันที่ได้ประโยชน์กับเรา

- แต่ยังไงก็ ขอจ่ายน้อยที่สุด ถ้ารัฐจะช่วยนะพี่คิดว่าสัก 50/50 นี้แฟร์ๆ แต่คุณหมอเองก็ต้องบอกทางเลือกให้เรา

การมีส่วนร่วมจ่าย

ตั้งแต่แรกกว่ายาที่ใช้เป็นยานอก ถ้ายาพอๆกันเราก็ต้องมีสิทธิ์เลือกต้องชี้แจง บางที่เราไม่มีโอกาสได้เลือก

ผู้สัมภาษณ์ : แพงนะ 50/50 เหมือนยาลดไขมันบางตัวเป็นพันเลยไม่ใช่หรอ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- นั่นแหละที่ยังไม่กล้าบอก เพราะว่าพี่คุยตรงๆ ของคุณแม่เป็นเหมือนระบบประสาทตา คือนัดทุก 3 เดือนเปิดขวดที่ 6 คนแม่เบิกได้ 5000 ไม่ต้องจ่าย ถ้าเบิกไม่ได้ก็ต้องจ่ายเต็มๆถ้า 50/50 ก็เป็น 2500 ก็ยังเยอะนะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคิดว่าอยากจ่ายเราเป็น % หรือค่าคงที่ ซึ่งก็มีข้อเสียแตกต่างกัน คือถ้าเป็นค่าคงที่แล้ววงเงินค่ายาที่ได้มันต่ำกว่าที่เราจ่ายก็เหมือนจะขาดทุนจริงไหม ในขณะที่ถ้าจ่ายเป็น%ถ้าค่ายาสูงมากค่าใช้จ่ายก็จะมากขึ้นเป็นเท่าตัวแล้วจะเลือกอันไหน

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ถ้าเลือกได้ผมไม่เอา 50/50 เป็น 10/90 ซึ่งในเรา 50/50 ในกรณีที่รัฐไม่รอดจริงๆแล้ว

- จริงๆน่าจะให้องค์การผลิตยาที่มีคุณภาพน่าจะแก้ปัญหาค่ายาที่สูงได้

- คือยังอยากให้เหมือนเดิมเพราะข้าราชการก็ลดลงเรื่อยๆแต่ยอดมันไปโป่งที่อื่นมากกว่า น่าจะไปแก้ตรงอื่นไม่ใช่ประเด็นเหล่านี้ที่ต้องมาแก้

ผู้สัมภาษณ์ : จำนวนที่ได้รับมีผลใหม่กับความรู้สึก เช่น หมอนัดทุกเดือนแต่บางที่ขอสองเดือนแล้วกันไม่ยอมมา มีใหม่

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- จำนวนพี่จะไม่รู้เรื่องเลย ขึ้นกับหมอแต่ถ้าหมอให้ยาเยอะจะยิ่งกังวลว่าเป็นหนักมาก ถ้าแบ่งเป็น 2 เดือนอาจทำให้เรารู้สึกดีขึ้น

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบร้อยละ
50

ปริมาณยาที่ได้รับ 1/2/3 เดือน
ต่อครั้ง

- คนในจังหวัดมักไม่มีปัญหามาเดือนละครั้งได้ แต่คนนอกพื้นที่นี้จะมีปัญหา สัก 2-3 เดือนจะมาสักครั้งถ้ามาถี่ๆ คงไม่ไหว

- ก็มียาเลื่อนะพวกยาแก้ปวด เหลือเป็นกองเอาไปแจกเพื่อนบ้าน นี่คือความสูญเสียของรัฐเหมือนกัน

- คือนอกจากประเด็นนั้นอยากให้คุณหมอกับเภสัชมีเวลาอธิบายเรื่องยากกับผู้ป่วยหน่อย รวมถึงป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดโรคตั้งแต่เด็กจะได้ไม่ต้องมาป่วยกันอยู่

ผู้สัมภาษณ์ : ในประเด็นที่อยากให้มีเวลา แต่ที่ รพ คนเป็นพื้นเลยนะ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- แต่ก็อยากให้มีช่องทางที่ช่วยตรงนี้ เหมือนมีคอมพิวเตอร์เครื่องหนึ่งไว้สำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าเราเปิดทางเลือกให้ไปได้สถานีนอนมาลัยใกล้บ้านหรือร้านยาใกล้บ้านเพื่อจะได้มีเวลาคุยมากขึ้น

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- จะดีมากเหมือนว่าถ้าใครว่างจะไป รพ ก็ได้จะได้มีเวลาในการคุยกับ จนท หรือคนอธิบาย

- ใกล้บ้านใครก็อยากไป ถ้ามีการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับสถานที่เหล่านั้น

- ดีมากเลยเปิดให้ไปร้านยาได้ ซึ่งต้องทำให้สามารถเบิกได้ด้วยนะ

ผู้สัมภาษณ์ : แต่ถ้ามีค่าใช้จ่ายเล็กน้อยเพื่อให้สามารถใช้บริการตรงนั้นได้ละ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ยอม จะได้ไม่เสียเวลา คือบางครั้งถ้า มอ เรามาหลัง 7 โมงเช้าคิวก็เต็มต้องไปตอนเย็นซึ่งเสียค่าหมอ 150-200 เอาเงินตรงนี้ไปใช้กับร้านยากกลางวันดีกว่า

ช่องทางการรับยา เช่น ร้านยา

การมีส่วนร่วมจ่าย 150 – 200

บาท

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้ายอมเรื่องนั้นได้ลักษณะการจ่ายจะเหมือนเดิมไหม

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- อยากให้เหมือนเดิมตามที่คุยไว้คือวิกฤตก็ 50/50 ถ้ายังไม่ไหวก็ช่วยมากหน่อย

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าเกิดว่าเพื่อเป็นการประกันที่เราได้รับยาที่ดีมีคุณภาพ แต่ต้องมีการเก็บเป็นรายเดือนขอเก็บไว้ก่อน แต่พอป่วยแล้วจะได้ยาที่ต้องการแน่นอน

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ถ้าครอบครัวไปถึงพ่อแม่ด้วยนี่เยี่ยมไปเลย ถ้าไม่ต้องจ่ายเหมือนเมื่อก่อน แต่ถ้าจ่ายแล้วต้องได้รับบริการที่ดีด้วยเหมือนที่ทำประกันแล้วเราไป รพ เอกชน ก็จะมีบริการที่ดี แต่ของรัฐไม่รู้จะดีหรือเปล่า ซึ่งถ้าได้ยาดีเหมือนเดิมก็ยอม เพราะมองไปข้างหน้าคิดว่าถ้าตนเองเจ็บป่วยจะได้มียาดี ๆ รักษา

- น่าจะคิดตามเรทเงินเดือนเพราะยุติธรรมดี คนทำงานเริ่มแรกเงินน้อยก็เก็บน้อย คล้ายๆ กปข

-แต่ผมคิดต่างนะถ้าผมเงินเดือนมากจ่ายมาก แต่ได้ยาที่ดีมีคุณภาพเท่ากับคนที่จ่ายน้อยก็ไม่ใช่ธรรมสิ เอาเป็นจ่ายสัก 100 ต่อเดือน มาแชร์เฉลี่ยด้วยกันถึงยอม

ผู้สัมภาษณ์ : มีอะไรเพิ่มเติมไหม เหมือนอย่างเช่นการมีบริการส่งยาจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมา โรงพยาบาลโดยที่ต้องสามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังได้แล้ว

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

ก็ดิฉัน**บริการส่งยาทางไปรษณีย์** คือที่มาเจอหมอแค่ต้องการตรวจเลือด ตรวจร่างกาย แต่ถ้าอาการเหมือนเดิมอาการเดิมๆ ติดต่อกันโทรศัพท์แล้วสั่งยาเลยน่าจะพอแล้ว

เบี้ยประกัน คิดตามเงินเดือน คิดตามค่าคงที่ 100 บาท

บริการส่งยาทางไปรษณีย์

เหมือนมีบริการรถเคลื่อนที่ ที่มีคนไปตรวจวัดความดัน
เอาเลือดไปวิเคราะห์ถึงบ้าน จ่ายค่ารถแค่ 150 ถือว่าถูกมาก
เป็นบริการที่ดี สะดวกไม่ต้องยกผู้ป่วยไป ๆ มา ๆ เอง

กลุ่มที่ 2 ในกลุ่มนี้จะประกอบด้วยข้าราชการเพศชายจำนวน 2 คนและหญิง
จำนวน 2 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 36 – 54 ปี และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ
84 นาที

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีพี่ๆทุกคนนะครับ วันนี้ผมจะมาขอ
สัมภาษณ์เชิงกลุ่มหรือ focus group เพื่อแลกเปลี่ยนความ
คิดเห็นเรื่องสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการ อย่างที่ได้
กล่าวไปว่าเนื่องจากในอนาคตอันใกล้ สิทธิของข้าราชการจะ
ถูกปรับให้ลดเหลือเท่ากับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ซึ่งแน่นอนว่าคนที่เบิกได้ก็จะเสียสิทธิไป ตอนนี่ที่ผมจะทำก็
คือขอความคิดเห็นจากพี่ๆในด้านสิทธิประโยชน์ด้านยาที่
ควรจะเป็น ว่าเป็นอย่างไร โดยขณะทำการสัมภาษณ์จะขอ
อนุญาตบันทึกข้อมูล โดยการจดและบันทึกเสียง แต่ข้อมูลที่
ได้จะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น มีการปกปิดตัวตนของผู้ให้
ข้อมูลและไม่มีผลต่อหน้าที่การงานหรือเงินเดือน ข้อมูล
ทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการขอให้สบาย
ใจได้ครับ

ผู้สัมภาษณ์ : ปกติเวลาพี่ๆไม่สบาย ต้องการพบหมอจะไป
ใช้บริการที่ไหนครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- เบื้องต้นซื้อยาทานเองถ้าไม่สบายมากก็มา มอ
- ถ้าไม่รุนแรงก็คลินิกแต่ถ้ามีโอกาสมาที่ รพ ก็จะมาให้

หมอตรวจ

- ประเมินว่าโรคที่เป็นไม่สิ้นเปลืองเงินมากก็จะเข้าคลินิก
เพราะสะดวกกว่า รวดเร็ว สถานพยาบาลเสียเวลา จอดรถก็
ลำบาก

ผู้สัมภาษณ์ : นั่นก็คือถ้าเป็นหนักก็จะมาที่โรงพยาบาลของรัฐใช่ไหม พอจะบอกสาเหตุที่ต้องมาใช้บริการของรัฐหน่อยได้ไหม

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- เพราะเรามีสิทธิ์เบิกได้และเชื่อถือ มอ ที่มีคุณภาพ ประเมินตามความรู้สึกแล้ว มอ น่าเชื่อถือรวมทั้งประเด็นที่สามารถเบิกยานอกได้

- ขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายเพราะข้าราชการเงินเดือนน้อย หากมีสิทธิ์เบิกได้ก่อนถ้ามีค่าใช้จ่ายสูง แต่ถ้าประเมินค่าใช้จ่ายไม่สูงมากก็จะไปเอกชน

- เพิ่มเติมหนึ่งตรงที่จ่ายตรงนี้โอเค ทำให้สะดวก ป้องกันอะไรได้หลายเรื่อง แต่สวัสดิการอื่นๆอยากได้เพิ่มเติมโดยเฉพาะเราเป็นพนักงานของรัฐ รัฐต้องดูแลในทุกเรื่อง ห้องพักห้องพิเศษ โดยเฉพาะเรื่องยาปรารถนามากว่าต้องเป็นยานอกที่จะมาบริการผู้ป่วย รัฐจะอยู่ได้พนักงานต้องเข้มแข็งปราศจาโรคภัยไข้เจ็บ อยากได้ยาที่ดีมีคุณภาพ

ผู้สัมภาษณ์ : ในประเด็นด้านยานอกจากยาที่ดีแล้วมีอะไรอีกบ้าง

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- คือจะมองประเด็นที่บัญชียาหลัก คืออยากให้นำยาเข้ามาในบัญชีให้มากขึ้นให้ครอบคลุมกับโรค ไม่ใช่ยาซ้ำซ้อนกัน ลดการใช้ยาที่ฟุ่มเฟือย

- เห็นด้วยคืออยากให้ใช้ยาที่มีความจำเป็น ไม่ใช่จ่ายยามาชะเยอะเหมือนแม่พี่เป็นโรคเบาหวาน ความดัน ได้ยามาตั้ง 11 ตัวคนแก่ไม่อยากจะกินยามากๆหรอกจำไม่ได้

- สิ่งที่ยากได้ซึ่งรัฐทำอยู่แล้วคือ การเบิกจ่ายตรงหมวดแผนไทยที่ รพ คืออันนี้ผมมองในภาพรวมซึ่งเป็นผลดีแก่ข้าราชการครู คือสอนเด็กเครียดได้มาผ่อนคลาย ไม่ใช่ปล่อยให้มาเป็นโรคเหน็บชาก่อนแล้วจึงมารักษา ซึ่งตอนนี้เนื่องจากการเบิกจ่ายผิดประเภทเกินความจำเป็น ซึ่งอาจถูกยกเลิกไป ไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น

บัญชียา

บัญชียา

บัญชียา

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วในมุมมองของพี่ๆ พี่มองว่ายาในบัญชียา
และยานอกบัญชียา แตกต่างกันอย่างไรบ้าง

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ถ้ามองปัจจุบันระหว่างประชาชน 30 บาทกับ
ข้าราชการ ผสมผสาน 30 บาทเพราะเขาบอกว่ายาที่ได้คือยา
เกรดต่ำ ขาดความศรัทธา รพ. แต่ถ้าเป็นข้าราชการสามารถ
เบิกได้ก็ได้ยานอกมาใช้ ซึ่งมันไม่ยุติธรรมแก่ประชาชน

- ก็คิดว่ายาในบัญชียาคือยาที่จำเป็นต้องใช้โดยทั่วไป ส่วน
ยานอกก็จำเพาะกับโรคหรือคนเพียงบางกลุ่ม

- คืออย่าไปลือว่าไม่ให้ใช้ยานอก คือเราไปทุกครั้ง
ไม่ได้หมายความว่าต้องการยานอกตลอด แต่ขอให้ขึ้นกับ
ดุลยพินิจของแพทย์ อย่าไปปิดกั้นว่าไม่ให้ใช้

- ชาวบ้านไม่ค่อยเข้าใจหรือกว่ายาในยานอกมี
รายละเอียดอย่างไร แต่รู้ว่ายานอกคือยามีเกรด เพราะเป็น
ยาที่ไม่สามารถเบิกได้ การที่เขาได้ยาที่สามารถเบิกได้ซึ่ง
เป็นยาฟรีแสดงว่าเป็นยาแล้ว ยาไม่มีคุณภาพ

ผู้สัมภาษณ์ : สมมุติว่าถ้าอยู่ๆวันหนึ่งรัฐออกมาบอกว่าสิทธิ์
ในการเบิกใช้ยานอกไม่มีอีกต่อไป พี่มีความเห็นอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็ไม่อยากให้เป็นแบบนี้คืออยากให้การใช้จ่าย NED
ต้องเข้มข้นนิดนึงจำเป็นต้องใช้ยานั้นจริงๆ

- พียอมรับได้ถ้าหากมีการอัปเดตบัญชียาอยู่ตลอดเวลา
ไม่ใช่ทุก 5 ปีค่อยอัปเดต

- ไม่ควรจะไปตัดสิทธิ์แต่ควรจะให้อยู่ในดุลยพินิจของ
แพทย์ ชาวบ้านทั่วไปเขาไม่เข้าใจหรือกว่ายาในกับยานอก
ต่างกันยังไง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วถ้ารัฐออกมาบอกว่ายาในเบิกได้
เหมือนเดิมแต่ยานอกจำเป็นต้องมีส่วนร่วมจ่ายจำนวนหนึ่ง
พี่คิดว่าเป็นอย่างไร

บัญชียา

บัญชียา

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็เท่ากับว่าไม่รับผิดชอบชีวิตคน คือเราเป็นพนักงานของรัฐ รัฐต้องดูแลเราแสดงว่ารัฐเอายาที่ไม่มีคุณภาพมาให้เรา เพราะให้ใช้ได้แต่ยาในที่เบิกได้ แสดงว่าเราไม่ได้อยากได้ยามีคุณภาพหรอก

