

## บทที่ 2

### กรอบแนวคิดทางทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง การวิเคราะห์ด้านอุปทานของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีอุปสงค์และอุปทานทางการแพทย์ แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทฤษฎีความพึงพอใจ และแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการทางการแพทย์และคุณภาพโรงพยาบาลมาเป็นกรอบในการอธิบาย ต่อจากนั้นเป็นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

#### 2.1 ทฤษฎีอุปสงค์และอุปทานทางการแพทย์

##### 2.1.1 อุปสงค์ทางการแพทย์

###### 1) ความต้องการบริการทางการแพทย์

เนื่องจากการบริการทางการแพทย์ เป็นสินค้าที่แตกต่างจากสินค้าและบริการอื่นในท้องตลาด นักเศรษฐศาสตร์ได้นำทฤษฎีทางด้านอุปสงค์ และพฤติกรรมของผู้บริโภคมาวิเคราะห์ในเรื่องความต้องการบริการทางการแพทย์ และได้พยายามได้สร้างทฤษฎีเกี่ยวกับอุปสงค์บริการทางการแพทย์ ซึ่งมีแนวคิดในการอธิบายที่แตกต่างกันสองแนวทางก็คือ ความต้องการทางการแพทย์ที่พิจารณาจากความจำเป็น (Needs) และความต้องการทางการแพทย์ในเชิงอุปสงค์ (Demand)

1.1) ความต้องการทางการแพทย์ที่พิจารณาจากหลักความจำเป็น กล่าวคือ ความจำเป็นสำหรับบริการทางการแพทย์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยตัวผู้ป่วยเอง แต่ถูกกำหนดโดยผู้ให้การรักษาพยาบาลเป็นผู้เลือกให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักวิชาชีพทางการแพทย์รักษาพยาบาลตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะได้รับปริมาณการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเท่าไรในระยะเวลาหนึ่งนั้น ยังขึ้นอยู่กับจิตใจของผู้ป่วยในการยอมรับความจำเป็นของการใช้บริการทางการแพทย์เพื่อสุขภาพที่ดี

ดังนั้น ตามหลักความจำเป็นของความต้องการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัย และการอุทิศเวลาของแพทย์ในการตรวจรักษาป้องกันโรค

นอกจากนี้ความต้องการบริการทางการแพทย์ตามหลักความจำเป็นยังเป็นแนวความคิดกึ่งอุปทาน (Quasi-supply-concept) อันเป็นการพิจารณาความต้องการบริการทาง

การแพทย์เสมือนหนึ่งเป็นการบริโภคสินค้าทุน การบำรุงรักษาสุขภาพจะมีความแตกต่างตามลักษณะสุขภาพของปัจเจกบุคคล และช่วงอายุขัยของมนุษย์ อาทิ ในวัยเด็กความต้องการบริการทางการแพทย์มีไม่เพียงให้มีชีวิตรอดเท่านั้น แต่เพื่อการเจริญเติบโตด้วย เมื่ออยู่ในวัยที่เป็นผู้ใหญ่หรือมีอายุมาก ความต้องการบริการทางการแพทย์จะเปลี่ยนไปเป็นการบำรุงรักษาสุขภาพ ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องจักรเมื่อมีค่าเสื่อมเกิดขึ้นก็ต้องมีการบำรุงรักษา มิฉะนั้นจะทำให้ประสิทธิภาพในการผลิตของบุคคลนั้นลดลงในที่สุด ความจำเป็นตามแนวคิดกึ่งอุปทาน กล่าวคือ ความจำเป็นในการรับบริการทางการแพทย์จะมีอยู่ ตราบเท่าที่ประสิทธิภาพหน่วยสุดท้าย (Marginal productivity) ของบริการนั้นยังคงมีค่าเป็นบวก และความจำเป็นในการรับบริการทางการแพทย์มีค่าเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะยังเจ็บป่วยอยู่ก็ตามความจำเป็นก็จะหมดไป ในบางครั้งถึงแม้ว่าการบริการทางการแพทย์ไม่มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้สึกในด้านจิตใจที่ดีขึ้นเมื่อได้รับการบริการทางการแพทย์ก็อาจจะถือได้ว่าประสิทธิภาพในการบริการทางการแพทย์หน่วยสุดท้ายไม่เท่ากับศูนย์

1.2) ความต้องการทางการแพทย์ที่พิจารณาในเชิงอุปสงค์ ผู้บริโภคจะซื้อสินค้าใดก็ตามมักจะอยู่ภายใต้ข้อสมมติฐานที่ว่า ผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับสินค้านั้น แต่ในเรื่องการบริโภคบริการทางสุขภาพเป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับสินค้านั้น แต่ในเรื่องการบริโภคบริการทางสุขภาพเป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้บริโภคไม่มีความรู้และไม่มีความแน่นอนในการบริโภคบริการทางสุขภาพยิ่งกว่าสินค้าอื่นใดทั้งหมดที่มีอยู่ในตลาด การบริการทางสุขภาพเป็นสินค้าที่ผู้บริโภคเลือกบริโภคโดยที่ไม่รู้ถึงคุณภาพและคุณสมบัติของสินค้า ทั้งนี้เพราะโดยปกติแล้วการบริการทางสุขภาพเป็นสินค้าที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่จะไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการวินิจฉัยโรค การตรวจและการรักษาโรคแต่ละชนิดจึงเป็นการยากที่ผู้บริโภคจะเลือกบริโภคบริการทางการแพทย์อย่างมีเหตุผล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะสามารถเลือกแพทย์ในการรักษาพยาบาลตนเองได้

ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่า ในทัศนะของผู้บริโภคนั้นผลประโยชน์จากการบริการทางสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนและอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ผู้บริโภคจะปล่อยให้การบริการทางการแพทย์ของเขาอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์ทั้งหมด ผู้บริโภคก็ยังมีสิทธิที่จะใช้กลไกของการเลือก (Choice) อยู่บ้างในทางอ้อม

ดังนั้น ความต้องการบริการทางการแพทย์ในเชิงอุปสงค์จะมีความหมายแคบกว่าตามหลักความจำเป็นในการได้รับการบริการทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดเกี่ยวกับทั้งสองคำดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ความจำเป็นในการได้รับการบริการทาง

การแพทย์จะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละบุคคลอยู่ในฐานะที่ได้รับประโยชน์ และในบางครั้งอาจจะมีความจำเป็นในการรักษาพยาบาล แต่ไม่มีอุปสงค์ในการรักษาพยาบาล เพราะไม่มีเงินไปซื้อบริการทางการแพทย์ และที่สำคัญคือ ก่อนที่จะมีอุปสงค์มักจะเป็นการรักษารักษาขึ้นก่อนเสมอทั้งนี้ เพราะความจำเป็นที่เกิดขึ้น เนื่องจากความเจ็บไข้ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไรแล้วจึงเกิดอุปสงค์ขึ้นตามมาในภายหลัง ส่วนที่อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์มีความหมายแคบกว่าความจำเป็นของการบริการทางการแพทย์นั้นก็เพราะการนำเอาทฤษฎีเศรษฐศาสตร์เข้ามาอธิบาย ทั้งนี้เพราะอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์ในทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ความเต็มใจ และความสามารถในการซื้อสินค้า แต่อย่างไรก็ตามความจำเป็นในการได้รับบริการทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการกำหนดอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เหมือนกับปัจจัยอื่นๆที่กำหนดอุปสงค์เช่นกัน

จากพฤติกรรมในทางเศรษฐกิจของบุคคลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเลือก (Theory of choice) คือภายใต้สถานการณ์หนึ่ง บุคคลจะทำการจัดการรายได้ที่เป็นตัวเงินเพื่อซื้อสินค้าและบริการในอันที่จะทำให้เกิดอรรถประโยชน์หรือความพอใจสูงสุด ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่จำกัด

ทางเลือกในการบริโภคบริการทางด้านสุขภาพอนามัยก็นำที่จะเป็นไปตามทฤษฎีนี้ กล่าวคือ ณ เวลาหนึ่ง บุคคลจะเลือกลงทุนหรือใช้จ่ายทางด้านสุขภาพอนามัยก็ต่อเมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่า ความพอใจที่จะได้รับจากการบริการนั้นมีมากกว่าความพอใจที่ได้รับจากสินค้า หรือบริการด้านอื่นๆและบุคคลจะต้องมีความต้องการเพิ่มความพอใจในสุขภาพของตนก็ต่อเมื่อรู้สึกว่าคุณภาพของตนนั้นมีความสมบูรณ์ลดลงไป

Grossman (1972) ได้ศึกษาแนวคิดด้านการลงทุนในสุขภาพและมีความเห็นว่าคุณอุปสงค์สำหรับการบริการทางการแพทย์เป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (Derived demand) โดยจะเกิดขึ้นหลังจากที่คนเราต้องการการมี สุขภาพดี Grossman ได้สร้างแบบจำลองทางคณิตศาสตร์เกี่ยวกับอุปสงค์ของสุขภาพเรียกว่า "A Stock Approach of The Demand for Health" แม้ว่าแบบจำลองของ Grossman จะมีข้อสมมุติหลายประการที่สามารถโต้แย้งได้ แบบจำลองดังกล่าวก็เป็นวิวัฒนาการทางทฤษฎีก้าวสำคัญที่มีผู้นำมาศึกษาต่อเนื่องกันอย่างกว้างขวาง

## 2) แบบจำลองอุปสงค์สุขภาพของ Grossman

แบบจำลองนี้มีสมมุติฐานว่า สุขภาพ เป็นสินค้าประเภททุน ซึ่งผลิตโดยบุคคลจากการบริโภคสินค้าและการบริการทางเศรษฐกิจหลายๆชนิด จุดประสงค์ของแบบจำลองนี้เพื่อที่จะ

หากการจัดสรรการใช้จ่ายระหว่างบริการด้านสุขภาพอนามัยกับสินค้าและบริการอื่นๆ อันจะมีผลให้เกิดอรรถประโยชน์แก่บุคคลนั้นสูงสุด

ถ้าอรรถประโยชน์โดยรวมของแต่ละบุคคลคือ  $U$

และให้  $H_0$  = ระดับสุขภาพ ณ จุดเริ่มต้นที่ได้รับมา

$H_i$  = ระดับสุขภาพ ณ ช่วงเวลา  $i$

$\phi_i$  = จำนวนบริการด้านสุขภาพที่บริโภคต่อหนึ่งหน่วยระดับสุขภาพ

ดังนั้น  $\phi_i H_i$  = อรรถประโยชน์ที่ได้จากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมด ณ

ช่วงเวลา  $i$

$Z_i$  = อรรถประโยชน์ที่ได้จากการบริโภคสินค้าและการบริการด้านอื่นๆทั้งหมด ณ ช่วง

เวลา  $i$

ดังนั้นอรรถประโยชน์ทั้งหมดจะเท่ากับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมดรวมกับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคสินค้า และการบริการด้านอื่นๆทั้งหมด

สมการเป้าหมายคือ  $\text{Max } U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_n H_n, Z_n, \dots, Z_n)$

การทำสมการเป้าหมายให้สูงสุดนี้ ขึ้นกับสมการข้อจำกัด 5 สมการด้วยกันคือ

1. การลงทุนสุทธิในระดับสุขภาพเท่ากับ การลงทุนเบื้องต้น ลบด้วย อัตราเสื่อม

สภาพ

$$H_i + (1 - H_i) = I_i - \delta_i H_i$$

$I_i$  = การลงทุนเบื้องต้นในสุขภาพอนามัย

$\delta_i$  = อัตราการเสื่อมสภาพของสุขภาพระหว่างช่วงเวลา  $i$

อัตราการเสื่อมสภาพนี้เป็นปัจจัยภายนอก ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของ

แต่ละคน

2. การลงทุนเบื้องต้น ณ ช่วงเวลา  $i$  เป็นสมการของการรักษาพยาบาล ( $M_i$ ) เวลาที่ใช้ ( $TH_i$ ) และระดับสุขภาพคงคลัง ( $E_i$ )

