

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารหรือวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยจะกล่าวถึงแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเรื่องความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท)
2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ และแนวคิดการซื้อบริการสุขภาพของผู้บริโภค กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการโรงพยาบาลสงขลาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Willingness to Pay) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท)

การศึกษาถึงแนวคิดความยินดีในการจ่ายค่าบริการนั้นเนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก แนวทางการทบทวนแนวคิดความยินดีในการจ่ายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1.1 ความหมาย ความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Willingness to Pay) หมายถึง การที่ผู้บริโภคยินดีที่จะจ่าย เพื่อสินค้าหรือบริการซึ่งในทางทฤษฎีการบริโภคนั้นความยินดีในการจ่ายกับความสามารถในการจ่ายมักเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน บางครั้งมีความยินดีในการจ่ายแต่อาจไม่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการเนื่องจากมีการใช้จ่ายเงิน เพื่อซื้อสินค้า หรือบริการอื่นๆ หลายอย่าง (<http://www.gdrc.org/icm/terms-html>, 2002) ความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพเมื่อได้รับการบริการสุขภาพในแต่ละครั้ง หรือ ความยินดีที่จะจ่ายเมื่อสามารถหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคได้ หรือ ความยินดีที่จะจ่ายในระดับสูงสุดที่เขาจะจ่ายได้ (ศรัณยา บุณนาค, 2545) หรือ ความเต็มใจที่จะจ่ายเมื่อเกิดความพึงพอใจโดยพิจารณาแล้วว่าราคาค่าบริการเหมาะสมกับคุณภาพบริการ (สุภาภรณ์ ตั้งดำเนินสวัสดิ์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับอีกหลายแนวคิด ดังตาราง 1

ตาราง 1 สรุปแนวคิดความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ผู้เขียน/ที่มา	แนวคิดความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Willingness to Pay)
<p>http://www.princeton.edu/cgibin/byteserv.prl/~ota/disk3/3/1980/8011/801119.pdf, 2003.</p>	<p>ทางเศรษฐศาสตร์ ความยินดีในการจ่ายใช้เกี่ยวกับตัวเงินเพื่อประเมินค่าในการมีชีวิตที่ยืนยาวของแต่ละบุคคล หรือ ลดความเสี่ยงอื่นๆเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว</p>
<p>http://www.usaid.gov/pop_health/pop/news/involingcom.html, 2003</p>	<p>ความยินดีในการจ่ายของผู้ป่วยเพื่อการรับบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการและมีผลโดยตรงกับการพัฒนาบริการในคลินิก</p>
<p>Lewis, 2001</p>	<p>ผู้ป่วยพร้อมในการจ่ายและมีความยินดีในการจ่ายซึ่งประกอบด้วยประเด็นหลักคือจำนวนเท่าไรที่ต้องจ่าย ใครเป็นผู้จ่าย และค่าใช้จ่ายโดยทั่วไปมีความโปร่งใสดตรวจสอบได้ มีความเสมอภาคกันสามารถใช้ในการพัฒนาพื้นฐานการประกันของระบบสุขภาพ ค่าใช้จ่ายสามารถพิจารณาแตกต่างกันคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ขอบเขตการจ่ายเพื่อบริการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน 2) เป็นการกำหนดระดับค่าใช้จ่ายที่สูงในผู้ป่วยที่ร่ำรวยและช่วยเหลือสนับสนุนในรายที่ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ (ให้ฟรี) 3) การจ่ายเพื่อบริการสุขภาพผู้ป่วยใน ไม่ครอบคลุมวันนอนในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น 4) การจ่ายอย่างเป็นทางการเพื่อบริการของแพทย์เอกชนในโรงพยาบาลสาธารณะ 5) ประกันสุขภาพเพื่อครอบคลุมราคาและอื่นๆเป็นความรับผิดชอบโดยทั่วไปของผู้ป่วย
<p>Centros Medicos de Orientacion y Planificacion Familiar The Population Council, 1998</p>	<p>วิธีการของความยินดีในการจ่ายเป็นการประเมินสมมติฐานราคาค่าบริการหรือสินค้าตามความยินดีจ่ายของลูกค้า</p>

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้เขียน/ที่มา	แนวคิดความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Willingness to Pay)
Electronic Newsletter on Population, Health and Nutrition Issues Nutrition, 1995	ความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ จะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการ การใช้จ่าย และการใช้ประโยชน์สูงสุดของบริการสุขภาพไปพร้อมๆกัน

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่าแนวคิดเรื่องความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งเพื่อประเมินสมมติฐานความต้องการหรือความพึงพอใจสินค้าหรือบริการสุขภาพ และเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ความยินดีในการจ่ายเพื่อรับบริการทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ จากผลการศึกษาวิจัยในประเทศออสเตรเลียพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความยินดีจ่ายค่าบริการสูงขึ้นหากได้รับความพึงพอใจจากการดูแลด้านยา เช่นคำแนะนำการใช้จ่ายจากเภสัชกรชุมชน (Taytor et al., 2002) ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ จากจำนวนเงินที่ผู้มารับบริการยินดีจ่ายในแต่ละครั้งที่มารับบริการ

จากความคาดหวังของโครงการอยุธยา การเงินเพื่อสุขภาพของประชาชน จ่ายมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่ายได้ของประชาชน (ขึ้นอยู่กับรายได้ของแต่ละบุคคล) ผู้ที่มีรายได้มากมีความสามารถที่จะจ่ายเงินเพื่อสุขภาพได้มาก ผู้ที่มีรายได้น้อยก็มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการน้อย แต่ประชาชนมีความจำเป็นต้องได้รับบริการขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกัน ในระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลซึ่งสามารถสร้างให้เกิดการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพตามรายได้ ตามความสามารถที่จะจ่ายได้ของประชาชนหรือตามความยินดีในการจ่าย เช่น ระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพของเอกชน แต่เป็นการยากที่จะทำให้ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลยมีหลักประกันสุขภาพแบบสมัครใจได้ ดังนั้นรัฐบาลจึงมีโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นโดยให้ประชาชนร่วมจ่าย (cost sharing copayment) (30 บาท) เป็นสิ่งช่วยให้ประชาชนรู้สึกว่าการที่เข้ารับมีคุณค่าและป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น (over-utilization) (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541 ; ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ...; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542 ; สมชาติ โตรักษา, 2544 ; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2544 ; พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข กาญจนา เกียรติธนาพันธุ์ และเจด็จธรรมธอารี, 2546)

ในหลายประเทศยังให้ประชาชนร่วมจ่ายตามความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพซึ่งทำให้การใช้บริการสุขภาพของประชาชนเป็นไปตามความสามารถหรือความยินดีในการจ่าย เช่น ประเทศมาเลเซีย ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายครั้งละ 1 ริงกิตสำหรับผู้ป่วยนอก และ 5 ริงกิตสำหรับผู้ป่วยใน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544 ; ปรีดา แต่อารักษ์, 2542) แต่จะอย่างไรถึงจะทำให้คนยอมรับและมีความยินดีในการจ่ายทุกครั้งที่ได้ไปรับบริการ (กองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2541) บางคนมีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตนต้องการ (McKibbin, 1983) และมีความพึงพอใจหรือมีความยินดีจ่ายค่าบริการสุขภาพถึงร้อยละ 83.21 (Melvins, 1996) หรือยังต้องการใช้บริการสุขภาพตามความสามารถในการจ่ายหรือความยินดีในการจ่ายของตนเองอยู่อีกมาก (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2541) เช่น ต้องการใช้บริการจากคลินิกเอกชนร้อยละ 38 เพราะไม่ต้องเสียเวลารอคอย ชื่อยากินเองร้อยละ 70.10 แม้แต่ใช้สมุนไพรร้อยละ 3.78 ผู้บริโภคเข้ารับบริการของโรงพยาบาลเอกชนต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงก็ยินดีจ่าย เพื่อแลกกับบริการที่ตนได้รับ และคาดหวังที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมกับราคาค่าบริการ (สุภาพรณ์ ตั้งดำเนินสวัสดิ์, 2546) สอดคล้องกับผลการศึกษาความยินดีจ่ายค่าบริการสุขภาพในประเทศจอร์แดน พบว่าประชาชนมีความยินดีจ่ายเพื่อคุณภาพบริการ จำนวนของแพทย์/พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 50 เพื่อการได้รับยาที่ทันสมัย ร้อยละ 42 และเพื่อลดเวลาในการรอคอยบริการสุขภาพ ร้อยละ 34 ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นเงินเฉลี่ย 2,300 ฟิล (US\$ 3.24) ต่อเดือนต่อครอบครัว (Dwayne, 1999) และผลการศึกษาประชาชนร้อยละ 83 มีความยินดีในการจ่ายเพื่อการตัดสินใจเลือกการรักษาหรือทางเลือกในการรักษา และร้อยละ 62 ยินดีจ่ายเพื่อการได้รับความสะดวกสบายในด้านการดูแลรักษา (Flower et al., 2002) ผลการศึกษาความยินดีในจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชนในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่จะมีความยินดีในการจ่ายด้านการรักษาโรคมกกว่าด้านการป้องกันโรค คิดเป็นเงินประมาณ 223-665 US\$ โดยความยินดีจ่ายนี้ มีนัยสำคัญว่าจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และรายได้ของครอบครัว แต่ความยินดีในการจ่ายไม่มีนัยสำคัญ กับ เพศ หรือระดับการศึกษา (Hammitt, 2002) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาเรื่องความยินดีในการจ่ายเพื่อหลักประกันสุขภาพพื้นฐานของชุมชนในประเทศเบอร์ลินา ฟาโซ ของแอฟริกาตะวันตก พบว่าประชาชนที่มีรายได้ที่สูง เพศชายและอายุน้อย จะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพสูง รวมทั้งสัมพันธ์กับรายคาษาที่สูง ระดับการศึกษาสูงด้วย และผลการศึกษายังสรุปว่าความยินดีในการจ่ายเป็นการบอกลถึงการจะนำไปสู่การจัดสรรเงินสนับสนุนหลักประกันสุขภาพได้ (Dong, Kouyate and Sauerborn, 2001) จากการประชุมของธนาคารโลกพบว่า ถ้ามีการให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ครอบครัวที่มีรายได้น้อย จะใช้บริการมากและอาจมีการเก็บสะสมยาไว้และผู้มาใช้บริการไม่ได้ยากจน รวมทั้งอาจทำให้

ประชาชนไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง หรือไปใช้บริการเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม เมื่อตนเองมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการ (วิจิตร ระวังค์ และคณะ, 2543) ถ้าหากใช้ความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ จะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการ การใช้จ่ายและการได้ใช้ประโยชน์สูงสุดของบริการสุขภาพไปพร้อมๆกัน (Electronic Newsletter on Population, Health and Nutrition Issues Population, Health and Nutrition, 1995)

ตาราง 2 ตัวอย่างภาระการร่วมจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพของประชาชนในต่างประเทศ

ประเทศ	ภาระการเงินของประชาชน
ออสเตรเลีย	ค่ายาฟรี ประชาชนจ่ายค่าบริการที่แผนก GP ร้อยละ 15 แผนก OP ร้อยละ 25 และการรักษาฟันร้อยละ 15
สหรัฐอเมริกา	ใช้ระบบซื้อประกันผู้ป่วยจ่ายก่อนเบิกคืนที่หลัง
มาเลเซีย	ผู้ที่มีความสามารถจ่ายค่าบริการได้สามารถเลือกบริการได้ทั้งของรัฐบาลและเอกชน ผู้มีรายได้น้อยพึ่งบริการของรัฐ หากรับบริการรักษาระดับปฐมภูมิจากสถานบริการของรัฐที่คลินิกชนบท (ระดับหมู่บ้าน) คลินิกสุขภาพ (ระดับตำบล) ไม่เสียค่าใช้จ่าย ถ้าระดับอำเภอ เสียครั้งละ 1 ริงกิต สำหรับผู้ป่วยใน 5 ริงกิต ส่วนการไปใช้บริการเอกชนเสียค่าใช้จ่ายเอง
ไต้หวัน	ผู้ป่วยจ่ายร้อยละ 10-30
เกาหลีใต้	ผู้ป่วยต้องจ่ายในการรับบริการสุขภาพในสัดส่วนร้อยละ 55
ญี่ปุ่น	ผู้ป่วยจ่ายร้อยละ 20

ที่มา : เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2544

จากผลการศึกษาประชาชนร้อยละ 70 ขึ้นไปไม่มีปัญหาในการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (อรพินท์ บุญาค และ อัจฉรา เอ็นซ์, 2538) และจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของประชาชนชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเรื่องการร่วมจ่ายปรากฏว่า ราคาค่าบริการร่วมจ่ายควรเท่ากับ 70 บาท /ครั้ง (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) และจากศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาพบว่าราคาร่วมจ่ายเท่ากับ 96.80 บาท (นิลเนตร วีระสมบัติ, 2543) แต่นับจาก วันที่ 1 ตุลาคม 2544 รัฐบาลได้ประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) กับโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลสงขลาซึ่งรับนโยบายและดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว

ด้วยซึ่งในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่านจากรายงานผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พฤษภาคม 2544 (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขึ้นพื้นฐานของประชาชนมิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...”

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ได้นั้นประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” นั้น จึงจะต้องสนับสนุนการสร้างเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าวให้เกิดขึ้นด้วย ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการตามความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพหรือตามความสามารถในการจ่ายเพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงซึ่งสำหรับหลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นประกอบด้วย

(1) กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน ควรมีส่วนร่วมจ่าย ค่าบริการสุขภาพ ร่วมกันเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพตามความสามารถในการจ่ายหรือความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพในระดับที่สมเหตุสมผล (สงวนนิตยารัมภ์พงศ์, 2541 ; ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ....; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542 ; สมชาติ โตรักษา, 2544; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2544) ดังนั้นการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพจึงน่าจะเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของประชาชนกับรัฐบาล ตามหลักการนี้และประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินในการรับบริการสุขภาพในทุกระบบ (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543)

(2) ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้

บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจและใกล้บ้าน/ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว ซึ่งน่าจะมีอิทธิพลกับการใช้บริการสุขภาพของประชาชนต่อไป

(3) สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งจะ เป็นความต้องการของประชาชนมีผลกับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชน (Dwayne , 1999)

(4) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการกับสถานพยาบาลอื่นต่อไป การสนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน

(5) ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินไป ดังนั้นการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ตามความสามารถในการจ่ายหรือตามความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพในระดับที่สมเหตุสมผลโดยจ่ายเพียงส่วนน้อย (co-payment) และยังเป็นสิ่งช่วยให้ประชาชนรู้สึกว่าการที่ได้รับมีคุณค่าและป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541 ; ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ...; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542 ; วิจิตร ระวีวงศ์, 2543 ; สมชาติ โตรักษา, 2544 ; ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2544) ส่วนกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance payment)

สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

ระบบประกันสุขภาพอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการให้บริการ)

ในด้านงบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาล งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อประชากร (เฉพาะประชาชนที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคมและสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งมีประมาณ 46.6 ล้านคน) สำหรับงบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาลจริงจะเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร โดยนอกจากงบประมาณสำหรับการลงทุนแล้ว ยังกั้นงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (รวม 150.40 บาทต่อประชากร) จากยอดเงิน 1,202.40 บาทไว้เป็นกองทุนที่ส่วนกลาง ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่าน สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะทำหน้าที่บริหารงบกองทุนดังกล่าว ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) และหากประชาชนร่วมจ่ายได้ตามความยินดีในการจ่ายก็จะเป็นการช่วยงบประมาณการจัดการของโรงพยาบาลได้ โดยจากผลการศึกษาในปี 2542 หลักประกันที่รัฐจัดให้ในรูปสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการต้องจ่ายเงินสนับสนุนต่อรายสูงที่สุดประมาณ 2,106 บาทต่อคนต่อปี รองลงมาคือ การประกันสังคม 1,284 บาทต่อคนต่อปี ส่วนหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา (หลักประกันสุขภาพแบบมีท.และไม่มีท.ในปัจจุบัน) ได้งบประมาณสนับสนุนเพียง 272 บาทต่อคนต่อปี (สุทธิสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2543)

(6) สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วยกลไกหลักๆ 3 โครงการ ซึ่งมีบทบาทในด้านการให้หลักประกันด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ โครงการทั้งสาม ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนประกันสังคม และโครงการ 30 บาท (วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชญา ณ ระนอง, 2545) ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ สามารถสรุปย่อๆ ในตาราง 3 เพียงบางส่วนเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

ตาราง 3 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่างๆ

ประเภทบริการ	กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	โครงการ 30 บาท
ความคุ้มครอง	ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรส บุตร 3 คน)	พนักงานลูกจ้างของเอกชนที่เจ็บป่วยหรือประสบอันตราย	บุคคลที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากประกันสุขภาพอื่น

ตาราง 3 (ต่อ)

