

## บทที่ 2

### ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค้นคว้าเอกสารเพื่อศึกษาทฤษฎี แนวคิด ตลอดจนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อนำมาประยุกต์ปรับใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์ในงานสาธารณสุข
- 2.2 ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข
- 2.3 ทฤษฎีส่วเกินผู้บริโภค (Consumer's Surplus) และความยินดีจ่าย
- 2.4 แนวคิดการวัดความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay)
- 2.5 แนวคิดการวัดความพึงพอใจในสุขภาพ (Health Status)
- 2.6 แนวคิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค

#### 2.1 ทฤษฎี และแนวคิด

##### 2.1.1 แนวคิดการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์ในงานสาธารณสุข

เศรษฐศาสตร์มีความสำคัญในการช่วยให้การตัดสินใจเลือกทางเลือกเป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุด ก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอันจำกัดไปในทางที่เกิดประโยชน์สูงสุด ปัญหาทางเศรษฐกิจจำแนกได้เป็นสามส่วนใหญ่ ๆ คือ ปัญหาเกี่ยวกับการผลิต ปัญหาเกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค และปัญหาเกี่ยวกับการจำแนกแจกจ่ายสินค้า หรือบริการไปยังผู้บริโภค การแก้ปัญหาเศรษฐกิจสามประการหลักข้างต้นนั้นแตกต่างกันตามลัทธิเศรษฐกิจ หรือระบบเศรษฐกิจ ในทางเศรษฐศาสตร์ถือว่าด้านการสาธารณสุขเป็นสาขาย่อยของระบบเศรษฐกิจไทยที่มีความสำคัญมากต่อเสถียรภาพและความมั่นคงของประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในแง่ที่เป็นเงื่อนไขพื้นฐานและเป็นกลไกสำคัญยิ่งในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในอนาคต เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเป็นการประยุกต์ศาสตร์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหา การจัดสรรทรัพยากรด้านการบริการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชน

สินค้าและบริการทั่วไปนั้นมีลักษณะที่แตกต่างจากบริการด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมาก กล่าวคือส่วนใหญ่เป็นสินค้าที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และหาสินค้าชนิดอื่นที่ไม่ใช่

ชนิดเดียวกันหรือผลิตมาเพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันมาทดแทนได้ยากหรือมีจำนวนน้อย ปัญหาด้านการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลก็เป็นปัญหาในลักษณะพิเศษ โดยเฉพาะบริการด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลนั้นมีวัตถุประสงค์เป้าหมายที่แตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการอื่นๆ การลงทุนทางด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปกำไรสูงสุดแก่ผู้ลงทุน แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภคเอง อันเป็นผลได้โดยส่วนรวมในสังคม

### 2.1.2 ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข

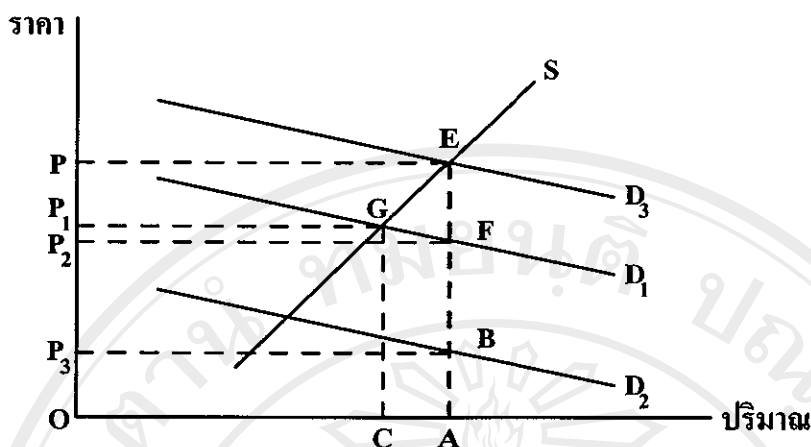
ทฤษฎีผลกระทบสู่ภายนอก เป็นผลข้างเคียงที่เกิดจากกิจกรรมการบริโภค และการผลิตที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นหรือสังคมโดยรวม มิได้มีส่วนร่วมในการบริโภคหรือในการผลิต แต่กลไกตลาดไม่ได้ทำให้ผู้บริโภคหรือผู้ผลิต ต้องรวมเอาผลข้างเคียงดังกล่าวเข้ากับระดับความพอใจ (Utility) ที่ได้รับหรือต้นทุน (Cost) ในการผลิต เป็นผลทำให้ราคาที่เกิดจากการทำงานของกลไกตลาดมิได้สะท้อนถึงคุณค่า (หรือต้นทุน) ที่แท้จริงของสินค้า หรือบริการนั้น และราคานี้ยังก่อให้เกิดดุลยภาพของการผลิต และการบริโภคที่ตลาดเคลื่อนไปจากดุลยภาพที่แท้จริง ทำให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร เมื่อเป็นเช่นนี้จึงเป็นบทบาทของรัฐบาล ที่จำเป็นต้องเข้ามาแทรกแซงจัดการเพื่อให้เกิดดุลยภาพในตลาดขึ้นใหม่ ณ จุดดุลยภาพที่แท้จริงนี้ทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ถ้าไม่จัดการดังกล่าวผลกระทบภายนอกจะเป็นกรณีหนึ่งที่ทำให้กลไกตลาดล้มเหลว (Market Failure) ไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้