3. การผลิตของสินค้า  $Z_i$  เป็นสมการของปัจจัยการผลิตทั้งหมดที่ใช้ ( $X_i$ ) เวลาที่ใช้ในการผลิต ( $T_i$ ) และระดับสุขภาพคงคลัง ( $E_i$ )

4. มูลค่าปัจจุบันของการใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสุขภาพอนามัย เพื่อสินค้าและบริการอื่นๆ และเวลาที่ไม่ได้ทำงาน เท่ากับ มูลค่าปัจจุบันของรายได้บุคคลเท่าที่ควรจะได้รับถ้าเขาใช้เวลาทั้งหมดในการทำงาน บวกกับ สินทรัพย์ที่มีอยู่ ณ จุดเริ่มต้น

ถ้า  $P_i$  และ  $F_i$  = ราคาของ  $M_i$  และ  $X_i$  ตามลำดับ

$W_i$  = อัตราค่าแรงงาน

$TH_i$  = เวลาในสมการลงทุนเบื้องต้น

$T_i$  = เวลาที่ใช้ในการผลิต  $Z_i$

$TL_i$  = เวลาที่ป่วย

$\Omega$  = เวลาทั้งหมดที่มีภายในช่วงเวลาหนึ่ง

$A^\circ$  = สินทรัพย์ที่มีอยู่ ณ จุดเริ่มต้น

$r$  = อัตราดอกเบี้ย

$t$  = ปี

$$\text{ดังนั้น } \sum \frac{[P_i M_i + F_i X_i + W_i (TH_i + T_i + TL_i)]}{(1+r)^t} = \sum \frac{[W_i \Omega]}{(1+r)^t} + A^\circ$$

5. ถ้า  $H_{\min}$  = ระดับสุขภาพต่ำสุด คือ ระดับที่การตาย

ดังนั้น  $H_t = H_{\min}$

การหาจุดดุลยภาพในการจัดสรรค่าใช้จ่ายระหว่างบริการด้านสุขภาพอนามัย กับค่าใช้จ่ายเพื่อสินค้าและบริการอื่น ในอันที่จะทำให้บุคคลแต่ละคนได้รับอรรถประโยชน์สูงสุดนั้น หาได้จากการแก้สมการเป้าหมายภายใต้สมการข้อจำกัดทั้ง 5 สมการข้างต้น และหากทำการ differentiate สมการอรรถประโยชน์ทั้งหมด ก็จะได้สมการอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้าย

แบบจำลองของ Grossman นี้ มีข้อสมมุติหลายประการทั้งที่แฝงอยู่และที่ระบุออกมาอย่างชัดเจน ข้อสมมุติดังกล่าวได้แก่

1. การซื้อบริการการรักษาพยาบาลเป็นการซื้อ สุขภาพดี
2. ระดับสุขภาพของบุคคลจะเสื่อมสภาพตามกาลเวลา ในอัตราที่เพิ่มขึ้น
3. ระดับสุขภาพของบุคคลสามารถเพิ่มขึ้นได้โดยการลงทุนในสุขภาพ
4. การลงทุนในสุขภาพนั้น มีผลได้ต่อขนาดคงที่ (Constant return to scale)
5. ณ ช่วงเวลาหนึ่ง การใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสุขภาพอนามัย เพื่อสินค้าและบริการอื่น และเวลาที่ไม่ได้ทำงาน มีมูลค่าเท่ากับรายได้จากทรัพย์สินและรายได้ที่หาได้ภายในช่วงเวลานั้น

6. อรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมด ( $\phi$ ,  $H_t$ ) เท่ากับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการมีสุขภาพดีทั้งหมดในช่วงเวลา  $t$

ดังนั้นแบบจำลองของ Grossman สามารถวิเคราะห์และสรุปได้ดังนี้

1. สุขภาพเป็นสินค้าประเภททุน ซึ่งจะเสื่อมราคาไปเรื่อยๆ นอกจากจะมีการลงทุนเพื่อเพิ่ม Health stock
2. การลงทุนใน Health stock นั้นมีต้นทุน 2 ชนิด คือ เวลาและเงิน ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ชนิดนี้ มีอรรถประโยชน์ในการใช้เพื่อหาทางเลือกอื่นแข่งขันกันอยู่ นอกจากนั้น สมการการผลิตของแต่ละคนยังมีประสิทธิภาพแตกต่างกันไปตามระดับของ Stock อย่างอื่น ๆ เช่น การศึกษา เป็นต้น
3. การลงทุนเพื่อสะสมสุขภาพ ให้ผลตอบแทนในอนาคตในรูปของเวลา หมายถึง บุคคลจะมีเวลาเพิ่มขึ้นภายในช่วงชีวิต ซึ่งสามารถทำงานหารายได้หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ให้เกิดอรรถประโยชน์แก่ชีวิตได้มากขึ้น
4. บุคคลจะตัดสินใจในการลงทุนในสุขภาพ จนกระทั่งถึงระดับที่ ต้นทุนหน่วยสุดท้ายของการลงทุน เท่ากับ ค่าปัจจุบันของรายรับหน่วยสุดท้ายที่ได้จากการลงทุน

วิธีการของ Grossman ใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ และทดสอบตัวเลขในอดีตซึ่งผลการทดสอบปรากฏว่า ให้ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ในแบบจำลองอย่างสมเหตุสมผลจึงเป็นแบบจำลองที่มีผู้นำมาอภิปรายและวิเคราะห์เพิ่มเติมกันอย่างกว้างขวาง

### 3) ลักษณะเฉพาะของอุปสงค์บริการทางการแพทย์

โดยทั่วไปความต้องการสินค้าและบริการในเชิงเศรษฐศาสตร์ จะมีลักษณะแปรผกผันกับราคาของสินค้าและบริการชนิดนั้น และผู้บริโภคจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจที่จะกำหนดการบริโภคเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ แต่บริการทางการแพทย์จะเป็นสินค้าที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างจากสินค้าทั่วไปในท้องตลาด ซึ่งพอจะสรุปได้ คือ

3.1) การบริโภคบริการทางการแพทย์ก่อให้เกิดผลกระทบภายนอกและมีความไม่แน่นอนในการบริโภค การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและบริการทางการแพทย์ ผลที่เกิดขึ้นมีเพียงแต่ผู้ป่วยหายจากโรคเท่านั้น แต่จะมีผลกระทบต่อสังคมด้วย กล่าวคือ ทำให้การแพร่เชื้อโรคลดลง โอกาสที่ผู้อื่นในสังคมและติดโรคชนิดนั้นก็จะมีน้อยลง นอกจากนี้ ความต้องการทางการแพทย์ที่มีทั้งการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล ซึ่งความต้องการทั้งสองนั้นไม่สามารถทราบแน่นอนว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ระยะเวลาที่ใช้บริการนานเท่าไร และปริมาณความต้องการแต่ละครั้งมากน้อยขนาดไหน จึงจะทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

3.2) ความต้องการบริการทางการแพทย์เป็นส่วนผสมระหว่างการบริโภคและการลงทุนข้อแตกต่างของสินค้าเพื่อการบริโภคและสินค้าทุน คือ สินค้าบริโภคเป็นสินค้าที่ให้ประโยชน์ และความพอใจแก่ผู้บริโภคโดยตรง ส่วนสินค้าทุนเป็นสินค้าที่มีประโยชน์ในการใช้เป็นเวลานาน และสามารถให้ผลิตสินค้าขั้นต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยให้หายจากโรคก่อนให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยเป็นลักษณะของการบริโภคสินค้าบริโภค และเมื่อผู้ป่วยหายจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยเขาสามารถที่จะมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มกำลังความสามารถ การรับบริการทางการแพทย์ดังกล่าวจึงเปรียบเสมือนการลงทุนในเรื่องค่าความเสื่อมของราคาทุนนั่นเอง ดังนั้น ความต้องการบริการทางการแพทย์จึงเป็นส่วนผสมระหว่างการบริโภคและการลงทุน

3.3) ปริมาณความต้องการบริการทางการแพทย์ ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ ซึ่งแตกต่างจากการบริโภคสินค้าโดยทั่วไปที่ผู้บริโภคจะเป็นผู้กำหนดความพอใจในการบริโภค โดยการบริโภค บริการทางการแพทย์นั้น ผู้บริโภคไม่สามารถทราบถึงคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ที่ได้รับถึงแม้ว่าผู้บริโภคกำลังใช้บริการอยู่ก็ตาม นอกจากนี้ ผู้บริโภคยังไม่สามารถบอกได้ว่า บริการทางการแพทย์หรือการดูแลสุขภาพที่เขาได้รับนั้นดีหรือเลว การที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อรักษาพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้ที่ตัดสินใจว่าจะให้บริการใดกับผู้ป่วยและเป็นปริมาณมากน้อยขนาดไหนระยะเวลายาวนานเท่าใด

ดังนั้น ผู้ที่กำหนดความต้องการบริการทางการแพทย์จึงมิใช่ผู้บริโภค แต่เป็นผู้ที่ให้บริการทางการแพทย์

### 2.1.2 อุปทานทางการแพทย์

อุปทานทางการแพทย์ หรือ การจัดบริการด้านสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลนั้น จัดอย่างไร และระบบใด จึงจะสามารถทำให้บริการดังกล่าวสนองความจำเป็นและสนองอุปสงค์ของสังคมได้ดีที่สุดนั้นเป็นปัญหาสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีทรัพยากรจำกัด การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่เป็นสิ่งที่จำเป็นมาก

#### 1) ระบบการจัดบริการ

การจัดบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลมี 2 ระบบที่ตรงกันข้ามกัน คือ ระบบหนึ่งเป็นการใช้ราคาเป็นเครื่องตัดสินใจ ประชาชนมีภาระรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ดังนั้นทุกคนมีหน้าที่ต้องเก็บออมรายได้ของตนไว้เมื่อเวลาเจ็บป่วยจึงไม่สามารถจะทำงานหารายได้

ตามปกติได้ ทุกคนมีสิทธิเสรีภาพเต็มที่ในการที่จะซื้อบริการรักษาพยาบาล ตรงที่เขามีกำลังทรัพย์ที่จะซื้อได้ แพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสามารถตั้งราคาบริการของตนได้ ตามหลักทฤษฎีแล้วผู้ให้บริการ (Supplier) มีอำนาจผูกขาดในบริการนั้นจึงสามารถตั้งราคาได้สูง ซึ่งทำให้เกิดค่าเช่าทางเศรษฐกิจ (Economic rent) ขึ้นในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะทำให้เกิดการขาดประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร ผลต่อผู้รับบริการหรือประชาชน คือ หากผู้บริโภคมีอำนาจซื้อมากคืออยู่ในกลุ่มที่รายได้สูงก็อาจจะไม่มีปัญหา อาจส่งผลดีในลักษณะที่สามารถทำให้ได้รับความพอใจสูงสุดได้จากเงินที่ตนสะสมไว้ สามารถซื้อบริการได้มากเท่าที่ต้องการ นอกจากนั้นยังสะดวกกว่า มีสมรรถภาพในการรักษามากกว่า แต่ผู้บริโภคในกลุ่มที่รายได้ต่ำจะประสบปัญหามากเนื่องจากไม่สามารถหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และไม่ได้รับการรักษาพยาบาลดีเท่าที่ควร การใช้ราคาเป็นเครื่องตัดสินจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคม และเกิดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีรายได้สูงกับผู้ที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ยังเป็นการทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นและไม่ได้มีส่วนในการช่วยจัดสรรทรัพยากรที่ดีขึ้น

ส่วนการจัดบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลอีกระบบหนึ่งนั้น ตรงกันข้ามกับระบบที่กล่าวมาแล้ว คือรัฐบาลจะเป็นผู้จัดดำเนินการทั้งหมดโดยประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลและทุกคนจะได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมือนกัน เมื่อบริการรักษาพยาบาลเป็นบริการแบบให้เปล่า ประชาชนต่างก็จะพยายามบริโภคหรือใช้บริการให้มากที่สุด ดังนั้นแต่ละคนต่างก็จะใช้จนกระทั่งอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้ายเป็นศูนย์ ดังนั้นบริการหน่วยหลังๆซึ่งผลตอบแทนจากบริการต่ำกว่าต้นทุนในการจัดบริการเมื่อมีผู้บริโภคจะทำให้เกิดสวัสดิการสูญเสียเปล่า (Welfare loss) ขึ้น