ประเภทบริการ	กลุ่มข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	โครงการ 30 บาท
การใช้สิทธิ	ใช้สิทธิในสถานพยาบาล ของรัฐทุกแห่ง	ใช้สิทธิได้เฉพาะสถาน พยาบาลที่ระบุในบัตร รับรองสิทธิ สถาน พยาบาลอื่นต้องสำรอง จ่าย	ได้สิทธิเฉพาะสถาน พยาบาลประจำครอบครัวที่โครงการกำหนด ให้
การร่วมจ่ายค่า บริการ	ไม่ต้องจ่าย(แต่มีเพดานค่า ห้องและอาจต้องจ่ายค่ายา นอกบัญชียาหลักเอง)	ไม่ต้องจ่าย	-จ่าย 30 บาทต่อครั้งกรณี (บัตรไม่มีท.)และจะยก เว้น(บัตรมีท.)คือกลุ่ม สปร.เดิมเช่น ผู้สูงอายุ เด็กอายุ0-12 ปี ภิภษ สามเณร ทหารผ่านศึก ไม่ต้องจ่าย 30 บาท -จ่ายค่ายานอกบัญชียา หลักและค่าห้องพิเศษ เอง
การใช้ยานอก บัญชียาหลัก	ปกติไม่ได้สิทธิ(ยกเว้น กรณี ที่คณะกรรมการ แพทย์ของโรงพยาบาลลง ความเห็นว่ามีความจำเป็น	ได้สิทธิ(ขึ้นกับการตัด สินใจของผู้ให้บริการซึ่ง เป็นผู้ถือเงินด้วย)	ไม่ได้สิทธิ
โรคเรื้อรังและ มีค่าใช้จ่ายสูง	การรักษาได้สิทธิเบิกตาม การจ่ายจริง ยกเว้นค่า อาหารห้องพิเศษ อวัยวะ เทียมและอุปกรณ์ในการ บำบัดรวมทั้งค่าซ่อมแซม ให้เบิกตามที่กำหนด	ตามหลักเกณฑ์ที่ได้ กำหนดในหมวดการ รักษาพยาบาลที่อยู่นอก การเหมาจ่าย หรือ ประเภทโรคที่ต้องการ ใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง	ได้สิทธิตามเงื่อนไขที่ กำหนด รวมการใช้ยา ต้านไวรัสเอดส์ อวัยวะ เทียมและอุปกรณ์(ทั้ง ภายในและนอกร่างกาย

ตาราง 3 (ต่อ)

ประเภทบริการ	กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	โครงการ 30 บาท
เมื่อใช้บริการผู้ป่วยนอก	ใช้บริการได้กับสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งแต่ต้องสำรองจ่ายไปก่อนแล้วนำใบเสร็จมาเบิกคืนภายหลังจากต้นสังกัด	ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งของรัฐและเอกชนที่ระบุในบัตรรับรอง โดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า ยกเว้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุแล้วไม่สามารถเข้าไปสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ์ เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลใดก็ได้แต่ต้องสำรองจ่ายไปก่อนและเบิกคืนได้ตามวงเงินที่กำหนดจำกัด และไม่เกินปีละ 2 ครั้ง	ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและตนเองได้ขึ้นทะเบียนไว้ โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า
การใช้บริการผู้ป่วยใน	ใช้ได้ในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ยกเว้น ค่าอาหารค่าห้องพิเศษ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรวมทั้งค่าซ่อมแซม เบิกตามที่กำหนด	ใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่ผู้ประกันตนเลือกเท่านั้น	ใช้บริการจากโรงพยาบาลลงทะเบียนเท่านั้น
ค่าห้องพิเศษ	ได้สิทธิ์ไม่เกินวันละ 600 บาทเบิกได้ 13 วันยกเว้นมีกรรมการแพทย์รับรอง	ได้สิทธิ์ไม่เกินวันละ 700 บาท	ไม่ได้สิทธิ์ ต้องจ่ายเต็มจำนวน

ทั้งนี้ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์จากสามกองทุนหลัก สามารถสรุปได้ประเด็นดังต่อไปนี้ (วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชญา ณ ระนอง, 2545)

1. เงื่อนไขการใช้สิทธิทั่วไป

1.1 ข้าราชการใช้สิทธิได้ในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง แต่ไม่สามารถใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินและเข้าเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น

1.2 โครงการประกันสังคมใช้สิทธิได้เฉพาะหน่วยบริการที่ลงทะเบียน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉินจะใช้สิทธิสถานพยาบาลอื่นได้แต่ในวงเงินจำกัด) โดยผู้ประกันตนมีสิทธิ์เลือกสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ (รัฐหรือเอกชน) ได้ปีละครั้ง

1.3 โครงการ 30 บาท ใช้ได้เฉพาะหน่วยบริการที่ลงทะเบียน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉินจำเป็นใช้สิทธิวงจำกัดที่สถานพยาบาลอื่นที่อยู่ในโครงการ) โดยในปัจจุบัน (พ.ศ. 2545) ผู้ที่ได้รับสิทธิยังไม่มีสิทธิ์เลือกสถานพยาบาล)

2. ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ (วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชญา ณ ระนอง, 2545)

2.1 ความครอบคลุมที่เพิ่มเติมจากตัวผู้มีสิทธิ 1) สวัสดิการข้าราชการครอบคลุมตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ และยังรวมไปถึงครอบครัวซึ่งโดยเฉลี่ยความครอบคลุมจะขยายจากตัวผู้มีสิทธิเพิ่มอีก 6 คน คือบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรอีก 3 คนของผู้มีสิทธิ สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัวผู้มีสิทธิในสวัสดิการฯของข้าราชการยังไม่สามารถกระทำได้เทียบเท่าตัวข้าราชการผู้มีสิทธิโดยตรง ยกเว้นการตรวจสุขภาพประจำปี 2) ประกันสังคม ให้สิทธิเฉพาะบุคคลแก่ผู้ประกันตนเท่านั้น 3) โครงการ 30 บาท ให้สิทธิเฉพาะบุคคล (แต่ให้สิทธิคนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิอื่น)

2.2 การสำรองจ่ายก่อนเมื่อเข้ารับบริการ ได้แก่ 1) ข้าราชการและครอบครัวที่รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในในโรงพยาบาลรัฐไม่ต้องสำรองจ่ายก่อน แต่เมื่อเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกต้องสำรองจ่ายไปก่อน แต่สามารถเบิกค่ารักษาได้ตามจ่ายจริง 2) หลักประกันอื่นไม่ต้องสำรองจ่าย ยกเว้น การใช้สิทธิกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินของประกันสังคมเมื่อไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิได้ ผู้ใช้สิทธิต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วนำหลักฐานมารับเงินคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ

2.3 การร่วมจ่ายค่าบริการ ประกอบด้วย 1) สวัสดิการข้าราชการไม่ต้องร่วมจ่าย (ยกเว้นค่ายาในบางกรณี และค่าห้องเกินเพดานที่กำหนดแต่โดยทั่วไปจะไม่เกินเพดานที่กำหนด) 2) ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุนร่วมกับนายจ้างและรัฐในอัตรา

ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน(คิดจากฐานเงินเดือนไม่เกิน 15,000 บาท) 3) โครงการ 30 บาทผู้ใช้สิทธิ ต้องร่วมจ่าย 30 บาท ต่อการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง (ยกเว้นเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้มีสิทธิ สปร. เดิมอื่นๆ)

2.4 การใช้บริการในฐานะผู้ป่วยใน คือ 1) ข้าราชการและครอบครัวเข้ารับการรักษา ประเภทคนไข้ในแต่ละครั้งได้ไม่เกิน 13 วัน ยกเว้นมีคณะแพทย์ให้การรับรองว่าจำเป็นต้องรับการรักษาตัวประเภทผู้ป่วยในต่อไป 2) โครงการประกันสังคมและโครงการ 30 บาท จะคล้ายคลึงกัน คือระยะเวลาในการพักรักษาตัวตามสิทธิประเภทคนไข้ในได้ไม่เกิน 180 วัน ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชญา ณ ระนอง, 2545)

สำหรับการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรเตรียมสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดตั้ง “คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และ “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นเพื่อดูแลเรื่องการเตรียมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นเป็นการเฉพาะโดยมีนายรัฐมนตรีเป็นประธานของคณะกรรมการ สำนักงานจะจัดตั้งขึ้นภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี โดยภารกิจของสำนักงานจะเสร็จสิ้นเมื่อมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะเป็นองค์กรถาวร เพื่อบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (<http://www.moph.go.th/nutri/1675/new1675/html/nmeu18/nm1801.html>, 2545)

ส่วนโครงสร้างการบริหารงาน เพื่อพัฒนาโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท จะไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้งของการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้น ตามแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (<http://www.moph.go.th/comhospital/280744/3strategy.html>, 2545) ซึ่งก่อนมีโครงการดังกล่าวได้มีการศึกษาการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดอยุธยาปรากฏว่าค่าบริการร่วมจ่ายควรเท่ากับ 70 บาท/ครั้ง (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) และ การศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาเท่ากับ 96.80 บาท/ครั้ง (นิลเนตร วีระสมบัติ, 2543) และหลังจากดำเนินการโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 จนถึงปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงความคิดเห็นของประชาชน ควรร่วมจ่ายเท่าไรและมีความยินดีหรือความเต็มใจในการจ่ายค่าบริการสุขภาพที่เห็นว่าเหมาะสมกับคุณภาพบริการที่ได้รับเป็นอย่างไร

สรุปว่าแนวคิดความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ สำหรับผู้มารับบริการ คือ ความยินดีในการจ่ายเมื่อมารับบริการสุขภาพแล้วรับรู้ถึงคุณภาพบริการที่ได้รับ หรือ บริการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งเป็นวิธีการประเมินราคาค่าบริการตามความยินดีในการจ่ายของผู้มารับบริการ และประเมินสมมติฐานความต้องการหรือ ความพึงพอใจสินค้าหรือบริการสุขภาพ ภายใต้โครงการหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความยินดีในการจ่ายค่าบริการนั้นยังเป็นการมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพ ป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น และ เป็นสิ่งช่วยให้ประชาชนรู้สึกว่าการที่ตนได้รับมีคุณค่า และยังเป็นสิทธิของประชาชนที่จะมีทางเลือกในการใช้บริการและมีส่วนร่วมจ่ายตามความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพหรือตามศักยภาพความสามารถในการจ่ายของแต่ละบุคคล