- กระบวนการเหล่านั้นผมในฐานะประชาชนไม่สนใจ ผมไม่รู้เพราะไม่มีความรู้เรื่องนั้น แต่การที่จะนำอะไรออกมาใช้ต้องผ่านการวินิจฉัยอย่างดี ประชาชนต้องเชื่อมั่น แต่ให้ผมไปรับรู้ผมไม่รับรู้อะไรทั้งสิ้น เพราะไปกีดกันผมเพราะว่ายานั้นแพงผมถือว่ายานั้นมีคุณภาพ จึงไม่เห็นด้วยที่จะต้องมีส่วนร่วมจ่ายเพราะผมเป็นพนักงานของรัฐ

- เรามีค่าใช้จ่ายอื่นอยู่เสมอแล้วเงินเดือนรับเท่าเดิม พอถึงจุดหนึ่งรัฐไม่ยอมจ่ายให้เราก็ก็นอยากปรับใช้ทำงานให้

ผู้สัมภาษณ์ : คือถ้ารัฐสามารถช่วยได้ส่วนหนึ่งก็คิดว่าส่วนที่เหมาะสมนั้นควรเป็นเท่าไรดี ถึงจะเหมาะสม

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- เป็นร้อยละได้ไหมสัก 20/80

- ถ้าเฉพาะในกรณีที่รัฐจะล่มจมแล้วเก็บสัก 50 ก็ยังได้เลยเพื่อให้เราได้ใช้ยานอก

- แต่ยาในบัญชีต้องดีมีคุณภาพนะเพื่อให้มีโอกาสไปใช้ยานอกบัญชีน้อย

- รู้สึกว่าร่วร่วมจ่ายก็คือครึ่งครึ่งไปเลยน่าจะสัก 50/50

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าหากไม่จำเป็นต้องจ่ายเป็น%ละ มีแบบอื่นที่อยากแนะนำไหม เหมือนร่วมจ่ายแบบ 30 บาท

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- พื้มองว่าเป็นร้อยละดีกว่า เพราะบางครั้งเราไม่จำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีทุกครั้ง

- แต่ที่คิดว่า fix cost มีราคาถูกกว่าแบบร้อยละนะ สัก 100 -200 บาทน่าจะเหมาะสม

การมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20
และ 50

การมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ
การมีส่วนร่วมจ่ายแบบค่าคงที่
100 – 200, 50 – 100 บาท

- 50 ถึง 100 บาทต่อครั้ง พี่คิดว่าค่าคงที่เหมาะสมกว่า
จริง ๆ

- จริงๆน่าจะมีการตั้งเพดานราคาไว้ณะเหมือนเดือนหนึ่ง
ตั้งไว้ไม่เกิน 5000 บาทถ้าเกินต้องจ่ายเอง เพราะแม่พี่เป็น
โรคเรื้อรังมาหาหมอบ่อยๆ ซึ่งถ้ามีมากกว่านี้ก็ยอมจ่ายเอง
เพราะ 5000 นี้ถือว่าเหมาะสมแล้วไม่ควรให้น้อยกว่านี้

- ตอนนี้ไม่เป็นโรคถ้าเป็นโรคที่จำเป็นต้องไป รพ บ่อยๆ
มันอาจไม่เหมาะนะ อาจสูงกว่า 5000 ทุกเดือนก็ได้

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วการเก็บทุก ๆ เดือนเป็นกองทุนเพื่อเป็น
ค่าใช้จ่ายสำหรับยานอกบัญชีล่ะ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็ต้องดูด้วยว่าจำนวนเท่าใด ถ้าไม่มากก็โอเค ถือว่า
ช่วย

- 100 – 200 ต่อเดือนไม่เกินนี้

- ถ้าทำเป็นร้อยละของเงินเดือนเหมือนประกันสังคม
น่าจะเหมาะสมกว่า ถ้าเท่ากันผมถือว่ามันไม่เป็นธรรม

ผู้สัมภาษณ์ : มีประเด็นอื่นๆที่อยากเสริมอีกไหมครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- อยากให้มีการเอาอาสาสมัครเข้ามาร่วมในการจ่ายยา

- จริงๆมันก็แล้วแต่คุณหมอซึ่งบางที่มันเป็นยาในบัญชีก็
เบิกได้ ขึ้นกับแต่ละที่นะพี่ว่า

- เราควรจะเน้นคุณภาพยาในนะ ให้มีคุณภาพสูงกว่านี้
เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

ผู้สัมภาษณ์ : เหมือนตอนที่บอกว่าโรงพยาบาล มอ
แทบไม่มีที่จอด คนก็เยอะ รอนานใช่ไหมครับ ถ้ารัฐเปิด
โอกาสให้ไปใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนล่ะ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบ
deductible 5000 หรือ
มากกว่า

การมีเบี้ยประกัน แบบร้อยละ
ของเงินเดือน และแบบค่าคงที่
100 – 200 ต่อเดือน

คุณภาพ/บัญชียา

ช่องทางการรับยา
(โรงพยาบาลเอกชน)

- ยินดี เต็มใจ แต่มีข้อแม้ว่าคุณภาพของหมอต้มใจ
เท่าของรัฐนะ

- แต่กังวลเรื่องผลประโยชน์มากกว่าคุณภาพในการรักษา บริการดีแต่ไม่รู้ว่ายายไหม
- แต่เราที่ไปเอกชนก็ต้องมีระดับหนึ่งเช่นกัน เราเป็นข้าราชการไปซึ่งเบิกได้เหมือนไม่ต้องจ่าย เขาจะบริการดีเท่าจ่ายเองไหม
- ต้องดูระยะทางด้วยว่ามันคุ้มไหม เหมือนไปคลินิกเสียค่าเดินทาง 20 แต่ไป รพ เสีย 200 ก็ไม่น่าสนใจเท่าไร
- ปัจจุบันพี่ยังใช้นอกเวลาของ มอ มากกว่าไปเอกชนนะ เพราะมันใจมากกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้ามาโรงพยาบาลเพื่อรับใบสั่งยาแล้วไปรับยาที่อื่นแทน เหมือนต้องรอคิวนานขอใบสั่งยา แล้วไปรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน โดยมียาตัวเดียวกัน คุณภาพเหมือนกัน

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ความคิดดีประหยัดไม่ต้องเสียเวลา พอหมอตตรวจเสร็จก็กลับไปได้เลย แต่ต้องให้ได้ยาที่เหมือนกันนะกับที่เคยได้จาก รพ ไม่มีการแอบเปลี่ยนถ้าไม่มียา
- ใต้ใกล้ชิดเภสัชมีเวลาพูดคุยเรื่องยาได้มากกว่า รพ แต่ต้องมีจุดบริการดูแลทั่วถึงนะ

ผู้สัมภาษณ์ : ขอโทษนะครับในที่นี่มีใครหรือคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังบ้างไหมครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- แม่พี่เป็นโรคเรื้อรังต้องมาพบหมอประมาณ 3 เดือนครั้ง คือเป็นเบาหวานกับไขมัน

ผู้สัมภาษณ์ : พี่คิดว่าปริมาณยาที่ได้รับต่อการมาพบหมอแต่ละครั้ง เป็นประเด็นที่สำคัญไหม แล้วพี่คิดว่าปริมาณยาที่ได้ไปนี้ ก็เดือนถึงจะเหมาะสมต่อการพบหมอแต่ละครั้ง

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

ช่องทางการรับยา

- มีความสำคัญเพราะขึ้นอยู่กับ การดูแลด้วย ยาบางตัว เสื่อมเร็วก็ไม่ น่าจะนัดให้มีระยะห่างหมอมที่นานจนเกินไป
- พี่ชอบ 1 เดือนนะเพราะบางที่เหมือนต้องตรวจดูแลอยู่ตลอด 3 เดือนอาจนานไป
- 2 เดือนนะเพราะพี่มีภาระงานทำให้ไม่สะดวกไปทุกๆเดือน เหมือนไปครั้งนึงก็ต้องกลางานไปทั้งวัน

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าหากรัฐมีบริการส่งยาทางไปรษณีย์ คิดว่าเป็นอย่างไรบ้าง เหมือนคนที่อยู่ไกลเป็นโรคเรื้อรังแต่ต้องควบคุมอาการได้นะ คำไม่จำเป็นต้องมาหาหมอเมื่อยาใกล้หมดแค่ติดต่อไปยังแพทย์พูดคุยซักถามอาการแล้วก็รอรับยาที่บ้านเมื่อแพทย์เห็นว่าเหมาะสม

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- พี่ไม่มั่นใจในระบบการขนส่งว่าจะเก็บรักษาสภาพยาได้ไหม
- พบหมอน่าจะดีกว่านะ
- เป็นการช่วยเหลือคนบ้านไกล เพราะปัจจุบันน้ำมันแพง ก็น่าจะมาช่วยตรงนี้ แต่ต้องมีระบบติดตามผู้ป่วยที่ดีด้วย มีการประกันคุณภาพว่ายาส่งถึงมือผู้ป่วยจริงๆ

ผู้สัมภาษณ์ : มีสิ่งที่ยากเสริม หรือเพิ่มเติมอีกไหมครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- รัฐน่าจะมีบริการเสริมเหมือน รพ หตใหญ่ ที่เข้ามาสำรวจส่งหมอมมาตรวจเลยว่าคนในหน่วยงานมีโรคอะไรบ้าง แล้วนัดตรวจไว้เป็นกลุ่ม พอถึงวันนัดก็ไปพร้อมกันกลับพร้อมกันไม่ต้องไปรอคิว ก็เป็นการอำนวยความสะดวกให้ข้าราชการไม่ต้องต่างคนต่างไป ทำเสร็จในวันเดียวให้หมดพร้อมๆกัน ไม่ต้องเสียเวลางาน
- คือที่เข้ามาทำงานราชการเพราะมันมีสิทธิ์ที่ครอบคลุมไปถึงคนในครอบครัว ซึ่งสำคัญนะควรเป็นสิ่งที่คงไว้ไม่อยากให้ลดสิทธิ์ในส่วนนี้ลง ไม่งั้นก็ไม่เป็นสิ่งที่น่าสนใจจะเข้ามาทำงานของราชการ

ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง 1 / 2
เดือน

บริการส่งยาทางไปรษณีย์

- เป็นไปได้ไหมที่รัฐจะทำประกันชีวิตให้กับเรา ให้แก่ข้าราชการ โอเครัฐช่วยด้วย เราช่วยด้วย แต่ต้องครอบคลุมทั้งครอบครัว ซึ่งอาจหัก % ออกจากเงินเดือนก็ได้เพื่อให้ได้ประกันสุขภาพที่สามารถไปใช้บริการที่ไหนก็ได้

- พี่คิดว่า การเปลี่ยนมาเป็นการจ่ายตรง เนี่ยเป็นความสะดวกให้แก่ราชการ มีความสำคัญมากนะ บางคนมีภาระต้องมาสำรองจ่ายก่อนก็ไม่ไหว ควรเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่รัฐควรคงไว้ แม้ว่าการเปลี่ยนจากสำรองจ่ายเป็นจ่ายตรงจะทำให้เกิดการใช้ที่ผิด ๆ มากขึ้นส่งผลให้งบบานปลาย

เบี้ยประกัน และช่องทางการเข้าถึง

กลุ่มที่ 3 ในกลุ่มนี้จะประกอบด้วยข้าราชการเพศชายจำนวน 4 คนและหญิงจำนวน 1 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 33 – 48 ปี และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 75 นาที

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีพี่ ๆ ทุกคนนะครับ ผมเป็นนักศึกษา ปโท ของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาณินทร์ที่ผมกำลังทำอยู่คือการศึกษาถึงรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ โดยขั้นตอนของงานวิจัยจะแบ่งออกเป็นสองขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ ขั้นตอนแรกจะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากที่พี่ ๆ ที่เป็นข้าราชการ เพื่อฟังความคิดเห็นว่ารูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการนั้นควรมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดหรือมีการเพิ่มหรือตัดสิ่งใดออกไป จากนั้นผมจะนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่งานวิจัยในขั้นต่อไป พี่ ๆ บางคนเคยได้ยืมหรืออ่านข่าวผ่านตามากันบ้างแล้วว่าในอนาคตอันใกล้ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการจำเป็นต้องถูกปรับแก้อย่างแน่นอน ซึ่งทางกรมบัญชีกลางก็ได้เล็งเห็นแล้วว่าประเด็นด้านยาก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งในสิทธิประโยชน์ที่ต้องมีการปรับแก้ ดังนั้นสิ่งที่ผมเก็บไปในวันนี้ก็สามารถนำไปอ้างอิงกับกรมบัญชีกลางได้ว่าถ้าหากวันที่ต้องมีการปรับได้เข้ามาถึง สิ่งที่เหมาะสมแก้ไขไม่สมควรแก้ไข มี

อะไรบ้าง ซึ่งความคิดเห็นสิ่งที่พูดคุยในวันนี้ไม่มีผิดหรือถูก
อยากใหช่วยแสดงความคิดเห็นกันให้เต็มที่นะคะ

การพูดคุยกันในวันนี้ผมจะขออนุญาตบันทึกข้อมูลสอง
วิธีนะคะ คือการจดบันทึก และการอัดเสียงเพราะอาจมีบาง
ประเด็นที่ผมหลุดไปหรือฟังไม่ทัน แต่ขอรับรองว่าข้อมูล
ทั้งหมดนี้จะมีการปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ ไม่มี
ผลต่อหน้าที่การงานหรือเงินเดือน พอเสร็จสิ้นกระบวนการก็
จะทำลายข้อมูลทิ้ง ขอให้สบายใจได้นะคะ จันทมาเริ่มกันเลย
นะคะ

ผู้สัมภาษณ์ : ปกติเวลาพี่ๆไม่สบาย ต้องการพบหมอจะไป
ใช้บริการที่ไหนครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- รพ รัฐ แล้วแต่ความรุนแรงถ้าหนัก ทันช่วงไหนก็ไป
คือถ้าไป รพ ทันก็ไป ถ้าไปคลินิกทันก็ไปคลินิก เอา
ระยะเวลาตามสะดวกเป็นหลัก

- อยากไปเอกชนแต่ค่าใช้จ่ายสูง อยากให้รัฐช่วย
ข้าราชการในการเบิกตรงนี้ได้เพราะเมื่อก่อนเหมือนจะได้
แต่ตอนนี้ไม่ได้แล้ว เลยต้องไปใช้ รพ ของรัฐเพราะสามารถ
เบิกได้

- ของพี่หรือลูกจะไปคลินิกก่อนถ้าอาการไม่รุนแรงมาก
เพราะมันสะดวก แต่ถ้าอาการหนักจริงๆถึงพาไป รพ จะได้
ไม่ต้องเสียเวลาในการทำงาน ไปคลินิกแปบเดียวก็เสร็จ

ผู้สัมภาษณ์ : ครบทั้งนี้ผมขอถามต่อนะคะ คำว่ามีสิทธิ์ใน
สวัสดิการรักษายาบาล พี่เข้าใจว่าสิทธิ์เหล่านั้นเป็นอย่างไร
ช่วยอธิบายให้ฟังหน่อยครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ได้สิทธิ์ตนเอง ภรรยา ลูกๆ พ่อแม่ ที่สามารถเบิกได้
ในค่ารักษายาบาลต่างๆ ไม่ว่าจะค่าหมอ ค่าห้อง ค่ายา ซึ่งจะ
รู้แค่ผิวเผินเท่านั้น ไม่ได้รู้ในรายละเอียดปลีกย่อย

ช่องทางการรับยา รพ เอกชน

- คือเป็นสิทธิ์ที่เราและคนที่กำหนดไว้จะสามารถไปใช้
บริการสถานพยาบาลที่รัฐกำหนดไว้ให้ โดยสามารถเบิกได้
ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

- สามารถเบิกค่าห้อง ค่ายา หรืออย่างอื่นตามที่เขา
กำหนดไว้ ก็ไม่ได้รู้อะไรมากนัก

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วถ้าในประเด็นเรื่องการเบิกส่วนใหญ่จะ
เบิกอะไรได้บ้าง ช่วยขยายความหน่อย