ผลกระทบสู่ภายนอกแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ผลกระทบภายนอกเชิงบวก (Positive Externality) คือการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจของบุคคลหนึ่งมีผลกระทบต่อให้บุคคลอื่นๆ ได้รับประโยชน์หรือความพอใจมากกว่าที่เคยได้รับแต่เดิม เช่น โครงการรณรงค์ฉีดวัคซีน การสร้างสวนสาธารณะ เป็นต้น

2) ผลกระทบภายนอกเชิงลบ (Negative Externality) คือการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจของบุคคลหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อให้บุคคลอื่น ๆ ได้รับผลเสียหรือสูญเสียความพอใจที่เคยได้แต่เดิม เช่น การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นต้น

การให้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐแต่ละแห่ง เปรียบได้กับหน่วยธุรกิจหนึ่งที่ผลิตสินค้าและบริการให้กับผู้บริโภคในสังคม ซึ่งบริการดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบภายนอก (Externality) ที่เป็นคุณประโยชน์แก่สังคม เนื่องจากการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในประเทศ



รูปที่ 1 แสดงผลกระทบภายนอกเชิงบวกของการรักษาพยาบาล

ในกรณีที่ดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจแล้วก่อให้เกิดผลกระทบภายนอกเชิงบวกแก่สังคม แต่หน่วยเศรษฐกิจที่เป็นผู้ก่อให้เกิดผลกระทบภายนอกเชิงบวกแก่สังคมนั้น ไม่สามารถเรียกร้องหรือเรียกเก็บผลตอบแทนตามจำนวนผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นได้ รัฐบาลจึงต้องเข้ามาแทรกแซงโดยการให้เงินสนับสนุนในการให้บริการดังกล่าว จากรูปที่ 1 กำหนดให้เส้น  $S$  เป็นอุปทาน (Supply) เส้น  $D_1$  เป็นอุปสงค์ (Demand) ที่มีต่อบริการ ผู้บริโภคยินดีจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนการบริการนั้นตามเส้น  $D_1$  หรือเส้น  $D_1$  แสดงถึงผลได้ในการบริโภคสินค้าและบริการ ในกรณีที่การบริการนั้นก่อให้เกิดคุณประโยชน์ให้แก่สังคม แสดงโดยเส้น  $D_2$  และกำหนดให้เส้น  $D_3$  เป็นเส้น Demand ของสังคมที่ควรมีต่อสินค้าหรือบริการนั้น ซึ่งได้จากการบวกเส้น  $D_1$  กับเส้น  $D_2$  ในแนวตั้ง