1.2 ความหมายความยินดีในการจ่ายในทางเศรษฐศาสตร์ ราคาบริการด้านสุขภาพ และการร่วมจ่ายค่าบริการ

ความยินดีจ่ายหรือความเต็มใจจ่าย คือส่วนต่างระหว่างจำนวนเงินที่บุคคลเต็มใจจ่าย เป็นค่าซื้อสินค้า หรือ บริการจำนวนหนึ่งๆ กับจำนวนเงินที่เข้าต้องการจ่ายจริง ณ ระดับราคาที่ปรากฏอยู่ในตลาดนั้น ซึ่งเป็นแนวคิดส่วนเกินของผู้บริโภค (consumer's surplus) ที่ชี้ให้เห็นประสิทธิภาพของการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ (นราทิพย์ ชุตินวงศ์, 2537)

ราคา (price) ของสินค้าและบริการต่างๆตามหลักเศรษฐศาสตร์จะหมายถึง จำนวนเงินที่ผู้บริโภคจะต้องจ่าย (ให้แก่ผู้ผลิต/ผู้ขาย) เพื่อแลกกับสินค้าและบริการนั้นๆ ราคาสินค้าและบริการส่วนใหญ่มักจะถูกกำหนดด้วยต้นทุน (cost) ในการผลิตสินค้าหรือบริการนั้นๆ บวกด้วยกำไร (profit) จำนวนหนึ่ง โดยราคาที่เหมาะสมจะถูกกำหนดด้วยกลไกตลาด (market mechanism) ที่มีผู้ผลิตสินค้า/บริการและผู้บริโภคจำนวนมากพอ และมีการแข่งขันกันอย่างเสรี (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2546 อ้างตาม Paish, 1967 ; Mooney, 1994)

การจ่ายเงินของผู้บริโภคในการรับบริการด้านสุขภาพเป็นการจ่ายเพื่อรับภาระต้นทุนบางส่วนของการบริการเท่านั้น บางครั้งจึงเรียกว่าเป็น “การร่วมจ่ายค่าบริการเท่านั้น (cost sharing)” เพราะต้นทุนของการบริการบางส่วนถูกจ่ายโดย รัฐ หรือ บริษัทประกันสุขภาพ

รูปแบบของการร่วมจ่ายค่าบริการ ซึ่งการร่วมจ่ายค่าบริการ สามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบหลักๆ คือ 1) deductible หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายก่อนที่สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพจะมีผลครอบคลุม 2) co-payment หมายถึง จำนวนเงินคงที่ (flat amount) ที่ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพต้องจ่ายในแต่ละครั้งที่มารับบริการ 3) co-insurance หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพจะต้องจ่าย จะจ่ายในสัดส่วนที่แน่นอนของราคาค่ารักษาพยาบาล เช่น ร้อยละ 10 ร้อยละ 20 ของราคาค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการร่วมจ่ายอื่นๆ อีก เช่น 1) benefit maximum หมายถึง จำนวนเงินสูงสุดที่จะสามารถเบิกคืนได้จากบริษัทประกันสุขภาพในระยะเวลาที่กำหนด ส่วนเกินจากนั้นผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง 2) out of pocket maximum หมายถึง จำนวนเงินสูงสุดที่ผู้มีสิทธิจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองภายในระยะเวลาที่กำหนด ค่าใช้จ่ายที่เกินกว่านี้จะต้องรับผิดชอบโดยบริษัทประกัน 3) extra billing หมายถึง ผู้มีสิทธิเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บในส่วนที่ไม่สามารถเบิกได้จากบริษัทประกัน

4) pharmaceutical reference pricing หมายถึง ราคาเวชภัณฑ์แต่ละประเภทที่บริษัทประกันกำหนดให้สามารถเบิกจ่ายได้ ส่วนที่เกินกว่านี้ ผู้มีสิทธิเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง 5) coverage exclusions หมายถึง บริการที่ไม่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ (รวมถึงการไม่ใช้บริการตามระบบที่กำหนดด้วย เช่น ข้ามขั้นตอนนี้ไปรับบริการโดยไม่จำเป็น) ผู้มีสิทธิเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง (พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, 2546 อ้างตาม WHO, 1996)

วัตถุประสงค์ของการร่วมจ่ายค่าบริการ สำหรับประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การร่วมจ่ายค่าบริการจะถูกใช้เป็นเครื่องมือทางนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (efficiency) และควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ(cost containment) การร่วมจ่ายค่าบริการ ช่วยให้ระบบเกิดความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability) มากขึ้น (พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, 2546 อ้างตาม Nolan, 1997)

การร่วมจ่ายค่าบริการเป็นการตัดสินใจในการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเดิมประเทศต่างๆ มักจะมองว่า “สุขภาพ” และ “บริการสุขภาพ” เป็น “สิทธิ” ของประชาชนทุกคน และพยายามจัดบริการในลักษณะที่ให้ “ฟรี” กับประชาชน แต่การจัดบริการในลักษณะดังกล่าวได้สร้างภาระงบประมาณให้กับรัฐบาลอย่างมาก ทั้งๆ ที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีความสามารถ และมีความยินดีที่จะจ่ายค่าบริการ (พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, 2546)

การร่วมจ่ายค่าบริการ ตามความยินดีในการจ่าย ยังมีส่วนกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในส่วนของผู้ให้บริการ ทำให้ผู้ให้บริการลดการสั่งใช้ยาเกินความจำเป็น (over-prescription) เพราะผู้ให้บริการทราบว่าผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่ายา ผู้ให้บริการยังมีแนวโน้มที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (performance) มากขึ้น หากค่าตอบแทนผู้ให้บริการสัมพันธ์กับรายได้จากค่าบริการดังกล่าว และการร่วมจ่ายค่าบริการ มีผลทำให้ประชาชนรู้สึกว่าการบริการนั้นมีคุณภาพ (พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, 2546 อ้างตาม World Bank, 1987 ; Collins et al., 1995) ขณะที่บริการที่ “ฟรี” อาจทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นบริการที่ด้อยคุณภาพไป

ปัญหาของการดำเนินงานระบบการจ่ายค่าบริการ/ร่วมจ่ายค่าบริการ ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาระบบหรือโครงสร้างการเก็บค่าบริการ ระบบในพื้นที่ขาดศักยภาพในการบริหารจัดการ ด้านการเงินและระบบการจัดเก็บค่าบริการ ขาดระบบการสนับสนุนที่เข้มแข็ง บริการด้อยคุณภาพ ทำให้ประชาชนไม่เต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ ข้อจำกัดของบริบท เช่น ประชาชนขาดประสบการณ์ในการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณะ ทำให้ไม่ยินดีที่จะจ่าย

ในการพัฒนาระบบการร่วมจ่ายค่าบริการ มี 4 ประเด็นที่ควรพิจารณาคือ 1) บริบทของการดำเนินงาน (context of implementation) 2) ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินงาน (actors influenced by implementation) 3) รายละเอียดของชุดนโยบาย (content of policy package) และ

4) กระบวนการดำเนินงาน (process of implementation) ควรให้มีการร่วมจ่ายในบริการที่จับต้องได้ (tangible product) เช่น การร่วมจ่ายค่ายา เนื่องจากประชาชนจะมีความเต็มใจ (willingness to pay) มากกว่า (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2546 อ้างตาม Kutzin, 1995 ; Gilson, 1997)

การร่วมจ่ายค่าบริการในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะไม่กำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่าบริการสำหรับบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วนบริการที่อยู่นอกชุดสิทธิประโยชน์ ประชาชนผู้มีสิทธิจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง การร่วมจ่ายค่าบริการที่มีการกำหนดไว้ชัดเจน เช่น การร่วมจ่ายค่าบริการ ก่อนปี พ.ศ.2540 ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว ในการใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน ต้องร่วมจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ผู้ที่เป็นผู้ประกันตน กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน (work related illness) โดยกองทุนเงินทดแทนจะรับผิดชอบค่ารักษายาพยาบาลในวงเงิน 30,000 บาท (benefit maximum) ค่ารักษายาพยาบาลในส่วนที่เกินกว่า 30,000 บาท ผู้ป่วยจะต้องรับภาระเอง สำหรับการใช้บริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพ (บัตร 500 บาท) การร่วมจ่ายค่าบริการ ร้อยละ 90 กรณีที่ไม่ต้องการใช้สิทธิ หรือใช้สิทธิเกินเงื่อนไขที่กำหนด เนื่องจากในระยะแรกกำหนดให้สามารถใช้สิทธิได้ไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี และวงเงินค่ารักษายาพยาบาลต่อครั้งไม่เกิน 2,000 บาท (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2546 อ้างตาม เทียนฉาย กิระนันท์, 2536)

หลังวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 รัฐบาลพยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการที่มีอัตราเพิ่มขึ้นแต่ละปีกว่าร้อยละ 20 ทำให้มีการกำหนดมาตรการให้มีการร่วมจ่ายค่าบริการเพิ่มเติม คือ 1) การร่วมจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 2) จำกัดจำนวนวันที่สามารถเบิกค่าห้องและค่าอาหารของโรงพยาบาล (ไม่เกิน 9 วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และ 13 วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี) และ 3) การยกเว้นการเบิกจ่ายค่าบริการ หรือ ค่าธรรมเนียมพิเศษ ของคลินิกนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลของรัฐ

เมื่อมีการดำเนินงานโครงการ (30 บาทรักษาทุกโรค) หรือ “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้กำหนดไว้ชัดเจนว่า จะมีการเรียกเก็บเงิน 30 บาทต่อครั้งที่มาใช้บริการ เป็นค่าธรรมเนียมการใช้บริการไม่ใช่ค่าบริการ การเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการ ดังกล่าวก็เพื่อป้องกันมิให้มีการใช้บริการเกินความจำเป็น โดยจะเก็บในอัตราเดียวกันทั้งประเทศ ทั้งนี้มีแนวทางเบื้องต้นในการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมดังนี้ (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2546 อ้างตาม สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) 1) ให้มีการเรียกเก็บ 30 บาทต่อครั้งที่มาใช้บริการ ไม่ว่าจะเป็นบริการผู้ป่วยนอก หรือ บริการผู้ป่วยใน และให้มีการเรียกเก็บเพียง

ครั้งเดียวตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการรักษา ไม่ว่าจะมีการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นหรือไม่ก็ตาม 2) กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง ให้สถานพยาบาลพิจารณาตามความเหมาะสม แต่จะต้องไม่เรียกเก็บบอ้ยครั้งจนทำให้เป็นภาระแก่ผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการตามนัดได้ 3) กรณีผู้ป่วยโรคเฉียบพลันที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง เช่น การนัดเพื่อติดตามผลการรักษา การล้างชำระบาดแผลกรณีอุบัติเหตุ ฯลฯ ถือว่าอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาลให้พิจารณาเก็บค่าธรรมเนียมการเพียงครั้งเดียวในครั้งแรกที่มารักษาพยาบาล 4) ไม่มีการเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำหรับกรยกเว้นค่าธรรมเนียมกับกลุ่มบุคคลดังต่อไปนี้ 1) ผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งเมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีสิทธิดังกล่าวจะได้รับ “บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ทดแทน “บัตรสปร.” เดิม โดยจะมีสัญลักษณ์เฉพาะ (เพิ่มอักษร ท นำหน้าหมายเลขในบัตร) เพื่อให้สถานพยาบาลยกเว้นไม่เก็บค่าธรรมเนียม 2) ผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากโครงการอื่นๆ ที่รัฐได้จัดไว้ให้ก่อนหน้าที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ และแนวคิดการซื้อบริการสุขภาพของผู้บริโภค กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการ

การศึกษาพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมผู้บริโภค และความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ ได้มีการอ้างอิงจากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) พฤติกรรมกรแสวงหาบริการสุขภาพ (Health Seeking Process) พฤติกรรมของผู้บริโภคกับความยินดีในจ่ายเพื่อซื้อบริการโดย มีรายละเอียดดังนี้

2.1 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย 2) พฤติกรรมกรป้องกันโรค 3) พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย เช่นการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) การไปตรวจตามนัด การยินดีให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมดูแล สำหรับองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่ง que แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพ 2) พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา เกี่ยวข้องกับการใช้ความ

สามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง เช่น การพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย และลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มี 2 ลักษณะคือ 1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคล 2) พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสีย (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว จะส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

2.2 พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ (Health Seeking Behavior) หรือพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อสนองตอบต่อสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายเมื่อบุคคลรู้ตัวว่าป่วยหรือมีอาการผิดปกติจากประสบการณ์ของตนเองโดยแสดงพฤติกรรมแสวงหา คือการรักษาพยาบาล หรือการไม่ทำอะไรเลยจนกว่าจะหายเอง รวมทั้งการหลบหนีจากสังคม การปฏิบัติตัวของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ 1) ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค 2) ระยะเวลาอาการแสดง 3) วิธีการรักษาทางยา 4) การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค 5) วิธีการรักษาพยาบาล ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวสังคม ความใส่ใจในสุขภาพ ทางเลือกการดูแลสุขภาพ และสถานบริการที่มีอยู่ในชุมชน (Kleinman, 1980 ; Good and Good, 1981) ดังนั้น การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายจะทำได้หลายอย่าง ไม่เฉพาะการไปพบแพทย์เพียงอย่างเดียว จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขั้นแรกกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองอยุธยา พบว่า ร้อยละ 45.5 ซื่อยากินเอง (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2541) เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย บุคคลจะรับรู้ลักษณะว่าตนเองเป็นอะไร มีลักษณะรุนแรง เรื้อรัง หรือเฉียบพลัน เป็นการตีความจากอาการที่ปรากฏ จะขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม หลังจากนั้นก็จะเปลี่ยนเป็น ขอคำปรึกษาจากคนอื่น หรือไปสู่งการรักษา ซึ่งบุคคลอาจจะเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งหรืออาจจะเกิดขึ้นพร้อมกันซึ่งมี ญาติ เพื่อน หรือผู้ปกครองจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (Chrisman and Klienman, 1983) พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา เป็นความคาดหวังของบุคคลที่เชื่อว่าการรักษาที่ตนตัดสินใจเลือกนั้นเป็นสิ่งที่ดีกว่า หวังผลประโยชน์สูงสุด (วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และคณะ, 2539) ซึ่งรวมถึงความคุ้มค่ากับการจ่ายหากมีการรักษาได้ผลหรือหายป่วยจึงมีความยินดีในการจ่ายกับทางเลือกนั้น

พฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขที่มีแหล่งบริการและวิธีการรักษาพยาบาลให้เลือกหลายๆแหล่ง มีปัจจัยพื้นฐานสำคัญ คือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือรุนแรงปานกลาง เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการหรือวิธีการรักษานั้น

2. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา และการดูแลตนเองแต่จะคำนึงถึงความคิดของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านด้วย

3. ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา (Young, 1981)

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพของโกรสส์ (Gross) (กรรณิการ์ พินิจ, 2544 อ้างตาม Gross, 1972) ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยสำคัญ 3 ประการโดย

1. การเข้าถึงสถานบริการซึ่งได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาประชาชนร้อยละ 54 เลือกใช้บริการคลินิกเพราะเดินทางสะดวก ใกล้บ้าน (อรพินท์ บุญนาค และ อัจฉรา เอ็นซ์, 2538 ; วิจิตร ระวังงศ์ และคณะ, 2543)

2. ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการที่สถานบริการ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาว่าค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้าถึงและเลือกใช้บริการสุขภาพ (กรรณิการ์ พินิจ, 2544) ส่วนระยะเวลาที่ต้องรอคอย ระยะเวลาในการรับบริการ จากผลการศึกษาพบว่าเหตุผลที่ประชาชนไปรับบริการจากคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนเพราะเนื่องจากความสะดวกรวดเร็วทันใจ แม้จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงก็ยินดีจ่าย (โยธิน แสงวงศ์ และคณะ, 2543 ; สุภาภรณ์ ตั้งดำเนินสวัสดิ์, 2546)

3. ระดับความเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ ลักษณะปัญหาสุขภาพ และการรับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษา ลักษณะการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงและเฉียบพลัน จะทำให้มีการเลือกแหล่งบริการสุขภาพแบบแผนใหม่มากกว่าแผนโบราณ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2528)

4. แนวคิดการซื้อบริการสุขภาพของผู้บริโภค หรือความเต็มใจจ่ายเพื่อการบริโภคหรือเพื่อใช้บริการ โดยใช้พื้นฐานทางการตลาด ซึ่งมีประเด็นดังนี้ 1) กลุ่มผู้บริโภคเป็นกลุ่มใด โดยแบ่งตาม เพศ อายุ รายได้ อาชีพ 2) ผลกระทบที่ผู้บริโภคต้องการซื้อคืออะไรเช่นบริการต่างๆ 3) โอกาสในการซื้อของผู้บริโภค 4) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจซื้อหรือใช้บริการของผู้บริโภค ได้แก่ พ่อแม่ ญาติ และอื่นๆ 5) วัตถุประสงค์ เหตุผล หรือปัจจัยต่างๆ ในการตัดสินใจซื้อหรือใช้บริการ 6) กระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค ซึ่งมีอิทธิพลที่มีแรงจูงใจ ประกอบด้วยการตระหนักถึงปัญหาเช่นความรุนแรงของโรค การตัดสินใจความรู้สึกลังการหลังการซื้อหรือใช้บริการ ได้แก่ ราคา คุณภาพของบริการ และทางเลือกของผู้บริโภค (สมจิตร์ ล้วนจำเริญ, 2531) ซึ่งประเด็นต่างๆเหล่านี้ นำไปสู่ความยินดีในการจ่ายหรือซื้อบริการรวมทั้งบริการทางด้านสุขภาพด้วย