วิธีการทั้งสองแบบนี้มีข้อได้แรงแรงมากทั้งคัดค้านและสนับสนุน การจะพิจารณาว่าวิธีใดดีกว่าหรือเลวกว่านั้นจำเป็นที่จะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของสังคม โดยวิเคราะห์ถึงประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ มีความเป็นธรรมสำหรับประชาชนทุกกลุ่มรายได้ มีประสิทธิภาพในการจัดบริการและจัดสรรทรัพยากร และมีประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจสูงสุด

## 2) อุปทานการรักษาสุขภาพอนามัย

ลักษณะของอุปทานการรักษาสุขภาพอนามัยจะแตกต่างกันไปมากหากระบบการจัดบริการแตกต่างกัน การจัดบริการระบบอังกฤษจะเน้นหนักในเรื่องความเสมอภาค โดยรัฐเป็นผู้จัดทั้งหมด และบริการทุกประเภทจะไม่ใช้ราคาเป็นเครื่องตัดสินการกำหนดจำนวนบริการที่จัดขึ้น

สำหรับระบบบริการอีกระบบหนึ่งจะตรงกันข้ามกับระบบอังกฤษ ซึ่งก็คือระบบราคา ซึ่งยังสามารถแบ่งออกได้เป็นอีก 2 ประเภท คือ ประเภทมุ่งแสวงหากำไรและไม่มุ่งแสวงหากำไร



จำนวนบริการบริการรักษาพยาบาลที่จัดเพื่อสวัสดิการนั้นมีได้กำหนดโดยใช้ราคา แต่กำหนดโดยปัจจัยอื่น เช่น สังคมและการเมือง และยังมีปัจจัยที่ควรพิจารณา คือ บริการรักษาพยาบาลดังที่กล่าวมาจะทำให้ผู้รับบริการไม่มีโอกาสทราบถึงประสิทธิภาพของบริการที่ตนจะได้รับและราคาที่จะต้องจ่ายเพื่อบริการนั้น ดังนั้นบริการของโรงพยาบาลจะเป็นการจัดโดยองค์กรที่มีอำนาจผูกขาดทำให้เส้นอุปทานไม่ใช่เส้นเดียวกับเส้นต้นทุนหน่วยสุดท้าย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีก คือ การระบุคุณภาพของบริการทำได้ยาก การให้บริการที่ดีอาจหมายถึงการรักษาพยาบาลที่ใช้วิธีการต่างๆ มากมายที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งค่าใช้จ่ายนั้นมีได้เป็นเครื่องชี้ระดับคุณภาพของบริการ (สมคิด แก้วสนธิ, 2524)

## 2.2 แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นก้าวอย่างสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งจะเป็นกลไกที่ทำหน้าที่รับรองสิทธิในด้านสุขภาพของคนไทย เป็นการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั่วถึงระดับบุคคล และครอบครัวที่มีทั้งประสิทธิภาพ มาตรฐาน และคุณภาพเดียวกัน ตลอดจนเป็นเครื่องมือทางการเงินการคลังที่ก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนทั้งประเทศอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อบรรลุสุขภาพ หรือสุขภาพที่ดีอย่างทั่วถึง

### 2.2.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามความหมายที่เป็นทางการในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2544 หมายความว่า การที่บุคคลได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในด้านบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย อันจำเป็นตามระเบียบนี้ ด้วยความเสมอภาค อย่างมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545)

อาจสรุปได้ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในทางปฏิบัติแล้ว หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการ สุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธิขั้น ดังนั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1) ไม่ใช่บริการสงเคราะห์ บริการกึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก บริการที่แก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า แต่อย่างใด

2) ไม่ใช่การบริการที่ต้องสมัครจึงจะได้รับแต่เป็นสิทธิของคนไทยทุกคนตามกฎหมาย

3) ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยขาดการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ และไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ

ขณะที่สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า หมายถึง หลักประกัน หรือความมั่นใจของประชาชนว่าเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายสามารถไปหาหมอเพื่อขอคำแนะนำ รับบริการตรวจรักษา หรือแม้แต่ได้รับยา เพื่อเยียวยารักษาโรคโดยไม่ต้องกังวลในเรื่องค่ารักษาพยาบาลจนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัว ทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนให้ตามวิธีการที่ได้กำหนด

ในอีกมุมมองหนึ่ง ทิพย์วดี บำเพ็ญบุญ ได้ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ว่าหมายถึง

1) สิ่งที่ทำให้คน ๆ หนึ่งมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยโดยง่าย และเมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย ก็สามารถไปหาหมอ หรือแม้แต่ได้รับยา เพื่อแก้ไขเยียวยาโรคได้ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลเกินไป จนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัว

2) สิทธิในฐานะพลเมืองไทยที่รัฐต้องประกันให้กับประชาชนในประเทศเป็นบริการที่ได้มาอย่างชอบธรรม มีศักดิ์ศรี ไม่ใช่บริการสงเคราะห์ หรือบริการราคาถูก ไม่ใช่บริการที่ต้องแย่งกันสมัคร หรือต้องร้องขอ (ทิพย์วดี บำเพ็ญบุญ, 2545)

## 2.2.2 วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขได้ทำการศึกษาวิจัย และสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพขึ้นมา จนนำไปสู่การเกิดแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้กำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ไว้ 4 ประการด้วยกัน โดยที่ต่อมาทางรัฐบาลได้หยิบยกนำเอาเนื้อหาบางส่วนนั้นมาใช้ร่วมกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลเอง (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาประกาศบังคับใช้ กล่าวคือ

1) ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคตามสิทธิตามกฎหมายแล้วยังคำนึงถึงด้านสังคมที่เป็นธรรม การกระจายภาระค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า และโอกาสการเข้า

ถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพอเหมือนกัน และเพื่อให้ประชาชนไม่ต้องกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อจะไปใช้บริการทางการแพทย์ และได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมีคุณภาพ และได้มาตรฐานการรักษาที่เสมอภาคไม่มีการแบ่งแยก

2) ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) คือประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการหลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

3) ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ระบบการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัด และคุ้มค่าที่สุด มีระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัด โดยเน้นการบริการผ่านสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care networks)

4) การสร้างสุขภาพ ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal health care) ที่เป็นบริการที่ให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

### 2.2.3 ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ในหมวดสิทธิ และเสรีภาพ มาตรา 52 และในหมวดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่กำหนดว่า การรับบริการทางสาธารณสุขของประชาชนจะต้องได้มาตรฐาน เป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

2) ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ดังเช่นตัวเลขทางสถิติที่รายงานว่าร้อยละ 30 ของประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเอง และร้อยละ 60 เคยเดือดร้อนทางการเงินเมื่อเจ็บป่วยหนัก และในบางกรณีค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้

3) แม้ว่าการเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชนจะทำได้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการลดรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจนในทางหนึ่งด้วยเช่นกัน

4) ประชาชนไทยจำนวน 20 ล้านคน ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดๆ ที่จะประกันมาตรฐานคุณภาพ และการบริการ

5) ในระบบตลาดเสรี ประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูล และความเข้าใจเพียงพอที่จะซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งประชาชนยังขาดอำนาจต่อรองใด ๆ จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนมีความต้องการในการได้รับการประกันสุขภาพแล้ว ข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ขึ้นดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชน

6) ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพได้รับการบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม หรือผู้ที่ฐานะยากจน รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า

เมื่อทราบความหมาย วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามสมควรแล้ว ต่อไปจะกล่าวถึง มุมมองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดี กับภาพลักษณ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ ตามที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้มากมาย พิจารณาได้ดังนี้

#### 2.2.4 มุมมองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เสนอมุมมองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ 4 มุมมองได้แก่

##### 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของประชาชน

ในมุมมองของผู้บริโภค (ประชาชน) การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องของการคุ้มครองสิทธิ เป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสร้างความอุ่นใจให้กับประชาชน โดยจะให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนไม่ให้ได้รับความเดือดร้อนจากค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นในยามเจ็บป่วยซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต จึงอาจนับได้ว่าเป็นแนวทางในการยกระดับความเป็นอยู่และแก้ไขปัญหาความยากจนของประชาชนได้เช่นกัน ประกอบกับการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่องโดยการกระตุ้นการให้บริการสุขภาพที่เป็นองค์รวม ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีเครือข่ายของการให้บริการที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกลไกในการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค

## 2) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของสังคม

การกระจายภาระค่าใช้จ่ายไปสู่กลุ่มคนต่างๆจะก่อให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นในระบบสุขภาพ โดยผู้ที่มีฐานะและมีโอกาสที่ดีกว่าในสังคมจะช่วยรับภาระของสังคมในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ด้อยโอกาส ซึ่งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีจะเอื้อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดการและการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรต่างๆว่าได้ใช้ไปเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของคนในชุมชนและในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ เพียงไร

## 3) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของรัฐ

การทำหน้าที่ของรัฐตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญโดยการสร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในระบบ การจัดระเบียบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นการเปิดโอกาสให้มีการจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่จะช่วยลดปัญหาการอุดหนุนข้ามระบบ และการถ่ายเททรัพยากรไปใช้นอกวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการวางระบบที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน จะทำให้สามารถติดตามต้นทุนและรูปแบบการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพได้ง่ายและชัดเจนกว่าเดิม

## 4) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของผู้ให้บริการ

การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้ผู้ให้บริการได้รับทรัพยากรสนับสนุนที่สัมพันธ์กับภาระงาน ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินและระบบการให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านอื่นๆนอกเหนือจากการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งหลายประเด็นมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น การวางสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองต่างๆของการให้หลักประกันสุขภาพเป็นการส่งสัญญาณที่แสดงถึงการให้ความสำคัญที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อลดภาระของระบบบริการสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเสมือนเป็นกลไกที่คอยเกื้อหนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น

### 2.2.5 ลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดี

1) ประชาชนสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับและร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล

2) มีการบริหารจัดการที่ขจัดความซับซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธปฏิบัติ และป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (Conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบ

และคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกฎ กติกา ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้ หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบ

3) มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (Claim processing) การตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

4) ต้องเป็นระบบการบริการที่อยู่บนศีลธรรมพื้นฐาน คือการเคารพศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะคนเล็กคนน้อย คนยากคนจน

5) ต้องเป็นระบบที่เรียนรู้ และปรับตัวได้ ระบบบริการสุขภาพต้องมีฐานอยู่ในความรู้จริง (Knowledge-based Health Care System) ต้องให้ความสำคัญกับการวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้จริง

#### 2.2.6 ภาพลักษณ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์

1) ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal coverage) ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเท่าเทียมกัน โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยถือเป็น สิทธิ ขั้นพื้นฐานของประชาชน

2) ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core package) ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (Cost effectiveness) โดยให้ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคล และครอบครัว ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักเป็นระยะ ๆ ด้วย

3) ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้สถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary care) ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ทั้งนี้กำหนดให้ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ใกล้บ้าน หรือที่ทำงานแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำตัว และครอบครัว สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านจะทำหน้าที่เป็น Gate keeper ที่เชื่อมโยงไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ หรือระดับอื่น ๆ ในระบบต่อไป ประชาชนที่ไม่ใช้บริการตามขั้นตอนดังกล่าวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง รวมถึงสนับสนุนให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้าน กับสถานพยาบาลใกล้บ้านอื่น และสถานพยาบาลระดับอื่น ร่วมกันให้บริการในลักษณะเครือข่าย (Provider network) โดยสามารถเป็นเครือข่ายร่วมของภาครัฐ และภาคเอกชนได้

## 2.3 ทฤษฎีความพึงพอใจ

### 2.3.1 ความหมายของความพึงพอใจ

นักวิชาการได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้หลายๆ ทศนะ ดังนี้