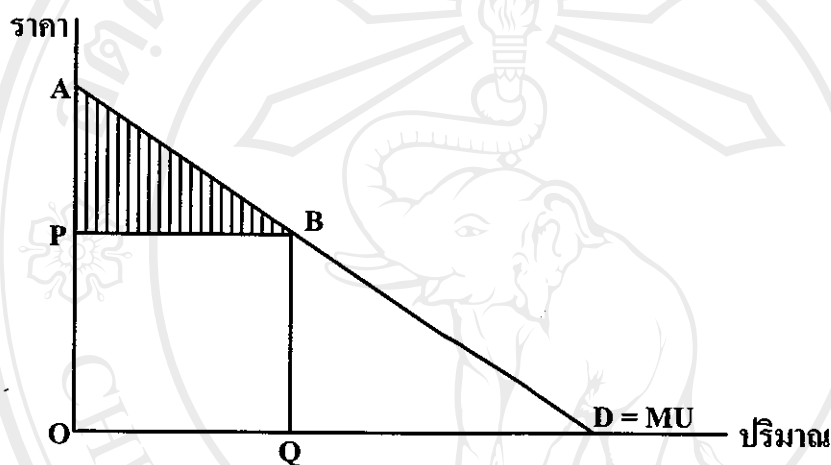
การปล่อยให้กลไกตลาดหรือกลไกราคาเป็นเครื่องมือในการจัดสรรการให้บริการนั้น การบริโภคจะมีจำนวนเท่ากับ  $OC$  โดยผู้บริโภคซื้อในราคาหน่วยละ  $OP_1$  หรือ  $CG$  ซึ่งหากรัฐบาลเห็นว่าการบริโภคสินค้าหรือบริการดังกล่าวทำให้สังคมได้รับประโยชน์ รัฐบาลต้องการส่งเสริมให้มีการบริโภคสินค้าและบริการนั้นเพิ่มขึ้น จึงให้เงินสนับสนุนทำให้การผลิตเพิ่มขึ้น ผลที่ได้ก็คือจะได้คุณภาพใหม่ที่จุด  $E$  โดยจะมีการบริโภคสินค้าหรือบริการนั้นในปริมาณ  $OA$  ซึ่งผู้บริโภคจะจ่ายในราคาหน่วยละ  $AF$  หรือ  $OP_2$  เพราะฉะนั้น รัฐบาลต้องจ่ายเงินอุดหนุนเท่ากับพื้นที่  $P_2FEP$  ซึ่งเงินอุดหนุนดังกล่าวจะเท่ากับผลประโยชน์ที่สังคมได้รับพอดี คือพื้นที่  $OABP_3$

All rights reserved

### 2.1.3 ทฤษฎีส่วนเกินผู้บริโภค (Consumer's Surplus) และความยินดีจ่าย

โดยปกติผู้บริโภคจะได้รับอรรถประโยชน์จากสินค้าหน่วยต้น ๆ สูงมากกว่าหน่วยถัดไป เมื่อเป็นเช่นนั้นเขาจะยินดีจ่ายเงินซื้อสินค้าในหน่วยแรก ๆ สูงกว่าหน่วยหลัง ๆ แต่ราคาสินค้าที่ผู้บริโภคจ่ายจริงนั้น มักจะต่ำกว่าราคาที่เขายินดีที่จะจ่าย ดังนั้นอรรถประโยชน์หรือความพอใจเกินเงินที่จ่ายในการซื้อสินค้า ซึ่งเรียกว่า “ส่วนเกินผู้บริโภค”

ดังนั้นส่วนเกินผู้บริโภค จึงหมายถึง ผลต่างระหว่างรายจ่ายที่ผู้บริโภคนยินดีจ่ายกับราคาที่จ่ายออกไปจริงๆ สำหรับการซื้อสินค้า และบริการชนิดใดชนิดหนึ่งในจำนวนหนึ่ง



รูปที่ 2 แสดงส่วนเกินผู้บริโภค

จากรูปที่ 2 ผู้บริโภคจะซื้อสินค้าและบริการเป็นจำนวน  $OQ$  หน่วย ในราคาหน่วยละ  $OP$  สินค้าหน่วยแรกๆ ก่อนถึง  $OQ$  อรรถประโยชน์ของสินค้าสูงกว่าเงินที่ผู้บริโภคนยินดีจ่าย ฉะนั้นในหน่วยต้นๆ ก่อนถึง  $OQ$  ผู้บริโภคจึงได้รับอรรถประโยชน์ส่วนเกิน

อรรถประโยชน์ทั้งหมดที่ผู้บริโภคนจ่ายไปในการซื้อสินค้าจำนวนดังกล่าวคือพื้นที่  $OQBP$  เพราะฉะนั้น ส่วนเกินผู้บริโภค คือ อรรถประโยชน์หรือความพอใจที่ผู้บริโภคนได้รับเกินเงินที่ผู้บริโภคนจ่ายไปซึ่งจำนวนดังกล่าว ได้แก่ พื้นที่  $ABP$