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัย 3 ปัจจัย (Kroeger, 1983) ซึ่งเกี่ยวกับการใช้บริการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความยินดีในการจ่ายประกอบด้วย

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Predisposing Factors) ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากร ลักษณะครัวเรือน ทัศนคติ ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาระดับการศึกษา เพศ อาชีพ รายได้มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ (Melvins, 1996 ; เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงส์และคณะ, 2542 ; โยชิน แสวงดี และคณะ, 2543) และมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ จากผลการศึกษาคความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชนในสหรัฐอเมริกาที่สูง ส่วนใหญ่จะมีความยินดีในการจ่าย โดยมีนัยสำคัญว่าจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และรายได้ของครอบครัว (Hammitt, 2002) และจากผลการศึกษาเรื่องความยินดีในการจ่ายเพื่อหลักประกันสุขภาพพื้นฐานของชุมชนในประเทศเบอร์ลินาฟาไซ ของแอฟริกาตะวันตก พบว่า รายได้ที่สูง รายคาษาที่สูง ระดับการศึกษาสูง เพศชาย และอายุน้อย จะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพสูง (Dong, Kouyate and Sauerborn, 2001) และรายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นปัจจัยในการกำหนดความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (อนุพงศ์ สุจริยากุล และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542)

2. ปัจจัยส่งเสริม (Enabling Factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความมั่นคงของรายได้ สิทธิด้านการรักษา การประกันสุขภาพ จากผลการศึกษาร้อยละ 41 ของลูกจ้างที่มีระบบประกันสุขภาพจะไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน (สุนทร ศุภพงศ์ และคณะ, 2536) ส่วนผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่ใช้บริการกับโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543) และจากผลการศึกษาประชาชนที่มีหลักประกันทางสุขภาพต่างกันมีความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (นันทพร กลิ่นจันทร์, 2545)

3. ระบบบริการสุขภาพ (Health Service System) และจากผลการศึกษาถึงความพึงพอใจและความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพด้านแรก ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางภูมิศาสตร์ คุณภาพบริการ วัฒนธรรม ค่าใช้จ่าย (อรพินท์ บุนนาค และอัจฉรา เอ็นซ์, 2538 ; Bassong, 1999-2000) และโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลสงขลาให้บริการสุขภาพแก่ผู้มารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บริการแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะคลินิกอายุรกรรมให้การรักษา ประกอบด้วย 2 ประเภทใหญ่ๆ คือเป็นโรคหรือปัญหาเฉียบพลันที่ไม่รุนแรงหรือหายได้เองและเป็นโรคหรือปัญหาเรื้อรังซึ่งทำให้ต้องรักษาต่อเนื่อง (สัจพันธ์ อิศรเสนา, 2534) รวมทั้งระบบบริการซึ่งเชื่อมโยงกับระบบการเมืองและสังคมของประเทศ เช่น นโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการศึกษาแนวคิดดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าความยินดีในการจ่ายกับการบริโภคหรือใช้บริการ และ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสงขลา น่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัจจัยการรับรู้การเจ็บป่วยและสภาวะการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านบริการที่ได้รับ ด้านการเข้าถึง

บริการ ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปสถานบริการ สิทธิในการรักษาพยาบาล และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสังคมไทย

จากการศึกษาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ หรือภายใต้สิทธิในการรักษาพยาบาลแบบต่างๆนั้นเอง พบว่า กลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 65.9 จะใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐเป็นแห่งแรก กลุ่มที่มีประกันสังคม ร้อยละ 38.8 ใช้สถานบริการที่ระบุในกรมธรรม์ กลุ่มที่มีสวัสดิการรักษาพยาบาล (มีหลักประกันสุขภาพ แบบมีพ. และไม่มี พ.ในปัจจุบัน) ร้อยละ 52.5 ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นแห่งแรก เหตุผลเพราะข้อกำหนดในสิทธิบัตร และกลุ่มที่ไม่มีสิทธิ ร้อยละ 38.2 ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐเช่นกัน ส่วนกลุ่มที่มีประกันเอกชน ร้อยละ 44.1 จะใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543) สำหรับในการศึกษาถึงในการเจ็บป่วยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจไปใช้บริการที่คลินิกในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยให้เหตุผลว่าเพราะความสะดวก ใกล้บ้าน มีแพทย์ให้การรักษาคดี มียาดี (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของไทย (วสันต์ ศิลปสุวรรณ, 2532) สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ไว้ 7 ประการ ดังนี้คือ 1) คุณลักษณะทางประชากร (demographic factors) คุณลักษณะของประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส ปัจจัยต่าง ๆ จะสะท้อนให้เห็นลักษณะวงจรชีวิตของครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเจ็บป่วยในครอบครัวตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน 2) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (social structural factors) สะท้อนให้เห็นสถานภาพของบุคคลในสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา 3) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม (social psychology) พิจารณาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ (health value) บรรทัดฐานทางสังคม (social norm) ทศนคติ และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการ รูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (life styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ 4) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว (family resources) เป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้หรือไม่ จะรวมถึงรายได้ของครอบครัว หรือของหัวหน้าครอบครัว และการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย 5) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน พิจารณาและให้ความสำคัญ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในชุมชน จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์ระหว่างสถานบริการกับหมู่บ้านว่าห่างไกลกันมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกหรือไม่

6) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ (organization factors) การจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม และครอบคลุมถึงเรื่องราคาค่าบริการ หรือ ค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพบริการและพฤติกรรมบริการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7) ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (health system) ปัจจุบันมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ปัจจัยนี้จะพิจารณาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ นโยบายสาธารณสุขด้านการเมือง และงบประมาณ หรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาเพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน และกระบวนการ (process) ในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ รูปแบบ และกลวิธีในการจัดบริการ ผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบที่เกิดจากระบบสาธารณสุขนั้นๆ และแนวคิดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Aday and Anderson, 1975) การเข้าถึงบริการมีปัจจัยหลัก 5 ประการ ที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ 1) นโยบายสาธารณสุขของประเทศ (health policy) นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) 2) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (characteristics of population) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย รายได้ ความสามารถหรือความยินดีในการในการจ่ายค่าบริการ ซึ่งปัจจัยด้านนี้ จะส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพและการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 3) ความต้องการด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง 4) การใช้บริการสาธารณสุข (utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ 5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (consumer satisfaction) เป็นความรู้สึที่ผู้รับบริการได้รับจากประสบการณ์ ในการไปใช้บริการในแต่ละครั้งเช่นจากผลการศึกษาคความพึงพอใจของผู้ป่วยในเพรส เกนนี่ (Press Ganey) พบว่าปัจจัยด้านความต้องแพทย์ พยาบาล และระยะเวลารอคอยมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ(Melvins, 1996) และความพึงพอใจเป็นการประเมินคุณภาพบริการที่ได้รับเหมาะสมกับราคาค่าบริการที่มีความยินดีจ่ายให้กับบริการ (สุภาภรณ์ ตั้งดำเนินสวัสดิ์, 2546) แต่ พบว่าประชาชนซึ่งมีสิทธิสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (มีหลักประกันสุขภาพ แบบมีท. และไม่มีท. ในปัจจุบัน) กลุ่มประกันสังคม กลุ่มไม่มีสิทธิ ส่วนใหญ่ไม่ทราบจำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.0 , 50.0 และ 12.5 ตามลำดับ (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543)

จากแนวคิดต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สรุปว่าปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องกับการเลือกใช้บริการสุขภาพ มี 4 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยด้านประชากรของผู้ใช้บริการ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา 2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ต่อลักษณะการเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค 3) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ เส้นทางคมนาคม ความสะดวกระยะทาง เวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล คุณภาพบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อสถานที่รับบริการ และ

ถึงอำนวยความสะดวกของสถานบริการ 4) สิทธิในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้กับบุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท ได้แก่ สวัสดิการรักษายาของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล (ฟรี) แก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ทุพพลภาพ ทหารผ่านศึก และในปัจจุบัน พ.ศ.2545 รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) ได้จัดสวัสดิการดังกล่าวนี้ด้วย (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)

สำหรับความยินดีในการจ่ายและการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพและการใช้บริการแหล่งบริการสุขภาพยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหลายประการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อแหล่งบริการที่เอื้ออำนวยความสะดวกได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การประสานงาน อรรถาศัยของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับ เช่น ข้อมูลด้านยา และ คุณภาพบริการ (Guire, Henderson and Mooney, 1998 ; Bassong, 1999-2000 ; วรรณิการ์ พินิจ, 2544 ; บุญนำ พัฒนแก้ว และคณะ, 2544)

สรุปแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะทางประชากร 2) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม 3) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม 4) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ 5) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน 6) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ 7) ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ และ 8) ปัจจัยการเข้าถึงบริการ