Morse (1955: 27) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่าเป็นทุกสิ่งทุกอย่างที่ลดความเครียด โดยเมื่อมีความเครียดได้รับการตอบสนองและลดลง ก็จะเกิดความพึงพอใจตามมา

Applewhit (1959: 6) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า เป็นความสุขสบายที่ได้รับจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เป็นความสุขสบายที่เกิดจากการเข้าร่วมได้รู้ได้เห็นในกิจกรรมนั้นๆ

Wolman (1973: 384) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า เป็นความสุขความสบายใจ ที่ได้เห็น ได้ร่วมกิจกรรม

แน่งน้อย พงษ์สามารถ (2519: 259) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า หมายถึงท่าทีต่างๆ ไป ที่เป็นผลมาจากท่าที ที่มีต่อสิ่งต่างๆ 3 ประการคือ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับกิจกรรม
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล
3. ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม

ทวีชัย วิริยะโกศล (2541: 19) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่จะผลักดันให้บุคคล บรรลุผลสำเร็จตามที่มุ่งหมายตั้งใจ

ทวีพงษ์ หินคำ (2541: 8) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจเป็นความชอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถลดความตึงเครียดและตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อสิ่งนั้น

ธनिया ปัญญาแก้ว (2541: 12) ได้ให้ความหมายว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ จะเกี่ยวกับลักษณะของงาน ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ความพอใจในงานที่ทำ ได้แก่ความสำเร็จการยกย่องลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า เมื่อปัจจัยเหล่านี้อยู่ต่ำกว่า จะทำให้เกิดความไม่พอใจในงานที่กระทำ ถ้าหากว่างานใช้ความก้าวหน้า ความท้าทาย ความรับผิดชอบ ความสำเร็จ และการยกย่องแก่ผู้ปฏิบัติงานแล้วพวกเขาจะพอใจและมีแรงจูงใจในการทำงานเป็นอย่างมาก

### 2.3.2 องค์ประกอบของความพึงพอใจ

Gilmer (1967: 350 – 384) ได้อธิบายองค์ประกอบของความพึงพอใจว่าประกอบด้วย

- 1) ลักษณะทางสังคม (Social aspects) การมีความสัมพันธ์ที่ดีก่อให้เกิดความพึงพอใจในลักษณะของกิจกรรมที่ทำ
- 2) ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ (Intrinsic aspects) การมีความสัมพันธ์ที่ดีก่อให้เกิดความพึงพอใจ ลักษณะกิจกรรมที่ตรงกับความรู้ความสามารถความมั่นคงปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร

เมื่อพิจารณาจากความหมายตลอดจนคำนิยามที่มีผู้ให้แล้ว สรุปความหมายของความพึงพอใจได้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลทางบวก ความชอบ ความสบายใจ ความสุขใจต่อสภาพแวดล้อมในด้านต่างๆ ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ซึ่งจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลที่จะคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมาก เมื่อได้รับการตอบสนองด้วยดี จะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่งเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ หรือได้รับน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจไว้ว่าจะมีมากหรือน้อย

### 2.3.3 ทฤษฎีความพึงพอใจของ Victor H. Vroom

Vroom (1964) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่าเป็นผลมาจากบุคคลนั้นๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือไปรับรู้แล้วเห็นพอใจ โดยความหมายของความพึงพอใจ สามารถทดแทนความหมายของทัศนคติได้ ซึ่งบางที่เรียกว่าทฤษฎี V.I.E. เนื่องจากมีองค์ประกอบทฤษฎีที่สำคัญคือ

- 1) V มาจากคำว่า Valence หมายถึง ความพึงพอใจ
- 2) I มาจากคำว่า Instrumentality ซึ่งหมายถึง สื่อ เครื่องมือ วิธีทางนำไปสู่ความพึงพอใจ
- 3) E มาจากคำว่า Expectancy ซึ่งหมายถึง ความคาดหวังภายในตัวบุคคลนั้นๆ บุคคลมีความต้องการและมีความคาดหวังในหลายสิ่งหลายอย่าง ดังนั้นจึงต้องกระทำด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังเอาไว้ นั่น บุคคลก็จะได้รับความพึงพอใจและในขณะเดียวกันก็จะคาดหวังในสิ่งที่สูงขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งอาจแสดงในรูปสมการ ได้ดังนี้

$$\text{แรงจูงใจ} = \text{ผลของความพึงพอใจ} + \text{ความคาดหวัง}$$



ซึ่งหมายถึง แรงจูงใจของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ต่อการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่นต่อการประเมินผลงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของตน หรือแรงจูงใจที่บุคคลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรใด จะเป็นผลที่เกิดจากทัศนคติองค์กร หรือการทำงานขององค์กรนั้นรวมกัน ความคาดหวังที่เราคาดหมายไว้ ถ้ามีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร ต่อผลงานขององค์กร และได้รับการตอบสนองทั้งรูปธรรมและนามธรรม เป็นไปตามที่คาดหมายไว้ แรงจูงใจที่จะมีความรู้สึกพึงพอใจก็จะสูง แต่ในทางกลับกัน ถ้ามีทัศนคติในเชิงลบต่องาน และการตอบสนองไม่เป็นไปตามที่คาดหมาย แรงจูงใจที่จะมีความรู้สึกพึงพอใจก็จะต่ำไปด้วย

#### 2.3.4 ความพึงพอใจในงาน

Jewell และ Siegall (1990) นิยามความพึงพอใจในการทำงานว่าเจตคติที่มีพื้นฐานจากการตอบสนองของความรู้สึกที่ประเมินต่อสภาพการทำงาน กล่าวคือ พนักงานที่พึงพอใจจะชอบสภาพของงาน

Schutz และ Schutz (1994) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงานหมายถึง ความรู้สึกและเจตคติทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่องาน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพการทำงาน ค่าตอบแทน สภาพการทำงานและเป้าหมายขององค์กร เป็นต้น รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ สุขภาพ อายุงาน ความมั่นคงทางอารมณ์ สถานะทางสังคม กิจกรรมการพักผ่อน ความสัมพันธ์ทางครอบครัว เป็นต้น

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในการทำงานว่าหมายถึงความรู้สึกรวมของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากงานและได้รับผลตอบแทน คือ ผลที่เป็นความพึงพอใจ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน

บุญมัน ธนาสุภวัฒน์ (2537) กล่าวว่าความพึงพอใจในการทำงานหมายถึงเจตคติในทางบวกของบุคคลที่มีต่องาน หรือกิจกรรมที่เขาทำซึ่งเป็นผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร

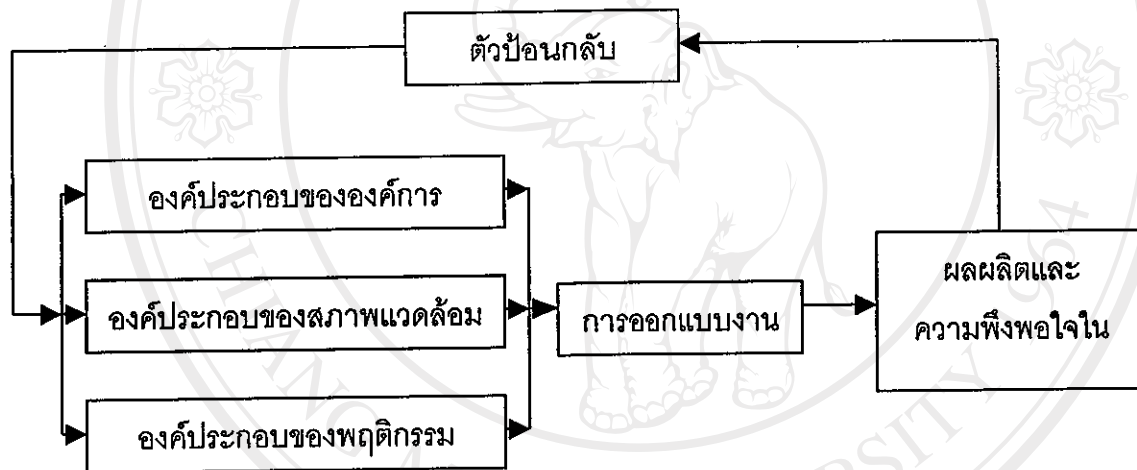
จากความหมายของความพึงพอใจในการทำงานเหล่านี้พอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในการทำงานหมายถึง ความรู้สึกทางบวกของบุคคลที่มีผลมาจากภาพรวมของงาน ไม่ว่าจะ

ลักษณะงานที่ทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน และผลตอบแทนทุกๆด้านที่ได้จากงาน ซึ่งความพึงพอใจในงานนี้จะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จตามเป้าหมาย

### 2.3.5 แบบจำลองคุณลักษณะของงาน

พยอม วงศ์สารศรี (2538) เสนอว่าการออกแบบงานจะต้องพิจารณาภาพรวมทั้งระบบ คือ การศึกษาองค์ประกอบขององค์การ องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบด้านพฤติกรรม การออกแบบงานที่ดีจะทำให้ผลผลิตและความพึงพอใจในงานของพนักงานเพิ่มขึ้น ดังแสดงในภาพ

แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบของงาน



จากภาพ องค์ประกอบของงานมี 3 ส่วน คือ องค์ประกอบขององค์การ องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม

องค์ประกอบขององค์การประกอบด้วยการศึกษาเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. การศึกษากลไกในการทำงาน (Mechanism approach) เป็นการศึกษางานย่อยๆแต่ละงานที่พนักงานต้องทำ เป็นการแสดงให้เห็นวงจรการทำงานต่างๆ

2. การศึกษาขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work flow) โดยศึกษาถึงรายละเอียดของการใช้เวลาของงานแต่ละงาน เพื่อไม่ให้เกิดการถดถอย ความล่าช้าของงาน ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีอิทธิพลสำคัญที่ส่งผลต่อการผลิตและบริการ ทำให้งานแต่ละงานมีการประสานงานต่อเนื่องกัน

3. การศึกษาวิธีการปฏิบัติงาน (Work practice) การทำการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของพนักงานที่ทำมาแต่เดิมนั้น ควรทำอย่างรอบคอบและค่อยเป็นค่อยไป ควรมีการศึกษาวิธีการใหม่กับวิธีการเดิม เพื่อหาวิธีที่เหมาะสม โดยจะต้องคำนึงถึงความขัดแย้งที่รุนแรงในองค์การที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงาน

องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยการศึกษาเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. ความพร้อม และความสามารถของทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ (Employee ability and availability) ทั้งสองสิ่งนี้มีผลต่อประสิทธิภาพของงานที่ทำ โดยจะต้องเตรียมความพร้อมและความสามารถของทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับการออกแบบงานใหม่

2. การคาดหวังทางสังคม (Social expectation) ของพนักงาน การออกแบบงานที่ดีจะต้องพิจารณาถึงอิทธิพลของความคาดหวังทางสังคมของพนักงาน เนื่องจากเป็นปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อความไม่พึงพอใจในงาน แรงจูงใจในงานที่ต่ำ และปัญหาในการบรรจุคนเข้าทำงานในตำแหน่งใหม่

องค์ประกอบด้านพฤติกรรมของพนักงาน ประกอบด้วยการศึกษาเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. การได้รับอิสระในการรับผิดชอบงานที่ทำ
2. การได้ใช้ความสามารถและทักษะหลายประการในงานที่ทำ
3. การได้ทำงานที่เห็นผลลัพธ์ที่เป็นภาพรวมของงานนั้น
4. การได้รับข้อมูลป้อนกลับที่เป็นผลมาจากการทำงานนั้น

อิทธิพลจากคุณลักษณะของงานจะส่งผลไปยังสภาวะทางจิตใจ และสภาวะทางจิตใจนี้จะส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจและแรงจูงใจในการทำงาน

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการทางการแพทย์และคุณภาพโรงพยาบาล