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ส่วนใหญ่ที่คิดว่าเขาไม่ได้ศึกษาเรื่องนี้ว่า เราเบิกได้ถึง
ระดับไหน เพราะมีเท่าที่ไปใช้สิทธิ์ทางยา ดูเหมือนจะเป็นยา
พื้นฐานแต่เราไม่สามารถเบิกได้ เช่น น้ำมันนวด เราไม่
ทราบเลยว่าตัวยาชนิดใดเบิกได้หรือเบิกไม่ได้

- ข้อมูลตรงนี้เขาไม่ค่อยกระจายให้กลุ่มข้าราชการทราบ
ส่วนใหญ่ต้องไปถามเอาเอง เป็นอะไรที่เราเลือกไม่ได้ต้องทำ
ตามสภาพที่เขาสั่งมาให้เรา เราก็ต้องเบิกตามนั้น

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าอย่างนั้นผมอยากให้ทุกคนช่วยกันแสดง
ความคิดเห็นนะครับว่าสิทธิ์ประโยชน์ด้านยาที่เหมาะสมนั้น
ควรจะเป็นอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- อย่างแรกน่าจะมีการจัดระเบียบของยามา ให้ชัดเจนไป
เลยว่ายาตัวนี้เหมาะสมต่อโรคนี้ มีผลข้างเคียงอย่างไร เบิก
ได้หรือไม่ ถ้าเบิกไม่ได้ เราจะได้ตัดสินใจว่า เออเราต้องเสีย
เงินนะ เพื่อจะไปเอากลุ่มยาที่ดี

- ความเสมอภาคในการได้รับยา แต่ในกรณีที่รัฐช่วย
ไม่ได้ตรงนั้น กลุ่มคนบางคนก็จะมีกำลังที่จะจ่ายก็จะช่วยรัฐ
ตอบ สมมุติรัฐให้เรายามาประมาณ 10 บาทแต่โดนสั่งให้
จ่ายในตัวที่มีราคา 1 บาท ถึงแม้เป็นคนของรัฐก็จริงแต่ก็มี
กำลังที่จะจ่ายตรงนั้น ต้องการคุณภาพของยาที่ดี บางคนมี
สิทธิ์เลือกได้ก็น่าจะเปิดโอกาสให้เขาไม่ใช่ปรับให้ใช้ยาเกรด
ต่ำๆโดยที่เขาไม่มีสิทธิ์เลือก

ประเด็นยาในบัญชี/ยานอกบัญชี

การขอมมีส่วนร่วมจ่าย

- พอเทียบเรากับรัฐวิสาหกิจ ที่เป็นคนของรัฐเหมือนกัน รัฐวิสาหกิจจะได้สวัสดิการค่อนข้างสูงกว่า เขาจะเบิกเอกชนได้ถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด นี่คือความเหลื่อมล้ำขาดความเสมอภาค รัฐดูแลไม่ทั่วถึง

- ควรให้มีบัญชียาเหมือนกันทั่วประเทศ เลยนะ ยาที่เบิกได้ เบิกไม่ได้ เพราะว่า รพ ใครจริง ๆ การรักษาก็น่าจะเหมือนกัน

ผู้สัมภาษณ์ : สมมุติ นะครับ ถ้าให้ลองคิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อเดือนโดยค่าใช้จ่ายตรงนั้นเราต้องจ่ายเอง คิดว่าจะมีผลกระทบมากน้อยแค่ไหน

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- กระทบมากแต่ยังงี้ได้ เราจำเป็นต้องใช้ ต้องจ่ายถึงจะแพง

- ไม่ต้องการที่จะแบกรับภาระตรงนั้นถึงได้มาเป็นข้าราชการเพื่อให้รัฐได้ดูแล

ผู้สัมภาษณ์ : ฉะนั้น พี่ ๆ คิดว่ารัฐควรจะเข้ามาแก้ไขอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- รัฐควรจะให้สิทธิ์เบิกจ่ายได้เลย ไม่ต้องมาจ่ายเองอยู่ในบางส่วน

- ควรกำหนดเป็นวงเงินครั้งหนึ่งต่อการรักษาโรค ครั้งหนึ่ง เขาได้รับการรักษาต้องอยู่ในวงเงินเท่าไร เป็นการกำหนดเพดานค่าใช้จ่าย คุณจะทำอะไรก็ได้ตามวงเงินเท่านั้น

- รัฐควรจะกำหนดให้ได้ เพราะรู้อยู่แล้ว เหมือนยามะเร็งไข้วัด วงเงินก็กำหนดในแต่ละโรคแตกต่างกันไป แต่เห็นว่าตอนนี้จะจัดการให้อยู่ในรูปคล้ายประกันแล้วนี่ จะเริ่มใช้เร็ว ๆ นี้เพราะเหมือนงบตรงนี้จะบานปลาย

- สำหรับพี่นะ ถ้าหากต้องจ่ายจริงๆจ่ายสักครั้งก็ยังมีไม่ใช้จ่ายในราคาเต็ม คือให้รัฐมาช่วยเรา โอเคเข้าใจว่าค่าใช้จ่ายมันสูง สักครั้งหนึ่งก็ยังมีดี

- แต่ของผมอยากให้ช่วยหมดนะ

บัญชียา

การมีส่วนร่วมจ่าย

การมีส่วนร่วมจ่าย

- อยากให้รัฐพัฒนายาที่ใกล้เคียงกับยานอกบัญชีมาให้
เราใช้ ก็น่าจะเป็นทางหนึ่งที่ช่วยประหยัดงบได้ เพราะยาที่
ผลิตเองน่าจะมีราคาถูกลงกว่ามาก

ผู้สัมภาษณ์ : อ้อเมื่อกี้ที่พูดมาที่พี่บอกว่า จ่ายจริง ๆ จ่ายสัก
ครึ่งก็ยังดี นอกจากให้รัฐเข้ามาช่วยจ่ายครึ่งหนึ่งแล้วยังมี
วิธีการร่วมจ่ายอื่น ๆ อีกไหม

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- จริงๆ ถ้ามองไปร่วมจ่ายครึ่งหนึ่งก็เยอะนะ แต่ว่าถ้าจ่าย
กว่านั้น ได้ก็ยิ่งดี

- ยังไงผมก็ไม่อยากจ่ายนะ เพราะรัฐต้องดูแลสิ แต่ถ้าให้
ร่วมจ่ายก็ขอให้มันน้อยๆ ได้ประโยชน์ทั้งสองฝ่ายแล้วกัน

- จ่ายเป็นค่าคงที่ก็น่าจะดีนะ แต่ก็มีปัญหาตรงที่ว่า
นำมาใช้ได้จริงหรือ แต่น่าจะดีกว่าร้อยละ 50 นะ

- ผมว่าค่าคงที่ก็ดีนะ ใต้นับเงินไปจ่ายดี

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าให้ลองคิดตอนนี้เลยพี่สามารถบอกได้เลย
ไหมว่า ส่วนร่วมจ่ายที่เหมาะสมทั้งในรูปแบบร้อยละหรือ
ค่าคงที่ควรจะเป็นเท่าใด

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- มันบอกยากนะคือบางที่เราไม่ค่อยได้ไปใช้บริการ
บ่อยๆ แล้วไม่เห็นความสำคัญ ถ้าจะให้จ่ายขอเลือกเป็น
ค่าคงที่หลักร้อยละแล้วกันไม่เกิน 1000 พอรับได้ สัก 500 ไม่
เกินนี้

- หลักร้อยละเยอะนะผมว่าไม่น่าจะเกิน 200 ต่อครั้งนะ
สุดๆ แล้ว

- แต่ถ้าให้จ่ายเป็นร้อยละก็น่าจะดีนะเหมือนมันยุติธรรม
ดี เจ็บมากจ่ายมาก เจ็บน้อยจ่ายน้อย

ผู้สัมภาษณ์ : เมื่อกี้มีคนพูดถึงประเด็นประกัน อยากให้ลอง
ขยายความหน่อยได้ไหมครับ ว่ามันสอดคล้องกับสิทธิ
ประโยชน์ด้านยาอย่างไร

การร่วมจ่ายแบบร้อยละ และ
ค่าคงที่

มีส่วนร่วมจ่ายแบบค่าคงที่ไม่
เกิน 200 ไม่เกิน 1000

มีส่วนร่วมจ่ายแบบค่าคงที่ 500

มีส่วนร่วมจ่ายแบบร้อยละ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- เพราะเนื่องจากความสะดวก ในการใช้สิทธิ์ของ
ราชการจะต้องไปเข้าคิวใช้เวลานาน ถ้าไปทำประกันซึ่ง
สามารถไปรักษาที่ รพ ไหนก็ได้รวมถึงประเด็นเรื่องยา
น่าจะได้รับยาที่ดีกว่าสิทธิ์ราชการ หากมีการทำประกัน

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงว่าประเด็นการให้บริการของ
โรงพยาบาลก็มีความสำคัญใช่ไหมครับ นั่นพีคิดว่าควรให้รัฐ
เข้ามาแก้ไขอย่างไร เสนอเลยครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- แก้ไขในเรื่องบริการอย่างเช่นบริการซ้ำ เช่นถ้าไป รพ
ของรัฐ ก็เห็นจะไม่ทันการ

- อย่างเนี่ยถ้าไม่จำเป็นก็จะไม่ไปเลยนะ รพ ของรัฐ เช่น
เป็นไข้หวัด เรายอมเสียเงินไปที่คลินิกดีกว่า นี่คือเราไม่ใช้
สิทธิ์ของเราเลย

- ซึ่งตั้งไว้เลยว่างานเสียไปแล้วครึ่งวัน บางที่ต้องลาไป
วันหนึ่งเต็มๆหากต้องไปใช้บริการของรัฐ เหมือนบางที่ตรวจ
ไม่กี่นาทีแต่เราเสียเวลาไปเกือบครึ่งวัน แคร่รอยากี่นาน 2-3
ชม

- รัฐน่าจะปรับเปลี่ยนตรงนี้ให้เหมือนกับรัฐวิสาหกิจนะ
ที่ได้ไปเอกชน จะได้แก้ปัญหาดตรงนี้

- อยากให้รัฐส่งไปรักษาที่เอกชน กรณีที่มีมัจจุเงิน เช่น
อุบัติเหตุ ซึ่งค่าใช้จ่ายตรงนี้ถ้ารัฐช่วยตรงนี้หรือรัฐให้เราทำ
ประกัน รัฐก็น่าจะออกเงินในส่วนของประกันให้เราบ้างเช่น
สัก 3/5 ของค่าประกัน เหมือนที่ประกันสังคมทำคือเราออก
ส่วนหนึ่ง รัฐออกส่วนหนึ่ง ซึ่งของเราอาจออกตาม % ของ
เงินเดือนก็ได้

- แต่ของเอกชนที่บริการดีนั้น ผมมองว่าเพราะคนไป
น้อย คนที่ไปก็เป็นคนมีเงินเท่านั้น

- กรณีการไปฉุกเฉินอยากให้พิจารณาเป็นเคสๆไป บาง
เคสไม่รุนแรงก็ไม่จำเป็นต้องไปเอกชน บางเคสมันเร่งด่วนก็
น่าจะให้ไป เจ็บน้อยไปคลินิกเองก็ได้

ช่องทางการรับยา รพ เอกชน

การยอมมีส่วนร่วมจ่าย

ช่องทางการรับยา รพ เอกชน

เบี้ยประกันแบบคิดตาม % ของ
เงินเดือน

- ส่วนในประเด็นเรื่องประกันฟือยากให้เป็นแบบ กปข เหมือนเราเสียเงิน 12 บาทรัฐอุ้มเรา 6 เราจ่าย 3 องค์กรช่วย 3 เป็นการส่งเสริมให้ทำประกัน ซึ่งคิดตามร้อยละของฐานเงินเดือน แต่ต้องดูด้วยว่ามันกระทบกับคนล่างๆหรือไม่ 3% ก็ดีนะ ไม่มากเกินไป

ผู้สัมภาษณ์ : ขอโทษนะครับในที่นี้มีใครหรือคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังบ้างไหมครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- มีแม่เป็นโรคเบาหวานซึ่งหมอนัดครั้งละ 15 – 20 วัน
- พี่มีแม่เป็นโรคกระดูก

ผู้สัมภาษณ์ : พี่คิดว่าปริมาณยาที่ได้รับต่อการมาพบหมอแต่ละครั้ง เป็นประเด็นที่สำคัญไหม แล้วพี่คิดว่าปริมาณยาที่ได้ไปนี้ ก็เดือนถึงจะเหมาะสมต่อการพบหมอแต่ละครั้ง

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- พี่คิดว่ายาที่ได้ไปนี้ซึ่งเป็นกิโลขายได้เลยแต่ละครั้ง เหมือนเขาเอาเราเป็นตัวทดลองอะไรสักอย่าง ได้มาเยอะเกินจริงๆ สงสัยว่าต้นทุนต่ำเลยให้เยอะ
- มันบอกยากนะว่าควรจะได้ปริมาณที่เหมาะสมสักเท่าไรขึ้นอยู่กับหมอ แต่หมอควรจ่ายยาให้เหมาะสม เพราะการกินยาไม่ใช่สิ่งที่ดีนัก เพราะเป็นสารเคมี ควรจ่ายยาให้ปลอดภัยที่สุด
- คิดว่ามาบ่อยๆก็ไม่ดีนักเพราะสงสารคนแก่ สัก 2-3 เดือนนี้น่าจะเหมาะสม
- 2 เดือนกำลังดี
- ควรมีมาตรฐานในการสั่งยาไม่ใช่สั่งยาฟุ่มเฟือยเกินไปกับราชการ แล้วไปทำให้คนธรรมดาเสียโอกาสเนื่องจากเบิกไม่ได้

เบี้ยประกัน 3% ของเงินเดือน

ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง 2 – 3 เดือน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วในประเด็นที่ว่ายอมไปคลินิกเอง คิดว่ารัฐควรจะปรับแก้หรือเพิ่มสิทธิตรงนี้อย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- น่าจะเปิดให้ไปคลินิกได้ เมื่อไปถึงคลินิกแล้วมีค่าจัดการ 10% ก็หักเลยไฉนเราเสียเอง ส่วนที่เหลือเป็นเงินประกันหรือสิ่งที่รัฐจะต้องช่วยเหลือเรา

- เช่น 30 บาทแทนที่จะมาที่ มอ ยอมเสีย 100 หนึ่งให้เขาไปหาหมอที่คลินิกดีกว่า ไม่ต้องเดินทางมารอคิว สะดวก บางคนเขาก็ยอมจ่ายนะพวก 30 บาทนะ

ผู้สัมภาษณ์ : สมมุติจะครบถ้าหากรัฐเปิดโอกาสให้เรามีช่องทางในการรับยาที่กว้างมากขึ้น เช่น ไปรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน คิดว่าเป็นอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- หมายความว่ามาตามนัดที่หมอแจ้ง แล้วได้ใบสั่งยาแล้วไปซื้อที่ร้านยา ได้ ก็ดีนะแต่ต้องทำเป็นมาตรฐานเดียวกันด้วยนะ มียาที่ต้องการเหมือนใน รพ สามารถซื้อร้านไหนก็ได้ตามสะดวก

- แต่มันฟังเหมือนดูดีไม่รู้จะทำได้จริงไหม

- จริง ๆ ค่าใช้จ่ายที่รัฐจะมาเปลี่ยนแปลงบอกว่าเราใช้งบเยอะมาก บางทีรัฐน่าจะไปสืบดูว่ารอบรั้วมันอยู่ตรงไหน การเบิกจ่ายไม่รู้มันกระชั้นรี่ปล่าว ซึ่งไม่ควรมาแก้ที่ปลายเหตุแบบนี้ นะผมว่า

- รัฐน่าจะไปแก้ไขให้ยาในบัญชีมีคุณภาพที่ดีมากกว่า ไม่ใช่มาตัดสวัสดิการอะไรของเรา แล้วก็ควรที่จะส่งเสริมการออกกำลังกาย น่าจะเป็นการแก้ไขที่ดีในระยะยาว

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่ารัฐควรมีบริการเสริมอย่างอื่นเพิ่มเติมอีกไหม ในประเด็นสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาให้มากกว่านี้หน่อย