การหาส่วนเกินผู้บริโภคแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือวิธีการหาส่วนเกินผู้บริโภคจากความยินดีที่ผู้บริโภคนจะจ่าย (Willingness to Pay) และจากความเต็มใจจ่ายที่ผู้บริโภคนจะยอมรับชดเชยอันเนื่องจากการที่เขาต้องเสียสิทธิในสินค้า (Willingness to Accept Compensation) ในทางทฤษฎีประโยชน์สุทธิที่ได้จากทั้งสองวิธีไม่จำเป็นต้องมีค่าเท่ากัน อันเนื่องมาจากผลทางด้านรายได้ เพราะว่าเมื่อผู้บริโภคนจ่ายเงินเป็นมูลค่าสูงสุดจะมีผลเสมือนทำให้รายได้ของเขาลดลง ซึ่งทำให้เส้นอุปสงค์เลื่อนลงมาทางด้านซ้ายมือ ส่วนในกรณีที่ผู้บริโภคนได้รับการชดเชยอย่างเต็มที่จะมีผลเสมือนทำให้รายได้ของเขาเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เส้นอุปสงค์เลื่อนไปทางขวามือ เราจึงสรุปได้ว่า ในกรณีสินค้าปรกติผลทางด้านรายได้จะทำให้

ส่วนเกินผู้บริโภคที่ได้รับจากความเต็มใจจ่ายมีค่าน้อยกว่าหรืออย่างมากจะมีค่าเท่ากับที่ได้รับจากความเต็มใจที่ผู้บริโภคจะได้รับการชดเชย ความแตกต่างดังกล่าว จะมีค่าน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความซัดหุ่ยของอุปสงค์ต่อรายได้ กล่าวคือ ถ้ามีค่าสูงจะมีผลทำให้ความแตกต่างนี้สูงตามไปด้วย

#### 2.1.4 แนวคิดการวัดความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay)

การวัดความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay) สามารถแบ่งทิศทางของการประเมินเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) ความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay) กรณีต้องการวัดประโยชน์ที่ได้รับ

2) ความเต็มใจยอมรับค่าชดเชย (Willingness to Accept) กรณีที่ต้องการวัดความสูญเสียที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในปริมาณหรือคุณภาพของสินค้าและบริการ โดยการวัดความเต็มใจจ่ายสามารถทำได้ทั้งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หรือในสถานการณ์ที่สมมุติขึ้นให้เหมือนจริง

วิธีการวัดความเต็มใจจ่าย โดยการถามความเต็มใจจ่ายมีหลายลักษณะ ได้แก่

(1) การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended Question) เป็นการถามโดยให้ผู้ถูกถาม (Subject) บอกราคาที่เต็มใจจ่ายเอง

(2) การใช้คำถามปลายปิด (Close-ended Question) เป็นการถามโดยมีการกำหนดราคาไว้ก่อน แล้วให้ผู้ถูกถามตอบเพียงคำว่า “เต็มใจจ่าย” หรือ “ไม่เต็มใจจ่าย” ในราคาที่เสนอไว้ให้ ซึ่งวิธีนี้สามารถใช้เพื่อหาความเต็มใจจ่ายสูงสุดได้ดีกว่าแบบคำถามปลายเปิด โดยอาจมีการถามได้ 2 ลักษณะ

##### (2.1) วิธี Binary Approach

เป็นการถามโดยกำหนดราคาเสนอเพียงค่าเดียวสำหรับผู้ถูกถาม 1 คน แต่จะสุ่มราคาให้มีความสูงต่ำต่างกันไปในแต่ละคนที่ถูกถาม

##### (2.2) วิธี Bidding Games

เป็นการกำหนดราคาเสนอหลายค่าสำหรับผู้ถูกถามแต่ละคน ซึ่งราคาเสนอเริ่มต้นจะถูกยกขึ้นเพิ่มขึ้นถ้าผู้ถูกถามตอบว่า “เต็มใจจ่าย” และจะถูกลดลงเมื่อผู้ถูกถามตอบว่า “ไม่เต็มใจจ่าย” ปัญหาของวิธีการนี้คือราคาเริ่มต้นจะมีอิทธิพลต่อคำตอบ มูลค่าความเต็มใจจ่ายจึงมีความลำเอียงของราคาเสนอเริ่มต้น (Starting Point Bias) แต่ก็สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้โดยการสุ่มราคาเสนอเริ่มต้นที่ต่างกันไประหว่างผู้ถูกถามแต่ละราย

##### (2.3) คำถามหลายตัวเลือก (Discrete Choice Question)

เป็นการให้ผู้ถูกถามเลือกราคาเสนอระดับต่าง ๆ ตามที่ตั้งไว้ในแบบสอบถาม โดยวิธีนี้พบว่ามียัตราการตอบแบบสอบถามกลับที่สูงกว่า และได้ค่าความเต็มใจจ่ายที่สมจริงในตลาดมากกว่าวิธีอื่น