คุณภาพเป็นคำที่ได้ยินแล้วเข้าใจ อะไรที่มีคุณภาพ หมายถึงว่าสิ่งนั้น “ดี” แต่การให้นิยามหรือให้คำจำกัดความของคุณภาพอย่างเป็นระบบอาจมิใช่เป็นเรื่องที่ง่ายนัก โดยเฉพาะกรณีที่ต้องการประเมินคุณภาพหรือต้องการสร้างเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพ เนื่องจากเราจะต้องการความหมายของคุณภาพซึ่งต้องวัดหรือประเมินในเชิงปริมาณได้

### 2.4.1 คำจำกัดความทั่วไปของคุณภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพซึ่งพอจะนำมาสรุปได้พอสมควร คือ

Crosby (1979) ให้ความหมายของคำว่า "คุณภาพ คือความสอดคล้องกับความต้องการ" ซึ่งหมายถึงว่า การจะบรรลุถึงคุณภาพได้ จะเกิดขึ้นเมื่อได้ทำให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ได้ระบุไว้แล้ว

Juran (1993) ให้ความหมายของคำว่า "คุณภาพ คือ ความเหมาะสมหรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้"

Feigenbaum (1991) ให้ความหมายของคำว่า "คุณภาพ คือ ความสามารถที่จะผลิตให้ผลผลิตนั้นตรงกับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งเอาไว้ด้วยต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด"

จึงสรุปได้ว่า คุณภาพบริการ คือการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหลังจากได้รับบริการ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการให้สอดคล้องและตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ

#### 2.4.2 คุณภาพการบริการทางการแพทย์

ในปัจจุบัน คุณภาพสำหรับการบริการดูแลรักษาทางการแพทย์เป็นเรื่องที่กล่าวถึงกันมาก มีการใช้คำศัพท์ต่าง ๆ กันไป คำที่มีผู้ใช้กันมากยังเป็นที่ถกเถียงกันอย่างแพร่หลายคือ "คุณภาพบริการ (Quality of service)" และ "คุณภาพการดูแล (Quality of care)" ซึ่งมักมีผู้ใช้สลับกันอยู่บ่อย ๆ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางสุขภาพและโรงพยาบาล (Blumenthal, 1996) ณ ที่นี้ จะขอกล่าวถึงนิยามของ "คุณภาพการดูแล" หรือ "Quality of care" เนื่องด้วยเป็นคำที่มีการใช้กันแพร่หลายในวรรณกรรมระดับนานาชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านต้องใช้ความอดทนหะเกือบทศวรรษ เพื่อค้นหาความหมายที่รัดกุมและนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติความหมายของคุณภาพการดูแลพอนจะนำมาสรุปได้ดังนี้

Donabedian (1980) ให้ความหมายของการดูแลที่มีคุณภาพสูงว่า "เป็นการดูแลที่คาดหวังไว้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความผาสุก และความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ โดยได้ประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้และผลเสียที่จะเกี่ยวข้องตามมาในการดูแล

American Medical Association (1986) นิยามการดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงว่า "เป็นการช่วยเหลือที่กระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ

ทำให้ผู้ป่วยอายุยืนยาวขึ้น โดยการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับทราบข้อมูลต่าง ๆ การนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐาน และการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาเป็นคุณสมบัติที่กำหนด"

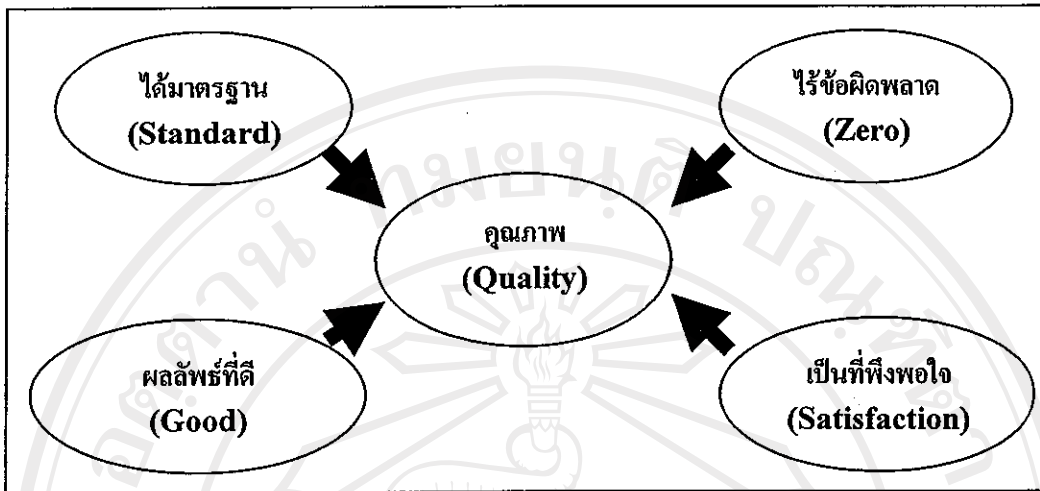
Lohr (1990) กล่าวไว้ว่า "คุณภาพควรประกอบด้วยความพึงพอใจด้านสุขภาพของประชาชนหรือแต่ละบุคคลต่อระดับการให้บริการสุขภาพที่จัดให้สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน"

จากความหมายอันหลากหลายและความซับซ้อนของคำว่าคุณภาพทำให้เกิดความสับสนขึ้นแม้ในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญเอง Donabedian ผู้นำด้านทฤษฎีและการจัดการด้านคุณภาพการดูแลได้ให้คำแนะนำไว้ว่า "ความหลากหลายเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เนื่องจากว่าคุณภาพการดูแลนั้นขึ้นอยู่กับว่าเรากำลังศึกษาที่จุดไหนตามสภาพความจริงและระดับความรับผิดชอบที่เรามีอยู่" และมุมมองที่หลากหลายนั้นจะนำไปสู่วิธีการสร้างเกณฑ์การวัดและการจัดการที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม หากจะสรุปนิยามของคุณภาพให้ครอบคลุมเพื่อเป็นหลักสำหรับการทำความเข้าใจและเพื่อนำมาเป็นกรอบสำหรับการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะในการประเมินคุณภาพและสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพนั้น คุณภาพสำหรับบริการการดูแลทางการแพทย์ อาจมีนิยามได้ดังนี้

คุณภาพ หมายถึง "คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นที่พึงพอใจ" ดังแสดงไว้ตามกรอบต่อไปนี้

## แผนภาพที่ 2 กรอบคำจำกัดความของคุณภาพในบริการทางการแพทย์



ที่มา: Donabedian (1980)

### 2.4.3 มุมมองต่อคุณภาพของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการ

ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพมักให้ความหมายคุณภาพในลักษณะที่เป็นคุณสมบัติอันเนื่องมาจากการปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยโดยเน้น

#### 1) คุณภาพที่เป็นความเป็นเลิศด้านเทคนิค (Technical quality)

คุณภาพด้านเทคนิคนั้นเชื่อกันว่ามี 2 มิติ คือความเหมาะสมของบริการที่จัด และความชำนาญที่กระทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม คุณภาพด้านเทคนิคที่ดีนั้นจะต้องประกอบไปด้วย "Doing the right thing right (การทำให้ถูกต้องด้วยวิธีการ และในเวลาที่เหมาะสม)" การที่แพทย์จะสามารถทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้นแพทย์จะต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน (มีคุณภาพในการตัดสินใจ) และการทำสิ่งที่ถูกต้องดังกล่าวขึ้นอยู่กับความชำนาญการใช้วิจารณญาณและปฏิบัติได้เหมาะสมกับเวลา (มีคุณภาพในการปฏิบัติ) (Mulley, 1995)

#### 2) คุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Interpersonal หรือ functional quality)

สำหรับคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่น คุณภาพด้านการสื่อสาร ความสามารถของแพทย์ที่จะดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือและความสามารถของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ รู้กาลเทศะและไวต่อการรับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

#### 2.4.4 ความคาดหวังและมุมมองของผู้ใช้บริการ

แม้ว่ามุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการกล่าวถึงว่าเป็นส่วนสำคัญในด้านคุณภาพ มุมมองจากบุคคลด้านอื่น ๆ ได้รับความสนใจมากเช่นเดียวกันในช่วงที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือได้มีการเปลี่ยนแปลงที่ได้รับการยอมรับและยืนยันว่าคุณภาพจะต้องตอบสนองต่อความคาดหวังและค่านิยมของผู้บริโภคที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยแต่ละคน ความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มนี้เกี่ยวกับการบริการจัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อสุขภาพ ดังที่ Institute of Medicine ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพนั้นควรจะต้องตรงกับ "ความคาดหวัง" ของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ (Mulley, 1995)

โดยพื้นฐานแล้วคุณภาพตามความคิดเห็นของผู้ป่วยและแพทย์นั้นไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เช่น ด้านการปฏิสัมพันธ์ส่วนบุคคล บุคลากรด้านสุขภาพยอมรับว่า คุณภาพการดูแลที่อยู่ในระดับสูงนั้น เกิดจากการทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับหนึ่ง แต่บุคลากรด้านสุขภาพมักจะลืมนึกถึงความคิดเห็นของผู้ป่วย โดยมักคิดและเชื่อกันว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความรู้ว่าอะไรคือส่วนประกอบของคุณภาพด้านเทคนิค อันเกิดจากไม่ทราบเป็นโรคอะไร ต้องรักษาอย่างไร ทำให้เกิดความคิดว่าการวัดคุณภาพตามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการนั้นจะวัดให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้อย่างไร (Blumenthal, 1996)

อย่างไรก็ตาม นักวิจัยในปัจจุบันได้พัฒนามาตรวัดที่ผู้ป่วยสามารถประเมินคุณภาพการดูแลให้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น นอกจากนี้แนวคิดที่ว่าผู้บริโภคควรจะต้องได้รับทราบข้อมูลและมีทางเลือกหนทางอื่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของสินค้าและบริการได้แพร่หลายไปยังบริการด้านต่าง ๆ รวมถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอีกด้วยทำให้มุมมองของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพเป็นส่วนสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้อีกต่อไป

#### 2.4.5 คุณภาพในภาพกว้าง

อีกมุมมองหนึ่งเกี่ยวกับคุณภาพของบริการการดูแลสุขภาพ คือการจัดการเกี่ยวกับแผนการดูแลสุขภาพ (Health care plans and organization) ซึ่งรวมถึงโปรแกรมด้านการประกันสุขภาพและการจัดการด้านการดูแลขององค์กรเอกชนต่าง ๆ รวมถึงองค์กรของรัฐที่ซื้อบริการทางด้านสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพสำหรับประชาชนบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้มีรายได้น้อย การเน้นคุณภาพในด้านต่าง ๆ มีความสำคัญต่อแผนการดูแลสุขภาพ การจัดแผนการดูแลให้ได้ทั่วถึง และให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

Leape ได้กล่าวไว้ว่าแผนการจัดการต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ ควรเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเลือกการดูแลรักษาที่มีลักษณะต่าง ๆ ที่จะสะท้อนถึงหน้าที่ของระบบในองค์กร

กร จากมุมมองนี้ทำให้ความหมายของคำว่าคุณภาพจะต้องรวมถึงการดูแลที่ตรงกับความต้องการแบบแผนที่เข้ามาให้บริการนั้น ๆ และเมื่อทรัพยากรมีจำนวนจำกัด บริการการดูแลจะได้รับการปรับปรุงโดยต้องจำกัดการรักษาบางชนิดเพื่อสมาชิกทุกคนจะได้รับบริการที่จำเป็นโดยทั่วถึง โดยหนึ่งในคุณลักษณะหลาย ๆ อย่างนั้น คือการเข้าถึงบริการได้ (Accessibility) ซึ่งอาจสามารถจะวัดได้โดย เวลารอคอยสำหรับการนัดผู้ป่วยมา หรือมีบริการตรวจพิเศษไว้ในบริการของสถานบริการสุขภาพหรือไม่ เป็นต้น (Blumenthal, 1996)

Donabedian (1980) เสนอว่าการให้ความหมายของคำว่าคุณภาพที่ค่อนข้างครอบคลุมนั้น ควรประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ความหมายที่มีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาโดยเปรียบเทียบ "ผลที่ได้" และ "ผลที่เสียหาย" หรือความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยผู้ให้การดูแลรักษาต้องให้คุณค่าของสิ่งนี้โดยไม่ต้องหวังถึงเรื่องต้นทุนของการรักษา