ช่องทางการรับยา คลินิก
การมีส่วนร่วมจ่าย

ช่องทางการรับยา ร้านยา

ประเด็นยาในบัญชี

- มันเป็นเรื่องใกล้ตัวนะ แต่มันดูห่างไกล เรามองเป็นเรื่องยาแล้วรู้สึกว่ามันไม่เกี่ยวกับเรา เราไม่สามารถที่จะรู้ข้อมูลต่างๆได้ จึงอยากให้ รพ ออกมาให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาให้มากขึ้น

- ว่าดูในต่างประเทศซึ่งเขาจะกระจายไปยังครอบครัวเวชศาสตร์ คือ 1 ครอบครัวต่อหนึ่งหมอปประจำ ไม่ต้องไปถึงรพ ที่นี้ประเทศไทยถ้าเราเริ่มจากองค์กรได้ไหม ผมเห็นที่ญว มีคลินิกหมอปประจำอยู่ ถ้าเอามาใช้ในหน่วยงานราชการน่าจะดี คือไม่ต้องมาอยู่ทุกวันเพียงแต่มาช่วงนี้ละ มาสัก 1 - 2 ชม เกิดเราป่วยไม่สบายเราไม่ต้องไปถึง รพ เรามาที่องค์กรของเรา เราจะเกิดความมั่นใจในตัวหมอไม่ต้องไป รพ

- ก็น่าจะมีแพทย์ที่เรียน มีการใส่ในคอร์สฝึกงานว่าเดือนนี้ให้ไปที่ทำงานข้าราชการตรงนี้ ถ้าร้ายแรงก็เขียนใบ refer ถ้าไม่มียากก็เขียนใบสั่งให้ไปซื้อยาเองข้างนอก

- น่าจะมีบริการที่รัฐส่งใบสั่งยามา ไม่ใช่ยานะ เพราะคิดว่ายาควรจะได้รับจากมือของเภสัช เพื่อจะได้ให้ความรู้กับเราด้วย มีอะไรได้ปรึกษา ไม่ใช่เอาแต่ยามาส่งอย่างเดียว เจอบุคลากรทางการแพทย์แล้วอุ่นใจกว่านะ

- น่าจะมีแพทย์กระจายไปยังกลุ่มคนไข้ น่าจะสะดวกดีกว่าให้คนมากระจุกอยู่ที่เดียว

ผู้สัมภาษณ์ : มีอย่างอื่นที่อยากเสริมอีกไหมครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- คือพีคิดว่าปัญหาอย่างเดียวที่ทำให้เราไม่ยอมมาใช้ของรับ คือ ขั้นตอนการมาตรวจนี้แหละ ต้องรอนานมาก ตั้งแต่จองคิว นั่งรอตรวจ ซึ่งในขั้นตอนจ่ายยาไม่ได้ชำระ

- เหมือนมาขึ้นบัตรตอน 8 โมงกว่าจะได้ตรวจก็บ่าย 3 แล้ว

- ถ้าเพิ่มหมอไม่ได้ก็ควรเพิ่มให้เราไปรักษาที่อื่นได้สิ เหมือนอย่างที่ไปเอกชนใจ

- ใช้ถึงจะต้องจ่ายเองบางส่วนแต่เบิกได้สักร้อยละ 50 ก็พอเราก็รู้ว่าของเอกชนมันแพง

ช่องทางการรับยา รพ เอกชน

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบร้อยละ

- รัฐจะช่วยยังไงก็ได้ ให้ทำประกันก็ได้ยังไงก็หะ ช่วย
หน่อย
- ที่สำคัญควรจะมีการแยกหมวดแยกประเภทคนไข้ให้
ชัดเจน ไม่ใช่มานั่งรวมกันทั้งคนไข้หนัก ไช้เบา
- แต่จะแยกกลุ่มข้าราชการกับประชาชนเห็นจะไม่เหมาะ
เพราะสิทธิที่เราได้อยู่ก็ดีแล้ว อยู่ที่การบริหารของ รพ
มากกว่าทั้งที่เป็นของเอกชนหรือรัฐ
- น่าจะเปิดช่องทางในการรับบริการให้มากขึ้น คือ
อาจมีกลุ่มข้าราชการบางกลุ่มที่พอจะมีช่องทาง ถึงเราจะ
สูญเสียไปบ้างก็เป็นเหมือนความสบายใจเหมือนซื้อประกัน
รถ
- อยากให้หมอดูแลให้เต็มที่ เต็มความสามารถ แต่ต้อง
ประหยัดให้รัฐ เพราะรู้สึกว่ามันนี่ รพ เอากำไรจากรัฐ
- ที่สำคัญต้องมีการแจ้งรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้ชัดเจน
ด้วย ไม่ใช่รวบยอดค่าใช้จ่ายทั้งหมด

กลุ่มที่ 4 ในกลุ่มนี้จะประกอบด้วยข้าราชการเพศชายจำนวน 1 คนและหญิงจำนวน 4 คน ซึ่งมี
อายุระหว่าง 40 – 54 ปี และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 88 นาที

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีพี่ ๆทุกคนนะครับ ผมเป็นนักศึกษา ป
โท ของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยานิพนธ์ที่ผมกำลังทำอยู่คือการศึกษาถึงรูปแบบสิทธิ
ประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ โดยขั้นตอน
ของงานวิจัยจะแบ่งออกเป็นสองขั้นตอนใหญ่ๆคือ ขั้นตอน
แรกจะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากที่พี่ ๆที่เป็นข้าราชการ เพื่อ
ฟังความคิดเห็นว่ารูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาของ
ข้าราชการนั้นควรมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดหรือมี
การเพิ่มหรือตัดสิ่งใดออกไป จากนั้นผมจะนำข้อมูลที่ได้ไป
สร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่งานวิจัยในขั้นต่อไป พี่ ๆบาง
คนเคยได้ยินหรืออ่านข่าวผ่านตามากันบ้างแล้วว่าในอนาคต
อันใกล้ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการจำเป็นต้อง

ถูกปรับแก้แน่นอน ซึ่งทางกรมบัญชีกลางก็ได้สังเกตเห็นแล้วว่าประเด็นด้านยากก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งในสิทธิประโยชน์ที่ต้องมีการปรับแก้ ดังนั้นสิ่งที่ผมเก็บไปในวันนี้ก็สามารถนำไปอ้างอิงกับกรมบัญชีกลางได้ว่าถ้าหากวันที่ต้องมีการปรับได้เข้ามาถึง สิ่งที่เหมาะสมแก้ไขไม่สมควรแก้ไข มีอะไรบ้าง ซึ่งความคิดเห็นสิ่งที่พูดคุยในวันนี้ไม่มีผิดหรือถูก อยากให้ช่วยแสดงความคิดเห็นกันให้เต็มที่นะคะ

การพูดคุยกันในวันนี้ผมจะขออนุญาตบันทึกข้อมูลสองวิธีนะคะ คือการจดบันทึก และการอัดเสียงเพราะอาจมีบางประเด็นที่ผมหลุดไปหรือฟังไม่ทัน แต่ขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้จะมีการปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ ไม่มีผลต่อหน้าที่การงานหรือเงินเดือน พอเสร็จสิ้นกระบวนการก็จะทำลายข้อมูลทิ้ง ขอให้สบายใจได้นะคะ จันทมาเริ่มกันเลยนะคะ

ผู้สัมภาษณ์ : ปกติเวลาพี่ๆ ไม่สบาย ต้องการพบหมอจะไปใช้บริการที่ไหนครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ส่วนมากก็คลินิก

- ก็ดูอาการถ้าเป็นไม่มากก็ไปคลินิกใกล้บ้าน ถ้าหนักก็ต้องไป รพ

- มีครั้งหนึ่งช่วงไข้หวัดใหญ่ระบาดแล้วลูกตัวร้อนพี่พาไป รพ รัฐ แล้วไปรอคิวนานมาก พี่เลยพาไป รพ เอกชน แป๊บเดียวเสร็จ รอนานมาก รพ รัฐ

- ใช่ๆ รพ รัฐ อะไรๆ ก็ช้า มีครั้งหนึ่งนะพี่เกิดอุบัติเหตุแล้วไปรักษาที่ รพ รัฐ พบแพทย์คนแรกก็บอกไม่ได้ว่าเราเป็นอะไร จนแพทย์คนที่ 5 กว่าจะรู้ว่าเป็นอะไร รักษาโรคก็ไม่ไว วินิจฉัยโรคก็ช้า

ผู้สัมภาษณ์ : ครบถ้วนผมขอถามต่อนะคะ คำว่ามีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษาพยาบาล พี่เข้าใจว่าสิทธิ์เหล่านั้นเป็นอย่างไร ช่วยอธิบายให้ฟังหน่อยครับ

ช่องทางการรับยา

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็ในความหมายของการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่ารักษา ค่าตรวจ ค่ายา ถ้าเป็น IPD ก็เบิกได้ตามอัตราที่กำหนด

- สมาชิกที่เบิกได้ก็มี พ่อแม่ คู่สมรส บุตร แต่พี่ก็สงสัยนะว่าทำไมบุตรถึงให้แค่ 20 ปี ให้น้อยมากเพราะช่วงนั้นเค้ายังไม่ค่อยเป็นอะไร หลัง 20 ถึงจะเป็นมาก เพราะมันจะให้ขยายช่วงอายุหน่อย น่าจะ 25 ขึ้นไปไม่ก็มันงานทำจึงค่อยลดสิทธิ์ตรงนั้น

-สวัสดิการที่คิดนะคือการให้เบิกฟรีทั้งหมด แต่ก็มีข้อจำกัดอยู่เรื่อยๆ รวมถึงยาบางตัวก็เบิกไม่ได้เหมือนยานอกบัญชีบางตัวก็ต้องจ่ายเอง

ผู้สัมภาษณ์ : จากที่ได้กล่าวไปเมื่อกี้ ถ้าลองมองกลับมาค่า สิทธิประโยชน์ด้านยา คำๆนี้พอฟังแล้วพี่คิดว่ามันคืออะไร มันเป็นอย่างไรร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- สิทธิที่เราจะเบิกได้ ในเรื่องของยาที่ใช้ในการรักษาโรค

- เป็นสิ่งที่เราพึงได้รับในเรื่องของยา แต่ก็มีแยกย่อยในเรื่องของ ยานอกและยาใน ที่สามารถเบิกได้แตกต่างกันไป

- จริงๆในความคิดของพี่นะทุกโรคทุกยาสามารถเบิกได้หมด อย่างบางโรคเบิกไม่ได้เลยเหมือนไปตรวจสุขภาพ mammogram ซึ่งถามว่ามันจำเป็นไหมก็จำเป็น ซึ่งสวัสดิการที่เราเบิกได้จะยิ่งแคบลงและได้น้อยลงเหมือนจะ ผลักภาระให้เราไปทำประกัน

- ยาที่เราได้มาก็เหมือนจะรักษาโรคไม่หาย คุณภาพไม่ดี แต่ทำไมไปคลินิกถึงได้ยาดีที่มันหาย ถึงได้ยากคนละตัวคนละเกรดละ เหมือนว่ายาฟรีรักษาไม่หาย ต้องกินยาที่มีราคาแพง

- คือเวลาที่เราไม่สบายสิ่งที่เราอยากได้ก็คือ บริการดีๆ หายเร็วๆ บางครั้งไปนอน รพ อาทิตย์หนึ่งยังไม่รู้เลยว่า เป็นอะไร มันแยสุขภาพจิตมันจะเสีย แล้วอย่างบ้านเราพอมีอะไร น้อยก็แหกกันไปหาหมอที่ มอ ถามว่า มอ รับคนได้ไหม

ช่องทางการรับยา

ไม่ได้ ไม่พอ บางทีไปแล้วปฏิเสธกลับมาเลยนะว่าเตียงไม่
ว่าง

- เหมือนพี่บางทีไป รพ ค่าย โอเคอยู่ ยาก็ดีคนไข้ก็น้อย
แม่หมอตตรวจธรรมดาๆ ไม่ได้ดีเหมือนที่ มอ หรือก แต่ว่ายาก็
ได้จะค่อนข้างดีกว่า มอ มาก แค่ว่า รพ อาจมีหมอไม่พอ
มีหมอน้อยไปบางทีก็เกรงใจ ไปเฉพาะเป็นหวัดเจ็บ
เล็กๆน้อยๆ แต่โรคแรงๆไม่ค่อยไป รพ ค่าย

ผู้สัมภาษณ์ : จากความเข้าใจดังกล่าวที่ได้พูดไปรวมถึง
ความต้องการที่ได้ฟัง ผมอยากให้พี่ๆช่วยกันคิดและแสดง
ความคิดเห็นเพื่อออกแบบว่าสิทธิประโยชน์ด้านยาของ
ข้าราชการนั้น ควรมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- อย่างแรกคือคุณภาพยาที่จ่ายมา ต้องเป็นยามีคุณภาพ
ดีรักษาหาย กินแล้วไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำอีก ไม่รู้จะมา
บ่อยๆทำไม รพ นะ

- คุณภาพยาควรจะเป็นที่ดีที่สุดไปเลยที่จะเอามาเพื่อให้มี
คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

- อยากให้มีความเท่าเทียมกันกับในส่วนของ 30 บาท
เพราะมีคนบ่นว่ายาก็ได้ในสิทธิ์ของ 30 บาทก็เป็นยาทั่วไป
พารา แก้วปวดไรเจีย เหมือนในโรคเฉพาะทางนี้ยาที่ได้
เหมือนจะต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

- พี่คิดว่าบางทีเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับ
หมอ ถ้าสนิทมากก็ได้บริการดียาคือ

- อยากให้ยาที่ได้มันครอบคลุมมากขึ้น อย่างที่เราเบิกได้
หรือไม่ได้ เหมือนยานอกยาใน คือ ไป รพ ไม่ต้องพกเงินไป
เลย เพราะต้องมีการสำรองจ่ายไปก่อนในกรณียานอก 2
เดือนนี้พี่เจอมา 2-3 ครั้งแล้ว ไปเนี่ยก็นึกว่าไม่มีค่าใช้จ่าย แต่
กลับต้องจ่ายเองพันกว่าบาท เบิกกลับก็ไม่ได้ทั้งหมด

- อยากให้เน้นเรื่องการส่งเสริมป้องกัน คือปีละครั้งก็ได้ที่
จะให้ตรวจร่างกายให้ครอบคลุมทุกๆโรค คือไม่อยากจะรอให้

บัญชียา

บัญชียา

เป็นโรคก่อนแล้วมารักษาถึงเบิกได้ ถามว่ามีใครอยากเป็นโรคใหม่ เราก็ไม่อยากจะให้เป็นเหมือนในคลื่นหัวใจก็เบิกไม่ได้จริงๆแล้วสำคัญด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : จากประเด็นที่ว่าพี่รู้สึกว่ารพ รัฐ ให้บริการที่ช้าและมีปริมาณคนไข้ที่มากจนเกินไป คิดว่ารัฐควรเข้ามามีบทบาทแก้ไขอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- เพิ่ม รพ เพิ่ม หมอ ซึ่งเป็นไปไม่ได้
- น่าจะมีการเพิ่มคุณภาพให้กับสถานีอนามัยใกล้บ้านเหมือนแม่พืชนาดอยู่ใกล้สถานีอนามัย ยังออกมาหาหมอข้างนอกเลย ซึ่งในอนามัยมีแต่ จนท สาธารณสุขซึ่งไม่ใช่แพทย์
- อย่างกรณี รพ ชุมชน รพ สงขลา เนี่ยถ้าเขาเลี้ยงได้ เขาก็ไม่ค่อยไป พอมีปัญหาที่จะมา มอ แล้วก็ไป เอกชนซะมากกว่า จึงอยากให้เพิ่มคุณภาพสถานพยาบาลให้มากกว่านี้ รวมถึงสงสัยนะว่าบางที่ไป รพ ไม่หาย แต่พอไปคลินิกกลับหาย
- ถ้าสวัสดิการจะขยายไปถึง รพ เอกชนได้ก็ยิ่งดี ถ้าได้ในเรทของราชการก็ยิ่งดี อย่างน้อยไปเอกชน จ่ายไป 1000 แล้วเบิกกลับมาได้สัก 500 ก็ยอม แต่ก็ต้องระวังปัญหาเหมือนในรัฐวิสาหกิจที่ว่าค่าใช้จ่ายมันเรียกสูงเกินจริง ทำให้งบหลวงหายไปเลย น่าจะทำเรทที่เป็นมาตรฐานขึ้นมา นะ ช่วยลดปัญหานั้นได้
- ยอมไปเอกชนถ้าได้รับบริการที่ดี สะดวก แม้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งของรัฐถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ไป
- ยิ่งในเคสที่เร่งด่วนบางที่ไปแล้วที่คิวบอกให้มาอีก 3 เดือน ตาจะบอดอยู่แล้ว ไม่อยากให้เห็นสภาพที่ปฏิเสธคนไข้แบบนี้
- อยากให้ขยายไปคลินิกได้ เบิกกับคลินิกได้ ตกลงเป็นคลินิกๆไป
- หรือไม่ก็ถ้าเป็นประกันไปที่รัฐเข้ามาช่วยเหลือ