### (3) เทคนิคการจ่ายธนบัตรเทียม (Payment Card Techniques)

เป็นการให้ผู้ถูกถามแบ่งธนบัตรเทียมที่ได้รับเท่ากับรายจ่ายจริงของแต่ละคน แล้วผู้สัมภาษณ์จะถามคำถามว่า “เต็มใจจ่ายเพื่อการนี้เท่าไร” ให้ผู้ถูกถามจ่ายธนบัตรให้กับผู้สัมภาษณ์ตามจำนวนเงินที่เต็มใจจ่าย วิธีนี้จะให้ผลใกล้เคียงกับคำถามปลายเปิด

#### 2.1.5 แนวคิดการวัดความพึงพอใจในสุขภาพ (Health Status)

การวัดความพึงพอใจในสุขภาพนั้นเป็นวิธีการวัดเพื่อที่จะได้ทราบถึงความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองในขณะนั้นมีระดับสถานะสุขภาพเป็นอย่างไร ซึ่งการวัดระดับสถานะสุขภาพในลักษณะของคะแนนความพึงพอใจในสุขภาพ เป็นการให้บุคคลกำหนดคะแนนความพอใจในสถานะสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่เปรียบเทียบกับกรณีสุขภาพดีในอุดมคติและสถานะที่แย่ที่สุดคือการเสียชีวิต (Dead) คะแนนจะเป็นตัวเลขสูงต่ำ หรือมากน้อย โดยมีช่วงห่างของระดับคะแนนเท่ากันมีลักษณะเป็น Interval Scale เริ่มจากตัวเลขที่มีค่าต่ำหมายถึงความพึงพอใจต่ำไปสู่อันดับสูง ซึ่งหมายถึงมีระดับความพึงพอใจสูง ซึ่งวิธีการวัดความพึงพอใจในสถานะทางสุขภาพปัจจุบันนิยมใช้อยู่ 3 วิธี คือ

##### 1) วิธี Rating Scale หรือ Category Scale หรือ Visual Analogue Scale

เป็นวิธีจัดลำดับความพึงพอใจในสุขภาพโดยให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0.0 คือ ตาย (Dead) และ 1.0 คือ มีสุขภาพดี (Healthy) ความสำคัญของการวัดอยู่ที่การจัดลำดับช่วงความห่างของสถานะสุขภาพแต่ละคู่โดยอาจใช้ไม้บรรทัดที่เลื่อนได้เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยจัดระยะห่างระหว่างสถานะทางสุขภาพกับภาวะตาย และมีสุขภาพดี

##### 2) วิธี Standard Gamble

เป็นการกำหนดทางเลือกให้ผู้ป่วยเลือกระหว่างการมีชีวิตอยู่ในสภาพของโรคกับการเสี่ยงหมุนวงล้อพิเศษที่ให้ผลลัพธ์ 2 ทาง คือ มีสุขภาพดีภายใต้ความน่าจะเป็นเท่ากับ  $p$  หรือ ตายภายใต้ความน่าจะเป็นเท่ากับ  $1 - p$  โดยน้ำหนักของความน่าจะเป็น ( $p$ ) จะสมมุติให้เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ จนถึงจุดที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่แตกต่างระหว่างสองทางเลือก ณ จุดนั้นค่าความพึงพอใจในสุขภาพจะเท่ากับ  $p$

##### 3) วิธี Time Trade Off

เป็นวิธีการสมมุติให้ผู้ป่วยมีอายุได้ภายในระยะเวลาหนึ่ง เท่ากับ  $t$  จากนั้นจะเสียชีวิต ผู้ป่วยมีทางเลือกที่จะมีชีวิตอยู่ภายใต้สภาวะของโรค  $i$  เป็นเวลา  $x$  หรือจะเลือกมีสุขภาพดีเป็นระยะเวลา  $x$  โดย  $x < t$  ในกรณีนี้ค่าความพึงพอใจในสุขภาพของโรค  $i = x/t$

### 2.1.6 แนวคิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค

รัฐบาลต้องการให้คนไทยมีหลักประกันหรือมีความมั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วย ไม่สบายก็สามารถไปหาหมอเพื่อขอคำแนะนำ รับบริการตรวจรักษา หรือแม้แต่ได้รับยา เพื่อเยียวยารักษาโรค โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องค่ารักษาพยาบาล จนทำให้ขาดโอกาสการรักษาตัว ทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนให้ตามวิธีที่กำหนด นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จะให้แต่ละคนตามความจำเป็น

ในระยะเร่งด่วนรัฐบาลจัดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไทยที่ยังไม่มีสิทธิใดๆเลย ให้สามารถเข้าใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ในระยะยาว รัฐบาลจะจัดให้มีกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันมีความมั่นคงและความยั่งยืน

#### งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 1,202.40 บาท ต่อคน ทั้งนี้แยกเป็นรายละเอียดดังนี้

1) งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล	934	บาท/คน/ปี
– ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	574	บาท/คน/ปี
– ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน	303	บาท/คน/ปี
– ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	32	บาท/คน/ปี
– อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25	บาท/คน/ปี

#### 2) งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ

และการควบคุมป้องกันโรค 175 บาท/คน/ปี

#### 3) งบลงทุน (ร้อยละ 10 ของงบประมาณสำหรับการ

การรักษาพยาบาล) 93.40 บาท/คน/ปี

สำหรับงบประมาณที่จัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาลจริงเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร โดยนอกจากงบประมาณสำหรับการลงทุนแล้ว ยังกั้นงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (รวม 150.40 บาทต่อประชากร) จากยอดเงิน 1,202.40 บาทไว้เป็นกองทุนส่วนกลาง

### ผู้ที่ได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

1) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม ออกให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1.1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมทั้งบุคคลในครอบครัว ได้แก่

1.1.1) สามี ภรรยา และบุตร โดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เว้นแต่บุตรที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีลงมา และอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์

1.1.2) บิดามารดาของสามี หรือของภรรยา หรือบุตรของสามีภรรยาซึ่งเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ที่บรรลุนิติภาวะและยังเป็นโสดซึ่งอยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกับข้อ 1.1.1

1.2) ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกฯ ได้แก่ ผู้มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน/คน หรือไม่เกิน 2,800 บาท/เดือน/ครอบครัว

1.3) ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ได้แก่

1.3.1) ผู้ที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์

1.3.2) เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์

1.3.3) บุคคลผู้พิการตาม พรบ.การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ทั้งนี้จะมีบัตรประจำตัวผู้พิการหรือไม่ก็ตาม

1.3.4) พระภิกษุ สามเณร ในพระพุทธศาสนาซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรอง นักบวชนักพรต ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีหนังสือรับรองและบุคคลในครอบครัว (กรรมการอิสลามประจำมัสยิด กรรมการอิสลามประจำจังหวัด กรรมการอิสลามแห่งประเทศไทย อิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น)

1.3.5) ทหารผ่านศึกทุกระดับชั้น (ชั้น 1-4) ที่มีบัตรทหารผ่านศึก และบิดา มารดา คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายและบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญชัยสมรภูมิ และทายาท

1.3.6) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

1.4) ประชาชนผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกฯ และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ตามข้อ 2.2 - 2.3 ซึ่งเดิมมีบัตร สปร. และอยู่ในพื้นที่ดำเนินการ

1.5) ผู้มีสิทธิเดิมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2543 ได้แก่

1.5.1) ผู้มีสิทธิและครอบครัวของผู้มีสิทธิ คือ บุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ยกเว้นบุตรบุญธรรม คู่สมรสของผู้มีสิทธิ บิดามารดาของผู้มีสิทธิ ดังนี้

(1) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญงานพระราชสงครามในทวีปยุโรป



(2) ทหารและเจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งไปร่วมรบกับสหประชาชาติ ณ ประเทศเกาหลี หรือไปทำการรบ ณ สาธารณรัฐเวียดนาม

(3) อาสาสมัครมาลาเรีย ตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุข

(4) ช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้านตามโครงการของกรมอนามัย

(5) ผู้บริหาร โรงเรียนและครูของ โรงเรียนเอกชนที่สอนศาสนาอิสลามกับวิชาสามัญ หรือวิชาชีพ ในเขตจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล สงขลา พัทลุง นครศรีธรรมราช หนอง กระบี พังงา และภูเก็ต

(6) ผู้บริจาคเงิน ที่ดิน หรือทรัพย์สินอื่นใดให้กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคำนวณเป็นเงินแล้วไม่น้อยกว่า 2,000,000 บาท (สองล้านบาทถ้วน)

#### 1.5.2) เฉพาะตัวผู้มีสิทธิ

(1) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน

(2) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน

(3) ทหารและเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้รับบาดเจ็บจากการปราบปรามผู้ก่อการร้าย

(4) บุคคลผู้ได้รับบาดเจ็บจากการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการปราบปราม

ผู้กระทำความผิด

(5) บุคคลผู้ถูกโจรทำร้ายร่างกาย

(6) สมาชิกผู้บริจาคโลหิตของสภากาชาดไทย ซึ่งมีหนังสือรับรองจากสภากาชาดไทยว่าได้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 18 ครั้งขึ้นไป

(7) หมออาสาหมู่บ้านตามโครงการของกระทรวงกลาโหม

(8) ผู้บริจาคเงิน ที่ดิน หรือทรัพย์สินอื่นใดให้กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคำนวณเป็นเงินแล้วไม่น้อยกว่า 1,000,000 บาท (หนึ่งล้านบาทถ้วน)

(9) อาสาสมัครคุมประพฤติกระทรวงยุติธรรม

#### 1.5.3) นักเรียนทหารและทหารเกณฑ์

2) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทเสียค่าธรรมเนียม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิตามข้อ 1)

หมายเหตุ (1) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชนและครอบครัวให้กำหนดวันหมดอายุ 1 ปี (1 ตุลาคม – 30 กันยายน)

(2) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่มผู้มีรายได้ น้อย ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดวันหมดอายุเป็นงวดทุก 3 ปี (งวดนี้หมดอายุ 30 กันยายน 2546)

(3) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่มอื่น ๆ กำหนดวันหมดอายุ ตามประเภทสิทธิของกลุ่มนั้น ๆ

## 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา (2542) ได้ศึกษาถึงหลักประกันสุขภาพกับความมั่นคงแห่งชาติ : ทางเลือกเชิงนโยบาย โดยเป็นการศึกษาเชิงนโยบาย สรุปได้ว่า ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 70 ของประชากร ยังมีประชาชนอีกร้อยละ 30 ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพแบบบังคับเป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับกลุ่มประชากรที่ไม่มีรายได้ประจำ สำหรับแหล่งเงินทุนหลักของระบบหลักประกันสุขภาพมาจากเงินภาษี รัฐบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน และการประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเป็นรูปแบบบังคับ และต้องมีกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ

จิตศุภางค์ ตัจฉนิกุล (2544) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจในสุขภาพ และความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้วิธีศึกษาโดยการสำรวจข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross Section Data) ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดเป้าหมายจากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 170 ราย และใช้การวัดความพึงพอใจในสุขภาพด้วยวิธี Standard Gamble และ Time Trade Off ร่วมกัน ส่วนการวัดมูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้ใช้วิธี Bidding Games และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้น ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ค่าความพึงพอใจในสุขภาพเฉลี่ยของผู้ป่วย โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน มีค่าลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ค่าความพึงพอใจในสุขภาพมีผลต่อมูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลในทิศทางตรงกันข้าม ส่วนปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อมูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ขนาดของครอบครัวที่มีขนาดเล็กลง ความเร่งรีบที่ต้องการหายสนิทจากโรครภายใน 1 วัน และค่ารักษาตามจริงทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับทราบสูง เหล่านี้มีผลต่อความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษาได้พบว่า มูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 489.30 บาท ซึ่งทำให้ทราบถึงราคาเสนอแนะของการรักษาพยาบาล โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบผู้ป่วยนอกว่า ควรอยู่ภายใต้งบประมาณ 489.30 บาท

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) ได้ศึกษาเกี่ยวกับงบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงวิธีคำนวณความต้องการงบประมาณสำหรับบริการต่าง ๆ ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการปรับอัตราค่ารักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับความเสี่ยงเป็นหลายอัตราจำแนกตามกลุ่มอายุ ทำการศึกษาระหว่าง มกราคม – มีนาคม 2544 โดยอาศัยข้อมูล

ได้แก่ ฐานข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในปีล่าสุดที่สามารถสืบค้นได้ และรายจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลราคาแพง และอุบัติเหตุฉุกเฉินของการประกันสังคม ฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชากรไทย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2539 ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการงบประมาณเท่ากับ 1,202 บาทต่อคนต่อปี จำแนกเป็นต้นทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอก 574 บาท บริการผู้ป่วยใน 303 บาท บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคล 175 บาท บริการกรณีค่ารักษาพยาบาลแพง 32 บาท บริการกรณีฉุกเฉิน 25 บาท งบประมาณเพื่อการลงทุน 93 บาท รวมทั้งสิ้น 1,202 บาทต่อคนต่อปี

ชลธิชา ลาภหลาย (2545) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์การใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมจังหวัดลำพูน โดยใช้วิธีสุ่มแบบบังเอิญจากกลุ่มผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมจังหวัดลำพูน จำนวน 200 ตัวอย่าง เพื่อรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์โดยใช้แบบจำลองโลจิส (Logit Model) โดยเทคนิคการวิเคราะห์การประมาณความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimate : MLE) และเทคนิควิเคราะห์แบบ Marginal Effects จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 21 – 30 ปี ลักษณะงานที่ทำเป็นแรงงานทั่วไปซึ่งรวมถึงการรับจ้างในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูนด้วย ส่วนใหญ่มีการศึกษาดำรงหรือในระดับอนุปริญญา มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท มีที่พักอาศัยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลแม่ทาเป็นระยะทางโดยเฉลี่ย 4.46 กิโลเมตร และระยะทางจากที่ทำงานถึงโรงพยาบาลแม่ทาโดยเฉลี่ย 20.37 กิโลเมตร ผู้ประกันตนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลางต่อการบริการทางการแพทย์ ความสะดวกสบายของสถานที่ ความสะดวกในการเดินทาง ทัศนียภาพของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ การมีอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเพียงพอ รวมทั้งชื่อเสียงของแพทย์ผู้รักษา แต่กลับไม่พึงพอใจต่อระยะเวลาในการตรวจรักษาของโรงพยาบาลแม่ทา ส่วนปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์การมาใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมจังหวัดลำพูน พบว่า ปัจจัยทางด้านความพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ทา นั้นมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน กล่าวคือ ผู้ประกันตนที่มีความพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์มาก ก็มีโอกาที่จะมารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ประกันตนที่พึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลแม่ทา มีโอกาที่จะมารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วงร้อยละ 19 – 20 ในขณะที่เดียวกันปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้ประกันตนก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจด้วยเช่นกัน โดยผู้ประกันตนที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีโอกาที่จะมารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วงร้อยละ 13 – 15 แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลแม่ทา ระยะทางจากที่ทำงานถึงโรงพยาบาลแม่ทา และลักษณะงานที่ทำของผู้ประกันตนนั้น กลับไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับ

### บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนแต่อย่างใด

คาลิต แก้วบัวพันธ์ (2545) ได้ศึกษาถึงความเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 267 คน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาล โดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเต็มใจจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลกับปัจจัยที่มีผล โดยใช้สมการถดถอย (Linear Regression) จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อมูลค่าความเต็มใจจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลในระดับบริการปัจจุบัน ได้แก่ รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ และเพศ ขณะที่ปัจจัยที่มีผลต่อมูลค่าความเต็มใจจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลในระดับบริการที่มีความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ส่วนปัจจัยด้านขนาดครัวเรือน อายุ ระดับการศึกษา และความพึงพอใจใจสุขภาพของตนเอง กลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับมูลค่าความเต็มใจจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มูลค่าเฉลี่ยความเต็มใจจ่ายของการจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลสำหรับการให้บริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนในสภาวะปัจจุบัน มีค่าเท่ากับ 54.94 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เต็มใจจ่ายที่ราคา 30 บาท (ร้อยละ 65.17) รองลงมาคือ ราคา 100 บาท (ร้อยละ 14.98) และราคา 50 บาท (ร้อยละ 10.11) และหากมีการปรับปรุงการบริการจนเป็นที่พึงพอใจมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างแล้ว มูลค่าเฉลี่ยความเต็มใจจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลมีค่าเพิ่มขึ้นเป็น 76.78 บาท โดยกลุ่มตัวอย่างเต็มใจจ่ายที่ราคา 30 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 37.45) รองลงมาคือ ราคา 100 บาท (ร้อยละ 26.97) และ 50 บาท (ร้อยละ 16.48) ตามลำดับ

### 2.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำทฤษฎีและแนวคิดที่สำคัญประกอบด้วย ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ ต่อการให้บริการสาธารณสุข ทฤษฎีสถวนเกินผู้บริโภค (Consumer's Surplus) และความยินดีจ่าย แนวคิดการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์ในงานสาธารณสุข แนวคิดการวัดความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay) แนวคิดการวัดความพึงพอใจในสุขภาพ (Health Status) และแนวคิด โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค มาประยุกต์ปรับใช้เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา สรุปได้ดังนี้

#### ❖ ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ

- เพศ
- อายุ
- อาชีพ
- ระดับการศึกษา
- รายได้ต่อเดือน
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว

#### ❖ ความพึงพอใจในสุขภาพ

- ความพึงพอใจในสุขภาพ

#### ❖ ความพึงพอใจในการได้รับบริการ

- ด้านการเข้าถึงบริการ
- ด้านความสะดวกสบายทางกายภาพ
- ด้านการบริการ
- ด้านการรักษาพยาบาล

ความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอก  
ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหางดง  
จังหวัดเชียงใหม่