

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคความเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายร่วมคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ที่มารับบริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้ารวบรวมเอกสาร ตำรา บทความและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสรุปเป็นประเด็นตามลำดับ ดังนี้

- ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ต่อการให้บริการทางสาธารณสุข
- การวัดความเต็มใจจ่าย
- การวัดความพึงพอใจในบริการทางสุขภาพที่ได้รับ
- การวัดความพึงพอใจในสุขภาพ
- การให้บริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน
- การบริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- การจ่ายร่วมคำรักษาพยาบาล
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ต่อการให้บริการทางสาธารณสุข

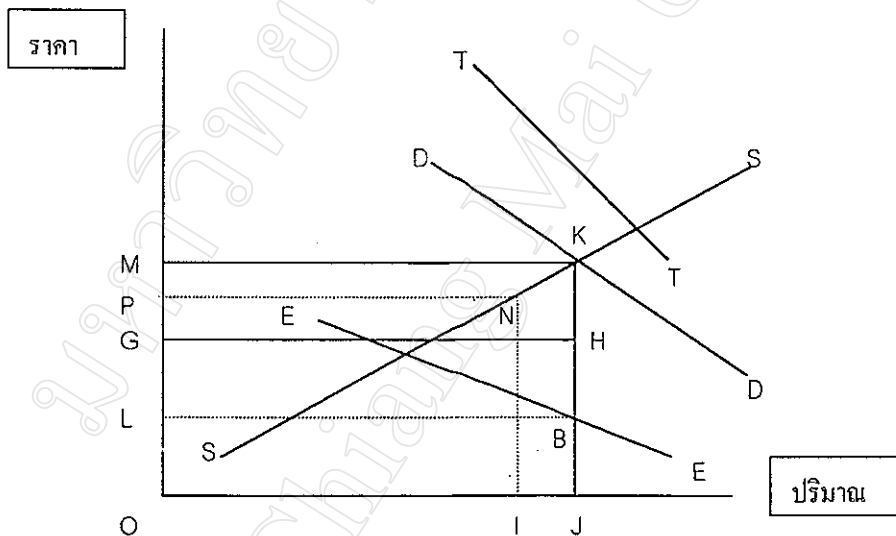
ทฤษฎีผลกระทบสู่ภายนอก เป็นผลข้างเคียงที่เกิดจากกิจกรรมการบริโภค และการผลิตที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น หรือสังคมโดยส่วนรวมที่มีได้มีส่วนร่วมในการบริโภค หรือในการผลิตส่วนนั้นแต่กลไกการตลาดมิได้ทำให้ผู้บริโภค หรือผู้ผลิตต้องรวมเอาผลข้างเคียงเช่นนี้เข้าไว้ใน การคำนวณระดับความพอใจ (Utility) ที่คนได้รับ หรือต้นทุน(Cost) ในการผลิต เช่นนี้มีผลทำให้ราคาที่เป็นผลของกลไกการตลาดมิได้สะท้อนถึงคุณค่า (หรือต้นทุน) ที่แท้จริง ของสิ่งของ หรือบริการนั้น และราคานี้ยังให้เกิดดุลยภาพของการผลิต และการบริโภคที่คลาดเคลื่อนไปจากดุลยภาพที่แท้จริงทำให้ไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ทรัพยากร เมื่อมีปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดขึ้น รัฐบาลต้องเข้ามาแทรกแซง และแก้ไขเพื่อให้เกิดดุลยภาพในตลาดขึ้นใหม่ตรงจุดดุลยภาพที่แท้จริงที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มิเช่นนั้นปรากฏการณ์ผลกระทบสู่ภายนอกจะเป็นกรณีหนึ่งที่ทำให้กลไกการตลาดไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ (market failure)

ผลกระทบภายนอกแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ผลกระทบภายนอกที่เป็นคุณประโยชน์ (Positive Externality) คือการที่การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจของบุคคลหนึ่งมีผลให้บุคคลอื่นๆ ได้รับความพอใจมากกว่าที่เคยได้แต่เดิม เช่น การสร้างสวนสาธารณะ การทำการเกษตรที่มีผลช่วยปรับปรุงดินและควบคุมแมลง เป็นต้น

2. ผลกระทบภายนอกที่เป็นโทษ (Negative Externality) คือการที่การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจของบุคคลหนึ่งมีผลให้บุคคลอื่นๆ สูญเสียความพอใจที่เคยได้แต่เดิม เช่น การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การขับรถเร็ว เป็นต้น (Rosen, Harvey, 1995 : 86)

การให้บริการรักษาพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นบริการของรัฐ เปรียบได้กับหน่วยธุรกิจหนึ่งที่ผลิตสินค้าบริการให้แก่ประชาชนในสังคมซึ่งบริการดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบภายนอก (Externality) ที่เป็นคุณประโยชน์แก่สังคม เนื่องจากการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในประเทศ ฉะนั้นจึงจะขอยกเฉพาะรายละเอียดของผลกระทบที่เป็นคุณประโยชน์มานำเสนอ ดังนี้



รูป 1 ผลกระทบภายนอกที่เป็นคุณประโยชน์ของการรักษาพยาบาล

ในกรณีที่มีการดำเนินการทางเศรษฐกิจแล้วก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นคุณประโยชน์แก่สังคม แต่หน่วยเศรษฐกิจที่เป็นผู้ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นคุณประโยชน์แก่ สังคมนั้นไม่สามารถเรียกร้องหรือเรียกเก็บผลตอบแทนตามจำนวนผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นได้ รัฐต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือโดยการให้เงินสนับสนุนในการผลิตสินค้าหรือบริการดังกล่าว นั้น จากรูป 1

- (1) จากรูป 1 กำหนดให้เส้น SS เป็นเส้นอุปทาน หรือซัพพลายของสินค้าหรือบริการ
- (2) จากรูป 1 กำหนดให้เส้น DD เป็นอุปสงค์ หรือดีมานด์ที่มีต่อการบริการ ผู้บริโภคยินดีจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนในการใช้สินค้าหรือบริการนั้นตามเส้น DD หรืออีกนัยหนึ่ง เส้น DD แสดงถึง ผลได้ ในการบริโภคสินค้าและบริการนั้น
- (3) ในกรณีที่บริการนั้นได้ก่อให้เกิดคุณประโยชน์แก่สังคม (social benefits) แสดงโดยเส้น EE และกำหนดให้เส้น TT เป็นเส้นดีมานด์ของสังคมที่ควรมีต่อสินค้าหรือบริการนั้น ซึ่งได้จากการบวกเส้น EE กับเส้น DD ในแนวดิ่ง

การปล่อยให้กลไกการตลาดหรือกลไกราคาเป็นเครื่องมือในการจัดสรรบริการนั้น การบริโภคจะมีจำนวนเท่ากับ OI โดยผู้บริโภคซื้อในราคาหน่วยละ OP หรือ IN ซึ่งหากรัฐบาลเห็นว่าการบริโภคสินค้าหรือบริการดังกล่าวทำให้สังคมได้รับประโยชน์ด้วย รัฐบาลต้องการส่งเสริมให้มีการบริโภคสินค้าหรือบริการนั้นเพิ่มขึ้น จึงให้เงินสนับสนุนทำให้การผลิตเพิ่มขึ้น ผลที่ได้ก็คือจะได้จุดดุลยภาพใหม่ที่จุด K โดยจะมีการบริโภคสินค้าหรือบริการนั้นปริมาณ OJ ซึ่งผู้บริโภคจะจ่ายหน่วยละ JH เพราะฉะนั้น รัฐบาลต้องจ่ายเงินอุดหนุนเท่ากับพื้นที่ GHKM ซึ่งเงินอุดหนุนดังกล่าวจะเท่ากับผลประโยชน์ที่สังคมได้รับพอดี คือจำนวนพื้นที่ OJBL

สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน การให้บริการด้านสาธารณสุขเป็นบริการสาธารณะที่รัฐต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยพยายามที่จะลดอุปสรรคในเรื่องค่าใช้จ่ายลง โดยได้มีการจัดทำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพียง 30 บาท ทำให้รัฐจะต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการรักษา หากสามารถศึกษาถึงความเต็มใจจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาล ก็จะทำให้ทราบว่าผู้บริโภค (ผู้ป่วย) มีความเต็มใจจ่ายหน่วยละเท่าใด (JH) ก็จะสามารถทราบเงินงบประมาณที่รัฐต้องจ่ายเพื่ออุดหนุนบริการสาธารณสุข (GHKM) ทำให้สามารถบริหารงบประมาณได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การวัดความเต็มใจจ่าย (willingness to pay)

การวัดความเต็มใจจ่าย (willingness to pay) สามารถแบ่งทิศทางของการประเมินเป็น 2 ลักษณะคือ 1) ความเต็มใจจ่าย (willingness to pay) กรณีที่ต้องการวัดประโยชน์ที่ได้รับ และ 2) ความเต็มใจยอมรับค่าชดเชย (willingness to accept) กรณีที่ต้องการวัดความสูญเสียที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในปริมาณหรือคุณภาพของสินค้าและบริการ (Smith, Harris, and Olsen, 1999) โดยการวัดความเต็มใจจ่ายสามารถทำได้ทั้งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หรือ ในสถานการณ์ที่สมมุติขึ้นให้เหมือนจริง (hypothetical situation) (Blumenschein, Johannesson, Yokoyama and Freeman, 2001)

วิธีการวัดความเต็มใจจ่าย โดยการถามความเต็มใจจ่ายมีหลายลักษณะ (นุศราพร เกษสมบูรณ์, 2541 : 100-104) ได้แก่

1. การใช้คำถามปลายเปิด (open-ended question) เป็นการถามโดยให้ผู้ถูกถาม (subject) บอกราคาที่เต็มใจจ่ายเอง

2. การใช้คำถามปลายปิด (close-ended question) เป็นการถามโดยมีการกำหนดราคาไว้ก่อน แล้วให้ผู้ถูกถามตอบเพียงคำว่า “เต็มใจจ่าย” หรือ “ไม่เต็มใจจ่าย” ในราคาที่เสนอไว้ให้ ซึ่งวิธีนี้จะสามารถใช้เพื่อหาความเต็มใจจ่ายสูงสุดได้ดีกว่าแบบคำถามปลายเปิด โดยอาจมีการถามได้ 2 ลักษณะคือ

2.1 วิธี Binary Approach (take-it-or-leave-it)

เป็นการถามโดยกำหนดราคาเสนอเพียงค่าเดียวสำหรับผู้ถูกถาม 1 คน แต่จะสุ่มราคาให้มีความสูงต่ำต่างกันไปในแต่ละคนที่ถูกถาม

2.2 วิธี bidding games

เป็นการกำหนดราคาเสนอหลายค่าสำหรับผู้ถูกถามแต่ละคน โดยราคาเสนอเริ่มต้นจะถูกขยับเพิ่มขึ้นถ้าผู้ถูกถามตอบว่า “เต็มใจจ่าย” และจะถูกลดลงเมื่อผู้ถูกถามตอบว่า “ไม่เต็มใจจ่าย” ปัญหาของวิธีการนี้คือราคาเริ่มต้นจะมีอิทธิพลต่อคำตอบ มูลค่าความเต็มใจจ่ายจึงมีความลำเอียงของราคาเสนอเริ่มต้น (starting point bias) แต่ก็สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้โดยการสุ่มราคาเสนอเริ่มต้นที่ต่างกันไประหว่างผู้ถูกถามแต่ละราย

2.3 คำถามหลายตัวเลือก (discrete choice question)

เป็นการให้ผู้ถูกถามเลือกราคาเสนอระดับต่างๆที่ตั้งไว้ในแบบสอบถาม วิธีนี้พบว่าเมื่ออัตราการตอบแบบสอบถามกลับที่สูงกว่าและได้ค่าความเต็มใจจ่ายที่สมจริงในตลาดมากกว่าวิธีอื่น

3. เทคนิคการจ่ายธนบัตรเทียม (Payment Card Techniques) เป็นการให้ผู้ถูกถามแบ่งธนบัตรเทียมที่ได้รับเท่ากับรายจ่ายจริงของแต่ละคน แล้วผู้สัมภาษณ์จะถามคำถามว่า “เต็มใจจ่ายเพื่อการนี้เท่าไร” ให้ผู้ถูกถามจ่ายธนบัตรให้กับผู้ถูกสัมภาษณ์ตามจำนวนเงินที่เต็มใจจ่ายวิธีนี้จะให้ผลใกล้เคียงกับคำถามเปิด

การวัดความพึงพอใจในบริการทางสุขภาพที่ได้รับ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นความรู้สึกที่เป็นนามธรรมของผู้รับบริการ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ให้บริการได้ดำเนินการให้เกิดสมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการให้ค่ากับความคาดหวังของผู้รับบริการ (Donabedian, 1980: 586) ในการให้บริการของโรงพยาบาลผู้รับบริการคือผู้ป่วย

ซึ่งผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนองตรงตามความคาดหวังหรือความต้องการอันจะทำให้ระดับความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลที่เป็นผลมาจากความต้องการของผู้ป่วยก็จะลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (หลุย จำปาเทศ, 2533 : 8, วิภาวดี สายนำทาน, 2542 : 18)

การบริหารงานหรือรูปแบบของโรงพยาบาลเมื่อผู้รับบริการมาขอรับบริการจากโรงพยาบาลนั้น ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจหรือประทับใจก็ต่อเมื่อบริการที่ได้รับนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครบถ้วนตามที่เขาคาดหวังไว้ (นันทวัฒน์ วัฒนรุ่งเรือง และคณะ, 2532 อ้างใน วิภาวดี สายนำทาน, 2542 : 29)

องค์ประกอบของคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ ดังนี้ (อนวัชณ์ สุขชุตติกุล, 2536)

(1) การเข้าถึงบริการ ได้แก่ การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษา และการจัดการองค์กรที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัดที่ดี เวลาในการจัดให้บริการ

(2) ลักษณะทางกายภาพ หมายถึง บริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางด้านคลินิกแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น ได้แก่ ความสวยงาม ความสะอาดสบาย ความเป็นส่วนตัว เสียงเพลงดนตรี การให้ความรู้ศึกษาข้อสงสัยด้วยวิธีต่างๆ

(3) คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและการที่ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งด้านที่เป็นการแสดงความต้องการของผู้มารับบริการและด้านคำแนะนำที่ผู้มารับบริการได้รับประโยชน์ ทั้งนี้โดยอาศัยการให้ความเคารพ ความสุภาพ การฟัง และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสม และการแสดงความเห็นอกเห็นใจ

(4) คุณภาพด้านเทคนิคบริการ หมายถึง การให้บริการทางคลินิกสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสภาพปกติอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองได้ถึงระดับที่สามารถทำได้

สิ่งที่จะสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการนั้น ได้แก่ (อาทิตย์ อุไรรัตน์ และอดุลย์ศักดิ์ ตีระจินดา, 2535 : 57-92)

(1) การได้รับการต้อนรับ ดูแล เอาใจใส่และอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกระดับด้วยอัธยาศัยไมตรีเป็นกันเอง เรียบร้อย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

(2) การมีความเชื่อมั่นในความรู้ ความสามารถ และประสิทธิภาพของแพทย์ และพยาบาลโดยมีความเชื่อมั่นไว้วางใจโรงพยาบาล และแพทย์ว่าจะให้การตรวจรักษาในสิ่งที่จำเป็น ไม่มีการเอาเปรียบผู้ป่วย

(3) การได้รับความสะดวกสบายและบรรยากาศของโรงพยาบาล เพื่อลดเชยความ รู้สึกทุกข์ร้อนในความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย และอยู่ในบรรยากาศที่ดีจะทำให้ มีจิตใจเบิกบาน บรรยากาศและความสะดวกสบายนี้รวมถึงความสะดวกด้วย

(4) การคิดค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ไม่แพงจนเกินควร

จากการศึกษาเอกสารดังที่กล่าวมาเบื้องต้นสามารถสรุปถึงองค์ประกอบที่แสดงให้เห็น ถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการทางการแพทย์ได้ 5 ประการดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการที่สะดวกสบาย และเท่าเทียม
2. การได้รับความสะดวกสบายทางกายภาพ
3. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการ
4. การให้บริการการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย
5. ค่าบริการที่เหมาะสม

การวัดความพึงพอใจในสุขภาพ (Health status)

การวัดระดับสถานะสุขภาพในลักษณะของคะแนนความพึงพอใจในสุขภาพ เป็นการ ให้บุคคลกำหนดคะแนนความพอใจในสถานะสุขภาพหรือ โรคที่เป็นอยู่เปรียบเทียบกับกรณี สุขภาพดี (Healthy) ในอุดมคติและสถานะที่แย่ที่สุดคือ การเสียชีวิต (Dead) คะแนนจะเป็นตัวเลข สูงต่ำ หรือมากน้อย โดยมีช่วงห่างของระดับคะแนนเท่ากันมีลักษณะเป็น Interval Scale เริ่มจาก ตัวเลขที่มีค่าต่ำหมายถึงความพึงพอใจต่ำไปสู่ตัวเลขสูงหมายถึงมีระดับความพึงพอใจสูง (สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตน์, 2534 : 190) ซึ่งวิธีการวัดความพึงพอใจในสถานะทางสุขภาพ ปัจจุบันนิยมใช้อยู่ 3 วิธี คือ

1. วิธี rating scale (RS) หรือ category scale หรือ visual analogue scale

เป็นวิธีจัดลำดับความพึงพอใจในสุขภาพโดยให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0.0 คือ ตาย (Dead) และ 1.0 คือมีสุขภาพดี (Healthy) ความสำคัญของการวัดจะอยู่ที่การจัดลำดับช่วงความห่างของ สถานะสุขภาพแต่ละคู่โดยอาจใช้ไม้บรรทัดที่เลื่อนได้เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยจัดระยะห่างระหว่าง สถานะทางสุขภาพกับภาวะตาย และมีสุขภาพดี

2. วิธี standard gamble (SG)

เป็นการกำหนดทางเลือกให้ผู้ป่วยเลือกระหว่างการมีชีวิตอยู่ในสภาพของโรค กับ การเสี่ยงหมุนวงล้อพิเศษที่ให้ผลลัพธ์ 2 ทางคือ มีสุขภาพดีภายใต้ความน่าจะเป็นเท่ากับ p หรือ ตายภายใต้ความน่าจะเป็นเท่ากับ $1-p$ โดยน้ำหนักของความน่าจะเป็น (p) จะสมมุติให้เปลี่ยนไป

เรื่อยๆ จนถึงจุดที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่แตกต่างระหว่างสองทางเลือก ณ จุดนั้นค่าความพึงพอใจในสุขภาพจะเท่ากับ p

3. วิธี time trade off (TTO)

มีวิธีการการสมมติให้ผู้ป่วยมีอายุอยู่ได้ภายในระยะเวลาหนึ่ง เท่ากับ t จากนั้นจะเสียชีวิต ผู้ป่วยมีทางเลือกที่จะมีชีวิตอยู่ภายใต้สภาวะของโรค i เป็นเวลา t หรือจะเลือกมีสุขภาพดีเป็นระยะเวลา x โดยที่ $x < t$ ในกรณีนี้ ค่าความพึงพอใจในสุขภาพของโรค $i = x/t$

การจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาล (co-payment)

การจ่ายร่วม (co-payment) คือ การร่วมกันจ่ายระหว่างผู้บริโภคและสถาบันที่รับประกันความเสี่ยง เพื่อลดการใช้บริการที่มากเกินไป (Phelps C E, 1992 : 104) ในระบบสุขภาพที่เช่นเดียวกัน การจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาล เป็นการร่วมจ่ายของคนไข้กับบริษัทประกันสุขภาพของเอกชน หรือกองทุนประกันสุขภาพของรัฐ จากการศึกษาพบว่า การจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาล โดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ คือ

1. การจ่ายเป็นอัตราส่วนของค่าใช้จ่ายที่เสียไป เช่น ประเทศญี่ปุ่นผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายร้อยละ 10 จากค่าใช้จ่ายในการรักษาจริง (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2542 : 69) ประเทศเกาหลีใต้ผู้ป่วยในต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าบริการ ผู้ป่วยนอกมีส่วนร่วมจ่ายตามประเภทบริการระดับของโรงพยาบาล และขนาดของค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 55 นอกจากนี้ยังต้องร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมการตั้งยาของแพทย์และมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายา (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544 : 58) ประเทศออสเตรเลีย การใช้บริการผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายร้อยละ 15 ของอัตราค่าบริการที่กำหนด (fee schedule) สำหรับการรับบริการที่คลินิก และร้อยละ 25 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกัน บริการทันตกรรมต้องร่วมจ่ายในอัตราร้อยละ 15 (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544: 33)

2. การกำหนดเป็นจำนวนคงที่ไม่ว่าจะเกิดค่าใช้จ่ายจากการรักษาจริงเท่าใดก็ตาม เช่น ในประเทศไทยผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย 30 บาทต่อการเข้ารับการรักษาหนึ่งครั้งในทุกกรณี (คณะกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544 : 15) ประเทศสิงคโปร์ รัฐได้มีการเก็บค่าบริการในลักษณะอัตราตายตัวคือ 50 เซนต์ต่อการมารับบริการหนึ่งครั้งและเพิ่มเป็น 1 เหรียญสิงคโปร์ในวันหยุดราชการ (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2542 : 52) ประเทศมาเลเซีย การรับการรักษาที่สถานบริการระดับปฐมภูมิจะได้รับบริการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่การรักษาในระดับที่สูงขึ้นตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลอำเภอขึ้นไปต้องเสียค่าลงทะเบียนครั้งละ 1 ริงกิต สำหรับคนไข้นอก และ 5 ริงกิตสำหรับคนไข้ในโดยไม่ต้องเสียค่ายา และค่ารักษาอื่นๆ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544 : 77)

การจ่ายเป็นอัตราส่วนของค่าใช้จ่ายที่เสียไปจะมีข้อดี คือจำนวนเงินที่จ่ายปรับตามค่าบริการที่เป็นจริง ประชาชนต้องร่วมจ่ายเป็นจำนวนมากขึ้นในกรณีที่ต้องการรักษาที่เสียค่าบริการมาก รัฐบาลไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป และในกรณีที่ประชาชนมารับการรักษาที่ค่าใช้จ่ายน้อยก็จ่ายน้อย ประชาชนก็ไม่ต้องจ่ายที่เกินจากค่ารักษาจริง แต่มีข้อเสียคือ ในการคิดค่าบริการของสถานบริการแต่ละแห่งอาจไม่เท่ากัน ประชาชนที่มารับบริการรักษาไม่สามารถทราบได้ล่วงหน้าว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเท่าใดต่อการมารับบริการ สำหรับการกำหนดการจ่ายร่วมเป็นจำนวนคงที่ก็มีข้อดีคือสะดวกในการกำหนดค่าบริการ และทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้สะดวกเพราะสามารถทราบได้ว่าไปรับการรักษาหนึ่งครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเท่าใด แต่ก็มีข้อเสียที่ประชาชนไม่ได้รับร่วมจ่ายค่ารักษาตามมูลค่าการรักษาที่ได้รับในแต่ละครั้งอาจต้องจ่ายในราคาที่สูงหรือต่ำกว่าที่เป็นจริง

อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะให้ประชาชนจ่ายร่วมในรูปแบบใด ก็ต้องมีการกำหนดอัตราให้มีเหมาะสมเพื่อไม่ให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อน และไม่ให้รัฐบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่ายมากเกินไปจนส่งผลกระทบต่อมาตรฐานการบริการรักษา

การรับบริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน (คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544, หน้า 28-31)

ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็น หน่วยบริการระดับต้น ในระบบการให้บริการสาธารณสุขภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องสามารถให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพสามารถให้บริการทั้งภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คนร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้ให้บริการ

การรับบริการการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนมีขอบข่ายของการรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

1. ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

1.1 ชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้

1.1.1 การตรวจรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพทั่วไป

(1) การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ

(2) การคลอดบุตร รวมไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่ลูกยังมีชีวิตอยู่

(3) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติกการรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

(4) บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

(5) ยานและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

(6) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

1.1.2 การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

1.1.3 กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุ ทั่วประเทศ ภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากนั้น ต้นสังกัดรับผิดชอบ ตามเงื่อนไขที่กำหนด

1.2 ชุดสิทธิประโยชน์นี้ ไม่ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ต่อไปนี้

1.2.1 กลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ

(1) โรคจิตกรรมที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

(2) ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

1.2.2 กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

(1) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

(2) การผสมเทียม

(3) การเปลี่ยนเพศ

(4) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(5) การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

การแพทย์

1.2.3 กลุ่มอื่นๆ

(1) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้น หากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(2) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

(3) การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemodialysis)

(4) การต้านไวรัสเอดส์ (ยกเว้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งจัดไว้ในบริการเพื่อการป้องกันโรคและควบคุมโรค)

(5) การเปลี่ยนอวัยวะ (Organ Transplant)

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกัน-ควบคุมโรค ให้บริการดังต่อไปนี้

2.1 ให้มี และใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง

2.2 การตรวจ และดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

2.3 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็กรวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศ

2.4 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่างๆ)

2.5 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

2.6 การวางแผนครอบครัว

2.7 การเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care)

2.8 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล และครอบครัว

2.9 การให้คำปรึกษา (Counseling) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

2.10 การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่

- การตรวจสุขภาพช่องปาก
- แนะนำด้านทันตสุขภาพ
- การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุผู้ป่วยชายรังสีบริเวณศีรษะ และลำคอ
- เคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

การบริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การบริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน จะให้บริการรักษาเฉพาะผู้ป่วยนอกเท่านั้น โดยจะรับรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อนและมีอาการไม่รุนแรงมากนัก หากผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ก็จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาต่อที่โรงพยาบาลต่อไป

การให้บริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ มีขั้นตอนให้บริการดังนี้

1. การขึ้นบัตร หรือทำบัตรที่แผนกเวชระเบียน ผู้มารับบริการทุกคนต้องผ่านการลงทะเบียนทุกครั้งเพื่อเป็นหลักฐาน โดย เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะทำการลงบันทึก และทำการคืนบัตรประจำตัวผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามปัญหาการเจ็บป่วยคร่าวๆ จากพยาบาลเพื่อทำการคัดกรองผู้ป่วยในระดับแรก และได้รับการวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก และวัดสัญญาณชีพ
3. ผู้รับบริการนั่งรอเพื่อเข้ารับการตรวจจากแพทย์ ในห้องตรวจ
4. ผู้รับบริการเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจร่างกาย และวินิจฉัยโรค
5. เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรคเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะสั่งการรักษาที่เหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องการรักษา การดูแลตนเองต่อที่บ้าน
6. ผู้มารับบริการที่ต้องจ่ายค่ารักษาเอง หรือจ่ายร่วมค่ารักษา ต้องจ่ายเงินที่ห้องเก็บเงิน
7. ผู้มารับบริการที่ได้รับการส่งจ่ายยา ต้องรอรับยาที่หน้าห้องจ่ายยา
8. ผู้มารับบริการรับยา และคำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาความเต็มใจจ่าย พบว่าได้มีการนำแนวคิดเรื่องความเต็มใจจ่าย ไปใช้ในการประเมินการให้บริการในหลายรูปแบบ ทั้งในด้านการบริการทางสุขภาพ ด้านการศึกษา และสิ่งแวดล้อม ดังจะได้นำเสนอดังต่อไปนี้

1. การศึกษาถึงความเต็มใจจ่ายสำหรับบริการทางสุขภาพ

การประเมินผลการบริการรักษาพยาบาลโดยวิธีเต็มใจจ่ายจัดเป็นวิธีหนึ่งในการประเมินผลได้ของการรักษาพยาบาลให้อยู่ในรูปตัวเงิน

ซิดศุภางค์ ตังฉนิกุล (2544) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในสุขภาพ และความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้วิธีการศึกษาโดยการสำรวจภาคตัดขวางในระยะเวลา 12 สัปดาห์ สุ่มตัวอย่างแบบกำหนดเป้าหมายจากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 170 ราย การวัดค่าความพึงพอใจในสุขภาพใช้วิธี Standard Gamble และ Time Trade Off ร่วมกัน การวัดมูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลใช้วิธี Bidding Games และในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ใช้สมการถดถอยเชิงเส้น ผลการศึกษาพบว่า ค่าความพึงพอใจในสุขภาพเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนจะมีค่าลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ค่าความพึงพอใจในสุขภาพมีผลต่อมูลค่าความเต็มใจจ่าย

ค่ารักษาพยาบาลในทิศทางตรงกันข้าม ปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อมูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้แก่ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ขนาดของครอบครัวที่มีขนาดเล็กถึงกลาง มีความเร่งรีบที่ต้องการหายสนิทจากโรครภายใน 1 วัน และค่ารักษาตามจริงทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับทราบสูง เหล่านี้มีผลทำให้ความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น ผลจากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ยเท่ากับ 489.30 บาท การศึกษาครั้งนี้จึงทำให้ทราบราคาเสนอแนะของการรักษาพยาบาลโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบผู้ป่วยนอกว่าควรอยู่ภายใต้งบประมาณ 489.30 บาท

O'Brien, Gafini, (1996) ได้ศึกษาเรื่อง When Do the Dollars Make Sense โดยทำการศึกษาเพื่อหากรอบแนวคิดสำหรับการประเมินค่าในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะใช้รูปแบบการประเมินต้นทุนผลได้ (cost benefit analysis) โดยใช้เทคนิคการประเมินความเต็มใจจ่าย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลกับค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประกอบด้วย 1) รายได้มีผลต่อค่าความเต็มใจจ่ายโดยผู้ที่มีรายได้มากจะมีความเต็มใจจ่ายมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย 2) สถานภาพของผู้ถูกศึกษา (Risk Status) จะมีผลต่อค่าความเต็มใจจ่ายโดยผู้ที่กำลังป่วยเป็นโรคอยู่ขณะที่ถูกถาม ผู้ที่ยังไม่เป็นโรคขณะถามแต่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนอนาคตหรือผู้ที่ไม่เป็นโรคขณะถาม และไม่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเลย จะมีการประเมินค่าความเต็มใจจ่าย (Willingness to pay: WTP) ลดลงตามลำดับ 3) ความพึงพอใจในสถานะสุขภาพ (Health Status) ผู้ที่มีความพึงพอใจในสถานะสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มจะให้ค่าความเต็มใจจ่ายสูงเพื่อแก้ไขสถานะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองอยู่แล้วย่อมมีการให้ค่าความเต็มใจจ่ายที่น้อยกว่าความพึงพอใจในสุขภาพขณะเจ็บป่วย ยังแสดงให้เห็นความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยรู้สึกอีกด้วย โรคที่รุนแรง (มีความพึงพอใจในสุขภาพต่ำ) จะมีค่าความเต็มใจจ่ายสูงกว่าโรคที่มีอาการรุนแรงน้อย 4) ราคาเสนอเริ่มต้น (Starting Bid) ถ้าราคาเสนอเริ่มต้นสูงก็จะได้ค่าความเต็มใจจ่ายที่สูงขึ้นด้วย

Blumenschein, Johannesson, Yokoyama and Freeman (2001) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Hypothetical versus real willingness to pay in the health care sector: Results from a field experiment โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่อาศัยอยู่ในมลรัฐเคนตักกี ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 172 คน ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความเต็มใจจ่ายของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องจ่ายเงินจริงกับผู้ที่มีสมมุติเหตุการณ์ว่าต้องจ่ายเงิน เพื่อสินค้าคือโปรแกรมควบคุมโรคหอบหืดโดย เกสซ์กร ประเมินค่าความเต็มใจจ่ายด้วยวิธีการวัดหรือตีมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายด้วยวิธีการแบบคอนทินเจนท์ (Contingent Valuation Method) ใช้คำถามแบบสองทางเลือก และมีการให้ราคาอ้างอิง 3 ระดับ คือ 15, 40 และ 80 เหรียญสหรัฐ ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มสถานการณ์สมมุติร้อยละ 59

ยินดีที่จะจ่าย US\$ 15, ร้อยละ 29 ยินดีที่จะจ่าย US\$ 40 และ ร้อยละ 17 ยินดีที่จะจ่าย US\$ 80 สำหรับโปรแกรมควบคุมโรคหอบหืด ในกลุ่มสถานการณ์จริง ร้อยละ 16 ยินดีที่จะจ่าย US\$ 15, ร้อยละ 14 ยินดีที่จะจ่าย US\$ 40 และ ไม่มีสักคนยินดีที่จะจ่าย US\$ 80 สำหรับโปรแกรมควบคุมโรคหอบหืดดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในกลุ่มสถานการณ์จริงจะมีความยินดีจ่ายที่น้อยกว่ากลุ่ม สถานการณ์สมมุติ

2. การศึกษาความเต็มใจจ่ายในด้านการศึกษาและ สิ่งแวดล้อม

ในการศึกษาถึงความเต็มใจจ่ายมีผู้นำเอารูปแบบการศึกษาดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ทั้งในด้านการศึกษา และสิ่งแวดล้อม ธีระนันท์ สติรพงษ์สุทธิ (2542) ได้ทำการศึกษาความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay) ค่าหน่วยกิตและค่าธรรมเนียมต่างๆของนักศึกษาคณะเศรษฐศาสตร์ เมื่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ปรับเปลี่ยนเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐบาล โดยมีวิธีการวัด หรือตีมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายด้วยวิธีการแบบคอนทินเจนท์ (Contingent Valuation Method: CVM) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ด้วยวิธีการต่อรองเพิ่มยอดเงิน (Bottom up Bidding Games) นอกจากทำให้ทราบมูลค่าที่นักศึกษาเต็มใจจ่ายสำหรับค่าหน่วยกิต และค่าธรรมเนียมต่างๆแล้วยังพบว่า นักศึกษามีความยินดีที่จะจ่ายค่าหน่วยกิตและค่าธรรมเนียมต่างๆเพิ่มขึ้นทุกรายการ หากมีการปรับปรุงการให้บริการนั้นๆจริง โดยได้ทำการคำนวณค่าความเต็มใจจ่ายค่าหน่วยกิตได้ 190.95 บาท ค่าบำรุงห้องสมุด 588.97 บาท ค่าบริการสารสนเทศ 575.0 บาท ค่าบำรุงหอพัก 1,815.38 บาท ค่าบำรุงสุขภาพ 133.09 บาท ค่าบำรุงกีฬาและนันทนาการ 134.56 บาท และค่าบำรุงมหาวิทยาลัย 441.91 บาท

อศพงษ์ คมไพบูรณ์กิจ (2542) ทำการศึกษาความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay: WTP) ค่าหน่วยกิตและค่าธรรมเนียมต่างๆของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กรณีที่มหาวิทยาลัยเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐบาล ในการศึกษาได้ใช้แบบสอบถามเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกขึ้นมาเพื่อเป็นตัวแทนของนักศึกษาจำนวน 70 คน และทำการศึกษาดูด้วยวิธีการกำหนดมูลค่าแบบคอนทินเจนท์ (contingent valuation method) โดยการใช้คำถามแบบ High closed ended จากการศึกษาทำให้ทราบค่าเฉลี่ยของค่าหน่วยกิต และค่าธรรมเนียมต่างๆ ที่นักศึกษาเต็มใจจ่ายต่อเทอม คือ ค่าหน่วยกิต 231.14 บาท ค่าบำรุงห้องสมุด 639.29 บาท ค่าบริการสารสนเทศ 689.86 บาท ค่าหอพัก 2,458.33 บาท ค่าบำรุงสุขภาพ 190.43 บาท ค่าบำรุงกีฬา 148.29 บาท และค่าบำรุงมหาวิทยาลัย 529.14 บาท

พงษ์นรินทร์ ชื่นวงศ์ (2543) ศึกษาความเต็มใจจ่ายค่าธรรมเนียมการจัดการมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองพะเยา โดยใช้แบบสอบถาม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างประชาชนที่ตั้งถิ่นฐานในเขตเทศบาลเมืองพะเยา จำนวน 380 คน ผลการศึกษาทำให้ทราบถึงมูลค่าที่ประชาชน

ในเขตเทศบาลเมืองพะเยามีความเต็มใจจ่ายเพื่อการจัดการมูลฝอยและยังพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือน และอาชีพที่ต่างกันมีความสัมพันธ์กับความเต็มใจที่จะจ่ายอยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนมีความเต็มใจที่จะจ่ายค่าธรรมเนียมในการจัดการมูลฝอยมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการปรับปรุงวิธีการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.6 มีความเต็มใจที่จะจ่ายค่าธรรมเนียมในการเก็บและขนมูลฝอย, กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.5 มีความเต็มใจที่จะจ่ายค่าธรรมเนียมในการจัดการมูลฝอยมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการปรับปรุงวิธีการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเมื่อมีความจำเป็นต้องปรับค่าธรรมเนียมในการจัดเก็บ มูลฝอย ร้อยละ 75.3 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าควรปรับขึ้น 10% และ ร้อยละ 14.5 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าควรปรับขึ้น 20%

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาถึงความเต็มใจจ่ายเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการที่แท้จริง และความเต็มใจที่จะจ่ายเงินเพื่อสินค้าหรือบริการที่พอใจ ซึ่งเมื่อศึกษาแล้วจะทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาการบริหารจัดการ โครงการต่างๆ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพให้อยู่ในระดับที่พอดีกับระดับความพึงพอใจของผู้บริโภคได้

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการประกันสุขภาพ

ในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โครงการประกันสุขภาพได้มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา (2542) ได้ศึกษาถึงหลักประกันสุขภาพกับความ มั่นคง แห่งชาติโดยเป็นการศึกษาเชิงนโยบายทำให้ทราบว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีความครอบคลุมเพียง 70% ของประชากร ยังมีประชาชนอีก 30% ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพแบบบังคับเป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับกลุ่มประชากรที่ไม่มีรายได้อาจนำแหล่งเงินหลักของระบบประกันสุขภาพมาจากเงินภาษี รัฐบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน การประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเป็นรูปแบบ บังคับ และต้องมีกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ

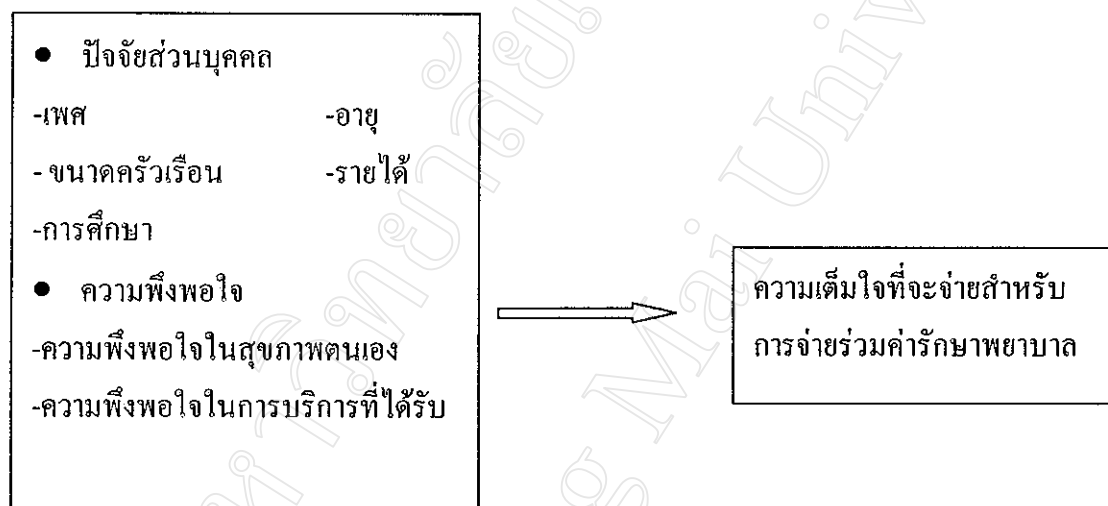
วรลักษณ์ หิมะกลัส (2542) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของครัวเรือนในการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ คือ ปัจจัยทางด้านสังคม จิตวิทยา และสวัสดิการของรัฐที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ ได้แก่ ความบ่อยครั้งของการเข้ารับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ทศนคติที่ดีต่อโครงการประกันสุขภาพ การไม่ได้รับสวัสดิการจากรักษาพยาบาลอื่น ความรู้และความเข้าใจที่ดีต่อโครงการ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการประกัน ได้แก่ ราคาบัตร สุขภาพ รายได้ของครัวเรือน และโอกาสของการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน ก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของครัวเรือนในการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพแต่มีผลน้อยกว่าปัจจัยทางด้านสังคมในขณะที่

ที่ภาวะสุขภาพของบุคคลในครัวเรือนนั้นไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของครัวเรือน ในการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีผู้ทำการศึกษาเรื่องความเหมาะสมของราคาการจ่ายร่วมค่ารักษา 30 บาท หรือความเต็มใจจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอบแนวคิดของการศึกษา

โดยอาศัยแนวความคิดของการวัดความเต็มใจที่จะจ่าย (willingness to pay) การจ่ายร่วม (co-payment) ตลอดจนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นหลักในการศึกษาตามกรอบแนวความคิด ดังนี้



การศึกษานี้เป็นการศึกษาในแนวทางเศรษฐศาสตร์ในการประเมินผลได้ของการได้รับการบริการรักษาจากศูนย์บริการสุขภาพถ้วนหน้าในรูปตัวเงิน โดยใช้วิธีวัดความเต็มใจจ่าย ซึ่งมูลค่าความเต็มใจจ่ายในรูปตัวเงินนั้น น่าจะมีอิทธิพลจาก ตัวแปรทางส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ขนาดครัวเรือน รายได้ การศึกษา และตัวแปรด้านความพึงพอใจ เช่น ในด้านสุขภาพ ในบริการที่ได้รับ ผู้ศึกษาจึงได้สร้างแบบจำลองเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายดังกล่าว ดังนี้

$$WTP = f(HP, SP, Y, FM, ED, AGE, G)$$

WTP = มูลค่าของเงินที่ผู้ป่วยเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาล ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายของ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (บาท)

HP	= ความพึงพอใจในสุขภาพตนเอง
SP	= ความพึงพอใจในการบริการ ที่ได้รับ
Y	= รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)
FM	= ขนาดของครัวเรือน (คน)
ED	= จำนวนปีการศึกษาที่สำเร็จ (ปี)
AGE	= อายุของผู้ป่วย (ปี)
G	= เพศของผู้ป่วย เป็นตัวแปรหุ่น มีค่า =0 ในเพศชาย มีค่า =1 ในเพศหญิง

การศึกษานี้การวัดความพึงพอใจในสุขภาพตนเอง ใช้วิธี Visual Analog scale โดยให้ผู้ถูกถามจัดลำดับความพึงพอใจในสุขภาพโดยให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0.0 คือ สุขภาพแย่ที่สุด และ 10.0 คือมีสุขภาพดีที่สุด แล้วให้ผู้ถูกถามทำเครื่องหมายลงบนเส้นแสดงความพึงพอใจในสุขภาพ

สำหรับความพึงพอใจในบริการ วัดจากแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ โดยให้ผู้ถูกถามแสดงความคิดเห็นว่ามีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อยู่ในระดับใด ในแบบสอบถามจะมีช่วงความพึงพอใจ 5 ระดับคือ

มากที่สุด	หมายถึง	การบริการนั้นตรงตามความคาดหวังมากที่สุด
มาก	หมายถึง	การบริการนั้นตรงตามความคาดหวังเป็นส่วนมาก
ปานกลาง	หมายถึง	การบริการนั้นตรงตามความคาดหวังปานกลาง
น้อย	หมายถึง	การบริการนั้นตรงตามความคาดหวังเพียงเล็กน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	การบริการนั้นตรงตามความคาดหวังน้อยที่สุดหรือไม่พอใจ

โดยความพึงพอใจในบริการด้านการแพทย์จะทำการวัดใน 4 ประเด็น คือ 1) การวัดการเข้าถึงบริการที่สะดวกสบาย และเท่าเทียม 2) การได้รับความสะดวกสบายทางกายภาพ 3) การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการ 4) การให้บริการการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย แต่การวัดความพึงพอใจในการศึกษานี้จะไม่รวมถึงค่าบริการที่เหมาะสมเนื่องจากเป็นประเด็นที่จะได้ศึกษาอย่างละเอียดต่อไปในการศึกษาเรื่องความเต็มใจจ่าย