ช่องทางการรับยา รพ เอกชน

การมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 50

ช่องทางการรับยา คลินิก

- โรคทั่วไปเราไปคลินิกเพราะสะดวกบริการดีกว่าของรัฐ
แต่ถ้าเป็นหนักๆ ก็ต้องไป รพ. อยู่ดี เลยอยากให้เป็นเอกชน
มากกว่า ถึงแม้จะมีเราให้ร่วมจ่ายเอง

- อยากให้แก้ไขรายละเอียดช่วงอายุที่สามารถเบิกได้
เหมือนเด็กบางคน 20 ปีก็เป็นมะเร็งได้น่าจะไม่จำกัดอายุ
เพราะไม่อยากตรวจหนักหรือคิดนานนะกว่าจะไปตรวจแต่
ละครั้ง

ผู้สัมภาษณ์ : เหมือนเมื่อก็มีคนพูดถึงประเด็นเรื่องประกัน
ช่วยขยายความหน่อย

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- พี่ไม่ทำเพราะคิดว่าเป็นสิทธิ์ของข้าราชการอยู่แล้ว
รวมไปถึงเวลาไปใช้บริการจากประกันซึ่งเขาซาร์จค่า
รักษาพยาบาลเต็มทีเลย เหมือนก้างปลาติดคอไปคลินิกจ่าย
500 ไปเอกชนจ่ายเป็นพันแพงมาก

- ไข่ๆเก็บแพงมากจนเกินไป เอาเปรียบชัดๆ น่าจะมีคน
ของรัฐมาจัดการทำประกันนะ เหมือนรัฐเป็นคนคุมเองแทนที่
จะให้พวกเอกชนพวกนั้นมาทำ

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าพูดถึงประเด็นนี้ พี่คิดว่ารัฐควรเข้ามามี
บทบาทในการสร้างประกันอย่างไรละ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็ดีนะถ้าสิทธิ์มันคล้ายกับ กปข เหมือนถ้าทำของ
บริษัทคือถ้าเราไม่สบายต้องติดต่อผ่านตัวแทน แต่ถ้าเป็น
ของรัฐไม่ต้องผ่านใครเดินเข้าไปได้เลยก็น่าสนใจ แค่เอาบัตร
ไปยื่น

- ไข่ๆซึ่งเงินที่จะเอามาจ่ายก็น่าจะหักจากเงินเดือนก็ได้
หรือไม่ก็จ่ายรวมทีเดียว ก็ควรต้องดูว่ายอดเบี้ยประกันต่อปี
เท่าไร เงินเดือนของข้าราชการเท่าใดพอหรือไม่ สุดท้ายจ่าย
คืนเรารึปล่าว

- น่าจะขึ้นกับช่วงอายุด้วย เพราะแต่ละช่วงอายุมีความ
เสี่ยงที่แตกต่างกัน

- ไม่ก็ทำแบบ กปช ก็ได้คือให้รัฐออกสมทบให้เราครึ่งหนึ่ง ส่วนหนึ่ง แล้วเราออกอีกส่วนหนึ่ง อย่างน้อยจะได้มีกำลังใจ หน่อย ถ้าออกฝ่ายเดียวก็เหมือนจะหนักไป

ผู้สัมภาษณ์ : พูดถึงประเด็นที่ยอมจ่ายครึ่งหนึ่ง รัฐออกให้ ครึ่งหนึ่ง สมมุตินะครับว่าถ้าวันหนึ่งรัฐออกมาบอกว่าการเบิกยานอกบัญชีนั้นไม่สามารถเบิกได้เหมือนเดิมแล้ว คือต้องมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มเติม พี่คิดว่าส่วนร่วมจ่ายที่เหมาะสมนั้นควรเป็นเท่าไรดี

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- พี่คิดว่าน่าจะสัก 70/30 นะ เราออก 30 นะใน ความหมายของพี่

- คนละครึ่ง

- ขึ้นอยู่กับความเห็นของคน เขาเป็นว่าถ้าน้อยสุดที่ให้ ได้ก็คือ 50/50 ถ้าน้อยกว่านั้นได้ก็ยิ่งดี ยิ่งไงก็ไม่เกิน 50

- ไม่ออกเลยอยากให้ช่วยหมด

ผู้สัมภาษณ์ : เอ๊ะแต่ถ้าร่วมจ่ายครึ่งหนึ่งมันก็เยอะเหมือนกัน นะพี่

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ใช้เงินเดือนราชการก็น้อยนะ ถ้าจ่ายมาก ๆ ก็ไม่ไหว เหมือนกัน

- ถ้าเป็นค่าคงที่ต่อการไปรักษาครึ่งหนึ่ง ไม่รู้จะเป็นไปได้ ไหม ขึ้นกับโรคที่เรารักษาบางครั้งก็มาก ก็น้อย บางที่เรา เป็นมากจ่ายน้อยก็ได้กำไร ถ้าเป็นน้อยแต่จ่ายมากก็ขาดทุน อีก ต้องคิดเป็นรายโรคไป เช่น หัวใจ อุบัติเหตุ

- แต่ถ้าคิดเป็นร้อยละน่าจะสะดวกกว่า คิดง่าย เท่าเทียม

- แต่บางรายเหลือเงินไม่พอที่จะจ่ายเป็น % นะ น่าจะดู ว่าเก็บได้เดือนหนึ่งเท่าใด เราเก็บได้เท่าไรแล้วรัฐเข้ามาสมทบ อีกเท่าใด เหมือนเวลาทำประกัน ประกันต้องดูว่ารายเหลือ ของแต่ละคนมีความสามารถในการส่งได้ไหม

เบี้ยประกัน

การมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 30
และร้อยละ 50

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบค่าคงที่

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบร้อยละ

- ไม่รู้จะเป็นไปได้ไหม เหมือนกรมสรรพากรถ้าในกรณีที่ ค้างชำระภาษีใช้วิธีผ่อนส่งเอา ในกรณีที่เราต้องสมทบหรือ จ่ายเพิ่มหากเราไม่มีเงินตรงนั้นก็ให้หลวงจ่ายไปก่อนแล้ว ค่อยไปจ่ายคืนเป็นรายงวดหรือรายเดือนก็ได้

ผู้สัมภาษณ์ : ขอโทษนะครับในที่นี้มีใครหรือคนใน ครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังบ้างไหมครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- พี่นี่แหละเป็นโรคเบาหวาน
- พี่ก็มีทั้งไขมัน ความดัน ไอ้อโรคคนแก่ นะ
- พ่อแม่พี่ก็มีนะ ไขมันกับเบาหวานนะ

ผู้สัมภาษณ์ : พี่คิดว่าปริมาณยาที่ได้รับต่อการมาพบหมอ แต่ละครั้ง เป็นประเด็นที่สำคัญไหม แล้วพี่คิดว่าปริมาณยาที่ได้ไปนี้ ก็เดือนถึงจะเหมาะสมต่อการพบหมอแต่ละครั้ง

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- 2 เดือนพี่คิดว่าก็โอเคนะ คือหมอเขาดูแล้วว่า 2 เดือนถึงเหมาะ ซึ่งอยู่ที่หมอวินิจฉัย
- ถ้าอยู่ใน พื้นที่ใกล้ๆ แล้วควบคุมโรคได้ 2 เดือนพี่ก็ถือว่า โอเคแล้ว
- หมอไม่ค่อยถามนะว่าอยากได้กี่เดือน แต่ถ้าให้เราเลือก ให้เราไปหาหมอบ่อยๆก็ไม่อยากไปเหมือนกัน สัปดาห์ 2-3 เดือนก็พอแล้ว 1 เดือนมันถี่เกินไป

ผู้สัมภาษณ์ : มีอะไรอยากเพิ่มเติมในประเด็นสิทธิประโยชน์ ด้านยาอีกบ้างครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ทำไงก็ได้ไม่ให้หมอไปเอกซเรย์ จ่ายเพิ่มให้หมอก็ดินะจะ ได้มี จำนวนแพทย์พอที่จะรองรับผู้ป่วยใน รพ รัฐ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคิดว่ารัฐควรมีบริการเสริมอื่นๆ เพิ่มเติมอีกบ้างไหม

ปริมาณยาที่เหมาะสมต่อครั้ง

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ถ้าหากมีโครงการที่หมอบไปเยี่ยมตามบ้าน เหมือน
สาธารณสุขเคลื่อนที่ ไปถึงบ้านจะได้ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยไป
ยัง รพ

- ถ้ามีตามหมู่บ้านที่ให้ความรู้อยู่ตลอดของ อสม มีหมอบ
ประจำตำบลก็น่าจะดี แต่คนที่มา รพ อาจเป็นเพราะทางโน้น
เขารักษาไม่ได้

- คงจะดีถ้าเขาส่งหมอบมาที่ทำงาน แต่ก่อนที่กระทรวงก็มี
มีนะ หมอบจะมาอยู่อาทิตย์ละสองวันช่วงตอนเย็น ถ้าใครรู้สึก
ว่าไม่ค่อยสบายก็ไปหาหมอบได้เลย ถ้าเป็นหนักๆ หมอบก็จะ
ทำหนังสือส่งไปทาง รพ อีกทีหนึ่ง แต่หมอบ ที่ รพ ก็ขาดแคลน
เหมือนกันไม่รู้จะทำไฉน

- อีกอย่างนะถ้าเขาเอาหมอบเด็กมา ความเชื่อถือก็ไม่เท่า
หมอบแก่อีก

- ทำเป็นกลุ่มไปยังหน่วยงานต่างๆ ทีมนี้เป็น mobile
unit ออกนอกสถานที่ไปเลย ไม่ต้องไปยุ่งกับคนใน รพ แยก
หน้าที่ขาดจากกันไปเลย

- พี่ว่าหัวใจหลักสำคัญควรจะไปปรับปรุงสถานีนอนามัย
ให้ดี เพื่อจูงใจให้คนไปยังที่ สอ ก่อนที่จะไป รพ หลัก

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าหากรัฐมีบริการส่งยาทางไปรษณีย์ คิดว่า
เป็นอย่างไรบ้าง เหมือนคนที่อยู่ไกลเป็นโรคเรื้อรังแต่ต้อง
ควบคุมอาการได้นะ เค้าไม่จำเป็นต้องมาหาหมอบเมื่อยาใกล้
หมดแต่ติดต่อไปยังแพทย์พูดคุยซักถามอาการแล้วก็รอรับยา
ที่บ้านเมื่อแพทย์เห็นว่าเหมาะสม

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- พี่คิดว่ายามันอันตราย หากกินไปแล้วเกิดมีอะไร
ผิดปกติขึ้นมาก็ไม่รู้ ควรจะมาพบหมอบ จริงๆการที่รับยา
น่าจะไปรับกับหมอบมากกว่า

- กรณีนี้น่าจะตรวจกับหมอบมากกว่าถ้าคนเยอะในช่วง
ของการรับยา น่าจะมีการส่งต่อในช่วงนี้มากกว่า จะได้ไม่
ต้องรอ เหมือนได้ใบสั่งยามาแล้วไปซื้อที่อื่น

บริการส่งใบสั่งยาหรือยา

- แต่ก่อนก็มีนะที่เขียนใบสั่งยาแล้วให้เราไปหาซื้อเอง
ถ้าเป็นยานอกบัญชีที่ไม่มีใน รพ ก็ไปหาซื้อเอาตามร้านขาย
ยา

- ควรจะผ่านการวินิจฉัยของหมอเสียก่อนว่ามันคงที่แล้ว
จึงมีการส่งยาแบบนี้ แต่ถ้าเป็นใบสั่งยาน่าจะดีกว่าได้รับยา
ตรงๆ อยากให้ไปรับกับเภสัช

ผู้สัมภาษณ์ : มีอะไรอยากเพิ่มเติมอีกบ้างครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ทำไงก็ได้ไม่ต้องพกเงินไป

- ความสะดวกรวดเร็ว เลือกได้เขาไปเอกชนหมดละ

- ซึ่งการที่เรามารับราชการสิทธิ์ตรงนี้เหมือนจะเป็นผล
พลอยได้มากกว่า พี่มองเรื่องความมั่นคงการงานมากกว่า
และสามารถเบิกได้เหมือนในสถานที่บางที่ถ้าเบิกได้เขาก็
บริการดีขึ้นมาหน่อย

- ประเด็นที่ครอบคลุมคนรอบข้างก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง
เพราะไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่าย

- เกษียณแล้วสิทธิ์ก็ยังคงตามตัวไปด้วย ถึงแม้จะมีปัญหา
แต่ก็ยังดีกว่าไม่ได้อะไรเลย

- คือว่าเรามักไม่ได้เป็นโรคแรงๆต้องอยู่ IPD เลยไม่ได้
เห็นความสำคัญมาก

- น่าจะทำให้ข้อมูล link กันหมดไม่ใช่ไปที่นั่งลงทะเบียน
ไปอีกทีก็ต้องลงใหม่ ซึ่งการทำให้ข้อมูลเชื่อมกันทำให้
สามารถตรวจสอบได้ง่าย จะได้ลดปัญหาหลง

กลุ่มที่ 5 ในกลุ่มนี้จะประกอบด้วยข้าราชการเพศหญิงจำนวน 5 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 40– 53 ปี
และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 86 นาที

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีพี่ๆทุกคนนะครับ ผมเป็นนักศึกษา ป
โท ของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยานิพนธ์ที่ผมกำลังทำอยู่คือการศึกษาถึงรูปแบบสิทธิ

ประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ โดยขั้นตอน
 ของงานวิจัยจะแบ่งออกเป็นสองขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ ขั้นตอน
 แรกจะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากที่พี่ ๆ ที่เป็นข้าราชการ เพื่อ
 พังความคิดเห็นว่ารูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาของ
 ข้าราชการนั้นควรมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดหรือมี
 การเพิ่มหรือตัดสิ่งใดออกไป จากนั้นผมจะนำข้อมูลที่ได้ไป
 สร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่งานวิจัยในขั้นต่อไป พี่ ๆ บาง
 คนเคยได้ยินหรืออ่านข่าวผ่านตามากันบ้างแล้วว่าในอนาคต
 อันใกล้นี้ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจำเป็นต้อง
 ถูกปรับแก้อย่างแน่นอน ซึ่งทางกรมบัญชีกลางก็ได้สังเกตเห็น
 แล้วว่าประเด็นด้านยาก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งในสิทธิประโยชน์ที่
 ต้องมีการปรับแก้ ดังนั้นสิ่งที่ผมเก็บไปในวันนี้ก็สามารถ
 นำไปอ้างอิงกับกรมบัญชีกลางได้ว่าถ้าหากวันที่ต้องมีการ
 ปรับได้เข้ามาถึง สิ่งที่เหมาะสมแก้ไขไม่สมควรแก้ไข มี
 อะไรบ้าง ซึ่งความคิดเห็นสิ่งที่พูดคุยในวันนี้ไม่มีผิดหรือถูก
 อยากให้ช่วยแสดงความคิดเห็นกันให้เต็มที่นะคะ

การพูดคุยกันในวันนี้ผมจะขออนุญาตบันทึกข้อมูลสอง
 วิธีนะคะ คือการจดบันทึก และการอัดเสียงเพราะอาจมีบาง
 ประเด็นที่ผมหลุดไปหรือฟังไม่ทัน แต่ขอรับรองว่าข้อมูล
 ทั้งหมดนี้จะมีการปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ ไม่มี
 ผลต่อหน้าที่การงานหรือเงินเดือน พอเสร็จสิ้นกระบวนการก็
 จะทำลายข้อมูลทิ้ง ขอให้สบายใจได้นะคะ จันทมาเริ่มกันเลย
 นะคะ

ผู้สัมภาษณ์ : ปกติเวลาพี่ ๆ ไม่สบาย ต้องการพบหมอจะไป
 ใช้บริการที่ไหนคะ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ไป รพ รัฐ เพราะเรามีสิทธิ์ก็ใช้สิทธิ์ของเรา
- อยากไปเอกชนแต่เบิกไม่ได้
- ส่วนใหญ่เป็น รพ รัฐ หรือถ้าไม่หนักก็คลินิกใกล้บ้าน
- ก็อยากให้เกิดโอกาสใช้สิทธิ์ของเอกชนได้ด้วยใน

อนาคต เพราะเดี๋ยวนี้ รพ รัฐ คนไข้หรือผู้ป่วยเยอะมาก
อย่างข้าราชการไปต้องลา ต้องขออนุญาตออกไปนั่งรอเป็น

ช่องทางการรับยา รพ เอกชน

วันๆ ทำให้เสียเวลา ถ้าใช้สิทธิ์ของเอกชนจะได้ช่วยร่น
ระยะเวลาตรงนี้ หรือไปนอกเวลา

- อย่างพี่ตอนนี่ใช้บริการของรัฐเนื่องจากว่า รพ
หาดใหญ่ เขามีบริการนอกเวลาราชการให้แก่ข้าราชการ
หรือ คนที่มีสิทธิ์เบิกได้ ซึ่งไม่มีค่านอกเวลาเหมือนกับ มอ
แต่ต้องไปจองคิว ซึ่งถ้าฉุกเฉินจริงๆ ก็จะมีคลินิกพิเศษตั้งแต่
7-8 โมงเช้าทุกวัน

- แต่สำคัญที่สุดจะไปที่ไหนก็แล้วแต่ว่า ใครอยู่ใกล้
ตรงไหน

ผู้สัมภาษณ์ : งั้นขอถามต่อนะครับ คำว่ามีสิทธิ์ใน
สวัสดิการรักษายาบาล พี่เข้าใจว่าสิทธิ์เหล่านั้นเป็นอย่างไร
ช่วยอธิบายให้ฟังหน่อยครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- มีสิทธิ์ในคำรักษายาบาล ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทาง
การแพทย์

- แต่ตอนนี้มักมีปัญหาในเรื่องนี้กันนะ คือ ตรวจสอบภาพ
เบิกได้ไม่หมด อยากให้เบิกได้หมด

- คืออัตราที่รัฐกำหนดให้มานั้นน้อยกว่าความเป็นจริงอยู่
มาก

- เรามีสิทธิ์เฉพาะยาในบัญชีอย่างเดียว ถ้ายานอกต้อง
จ่ายเองหรือมีใบรับรอง

- แต่ถ้านอกเวลาของ รพ หาดใหญ่จะไม่มียานอก มีแต่
ยาใน

- เมื่อดูของรัฐวิสาหกิจดีกว่าของรัฐเกือบทุกเรื่องเลยนะ
สามารถไปเอกชนได้ สามารถไปได้ไม่ว่าจะนอกหรือในเวลา
ราชการ รวมถึงอัตราการเบิกที่เยอะกว่า ทั้งที่พวกเราไม่สามารถ
ไปอยู่ที่เอกชนได้เลย แต่เขาสามารถไปนอนได้

ผู้สัมภาษณ์ : จากประเด็นที่ได้พูดไป ผมอยากให้พี่ๆ
ช่วยกันคิดและแสดงความคิดเห็นเพื่อออกแบบว่าสิทธิ

ประโยชน์ด้านยาของข้าราชการในมุมมองที่พี่ ๆ พึงพอใจนั้น
ควรมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- หนึ่งยาต้องมีคุณภาพดีที่หมอสั่งได้ แล้วเราก็มีสิทธิ์
ใช้ได้เบิกได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินเพิ่ม อย่างเช่นยานอกก็น่าจะ
เบิกได้หมด หรือไม่ต้องมีใบรับรองอะไรเลย ใช้สิทธิ์ได้เลย
รวมไปถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างที่น่าจะเบิกได้
เช่น ที่พยุงกระดูก เพื่อให้เขามาใช้ได้เลย

- รัฐมักจะเน้นไปที่รักษา แต่ทำไมต้องรอให้เป็นก่อนถึง
จะเบิกได้ ต้องยอมเสียเงินในการตรวจที่มากเพื่อให้โล่งใจว่า
ไม่เป็น ซึ่งขัดกับความรู้สึกกับเงินที่เสียไป เช่น มะเร็ง คลื่น
หัวใจ ทำไมรัฐไม่มาช่วยตั้งแต่ตรงนี้เพื่อให้เราสบายใจว่าไม่
มีโรคล่ะ

- อยากให้ รพ มีบัญชียาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทุก รพ
เหมือนยาความดันที่ได้จากต่าง รพ กันมียาตัวนี้ แต่พอไป
อีก รพ หนึ่ง ไม่มียาตัวนี้ ทำไมล่ะ

- บางคนหิ้วยาไปบ้านที่เป็นถุงอย่างเยอะ น่าเกลียดมาก
ต้องให้แบกไปแบกมา

- รัฐน่าจะกำหนดบัญชียาหลักที่ต้องใช้ร่วมกันทุก รพ
มาจากแหล่งเดียวกัน ซึ่งน่าจะรวมอำนาจอยู่ที่กระทรวงเป็น
คนสั่งยาเอง เพื่อป้องกันผู้แทนยาหรือการค้ากำไรเกินควร
ของแต่ละ รพ

- อยากให้มีบริการป้องกันโรคมมากกว่า เหมือนใน รพ
หาดใหญ่ คือการตรวจสตรีวัยทอง โดยหญิงที่เป็นวัยทอง
พอใช้บริการปั๊บ แรกๆใหม่ๆประมาณ 5000 ซึ่งสามารถเบิก
ได้ทุกอย่างไม่ว่าจะตรวจ mammogram มดลูก หนาแน่น
กระดูก ตรวจหมดเลย ซึ่งถ้าเข้าคอร์สตรงนี้ก็จะได้สิทธิ์ที่
ต้องการถ้า ข้าราชการเด็ก ๆ ที่ไม่ได้เข้าโครงการนี้ก็ต่อเสีย
เอง ซึ่งค่าใช้จ่ายตรงนี้ไม่สามารถจ่ายตรงได้ ต้องสำรองจ่าย
ก่อนแล้วค่อยมาตั้งเบิก ซึ่งตรงนี้อาจให้มีใน รพ ทุก ๆ ที่
ไม่ใช่ รพ ไหนอยากทำก็ทำ

- อีกอย่างหนึ่งคือ บางทีใน รพ นอกๆมีการให้เภสัชกร
ประกบกับแพทย์ เพื่ออธิบายคนไข้ตรงนั้นว่าต้องได้ยาอะไร

บัญชียา

บัญชียา

ก่อนส่งจ่าย แต่ในเมืองไม่เป็นเช่นนั้น ต้องแยกกันซึ่งหมอกก็พูด 2-3 คำ แล้วไปรับยาที่ห้องยาคนก็เยอะรีบ ๆ จ่าย ซึ่งถ้าเป็นคนแก่ตาสีตาสาก็มีปัญหากับการใช้ยาแน่ เพราะไม่มีความรู้ตรงนี้รวมถึงวัยของเขาด้วย จึงอยากให้บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาอธิบายคนไข้ให้มากกว่านี้หน่อย

- อยากให้เพิ่มอัตราเพิ่มแผนกการให้บริการ

- เหมือนบางที่ทำแผนเชิงรุก คล้ายๆหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ที่ออกตรวจตามชุมชนที่ไปตามหมู่บ้านซึ่งได้ความรู้โดยตรง ซึ่งน่าจะให้งบมาทำตรงนี้เยอะๆน่าจะช่วยแก้ปัญหาได้มาก

- อีกประเด็นในเรื่องความไม่สะดวกในการไปใช้บริการของ รพ รัฐ คือ นานมากกว่าจะได้ตรวจ อยากให้ปิดวันเสาร์อาทิตย์ เหมือนวันธรรมดาเพื่อให้พวกเราราชการได้มีโอกาสไปบ้าง เหมือนกับ dtac ที่ไม่มีวันหยุดแต่ใช้การหมุนเวียน จนท เอา

- ประเด็นเรื่องห้องพักรักษาใจก็ไม่มีควมยุติธรรม เหมือนถ้าเราไป รพ แล้วไปจองห้องพิเศษจะไม่ได้ห้องพิเศษ แต่ถ้าเราไปคลินิกแล้วพบคุณหมอก่อนแล้วบอกว่าเราจะรักษานพ เขาสามารถยกห้องของห้องได้บัดนั้นเลย อยากให้มีความเสมอภาคตรงนี้ เพราะถ้าเราไปตรงนั้นแปลว่ามีเงินใช้ใหม่ ก็ไปรักษาที่อื่นได้ แต่ถ้าเป็นชาวบ้านไป เขาก็อยากรักษา มีสิทธิ์เหมือนคนอื่น ๆ แต่เขาก็ไม่ได้ห้องพิเศษ

- สังเกตนะต่างจังหวัดส่วนใหญ่เลยทั้งที่ว่า จังหวัดนั้นมี รพ ประจำอยู่แต่คนมารักษามา มอ ทำไม่ไม่เพิ่มความน่าเชื่อถือในสถานพยาบาลแต่ละจังหวัด ควรจะสร้างให้มันมีคุณภาพขึ้นเพื่อไม่ให้รู้สึกว่าจะต้องมา รพ อื่น ถึงจะหายมองข้าม รพ ใกล้บ้านไป

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่ารัฐควรเข้ามาแก้ไขอย่างไร ในกรณีที่ รพ รัฐ มีคนเยอะมาก รอคิวนาน บริการช้า

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- อยากไป รพ ที่มีความพร้อมทุก ๆ ด้าน การบริการด้วย ซึ่งถ้าเป็นของเอกชนก็ต้องเสียค่าใช้จ่าย เราก็อไม่อยาก แต่

ถ้าเรามีโอกาสก็อยากไป ซึ่งตรงนั้นถ้าอยากไปก็ต้องทำ
ประกันเพิ่มอีก

- กีดถ้ารัฐเปิดโอกาสให้ไปเอกชน ไม่เสียเวลา
- พี่ชอบนะสมัยก่อนมีบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทต่อ
ครอบครัวต่อปี อยากไปที่ไหนก็เข้าไปใช้บริการได้เลย
สะดวกดี

- อยากให้มีสิทธิ์เบิกได้เต็มตามที่เราต้องการ ไม่ว่าจะ
เป็นค่าธรรมเนียมแพทย์หรือค่าต่างๆแยกย่อยที่เรียกเก็บ
เพิ่ม

- ถ้าหากรัฐเข้ามาช่วยนะ น่าจะกำหนดวงเงินมาเลย
อาจเป็นร้อยละ ซึ่งคิดว่าที่เหมาะสมน่าจะสักครึ่งหนึ่งของ
ค่าใช้จ่ายก็น่าจะดี ในกรณีทีนอกเหนือจากที่เราเบิกได้ ซึ่ง
เราต้องจ่ายเองเต็มๆ

- มันพูดยากนะน่าจะเอาเป็นเคสๆไป
- มันน่าจะเอายานอกมาเข้ายาในให้หมด เพราะมันเป็น
การรักษา เราต้องมารับภาระโดยที่เป็นคนของรัฐ

- อย่างการฟอกไตเคย เบิกได้ที่ 2000 แต่จ่าย 3000 ซึ่ง
น่าจะปรับให้เบิกได้หมดได้แล้ว

- กรมบัญชีกลางน่าจะไปควบคุม รพ ให้เก็บตามอัตราที่
กระทรวงการคลังกำหนด ไม่ใช่ตามใจฉัน

ผู้สัมภาษณ์ : เหมือนเมื่อก็มีคนกล่าวถึงการที่ต้องแบกยาก
ลับจาก รพ ซึ่งยาที่ได้เยอะมากจนน่าเกลียด พี่คิดว่าปริมาณ
ยาที่เหมาะสมต่อการพบแพทย์แต่ละครั้ง ควรเป็นอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ก็พยายามเอาให้น้อยที่สุด แต่ก็ต้องให้เหมาะกับโรค
ด้วย

- เภสัชน่าจะมีส่วนไหนอะไรสักอย่างบนฉลากยาเพื่อให้
คนกินยาารู้เรื่องยา

- พี่คิดว่าอย่างมากที่สุด 2-3 เดือนก็พอ พี่คิดว่าเดือนละ
ครั้งมันถี่เกินไป แต่อย่างไรก็ตามแต่หมอมเป็นหลัก

- ใช่ๆคิดว่า 2 เดือนนี้น่าจะเหมาะสมสุด เดือนเดียวถี่ไป
เกินสามเดือนก็นานเกินไปนะ

การมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 50

บัญชา

ปริมาณยาที่ได้รับต่อครั้ง 2 – 3
เดือน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอยากได้บริการเสริมอย่างอื่นเพิ่มเติมอะไรบ้าง ในสิทธิ์ที่เราได้อยู่

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- บริการด้านให้ความรู้ ดีกว่าที่จะต้องรอให้ป่วยแล้วมาหาหมอ

- อยากให้มีบริการเสริมของรัฐคือการแยกร้านขายยาออกมาจากห้องยา รพ เพื่อเวลาที่เป็นไม่หนัก ปวดหัว ตัวร้อน ไม่จำเป็นต้องไปหาหมอ

- งั้นก็อยากได้ จนท เกสซ์ที่อยู่ในห้องยา เขามีบริการร้านยาของ รพ เหมือนเราจะไปซื้อยาที่ร้านอะไรพวกนี้ แต่ถ้าเราไป รพ และร้านยาของ รพ เราก็อธิบายว่าเรานั้นใจในยาที่ได้รับ

- เปิดศูนย์บริการสักจุด เพื่อเป็นศูนย์ตรวจสอบคุณภาพพื้นฐาน คล้ายๆจุดประชาสัมพันธ์ แต่เป็นบริการเฉพาะด้าน

ผู้สัมภาษณ์ : แปลว่าอยากให้รัฐเปิดโอกาสให้สามารถไปใช้สิทธิ์ที่ร้านยาได้ ใช่ไหมครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- เอาอยู่แล้ว เพราะไม่เสียเวลา บางที่เป็นโรคเล็กๆน้อยๆก็ไปหาได้ แม้จะไม่สามารถเบิกได้ก็ยอม แต่ถ้ารัฐให้สิทธิ์ในการเบิกได้ตรงนั้นด้วยก็ดี จะได้ไม่แพงเหมือนคลินิก

- ถ้ามีบริการที่สั่งหมอมาประจำห้องพยาบาลเป็นเวลาหนึ่งๆก็ดี รัฐควรจัดให้ตรงนี้ ไม่ต้องไป รพ เสียเวลา

- เทคโนโลยีน่าจะนำเข้ามาใช้ด้วย เหมือนสั่งยามาทาทาง internet หรือส่งยามาทาทางไปรษณีย์ แต่ถ้าจะให้ดีควรจะไปพบหมอหรือเกสซ์ก่อนนะ จะได้เพิ่มความมั่นใจ

ผู้สัมภาษณ์ : จากเมื่อกี้ที่ได้กล่าวไปถึงการยอมมีส่วนร่วมจ่ายจำนวนหนึ่ง สมมุตินะครับว่าถ้าหากวันหนึ่งมันจำเป็นต้อง

ช่องทางการรับยา ร้านยา

ช่องทางการรับยา ร้านยา

จ่ายจริงๆนะ จ่ายครั้งต่อครั้งมันเหมาะสมจริงไหม เยอะอยู่นะ แล้วที่พี่คิดว่าเหมาะสมนี้ควรเป็นอย่างไรครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- จากที่พูดมาเรื่อยๆก็มากไปนะ รัฐช่วยน้อยเกินไป น่าจะ
สัก 80/20 เรารอเอง 20

- 70/30 เรารอเอง 30 เพราะเรื่องแบบนี้มันไม่ใช่ช่วงเงิน
น้อยๆ รักษาที่เป็นแสนแล้ว

- ถ้ารัฐกำหนดวงเงินมาว่าปีหนึ่ง รัฐช่วยได้ไม่เกิน
150000 ต่อคนซึ่งจำนวนราคาก็ต้องพิจารณาโรคด้วย ถ้า
เป็นโรคร้ายแรงก็น่าจะช่วย แต่โรคธรรมดาๆก็ควรจ่ายเอง

- ถ้าให้พี่มองนะบางที่อยากจ่ายเป็นค่าคงที่มากกว่านะ
คือเป็นโรคอะไรจ่ายเท่าไรพี่ไม่สนขอแค่จ่ายเป็นจำนวน
เท่านี้ก็พอใจอยู่

- พี่ก็เลือกค่าคงที่นะเหมือนมันจ่ายง่ายดีไม่ต้องมา
คำนวณให้ยุ่งยาก

- แต่ก็ต้องดูด้วยนะว่ามันขาดทุนไหมเพราะบางที่จ่าย %
ถูกกว่า

- งั้นก็น่าจะจ่ายเป็นอัตราก้าวหน้า เช่นถ้ารักษาไม่เกิน
5000 จะจ่ายเองเท่าใด ถ้า 5000 – 10000 จะจ่ายเท่าใด
เป็นต้น

- พี่คิดว่าเอาเป็นจ่ายคงที่แหละ เพราะมันเห็นชัดเลยว่า
จ่าย 100 แต่ถ้า % ก็ต้องมาคิดโน่นคิดนี่อีก วุ่นวาย ถ้าไม่
เกิน 500 นี่พี่โอเคเลยนะ

การมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20,
30

การกำหนดวงเงิน deductible

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบค่าคงที่

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบค่าคงที่
500 บาท

กลุ่มที่ 6 ในกลุ่มนี้จะประกอบด้วยข้าราชการเพศชายจำนวน 1 คนและหญิงจำนวน 4 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 35 – 55 ปี และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 81 นาที

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีพี่ๆทุกคนนะครับ ผมเป็นนักศึกษา ปโท ของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาณินทร์ที่ผมกำลังทำอยู่คือการศึกษาถึงรูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาที่พึงประสงค์ของข้าราชการ โดยขั้นตอน

ของงานวิจัยจะแบ่งออกเป็นสองขั้นตอนใหญ่ๆคือ ขั้นตอนแรกจะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากที่พี่ๆที่เป็นข้าราชการ เพื่อฟังความคิดเห็นว่ารูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการนั้นควรมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดหรือมีการเพิ่มหรือตัดสิ่งใดออกไป จากนั้นผมจะนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่งานวิจัยในขั้นต่อไป พี่ๆบางคนเคยได้ยืมหรืออ่านข่าวผ่านตามากันบ้างแล้วว่าในอนาคตอันใกล้นี้ สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการจำเป็นต้องถูกปรับแก้อย่างแน่นอน ซึ่งทางกรมบัญชีกลางก็ได้สังเกตเห็นแล้วว่าประเด็นด้านยาก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งในสิทธิประโยชน์ที่ต้องมีการปรับแก้ ดังนั้นสิ่งที่ผมเก็บไปในวันนี้ก็สามารถนำไปอ้างอิงกับกรมบัญชีกลางได้ว่าถ้าหากวันที่ต้องมีการปรับได้เข้ามาถึง สิ่งที่เหมาะสมแก้ไขไม่สมควรแก้ไข มีอะไรบ้าง ซึ่งความคิดเห็นสิ่งที่คุณอยู่ในวันนี้ไม่มีผิดหรือถูก อยากให้ช่วยแสดงความคิดเห็นกันให้เต็มที่นะคะ

การพูดคุยกันในวันนี้ผมจะขออนุญาตบันทึกข้อมูลสองวิธีนะคะ คือการจดบันทึก และการอัดเสียงเพราะอาจมีบางประเด็นที่ผมหลุดไปหรือฟังไม่ทัน แต่ขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้จะมีการปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ ไม่มีผลต่อหน้าที่การงานหรือเงินเดือน พอเสร็จสิ้นกระบวนการก็จะทำลายข้อมูลทิ้ง ขอให้สบายใจได้นะคะ จันทมาเริ่มกันเลยนะคะ

ผู้สัมภาษณ์ : ปกติเวลาพี่ๆไม่สบาย ต้องการพบหมอจะไปใช้บริการที่ไหนครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- ผมเลือก มอ ตามด้วย รพ หาดใหญ่
- มอ อย่างเดียวเพราะบ้านพี่อยู่ใน มอ
- มอ และ รพ สงขลา เพราะผู้ปกครองอยู่แถวสงขลา
- ก็ไปคลินิกตอนลูกเล็กๆ พอลูกป่วยก็จะไปคลินิกตลอด ถ้าเป็นอาการเล็กน้อย รพ จะไปในกรณีที่เป็นหนักๆ
- มักไปคลินิกเพราะรู้สึกว่ายากที่จ่ายม៉ันใจกว่าของ รพ
- ถ้าเป็น มอ ไนและนอกเวลาไม่ต้องใช้คลินิก

- เลือกตามสะดวกเป็นหลัก อยู่ใกล้ไม่รบกวนเวลางาน ถ้าเป็นหนักค่อยไป รพ
- ไม่เอาเอกซนเลย แพง เพราะเข้าไปนอนเฉยๆก็ 3000 แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : จึงขอถามต่อนะคะ คำว่ามีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษายาบาล พี่เข้าใจว่าสิทธิ์เหล่านั้นเป็นอย่างไร ช่วยอธิบายให้ฟังหน่อยครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- สิทธิ์ในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล ค่ายา เบิกได้ตามใบเสร็จที่เค้าให้มา ซึ่งปัจจุบันก็เป็นการจ่ายตรง รวมถึงสิทธิ์ในการตรวจประจำปี
- ยานอกต้องจ่ายเองไม่ก็ต้องให้หมอเซ็นต์รับรอง
- ยังไม่ค่อยครอบคลุมนะการตรวจสุขภาพ มีแต่ขั้นพื้นฐาน อยากรู้มากกว่านั้น เช่น ไวรัสตับอักเสบบี คลื่นหัวใจ Xray และมะเร็งปอด อยากให้เบิกได้หมดเพราะเราทำงานที่มีความเสี่ยงตรงนี้ และควรจะได้เบิกตรงได้เลยไม่ต้องมาสำรองจ่ายก่อน รวมทั้งปรับเกณฑ์ให้ทันสมัยด้วยว่าเขารับราคาไปเท่าใดแล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : จากประเด็นที่ได้พูดไป ผมอยากให้พี่ๆช่วยกันคิดและแสดงความคิดเห็นเพื่อออกแบบว่าสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการในมุมมองที่พี่ๆพึงพอใจนั้นควรมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- เหมือนที่พี่เห็นนะ พี่สงสัยว่าทำไมบาง รพ ยานี้เบิกได้ แต่พอไปอีก รพ หนึ่งเบิกไม่ได้ แบบนี้คนที่ไม่รู้ก็เสียสิทธิ์สิ
- ก็ควรให้ทุก รพ มีบัญชียาที่เหมือนกัน ยึดมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน ก็เคสที่ต้องใช้หมอก็สามารถสั่งใช้ได้ตามความจำเป็น
- แม้ใน รพ ไม่มียาน้อยก็ยังสามารถจัดหามาได้ทันทีหากมีความจำเป็น เพราะไม่จำเป็นต้องย้ายไปอีก รพ ที่มียานี้

บัญชียา

- หรืออาจทำเรื่องให้ไปเบิกกับอีก รพ หนึ่งแล้วเราไปรับยาใน รพ ที่มียานั้น เหมือนรับยาได้ทั่วประเทศ เหมือนตอนสแกนนิ้วถ้าไปเจ็บป่วยในที่ๆ ไม่ได้ลงทะเบียนไว้ก็เป็นปัญหา อยากให้มีบริการ online เชื่อมกันทุกที่ คือพอเราไม่สบายก็สามารถไปใช้ใน รพ ต่างถิ่นได้ มีข้อมูลระบุเรียบร้อยว่าสามารถเบิกได้

- อยากได้ระยะเวลาสวัสดิการของลูกให้มีระยะคุ้มครองจนกว่าเราจะเกษียณ เพราะบางทีลูกเราก็ไม่ได้รับราชการแล้วยังไม่ได้ทำงาน เราอยากได้สิทธิ์ตรงนี้ ไม่ใช่ลูกอายุ 20 ยังเรียนไม่จบเลยหางานไม่ได้ที่

- อีกอย่างนะเรื่องการจองห้องปัจจุบันขึ้นกับหมอ ว่าเป็นคนไข้ของหมออะไร แล้วสิทธิ์ที่เรามีนะคืออะไร ห้องก็ล๊อคไว้ให้หมอ พวกเราที่ไม่รู้จักกับหมอก็หมดสิทธิ์ได้ห้องพักไป เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีขึ้นกับคนป่วยนะ ไม่ได้เข้าตามอาการคนไข้แต่เข้าตามอำนาจของหมอ

- เหมือนเรามีคนไข้ที่อายุมากๆ เราไม่สะดวกในการพามาถึงเราอยากจะไปเอาง่ายๆ โดยที่ไม่ต้องพาคคนไข้มาเหมือนแม่ผมต้องใช้น้ำยาล้างสายที่สวนเข้าไป บางที่เราไปซื้อไม่ได้ขาดไม่กี่ตั้ง แต่ต้องไปพบหมอก่อน

- จะเป็นไปได้ไหมถ้าให้หมอเขียนมาว่าต้องตรวจอะไรบ้าง แล้วเราค่อยเอาคนไข้ไปตรวจกับ รพ ใกล้บ้านแล้วค่อยเอาผลที่ได้มาพบหมออีกครั้ง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วมีประเด็นที่อยากให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอีกไหม เหมือนบางสิ่งที่เราไม่พอใจไม่อยากจะ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- อย่างแรกเลยนะ เรื่องการให้บริการที่ซ้ำมากของ รพ รัฐ

- ไข้ๆ คือถึงมาแต่ก็ต้องรอตรวจทั้งวัน ถ้ามาแล้วได้ตรวจไวก็พอยอมได้เหมือนได้กรณีพิเศษ แต่พอมาที่ไรต้องรอทั้งวัน ส่งกลับบ้านอีก ทั้งวันหายไปแล้วไม่ต้องทำอะไรเลย

- คือหายไปเป็นวันเตรียมใจไว้ได้เลย รอนานมาก

ช่องทางการรับยา

- จอควดตั้งแต่ 7 โมง 8 โมงก็เต็มแล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่ารัฐควรเข้ามาแก้ไขตรงนี้อย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- จะดีมากถ้ามีบริการส่งยามาถึงบ้าน พอถึงกำหนดยา
ใกล้หมดแล้วสั่งต่อให้ทันที นอกจากไม่ต้องมา รพ แล้ว ยัง
ช่วยลดปัญหาขาดยาของผู้ป่วยได้ถ้าหากลืมนำยาใกล้หมด

- สั่งเป็นยามาเลยน่าจะดีกว่าถ้าไปสั่งยามาบางทีก็ไม่รู้
จะไปซื้อที่ไหน

- ไม่ก็มีการโทรเตือนตอนยาใกล้หมดเหมือนประกันที่
ใกล้หมดอายุ ในกรณีที่ย่างหม่อไปนานๆ เช่นนัด 3 เดือน
ครั้ง แต่ถ้ามาบ่อยๆนี่คงไม่ต้อง

- อยากให้แพทย์กับเภสัชกรมีการ CO การทำงานให้
มากกว่านี้ เหมือนแม่พี่มีอาการแพ้ยากลับมาหาหมอ หมอก็
ไม่ยอมรับกันว่าแพ้ยา บ่ายเบี่ยงว่ารอเภสัชมายืนยันก่อน
ซึ่งความรับผิดชอบตรงนั้นไม่มีเลย น่าจะให้จับคู่เภสัช
ทำงานไปพร้อมหมอเลย

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้ารัฐมีการเปิดโอกาสให้สามารถไปใช้บริการ
รพ อื่นนอกจากของ รัฐละ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- คือพี่ไม่มั่นใจที่อื่นนอกจาก มอ ถ้ารัฐเปิดโอกาสก็จะไม่
ไป คือคอยก็ยอมคอย

- แต่ถ้าคลินิกก็ไม่แน่นอน หรือถ้าเปิดให้แล้วมีค่าใช้จ่าย
เท่ากับรัฐอย่างนี้น่าสนใจ เบิกได้เหมือนรัฐ

- จะให้เราจ่ายเงินก่อนก็ได้แต่ถ้าเราเบิกได้ เรามีสิทธิ์ก็
น่าจะจะไปเอกชน

- หากมีค่าใช้จ่ายเล็กน้อยก็ยอม หรือเบิกได้แค่ส่วนหนึ่ง
สักครึ่งนึงก็จะไปใช้เลยของเอกชน แทนที่จะไปเสียเวลากับ
ของรัฐ

ช่องทางการรับยา

ช่องทางการรับยา คลินิก

ช่องทางการรับยา เอกชน

การขอมที่จะมีส่วนร่วมจ่ายทั้ง
แบบค่าคงที่ และร้อยละ

- เข้าไปแค่หลักร้อยยังพอได้แต่เข้าไปตรวจ OPD แล้วหลักพันคงไม่ไหว หรือไม่ก็คิดแค่ค่าบริการ ส่วนค่ายาเบิกได้หมด

- เหมือนเอาสัก 150 – 200 เหมือนเอาเงินนอกเวลาไปใช้กับเอกชนได้นำจะกระจายคนได้เยอะ

- ยิ่งถ้าเบิกยานอกได้ด้วยนะ ยอมจ่ายเลย 100 – 500 นี้แหละไม่เกินนี้

- จริงๆน่าจะให้มีหน่วย call center เพื่อให้มีบริการสอบถาม ไม่ก็มีจุดๆหนึ่งตั้งข้างๆห้องยาเพื่อให้มีการซักถามได้ว่ายาตัวนี้ต้องกินยังไง ต้องรู้อะไรบ้าง

- แต่ถ้าให้พี่มองนะ จริงๆตอนไปหาหมอก็น่าจะรับให้เสร็จไปเลย ใกล้เคียงกัน one stop ซึ่งมันก็เป็น 2 รอบนะต้องไปๆมาๆอีก มาถึงชั้นรับยาแล้วก็ควรจะรับให้เสร็จไปเลย รอได้

ผู้สัมภาษณ์ : เหมือนเมื่อก็ได้กล่าวถึงประเด็นการมีส่วนร่วมจ่าย พี่คิดว่าส่วนร่วมจ่ายที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- จริงๆรัฐควรจะให้เบิกตามสภาพความจำเป็นของผู้ป่วยเป็นรายๆไป เพราะของแบบนี้ใครไม่ป่วยจะเดินรนไปหาหมอทำไม

- จริงๆถ้าช่วยได้ไม่หมดก็น่าจะช่วยบางส่วนบ้าง ถ้าทำไม่ได้อย่างน้อยสักครึ่งๆก็ยังดี เหมือนเรามีส่วนร่วมจ่าย

- เอาสัก 20/80 นะ เพราะบางที 20 ก็ยังสูงเลยถ้าค่าใช้จ่ายมันเยอะ แต่ก็ยังดีกว่าต้องจ่ายเองทั้งหมด

- ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้คิดเป็นช่วงๆนะ ว่า 10% ของค่ารักษาจะจ่ายไม่เกินเท่านี้ ได้ไหม เหมือนมีเพดานราคาอยู่เหมือนเราได้ช่วยรัฐด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : จากที่ได้สนทนาไปเหมือนมีบางคนที่ต้องมาหาหมอประจำด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไชมัน พี่คิดว่า

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบค่าคงที่

150 – 200 บาท

100 – 500 บาท

การมีส่วนร่วมจ่ายแบบร้อยละ

20, 50

ปริมาณยาที่ได้รับต่อการพบหมอแต่ละครั้งมีความสำคัญแค่ไหน แล้วที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- พรีรับประมาณ 2-3 เดือนครั้ง ซึ่ง 3 เดือนนี้เพราะไม่สะดวกในการเดินทาง
- ซึ่งน่าจะเหมาะคือ 6 เดือน ถ้ามาถี่ๆมันก็ลำบาก
- นานไปนะ 6 เดือนขอสัก 3 เดือนพอ ซึ่งแล้วแต่อาการของโรค ถ้าเป็นแรกๆก็น่าจะถี่หน่อย เดือนละครั้ง หลังๆก็สัก 1-3 เดือน เกิน 3 เดือนมันนานเกินไป

ผู้สัมภาษณ์ : มีอย่างอื่นที่อยากเสริมอีกไหมครับ

กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ :

- น่าจะมีประเด็นส่งเสริมป้องกันโรคนะ จะได้ป้องกันการเจ็บป่วยไม่ต้องมารักษากันในภายหลัง เริ่มตั้งแต่เด็กเลยมีบริการฉีดวัคซีนที่จำเป็นฟรี มีการตรวจสุขภาพเด็กประจำปี มีหมอมมาให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง

ปริมาณการรับยาต่อครั้ง 2 – 3
เดือน / 6 เดือน / 1 – 3 เดือน

ภาคผนวก จ ผลจากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่ม
ตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์ Standardized beta coefficients และ ค่าสารูปสนิติ (R^2) ของ
คุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิง
เส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)

ID	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (Formulary)	ช่องทางการรับยา (Access)		ปริมาณยาที่ได้รับ (Amount)	R^2
			ED	H		
1	-0.076	-0.078	0.09	-0.179	0.134	0.054
2	0.023	-0.843	-0.455	0.228	0.155	0.89
3	0.049	-0.778	-0.319	0.203	0.13	0.703
4	-0.743	-0.094	-0.022	-0.087	0.049	0.573
5	-0.718	-0.083	0	-0.096	0.016	0.532
.
.
.
330	-0.14	-0.721	-0.37	0.092	-0.092	0.658
331	-0.149	-0.657	-0.38	0.058	-0.088	0.587
332	-0.602	-0.208	-0.222	0.034	0.205	0.49
333	-0.13	0.367	0.359	-0.62	-0.147	0.464
334	-0.646	-0.508	-0.053	-0.16	-0.08	0.719
335	0.244	0.213	-0.615	0.492	0.092	0.432
336	-0.241	-0.58	-0.555	0.229	-0.098	0.638
\bar{X}	-0.413	-0.188	-0.133	0.053	0.046	0.486
SD	0.326	0.238	0.234	0.195	0.200	0.244

หมายเหตุ ED คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ H คือ เลือกรับยาเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น
H&C คือ เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์ Standardized beta coefficients และ ค่าสารูปสนิทธิ (R²) ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบที่มีพจน์ scatter ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 336)

ID	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (Formulary)	ช่องทางการรับยา (Access)		ปริมาณยาที่ได้รับ (Amount)	R ²
			ED	H		
1	-0.073	-0.078	0.09	-0.179	0.136	0.054
2	0.032	-0.843	-0.455	0.228	0.159	0.892
3	0.056	-0.778	-0.319	0.203	0.133	0.704
4	-0.763	-0.094	-0.022	-0.087	0.04	0.586
5	-0.735	-0.083	0	-0.096	0.009	0.541
.
.
.
330	-0.143	-0.721	-0.37	0.092	-0.094	0.659
331	-0.147	-0.657	-0.38	0.058	-0.087	0.588
332	-0.657	-0.208	-0.222	0.034	0.183	0.589
333	-0.18	0.367	0.359	-0.62	-0.167	0.546
334	-0.647	-0.508	-0.053	-0.16	-0.081	0.719
335	0.212	0.213	-0.615	0.492	0.079	0.466
336	-0.314	-0.58	-0.555	0.229	-0.127	0.806
\bar{X}	-0.415	-0.188	-0.133	0.053	0.044	0.517
SD	0.331	0.238	0.234	0.195	0.201	0.234

หมายเหตุ ED คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ H คือ เลือกรับยาเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น

H&C คือ เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์ของพจน์ scatter (scatter standardized beta coefficients) และค่าสารูปสถิติ (R^2) ที่เปลี่ยนแปลงไป ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนาย โดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบที่มีพจน์ scatter ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($N = 336$)

ID	สัมประสิทธิ์พจน์ Scatter	Significant	R^2 ตัวใหม่	R^2 ที่เปลี่ยนแปลง	F value
1	-0.017	0.941	0.054	0	0.941
2	-0.051	0.506	0.892	0.002	0.506
3	-0.037	0.768	0.704	0.001	0.768
4	0.118	0.431	0.586	0.013	0.431
5	0.098	0.533	0.541	0.009	0.533
.
.
.
330	0.016	0.904	0.659	0.001	0.904
331	-0.013	0.932	0.588	0.001	0.932
332	0.32	0.04	0.589	0.099	0.04
333	0.292	0.072	0.546	0.082	0.072
334	0.008	0.947	0.719	0	0.947
335	0.187	0.273	0.466	0.034	0.273
336	0.417	0	0.806	0.168	0
\bar{X}	0.016	0.471	0.517	0.031	0.471
SD	0.179	0.290	0.234	0.050	0.290

ภาคผนวก ฉ ผลจากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N=311)

ตารางที่ 23 ค่าสัมประสิทธิ์ Standardized beta coefficients และ ค่าสารูปสนธิ (R²) ของคุณลักษณะ
ทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงใน
กลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการคิดแบบ compensatory (N=311)

ID	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (formulary)	ช่องทางการรับยา (access)		ปริมาณที่ได้รับ (amount)	R ²
			ED	H		
1	-0.076	-0.078	0.09	-0.179	0.134	0.054
2	0.023	-0.843	-0.455	0.228	0.155	0.89
3	0.049	-0.778	-0.319	0.203	0.13	0.703
4	-0.743	-0.094	-0.022	-0.087	0.049	0.573
5	-0.718	-0.083	0	-0.096	0.016	0.532
.
.
.
328	0.153	0.2	0.115	0.115	-0.404	0.267
329	0	-0.172	-0.546	-0.025	0	0.342
330	-0.14	-0.721	-0.37	0.092	-0.092	0.658
331	-0.149	-0.657	-0.38	0.058	-0.088	0.587
333	-0.13	0.367	0.359	-0.62	-0.147	0.464
334	-0.646	-0.508	-0.053	-0.16	-0.08	0.719
335	0.244	0.213	-0.615	0.492	0.092	0.432
\bar{X}	-0.417	-0.185	-0.134	0.053	0.036	0.487
SD	0.325	0.241	0.235	0.195	0.193	0.245

หมายเหตุ ED คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ H คือ เลือกรับยาเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น

H&C คือ เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ

ภาคผนวก ข ผลจากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)

ตารางที่ 24 ค่าสัมประสิทธิ์ Standardized beta coefficients และ ค่าสารูปสนิทธิ (R²) ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)

ID	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (Formulary)	ช่องทางการรับยา (Access)		ปริมาณยาที่ได้รับ (Amount)	R ²
			ED	H		
4	-0.743	-0.094	-0.022	-0.087	0.049	0.573
5	-0.718	-0.083	0	-0.096	0.016	0.532
6	-0.618	-0.417	-0.481	0.192	0.096	0.741
8	-0.518	-0.474	-0.456	0.365	0.251	0.731
10	-0.651	-0.096	-0.444	0.333	0.167	0.621
.
.
.
323	-0.444	-0.238	-0.196	-0.196	-0.118	0.383
324	-0.502	-0.114	0.131	-0.066	-0.393	0.433
325	-0.831	-0.204	-0.079	0	-0.039	0.741
332	-0.602	-0.208	-0.222	0.034	0.205	0.490
334	-0.646	-0.508	-0.053	-0.16	-0.08	0.719
\bar{X}	-0.604	-0.273	-0.181	0.055	0.084	0.618
SD	0.186	0.186	0.198	0.175	0.177	0.196

หมายเหตุ ED คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ H คือ เลือกรับยาเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น

H&C คือ เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ

ตารางที่ 25 ค่าสัมประสิทธิ์ Standardized beta coefficients และ ค่าสารูปสนิติ (R^2) ของคุณสมบัติ ทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบที่มีพจน์ scatter ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)

ID	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (formulary)	ช่องทางการรับยา (access)		ปริมาณยาที่ได้รับ (amount)	R^2
			ED	H		
4	-0.763	-0.094	-0.022	-0.087	0.04	0.586
5	-0.735	-0.083	0	-0.096	0.009	0.541
6	-0.594	-0.417	-0.481	0.192	0.106	0.76
8	-0.486	-0.474	-0.456	0.365	0.264	0.762
10	-0.656	-0.096	-0.444	0.333	0.165	0.622
.
.
.
323	-0.503	-0.238	-0.196	-0.196	-0.141	0.492
324	-0.554	-0.114	0.131	-0.066	-0.415	0.519
325	-0.824	-0.204	-0.079	0	-0.036	0.743
332	-0.657	-0.208	-0.222	0.034	0.183	0.589
334	-0.647	-0.508	-0.053	-0.16	-0.081	0.719
\bar{X}	-0.611	-0.273	-0.181	0.055	0.081	0.640
SD	0.189	0.186	0.198	0.175	0.178	0.187

หมายเหตุ ED คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ H คือ เลือกรับยาเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น
H&C คือ เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ

ตารางที่ 26 ค่าสัมประสิทธิ์ Standardized beta coefficients และ ค่าสารูปสนิติ (R^2) ที่เปลี่ยนแปลงไป ของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบที่มีพจน์ scatter ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนบรรดประโชชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (N = 182)

ID	สัมประสิทธิ์พจน์ Scatter	Significant	R^2 ตัวใหม่	R^2 ที่เปลี่ยนแปลง	F value
4	0.118	0.431	0.586	0.142	0.431
5	0.098	0.533	0.541	-0.001	0.533
6	-0.14	0.225	0.76	0.516	0.225
8	-0.18	0.12	0.762	0.611	0.12
10	0.029	0.836	0.622	-0.215	0.836
.
.
.
323	0.336	0.051	0.492	0.332	0.051
324	0.299	0.073	0.519	0.36	0.073
325	-0.045	0.699	0.743	0.042	0.699
332	0.32	0.04	0.589	0.45	0.04
334	0.008	0.947	0.719	-0.228	0.947
\bar{X}	0.042	0.474	0.640	0.143	0.474
SD	0.146	0.279	0.187	0.342	0.279

ภาคผนวก ข ผลจากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงในกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมี
แนวคิดแบบ compensatory (n = 169)

ตารางที่ 27 ค่าสัมประสิทธิ์ Standardized beta coefficients และ ค่าสารูปสนิทธิ (R²) ของ
คุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน ในตัวอย่างแต่ละราย ที่ได้จากการทำนายโดยเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิง
เส้นตรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ
compensatory (n = 169)

ID	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (formulary)	ช่องทางการรับยา (access)		ปริมาณยาที่ได้รับ (amount)	R ²
			ED	H		
4	-0.743	-0.094	-0.022	-0.087	0.049	0.586
5	-0.718	-0.083	0	-0.096	0.016	0.541
6	-0.618	-0.417	-0.481	0.192	0.096	0.76
8	-0.518	-0.474	-0.456	0.365	0.251	0.762
10	-0.651	-0.096	-0.444	0.333	0.167	0.622
.
.
.
322	-0.472	-0.212	-0.196	0.245	-0.073	0.323
323	-0.444	-0.238	-0.196	-0.196	-0.118	0.383
324	-0.502	-0.114	0.131	-0.066	-0.393	0.433
325	-0.831	-0.204	-0.079	0	-0.039	0.741
334	-0.646	-0.508	-0.053	-0.16	-0.08	0.719
\bar{X}	-0.604	-0.276	-0.183	0.058	0.072	0.620
SD	0.187	0.189	0.201	0.174	0.174	0.195

หมายเหตุ ED คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ H คือ เลือกรับยาเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น
H&C คือ เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ

ภาคผนวก ฅ คะแนนความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ด้านยาทั้ง 54 รูปแบบ

ตารางที่ 28 ระดับคะแนนความพึงพอใจในแต่ละรูปแบบของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ได้จากการทำนายโดยอาศัยค่า standardized beta coefficient จากเทคนิคสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอรรถประโยชน์สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตและมีแนวคิดแบบ

compensatory (N = 169)

รูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (formulary)	ช่องทางการรับยา (access)	ปริมาณยาที่ได้รับ (amount)	คะแนนความพึงพอใจ
P15	0	ALL	HOSRX	3	0.617
P18	0	ALL	HOSCLI	3	0.55
P14	0	ALL	HOSRX	2	0.545
P17	0	ALL	HOSCLI	2	0.478
P13	0	ALL	HOSRX	1	0.473
P16	0	ALL	HOSCLI	1	0.406
P12*	0	ALL	HOS	3	0.309
P11*	0	ALL	HOS	2	0.237
P10*	0	ALL	HOS	1	0.165
P6	0	ED	HOSRX	3	0.065
P9	0	ED	HOSCLI	3	-0.002
P5	0	ED	HOSRX	2	-0.007
P8	0	ED	HOSCLI	2	-0.074
P4	0	ED	HOSRX	1	-0.079
P7	0	ED	HOSCLI	1	-0.146
P3	0	ED	HOS	3	-0.243
P2	0	ED	HOS	2	-0.315
P1	0	ED	HOS	1	-0.387
P33	100	ALL	HOSRX	3	-59.783
P36	100	ALL	HOSCLI	3	-59.85

รูปแบบสิทธิประโยชน์ ด้านยา	การมีส่วนร่วม จ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (formulary)	ช่องทาง การรับยา (access)	ปริมาณยา ที่ได้รับ (amount)	คะแนน
P32	100	ALL	HOSRX	2	-59.855
P35	100	ALL	HOSCLI	2	-59.922
P31	100	ALL	HOSRX	1	-59.927
P34	100	ALL	HOSCLI	1	-59.994
P30	100	ALL	HOS	3	-60.091
P29	100	ALL	HOS	2	-60.163
P28	100	ALL	HOS	1	-60.235
P24	100	ED	HOSRX	3	-60.335
P27	100	ED	HOSCLI	3	-60.402
P23	100	ED	HOSRX	2	-60.407
P26	100	ED	HOSCLI	2	-60.474
P22	100	ED	HOSRX	1	-60.479
P25	100	ED	HOSCLI	1	-60.546
P21	100	ED	HOS	3	-60.643
P20	100	ED	HOS	2	-60.715
P19	100	ED	HOS	1	-60.787
P51	500	ALL	HOSRX	3	-301.383
P54	500	ALL	HOSCLI	3	-301.45
P50	500	ALL	HOSRX	2	-301.455
P53	500	ALL	HOSCLI	2	-301.522
P49	500	ALL	HOSRX	1	-301.527
P52	500	ALL	HOSCLI	1	-301.594
P48	500	ALL	HOS	3	-301.691
P47	500	ALL	HOS	2	-301.763
P46	500	ALL	HOS	1	-301.835
P42	500	ED	HOSRX	3	-301.935

รูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยา	การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing)	บัญชีรายการยา (formulary)	ช่องทางการรับยา (access)	ปริมาณยาที่ได้รับ (amount)	คะแนน
P45	500	ED	HOSCLI	3	-302.002
P41	500	ED	HOSRX	2	-302.007
P44	500	ED	HOSCLI	2	-302.074
P40	500	ED	HOSRX	1	-302.079
P43	500	ED	HOSCLI	1	-302.146
P39	500	ED	HOS	3	-302.243
P38	500	ED	HOS	2	-302.315
P37	500	ED	HOS	1	-302.387

หมายเหตุ * คือ รูปแบบสิทธิประโยชน์ด้านยาเดิมของข้าราชการ

ED คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ALL คือ ยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

HOS คือ เลือกรับยาเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น

HOSCLI คือ เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ

HOSRX คือ เลือกรับยาได้ที่โรงพยาบาล หรือ ร้านยา ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับรัฐ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นายธนเทพ วัฒนชยากร	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5110720029	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
เกศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2550

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการศึกษา ประเภททุนผู้ช่วยวิจัย จากกองทุนวิจัยคณะเกศาสตร
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2551

ทุนอุดหนุนการศึกษา ประเภททุนผู้ช่วยวิจัย จากกองทุนวิจัยคณะเกศาสตร
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2552