2. ความหมายที่มาจากแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นเกี่ยวกับ "ความคาดหวัง" ถึงผลที่ได้และผลเสียหาย รวมถึงผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะติดตามมา

3. ความหมายที่มาจากทางด้านของสังคม ซึ่งจะรวมถึง "ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล" ผลได้และผลเสียอย่างต่อเนื่องและคำนึงถึงว่าการดูแลรักษานั้นได้มี "การกระจายทั่วไปในหมู่ประชาชน"

เมื่อเสริมประเด็นดังกล่าวกับแนวคิดของคุณภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงและขยายกว้างขวางขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษ 1990 ซึ่งมองคุณภาพจากมุมมองของผู้บริโภค ทำให้อาจสรุปได้ว่าในการให้บริการสุขภาพควรจะได้พัฒนาวิธีการต่าง ๆ ที่จะให้ได้คำจำกัดความของคุณภาพที่รวมถึงการประเมินและการจัดการที่รวมเอามุมมองของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ต่าง ๆ ที่มีส่วนในระบบการบริการสุขภาพเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย

ในปี 1989 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ได้สรุปปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไว้ 11 ประการคือ

1. Accessibility of care หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น

2. Timeliness of care หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยได้ทันทีที่ต้องการ

3. Effectiveness of care หมายถึง การดูแลรักษาที่กระทำได้อย่างดีโดยใช้ศิลปะทั้งทางด้านกิริยามารยาทความรู้ที่มีอยู่ในการให้บริการต่อผู้ป่วย



4. Efficacy of care หมายถึง การบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มาใช้บริการ
5. Appropriateness of care หมายถึง การบริการที่ให้นั้นตรงกับความต้องการของผู้มาใช้บริการ
6. Efficiency of care หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้ผลตามความต้องการโดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อย หรือความเสียหายที่จะเกิดน้อยที่สุด
7. Continuity of care หมายถึง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีการประสานกันอย่างต่อเนื่องในบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้ามาให้การดูแลตลอดทั่วทั้งองค์กร
8. Privacy of care หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัว จากแฟ้มข้อมูลจากบุคลากรวิชาชีพ
9. Confidentiality of care หมายถึง การดูแลรักษาความลับ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยไม่ให้มีการเปิดเผยให้บุคคลอื่น ๆ โดยปราศจากการยินยอม
10. Participation of patient and patient family in care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง
11. Safety of care environment หมายถึง การเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นไว้พร้อมและพร้อมที่จะให้บริการการดูแลต่อผู้ป่วยทันทีเมื่อต้องการ

#### 2.4.6 คุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่จัดบริการด้านสุขภาพให้กับชุมชน คุณภาพของบริการการดูแลสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนั้นมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน คือ

1. คุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานที่กลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ได้ตั้งไว้
2. คุณภาพตามการรับรู้ หมายถึง คุณภาพที่เป็นตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

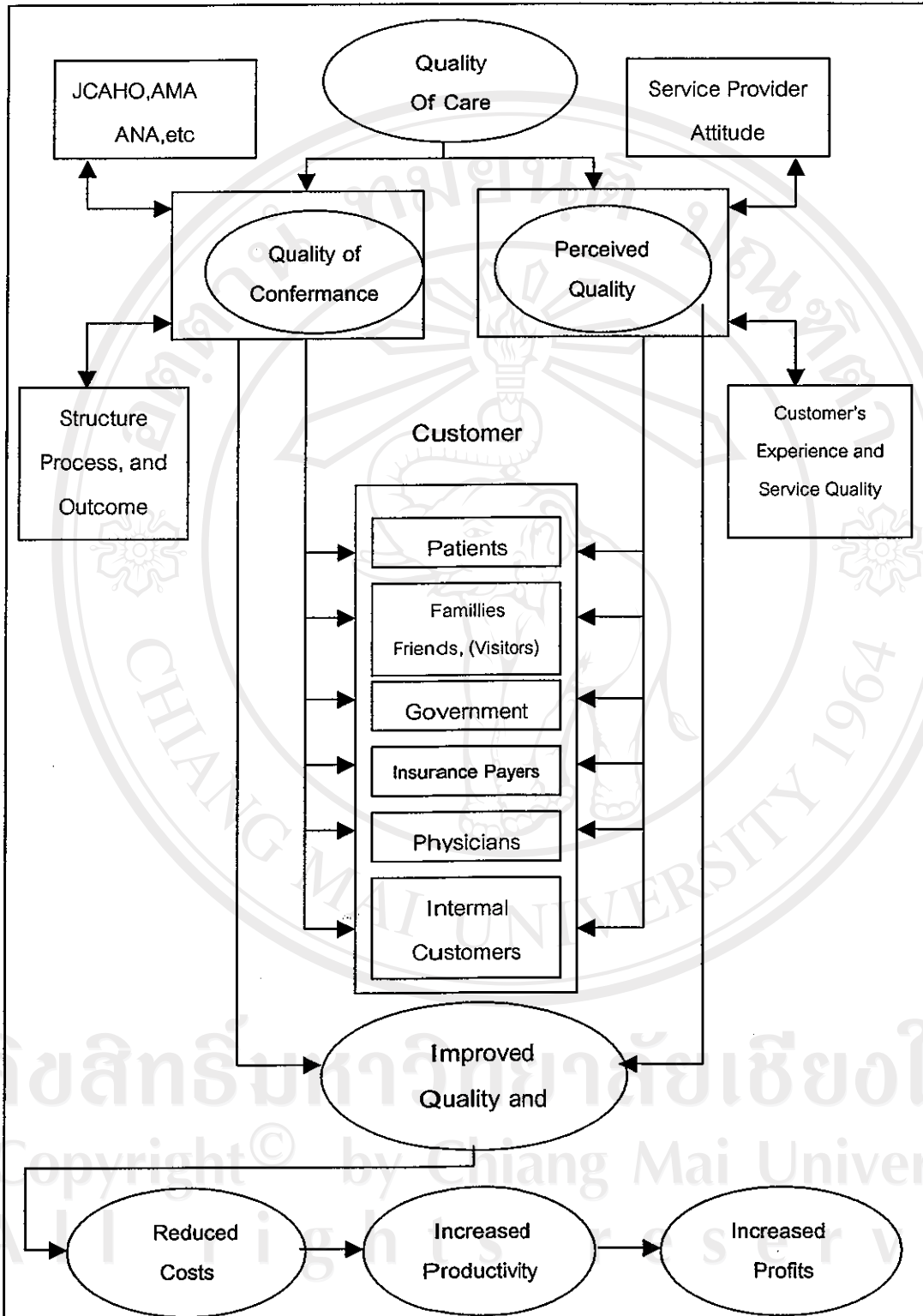
ทั้งคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติและคุณภาพตามการรับรู้ทำให้ความหมายของคุณภาพในโรงพยาบาลนั้นมีความสมบูรณ์ อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติเพียงประการเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะนำมาประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่ได้นำความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ที่ใช้บริการเข้ามาเกี่ยวข้องของคุณภาพของ

การดูแลตามการรับรู้ของผู้ที่เข้ามาใช้บริการจะมีความสำคัญเท่ากับคุณภาพตามมาตรฐานและ  
เป็นส่วนกำลังได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน เพราะทำให้ความหมายของคุณภาพนั้นมีความ  
สมบูรณ์มากขึ้น กรอบแนวคิดขององค์ประกอบด้านคุณภาพการดูแลได้แสดงไว้ในภาพ  
(Omachonu,1995)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

แผนภาพที่ 3 Conceptual Framework for Quality of Care in Hospital



ที่มา: Omachonu (1995)

โดยสรุปคุณภาพ หมายถึง "คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสมปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน เป็นที่พึงพอใจ" คุณภาพประกอบด้วยมิติหลายด้าน มีความเป็นพลวัตสูงมาก ในภาพกว้างอาจครอบคลุมไปถึงการเข้าถึงบริการและการจัดสรรบริการนั้นไปสู่ประชาชนโดยส่วนรวม การให้คำจำกัดความคุณภาพจึงขึ้นอยู่กับว่าเรากำลังศึกษา ณ จุดใด ควรนำมุมมองผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้บริหารองค์กร ผู้ให้บริการและมุมมองของผลกระทบทางด้านสังคมเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย

สำหรับโรงพยาบาล คุณภาพไม่เพียงจะเกี่ยวข้องกับบริการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ยังเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริการสนับสนุนตลอดจนระบบบริหารจัดการ การพัฒนาองค์กร ประสิทธิภาพ และต้นทุน

## 2.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้นำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ วรรณกรรมด้านอุปทานของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และวรรณกรรมในด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่นอุปสงค์ในบริการทางการแพทย์ การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนประสิทธิภาพประสิทธิผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 2.5.1 วรรณกรรมด้านอุปทานของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษาวิจัยด้านอุปทานของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีผู้ศึกษาค่อนข้างน้อยกว่าการศึกษาด้านอุปสงค์ของนโยบาย จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) ได้ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆต่อโครงการบัตรสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่ทั้งระดับบริหารของจังหวัดและอำเภอ และทั้งเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติของทั้งจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดราชบุรี เห็นด้วยกับหลักการของโครงการบัตรสุขภาพ แต่แพทย์บางส่วนในโรงพยาบาลสะท้อนทัศนคติว่าโครงการบัตรสุขภาพได้สร้างให้เกิดความไม่ยุติธรรมในการรับบริการ จากการที่ได้รับความนิยมที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพและผู้ป่วยธรรมดา สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นต่อผลกระทบทาง

การเงินของโรงพยาบาลว่า หากโครงการบัตรสุขภาพขยายเต็มที่ปัญหาอันเนื่องจากผลกระทบทางการเงินจะมีมากขึ้น อันจะส่งผลให้โอกาสการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้น้อยลงตามลำดับ

**ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา (2542)** ได้ศึกษาหลักประกันสุขภาพกับความมั่นคงแห่งชาติ: ทางเลือกเชิงนโยบาย พบว่า การที่จะให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐจะต้องเข้ามามีบทบาทกำหนด แต่การที่จะให้ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงระยะเวลาอันใกล้นี้คงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย แต่ก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาและปฏิรูปเพื่อนำไปสู่การมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมของระบบ ในระยะสั้นจะต้องควรต้องเพิ่มประสิทธิภาพของระบบเป็นสำคัญ ทั้งในด้านการพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้นทั้งในเมืองและชนบท การพัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินให้แก่สถานพยาบาลที่เหมาะสม ในระยะกลางนั้นมาตรการที่ต้องใช้ คือ การลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งในด้านการสนับสนุนงบประมาณของรัฐ สิทธิประโยชน์ และการให้สิทธิกับประชาชนให้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น สำหรับในระยะยาวนั้นการให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ได้อย่างเท่าเทียมกันเป็นเป้าหมายในการพัฒนาที่สำคัญ ทั้งนี้การที่จะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั้น จำเป็นจะต้องมีการปฏิรูประบบสาธารณสุขทั้งในด้านระบบบริการ โครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ และระบบการคลังสาธารณสุข

**วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์ และภูษิต ประคองสาย (2544)** ได้ทำการศึกษางบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1202 บาทต่อปีมาจากไหน พบว่าในการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งได้ใช้รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลในระบบปลายปิด ได้แก่การเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และกำหนดเพดานงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยในนั้น การใช้งบประมาณรูปแบบดังกล่าวทำให้สถานพยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากร ต้องคิดถึงต้นทุนและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย ทั้งนี้เพราะสถานพยาบาลจะมีรายได้ขึ้นกับจำนวนประชาชนที่มาลงทะเบียน ไม่ขึ้นกับปริมาณบริการที่จัดให้

**ภูษิต ประคองสาย วลัยพร พัทธธนฤมล และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2544)** ศึกษาเรื่องสถานพยาบาลต้องปรับตัวอย่างไรภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: พบว่านโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี โดยมีรายรับและทรัพยากรทางการเงินลดลง ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดต้องมีการปรับตัวในด้านประสิทธิภาพอย่างสูง ความเป็นไปได้ที่ระบบจะสามารถปรับตัวในด้านประสิทธิภาพและสามารถอยู่รอดได้ การแก้ไขปัญหาจะต้องแก้ไขในภาพรวมของจังหวัด โดย

เน้นการแก้ไขรายจ่ายด้านค่าแรงและวัสดุเวชภัณฑ์ที่ควบคุมได้ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐาน การเตรียมความพร้อมในด้านการบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือของหน่วยงานและบุคลากรทุกระดับในการแก้ปัญหา

**นฤมล คำเหลือง (2546)** ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงมีความคิดเห็นต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่ามีคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับดีทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ ด้านการสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยลดความเหลื่อมล้ำของการให้บริการ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนได้ ร้อยละ 92.7 และ ร้อยละ 85.5 ตามลำดับ

**อดิศักดิ์ มโนวงศ์ (2546)** ได้ศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลแม่สะเรียง ผลการศึกษาพบว่าประชากรเห็นด้วยกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยภาพรวม ร้อยละ 71 โดยมีความเห็นด้วยที่จะให้จัดรูปแบบบริการเป็นแบบ ปฐมภูมิร้อยละ 69.8 และเห็นด้วยว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อหน่วยงานและประชาชน ร้อยละ 69.8 และควรดำเนินการจัดดำเนินการรูปแบบบริการแบบปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพการให้บริการตามวัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## 2.5.2 วรรณกรรมในด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วรรณกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนที่นอกเหนือจากอุปทานของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถรวบรวมได้ดังนี้

### 1) ด้านอุปสงค์ของบริการทางการแพทย์

**Grossman (1972)** ได้ศึกษาแนวความคิดด้านการลงทุนในสุขภาพและอุปสงค์ในบริการทางการแพทย์มีความเห็นว่า อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (Derived demand) กล่าวคืออุปสงค์สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นอุปสงค์ที่เกิดหลังจากที่คนเราต้องการ "สุขภาพดี" **Grossman** ได้อธิบายเกี่ยวกับความต้องการบริการทางการแพทย์ประเด็นสำคัญที่ **Grossman** ใช้อธิบายถึงความต้องการในการรักษาสุขภาพมีอยู่ว่าการใช้จ่ายของแต่ละ

บุคคล ทำให้เขาได้รับประโยชน์ที่เขาต้องการ ดังนั้นเมื่อแต่ละบุคคลจ่ายเงินซื้อบริการทางสุขภาพ เขาจะตัดสินใจเหมือนกับซื้อสินค้าและบริการอื่นๆ ที่มีวางขายอยู่ในท้องตลาด และการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการทางสุขภาพ ก็หมายความว่า ผู้บริโภคต้องการให้สถานะทางสุขภาพของเขาดีขึ้น

แบบจำลองของ Grossman อยู่ภายใต้สมมติฐานที่ว่า ผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตนเองดี และอัตราการเสื่อมของสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้จ่ายเงินซื้อบริการทางการแพทย์เพื่อรักษาสุขภาพ ดังนั้นผู้บริโภคก็มีสิทธิที่จะกำหนดความยืนยาวของชีวิตอยู่ในโลกใบนี้ได้ ทั้งนี้เพราะสุขภาพเป็นสินค้าประเภททุน เป็นการสะสมทุนเพื่อผลิตสุขภาพที่ดีในอนาคต สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการลงทุนมนุษย์ เมื่อสุขภาพเป็นสินค้าประเภททุนค่าเสื่อม (depreciation) จึงเกิดขึ้นในสุขภาพและจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุขัยของผู้บริโภค ซึ่งต้องมีการลงทุนทางสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับของการสะสมสุขภาพ ลักษณะการอธิบายแบบจำลองจะใช้ฟังก์ชันอรรถประโยชน์อธิบายความพอใจสูงสุด ในการตัดสินใจเลือกบริโภคระหว่างการบริการทางสุขภาพและสินค้าอื่นๆ ในแต่ละปีของชีวิต ซึ่งผลการศึกษาของ Grossman สามารถสรุปได้ดังนี้คือ ฟังก์ชันความพอใจ (Preference function) ในสุขภาพไม่ได้กำหนดโดยรสนิยมซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกแต่ถูกกำหนดโดยการตัดสินใจของเจ้าของฟังก์ชันความพอใจซึ่งเป็นปัจจัยภายในเนื่องจากถือว่าสุขภาพเป็นสินค้าประเภททุน จึงทำให้สามารถที่จะกำหนดระดับของสุขภาพที่เป็นอยู่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งได้ สามารถวัดต้นทุนของการลงทุนและผลตอบแทนของการลงทุนแล้วใช้วิธีการวิเคราะห์ที่มีอยู่เพื่อหาการลงทุนสุขภาพในระดับที่เหมาะสมที่สุดในตลอดช่วงชีวิตและ อุปสงค์ในการรักษาพยาบาลสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งของอุปสงค์การลงทุนในสุขภาพ เพราะอุปสงค์การลงทุนในสุขภาพ เพราะอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลเป็นเสมือนอุปสงค์สำหรับปัจจัยการผลิตชนิดหนึ่งในปัจจัยการผลิตหลายชนิด ซึ่งผู้บริโภคจะใช้ในสมการการผลิต เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการลงทุนในสุขภาพ

Feldstein (1998) ให้ความเห็นว่า อุปสงค์สำหรับการรักษาพยาบาลทางด้านการแพทย์ควรจะศึกษาถึงการเลือก เพราะการเลือกบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นทั้งสองฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้บริโภคและผู้ผลิต การเลือกเกิดขึ้นทั้งด้านและสัดส่วนขององค์ประกอบในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ความแตกต่างระหว่างการเลือกของคนป่วยเจ็บหรือของแพทย์ จะมีมากหรือน้อยแค่ไหนยังขึ้นอยู่กับความรู้และสิ่งที่สามารถจะใช้แทนกันได้ อย่างไรก็ตาม ใกล้เคียงที่เกิดขึ้นในวงการการรักษาพยาบาลจะมีมากหรือน้อยแค่ไหนนั้นส่วนใหญ่มักจะไม่ขึ้นอยู่กับคนไข้และการใช้ประโยชน์ของการบริการรักษาพยาบาล

**สุพัทธ์ กรณามิตร (2514)** ได้ศึกษาแบบการใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในเขต เชียงใหม่ โดยสมมติให้ค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนเท่ากับรายได้รวมของครัวเรือน และกำหนดให้ ราคาสินค้าและบริการอื่น ๆ คงที่และใช้การวิเคราะห์แบบ ดุลยภาพบางส่วน (Partial equilibrium) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยแยกแยะออกเป็น ค่าใช้จ่ายด้านป้องกันโรค และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรค รวมถึงศึกษาผลกระทบของตัวแปรทางด้านประชากร (Demographic variables) ต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งในด้านการป้องกันโรคและการรักษาโรค โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Multiple Classification Analysis (MCA) ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรทางด้านประชากร ประกอบด้วย อายุ และเพศและตัวแปรทางด้านรายได้ของครัวเรือน ระดับการศึกษาของผู้ที่ตัดสินใจเรื่องสุขภาพของ ครัวเรือน ระดับการศึกษาของผู้ตัดสินใจเรื่องสุขภาพของครัวเรือนและการเบิกค่านำรักษา พยาบาลของครัวเรือนโดยมีฟังก์ชันการศึกษาดังนี้

โดยให้เหตุผลของการใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ คือ Multiple Classification Analysis (MCA) ว่าเหมาะสมกับการถดถอยเชิงพหุ Multiple Regression Analysis (MRA) ทั้งนี้เพราะ MCA เป็นรูปแบบที่เหมาะสมเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีลักษณะเป็นตัวแปรตามไม่ เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Non linear relationship) และเมื่อตัวแปรอิสระมีลักษณะเป็นตัว แปร (Nominal scale) สำหรับผลการศึกษาค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค และรักษาโรคของครัว เรือน ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพด้วย พบว่าค่าใช้จ่ายในการป้อง กันโรคของครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 301.15 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเฉลี่ย 2,959.29 บาทต่อปี หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ครัวเรือนเท่ากับร้อยละ 0.38 และร้อยละ 3.41 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ มีเพียงตัวแปรทางด้านรายได้ และตัวแปรทางด้านประชากรเท่านั้นที่นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรทางด้านการศึกษาของผู้ตัดสินใจเรื่องสุขภาพของครัวเรือน และการเบิกค่านำรักษาพยาบาลครัวเรือนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of determinant) เท่ากับ 0.139 สำหรับการป้องกันโรค และเท่ากับ 0.106 สำหรับการ รักษาโรค

**ประสิทธิ์ จันทกลาง (2540)** ได้ศึกษาอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์ในจังหวัด ลำพูน สรุปได้ว่า จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการและลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการทางการแพทย์ จำนวนครั้งการเข้ารับบริการทางการแพทย์จะมีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การถือครองกรรมกรรมประกันสุขภาพของกระทรวง



สาธารณสุข และการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้เข้ารับบริการ โดยอายุที่สูงขึ้น รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ส่วนลักษณะทั่วไปด้านอื่นๆ อาทิ อาชีพของผู้เข้ารับบริการเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ และกรรมกร รวมทั้งเกษตรกร การมีสวัสดิการเบิกค่ารักษาพยาบาล การเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข จะมีแนวโน้มเฉลี่ยที่จะเข้ารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ยกเว้นปัจจัยการบริการทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความต้องการบริการทางการแพทย์ สำหรับการคำนวณค่าความยืดหยุ่นต่อราคา พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.307917 และ -0.1450236 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า บริการทางการแพทย์มีลักษณะเป็นสินค้าปกติ (Normal goods) กล่าวคือความต้องการบริการทางการแพทย์ จะเพิ่มสูงขึ้นก็ต่อเมื่อรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเดือนเพิ่มสูงขึ้น และสำหรับความยืดหยุ่นอุปสงค์ต่อราคามีความยืดหยุ่นอุปสงค์ต่อราคาสินค้ามีความยืดหยุ่นน้อย (Inelastic) แสดงถึงความต้องการบริการทางการแพทย์เป็นสินค้าจำเป็นต่อการดำรงชีพ (Necessary goods)

วันชัย ฉัตรพัฒนากุล (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการพิจารณาเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะ ผลการศึกษาพบว่าพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะร้อยละ 60.7 เลือกใช้บริการที่กองแพทย์และอนามัยแม่เมาะ รองลงมาเลือกใช้บริการที่คลินิกเอกชน ร้อยละ 17.0 โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 14.7 และร้อยละ 7.6 เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน จากการวิเคราะห์โดยใช้ Logit model แสดงว่าปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย และปัจจัยด้านการมีบุตร เป็น 2 ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนดการให้บริการทางการแพทย์ของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะ

ส่วนการศึกษาทัศนคติของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะในการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ต่างๆ พบว่า ที่เลือกใช้บริการที่กองแพทย์และอนามัยแม่เมาะกับโรงพยาบาลของรัฐเพราะเป็นอันดับหนึ่งเพราะสะดวกในการไปใช้บริการ และเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมดหรือบางส่วน ส่วนพนักงานที่เลือกใช้โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชนนั้น เพราะให้บริการสะดวก รวดเร็วทันต่อความต้องการ รับฟังปัญหาและให้คำแนะนำเป็นที่เข้าใจ วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือทันสมัย ตลอดจนแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการรักษา และเหตุผลที่พนักงานและครอบครัวไปใช้บริการที่อื่นโดยไม่มาใช้บริการที่กองแพทย์และอนามัยแม่เมาะ เพราะพักอาศัยในอำเภอเมืองลำปาง ตอนเจ็บบ่ายนั้นเป็นเวลานอกราชการไม่มีแพทย์ประจำ เพราะเป็นโรคที่ต้องการใช้แพทย์เฉพาะทางคุณภาพในการรักษาและการบริการของบุคลากรที่กองการแพทย์และอนามัยแม่เมาะไม่ดีเท่าคลินิกเอกชน

ชลธิดา ลาภหลาย (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์การใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม จังหวัดลำพูน ปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะทางจากบ้านและที่ทำงานของผู้ประกันตนมาโรงพยาบาลแม่ทา ลักษณะงานของผู้ประกันตนและความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลแม่ทา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านรายได้ของครัวเรือนต่อเดือนของผู้ประกันที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และปัจจัยทางด้านความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลแม่ทาของผู้ประกันตน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยทั้งสองนั้นมีค่าเป็นบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และโอกาสที่จะมารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นของผู้ประกันตนที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 อยู่ในช่วงร้อยละ 13 – 15 ส่วนผู้ประกันตนที่มีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลแม่ทาโอกาสที่จะมารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วงร้อยละ 13 – 15

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา พบว่าผู้ประกันตนส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจต่อระยะเวลาการรอตรวจรักษานาน ดังนั้น ทางองค์กรต่างๆของโรงพยาบาลแม่ทาควรปรับปรุงบริการทางการแพทย์เพื่อให้ระยะเวลาการรอตรวจรักษาลดลง และคิดกลยุทธ์ต่างๆในการจูงใจให้ผู้ประกันตนมารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

ชวนิต ศิวะเกื้อ (2545) ได้นำแนวคิดด้านอุปสงค์และอุปทานมาอธิบายโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ผลปรากฏว่าไม่ว่าจะมองเปรียบเทียบระหว่างอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นกับอุปทานที่คงที่ หรือมองในแง่ปฏิบัติที่รายได้มีน้อยกว่ารายจ่าย ผลก็คือเป็นการทำลายระบบสาธารณสุขของประเทศในระยะยาว เนื่องจาก

1. หากประชาชนชนรับนโยบายดังกล่าวจนเกิดความต้องการที่สูงมาก ส่งผลให้ขีดความสามารถของหน่วยงานสาธารณสุขจะไม่เพียงพอทั้งทางด้านบุคลากรและเวชภัณฑ์ รวมทั้งยารักษาโรคต่างๆ นั้นหมายความว่าคุณภาพของบริการจะเริ่มต่ำลง

2. เมื่อตลาดถูกกำหนดราคาตายตัว หน่วยงานสาธารณสุขต่างๆย่อมต้องลดคุณภาพการบริการที่ถูกกำหนดเพื่อความอยู่รอด ขณะเดียวกันก็ต้องไปขึ้นราคาในบริการที่สามารถเรียกเก็บได้ทำให้ราคาค่าบริการแพงขึ้น

3. ในภาพรวมตลาดไม่จูงใจให้เกิดผู้ประกอบการรายใหม่เข้ามาในตลาด ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นนานวันก็จะทำให้บริการขาดแคลนในระยะยาว เมื่อจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นแต่สถานพยาบาลเท่าเดิมหรือลดลง

ดังนั้น แนวคิดของรัฐบาลในเรื่องนี้จึงเป็นแนวคิดที่สวนทางกับความเป็นจริง ทั้งในแง่ของความต้องการของประชาชน และในแง่ของกลไกตลาด อีกทั้งในแง่ของระบบเศรษฐกิจแบบบริโภคนิยมที่ประเทศไทยเป็นอยู่ในขณะนี้ด้วย

## 2) ด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนในโครงการบัตรสุขภาพ

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการ สาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช อุบลราชธานี และราชบุรีในการศึกษาโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 พบว่าเหตุผลที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ของจังหวัดอุบลราชธานีและราชบุรีเป็นอย่างเดียวกัน คือ การที่ตนและครอบครัวจะได้มีโอกาสรับการรักษาฟรี และการที่เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนชักชวนขอรับรองให้ซื้อบัตร ส่วนในจังหวัดนครศรีธรรมราชเหตุผลที่สำคัญที่สุดของการตัดสินใจซื้อบัตรกลับเป็นความคาดหวังในบริการที่จะได้รับ

สมมาตร พรหมภักดี และประสิทธิ์ ลีระพันธ์ (2529) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ กรณีจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยใช้ในการพิจารณาเลือกใช้บริการ คือ ระดับความรุนแรงของโรค หากโรคอยู่ในระดับรุนแรงหรือปานกลางต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้ป่วยจะเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นแห่งแรก กรณีของโรคที่ระดับความรุนแรงเล็กน้อย ปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกสถานบริการของผู้ป่วย นอกจากความรุนแรงของโรคแล้วการคำนึงถึงประสิทธิผลที่จะได้รับจากการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร (2533) ศึกษาวิจัยสภาวะสุขภาพและความครอบคลุมของการใช้สถานพยาบาลของประชาชนผู้มีบัตรรายได้ต่ำในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2532 - กันยายน 2533 โดยออกแบบสอบถาม สัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,020 ราย เป็นชาย 643 ราย เป็นหญิง 1,377 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย และที่โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง (โรงพยาบาลวชิระพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์) พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ที่ใช้การบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งอยู่ใกล้บ้านมากกว่าใช้การบริการที่โรงพยาบาล กรณีเมื่อมีการเจ็บป่วยไปหาแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนเป็นสัดส่วนสูงสุด รองลงมาคือซื้อยารับประทานเอง และปล่อยให้หายเอง ตามลำดับ ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย ความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์บริการ

สาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ในขณะที่ความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลค่อนข้างต่ำ โดยมีปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดคือ สถานที่ตรวจคัดแคบ ระยะเวลาที่เสียไปในโรงพยาบาลนานเกินไป เป็นต้น

วรลักษณ์ หิมะกลัส (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของครัวเรือนในการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified random sampling จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มครัวเรือนที่ถือบัตรประกันสุขภาพในช่วงเดือนตุลาคม 2540 ถึงเดือน กันยายน 2541 กลุ่มที่สอง เป็นครัวเรือนที่ไม่ได้ถือบัตรประกันสุขภาพจำนวนจำนวน 200 ครัวเรือน การศึกษาได้ใช้ครัวเรือนเขตอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้เนื่องจากมีสัดส่วนของครัวเรือนเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพมากที่สุดในจังหวัดเชียงใหม่

เมื่อเปรียบเทียบครัวเรือนที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มครัวเรือนที่มีบัตรจะมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนหลายคน มีรายได้ต่อบีต่ำ และมีค่ารักษาพยาบาลต่อบีต่ำกว่าครัวเรือนที่ไม่มีบัตร เนื่องจากมักเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 80 ของกลุ่มครัวเรือน ของกลุ่มครัวเรือนที่มีบัตรนั้นจะไม่มีประกันสุขภาพโดยวิธีอื่นรวมทั้งมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโครงการมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีบัตร สำหรับการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวนั้น พบว่าครัวเรือนทั้งสองกลุ่มไม่ค่อยมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ โดยใช้การประมาณค่าด้วยวิธี Logit model ซึ่งให้ประมาณค่าแบบวิธีความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum likelihood estimate) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านสังคมวิทยาและด้านสวัสดิการรักษายาพยาบาลต่างๆ และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการประกัน

ปัจจัยทางด้านสังคม จิตวิทยา และสวัสดิการของรัฐที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ ได้แก่ความบ่อยครั้งของการเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ทัศนคติที่มีต่อโครงการประกันสุขภาพ การไม่ได้รับสวัสดิการจากรักษาพยาบาลอื่น ความรู้และความเข้าใจที่ดีต่อโครงการ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการประกันพบว่ามีอิทธิพลน้อยกว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การที่ราคาบัตรประกันสุขภาพมีราคาต่ำเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลต่อปีของครัวเรือน รายได้ของครัวเรือนที่อยู่ในระดับต่ำและโอกาสการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือนที่มีค่ามากแต่สำหรับภาวะสุขภาพซึ่งแสดงโดยการเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวของบุคคลในครัวเรือนนั้นพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้

นี้ ปัจจัยในเรื่องของมูลค่าของการสูญเสียซึ่งวัดโดยค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลก็พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโครงการเช่นกัน

**เริงพล ตันสุชาติ (2545)** ได้ศึกษาทัศนคติของผู้เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่ใช้บริการปีละครั้ง โดยใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกในการรักษาโรคไข้หวัด และคาดหวังว่าจะมารับบริการซ้ำอีกเนื่องจากประหยัดค่าใช้จ่าย และสนับสนุนให้รัฐจัดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นโครงการถาวรเพราะเป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีรายได้น้อย ในอนาคตหากรัฐให้สิทธิเลือกโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการได้ส่วนใหญ่จะเลือกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เนื่องจากมีแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการตรวจวินิจฉัยโรค

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายของโครงการและขั้นตอนการเข้ารับบริการ แต่ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานในการขอรับบริการ โดยครอบคลุมในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และสิทธิในการใช้บริการบำบัดรักษาโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง ในส่วนของความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ พบว่าผู้เข้ารับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากในด้านการบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และด้านการบริการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ผู้เข้ารับบริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลางในด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ด้านอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ และด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการตามลำดับ

ด้านปัญหาและอุปสรรคในการรับบริการ พบว่า ผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่จะประสบปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่แพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการทำให้ต้องรอนานมาก รองลงมาคือ การได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำกว่าผู้ป่วยปกติ ทำให้ไม่สามารถรักษาอาการของโรคให้หายขาด ผู้เข้ารับบริการให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มจำนวนแพทย์ให้มากกว่าปัจจุบันเพื่อรองรับการบริการอย่างเพียงพอ ไม่ต้องรอนาน รองลงมาคือ ควรให้ยาที่มีคุณภาพดีกว่านี้แก่ผู้มารับบริการเพื่อรักษาโรคให้หายขาด และผู้เข้ารับบริการสามารถเลือกโรงพยาบาลได้เองตามลำดับ

**ภคพร ไสภโณตร (2546)** ได้ศึกษาประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) ไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติค่อนข้างจะมีประสิทธิผลอยู่พอสมควร คือ จากตัวชี้วัดประสิทธิผลที่ตั้งไว้สามประการนั้นได้รับการนำไปปฏิบัติในระดับที่มีประสิทธิผลแตกต่างกัน คือ 1) ความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ถือได้ว่าฝ่ายที่นำนโยบายไปปฏิบัติดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การได้รับบริการทางการแพทย์ที่

เลขหมู่.....  
สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๑/๑๓  
๓๕๘,๓๘๒  
๕๖๑๑๕๗

เท่าเทียมไม่ได้รับการเลือกปฏิบัติ ถือได้ว่าฝ่ายผู้ให้บริการทางการแพทย์ได้นำหลักการนี้มาปฏิบัติ ได้ค่อนข้างมีประสิทธิภาพพอสมควร 3) ระบบสาธารณสุขที่มีความพร้อมโดยการเน้นการบริการผ่านเครือข่ายปฐมภูมิเป็นส่วนที่ยังคงไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ นั้น จากการศึกษาพบทั้งปัญหาของผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ และปัญหาของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์และส่งผลถึงกัน ในลักษณะที่ว่านโยบายซึ่งถูกกำหนดโดยผู้บังคับบัญชาได้กลายมาเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการที่จะดำเนินตามนโยบาย อันส่งผลต่อเนื่องไปยังประชาชนผู้รับบริการในที่สุด

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของระบบสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับรูปแบบบริการด้วยการเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และเป็นการลดรายจ่ายของประชาชน โดยให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพียง 30 บาทต่อครั้ง นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ ทั้งประสิทธิภาพทางเทคนิค ประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่า และประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร

ในส่วนของ การดำเนินนโยบายนั้น ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงมีการปรับปรุงในหลายๆด้านเนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคอยู่มากในการนำนโยบายไปปฏิบัติ จากการศึกษาพบทั้งปัญหาของผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไปและปัญหาของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ การขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงานตามนโยบาย ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญเหล่านี้จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน