

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนมี“สุขภาพดี”หรือมี “สุขภาพที่ดี” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ (ประเวศ วะสี, 2543 ) การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้นจะต้องมีพฤติกรรมพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมดูแลในด้านสุขภาพ เช่น การดูแลสุขภาพตนเองในครอบครัว (Weiss, 1992) การมีส่วนร่วมทางสุขภาพมีหลายวิธี ทั้งในเชิงเศรษฐกิจหรือเชิงการลงทุน จากการศึกษาการดูแลสุขภาพของประชาชน พบว่าประชาชนร้อยละ 70-80 รักษาโรคด้วยตนเอง โดยไม่พึ่งการรักษาของทางราชการ (Kleinman, 1980 ; Finerman 1985 ; Browner, 1989) สำหรับในประเทศไทยพบว่าประชาชนชาวชนบทร้อยละ 93.6 มีการดูแลตนเองเป็นทางเลือกแรกเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) และจากการศึกษาพฤติกรรมเมื่อประชาชนเจ็บป่วยในภาคกลาง(ไม่รวมกรุงเทพฯ) ร้อยละ 49.29 ประชาชนซื้อยากินเอง (สุนทร ศุภพงศ์ และคณะ, 2536) แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีการใช้บริการที่มีส่วนร่วมในเชิงการลงทุน

การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อเป็นการทำให้ระบบสุขภาพเน้นที่การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) ซึ่งเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคนไม่ใช่เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข หรือของรัฐบาลเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นประชาชนผู้มารับบริการก็ควรมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing copayment) ค่าบริการสุขภาพ มีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล (<http://www.hsri.or.th/>, 2546 ; วิจิตรระวีวงศ์ และคณะ, 2543) ร่วมกันเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในการจ่ายค่าบริการสุขภาพตามความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ โดยจ่ายเพียงส่วนน้อย และยังเป็นสิ่งช่วยให้ประชาชนรู้สึกว่าการที่ได้อรับมีคุณค่า ป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็น (over-utilization) และเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541 ; ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ...; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542 ; สมชาติ โตรักษา, 2544 ; ปรีดา แต่อารักษ์

และคณะ, 2544 ; พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, กาญจนา เกียรติธนาพันธุ์ และเจด็จ ธรรมชัชวารี, 2546) ในประเทศมาเลเซียประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายครั้งละ 1 ริงกิตสำหรับผู้ป่วยนอกและ 5 ริงกิตสำหรับผู้ป่วยใน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544) แต่จะอย่างไรถึงจะทำให้คนยอมรับในการจ่ายเพียงเล็กน้อย และมีความยินดีในการจ่ายทุกครั้งที่ได้ไปรับบริการ (กองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2541) ประชาชนบางคนยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตนต้องการ (McKibbin, 1983) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศจอร์แดนพบว่า ประชาชนมีความยินดีจ่ายเพื่อจำนวนของแพทย์ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 เพื่อการได้รับยาที่ทันสมัย ร้อยละ 42 และเพื่อลดเวลาในการรอคอยบริการสุขภาพ ร้อยละ 34 ตามลำดับ ซึ่งความยินดีในการจ่ายคิดเป็นเงินเฉลี่ย 2,300 ฟิล (US\$ 3.24) ต่อเดือนต่อครอบครัว (Dwayne, 1999) และความยินดีในจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชนในสหรัฐอเมริกาที่สูง ส่วนใหญ่จะมีความยินดีในการจ่ายด้านการรักษาโรคมกกว่าด้านการป้องกันโรค คิดเป็นเงินประมาณ 223- 665 US\$ โดยความยินดีจ่ายนี้ มีนัยสำคัญว่าจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และรายได้ของครอบครัว แต่ความยินดีในการจ่ายไม่มีนัยสำคัญ กับ เพศ หรือระดับการศึกษา (Hammit, 2002) สำหรับการใช้บริการทางการแพทย์ ประชาชนที่ยากจนจะใช้บริการทางการแพทย์ในอัตราที่น้อยกว่าคนที่ร่ำรวย (Aday and Anderson, 1975) จากการประชุมของธนาคารโลก (Phnflash Issue 54 in World Bank) พบว่า ถ้ามีการให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะใช้บริการมากและอาจมีการเก็บสะสมยาไว้และผู้มาใช้บริการไม่ได้มีฐานะยากจน ถ้าหากใช้ความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพจะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการ การใช้จ่าย และการใช้ประโยชน์สูงสุดของบริการสุขภาพไปพร้อมๆ กัน (Electronic Newsletter on Population, Health and Nutrition Issues Population Health and Nutrition, 1995) ส่วนจากผลการศึกษาเรื่องความยินดีในการจ่ายเพื่อหลักประกันสุขภาพพื้นฐานของชุมชนในประเทศเบอร์กินา ฟาโซ (Burkina Faso) ของแอฟริกาตะวันตก พบว่า รายได้ที่สูง ราคาขายที่สูง ระดับการศึกษาสูง เพศชาย และอายุน้อย จะมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพสูง และผลการศึกษายังสรุปว่าความยินดีในการจ่ายเป็นการบอกถึงการจะนำไปสู่การจัดสรรเงินสนับสนุนหลักประกันสุขภาพได้ (Dong, Kouyate and Sauerborn, 2001)

ผลการศึกษาประชาชนในชุมชนกรุงเทพมหานครร้อยละ 70 ขึ้นไป ไม่มีปัญหาในการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (อรพินท์ บุญาค และ อัจฉรา เอ็นซ์, 2538) จากการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาปรากฏว่า ราคาค่าบริการร่วมจ่ายควรเท่ากับ 70 บาท /ครั้ง (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) และจากการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย 96.80 บาท/ครั้ง (นิลเนตร วีระสมบัติ, 2543) ดังนั้นประชาชนมีความยินดีในการจ่าย

ค่าบริการสุขภาพและมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ก็จะช่วยเพิ่มงบประมาณให้กับภาครัฐได้บ้าง บางส่วน เช่นค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง (เสงี่ยม กองธรรม, 2544 อ้างตาม นภาพร พานิชชาติ, 2544) แต่ไม่ได้คาดหวังให้เป็นรายได้หลักสำหรับสถานพยาบาลในการจัดบริการ (พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, กาญจนา เกียรติธนาพันธ์ และจเด็จ ธรรมธัชอารี, 2546)

จากข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพของ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลาระหว่าง เดือนตุลาคม 2544 ถึง กรกฎาคม 2545 มีข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ จำนวน 50,237 คน ใช้สิทธิประกันสังคม จำนวน 23,703 คน ใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพ (30 บาท) จำนวน 77,281 คน และผู้จ่ายเอง จำนวน 37,368 คน ในจำนวนผู้ป่วยนอก ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมมากที่สุดถึงร้อยละ 38.4 (งานสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลสงขลา, 2545) จะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้ที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีส่วนร่วม จ่าย ในโครงการหลักประกันสุขภาพราคา 30 บาท มีอัตราส่วนถึงร้อยละ 40 ของยอดผู้ป่วยทั้งหมด หรือยอดผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองเต็มจำนวน แต่ข้อเท็จจริงรายได้ของประชาชนในจังหวัดสงขลามีรายได้ เฉลี่ย 65,706 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งจัดเป็นอันดับ 18 ของประเทศ (<http://songkhla.police>, 2546) และ จากผลการศึกษารายได้ของครัวเรือนในอำเภอเมืองจังหวัดสงขลา พบว่ามีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (สุมิตร หนูสุวรรณ, 2544) และครัวเรือนในจังหวัดสงขลายังสามารถประมาณ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ดีพอสมควรเมื่อไปเลือกใช้บริการ (อนุพงศ์ สุจริยากุล และ วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542) เมื่อมองถึงการมีส่วนร่วมเชิงเศรษฐกิจของผู้รับบริการกลุ่มนี้ น่าจะมีศักยภาพในการจ่ายสูง และโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมที่ต้องมีการรักษาต่อเนื่องใน กลุ่มโรคเรื้อรัง (สัจพันธ์ อิศรเสนา, 2534) ผู้รับบริการน่าจะมีความยินดีในการจ่ายค่าบริการ สุขภาพสูง

ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ รัฐควรเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิใน การเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็น แต่หากเป็นบริการที่ไม่จำเป็นอาจให้รับผิดชอบจ่ายเอง (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2543) การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพให้ เป็นไปตามความสามารถหรือความยินดีในการจ่าย แต่ยังไม่มียังมีข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงความยินดีใน การจ่ายและมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้รับบริการสุขภาพโรงพยาบาลสงขลา ดังนั้นเพื่อ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการบริการให้สอดคล้องกับความยินดีในการจ่ายและการร่วมจ่ายค่า บริการสุขภาพของประชาชน ทั้งเป็นฐานข้อมูลในการบริหารจัดการของผู้บริหาร โรงพยาบาล สงขลา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของ ผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา เพื่อจะได้เป็นฐานข้อมูลบาง

ส่วนสนับสนุนหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายการร่วมจ่ายของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

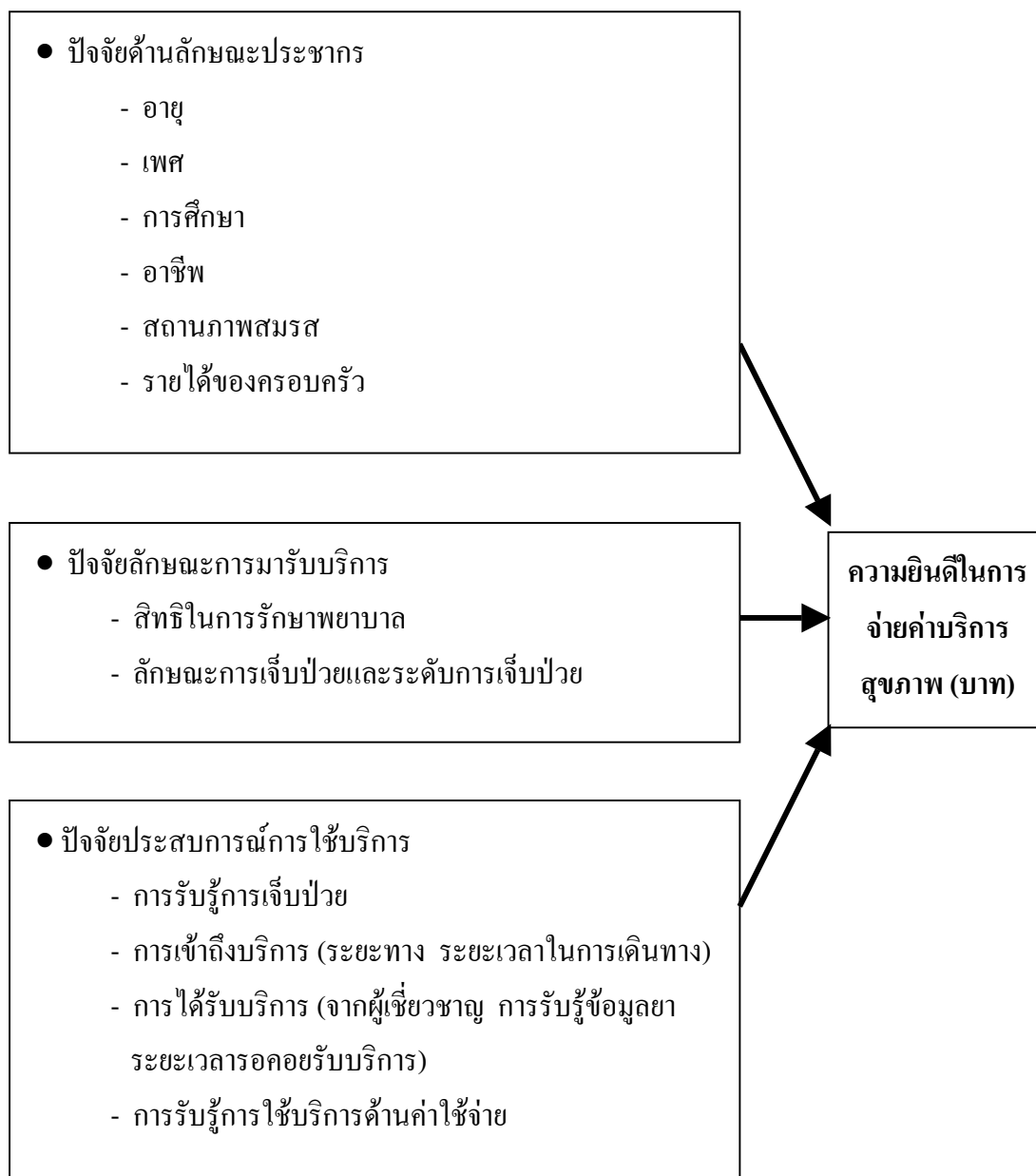
1. เพื่อศึกษาความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลา

### คำถามการวิจัย

1. ผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา มีความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพหรือไม่และเป็นเท่าไร
2. ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยลักษณะการมารับบริการ และปัจจัยประสบการณ์ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลาหรือไม่ อย่างไร

### กรอบแนวคิด

ในการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้ ได้ทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำปัจจัยต่างๆมาจัดจำแนกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิด และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา ซึ่งผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรมจะมีความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพน่าจะสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ดังภาพประกอบ 1



**ภาพประกอบ 1** กรอบแนวคิด (Conceptual Framework) ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลา

ที่มา : ดัดแปลงจาก Guire, Henderson and Mooney, 1988 ; Dwayne, 1999; Bassong, 1999-2000 ; Dong, Kouyate and Sauerborn, 2001

### สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร (อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว) มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสงขลา

2. ลักษณะการมารับบริการ (สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วย) ประสิทธิภาพการรับรู้การใช้บริการ การรับรู้การเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการ (ด้านการเดินทาง และระยะเวลาเดินทาง) การได้รับบริการ (จากผู้เชี่ยวชาญ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ระยะเวลาที่รับบริการ ระยะเวลารอคอย การรับรู้การใช้บริการด้านราคาค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ) มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสงขลา

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ด้านบริหาร เพื่อให้ผู้บริหารใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางเลือก และ ช่วยให้ผู้สามารถวางแผนการบริหารจัดการด้านการบริการในสถานบริการที่เหมาะสม

2. ด้านวิชาการ เพื่อให้ผู้บริหารใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริการตามความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพและทางเลือกในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้มารับบริการต่อไป

3. ด้านบริการ เพื่อให้ผู้บริหารใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนและเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้มารับบริการให้สอดคล้องกับความพึงพอใจซึ่งสะท้อนได้จากความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ และเป็นการวิจัยเฉพาะผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา ที่มารับบริการในเวลาราชการเท่านั้น จำนวน 398 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา ช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2546

## นิยามศัพท์

ความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ หมายถึง ความยินดีที่จะจ่ายค่าบริการสุขภาพ เมื่อได้รับการบริการสุขภาพในแต่ละครั้ง หรือความเต็มใจที่จะจ่ายเมื่อเกิดความพึงพอใจพิจารณาแล้วว่าค่าบริการเหมาะสมกับคุณภาพบริการ หรือความยินดีที่จะจ่ายในระดับสูงสุดที่เขาจะจ่ายได้ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินความยินดีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพจากจำนวนเงินที่ผู้รับบริการยินดีจ่ายในแต่ละครั้งที่มารับบริการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีในการจ่าย หมายถึง คุณลักษณะทางประชากร (อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว) ลักษณะการมารับบริการ (สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วย) ประสบการณ์การรับรู้การใช้บริการ (การรับรู้การเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการด้านการเดินทาง และระยะเวลาเดินทาง การได้รับบริการ ได้แก่ การได้รับบริการจากผู้เชี่ยวชาญ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ระยะเวลาารอคอย การรับรู้การใช้บริการด้านราคาค่าใช้จ่ายในการมารับบริการครั้งนี้)

คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง คลินิกที่ให้บริการผู้มารับบริการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ให้บริการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนได้ ซึ่งผู้มารับบริการประกอบด้วย 2 ประเภท คือ 1) เป็นโรคหรือปัญหาเฉียบพลันที่ไม่รุนแรงหรือหายได้เอง 2) เป็นโรคหรือปัญหาเรื้อรังที่ทำให้ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโครงการ (30 บาท) หมายถึง นโยบายที่รัฐบาลต้องการให้คนไทยมีหลักประกันหรือความมั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วยสามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล โดยรัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนตามวิธีการที่ได้กำหนด ในระยะยาวรัฐบาลได้จัดให้มีกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน มีความมั่นคงและยั่งยืน ซึ่งลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุ สมผล และเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนมิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน เพื่อให้เป็นตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52