ดังนั้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้รับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา มีปัจจัยใดบ้าง ในการศึกษาวิจัยได้เลือกมาศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ปัจจัยลักษณะการเจ็บป่วยได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล การรับรู้ลักษณะการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วย ปัจจัยการใช้บริการ การได้รับบริการ ได้แก่ความต้องการแพทย์พยาบาล ความพึงพอใจ ยาที่ได้รับ และคำอธิบายเรื่องยา (Taylor et al., 2002) การเข้าถึงบริการ (ระยะทาง ความสะดวกสบาย) และระยะเวลาารอคอย รวมถึงการรับรู้การใช้บริการด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (รุจิรา มังคละศิริ, 2541 ; วิจิตร ระวีวงศ์ และคณะ, 2543)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้รับบริการโรงพยาบาลสงขลาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร

เพศ การศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัด และ โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ เพศ

พบว่า เพศชายกับเพศหญิง มีสัดส่วนการไปใช้บริการที่ใกล้เคียงกัน (สายสัมพันธ์ รับขวัญ, 2529) แตกต่างกับรายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้หญิงมีบทบาทสูงในด้านการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการ ดูแลเหยี่ยวาคคนในครอบครัวมากกว่าเพศชาย (วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และคณะ, 2539) และผลการศึกษาผู้มารับบริการเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลสงขลาพบว่าร้อยละ 71.6 เป็นเพศหญิง (สุริย์ เจียมสุภฤกษ์, 2543) ซึ่งเมื่อเพศมีผลกับการไปใช้บริการหรือแสวงหาการรักษาพยาบาล และความยินดีในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษาที่คาดว่าจะได้การรักษาที่คุ้มค่าระหว่างราคากับคุณภาพบริการที่ได้รับ ดังนั้นเพศก็น่าจะมีความสัมพันธ์ความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพด้วย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความยินดีในการจ่ายเพื่อหลักประกันสุขภาพพื้นฐานของชุมชนในประเทศเบอร์ลินา ฟาโซ ของแอฟริกาตะวันตก พบว่า เพศชายจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพสูง (Dong, Kouyate and Sauerborn, 2001) แตกต่างจากผลการศึกษาคความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชนในสหรัฐอเมริกา พบว่าส่วนใหญ่ความยินดีในการจ่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ (Hammitt, 2002)

แสดงให้เห็นว่าความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ กับปัจจัยด้านเพศนั้นยังหาข้อสรุปยังไม่ได้ว่าเพศใดจะมีความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ และใช้บริการสุขภาพมากกว่ากัน ดังนั้นเพศ จึงเป็นตัวแปรที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาเพื่อให้ได้คำตอบว่าระหว่าง เพศชาย และเพศหญิงเพศใด น่าจะมีผลกับความยินดีในการจ่ายและการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ และมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพมากกว่ากัน ความคาดหมายว่าความแตกต่างระหว่างเพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายและการร่วมจ่ายค่าบริการ และ ลักษณะการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการโรงพยาบาลสงขลา

อายุ จากผลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนชนไทยครั้งที่ 1 (2534-2535) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไปมีการพบแพทย์สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (มัทนา พนนนิรัมย์ และสมชาย สุขศรีเสริกุล, 2536) และกลุ่มผู้สูงอายุมักป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 80 (ฤทัยพร ตรีตรง, 2545) อายุ จะมีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพที่นำมาซึ่งรายได้ และรายได้มีผลกับความยินดีในการจ่ายค่าบริการหรือความสามารถในการจ่ายหากมีเศรษฐกิจดี (วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และคณะ, 2539) ดังนั้นอายุก็น่าจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่าย และจากผลการศึกษาคความยินดีในจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชนในสหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่จะมีความยินดีในการจ่าย มีนัยสำคัญว่าจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Hammitt, 2002) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาเรื่องความยินดีในการจ่ายเพื่อหลักประกันสุขภาพพื้นฐานของชุมชนในประเทศเบอร์ลินา ฟาโซ ของแอฟริกาตะวันตก พบว่า ประชาชนอายุน้อย จะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพสูง (Brooks and Sherman, 1999 ; Dong, Kouyate and Sauerborn, 2001) จะเห็นว่าอายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความ

สัมพันธ์กับความยินดีในจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน เพราะเมื่ออยู่ในวัยที่แตกต่างกันความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยจะแตกต่างกัน และความรู้สึกความวิตกกังวลถึงอาการป่วยแตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลถึงความยินดีในการจ่ายเพื่อการแสวงหาแหล่งบริการเพื่อรักษาให้หาย อย่างไรก็ตาม อายุ จึงน่าจะมีผลต่อความยินดีในการจ่ายและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละวัย

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการแสวงหาความรู้ช่วยเพิ่มความสามารถเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของบุคคล ช่วยทำให้บุคคลนั้นมีความเจริญงอกงาม สมบูรณ์ทางด้านปัญญามากขึ้น ผู้มีการศึกษาสูงส่งผลถึงการมีอาชีพการทำงานซึ่งน่าจะมีรายได้สูง และมีความสามารถหรือความยินดีในการจ่ายค่าบริการ(อนุพงศ์ สุจริยากุล และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542 ; พิรุณ รัตนวนิช และ สุวดี ชูสุวรรณ, 2544) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพและการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการแต่ละแห่ง จากผลการศึกษาคความยินดีในจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชนในสหรัฐอเมริกา ไม่มีนัยสำคัญกับระดับการศึกษา (Hammitt, 2002) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาเรื่องความยินดีในการจ่ายเพื่อหลักประกันสุขภาพพื้นฐานของชุมชนในประเทศเบอร์ลินา ฟาโซ ของแอฟริกาตะวันตก พบว่า ระดับการศึกษาสูง จะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพสูง (Brooks and Sherman, 1999 ; Dong, Kouyate and Sauerborn, 2001) และการศึกษาผู้ใช้บริการจากสถานบริการที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมาที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและนอกเขตเมือง พบว่า เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น จะเลือกใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้น (จุฑามาศ ศิริวงษ์พานิชย์, 2533) ระดับการศึกษา ก่อให้เกิดความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพและใช้บริการที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะเมื่อมีการศึกษาสูงขึ้นจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเจ็บป่วย วิธีการดูแลรักษา และแหล่งบริการที่กว้างขึ้น และยังส่งผลถึงการมีอาชีพมีรายได้สามารถเลือกใช้บริการตามความสามารถในการจ่ายได้ (พิรุณ รัตนวนิช และ สุวดี ชูสุวรรณ, 2544) ดังนั้น จึงคาดว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการสุขภาพโรงพยาบาลสงขลานั้นจะทำให้เกิดความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพและใช้บริการที่แตกต่างกัน

อาชีพ อาชีพเป็นตัวกำหนดที่ก่อให้เกิดรายได้ ลักษณะอาชีพที่แตกต่างกันย่อมทำให้เกิดรายได้ที่แตกต่างกัน และส่งผลถึงความสามารถหรือความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน (Dong, Kouyate and Sauerborn, 2001) จากการศึกษาผู้ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2541 ; สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2541 ; โยธิน แสงดี และคณะ, 2543) ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการใช้แหล่งสถานบริการที่แตกต่างกัน และอาชีพที่แตกต่างกัน จะส่ง

ผลถึงรายได้ที่ได้รับจากการประกอบอาชีพ ซึ่งจะนำไปสู่ความยินดีในการจ่ายและมีร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพได้ ดังนั้นอาชีพที่แตกต่างกันน่าจะมีผลกับความยินดีในการจ่ายและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการของผู้มารับบริการสุขภาพโรงพยาบาลสงขลาแตกต่างกัน

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต จากการศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทย พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือรายได้ของผู้ใช้บริการก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้บริการที่แตกต่างกัน และมีแนวโน้มว่าผู้ใช้บริการที่มีเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสแสวงหาบริการที่มีประสิทธิภาพดีกว่า เพราะมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการรวมทั้งค่าเดินทางหรือแม้แต่สามารถเสียเวลาทำมาหากินได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี (วรรณศรี สาเสน, 2543 อ้างตาม Day and Leoprapai, 1977) รายได้ของผู้ใช้บริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดพฤติกรรมการใช้บริการที่แตกต่างกัน ผู้มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาบริการที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่า เพราะมีความสามารถในการจ่ายมากกว่า (วรรณศรี สาเสน, 2543) ผู้ที่มีฐานะดีจะไปใช้บริการมากกว่าประชาชนที่มีรายได้น้อย และจากผลการศึกษาเรื่องความยินดีในการจ่ายเพื่อหลักประกันสุขภาพพื้นฐานของชุมชนในประเทศเบอร์คินา ฟาโซ ของแอฟริกาตะวันตก พบว่าประชาชนที่มี รายได้ที่สูง จะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพสูง (Brooks and Sherman, 1999 ; Dong, Kouyate and Sauerborn., 2001) จากการศึกษาทบทวนเอกสาร พบว่า โรงพยาบาลเป็นแหล่งบริการที่มีศักยภาพสูง แต่ปัจจุบันนี้ แม้ว่าการใช้บริการในโรงพยาบาลนั้นไม่ต้องจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์พยาบาลเพราะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่ายเพียง 30 บาท แต่ผู้รับบริการยังต้องเสียรายได้ในการประกอบอาชีพ และต้องใช้จ่ายเป็นค่ารถโดยสาร เดินทางไป-กลับ ดังนั้นรายได้จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ และ การร่วมจ่าย รวมทั้งพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

การรับรู้ลักษณะการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วย พฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลเป็นทั้งปฏิกิริยาตอบสนองอันเนื่องมาจากการเรียนรู้ทางสังคม (พิมพัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) จากการศึกษาการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการนั้น การรับรู้ลักษณะของโรคก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง เช่นถ้ามีความเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะรักษาเอง แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ก็จะเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือใช้บริการรักษาจากแพทย์มากกว่า คือเป็นเพราะประชาชนรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นั้นมีความรุนแรง (กรรณิการ์ พินิจ, 2544 อ้างตาม รัชชดา น้าสมบุรณ์, 2539) การตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่สำคัญ ส่วนหนึ่งคือระดับความเจ็บป่วยกับค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่ผู้ใช้บริการต้องจ่ายในแต่ละ

ครั้ง จากความหมายความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพเพื่อให้หายจากโรคหรือเพื่อต้องการให้มีชีวิตยืนยาว ดังนั้นหากผู้รับบริการรับรู้ลักษณะการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วยของตนก็ย่อมมีผลต่อความยินดีในการจ่ายเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเหล่านั้นคือถ้ารับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีระดับรุนแรงก็น่าจะมีความยินดีจ่ายสูงกว่าการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย

3.2 ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ

การเข้าถึงบริการด้านความสะดวกในการเดินทาง ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ การศึกษาความสะดวกในการเดินทางและระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพ จากการศึกษาสังคมไทยที่ผ่านมา มีข้อสรุปว่าการตัดสินใจเลือกใช้บริการใดขึ้นอยู่กับเหตุผลการเข้าถึงบริการหรือความสะดวกในการเดินทางมากที่สุด (วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และคณะ, 2539 ; วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543) การกระจายของผู้ใช้บริการขึ้นอยู่กับระยะทาง คือ ผู้มาใช้บริการร้อยละ 50 จะใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขในระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร และจากผลการศึกษาระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ คือผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการจะมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ ห่างไกลออกไป (สุนทร ศุภพงศ์ และคณะ, 2536) จากการศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาของการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัยที่อยู่ใกล้และเดินทางไปได้สะดวก (สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ, 2521 ; รุจิรา มังคละศิริ, 2541 ; วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543) และยังมีผลต่อความพึงพอใจต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ (เบญญา ยอดดำเนิน และคณะ, 2529 ; Melvins, 1996; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2541 ; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) และจากการศึกษาในประเทศฟิลิปปินส์ พบว่าระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Brooks and Sherman, 1999) ผลการศึกษาประชาชนร้อยละ 62 มีความยินดีในการจ่ายเพื่อการได้รับความสะดวกสบาย (Flower et al., 2002) และจากการศึกษาการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางไปถึงโรงพยาบาลชุมชน จะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข (วรรณศรี สาแสน, 2543)

จากการศึกษาจะเห็นว่าความสะดวกในการเดินทาง โดยเฉพาะระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการ ยังเป็นปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความยินดีหรือความเต็มใจในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน ระยะทางใกล้ – ไกล จากบ้านของผู้ใช้บริการถึงสถานบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ยังต้องศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน

เวลาที่ใช้ในการเดินทาง สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ สาธารณสุขที่ประชาชนพึงพอใจมากที่สุด ในช่วงระยะเวลาระหว่าง 5.1 – 10 นาที และหากใช้เวลา มากกว่า 10 นาที ผู้ใช้บริการจะเดินทางมาใช้บริการลดลง (วรรณศรี สาแสน, 2543 อ้างตาม ทศนวลชัย จารณศรี, 2539) และการศึกษาความคิดเห็นของผู้มารับบริการเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลสงขลา พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเดินทางเฉลี่ย 18.6 นาที (สุริย์ เจียมศุกฤกษ์, 2543) และจากการศึกษาความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลปัตตานี พบว่า ประชาชนใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 26.41 นาที มีความพึงพอใจในระดับสูง (พิรุณ รัตนวนิช และ สุวดี ชูสุวรรณ, 2544 อ้างตาม สุภาพ สมุทวนิช และ อรรถัญญา จันทรพาหา, 2538)

ดังนั้นในเรื่องเวลาที่ใช้ในการเดินทางน่าจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้ระยะทางและระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปถึงแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งประชาชนน่าจะมีความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพและไปใช้บริการที่แหล่งบริการสุขภาพอยู่ใกล้บ้าน

3.3 ลักษณะการมารับบริการด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล

ผู้มารับบริการในสถานบริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นหลักประกันที่รัฐจัดให้ครอบคลุมคนประมาณร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด สิทธิประกันสังคมซึ่งเป็นการประกันภาคบังคับครอบคลุมประมาณ ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด หลักประกันสุขภาพสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (หลักประกันสุขภาพแบบบัตรมีท. และบัตรไม่มีท.) ครอบคลุมกว่าร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมด (สุกสิทธ์ พรธรรมา โนนทัย, 2543) และกลุ่มไม่มีหลักประกันหรือไม่สิทธิ ซึ่งผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแตกต่างกันน่าจะมีความพึงพอใจ หรือความยินดีในการจ่ายค่าบริการแตกต่างกันเพราะสิทธิในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างมีสิทธิประโยชน์รวมทั้งการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกัน จากผลการศึกษา พบว่าประชาชนในอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันมีปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (นันทพร กลิ่นจันทร์, 2545) แต่จากผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการบริการงานชั้นสูตรโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า สิทธิด้านค่ารักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ (พิรุณ รัตนวนิช และสุวดี ชูสุวรรณ, 2544 อ้างตาม เขวง พลละสินธ์ และ ดุลเชษฐ วิริยะสมบัติ, 2542) จากการศึกษาของกลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ยังมีทัศนคติว่าสถานบริการของรัฐให้บริการไม่ดี มีแพทย์พยาบาลไม่พอ จึงนิยมไปใช้บริการสถานบริการเอกชนและยินดีในการจ่ายเงินค่าบริการ (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543) และถ้าหากกลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มาใช้บริการกับสถานพยาบาลของรัฐก็สามารถ

เบิกคืนได้ รวมทั้งกลุ่มนี้มีเงินเดือนที่แน่นอน ไม่ปัญหาค่ารักษาพยาบาล และกลุ่มข้าราชการ ยังมีความต้องการโดยเฉพาะคุณภาพบริการมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (นันทพร กลิ่นจันทร์, 2545) ดังนั้นลักษณะการมารับบริการด้านสิทธิในการรักษาพยาบาลน่าจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการของผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา

3.4 ปัจจัยการได้รับบริการด้านข้อมูลเกี่ยวกับยา

ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่ามีคุณค่าอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือคำอธิบายจะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการคือมีสุขภาพอนามัยที่ดี (กองสุขศึกษา, 2542)

ในการศึกษานี้ปัจจัยการได้รับบริการด้านข้อมูลเกี่ยวกับยามีความสัมพันธ์กับความยินดีหรือความเต็มใจในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ คือการที่ได้รับคำอธิบายข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับยา จากผลการศึกษาประชาชนในประเทศอเมริกา พบว่าประชาชนร้อยละ 83 ยินดีจ่ายเพื่อการได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในทางเลือกการรักษาโรค (Flower et al., 2002) และจากผลการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นผู้รับบริการโรคทางอายุรกรรม มีความยินดีจ่ายค่าบริการสูงขึ้น หากได้รับความพึงพอใจจากการดูแล การอธิบายเรื่องยาจากเภสัชกรชุมชน (Taylor et al., 2002)

ดังนั้นปัจจัยการได้รับบริการด้านการอธิบายข้อมูลโดยเฉพาะเรื่องยาน่าจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีหรือความเต็มใจในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการ จึงควรนำมาศึกษาว่าคำอธิบายข้อมูล เรื่องยา เช่นประสิทธิภาพของยาในการรักษา การใช้ยา รวมถึงราคายามีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา

สรุปว่าแนวคิดด้านปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร 2) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ 3) ลักษณะการมารับบริการด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล 4) ปัจจัยการได้รับบริการด้าน ข้อมูลเกี่ยวกับยา ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทั้งหมดข้างต้น ให้ข้อสรุปได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายและการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ คือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะการมารับบริการ (สิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วย) ประสบการณ์การใช้บริการ การรับรู้ลักษณะการเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ (ระยะทาง ระยะเวลาในการเดินทาง) การได้รับบริการ (การดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การได้รับรู้ข้อมูลด้านยา และระยะเวลา

รอคอยการได้รับบริการ) การรับรู้การใช้บริการด้านค่าใช้จ่าย มีความสัมพันธ์กับความยินดีหรือความเต็มใจในการจ่ายค่าบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างไร ภายใต้นโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยนั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป