รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์

Necessity of hospital visit: comparing patient and doctor perspectives

โดย

ดร.นายแพทย์อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว

นายแพทย์อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์

นางสาวรัตติยา อักษรทอง

Udomsak Saengow

Apichai Wattanapisit

Ruttiya Asksonthong

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

Center of Excellence in Health System and Medical Research (CE-HSMR)

Walailak University

กรกฎาคม 2560

July 2017

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์
Necessity of hospital visit: comparing patient and doctor perspectives

ชื่อผู้เขียน ดร.นายแพทย์อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว
นายแพทย์อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์
นางสาวรัตติยา อักษรทอง

สถานที่พิมพ์ นครศรีธรรมราช

โรงพิมพ์ บริษัท โรงพิมพ์ดีชัย จำกัด
โทร. 075-322955, 085-8828838, 087-2802270

เลข ISBN 978-616-11-3537-9

หน่วยงาน ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
Center of Excellence in Health System and Medical Research (CE-HSMR)
Walailak University

เดือน-ปีที่พิมพ์ กรกฎาคม 2560
July 2017

จำนวนเล่ม 25 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
Health Systems Research Institute (HSRI)
www.hsri.or.th
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39
ถ.ติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0 2832 9200 แฟกซ์ 0 2832 9201

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ ความเห็นของ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์ และ รัตติยา อักษรทอง.
รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษา
พยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์. นครศรีธรรมราช : ดีชัย, 2560.
66 หน้า.
1. การแพทย์—การวิจัย 2. การดูแลทางการแพทย์. I. อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์
II. รัตติยา อักษรทอง.
610.7
ISBN 978-616-11-3537-9

กิตติกรรมประกาศ

ทางคณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ โรงพยาบาลสิชล โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลช้างกลาง (พ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์) และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ให้การอำนวยความสะดวกระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี รวมถึงผู้ป่วยที่ยินดีเสียสละเวลาเพื่อให้สัมภาษณ์ ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และสำนักวิชาแพทยศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนคณะผู้วิจัย ทั้งการยินยอมให้ผู้วิจัยจัดสรรเวลาในการทำวิจัย และระบบการจัดการงบประมาณทุนวิจัยภายนอกที่ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบริหารจัดการงบประมาณในการทำวิจัยได้อย่างราบรื่น

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อทำงานวิจัยนี้คณะผู้วิจัยเชื่อว่าจะช่วยเติมเต็มหนึ่งในช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

หนึ่งในข้อโต้แย้งสำคัญที่มักถูกยกขึ้นมาจากฝ่ายผู้ให้บริการเพื่อคัดค้านการให้การรักษาฟรีภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ว่า การที่รัฐบาลจัดการรักษาฟรีให้แก่ประชาชนนำไปสู่การเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นหรือเกินความจำเป็น (unnecessary visit) จำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง และเป็นภาระต่องบประมาณทางสาธารณสุขของประเทศ ขณะที่ในมุมมองของผู้ป่วยหรือประชาชนการมารับการรักษาพยาบาลไม่ใช่กิจกรรมเพื่อความสนุก การมาโรงพยาบาลเป็นเพราะความจำเป็นทางสุขภาพ ความเห็นที่ขัดแย้งกันนี้ยังไม่มีข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาพิสูจน์เป็นเพียงความคิดเห็นจากมุมมองของฝ่ายต่างๆ เท่านั้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อประมาณการและเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการที่ไม่จำเป็นจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึงศึกษาว่าการเจ็บป่วยในลักษณะใดที่นำมาซึ่งการเข้าถึงบริการที่ไม่จำเป็น ผลของปัจจัยต่างๆ ต่อมุมมองต่อความจำเป็นที่แตกต่างกัน และศึกษาว่าหากมีการนำการร่วมจ่ายซึ่งเป็นข้อเสนอสำคัญเพื่อลดการเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นมาใช้จะส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วยอย่างไร

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่รอบด้าน งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณโดยการสำรวจ และเชิงคุณภาพโดยการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจเป็นผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,060 ราย และแพทย์ทั้งสิ้น 56 ราย จาก 6 โรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ผู้ป่วยจะถูกสัมภาษณ์โดยพนักงานเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์และข้อมูลการเจ็บป่วยในครั้งที่ถูกสัมภาษณ์ และการประเมินความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งที่ถูกสัมภาษณ์ แพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับแบบสอบถามแบบกรอกเอง แบบสอบถามของแพทย์ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจ กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงคุณภาพมีจำนวน 29 ราย จาก 4 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง) ซึ่งถูกเชิญมาเข้ากลุ่มเพื่ออภิปรายตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ผู้ป่วยบางรายที่ไม่สะดวกเข้าร่วมอภิปรายกลุ่มจะถูกเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคิดว่าการเจ็บป่วยของตนมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการ (71.8%) มีผู้ป่วยเพียง 0.6%

เท่านั้นที่คิดว่าการมารับบริการนั้นไม่จำเป็น แพทย์ประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการในระดับต่ำกว่าผู้ป่วย โดยแพทย์ประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 38.9% มีความจำเป็นต้องมารับบริการ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 13.6% ไม่มีความจำเป็นต้องมารับบริการ เมื่อเปรียบเทียบมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์สำหรับการเจ็บป่วยในกรณีเดียวกัน พบว่า 45.9% ของผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ (overestimated need) 45.0% ประเมินความจำเป็นในระดับเดียวกับแพทย์ และมีผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการต่ำกว่าแพทย์อยู่ 9.0% (underestimated need)

อาการนำ (chief complaint) ที่มีสัดส่วนผู้ป่วยประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์สูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ อาการท้องอืด จุกเสียด ปวดท้องและท้องน้อย ปวดศีรษะและมึน/เวียนศีรษะ อย่างไรก็ตาม สำหรับอาการนำอื่นๆ ในอาการนำ 10 อันดับแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์สูงสุดก็มีสัดส่วนผู้ป่วยที่ประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์อยู่ที่ 40-50% เกือบทุกอาการ สำหรับอาการนำที่มีสัดส่วนผู้ป่วยประเมินความจำเป็นต่ำกว่าแพทย์สูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ ท้องอืด จุกเสียด ปวดบริเวณใบหน้า หู คอ จมูก และไข้ เป็นที่น่าสังเกตว่าอาการท้องอืด จุกเสียด เป็นอาการนำที่มีสัดส่วนผู้ป่วยประเมินความจำเป็นทั้งสูงและต่ำกว่าการประเมินของแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยมีอาการเดียวกันแต่ระดับของความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอาจแตกต่างกันได้มาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์อย่างมีนัย สำคัญนั้นมีทั้งปัจจัยของตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยของแพทย์ ปัจจัยดังกล่าว คือ ผู้ป่วยและแพทย์ที่เป็นเพศหญิง กลุ่มผู้ป่วยรายได้ต่ำ ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยในภายในปีที่ผ่านมา แพทย์ที่อายุมากกว่า 30 ปี และการรับบริการนอกเวลาราชการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ ส่วนความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์

การร่วมจ่ายแบบอัตราเดียวจะมีผลลดการเข้ารับบริการของกลุ่มผู้ป่วยโดยกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำ (ตัวแปรรายได้และการศึกษา) จะลดการเข้ารับบริการมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในเศรษฐานะสูงกว่า และมีผลลดการเข้ารับบริการในกลุ่มที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิข้าราชการ ความแตกต่างของการเข้ารับบริการที่ลดลงนี้มีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญที่อัตราการร่วมจ่ายที่สูงขึ้น ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์เห็นว่าจำเป็นและไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการลดการเข้าใช้บริการในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ณ อัตราร่วมจ่ายต่ำกว่า 500 บาท และการลดการเข้ารับบริการของกลุ่มที่แพทย์เห็นว่าไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการจะสูงกว่ากลุ่มที่แพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญที่อัตราร่วมจ่าย 500 บาทขึ้นไป อย่างไรก็ตามความแตกต่างนี้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า 10% อาจสรุปได้ว่า การร่วมจ่ายแบบอัตราเดียวจะลดการเข้ารับบริการของกลุ่มผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะต่ำ และจะส่งผลลดการเข้ารับบริการทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นและไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการ

ผลจากการวิเคราะห์ Logistic regression พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายในอัตราต่างๆ มีดังนี้ ที่อัตราการร่วมจ่ายค่าบริการตั้งแต่ 200 บาทขึ้นไป สิทธิข้าราชการจะไม่เข้ารับบริการเป็นครึ่งนึงของสิทธิบัตรทอง กลุ่มรายได้สูงไม่เข้ารับบริการน้อยกว่า

ผู้ที่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่นๆ สูงในการเข้ารับบริการจะไม่เข้ารับบริการน้อยกว่า ผู้ที่มีภาวะสุขภาพปานกลางถึงดีจะมีโอกาสสูงกว่าที่ไม่เข้ารับบริการ

การตัดสินใจในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนั้นมีการคำนึงถึงปัจจัยนอกเหนือจากความจำเป็นที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยแต่มีการคำนึงถึงความพร้อมในด้านอื่นๆ เช่น ความพร้อมของผู้ดูแล ความพร้อมของหน่วยบริการในพื้นที่ หน่วยบริการในระดับที่สูงกว่า และโรงพยาบาลเอกชน และความพร้อมด้านเวลาของผู้ป่วยเอง ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเพราะไม่ต้องเสียค่าบริการ มีความพร้อมในด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเป็นสถานบริการที่มีประวัติเดิมของตนอยู่ โดยไม่ได้มองว่าการรักษาฟรีนั้นมีคุณภาพหรือศักดิ์ศรีที่ด้อยกว่า อุปสรรคในการเข้ารับบริการโรงพยาบาลรัฐ คือ ระยะเวลาที่โรงพยาบาลรัฐเปิดทำการไม่ตรงกับเวลาที่สะดวกในการเข้ารับบริการ และใช้เวลารอคิวตรวจนาน จึงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลือกไปตรวจวินิจฉัยที่สถานบริการเอกชนก่อนแล้วจึงมารับยาเพื่อรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐ และผู้ป่วยยังไม่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ในลักษณะที่จะสามารถเป็นผู้ร่วมตัดสินใจ (shared decision making) ในการรักษาได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผลงานวิจัยนี้ คือ หน่วยงานที่เป็นต้นสังกัดของแพทย์สามารถนำผลงานวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ในการชี้แจงให้แพทย์ทราบว่า ในมุมมองของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มารับบริการโดยไม่มีความจำเป็น แต่ระดับความจำเป็นในมุมมองของแพทย์จะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยอยู่ที่ระดับ 40-50% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการ สำหรับอาการนำที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์ หน่วยงานที่บริหารจัดการระบบสาธารณสุขควรสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นหากมีอาการนำดังกล่าวและออกแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่า ควรดูแลรักษาตนเองอย่างไรก่อนมาโรงพยาบาล และแนวทางการประเมินเบื้องต้นว่าหากมีอาการอย่างไรที่สมควรต้องมาพบแพทย์ ส่วนการจัดการของฝั่งผู้ให้บริการที่จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างมุมมองของแพทย์กับผู้ป่วย คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานให้แก่แพทย์ เนื่องจากข้อมูลจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหากแพทย์มีความพึงพอใจกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานแล้วนั้นมุมมองต่อความจำเป็นระหว่างผู้ป่วยและแพทย์จะสอดคล้องกันมากกว่า

การร่วมจ่ายแบบอัตราเดียวจะลดจำนวนการเข้ารับบริการของผู้ป่วยทั้งจากผู้ป่วยที่จำเป็นและไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนั้นแล้วประชาชนกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการร่วมจ่ายสูงกว่า คือ กลุ่มเศรษฐานะต่ำ และกลุ่มที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือประกันสังคม การใช้วิธีการร่วมจ่ายแบบอัตราเดียวนำไปสู่การที่ประชาชนที่มีความจำเป็นเข้าถึงบริการลดลง และเพิ่มความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล หากจำเป็นต้องนำนโยบายร่วมจ่ายมาใช้ควรมีการออกแบบให้อัตราการร่วมจ่ายมีความแตกต่างระหว่างระดับรายได้ เพศ และประวัติการเข้ารับบริการ (ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเต็มใจจ่ายจากข้อค้นพบของงานวิจัยชิ้นนี้) เพื่อไม่ให้เกิดผลข้างเคียงในการเพิ่มระดับความเหลื่อมล้ำมากนัก การที่ผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่สะดวกในการเข้ารับบริการระหว่างเวลาราชการจึงเสนอให้หน่วยงานที่บริหารจัดการระบบสาธารณสุขควรจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นกัน

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ 3

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร 4

สารบัญ 7

สารบัญตาราง 8

สารบัญภาพ 9

หลักการและเหตุผล 10

ทบทวนวรรณกรรม 12

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ
เข้ารับบริการรักษาพยาบาล 12

สถานการณ์การเข้ารับบริการรักษาพยาบาล
ของประชาชนไทย 15

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศ 17

วัตถุประสงค์ 19

ระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล 20

กรอบแนวคิดการวิจัย 21

การวิเคราะห์ข้อมูล 24

ผลการศึกษา 26

ผลการศึกษาเชิงสำรวจ 26

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ 43

สรุปข้อค้นพบที่สำคัญ 48

อภิปรายผล 50

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 54

บรรณานุกรม 56

ภาคผนวก 59

แบบสอบถามของผู้ป่วย (P01) 60

แบบสอบถามของแพทย์ ชุดที่ 1 (D01) 65

แบบสอบถามของแพทย์ชุดที่ 2 (D02) 66

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
จากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 67

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
จากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 68

สารบัญตาราง

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) 26

ตาราง 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (แพทย์) 28

ตาราง 3 พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์โดยทั่วไป 30

ตาราง 4 ลักษณะการใช้บริการทางการแพทย์ในครั้งที่ถูกสัมภาษณ์ 31

ตาราง 5 อาการนำ 10 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง 32

ตาราง 6 ระดับความจำเป็นในการเข้ารับบริการ 33

ตาราง 7 เปรียบเทียบความจำเป็นในการเข้ารับบริการจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์ 33

ตาราง 8 สัดส่วนความจำเป็นในการเข้ารับบริการแยกตามอาการนำ 34

ตาราง 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ 36

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่าย 38

ตาราง 11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายตามเศรษฐานะ (รายได้ และการศึกษา) 39

ตาราง 12 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายตามสิทธิการรักษาและช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ 40

ตาราง 13 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่เข้ารับบริการ ณ ระดับการร่วมจ่ายต่างๆ 41

ตาราง 14 จำนวนผู้ที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายตามระดับความจำเป็นในมุมมองของแพทย์ และมุมมองเชิงเปรียบเทียบ 42

ตาราง 15 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก (n=29) 43

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 Andersen's Behavioral Model of Health Services Use 13

ภาพที่ 2 จำนวนการเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐต่อหัวประชากร ก่อน และหลัง นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แกนตั้งแสดงใน logarithmic scale) 15

ภาพที่ 3 จำนวนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน ในประเทศไทยระหว่าง ปี พ.ศ. 2544-2550 16

ภาพที่ 4 Conceptual framework 20

หลักการและเหตุผล

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ทำให้ประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ในระยะเริ่มต้นมีการเก็บค่าบริการครั้งละ 30 บาท จนเป็นที่เรียกกันอย่างติดปากในหมู่ประชาชนว่า “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” และได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นการให้บริการโดยไม่เรียกเก็บค่าใช้บริการตั้งแต่ พ.ศ. 2551 (Tangcharoensathien et al., 2010) ทำให้ประชาชนชาวไทยทุกคนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และรายได้ต่ำ สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในระดับที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

อย่างไรก็ตาม เมื่อมีประชาชนเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากจำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้น 71% และเพิ่มขึ้น 14% สำหรับผู้ป่วยใน ระหว่างปี 2544 ถึง 2547 ในขณะที่จำนวนแพทย์ต่อประชากรเพิ่มขึ้นเพียง 1.4% ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน (Tangcharoensathien et al., 2010) ทำให้ภาระงานต่อบุคลากรทางสาธารณสุขจึงเพิ่มขึ้นมากอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อผู้ให้บริการมีภาระงานที่มากขึ้นจากนโยบายหลักประกันสุขภาพภายในเวลาเพียงไม่กี่ปี เป็นสาเหตุให้เกิดแรงต่อต้านนโยบายหลักประกันสุขภาพจากฝั่งผู้ให้บริการ โดยหนึ่งในเหตุผลหลักที่มักจะถูกยกขึ้นมาเสมอ คือ การที่รัฐบาลจัดการรักษาให้ฟรีแก่ประชาชนนำไปสู่การเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นหรือเกินความจำเป็น (unnecessary visit) จำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง และเป็นภาระต่องบประมาณทางสาธารณสุขของประเทศ (Matichon, 2014; MGR Online, 2555)

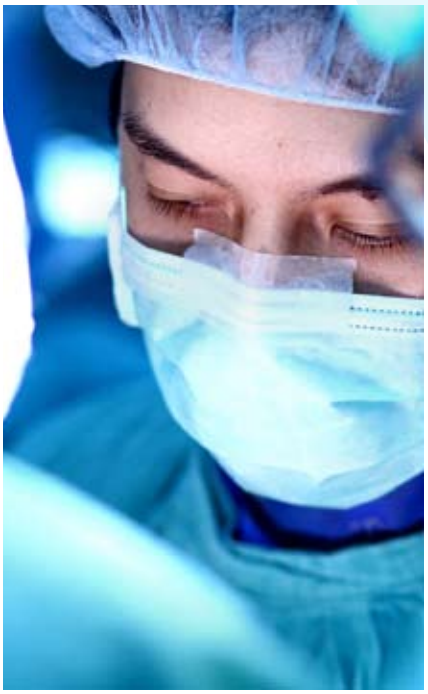
ในทางกลับกัน ผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป ก็มีมุมมองเรื่องความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่แตกต่างออกไปจากมุมมองของผู้ให้บริการ ในมุมมองของผู้ป่วยหรือประชาชนการมารับการรักษาพยาบาลไม่ใช่กิจกรรมเพื่อความสนุก การมาโรงพยาบาลเป็นเพราะความจำเป็นทางสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ข้อความใน Facebook post ที่มีการกล่าวถึงหัวข้อเกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของคุณปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ที่ระบุไว้ว่า “คนไม่ป่วยไม่มีใครอยากไป รพ.หรอก” และมีประชาชนมาแสดงความเห็นเพิ่มเติม เช่น “ใครๆ ก็รู้กันทั้งนั้นแหล่ะว่า รพ. ไม่ใช่สถานที่ท่องเที่ยว

อยู่ดีๆใครอยากไป” “แม้แต่ป่วยนิดๆ หน่อยๆ หรืออาการพอทนไหว ก็ยังไม่ไปโรงพยาบาลเลยค่ะ ซื้อยากินเอาจนรู้สึกแย่ ไม่ไหวแล้วโน่นแหล่ะถึงจะซมซานไปโรงพยาบาล” หรือ “ดิฉันเป็นหนึ่งซึ่งป่วยแต่ไม่ยากไปโรงพยาบาลเลยไม่ชอบทำไมคนที่ไม่ป่วยยากไปทำอะไรโรงพยาบาลไม่ใช่ห้างสรรพสินค้า” (ปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา, 2015) มุมมองที่แตกต่างกันระหว่างฝั่งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการในเรื่องความจำเป็นในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เป็นเหตุผลหลักอันหนึ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามุมมองเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ นั้นมีความแตกต่างกันจากเหตุผลที่ทั้ง 2 ฝ่าย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ลักษณะของอาการเจ็บป่วย ซึ่งอาจทำให้แพทย์มองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ยากแก่การดูแล (difficult patient) การรับรู้ว่าการรักษาพยาบาลนั้นๆ จำเป็นหรือไม่ ในมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์นั้น จึงไม่จำเป็นต้องมีความหมายเหมือนกัน

ดังนั้นการเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นก็คงมีอยู่จริง และมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาเพื่อประมาณการจำนวน unnecessary visit ในระบบสาธารณสุขไทยที่แท้จริงมาก่อน ทำให้ไม่ทราบแน่ชัดว่าผู้รับบริการกลุ่มนี้มีจำนวนมากอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ รวมถึงไม่ทราบรูปแบบและสาเหตุของการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นเหล่านี้ การขาดข้อมูลตรงส่วนนี้ไปทำให้ไม่สามารถทราบได้อย่างแท้จริงว่า การดำเนินนโยบายเพื่อลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็น เช่น นโยบายร่วมจ่าย (copayment) ซึ่งเน้นจัดการกับปัจจัยการเข้าถึงบริการด้านการเงินเป็นหลักเป็นนโยบายที่มีผลได้ คือ ลด unnecessary visit คุ้มกับผลเสีย เช่น ลดการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำหรือไม่?

โครงการวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งเน้นที่จะเปรียบเทียบ และประมาณการเข้าถึงบริการที่ไม่จำเป็น ทั้งจากมุมมองของผู้ป่วย และแพทย์ รวมถึงศึกษาว่าการเจ็บป่วยในลักษณะใดที่นำมาซึ่งการเข้าถึงบริการที่ไม่จำเป็น การได้รับบริการฟรีเหมือนการไม่มีศักดิ์ศรีจริงหรือไม่ รวมถึงผลของปัจจัยอื่นๆ ต่อการเข้ารับบริการ และศึกษาว่าหากมีการร่วมจ่ายเกิดขึ้นจะมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด



ทบทวนวรรณกรรม

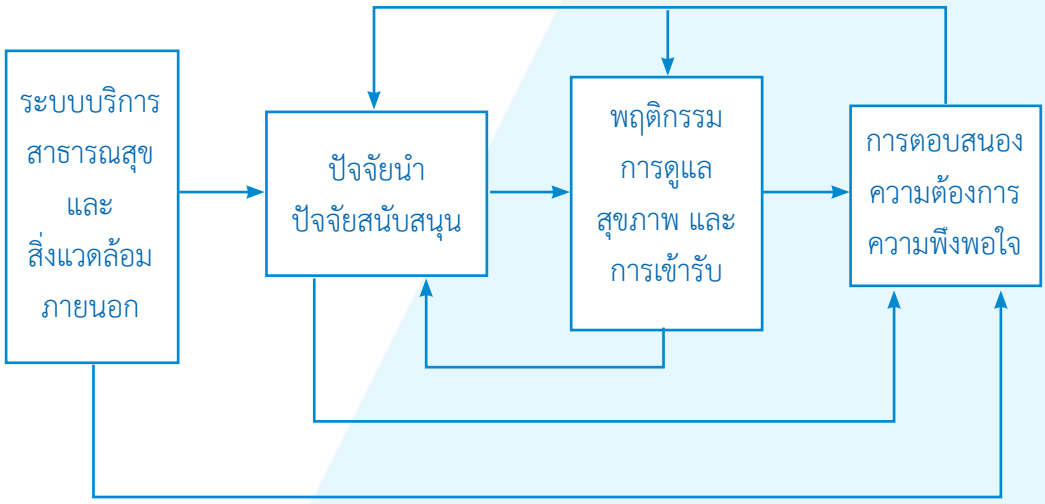
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเข้ารับบริการรักษาพยาบาล

การตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะความเจ็บป่วย สังคมและเศรษฐานะ เป็นต้น รวมถึงปัจจัยทางจิตวิทยา (Campbell & Roland, 1996) โดยโมเดลทางจิตวิทยาที่มักจะถูกนำมาใช้ในการอธิบายการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ คือ Andersen's behavioral model of health services use ซึ่งกล่าวไว้ว่าการเข้ารับการบริการทางสาธารณสุขขึ้นอยู่กับลักษณะทางประชากร (population characteristics) 3 ประการหลัก (Andersen, 1995; Babitsch, Gohl, & von Lengerke, 2012) คือ

ปัจจัยนำ (predisposing factors) ประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ (เช่น เพศ และอายุ) ปัจจัยทางสังคม (เช่น การศึกษา อาชีพ และเชื้อชาติ) และปัจจัยด้านความเชื่อ (เช่น ทัศนคติ คุณค่า และความรู้)ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ประกอบด้วยเศรษฐานะของบุคคลและปัจจัยด้านองค์กร กล่าวคือการเข้าถึงบริการขึ้นกับค่าใช้จ่าย ความครอบคลุมของระบบประกัน และการร่วมจ่าย ส่วนปัจจัยด้านองค์กรรวมถึงทรัพยากรในการดูแลสุขภาพ การเดินทาง และระยะเวลาในการรอรับบริการ ปัจจัยความจำเป็น (need factors) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลักคือ ความจำเป็นที่ผู้ใช้บริการรับรู้ (perceived need) ได้แก่ มุมมองและประสบการณ์ต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย และความจำเป็นที่ผู้ใช้บริการประเมิน(evaluated need) ได้แก่ การตัดสินใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการและความต้องการเข้าถึงบริการ เป็นต้น

ในปี ค.ศ.1995 Andersen ได้เสนอ model ภาพรวมของอรรถประโยชน์ของการบริการสาธารณสุขซึ่งมีความครอบคลุมมากขึ้น (Andersen, 1995) ใน ภาพที่ 1 แสดงองค์ประกอบที่จะส่งผลไปถึงผลลัพธ์ (outcomes) ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อม (environment) ประกอบด้วย ระบบบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมภายนอก
2. ลักษณะทางประชากร (population characteristics)ซึ่งเป็นส่วนประกอบของ model ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น
3. พฤติกรรมสุขภาพ (health behaviors) ได้แก่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และพฤติกรรมการเข้ารับบริการ
4. ผลลัพธ์ (outcomes) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ



ภาพที่ 1 Andersen's Behavioral Model of Health Services Use

ดัดแปลงจาก: Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav, 36(1)

โดยอีกทฤษฎีหนึ่งซึ่งสามารถช่วยอธิบายพฤติกรรมการเข้าใช้บริการ คือ Health belief model (Campbell & Roland, 1996; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)ซึ่งสามารถใช้อธิบายปัจจัยนำในกลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อและปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงของ Andersen's modelข้างต้นได้ Health belief model กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นผลมาจากปัจจัยดังนี้

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) รวมถึงการรับรู้โอกาสเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและความถี่ของการเจ็บป่วยเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค (perceivedbenefits) และประสิทธิผลของการรักษาส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล

การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (cost of medical care) อุปสรรคในการเดินทาง หรือผลข้างเคียงจากการรักษา เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

ได้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาการเข้ารับบริการทางสาธารณสุข โดยใช้ Andersen's model เป็นตัวแบบ (Babitsch et al., 2012) พบปัจจัยที่น่าสนใจดังนี้

Predisposing factors ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเข้ารับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุเข้ารับบริการกับแพทย์ทั่วไปมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง เพศหญิงเข้ารับบริการมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามักเข้ารับบริการน้อยกว่า ผู้ที่อาศัยในเมืองมักจะเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่อาศัยในชนบท

Enabling factors ผู้มีรายได้ต่ำมักเข้ารับบริการน้อยกว่า แต่บางการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาทางการเงินเข้าพบแพทย์มากกว่า ผู้ที่มีแพทย์หรือสถานพยาบาลประจำมักเข้ารับบริการบ่อยกว่า

Need factors ผู้ที่รับรู้ว่าตัวเองมีสุขภาพที่ไม่ดีมักจะเข้ารับบริการบ่อยกว่า

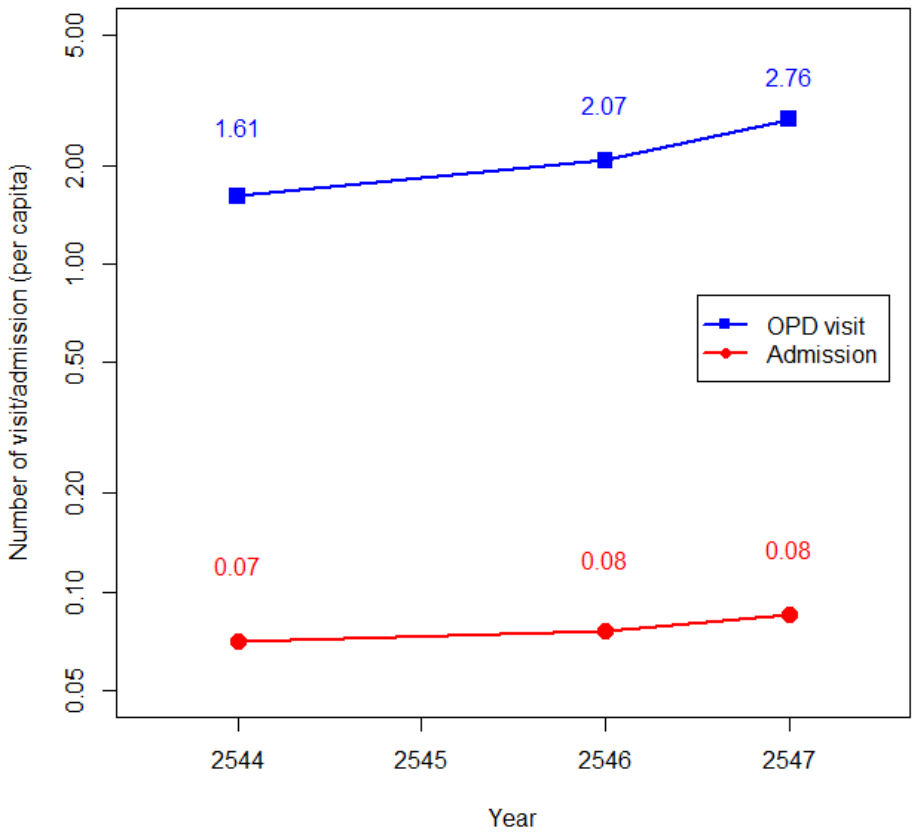
สำหรับแนวคิดในทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องการที่บุคคลใดๆ มีการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพิ่มมากขึ้น (โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง) โดยที่ผู้แบกรับต้นทุนหรือผลกระทบจากการกระทำนั้นเป็นผู้อื่น เช่น นายบีมีพฤติกรรมขับรถด้วยความเร็วสูงขึ้น ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย เนื่องจากนายบีทราบว่าได้ทำประกันภัยรถยนต์ไว้แล้ว ทำให้ไม่ต้องรับผิดชอบค่าเสียหายหากรถยนต์เกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมลักษณะนี้ของนายบี นักเศรษฐศาสตร์ เรียกว่า "moral hazard"

ในลักษณะเดียวกัน การที่จำนวนการเข้ารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเมื่อเงินที่ต้องจ่ายเพื่อเข้ารับบริการลดลง (เช่น การเข้ารับบริการฟรีในกรณีของประเทศไทย) ก็เป็นลักษณะหนึ่งของ moral hazard เช่นกัน ซึ่ง moral hazard เป็นแนวคิดที่สื่อความหมายไปในทางลบ และสื่อไปว่าพฤติกรรมการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นจากการที่ไม่เก็บค่าบริการเป็นการใช้บริการในลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามแนวคิด moral hazard ในทางเศรษฐศาสตร์ไม่ได้แยกว่าการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นนี้ เป็นในลักษณะการใช้บริการที่มีความจำเป็น (necessary visit) หรือเป็นการใช้บริการที่ไม่จำเป็น (unnecessary visit)

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า moral hazard ในทางสาธารณสุขนี้เกิดขึ้นจริง โดยเมื่อมีการลดลงของค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ จำนวนอุปสงค์ของบริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม อุปสงค์ของบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นนี้ ไม่แตกต่างกันทั้งในบริการที่เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง และการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่ำ (Lohr et al., 1986; Zheng, Ren, Heineke, & Geissler, 2016) ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ประชาชนทั่วไปในฐานะผู้รับบริการทางการแพทย์มีข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน (imperfect information) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

สถานการณ์การเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของประชาชนไทย

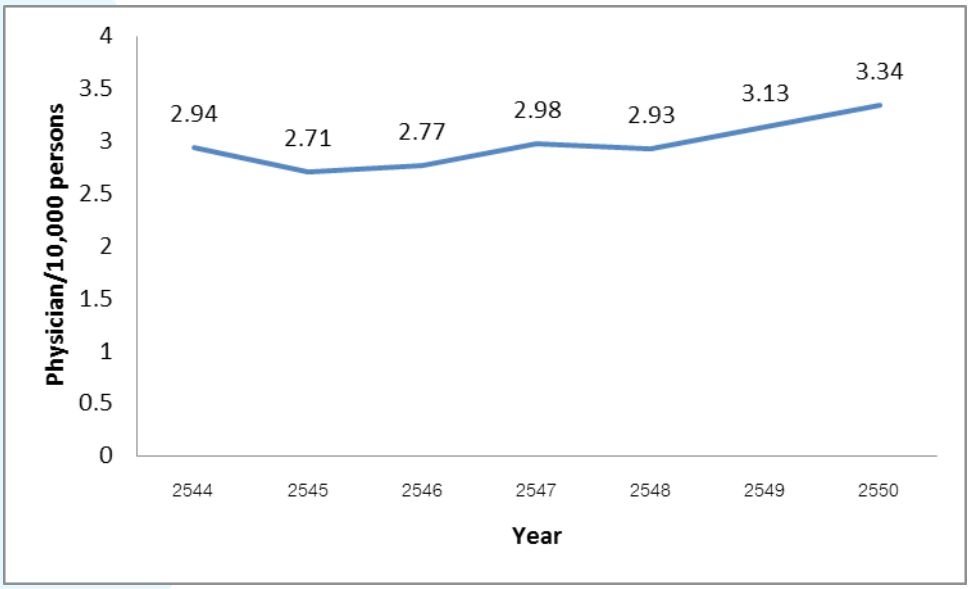
ภาพที่ 1 ข้างต้น แสดงจำนวนการเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐก่อนปี พ.ศ. 2544 และหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2546-2547 จะเห็นได้ว่าจำนวนการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะผู้ป่วยนอก การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 1.61 ครั้งต่อหัวประชากร ในปี 2544 เป็น 2.76 ครั้งในปี 2547 เพิ่มขึ้นถึง 71% ในขณะที่การรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น 14% (จาก 0.07 ครั้งต่อหัวประชากร ในปี 2544 ไปเป็น 0.08 ครั้งต่อหัวประชากร ในปี 2547)



ภาพที่ 2 จำนวนการเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐต่อหัวประชากร ก่อน และหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แกนตั้งแสดงใน logarithmic scale)

ที่มา: (Tangcharoensathien, Prakongsai, Limwattananon, Patcharanarumol, & Jongudomsuk, 2007)

ในทางกลับกัน จำนวนผู้ให้บริการกลับไม่ได้เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ ภาพที่ 3 แสดงจำนวนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน จะเห็นได้ว่าจำนวนของแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ และในบางปี มีการลดลงของจำนวนแพทย์ต่อประชากร หากเทียบในช่วงเวลาเดียวกันกับข้อมูลใน ภาพที่ 2 จำนวนแพทย์ต่อหัวประชากร 10,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 2.94 คน ในปี 2544 ไปเป็น 2.98 คน ในปี 2547 หรือเพิ่มขึ้นเพียง 1.4% เท่านั้น



ภาพที่ 3 จำนวนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2544-2550
ที่มา: (The World Bank, 2016)

การที่จำนวนการรับบริการเพิ่มขึ้นถึง 71% สำหรับผู้ป่วยนอก และ 14% สำหรับผู้ป่วยใน ในขณะที่จำนวนแพทย์ต่อประชากรเพิ่มขึ้นเพียง 1.4% ระหว่างปี 2544 ถึง 2547 ทำให้ภาระงานต่อบุคลากรทางสาธารณสุขจึงเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อผู้ให้บริการมีภาระงานที่มากขึ้นจากนโยบายหลักประกันสุขภาพภายในเวลาเพียงไม่กี่ปี เป็นสาเหตุให้เกิดแรงต่อต้านนโยบายหลักประกันสุขภาพจากฝั่งผู้ให้บริการ โดยหนึ่งในเหตุผลหลักที่มักจะถูกยกขึ้นมาเสมอ คือ การที่รัฐบาลจัดการรักษาให้ฟรีแก่ประชาชน นำไปสู่การเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นหรือเกินความจำเป็น (unnecessary visit) จำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง และเป็นภาระต่องบประมาณทางสาธารณสุขของประเทศ (Matichon, 2014; MGR Online, 2555)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรม การรักษาพยาบาลมีเป้าหมายที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป้าหมายหลักคือการทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามในมุมมองของผู้ป่วย (patient agenda) และมุมมองของแพทย์ (doctor agenda) มีทั้งส่วนที่เหมือนและแตกต่างกัน สำหรับมุมมองที่เหมือนกันทั้งของแพทย์และผู้ป่วยย่อมทำให้แนวทางการรักษาพยาบาลมีความชัดเจน และหากระบบการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพจะช่วยตอบโจทย์ความต้องการการรักษาพยาบาล (healthcare needs) ช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลที่ไม่จะเป็น (unnecessary healthcare expenditure) และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (positive health outcomes) (Ock et al., 2014; Starfield, 2001)

การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและแนวทางการจัดการกับปัญหาสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความเชื่อและทัศนคติ ในขณะที่แพทย์มีทักษะในการค้นหาข้อมูลทางการแพทย์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้อง มุมมองที่แตกต่างกันนี้อาจนำไปสู่ความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน (Martin, 1983) ซึ่งอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ในทางลบ เช่น การที่แพทย์ตัดสินว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่ยากแก่การดูแลและการเกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการรักษาพยาบาลทำให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของทั้งสองฝ่ายเป็นเรื่องที่ยากขึ้น (Shapiro, Yu, & White, 2000) คุณภาพของการดูแลผู้ป่วย (quality of care) มากกว่าการใช้เทคโนโลยี ยารักษาโรค แต่ยังรวมถึงการบริการ การใช้เวลาในการรับการรักษา ความสามารถของผู้ให้การรักษา การสื่อสาร การให้ความเคารพต่อผู้ป่วย การจัดการต่ออารมณ์ของผู้ป่วย และการสนใจด้านจิตสังคมของผู้ป่วย (Kleinman, 2015)

การศึกษามุมมองและปัจจัยของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลมีความหลากหลายในแต่ละบริบท มีรายละเอียดและข้อสรุปที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ Rahman et al. พบว่า การใช้เวลารอแพทย์นานขึ้นส่งผลเชิงลบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ในขณะที่ระยะเวลาการตรวจที่นานขึ้นของแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีความพึงพอใจมากขึ้น (Rahman, Shahidullah, Shahiduzzaman, & Rashid, 2002) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลขึ้นกับทั้งกระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) (Kravitz, 1998) ปัจจัยส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์การรับการรักษาพยาบาล ความคาดหวังของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยเช่นกัน (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009) นอกจากนี้ความไว้วางใจในระบบการรักษาพยาบาลและแพทย์เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในมุมมองของผู้ป่วย Calnan et al. (2004) ทำการศึกษาความไว้วางใจต่อการรักษาพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักร

ระหว่างปี ค.ศ. 2002 และ 2003 พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจ ได้แก่ การดูแลรักษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นกลาง (patient-centered care) และความเป็นมืออาชีพของแพทย์ (65% ของผู้เข้าร่วมการศึกษา มีความเห็นว่าแพทย์สามารถทำได้ทุกอย่างและแพทย์รู้ทุกอย่างเกี่ยวกับโรค) ในทางตรงกันข้ามการตัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจระบบการรักษาพยาบาล (Calnan & Sanford, 2004)

แพทย์มีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ ซึ่งแพทย์แต่ละคนอาจมีความคิด ทัศนคติและประสบการณ์ที่ต่างกัน ส่งผลให้มุมมองต่อการรักษาพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน เช่น การรักษาผู้ป่วยที่ยากแก่การดูแล ซึ่งแพทย์แต่ละคนจะมีผู้ป่วยที่มีความยากไม่เหมือนกัน (Gerrard & Riddell, 1988) หรือปัจจัยเฉพาะตัวของผู้ป่วยอาจจะเป็นความซับซ้อนต่อการรักษาของแพทย์ จากการศึกษาของ Grant et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุอายุ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิต ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากการใช้แอลกอฮอล์ และผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ เป็นลักษณะหลักที่จะพบในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการรักษา (Grant et al., 2011)

จากพื้นฐานมุมมองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและแพทย์ที่มีความแตกต่างกันนำไปสู่การตัดสินใจหรือการตีความถึงความจำเป็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่มีความหลากหลาย การศึกษามุมมองของผู้ป่วย และแพทย์ต่อความจำเป็นของการรักษาพยาบาล ทำการศึกษาโดย Wagner et al. (2010) ในปีค.ศ. 2010 โดยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method study) พบว่ามีทั้งความเหมือนและความแตกต่างระหว่างการตีความของผู้ป่วยและแพทย์ สรุปโดยสังเขปดังนี้ ผู้ป่วยและแพทย์มีความเห็นลักษณะเดียวกันเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นใหม่ มีความรุนแรง มีอาการเป็นเวลานาน มีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจรักษา ความเห็นต่อการตัดสินใจในมุมมองของแพทย์คิดว่าการตัดสินความจำเป็นในการรับบริการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่แพทย์สามารถตัดสินได้ ในขณะที่ผู้ป่วยคิดว่าผู้ป่วยรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนและสามารถตัดสินใจได้ว่าจำเป็นหรือไม่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง มุมมองของผู้ป่วยที่ต่างกับแพทย์ส่วนหนึ่งถูกมองว่าเกิดจากการขาดความรู้ของผู้ป่วย หรือการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ทำให้เกิดการรับบริการที่ไม่จำเป็น (Wagner, Warren, & Moseley, 2010)

Barry et al. 2006 ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองในการรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและแพทย์โดยให้ทั้งสองกลุ่มตัดสินใจเกี่ยวกับความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษาผ่านกรณีตัวอย่าง 11 กรณี พบว่ามีเพียง 3 กรณีเท่านั้นที่ผู้ป่วยและแพทย์เห็นตรงกันว่ามีความเร่งด่วน และสำหรับกรณีตัวอย่างอื่นๆ ผู้ป่วยตัดสินว่ามีความเร่งด่วนที่ควรได้กับรักษามากกว่าที่แพทย์ตัดสิน (Barry et al., 2006)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินและเปรียบเทียบความจำเป็นในการมารับบริการจากมุมมองของผู้ป่วย และแพทย์ และประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบไม่จำเป็นจากทั้ง 2 มุมมอง

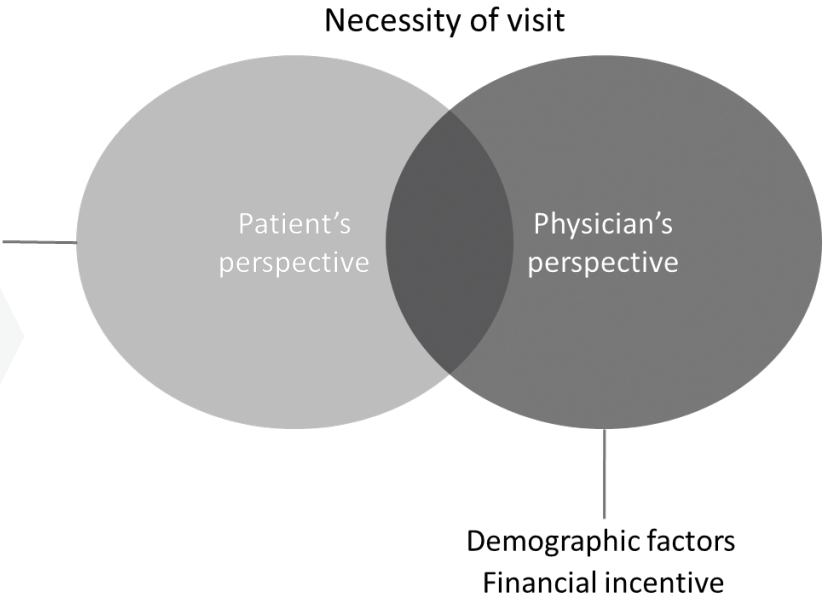
2. เพื่อศึกษาว่าลักษณะการเจ็บป่วยแบบใดที่นำมาสู่ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในแง่ความจำเป็นในการมารับบริการ

3. เพื่อศึกษาผลกระทบของการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วย

4. เพื่อศึกษาผลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น เศรษฐานะ สิทธิการรักษา ต่อการรับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการมารับบริการ

ระเบียบวิธีวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 4 Conceptual framework

ภาพที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ความจำเป็นในการเข้ารับบริการจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์มีทั้งส่วนที่สอดคล้องกัน คือ ทั้งแพทย์และผู้ป่วยเห็นว่ามีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาล ส่วนที่ผู้ป่วยเห็นว่าจำเป็นแต่แพทย์เห็นว่าไม่จำเป็นซึ่งส่วนนี้เองที่เป็นที่มาของการที่ฝั่งผู้ให้บริการคิดว่าผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาเกินความจำเป็น และสุดท้ายมีส่วนที่แพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแต่ผู้ป่วยเห็นว่าไม่จำเป็นซึ่งก็เป็นที่มาของการเข้ารับการรักษาช้ากว่าที่ควรซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

ปัจจัยอื่นๆ (นอกวงกลม) คือ ปัจจัยกำหนดมุมมองต่อความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา ซึ่งตาม Andersen's model แบ่งได้เป็น predisposing factors, enabling factors และ need factors สำหรับทางฝั่งของแพทย์ผู้ให้บริการในงานวิจัยนี้วางแผนจะเก็บเฉพาะปัจจัยที่เก็บได้ง่ายเพื่อลดปัญหาการเก็บข้อมูลในทางปฏิบัติ ได้แก่ demographic factors และปัจจัย financial incentive โดยใช้การตรวจในและนอกเวลาราชการเป็นตัวชี้วัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

โครงการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การศึกษาเชิงสำรวจ (เชิงปริมาณ) และการศึกษาเชิงคุณภาพ

1. การศึกษาเชิงสำรวจ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกทั่วไปของโรงพยาบาล 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยตัดกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาติดตามอาการออกจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่สอง คือ แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มแรก จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร sample size for proportion estimation ดังนี้

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{d^2}$$

p = ร้อยละของการรับบริการที่การรับรู้ถึงความจำเป็นไม่ตรงกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

d = ค่าความคาดเคลื่อน

α = level of significance = 0.05

เนื่องจากไม่เคยมีการประมาณร้อยละของการรับบริการที่การรับรู้ถึงความจำเป็นไม่ตรงกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมาก่อน จึงแทนค่าด้วย 0.5 (50%) ซึ่งเป็นค่าที่ได้ sample size สูงที่สุด (เมื่อ parameter อื่นๆ คงที่) โครงการวิจัยนี้ยอมรับความคาดเคลื่อนที่ 0.04 หรือ 4% เมื่อแทนค่าเหล่านี้ลงในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 600 คน แต่เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างมีการแบ่งเป็น 3 strata คือ โรงพยาบาล 3 ระดับ จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วย design effect = 1.5 ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง 600*1.5 = 900 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (incomplete data) ที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูลอีก 15% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด คือ 1,060 คน

หัวหน้าโครงการได้ทำการประสานงานในเบื้องต้นกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นครศรีธรรมราช ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ และขอข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งปรากฏว่าทาง สสจ. ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้ไว้ และได้แนะนำให้ใช้จำนวนประชากรรายอำเภอในการสุ่ม ผู้วิจัยจึงได้ใช้ข้อมูลประชากรจังหวัดนครศรีธรรมราช แยกรายอำเภอ ของเดือนธันวาคม 2558 ในการสุ่ม โดยได้ทำการแบ่งโรงพยาบาลเป็น 3 ระดับ โดยจำนวนตัวอย่างจากโรงพยาบาลแต่ละระดับเป็นดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ 120 คน โรงพยาบาลทั่วไป 235 คน และโรงพยาบาลชุมชน 705 คน โดยรายชื่อโรงพยาบาลที่ถูกสุ่มได้ในแต่ละระดับ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ลงเก็บข้อมูลจริงเป็นดังนี้

ระดับ	โรงพยาบาล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
โรงพยาบาลศูนย์	มหาราชนครศรีธรรมราช	120
โรงพยาบาลทั่วไป	ทุ่งสง	110
	สิชล	125
โรงพยาบาลชุมชน	ร่อนพิบูลย์	257
	ท่าศาลา	353
	ช้างกลาง (พ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์)	95

จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชนั้นไม่ตรงกับที่เขียนไว้ในข้อเสนอโครงการ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างมาก และความแออัดของสถานที่ทำให้แพทย์ไม่สามารถกรอกข้อมูลตามแบบสอบถามอย่างครบถ้วนได้ จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามแผนการที่วางไว้ จึงได้ลดจำนวนกลุ่มตัวอย่างลงเหลือ 120 ราย จากที่วางแผนไว้ 185 ราย โดยกลุ่มตัวอย่าง 65 รายที่ไม่ได้เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ใช้วิธีไปเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลสิชลแทน ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลสิชลเพิ่มขึ้นจากที่วางแผนไว้เดิม

การเก็บข้อมูลทำโดยการการสัมภาษณ์และใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ชุด คือ ชุดของผู้ป่วยและของแพทย์ที่ทำการรักษา แบบสอบถามในชุดของผู้ป่วยจะมีการถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และปัจจัยทางพฤติกรรม predisposing factors, enabling factors และ need factors ตาม Andersen's model นอกจากนี้จะมีข้อคำถามว่าหากผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเงินค่าบริการในการมารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้เป็นจำนวนเงินต่างๆ กัน (50, 100, 200, 500, 1000 และ 2000 บาท) ผู้ป่วยจะมาเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้หรือไม่ ซึ่งการถามคำถามเกี่ยวกับจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายนี้ จะใช้เทคนิคของงานวิจัยแบบ contingent valuation โดยใช้การถามในรูปแบบ payment card โดยจะแสดงจำนวนเงินต่างๆ ข้างต้นไว้ในแบบสอบถาม และให้ผู้ป่วยเลือกว่า ณ จำนวนเงินใดๆ ที่ยอมจ่ายและจำนวนเงินใดที่ไม่ยอมจ่ายเพื่อเข้ารับการรักษาในครั้งที่ตอบแบบสอบถาม มีข้อคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้และภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

สำหรับแบบสอบถามในส่วนของแพทย์จะมีเพียงแค่ข้อมูลทางด้าน demographic และมีคำถามเกี่ยวกับความเห็นของแพทย์ว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในครั้งนั้นๆ จำเป็นหรือไม่ในมุมมองของแพทย์ผู้ทำการรักษา และมีการบันทึกว่า ณ เวลาที่ตอบแบบสอบถามเป็นการตรวจในเวลาหรือนอกเวลาราชการ สุดท้ายจะมีการถามความเห็นกลุ่มตัวอย่างทั้งฝั่งแพทย์และผู้ป่วยว่าจากขั้นตอนการเก็บข้อมูลที่ท่านได้สัมผัส คิดว่าจะนำไปสู่ผลการวิจัยที่เชื่อถือได้ในระดับใด

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยจะทำโดยพนักงานเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์แล้วเสร็จก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ในห้องตรวจ สำหรับข้อมูลของแพทย์ในส่วน demographic จะทำการสอบถามจากพยาบาลหน้าห้องตรวจและทำการตรวจสอบความถูกต้องจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ส่วนคำถามในมุมมองของแพทย์เกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลจะทำเป็นแบบสอบถามขนาดเล็กใส่ไว้ในส่วนของ OPD card ให้แพทย์ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหลังตรวจผู้ป่วยรายนั้นๆ เสร็จ แบบสอบถามนี้จะมีคำถามแบบตัวเลือกไม่เกิน 3 ข้อ โดย 2 ข้อคำถามจะเกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาล อีก 1 ข้อจะถามความเห็นแพทย์ว่าจากขั้นตอนการเก็บข้อมูลที่ท่านได้สัมผัส

แพทย์ท่านนั้นคิดว่าจะนำไปสู่ผลการวิจัยที่เชื่อถือได้ในระดับใด การมีข้อคำถามน้อยข้อเพื่อความสะดวกในการตอบแบบสอบถามของแพทย์ซึ่งต้องทำการตอบแบบสอบถามระหว่างทำงานตรวจรักษาผู้ป่วย

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมองของผู้ใช้บริการ ด้านการรับบริการ ความจำเป็นในการรับบริการ และความรู้สึก เช่น ความพึงพอใจ ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความมีศักดิ์ศรี โดยเฉพาะการรับบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย

การเก็บข้อมูลโดยวิธีการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) ผู้ร่วมอภิปรายเป็นผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้เข้าร่วมอภิปราย 4-8 คน ผู้ดำเนินการอภิปราย 1 คน และผู้บันทึกการอภิปราย 1 คน การอภิปรายใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที ระหว่างการอภิปรายจะมีการบันทึกเสียงโดยใช้เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิตอล (digital voice recorder) ผู้เข้าร่วมอภิปรายจะได้รับแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัยโดยย่อ กระบวนการอภิปราย และขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเริ่มการอภิปราย ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) ซึ่งคาดว่าจะต้องดำเนินการอภิปรายกลุ่มประมาณ 3-6 กลุ่ม

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ก่อนลงเก็บข้อมูล สามารถตรวจสอบหลักฐานการผ่านการพิจารณาได้จากสำเนาเอกสารในภาคผนวก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล จะทำการเปรียบเทียบมุมมองต่อความจำเป็นการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและแพทย์ โดยมุมมองต่อความจำเป็นในแบบสอบถามถูกแบ่งออกเป็น 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น คำตอบของคำถามเกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้ารับบริการข้างต้นจะถูกจัดกลุ่มใหม่ ออกเป็น 3 ระดับ คือ จำเป็น ปานกลาง และไม่จำเป็น ทั้งของผู้ป่วยและแพทย์ โดยผู้ที่ตอบตัวเลือกมากที่สุดและมาก จะถูกจัดอยู่ในกลุ่ม “จำเป็น” ผู้ที่ตอบตัวเลือกปานกลางจะถูกจัดในกลุ่ม “ปานกลาง” และผู้ที่ตอบตัวเลือกน้อยและน้อยที่สุดจะถูกจัดในกลุ่ม“ไม่จำเป็น” และคำนวณค่าร้อยละการกระจายความจำเป็นทั้ง 3 ระดับของผู้ป่วยและแพทย์ จากนั้นนำเสนอตารางเปรียบเทียบกรณีที่ผู้ป่วยมองความจำเป็นสูงกว่า เท่ากับ หรือต่ำกว่าระดับที่แพทย์ประเมินซึ่งทำให้สามารถประมาณการจำนวนของมุมมองที่ขัดแย้งกันระหว่าง 2 ฝ่ายได้ โดยคิดเป็นสัดส่วนจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลว่ามุมมองที่แตกต่างกันนี้มีมากเท่าไร และสัดส่วนมีจำนวนมากจนมีนัยสำคัญหรือไม่

การวิเคราะห์ด้วย Logistic regression เพื่อค้นหาว่าปัจจัยทั้งทางฝั่งแพทย์และผู้ป่วยปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ โดยการเลือกปัจจัยนั้นจะเลือกตาม Andersen’s model ที่กล่าวไว้ข้างต้น

การวิเคราะห์ขั้นต่อไป คือ การแจกแจงว่าในแต่ละอาการป่วยที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนั้นมีสัดส่วนของกรณีที่แพทย์เห็นว่าไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแต่ผู้ป่วยคิดว่าจำเป็นมากน้อยเพียงใด ข้อมูลนี้จะบ่งชี้ว่าอาการป่วยในลักษณะใดที่ผู้ป่วยน่าจะดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย

เมื่อมีอาการป่วยในลักษณะดังกล่าว และจัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้ไปยังสาธารณชน ซึ่งจะช่วยลดการเข้ารับการรักษาโดยไม่จำเป็นของผู้ป่วยลงได้

จากคำถามเกี่ยวกับการร่วมจ่ายในจำนวนเงินต่างๆ จะมีการสรุปสัดส่วนของผู้ตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้หากต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแต่ละอัตรา ข้อมูลชุดนี้จะช่วยให้เห็นภาพว่าหากมีการกำหนดอัตราการร่วมจ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลจะมีจำนวนผู้ป่วยลดลงจากเดิมไปเป็นจำนวนเท่าใด

ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์ multivariate analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ demographic, socioeconomic, สิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อมุมมองความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และแพทย์ รวมถึงผลของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อจำนวนเงินที่ผู้ป่วยสามารถร่วมจ่ายได้สูงสุด ซึ่งสามารถสะท้อนประเด็นเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

ในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณ งานวิจัยนี้ไม่ได้ต้องการจะตัดสินว่า “ความจำเป็น” ในมุมมองของแพทย์ หรือของผู้ป่วย มุมมองของฝ่ายใดถูกต้องกว่ากัน แต่ต้องการแสดง

ให้เห็นว่าในกรณีที่มุมมองของทั้ง 2 ฝ่ายไม่ตรงกันนั้น มีมากน้อยเพียงใด (magnitude) และสัมพันธ์กับปัจจัยใดบ้าง ซึ่งมุมมองที่ไม่ตรงกันนี้เป็นเหตุนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณในหัวข้อที่ไม่ได้มีการทำวิจัยในเชิงปริมาณมาก่อน ดังนั้น คำนิยามเชิงปฏิบัติการณ์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ของ“ความจำเป็นในมุมมองของผู้ป่วย” คือ เมื่อผู้ป่วยให้คำตอบว่าการรับบริการครั้งนั้นๆ เป็นสิ่งจำเป็น และ “ความจำเป็นในมุมมองของแพทย์” คือ เมื่อแพทย์ให้คำตอบว่าการเข้ารับบริการครั้งนั้นๆ ของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการอภิปรายกลุ่มใช้วิธี thematic analysis เริ่มจากการถอดเทปการอภิปรายแบบคำต่อคำ หลังจากนั้นผู้วิจัย 2 คน ทำการให้รหัส (coding) จากการอภิปรายกลุ่ม และวิเคราะห์และสังเคราะห์จนได้เป็นประเด็นสำคัญ (theme) ที่เกี่ยวข้อง เมื่อเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยทั้งสองคนทำการสรุปผลร่วมกัน การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวมและมีการนำเสนอคำพูดของผู้เข้าร่วมอภิปราย โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือระบุตัวตนของผู้ร่วมอภิปราย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงสำรวจ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยมีจำนวนทั้งสิ้น 1,060 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48 ปี โดยประมาณ 50% มีการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า ขณะที่ 1 ใน 5 จบการศึกษาระดับ ปวส.หรือปริญญาตรีขึ้นไป ค่ามัธยฐานของรายได้อยู่ที่ 7,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ใน จ.นครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ค่อนข้างดี กลุ่มตัวอย่างประมาณ 10% เท่านั้นที่ดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ มีกลุ่มตัวอย่าง 41.2% ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย)

ตัวแปร		n = 1,060	
		ความถี่	%
เพศ*			
	ชาย	307	29.0
	หญิง	752	70.9
อายุ* (ปี)			
	18-25	133	12.5
	26-45	325	30.7
	46-60	328	30.9
	61-75	199	18.8
	76 หรือมากกว่า	70	6.6
	Mean (SD)	48.0 (17.4)	
ศาสนา			
	พุทธ	955	90.1
	คริสต์	3	0.3
	อิสลาม	102	9.6
ระดับการศึกษาสูงสุด			
	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	540	50.9
	มัธยมศึกษาตอนต้น	121	11.4
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	187	17.6
	ปวส./ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	212	20.0

ตัวแปร		n = 1,060	
		ความถี่	%
อาชีพ			
	แรงงานนอกระบบ (เช่น รับจ้าง เกษตรกร)	547	51.6
	แรงงานในภาครัฐ และรัฐวิสาหกิจ	89	8.4
	แรงงานในภาคเอกชน	45	4.2
	เจ้าของธุรกิจ	97	9.2
	ไม่ทำงาน (เช่น ตกงาน เกษียณ)	282	26.6
รายได้ต่อเดือน* (บาท)			
	3,000 หรือน้อยกว่า (1st quintile)	205	19.3
	3,001-5,000 (2nd quintile)	166	15.7
	5,001-9,000 (3rd quintile)	230	21.7
	9,001-15,000 (4th quintile)	184	17.4
	15,000 หรือมากกว่า (5th quintile)	139	13.1
	Median (Q1, Q3)	7,000 (4,000-12,000)	
สถานภาพสมรส			
	โสด	163	15.4
	แต่งงาน	771	72.7
	หย่า	37	3.5
	หม้าย	89	8.4
ภูมิลำเนา			
	จ. นครศรีธรรมราช	1,047	98.8
	ภาคใต้ (นอกเหนือจาก จ. นครศรีธรรมราช)	11	1.0
	ภาคอื่นๆ	2	0.2
พฤติกรรมการดื่มสุรา (ใน 12 เดือนที่ผ่านมา)			
	ทุกวัน	10	0.9
	ทุกสัปดาห์	15	1.4
	ทุกเดือน	14	1.3
	นานๆ ครั้ง	90	8.5
	ไม่ดื่มสุรา	931	87.8
พฤติกรรมการสูบบุหรี่			
	ไม่สูบ และไม่เคยสูบ	862	81.3
	ไม่สูบ แต่เคยสูบ	88	8.3
	สูบ	110	10.4

ตัวแปร		n = 1,060	
		ความถี่	%
สุขภาพโดยรวม (self-rated health)			
	ดีมาก	61	5.8
	ดี	289	27.3
	ปานกลาง	536	50.6
	แย่	168	15.8
	แย่มาก	6	0.6
โรคประจำตัวเรื้อรัง			
	ไม่มี	623	58.8
	มี	437	41.2

หมายเหตุ *ผลรวมไม่ครบ 100% เนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย (missing data)
Mean = ค่าเฉลี่ย; SD = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน; Median = ค่ามัธยฐาน;
Q1 = 1st quartile; Q3 = 3rd quartile

งานวิจัยนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นแพทย์ทั้งสิ้น 56 คน ซึ่งทำการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 30 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากสถาบันของรัฐและกว่าครึ่งหนึ่งจบการศึกษาภายใต้โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท หรือโครงการพิเศษอื่นๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการกระจายแพทย์ลงสู่ชนบท ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาใน จ. นครศรีธรรมราช และส่วนใหญ่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาถิ่น นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมการทำงานของแพทย์อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ข้อมูลลักษณะทั่วไปของแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามถูกสรุปในตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (แพทย์)

ตัวแปร		n = 56	
		Frequency	%
เพศ			29.0
	ชาย	20	35.7
	หญิง	36	64.3
อายุ* (ปี)			30.7
	30 หรือน้อยกว่า	42	75.0
	31-45	9	16.1
	46-60	2	3.6
	Mean (SD)	29.7 (7.7)	

ตัวแปร		n = 56	
		Frequency	%
ศาสนา			90.1
	พุทธ	54	96.4
	อิสลาม	2	3.6
สถาบันที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต			
	มหาวิทยาลัยของรัฐ	51	91.1
	มหาวิทยาลัยเอกชน	4	7.1
	ต่างประเทศ	1	1.8
โครงการพิเศษระหว่างการเรียนแพทย์*			
	โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD)	28	50.0
	โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)	1	1.8
	โครงการผลิตแพทย์พิเศษอื่นๆ	2	3.6
	ไม่ได้อยู่ภายใต้โครงการพิเศษใดๆ	18	21.1
ทักษะการฟังภาษาถิ่น			
	เข้าใจ 80% ขึ้นไป	47	83.9
	เข้าใจ 50-80%	8	14.3
	เข้าใจน้อยกว่า 50%	1	1.8
ทักษะการพูดภาษาถิ่น			
	คล่องแคล่ว	32	57.1
	พูดได้บ้าง	14	25
	พูดไม่ได้เลย	10	17.9
ภูมิลำเนา*			
	จ. นครศรีธรรมราช	41	73.2
	ภาคใต้ (นอกเหนือจาก จ. นครศรีธรรมราช)	7	12.5
	ภาคอื่นๆ	6	10.7
ระยะเวลาที่ประกอบวิชาชีพแพทย์ (ปี)			
	Median (Q1, Q3)	2.5 (1.8, 4.3)	
ความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงานในปัจจุบัน*			
	น้อยที่สุด	1	1.8
	น้อย	1	1.8
	ปานกลาง	25	44.6
	มาก	23	41.1
	มากที่สุด	5	8.9

หมายเหตุ *ผลรวม % ไม่ครบ 100% เนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย (missing data)
Mean = ค่าเฉลี่ย; SD = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

พฤติกรรมการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมา คือ สิทธิประกันสังคม ในปีที่ผ่านมา ค่ามัธยฐานของการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกในปีที่ผ่านมาอยู่ที่ 3 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างเกือบ 1 ใน 5 ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในภายในปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ร่วมเดินทางเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาบ่อยที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก ข้อมูลรายละเอียดพฤติกรรมการใช้บริการอยู่ในตาราง 3

ตาราง 3 พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์โดยทั่วไป

ตัวแปร	n = 1,060	
	ความถี่	%
สิทธิหลักประกันสุขภาพ		35.7
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	679	64.1
ประกันสังคม	199	18.8
สวัสดิการข้าราชการ	143	13.5
อื่นๆ	22	2.1
ไม่ทราบสิทธิ	17	1.6
สิทธิ์การรักษาครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดหรือไม่		
ทั้งหมด	704	66.4
บางส่วน	298	28.1
ไม่แน่ใจ	58	5.5
จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกในปีที่ผ่านมา (ครั้ง)		
Median (Q1, Q3)	3 (1, 6)	
เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา		
ใช่	187	17.6
ไม่ใช่	873	82.4
มีบุคคลอื่นเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยกัน		
มีบุคคลอื่นมาด้วยเสมอ	604	57.0
มีบุคคลอื่นมาด้วยบางครั้ง	118	11.1
มาโรงพยาบาลคนเดียว	338	31.9
สถานบริการทางการแพทย์ที่ใช้บริการบ่อยที่สุด		
โรงพยาบาลจังหวัด	138	13.0
โรงพยาบาลอำเภอ/ชุมชน	776	73.2
รพ.สต. หรือศูนย์บริการระดับตำบล	66	6.2
คลินิกเอกชน	70	6.6
โรงพยาบาลเอกชน	10	0.9

ตัวแปร	n = 1,060	
	ความถี่	%
การใช้การแพทย์ทางเลือก		
ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกที่โรงพยาบาล	173	16.3
ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกจากหมอบ้าน	52	4.9
ไม่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก	835	78.8

หมายเหตุ Median = ค่ามัธยฐาน; Q1 = 1st quartile; Q3 = 3rd quartile

ข้อมูลลักษณะการเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งที่ถูกสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างถูกสรุปอยู่ในตาราง 4 โดยที่ส่วนใหญ่ (60.1%) เป็นการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในเวลาราชการ สำหรับการเดินทางพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเดินทางโดยยานพาหนะส่วนตัว เช่น รถจักรยานยนต์ หรือรถยนต์ ใช้เวลาเฉลี่ยในการเดินทางประมาณ 30 นาที และมีค่ามัธยฐานค่าเดินทางต่อเที่ยวอยู่ที่ 60 บาท กลุ่มตัวอย่างเกือบ 90% ตอบว่าการเดินทางมาโรงพยาบาลอยู่ในระดับสะดวกถึงสะดวกมาก กลุ่มตัวอย่าง 14.5% เกิดการสูญเสียรายได้จากการเข้ารับบริการในครั้งนี้

ตาราง 4 ลักษณะการใช้บริการทางการแพทย์ในครั้งที่ถูกสัมภาษณ์

ตัวแปร	n = 1,060	
	ความถี่	%
ช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ*		64.1
ในเวลาราชการ	637	60.1
นอกเวลาราชการ	422	39.8
มีบุคคลอื่นเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยกัน		2.1
มีบุคคลอื่นมาด้วย	680	64.2
มาโรงพยาบาลคนเดียว	380	35.8
พาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล		28.1
รถจักรยานยนต์ส่วนตัว	560	52.8
รถยนต์ส่วนตัว	379	35.8
รถยนต์/จักรยานยนต์รับจ้าง	56	5.3
รถประจำทาง	57	5.4
เดิน	7	0.7
เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล (นาที)		11.1
Mean (SD)	28.1 (19.5)	31.9
ค่าเดินทางต่อเที่ยว (บาท)	138	13.0
Median (Q1, Q3)	60 (50, 100)	73.2
ระยะทางที่ใช้ในการเดินทาง (กิโลเมตร)	66	6.2
Median (Q1, Q3)	10 (5, 15)	6.6

ตัวแปร	n = 1,060	
	ความถี่	%
ความสะดวกในการเดินทาง		0.9
สะดวกมาก	349	32.9
สะดวก	603	56.9
ปานกลาง	85	8.0
ไม่สะดวก	22	2.1
ไม่สะดวกมาก	1	0.1
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการในครั้งนี้ (บาท)		
Median (Q1, Q3)	80 (50, 100)	
สูญเสียรายได้จากการเข้ารับรับบริการ*		
สูญเสียรายได้	154	14.5
ไม่สูญเสียรายได้ เพราะลาป่วยได้โดยไม่ถูกหักค่าจ้าง	189	17.8
ไม่สูญเสียรายได้ เพราะมีผู้อื่นช่วยดูแลกิจการแทน	507	47.8
ไม่สูญเสียรายได้ เพราะไม่ได้ทำงาน	208	19.6

หมายเหตุ *ผลรวม % ไม่ครบ 100% เนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย (missing data)
Mean = ค่าเฉลี่ย; SD = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน; Median = ค่ามัธยฐาน;
Q1 = 1st quartile; Q3 = 3rd quartile

มุมมองต่อความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

อาการป่วยที่เป็นสาเหตุให้มาโรงพยาบาลหรืออาการนำ (chief complaint) ส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดร่วมด้วย โดยอาการนำ 5 ใน 10 อันดับแรก ที่แสดงในตาราง 5 มีความรู้สึกปวดร่วมด้วย นอกจากนี้อาการนำอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ อาการของระบบทางเดินหายใจ และไข้ เป็นต้น

ตาราง 5 อาการนำ 10 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง

	อาการนำ	ความถี่	%
1.	ปวดกล้ามเนื้อ	222	20.9
2.	อาการระบบทางเดินหายใจส่วนบน	120	11.3
3.	ปวดท้องและท้องน้อย	91	8.6
4.	ปวดศีรษะ	76	7.2
5.	มึนศีรษะ เวียนศีรษะ	76	7.2
6.	ไข้	72	6.8
7.	เจ็บหน้าอก	41	3.9
8.	ปวดบริเวณใบหน้า หู คอ จมูก	40	3.8
9.	คัน	26	2.5
10.	ท้องอืด จุกเสียด	25	2.4

อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วย 26 ราย ในกลุ่มตัวอย่างมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี หรือเนื่องจากแพทย์นัดตรวจซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์คัดออกที่กำหนดไว้ จึงตัดข้อมูลของผู้ป่วย 26 รายนี้ออกจากการวิเคราะห์เกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้ารับบริการ นอกจากนี้ยังมีการตัดข้อมูลกลุ่มตัวอย่างอีก 1 รายออก เนื่องจากขาดข้อมูลการประเมินความจำเป็นจากแพทย์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้ารับบริการจึงมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,033 คน

ระดับความจำเป็นในการเข้ารับบริการจากการประเมินของผู้ป่วยและแพทย์ถูกแสดงอยู่ในตาราง 6 จะเห็นว่ามีผู้ป่วยเพียงไม่ถึง 1% ที่ประเมินว่าการเข้ารับบริการของตนเองเป็นการเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็น ในขณะที่แพทย์ประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 6 เข้ารับบริการโดยไม่จำเป็น

ตาราง 6 ระดับความจำเป็นในการเข้ารับบริการ

		ระดับความจำเป็น		
		จำเป็น	ปานกลาง	ไม่จำเป็น
มุมมอง	ผู้ป่วย (%)	742 (71.8)	285 (27.6)	6 (0.6)
	แพทย์ (%)	402 (38.9)	490 (47.4)	141 (13.6)

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์ต่อความจำเป็นในการเข้ารับบริการ ในช่องทแยงมุมที่มีการคาดสีเทาแสดงกรณีที่มุมมองของทั้ง 2 ฝ่ายตรงกัน ซึ่งรวมแล้วคิดเป็น 45% ของทั้งหมด เมื่อพิจารณาการเข้ารับบริการในกรณีที่ผู้ป่วยเห็นว่าจำเป็น จะเห็นว่าในมุมมองของแพทย์นั้น 12.7% ของกรณีที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีความจำเป็นแต่แพทย์คิดว่าเป็นเข้ารับบริการโดยไม่จำเป็น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีมุมมองต่อความจำเป็นในระดับปานกลางประมาณ 1 ใน 3 แพทย์กลับเห็นว่ามีความจำเป็นที่ต้องเข้ารับบริการ แม้แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเห็นว่าการเข้ารับบริการของตนนั้นไม่มีความจำเป็น ยังมีกรณีที่แพทย์คิดว่าเป็นการเข้ารับบริการที่มีความจำเป็น

ตาราง 7 เปรียบเทียบความจำเป็นในการเข้ารับบริการจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์

		มุมมองผู้ป่วย (%)		
		จำเป็น	ปานกลาง	ไม่จำเป็น
มุมมองแพทย์	จำเป็น	313 (42.2)	88 (30.9)	1 (16.7)
	ปานกลาง	335 (45.1)	151 (53.0)	4 (66.7)
	ไม่จำเป็น	94 (12.7)	46 (15.9)	1 (16.7)

จากตาราง 7 ช่องทางมุมล่างซ้ายของเส้นทแยงมุมเป็นกรณีที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ (overestimated need) ในขณะที่มุมบนขวาของเส้นทแยงมุมเป็นกรณีที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการต่ำกว่าแพทย์ (underestimated need) โดยสรุป 45.9% ของการเข้ารับบริการผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ 9.0% ของการเข้ารับบริการผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการต่ำกว่าแพทย์ และ 45% ของการเข้ารับบริการผู้ป่วยและแพทย์ประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการในระดับเดียวกัน ในภาพรวมของมุมมองของความจำเป็นของการเข้ารับบริการที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เป็นไปในทิศทางที่ผู้ป่วยประเมินระดับความจำเป็นสูงกว่า

ข้อมูลจากการสำรวจสามารถแจกแจงตามระดับความจำเป็นที่ผู้ป่วยและแพทย์ประเมินตามอาการนำที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ดังตาราง 8 พบว่า อาการนำ 3 อันดับแรกที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยคือ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก และมึน/เวียนศีรษะ สำหรับแพทย์ คือ ไข้ ปวดบริเวณใบหน้า หู คอ จมูก และอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนบน จะเห็นว่าการให้ความสำคัญกับอาการนำของแพทย์และผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณามุมมองเชิงเปรียบเทียบ พบว่า อาการท้องอืด จุกเสียด ปวดท้องและท้องน้อย ปวดศีรษะ และมึน/เวียนศีรษะ เป็นอาการนำที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์ 3 อันดับแรก ส่วนอาการนำที่ ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นต่ำกว่าแพทย์ 3 อันดับแรก คือ ท้องอืด จุกเสียด ปวดบริเวณใบหน้า หู คอ จมูก และไข้ เป็นที่น่าสังเกตว่าอาการท้องอืด จุกเสียด เป็นอาการนำอันดับแรกที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นทั้งในทางที่สูงและต่ำกว่าการประเมินของแพทย์

ตาราง 8 สัดส่วนความจำเป็นในการเข้ารับบริการแยกตามอาการนำ

	อาการนำ	% ที่ประเมินว่าจำเป็น		มุมมองเชิงเปรียบเทียบ (%)	
		ผู้ป่วย	แพทย์	Overestimated need	Underestimated need
1	ปวดกล้ามเนื้อ	66.7	32.0	48.6	9.5
2	อาการระบบทางเดินหายใจส่วนบน	63.3	37.5	41.7	8.3
3	ปวดท้องและท้องน้อย	70.3	31.9	53.8	7.7
4	ปวดศีรษะ	82.9	36.8	51.3	5.3
5	มึนศีรษะ เวียนศีรษะ	77.6	31.6	51.3	2.6
6	ไข้	75.0	50.0	40.3	11.1
7	เจ็บหน้าอก	80.5	31.7	51.2	2.4
8	ปวดบริเวณใบหน้า หู คอ จมูก	72.5	40.0	50.0	12.5
9	คัน	57.7	34.6	38.5	7.7
10	ท้องอืด จุกเสียด	64.0	32.0	56.0	24.0

มุมมองเชิงเปรียบในกรณีที่ ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์นั้นเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจาก มีความสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ให้บริการว่าเป็นการเข้ารับบริการที่เกินจำเป็น (unnecessary visit) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์โดยใช้ Logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยประเมินระดับความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ โดยให้ตัวแปรผลลัพธ์ คือ การประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเทียบกับแพทย์ โดยจัดการตัวแปรผลลัพธ์เป็นแบบ dichotomous variable (1 = ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ 0 = ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการเท่ากับหรือต่ำกว่าแพทย์) ส่วนตัวแปรต้นนั้น ได้เลือกตัวแปรที่สอดคล้องกับทฤษฎี Andersen's behavioral model of health services use และ conceptual framework ในภาพที่ 4 ซึ่งแบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ predisposing factors ประกอบด้วย ตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส enabling factors ประกอบด้วยตัวแปร สิทธิการรักษา ความครอบคลุมของสิทธิ รายได้ การสูญเสียรายได้จากการทำงาน ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ ระยะเวลาเดินทาง ค่าเดินทาง สถานบริการที่ใช้บริการเป็นประจำ พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ความถี่การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก การใช้บริการผู้ป่วยใน self-rated health status และโรคประจำตัว และปัจจัยทางฝั่งแพทย์ (doctor's factors) ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ ความเข้าใจภาษาถิ่น ช่วงเวลาที่ตรวจรักษา (ใน/นอกเวลาราชการ) โครงการพิเศษระหว่างการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และความพึงพอใจกับการทำงาน

ตาราง 9 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญในกลุ่ม predisposing factors คือ เพศ ปัจจัยในกลุ่ม enabling factors คือ รายได้ การใช้บริการผู้ป่วยใน และปัจจัยทางฝั่งแพทย์ที่มีนัยสำคัญ คือ เพศ อายุ ช่วงเวลาที่ตรวจรักษา (ใน/นอกเวลาราชการ) และความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของแพทย์

ผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสที่จะประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์เป็น 1.78 เท่าของผู้ป่วยเพศชาย ปัจจัยรายได้มีแนวโน้มจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ (กลุ่มรายได้ต่ำมีโอกาสประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์มากกว่ากลุ่มรายได้สูง) ผู้ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในภายในปีที่ผ่านมามีโอกาสประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์เป็น 1.45 เท่า แพทย์ที่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 30 ปี มีความสัมพันธ์กับการประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ของผู้ป่วย ความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของแพทย์ที่สูงขึ้นลดโอกาสการประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ของผู้ป่วย และการเข้ารับการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการสัมพันธ์กับการประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ของผู้ป่วย

ตาราง 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์

ตัวแปร	adj. OR	95% CI	P-value (LR test)
Predisposing factors			
เพศ [ref: ชาย]			0.012*
หญิง	1.78	(1.13, 2.79)	
อายุ [ref: 18-25]			0.941
26-45	0.95	(0.55, 1.64)	
46-60	0.88	(0.48, 1.60)	
61-75	0.89	(0.45, 1.76)	
76 หรือมากกว่า	1.13	(0.48, 2.66)	
ระดับการศึกษาสูงสุด [ref: ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า]			0.374
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.40	(0.85, 2.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.31	(0.83, 2.05)	
ปวส./ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1.47	(0.88, 2.44)	
อาชีพ [ref: แรงงานนอกระบบ]			0.788
แรงงานในภาครัฐ และรัฐวิสาหกิจ	0.87	(0.42, 1.82)	
แรงงานในภาคเอกชน	0.92	(0.41, 2.04)	
เจ้าของธุรกิจ	1.34	(0.80, 2.25)	
ไม่ทำงาน (เช่น ตกงาน เกษียณ)	1.09	(0.71, 1.69)	
สถานภาพสมรส [ref: โสด]			0.781
แต่งงาน	0.96	(0.60, 1.54)	
หย่า	0.70	(0.29, 1.70)	
หม้าย	0.79	(0.39, 1.61)	
Enabling factors			
สิทธิการรักษา [ref: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า]			0.830
ประกันสังคม	1.32	(0.81, 2.16)	
สวัสดิการข้าราชการ	0.95	(0.58, 1.57)	
อื่นๆ	1.05	(0.39, 2.82)	
ไม่ทราบสิทธิ	0.94	(0.30, 2.98)	
ความครอบคลุมของสิทธิ [ref: ทั้งหมด]			0.058
บางส่วน	0.68	(0.48, 0.95)	
ไม่แน่ใจ	1.17	(0.62, 2.22)	
รายได้ [ref: 3,000 บาทหรือน้อยกว่า (1st quintile)]			0.035*
3,001-5,000 (2nd quintile)	1.13	(0.70, 1.82)	
5,001-9,000 (3rd quintile)	0.72	(0.44, 1.17)	
9,001-15,000 (4th quintile)	0.96	(0.56, 1.62)	
15,000 หรือมากกว่า (5th quintile)	0.54	(0.28, 1.04)	
การสูญเสียรายได้จากการทำงาน [ref: สูญเสียรายได้]			0.574
ไม่สูญเสียรายได้ เพราะลาป่วยได้โดยไม่ถูกหักค่าจ้าง	1.35	(0.77, 2.38)	
ไม่สูญเสียรายได้ เพราะมีผู้อื่นช่วยดูแลกิจการแทน	1.36	(0.82, 2.24)	
ไม่สูญเสียรายได้ เพราะไม่ได้ทำงาน	1.38	(0.84, 2.25)	

ตัวแปร	adj. OR	95% CI	P-value (LR test)
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ + ค่าเดินทาง [ref: 0-100 บาท]			0.186
101-200 บาท	1.19	(0.82, 1.71)	
201 บาทขึ้นไป	1.46	(0.97, 2.18)	
ระยะเวลาเดินทาง [ref: 0-5 กิโลเมตร]			0.863
6-15 กิโลเมตร	1.09	(0.78, 1.54)	
16 กิโลเมตรขึ้นไป	1.1	(0.72, 1.69)	
พฤติกรรมการดื่มสุรา [ref: ไม่ดื่มสุรา]			0.360
ดื่มสุรา	0.79	(0.48, 1.31)	
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ [ref: ไม่เคยสูบบุหรี่]			0.198
ไม่สูบ แต่เคยสูบ	1.75	(0.94, 3.24)	
สูบบุหรี่	1.29	(0.72, 2.31)	
สถานบริการที่ใช้บริการบ่อยที่สุด [ref: โรงพยาบาลจังหวัด]			0.362
โรงพยาบาลอำเภอ/ชุมชน	1.52	(0.88, 2.61)	
รพ.สต. หรือศูนย์บริการระดับตำบล	1.76	(0.80, 3.89)	
สถานบริการเอกชน	1.82	(0.89, 3.72)	
ความถี่การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกปีที่ผ่านมา [ref: 0 ครั้ง]			0.334
1-5 ครั้ง	0.78	(0.53, 1.14)	
6 ครั้งขึ้นไป	0.93	(0.60, 1.46)	
การใช้บริการผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา [ref: ไม่ได้ใช้บริการ]			0.048*
ใช้บริการ	1.45	(1.00, 2.11)	
โรคประจำตัว [ref: ไม่มี]			0.256
มี	1.20	(0.87, 1.65)	
สุขภาพโดยรวม [ref: แย่]			0.823
ปานกลาง	0.97	(0.64, 1.49)	
ดี	1.08	(0.68, 1.70)	
Doctor's factors			
เพศ [ref: ชาย]			0.006*
หญิง	1.70	(1.16, 2.49)	
อายุ [ref: 30 ปีหรือน้อยกว่า]			0.033*
31-45 ปี	2.44	(1.31, 4.57)	
46-60 ปี	2.04	(0.89, 4.66)	
ทักษะการพูดภาษาถิ่น [ref: คล่องแคล่ว]			0.101
พูดได้บ้าง	1.31	(0.76, 2.27)	
พูดไม่ได้เลย	0.65	(0.41, 1.04)	
ช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ [ref: ในเวลาราชการ]			0.019*
นอกเวลาราชการ	1.57	(1.07, 2.29)	

ตัวแปร	adj. OR	95% CI	P-value (LR test)
โครงการพิเศษระหว่างการเรียนแพทย์ [ref: ไม่ได้อยู่ภายใต้โครงการพิเศษใดๆ]			0.410
โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทหรือโครงการพิเศษอื่นๆ	0.84	(0.56, 1.27)	
ความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงานในปัจจุบัน [ref: น้อย]			0.001*
ปานกลาง	0.65	(0.25, 1.65)	
มาก	0.53	(0.38, 0.74)	

หมายเหตุ adj. OR = adjusted odds ratio; 95% CI = 95% confidence interval;
LR test = likelihood ratio test

ผลของการร่วมจ่าย

ผลของจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ ดังตาราง 10 จากตารางจะเห็นว่า ณ อัตราการร่วมจ่ายที่สูงขึ้นจำนวนผู้ที่จะไม่เข้ารับการรักษาก็จะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ที่อัตราการร่วมจ่าย 200 บาท ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างจะไม่เข้ารับบริการ ที่อัตราการร่วมจ่าย 500 บาท กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งจะไม่เข้ารับบริการ หากอัตราการร่วมจ่ายสูงถึง 2,000 บาท จะเหลือกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 1 ใน 5 ที่จะเข้ารับบริการ

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่าย

จำนวนเงินที่ร่วมจ่าย (บาท)	จำนวนผู้ที่จะไม่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ หากต้องร่วมจ่ายตามจำนวนเงิน (%)
50	30 (2.8)
100	110 (10.4)
200	365 (34.4)
500	664 (62.6)
1,000	841 (79.3)
2,000	868 (81.9)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเข้ารับบริการ ณ อัตราร่วมจ่ายต่างๆ ตามปัจจัยเศรษฐานะของผู้ป่วยแล้ว (ตาราง 11) พบว่า เมื่ออัตราการร่วมจ่ายเป็น 100 บาท อัตราการเข้ารับบริการของกลุ่มรายได้สูงสุด (5th quintile) และกลุ่มรายได้ต่ำสุด (1st quintile) จะเริ่มต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ที่อัตราการร่วมจ่าย 200 บาท กลุ่มรายได้ต่ำสุดกว่าครึ่งหนึ่งจะไม่เข้ารับบริการ แต่กลุ่มที่มีรายได้สูงสุดในกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 20% ที่จะไม่เข้ารับบริการ เป็นต้น สำหรับระดับการศึกษา อัตราการเข้ารับบริการจะเริ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่มีการศึกษาประถมหรือต่ำกว่า และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับ ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป ที่อัตราร่วมจ่าย 200 บาท จากข้อมูลนี้จะเห็นได้ว่าหากมีการนำนโยบายร่วมจ่ายมาใช้ กลุ่มที่จะมาเข้ารับบริการลดลงมากกว่าคือ กลุ่มที่อยู่ในเศรษฐานะต่ำ

ตาราง 11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายตามเศรษฐานะ (รายได้ และการศึกษา)

จำนวนเงินร่วมจ่าย (บาท)	ร้อยละที่จะไม่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้หากต้องร่วมจ่ายตามจำนวนเงิน (%)					
	รายได้			การศึกษา		
	1st quintile	5th quintile	p-value	ประถมหรือต่ำกว่า	ปวส. ขึ้นไป	p-value
50	3.9	1.4	0.376	3.0	2.4	0.949
100	13.7	5.1	0.026	11.7	9.0	0.579
200	51.7	18.8	<0.01	38.1	24.1	0.003
500	74.1	38.4	<0.01	67.0	45.3	<0.01
1,000	84.4	55.1	<0.01	83.9	63.2	<0.01
2,000	85.4	58.0	<0.01	87.6	70.6	<0.01

ตาราง 12 แสดง ผลของอัตราการร่วมจ่ายจำแนกตามสิทธิการรักษา และช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการ พบว่า ผลของการร่วมจ่ายจะกระทบการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมในระดับที่ใกล้เคียงกัน ส่วนการตัดสินเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการนั้นลดลงน้อยที่สุดใน 3 สิทธิหลักของคนไทย ความแตกต่างของอัตราการเข้ารับบริการระหว่างสิทธินั้นเริ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่อัตราร่วมจ่าย 200 บาทขึ้นไป สำหรับอัตราการไม่เข้ารับบริการแยกตามกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในเวลา และนอกเวลาราชการนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาเข้ารับการรักษาในเวลาราชการมีแนวโน้มที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการนอกเวลาราชการอย่างมีนัยสำคัญทุกอัตราการร่วมจ่ายยกเว้นที่อัตรา 50 และ 200 บาท

ตาราง 12 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายตามสิทธิการรักษา และช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ

จำนวนเงินร่วมจ่าย (บาท)	ร้อยละที่จะไม่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้หากต้องร่วมจ่ายตามจำนวนเงิน (%)						
	สิทธิการรักษาพยาบาล				ช่วงเวลาเข้ารับบริการ		
	บัตรทอง	ปกส.	ราชการ	p-value	ในเวลาราชการ	นอกเวลาราชการ	p-value
50	2.8	3.5	2.8	0.830	3.4	1.9	0.182
100	11.3	11.1	6.3	0.341	12.3	7.2	0.011
200	37.8	32.7	19.6	0.001	34.4	34.1	0.979
500	67.9	60.3	39.2	<0.01	65.6	58.2	0.019
1,000	85.3	76.4	56.6	<0.01	82.1	75.2	0.009
2,000	87.6	79.4	59.4	<0.01	84.4	78.4	0.017

ตาราง 13 แสดงผลจาก Logistic regression โดยมีตัวแปรการไม่เข้ารับบริการตามอัตราการร่วมจ่ายเป็น dependent variable แยกวิเคราะห์เป็น 6 สมการตามอัตราการร่วมจ่าย 6 อัตรา โดยมีผลการวิเคราะห์ที่สำคัญ คือ ที่ระดับการร่วมจ่ายต่ำสุด (50 บาท) ผู้ที่มีค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการมาเข้ารับบริการสูงกว่าจะมีโอกาสไม่เข้ารับบริการต่ำกว่า ที่อัตราการร่วมจ่ายค่าบริการ ตั้งแต่ 200 บาทขึ้นไป ปัจจัยสิทธิการรักษา ค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ รายได้ และภาวะสุขภาพโดยภาพรวมจากการประเมินตนเองส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจไม่เข้ารับบริการ โดยผู้ที่มีสิทธิข้าราชการจะไม่เข้ารับบริการเป็นครึ่งหนึ่งของผู้มีสิทธิบัตรทอง ยิ่งรายได้สูงยิ่งลดโอกาสในการไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่าย ผู้ที่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่นๆ สูงในการเข้ารับบริการจะเลือกไม่เข้ารับบริการน้อยกว่าหากมีการร่วมจ่าย ผู้ที่มีภาวะสุขภาพปานกลางจนถึงดีจะมีโอกาสสูงกว่าที่ไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่าย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยเพศ และการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกในปีที่ผ่านมาส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายในบางอัตราการร่วมจ่ายโดยที่ เพศหญิงมีแนวโน้มจะไม่เข้ารับบริการสูงกว่าเพศชายหากมีการร่วมจ่าย และผู้ที่มาเข้ารับบริการบ่อยครั้งอยู่เดิมมีแนวโน้มที่จะไม่รับบริการหากมีการร่วมจ่ายสูงกว่า

ตาราง 13 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่เข้ารับบริการ ณ ระดับการร่วมจ่ายต่างๆ

ตัวแปร	50		100		200		500		1,000		2,000	
	OR	P	OR	P	OR	P	OR	P	OR	P	OR	P
เพศ [ref: ชาย]		0.141		0.291		0.025		0.091		0.168		0.148
หญิง	2.1		1.3		1.4 *		1.3		1.3		1.3	
อายุ [ref: 18-25]		0.084		0.778		0.735		0.658		0.447		0.390
26-45	0.7		1.4		1.3		1.3		1.3		1.3	
46-60	1.6		1.6		1.2		1.1		1.0		0.9	
61-75	4.7		1.8		1.4		1.1		0.8		0.7	
76 หรือมากกว่า	5.5		2.0		1.0		1.0		0.7		0.7	
ระดับการศึกษาสูงสุด [ref: ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า]		0.489		0.385		0.668		0.098		0.159		0.478
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.5		1.3		1.2		1.0		0.8		0.8	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2.3		1.3		1.1		1.2		1.0		1.0	
ปวส./ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	2.3		1.9		0.9		0.7		0.6 *		0.7	
สิทธิการรักษา [ref: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า]		0.265		0.340		0.101		0.014		0.005		0.004
ประกันสังคม	2.9		1.4		1.1		0.9		0.7		0.6	
สวัสดิการข้าราชการ	0.9		0.6		0.5 *		0.5 *		0.5 *		0.4 *	
อื่นๆ	0.0		0.4		1.2		1.6		1.0		0.8	
ไม่ทราบสิทธิ	0.0		0.6		0.9		0.8		0.2 *		0.2 *	
รายได้ [ref: 3,000 บาทหรือน้อยกว่า (1st quintile)]		0.167		0.014		0.002		0.066		0.012		0.003
3,001-5,000 (2nd quintile)	0.4		0.9		0.5 *		0.8		1.6		2.0	
5,001-9,000 (3rd quintile)	0.4		0.5		0.5 *		0.6 *		0.8		0.8	
9,001-15,000 (4th quintile)	0.5		0.4		0.4 *		0.6 *		0.8		0.9	
15,000 หรือมากกว่า (5th quintile)	0.4		0.3 *		0.3 *		0.4 *		0.4 *		0.4 *	
missing	2.0		1.6		0.5 *		0.6		0.8		0.9	
ค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการ + [ref: 0-100 บาท]		0.008		0.541		0.122		0.001		< 0.001		0.002
101-200 บาท	0.4		0.8		0.8		0.8		0.9		0.9	
201 บาทขึ้นไป	0.2 *		0.8		0.7 *		0.5 *		0.5 *		0.5 *	
จำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกปีที่ผ่านมา [ref: 0 ครั้ง]		0.883		0.083		< 0.001		0.016		0.906		0.527
1-5 ครั้ง	1.3		2.0		2.0 *		1.4		1.0		0.8	
6 ครั้งขึ้นไป	1.2		2.1 *		2.3 *		1.8 *		1.1		1.0	
การใช้บริการผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา [ref: ไม่ได้ใช้บริการ]		0.931		0.582		0.024		0.718		0.123		0.088
ใช้บริการ	1.1		0.9		0.7 *		0.9		0.7		0.7	
สุขภาพโดยรวม [ref: แย่]		0.149		0.061		< 0.001		0.017		0.070		0.016
ปานกลาง	0.9		0.7		0.4 *		0.5 *		0.5 *		0.4 *	
ดี	2.1		1.3		0.7		0.7		0.6		0.6	
ช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ [ref: ในเวลาราชการ]	1.0	0.929	0.7	0.209	1.1	0.434	0.9	0.303	0.8	0.276	0.8	0.189
นอกเวลาราชการ												
มุมมองแพทย์ [ref: ไม่จำเป็น]		0.337		0.567		0.665		0.227		0.386		0.212
ปานกลาง	3.6		1.5		1.0		0.8		0.9		0.6	
จำเป็น	3.7		1.4		0.9		0.7		0.7		0.6	

ผลกระทบการร่วมจ่ายต่อผู้ป่วยแยกตามระดับความจำเป็นในการเข้ารับบริการ

ตาราง 14 เปรียบเทียบการตัดสินใจไม่เข้ารับบริการแบ่งตามอัตราการร่วมจ่ายพบว่า ณ อัตราการร่วมจ่าย 50-200 บาท ผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่แพทย์มองว่าจำเป็นและไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการต่างตัดสินใจไม่เข้ารับบริการในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน และที่อัตราร่วมจ่าย 500 บาทขึ้นไป สัดส่วนของผู้ที่ตัดสินใจไม่เข้ารับบริการในกลุ่มที่แพทย์มองว่าไม่จำเป็นจะสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามตัวเลขสัดส่วนของผู้ที่ตัดสินใจไม่เข้ารับบริการต่างกันไม่ถึง 10% ทุกอัตราการร่วมจ่าย เมื่อพิจารณาจากมุมมองเชิงเปรียบเทียบพบว่า สัดส่วนผู้ที่ตัดสินใจไม่เข้ารับบริการไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ประเมินความจำเป็นสูงหรือต่ำกว่าแพทย์ไม่ว่าที่อัตราร่วมจ่ายใดๆ ซึ่งหมายความว่าการร่วมจ่ายจะลดการเข้ารับบริการของกลุ่มที่ควรเข้ารับบริการลงไม่แตกต่างจากกลุ่มที่อาจจะถือเป็นกลุ่มที่เข้ารับบริการเกินจำเป็น

ตาราง 14 จำนวนผู้ที่จะไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายตามระดับความจำเป็นในมุมมองของแพทย์และมุมมองเชิงเปรียบเทียบ

จำนวนเงินร่วมจ่าย (บาท)	จำนวนผู้ที่จะไม่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้หากต้องร่วมจ่ายตามจำนวนเงิน (%)					
	มุมมองแพทย์			มุมมองเชิงเปรียบเทียบ		
	จำเป็น	ไม่จำเป็น	p-value	Underestimated need	Overestimated need	p-value
50	3.0	0.7	0.269	2.1	0.323	0.182
100	9.7	7.8	0.409	9.5	0.742	0.011
200	32.6	38.3	0.465	34.1	0.355	0.979
500	58.5	59.5	0.046	62.1	0.553	0.019
1,000	75.9	84.4	0.055	80.0	0.254	0.009
2,000	79.1	88.7	0.037	82.1	0.068	0.017

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพดำเนินการใน 4 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 โรงพยาบาล) ประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion [FGD]) จำนวน 5 กลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview [IDI]) จำนวน 1 ครั้ง รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 29 ราย

ผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกมีอายุตั้งแต่ 23-83 ปี (เฉลี่ย 56.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.7) เพศหญิง คิดเป็น 69% (20 คน) ผู้เข้าร่วมประมาณครึ่งหนึ่ง (14 คน คิดเป็น 48.3%) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้เฉลี่ย 9,160.3 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรับบริการ (12 คน คิดเป็น 41.4%) (ตาราง 15)

ตาราง 15 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก (n=29)

ตัวแปร	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	9 (31.0)
หญิง	20 (69.0)
อายุ (ปี)	
Mean (SD)	56.8 (16.7)
18-25	1 (3.4)
26-45	7 (24.1)
46-60	10 (34.5)
61-75	6 (20.7)
76 หรือมากกว่า	5 (17.2)
การศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	14 (48.3)
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	9 (31.0)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6 (20.6)
การประกอบอาชีพ	
ประกอบอาชีพ	19 (65.5)
ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	10 (34.5)
รายได้ (บาท/เดือน)	
Mean (SD)	9,160.3 (7,668.0)
สิทธิหลักประกันสุขภาพ	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12 (41.4)
ประกันสังคม	7 (24.1)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10 (34.5)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้เป็นประเด็นหลัก (theme) จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ข้อจำกัดของการใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ มุมมองต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

1. ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ

ผู้ป่วยเลือกการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย โดยการซื้อยาจากร้านขายยา กรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ เมื่อมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ ผู้ป่วยเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลจากคลินิก โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลของรัฐ

1.1 การรักษาที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

การใช้บริการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐตามสิทธิการรักษาพยาบาลทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเทียบกับการใช้บริการในสถานพยาบาลภาคเอกชน ผู้ป่วยบางรายได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชนในเบื้องต้น และมารับการรักษาหรือรับยาที่โรงพยาบาลของรัฐเพื่อลดค่าใช้จ่าย

> “... เพราะมีประกันสังคมอยู่แล้ว มาใช้สิทธิ์ไม่ต้องเสียตังค์”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 3 สิทธิประกันสังคม

> “ก่อนจะมาที่นี่ (โรงพยาบาล) ผมไปตรวจที่คลินิกมาก่อน... กินยาอาการไม่ทุเลา ไปตรวจต่อที่โรงพยาบาลเอกชนเขาบอกมีแค่สองอย่างคือความดันกับไขมัน...เสียตังค์ก่อนผมคิดว่าให้รู้ว่าเป็นอะไรก่อนแล้วค่อยหายา ... ผมเข้าใจว่าหมอเขาก็มีความรู้เหมือนกันหมด แต่ผมมาที่นี่ ผมแค่มารับยา”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 3 สิทธิประกันสังคม

1.2 ความต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยที่สงสัยการเจ็บป่วยจากโรคที่ต้องมีการตรวจเลือด หรือต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ส่วนตัว เช่น มีอาการคล้ายคนใกล้ชิดที่เคยได้รับการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลและพบว่าเป็นโรค เป็นต้น จะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

> “อยากเจาะเลือดให้รู้แน่ชัดว่าเป็นอะไรกันแน่ ก็เลยมาที่นี่ (โรงพยาบาล) ถ้าไปคลินิกอาจ ไม่ได้เจาะเลือด แล้วก็ส่งมาที่นี่อีก ก็เลยตัดสินใจมาที่นี่”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 2 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3 การมีโรคประจำตัวที่รักษาอยู่เดิม

ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ และมีการนัดติดตามต่อเนื่อง เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคอื่น มีความต้องการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเดิมหรือโรงพยาบาลที่มีประวัติข้อมูลการเจ็บป่วยของตน

> “ถ้าไม่สบายจะไม่ไปคลินิก จะไปโรง(พยา)บาล ไม่ว่าจะเจ็บตรงไหน
> เพราะว่ามีข้อมูลอยู่แล้วก็ (รักษา) ต่อเนื่องได้เลย”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 3 สิทธิประกันสังคม

1.4 ความเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง

กรณีที่ผู้ป่วยประเมินว่าอาการเจ็บป่วยรุนแรง เร่งด่วน มักเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าการใช้บริการคลินิกเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลมีความพร้อมในด้านต่างๆ มากกว่า

> “...รุนแรง เช่น ปวด (ท้อง) ผิดปกติ คือเจ็บมาก เจ็บชนิดเข้าคลินิกไม่ได้ ก็ต้องมา โรงพยาบาล
> ถ้าต้องเข้าห้องผ่าตัดก็จะได้งดน้ำงดอาหารเลย ไม่ต้องไปที่คลินิก ที่คลินิกเขาไม่ทำ ผ่าตัด เขาก็ส่งมา
> โรงพยาบาล เรามาโรงพยาบาลเลยดีกว่า”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 1 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ข้อจำกัดของการใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ

บางกรณีผู้ป่วยเลือกใช้บริการสถานพยาบาลของเอกชน แม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ

2.1 ระยะเวลาในการรอรับบริการ

ในมุมมองของผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการจำนวนมาก ทำให้การมารับบริการแต่ละครั้งใช้เวลานาน ตั้งแต่การรอคิว อาจต้องเดินทางมาจองคิวตั้งแต่ก่อนเวลาเปิดทำการ การรอตรวจเป็นเวลานาน ซึ่งการใช้บริการโรงพยาบาลแต่ละครั้งอาจทำให้ต้องลางานทั้งวัน

> “คนเยอะ ต้องนั่งรอคิว เป็นร้อยสองร้อยคน ต้องรอคิวเป็นลำดับ ตามขั้นตอน การบริการดี
> แต่นั่นแหละมันช้า มาโรง(พยา)บาลต้องใช้เวลาอย่างน้อยหนึ่งวัน”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 2 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2 การให้บริการจำกัดเฉพาะในเวลาราชการ

การให้บริการบางประเภทจำกัดเฉพาะในเวลาราชการ เช่น การตรวจสุขภาพ การตรวจโดยแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น ซึ่งไม่สะดวกกับผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติงานในเวลาราชการ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สะดวกพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ในเวลาราชการ ดังนั้นผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนในวันและเวลาที่สะดวกแทน

> “เคยไปวันเสาร์ จะเป็นแค่ตรวจทั่วไป เราจะไปตรวจภายใน ตรวจอะไรที่มันยาก ต้องไปจันทร์ถึงศุกร์ ... โดยปกติเป็นครูมันจะลายาก ถึงจะลาจะทิ้งเด็กยากมาก เพราะฉะนั้นการที่จะไป โรง(พยา)บาล เสาร์อาทิตย์ โรง(พยา)บาล ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แล้วก็เลยต้องไปเอกชน เพื่อที่ว่าเขาจะตอบสนองเรื่องเวลา เพราะว่าเวลาหลังจากเย็นเขาก็ตรวจได้ หมอก็ตรงโรค ซึ่งก็ต้องไปคลินิก ค่าใช้จ่ายมันก็สูง พวกครู ข้าราชการเขาจะเบิกไม่ได้ แต่เราก็ยอมเสียจ่ายนั้น เพราะว่าเราอยากให้ไม่ กระทบการทำงาน เวลาไปโรง(พยา)บาลรัฐจะเป็นปัญหากับคนที่ไม่ค่อยมีเวลา ครูเนี่ยจะลาทีนึง ผู้บริหารก็จะเพ่งเล็ง ถึงจะลาไปก็เป็นห่วงเด็กนักเรียน เพราะต้องมีครูมาสอนแทน บางโรงเรียนก็จะไม่มีครู มาสอน”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 4 สิทธิข้าราชการ

> “ลูกเป็นครูด้วย เลยไม่ได้พาไปโรง(พยา)บาล ส่วนมากก็พาไปคลินิกตอนเย็นๆ กลับจากโรงเรียนแล้วก็พาไป (พบแพทย์)”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 4 สิทธิข้าราชการ

3. มุมมองต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

3.1 คุณภาพการรักษาพยาบาล

คุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันระหว่างสิทธิการรักษาแบบต่างๆ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ ขณะที่ผู้ป่วยบางรายให้ความเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีคุณภาพแตกต่างกันระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิข้าราชการ ส่วนผู้ป่วยบางรายคิดว่าแพทย์จะเลือกใช้ยาตามความเหมาะสมต่อการรักษาโรคเป็นสำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐกับคลินิกเอกชน ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าคุณภาพของการตรวจรักษาโดยแพทย์ไม่ต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐมีโอกาสเลือกแพทย์น้อยกว่า เช่น หากต้องการตรวจรักษากับแพทย์ที่มีชื่อเสียงในพื้นที่ การไปรับบริการที่คลินิกของแพทย์ท่านนั้นจะสะดวกกว่า เป็นต้น

> “จริงๆ เราก็ได้อะไรหลายอย่าง เพียงแต่บางอย่างต้องจ่ายเพิ่ม”
>
> อภิปรายกลุ่มที่ 2 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“มันก็เหมือนกัน ไม่ว่าจะเป็นประกันสังคมหรือว่าสิทธิ์อะไร ยามันก็เหมือนกัน”

อภิปรายกลุ่มที่ 3 สิทธิประกันสังคม

“ผมได้สิทธิการรักษาเท่ากับคนที่เขาเบิกได้ (สิทธิข้าราชการ) หมอเขาบอกว่าเป็นยาตัวเดียวกันไม่ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน เขารักษาเหมือนกันหมด ไม่ว่าจ่ายตังค์หรือไม่จ่ายตังค์ ผมพบกับตัวผมเอง”

อภิปรายกลุ่มที่ 5 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 ศักดิ์ศรีหรือคุณค่าของการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกเสียศักดิ์ศรีหรือด้อยคุณค่าทางสังคมจากการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้การได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายถือเป็นสิทธิของแต่ละบุคคลที่พึงได้รับ ไม่ใช่ข้อเสียเปรียบทางสังคม

“รักษาฟรี มันก็ไม่ใช่ชั้นสองนะ การรักษาปกติ การให้บริการ คุณหมอก็ปกติ ไม่ใช่ คนนี้ ประกันสังคมนะ แยกมาตรงนี้ คนนี้ไม่ใช่แยกมาตรงนี้”

สัมภาษณ์เชิงลึกคนที่ 1 สิทธิประกันสังคม

“สำหรับป้า บัตรประกันสังคม ทุกคนที่มีบัตรประกันสังคมมีศักดิ์ศรี สำหรับคนใช้แรงงาน (เป็นสิ่งที่) ดีแล้ว”

อภิปรายกลุ่มที่ 3 สิทธิประกันสังคม

3.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการรักษาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการรักษาน้อย ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลหรือทางเลือก พร้อมทั้งข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธีการรักษา เพื่อประกอบการตัดสินใจ และไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมร่วมกับแพทย์ส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาให้ผู้ป่วยผู้ป่วยเชื่อแนวทางการรักษาของแพทย์แต่หากไม่เห็นด้วยผู้ป่วยสามารถต่อรองเปลี่ยนวิธีการรักษา เช่น ใช้ยาในการรักษาแทนการผ่าตัด เป็นต้น

“รักษาตามที่หมอบอก หมอบอกให้ฉีด (ยา) ก็ฉีด ถ้ากินก็กิน ทำทุกครั้งที่หมอแนะนำแต่ละโรค”

อภิปรายกลุ่มที่ 2 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สรุปข้อค้นพบที่สำคัญ

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคิดว่าการเจ็บป่วยของตนมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ มีผู้ป่วยน้อยกว่า 1% ที่คิดว่าการมารับบริการนั้นไม่จำเป็น
2. โดยทั่วไป ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์
3. เมื่อเปรียบเทียบมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์สำหรับการเจ็บป่วยในกรณีเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ 45.9% ประเมินความจำเป็นในระดับเดียวกับแพทย์ 45.0% และผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการต่ำกว่าแพทย์อยู่ 9.0%
4. อาการนำที่มีสัดส่วนผู้ป่วยประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์ใน 3 อันดับแรก คือ อาการท้องอืด จุกเสียด ปวดท้องและท้องน้อย ปวดศีรษะ และมึน/เวียนศีรษะ อย่างไรก็ตาม อาการป่วยอื่นๆ ในอาการนำ 10 อันดับแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ก็มีสัดส่วนผู้ป่วยที่ประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์อยู่ในระดับ 40-50% เป็นส่วนใหญ่
5. อาการนำที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นต่ำกว่าแพทย์ 3 อันดับแรก คือ ท้องอืด จุกเสียด ปวดบริเวณใบหน้า หู คอ จมูก และไข้
6. การที่อาการท้องอืด จุกเสียด เป็นอาการนำอันดับแรกที่มีสัดส่วนผู้ป่วยประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์ และเป็นอาการนำอันดับแรกที่มีสัดส่วนผู้ป่วยประเมินความจำเป็นต่ำกว่าแพทย์ในเวลาเดียวกันบ่งชี้ถึงความซับซ้อนของความสัมพันธ์ระหว่างอาการนำกับการประเมินความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาล
7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญนั้นมีทั้งปัจจัยของตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยของแพทย์ ปัจจัยดังกล่าว คือ ผู้ป่วยและแพทย์ที่เป็นเพศหญิง กลุ่มผู้ป่วยรายได้ต่ำ ผู้ป่วยที่ใช้บริการผู้ป่วยในภายในปีที่ผ่านมา แพทย์ที่อายุมากกว่า 30 ปี และการรับบริการนอกเวลาราชการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์ ส่วนความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการสูงกว่าแพทย์

8. การร่วมจ่ายจะมีผลลดการเข้ารับบริการของกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำ (รายได้และการศึกษาน้อย) สูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในเศรษฐานะที่สูงกว่า และมีผลต่อกลุ่มที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิข้าราชการ และมีแนวโน้มที่จะเกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในอัตราการร่วมจ่ายที่สูงขึ้น
9. ทั้งกลุ่มที่แพทย์เห็นว่าจำเป็นและไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการลดการเข้าใช้บริการในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ณ อัตราร่วมจ่ายที่ต่ำกว่า 500 บาท และการลดการเข้ารับบริการของกลุ่มที่แพทย์เห็นว่าไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการจะสูงกว่ากลุ่มที่แพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างมีนัยสำคัญที่อัตราร่วมจ่าย 500 บาทขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างนี้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า 10% ในทุกอัตราการร่วมจ่าย
10. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายในอัตราต่างๆ มีดังนี้ ที่อัตราการร่วมจ่ายค่าบริการตั้งแต่ 200 บาทขึ้นไป สิทธิข้าราชการจะไม่เข้ารับบริการเป็นครึ่งหนึ่งของสิทธิบัตรทอง กลุ่มรายได้สูงไม่เข้ารับบริการน้อยกว่า ผู้ที่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่นๆ สูงในการเข้ารับบริการจะไม่เข้ารับบริการน้อยกว่า ผู้ที่มีภาวะสุขภาพปานกลางจนถึงดีจะมีโอกาสสูงกว่าที่ไม่เข้ารับบริการ
11. การตัดสินใจในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนั้นมีการคำนึงถึงปัจจัยนอกเหนือจากความจำเป็นที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยแต่มีการคำนึงถึงความพร้อมในด้านอื่นๆ เช่น ความพร้อมของผู้ดูแล ความพร้อมของหน่วยบริการในพื้นที่ หน่วยบริการในระดับที่สูงกว่า และโรงพยาบาลเอกชน และความพร้อมด้านเวลาของผู้ป่วยเอง
12. ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเพราะไม่ต้องเสียค่าบริการ มีความพร้อมในด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเป็นสถานบริการที่มีประวัติเดิมอยู่ โดยไม่ได้มองว่าการรักษาฟรีนั้นมีคุณภาพต่ำกว่าหรือศักดิ์ศรีที่ด้อยกว่า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ประเมินว่าอาการเจ็บป่วยรุนแรง เร่งด่วน มักเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐเนื่องจากมีความพร้อมมากกว่า
13. อุปสรรคในการเข้ารับบริการโรงพยาบาลรัฐ คือ ระยะเวลาที่โรงพยาบาลรัฐเปิดทำการไม่ตรงกับเวลาที่สะดวกและใช้เวลารอคิวตรวจนาน จึงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลือกไปตรวจวินิจฉัยที่สถานบริการเอกชนก่อนแล้วจึงมารับยาเพื่อรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐ
14. ผู้ป่วยยังไม่ได้รับข้อมูลจากแพทย์อย่างเพียงพอที่จะสามารถเป็นผู้ร่วมตัดสินใจ (shared decision making) ในการรักษาได้

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้ได้ข้อค้นพบว่าผู้ป่วยประเมินความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลสูงกว่าระดับที่แพทย์ประเมิน (ประมาณ 40-50% ของการเข้ารับการรักษาพยาบาล) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Barry et al. (2006) ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยและแพทย์ตอบคำถามถึงระดับความจำเป็นในการรักษาพยาบาลโดยใช้เหตุการณ์สมมติ ซึ่งพบว่า 7 จาก 11 เหตุการณ์สมมติมีความแตกต่างกันระหว่างมุมมองของแพทย์และผู้ป่วย และทุกกรณีที่มีความแตกต่างเกิดขึ้น จะเป็นฝ่ายผู้ป่วยที่ประเมินความจำเป็นในระดับที่สูงกว่าแพทย์ (Barry et al., 2006)

อาการนำที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นไว้สูงกว่าแพทย์มาก คือ อาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ซึ่งก็สอดคล้องกับงานวิจัยที่เคยทำมาว่า เหตุการณ์สมมติที่มีเนื้อหาเป็นอาการของระบบทางเดินอาหารมีความแตกต่างของของการประเมินระดับความจำเป็นในการเข้ารับบริการ (Barry et al., 2006) อย่างไรก็ตาม อาการท้องอืด จุกเสียด ยังเป็นอาการที่มีสัดส่วนผู้ป่วยประเมินระดับความจำเป็นต่ำกว่าที่แพทย์สูงสุดเช่นกัน ซึ่งอาจตีความได้ว่าในอาการนำเดียวกันอาจจะมีความซับซ้อนและรุนแรงของโรคในระดับที่แตกต่างกันได้มาก และผู้ป่วยไม่มีความรู้พอที่จะประเมินระดับความเจ็บป่วยในลักษณะนี้จึงทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันกับแพทย์แบบสุดขั้วไปทั้ง 2 ทาง (ทั้ง overestimated need และ underestimated need) ซึ่งอาจจะอธิบายได้จากความอสมมาตรของข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ (information asymmetry) (Arrow, 2004)

เนื่องจากเพศหญิงมักเข้ารับบริการทางการแพทย์สูงกว่าแพทย์ชายทำให้สามารถอธิบายข้อค้นพบที่เพศหญิงประเมินความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาสูงกว่าเพศชาย สำหรับผลของเศรษฐานะงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มรายได้ต่ำมักประเมินระดับคามจำเป็นสูงกว่าแพทย์ ซึ่งอาจจะขัดแย้งกับข้อค้นพบของงานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำกว่าเข้ารับบริการน้อยกว่า (Bleich et al., 2009)

ปัจจัยของแพทย์ที่เพิ่มโอกาสของมุมมองเชิงเปรียบเทียบที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ คือ เพศหญิง อายุมากกว่า 30 ปี การเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ และการมีความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมปัจจุบันน้อย

แพทย์หญิงต้องการเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ชาย (McMurray et al., 2000) เนื่องจากมีการสื่อสารกับผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย (Parks & Redberg, 2017; Roter, Hall, & Aoki, 2002) ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากจึงอาจทำให้แพทย์หญิงมีความเหนื่อยล้า (burnout) ได้สูงกว่าเพศชาย (Linzer et al., 2014; McMurray et al., 2000) และอาจส่งผลให้เกิดการตัดสินว่าผู้ป่วยที่มารับบริการนั้นไม่มีความจำเป็นจริง

แพทย์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ถือเป็นกลุ่มแพทย์ที่มีประสบการณ์ จึงอาจมองว่าการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในบางกรณีไม่มีความจำเป็น ผู้ป่วยอาจสามารถดูแลตัวเองได้ที่บ้าน ในขณะที่แพทย์ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี อาจมีความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ เนื่องจากมีประสบการณ์น้อยกว่าจึงทำให้มีมุมมองต่อความจำเป็นในการรับบริการสอดคล้องกับผู้ป่วยมากกว่า

การเข้ารับบริการนอกเวลาราชการทำให้แพทย์ประเมินว่าผู้ป่วยใช้บริการเกินความจำเป็น อาจเกิดจากมุมมองที่ว่าผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของการเจ็บป่วยของตนน้อย จึงมารับบริการในช่วงเวลาที่ตนเองสะดวก ไม่ได้มาโรงพยาบาลเพราะความจำเป็น

การมีความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมปัจจุบันน้อยอาจส่งผลต่อการรักษาของแพทย์ คือ แพทย์อาจจะคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยน้อย และมีคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควร (Welp, Meier, & Manser, 2014; Williams, Manwell, Konrad, & Linzer, 2007) จึงตัดสินว่าผู้ป่วยรับบริการเกินจำเป็น

การร่วมจ่ายในลักษณะอัตราเดียวสำหรับทุกคนตามกรณีสมมติในงานวิจัยนี้ทำให้กลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำลดการเข้าใช้บริการสูงกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐานะสูง การร่วมจ่ายในรูปแบบดังกล่าวจึงส่งผลให้ลดการเข้าถึงของประชากรกลุ่มนี้ซึ่งถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของนโยบายหลักประกันสุขภาพ (Tangcharoensathien et al., 2007) การร่วมจ่ายยังทำให้การลดลงของการเข้ารับบริการต่างกันเพียงเล็กน้อยในกลุ่มผู้ป่วยทั้งที่มีและไม่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการบริการทางการแพทย์จากมุมมองที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ดังนั้นการใช้นโยบายร่วมจ่ายแบบอัตราเดียวจึงไม่สามารถลดการเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นลงได้โดยไม่ลดการเข้าถึงที่จำเป็นไปด้วย การลดการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการจะเกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Zheng et al. (2016) ที่พบว่าในการประกันสุขภาพที่ผู้ประกันตนต้องแบกรับต้นทุนส่วนแรก (deductible) ในระดับสูงจะลดการใช้บริการการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาลงทั้งการตรวจที่มีประโยชน์มากและมีประโยชน์น้อยโดยไม่ต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ประกันตนไม่สามารถแยกแยะความจำเป็นในการตรวจวินิจฉัยแต่ละชนิดได้ (Zheng et al., 2016)

การที่ผู้ที่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่นๆ นอกเหนือจากค่าบริการสูงกว่ามีความเต็มใจที่จะจ่ายในอัตราที่สูงกว่า แสดงให้เห็นว่านอกเหนือจากการเข้ารับบริการแล้ว การเข้าถึงบริการก็มีต้นทุนและส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการเช่นกัน สำหรับการที่ผู้ที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนไว้ในระดับปานกลางถึงดีมีโอกาสสูงกว่าที่ไม่เข้ารับบริการหากมีการร่วมจ่ายนั้น แสดงว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดีมีความเต็มใจจ่ายที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพไม่ดี เป็นผลลัพธ์ที่แตกต่างจากงานวิจัยในกลุ่มประเทศยุโรปกลางและยุโรปตะวันออกที่พบว่า ผู้ที่มีสุขภาพดีมีความเต็มใจจ่ายสูงกว่า อาจจะมีเหตุผลจากมุมมองหรือพฤติกรรมการเข้ารับบริการที่ต่างกันของชาวไทยและชาวยุโรป (Tambor et al., 2014)

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การตัดสินใจในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนั้นมีการคำนึงถึงปัจจัยนอกเหนือจากความจำเป็นที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยแต่มีการคำนึงถึงความพร้อมในด้านอื่นๆ เช่น ความพร้อมของผู้ดูแล ความพร้อมของหน่วยบริการในพื้นที่ หน่วยบริการในระดับที่สูงกว่า และโรงพยาบาลเอกชน และความพร้อมด้านเวลาของผู้ป่วยเอง โดยผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐคำนึงถึงปัจจัย ได้แก่ การรักษาที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ความต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการมีโรคประจำตัวที่รักษาอยู่เดิม ส่วนข้อจำกัดของการใช้บริการ

ได้แก่ การรอรับบริการเป็นเวลานาน การให้บริการบางประเภทจำกัดเฉพาะในเวลาราชการ ผู้ป่วยมีมุมมองต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ดังนี้คุณภาพด้านการตรวจรักษาโดยแพทย์ไม่ต่างกันระหว่างการใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาลแบบต่างๆ แต่อาจมียาบางชนิดที่แตกต่างกัน การรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นสิทธิของแต่ละบุคคล ไม่เป็นความรู้สึกด้อยคุณค่าทางสังคมหรือเสียศักดิ์ศรี ทั้งนี้ผู้ป่วยที่รับการรักษาพยาบาลมีส่วนร่วมน้อยในการตัดสินใจรักษาร่วมกับแพทย์

การรักษาพยาบาลที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยหนึ่งในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐในผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มและการศึกษาเชิงลึก ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนว่าประชาชนมีพฤติกรรมการใช้บริการการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะผู้ป่วยนอก (Ghislandi, Manachotphong, & Perego, 2015; Ghislandi & Muttarak, 2016) การตรวจเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังจากแพทย์ (Peck et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องการรับบริการในโรงพยาบาลเนื่องจากต้องการตรวจเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และโรคประจำตัวที่รักษาอยู่เดิมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งผลดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาจากประเทศจีนพบว่า การมีโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้นทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Huang, Kim, & Waitzman, 2015)

การให้บริการทางสาธารณสุขบนพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Reich et al., 2016) อย่างไรก็ตามการบริการของสถานพยาบาลภาครัฐยังมีข้อจำกัดในการให้บริการ ได้แก่ช่วงเวลาในการให้บริการที่ไม่สามารถตอบสนองผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการบางประเภทนอกเวลาราชการ และระยะเวลาในการรอรับบริการนานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชนแทน แม้ว่าจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

ด้านมุมมองของผู้ป่วยต่อการใช้บริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จากผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเห็นว่า คุณภาพการรักษาของแพทย์ไม่ได้แตกต่างกันตามสิทธิการรักษาพยาบาลแบบต่างๆ แต่ยาที่ได้รับอาจมีความแตกต่างกัน ระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิข้าราชการ แต่ไม่ได้มองว่าสิทธิการรักษาเป็นตัวชี้วัดระดับหรือคุณค่าทางสังคม ในส่วนการมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการรักษาเป็นประเด็นที่ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ไม่คุ้นเคย ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ในการตัดสินใจ และไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจจากการได้รับข้อมูลที่เพียงพอ

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มีความพิเศษ คือ มีการเก็บข้อมูลจากทางผู้ป่วยและแพทย์ในการตรวจรักษาในกรณีเดียวกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบความต่างของมุมมองเป็นรายกรณีได้ (ไม่ใช่แค่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่ม) และข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากหลายโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน 3 ระดับในระบบสาธารณสุข ทำให้สะท้อนภาพรวมได้ ไม่ใช่เป็นข้อมูลที่จำเพาะสำหรับโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพซึ่งช่วยหนุนเสริมกันในการทำความเข้าใจเหตุการณ์

การเก็บข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลจากความคิดเห็นที่หลากหลาย มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมอภิปราย ทั้งนี้ในการเก็บข้อมูลจำนวน 1 ครั้ง ไม่สามารถหาผู้เข้าร่วมอภิปรายกลุ่มได้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการสัมภาษณ์

เชิงลึกผู้ป่วยจำนวน 1 คนแทน ซึ่งการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลของรัฐในบริบทที่แตกต่างกัน จำนวน 4 โรงพยาบาล ครอบคลุมประชากรวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 23-83 ปี) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ ในส่วนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยไม่ใช่บุคลากรของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาซึ่งเป็นการลดอคติในการอภิปรายหรือสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมในประเด็นการบริการของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ครอบคลุมเฉพาะโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อมูลบางส่วนจึงอาจมีความจำเพาะต่อสถานการณ์ของจังหวัดที่เก็บข้อมูล และการเก็บข้อมูลในบางโรงพยาบาลไม่สามารถทำได้ตามแผนเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่แออัดทำให้ผู้ตอบแบบสอบโดยเฉพาะทางฝั่งแพทย์มีภาระงานที่มากจนไม่สามารถให้เวลาในการตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนจึงต้องมีการเก็บตัวอย่างในโรงพยาบาลอื่นทดแทน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูลจากเพียงจังหวัดเดียว ทำให้เข้าใจประเด็นที่ศึกษาในเชิงลึกของพื้นที่ที่ศึกษา อาจไม่สามารถนำไปเป็นตัวแทนข้อมูลของผู้ป่วยในพื้นที่อื่น ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในพื้นที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานพยาบาลเอกชนเป็นคลินิกเอกชนขนาดเล็ก ผู้เข้าร่วมจึงมักเปรียบเทียบการรับบริการในโรงพยาบาลรัฐกับคลินิกเอกชน ไม่ได้เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน นอกจากนี้การศึกษานี้ครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยนอก

นอกจากนี้การศึกษาถึงความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเป็นข้อมูลประกอบกับการศึกษาเชิงปริมาณในด้านความจำเป็นของการรับการรักษาพยาบาลในมุมมองผู้ป่วยและแพทย์ มีข้อจำกัดเนื่องจากมีการอภิปรายและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายต่างมีเหตุผลและความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในวันที่เข้าร่วมการศึกษานี้ทั้งสิ้น งานวิจัยที่ต้องการทำในประเด็นใกล้เคียงกันควรพิจารณาเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ประมาณ 70%) ตัดสินใจเข้ารับบริการรักษาพยาบาลเพราะคิดว่ามีความจำเป็น แต่แพทย์มักจะประเมินระดับความจำเป็นในการเข้ารับบริการในระดับที่ต่ำกว่าผู้ป่วย สัดส่วนของการเข้ารับบริการที่ผู้ป่วยประเมินระดับความจำเป็นสูงกว่าแพทย์อยู่ที่ประมาณ 40-50% ของอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยๆ จึงเป็นคำอธิบายว่าเหตุใดแพทย์จึงรู้สึกว่า ผู้ป่วยมาใช้บริการเกินความจำเป็น หน่วยงานที่เป็นต้นสังกัดของแพทย์ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรวิชาชีพอย่างแพทยสภา ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์และอธิบายให้แพทย์รับทราบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจมาใช้บริการเกินความจำเป็น แต่มุมมองต่อความจำเป็นของแพทย์มีความแตกต่างจากผู้ป่วย ไปในทิศทางที่แพทย์มักประเมินระดับความจำเป็นต่ำกว่าผู้ป่วย
2. สำหรับอาการนำที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยๆ นั้น ผู้ป่วยมักจะประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์อยู่ที่สัดส่วนประมาณ 40-50% การที่จะลดการเข้ารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลงได้ หน่วยงานที่บริหารจัดการระบบสุขภาพ และมีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ เช่น สปสช. กระทรวงสาธารณสุข หรือราชวิทยาลัยแพทย์สาขาต่างๆ ควรร่วมกันสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนโดยเฉพาะอาการนำที่พบบ่อยและมีการประเมินความจำเป็นที่ต่างกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วยการออกแนวทางปฏิบัติที่มีเนื้อหาจำเพาะต่ออาการนำที่พบบ่อยๆ เหล่านี้ ให้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ป่วยว่าควรดูแลรักษาตนเองอย่างไรก่อนมาโรงพยาบาล เมื่อไรควรจะมาพบแพทย์ (ข้อมูลเชิงคุณภาพจากงานวิจัยนี้ ได้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งก่อนมาโรงพยาบาลก็มักจะได้พยายามดูแลรักษาตนเองระดับหนึ่งแล้ว เช่น การไปซื้อยามาทาน หรือการไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชน)
3. สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองต่อความจำเป็นที่ไม่ตรงกันนั้น มีผลมาจากทั้งปัจจัยของตัวผู้ป่วย และปัจจัยของแพทย์ ปัจจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (unmodifiable factors) แม้กระนั้นก็ยังมีประโยชน์ในการช่วยเพิ่มความเข้าใจเหตุของการเกิดมุมมองที่ไม่ตรงกันของผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งตีความได้ว่าการประเมินระดับความจำเป็นในการเข้ารับบริการ

มีความซับซ้อนมากกว่า แค่มุมมองและการตัดสินใจของ “ผู้ป่วย” เท่านั้น ดังเห็นได้จากปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable factors) คือ ความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของแพทย์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ และเป็นหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาลหรือระบบสาธารณสุขที่จะสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานให้แก่แพทย์ซึ่งจะช่วยลดปัญหามุมมองที่ไม่ตรงกันกับผู้ป่วยได้

4. แพทย์ควรเข้าใจว่าในมุมมองของผู้ป่วยนั้น การตัดสินใจในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนั้นมีการคำนึงถึงปัจจัยนอกเหนือจากความจำเป็นที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ความพร้อมของผู้ดูแล ความพร้อมของหน่วยบริการในพื้นที่ หน่วยบริการในระดับที่สูงกว่า และโรงพยาบาลเอกชน และความพร้อมด้านเวลาของผู้ป่วยเอง ซึ่งอาจจะต่างจากแพทย์ที่คำนึงถึงระดับความจำเป็นหรือความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเป็นสำคัญ
5. งานวิจัยนี้บ่งชี้ว่าการร่วมจ่ายแบบอัตราเดียวกันสำหรับทุกคน แม้จะช่วยลดจำนวนการเข้ารับบริการของผู้ป่วยได้จริง แต่ก็ทำให้เกิดผลข้างเคียง คือ การร่วมจ่ายจะลดการเข้ารับบริการทั้งจากผู้ป่วยที่จำเป็นและไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ก่อให้เกิดผลเสียต่อกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นแต่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นแล้วประชาชนกลุ่มที่ได้รับผลจากการร่วมจ่ายสูงกว่า คือ กลุ่มเศรษฐานะต่ำ และกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทองหรือประกันสังคม การร่วมจ่ายในลักษณะอัตราเดียวสุ่มเสี่ยงจะทำให้เกิดการที่ประชาชนมีภาวะสุขภาพแย่ลง และเพิ่มความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล
6. หากจำเป็นต้องใช้นโยบายที่ร่วมจ่าย ควรมีการออกแบบให้อัตราการร่วมจ่ายมีความแตกต่างระหว่างระดับรายได้ เพศ และประวัติการเข้ารับบริการ (ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเต็มใจจ่ายซึ่งเป็นข้อค้นพบของงานวิจัยชิ้นนี้) เพื่อไม่ให้เกิดผลข้างเคียงในการเพิ่มระดับความเหลื่อมล้ำมากนัก
7. ผู้ป่วยมองว่าการใช้บริการรักษาพยาบาลฟรีที่รัฐจัดให้ไม่ได้เป็นการลดทอนศักดิ์ศรี และมองว่าโรงพยาบาลของรัฐมีความพร้อม อย่างไรก็ตามเวลาเปิดทำการของโรงพยาบาลที่จำกัดเฉพาะเวลาราชการทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สะดวกเข้ารับบริการในช่วงเวลาดังกล่าวต้องใช้วิธีไปรับบริการตรวจวินิจฉัยที่สถานบริการเอกชนก่อน แล้วจึงมารับยาเพื่อรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลของรัฐ หากผู้กำหนดนโยบายมองว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญก็ควรจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ไม่สะดวกการมารับบริการในเวลาราชการเช่นกัน

บรรณานุกรม

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav, 36(1), 1-10.

Arrow, K. J. (2004). Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. Bull World Health Organ, 82(2), 141-149.

Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. Psychosoc Med, 9, Doc11. doi:10.3205/psm000089

Barry, D. W., Melhado, T. V., Chacko, K. M., Lee, R. S. M., Steiner, J. F., & Kutner, J. S. (2006). Patient and Physician Perceptions of Timely Access to Care. J Gen Intern Med, 21(2), 130-133. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0299.x

Bleich, S. N., Ozaltin, E., & Murray, C. K. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bull World Health Organ, 87(4), 271-278.

Calnan, M. W., & Sanford, E. (2004). Public trust in health care: the system or the doctor? Qual Saf Health Care, 13(2), 92-97.

Campbell, S. M., & Roland, M. O. (1996). Why do people consult the doctor? Fam Pract, 13(1), 75-83.

Gerrard, T. J., & Riddell, J. D. (1988). Difficult patients: black holes and secrets. Bmj, 297(6647), 530-532.

Ghislandi, S., Manachotphong, W., & Perego, V. M. (2015). The impact of Universal Health Coverage on health care consumption and risky behaviours: evidence from Thailand. Health Econ Policy Law, 10(3), 251-266. doi:10.1017/s1744133114000334

Ghislandi, S., & Muttarak, R. (2016). Fair choices in universal health coverage in Thailand. Lancet, 388(10050), 1155-1156. doi:10.1016/s0140-6736(16)31608-7

Grant, R. W., Ashburner, J. M., Hong, C. S., Chang, Y., Barry, M. J., & Atlas, S. J. (2011). Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. Annals of Internal Medicine, 155(12), 797-804. doi:10.7326/0003-4819-155-12-201112200-00001

Huang, X., Kim, J., & Waitzman, N. J. (2015). Factors associated with health service utilization under the New Rural Cooperative Medical System (NRCMS) in Hainan, China: preliminary evidence from a household survey. Journal of Asian Public Policy, 8(2), 178-190. doi:10.1080/17516234.2014.958889

Kleinman, A. (2015). Care: in search of a health agenda. Lancet, 386(9990), 240-241. doi:10.1016/s0140-6736(15)61271-5

Kravitz, R. (1998). Patient satisfaction with health care: critical outcome or trivial pursuit? J Gen Intern Med, 13(4), 280-282. doi:10.1046/j.1525-1497.1998.00084.x

Linzer, M., Levine, R., Meltzer, D., Poplau, S., Warde, C., & West, C. P. (2014). 10 Bold Steps to Prevent Burnout in General Internal Medicine. J Gen Intern Med, 29(1), 18-20. doi:10.1007/s11606-013-2597-8

Lohr, K. N., Brook, R. H., Kamberg, C. J., Goldberg, G. A., Leibowitz, A., Keesey, J., . . . Newhouse, J. P. (1986). Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. Med Care, 24(9 Suppl), S1-87.

Martin, A. R. (1983). Exploring patient beliefs. Steps to enhancing physician-patient interaction. Arch Intern Med, 143(9), 1773-1775.

Matichon. (2014). เจาะถึงราก ปม “ร่วมจ่าย” บัตรทอง. Retrieved from http://www.matichonelibrary.com/articlesmic_2014/articles_03/articles_20140728.html

McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The Work Lives of Women Physicians: Results from the Physician Work Life Study. J Gen Intern Med, 15(6), 372-380. doi:10.1111/j.1525-1497.2000.im9908009.x

MGR Online. (2555). จวกรักษาฟรีทำคนไทยอายุเฉลี่ยสั้นกว่าเพื่อนบ้าน. ผู้จัดการ Online. Retrieved from http://www2.manager.co.th/Science/ViewNews.aspx?NewsID=9550000130194

Ock, M., Kim, J. E., Jo, M. W., Lee, H. J., Kim, H. J., & Lee, J. Y. (2014). Perceptions of primary care in Korea: a comparison of patient and physician focus group discussions. BMC Fam Pract, 15, 178. doi:10.1186/s12875-014-0178-5

Parks, A. L., & Redberg, R. F. (2017). Women in medicine and patient outcomes: Equal rights for better work? JAMA Internal Medicine, 177(2), 161-161. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7883

Peck, B. M., Ubel, P. A., Roter, D. L., Goold, S. D., Asch, D. A., Jeffreys, A. S., . . . Tulsky, J. A. (2004). Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients’ satisfaction? J Gen Intern Med, 19(11), 1080-1087. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.30436.x

Rahman, M. M., Shahidullah, M., Shahiduzzaman, M., & Rashid, H. A. (2002). Quality of health care from patient perspectives. Bangladesh Med Res Counc Bull, 28(3), 87-96.

Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., . . . Evans, T. G. (2016). Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. Lancet, 387(10020), 811-816. doi:10.1016/s0140-6736(15)60002-2

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the

Health Belief Model. Health Educ Q, 15(2), 175-183.

Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. JAMA, 288(6), 756-764. doi:10.1001/jama.288.6.756

Shapiro, J., Yu, R., & White, M. K. (2000). Conflicting doctor and patient agendas: a case illustration. Jounral of Clinical Outcome Management, 7(10), 41-46.

Starfield, B. (2001). New paradigms for quality in primary care. Br J Gen Pract, 51(465), 303-309.

Tambor, M., Pavlova, M., Rechel, B., Golinowska, S., Sowada, C., & Groot, W. (2014). Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries based on a contingent valuation method. Soc Sci Med, 116, 193-201. doi:10.1016/j.socscimed.2014.07.009

Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Prakongsai, P., Jongudomsuk, P., Srithamrongsawat, S., & Thammathataree, J. (2010). Thailand health financing review 2010. Phusit and Jongudomsuk, Pongpisut and Srithamrongsawat, Samrit and Thammathataree, Jadej, Thailand Health Financing Review.

Tangcharoensathien, V., Prakongsai, P., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., & Jongudomsuk, P. (2007). Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn. Social Science Research Network Working Paper.

The World Bank. (2016). Physician (per 1,000 people). http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?page=2

Wagner, P. J., Warren, P. R., & Moseley, G. (2010). Patient and physician perception of dimensions of neceesity of medical utilization. The Qualitative Report, 15(2), 301-317.

Welp, A., Meier, L. L., & Manser, T. (2014). Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. Front Psychol, 5, 1573. doi:10.3389/fpsyg.2014.01573

Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. Health Care Manage Rev, 32(3), 203-212. doi:10.1097/01.hmr.0000281626.28363.59

Zheng, S., Ren, Z. J., Heineke, J., & Geissler, K. H. (2016). Reductions in Diagnostic Imaging With High Deductible Health Plans. Med Care, 54(2), 110-117. doi:10.1097/MLR.0000000000000472

ปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา. (2015). Retrieved from https://www.facebook.com/preeyanan.lorsermvattana.7/posts/857968410961780

ภาคผนวก

แบบสอบถามของผู้ป่วย (P01)

[P01] 2016-11-08 ผู้ป่วย QID: P [ ]-[ ][ ][ ]

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัยเรื่อง

"ความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์"

โรงพยาบาล ..... วันที่ (วัน/เดือน/ปี): [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] การตรวจรักษา ☐ 1. ในเวลาราชการ ☐ 2.นอกเวลาราชการ ผู้สัมภาษณ์	hosp [ ] date[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] ot [ ]
1. สิทธิ์การรักษาพยาบาล ☐ 1. บัตรทอง/30 บาท/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ 2. ประกันสังคม ☐ 3. ข้าราชการ/จ่ายตรง ☐ 4. อื่นๆ เช่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ 9. ไม่ทราบสิทธิ์	scheme [ ]
2. โดยปกติ สิทธิ์การรักษาจากข้อ 1 ของท่านครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดหรือไม่ ☐ 1. ครอบคลุมทั้งหมด ☐ 2. จ่ายเองบางส่วน ☐ 3. ไม่แน่ใจ	schcover [ ]
3. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยรวมของท่าน ณ ปัจจุบันเป็นอย่างไร? ☐ 1. ดีมาก ☐ 2. ดี ☐ 3. ปานกลาง ☐ 4. แย่ ☐ 5. แย่มาก	srh [ ]
4. อาการเจ็บป่วยใด ที่ทำให้ท่านมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้?	cc [ ][ ][ ]
5. ในความเห็นของท่าน ท่านคิดว่า ความเจ็บป่วยครั้งนี้มีความจำเป็นต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากเพียงใด? ☐ 1. มากที่สุด ☐ 2. มาก ☐ 3. ปานกลาง ☐ 4. น้อย ☐ 5. น้อยที่สุด	necess [ ]

[P01] 2016-11-08 ผู้ป่วย QID: P [ ]-[ ][ ][ ]

6. **สมมติว่า** การเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ ท่านต้องจ่ายเงินค่ารักษาให้แก่โรงพยาบาลเป็นจำนวนเงินตามตัวเลือกต่อไปนี้ ท่านจะตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลครั้งนี้หรือไม่?

50 บาท	☐ 1. เข้ารับการรักษา ☐ 2. ไม่เข้ารับการรักษา	p50 [ ]
100 บาท	☐ 1. เข้ารับการรักษา ☐ 2. ไม่เข้ารับการรักษา	p100 [ ]
200 บาท	☐ 1. เข้ารับการรักษา ☐ 2. ไม่เข้ารับการรักษา	p200 [ ]
500 บาท	☐ 1. เข้ารับการรักษา ☐ 2. ไม่เข้ารับการรักษา	p500 [ ]
1,000 บาท	☐ 1. เข้ารับการรักษา ☐ 2. ไม่เข้ารับการรักษา	p1000 [ ]
2,000 บาท	☐ 1. เข้ารับการรักษา ☐ 2. ไม่เข้ารับการรักษา	p2000 [ ]

7. การมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ ทำให้ท่านสูญเสียรายได้หรือไม่? loss [ ]

☐ 1. สูญเสียรายได้ จากการทำงานในช่วงเวลาที่มาโรงพยาบาล
- สูญเสียรายได้เป็นเงิน ..... บาท loss1 [ ] [ ] [ ] ,[ ] [ ] [ ]

☐ 2. ไม่สูญเสียรายได้ เพราะนายจ้างให้ลาป่วย/ลางานได้ โดยไม่หักค่าจ้าง
☐ 3. ไม่สูญเสียรายได้ เพราะมีผู้อื่นช่วยดูแลกิจการแทนให้ เช่น มีผู้ช่วยดูแลร้านให้ในระหว่างมาโรงพยาบาล
☐ 4. ไม่สูญเสียรายได้ เพราะไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้อยู่แล้ว

8. ท่านเจ็บป่วยจนต้องไปพบแพทย์ที่คลินิก โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. (สถานีอนามัย) เพื่อการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก **ครั้งสุดท้าย**เมื่อ ..... ปี ..... เดือน ..... วัน ที่ผ่านมา
q8y [ ][ ]
q8m [ ][ ]
q8d [ ][ ]

9. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเจ็บป่วยจนต้องไปพบแพทย์ที่คลินิก โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. (สถานีอนามัย) เพื่อการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ทั้งหมด ..... ครั้ง q9 [ ][ ]

10. ท่านเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือไม่? q10 [ ]

☐ 1. ไม่เคย
☐ 2. เคย
- ท่านเจ็บป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล **ครั้งสุดท้าย** เมื่อ ..... ปี ..... เดือน ..... วัน ที่ผ่านมา

q101y [ ][ ]
q101m [ ][ ]
q101d [ ][ ]

11. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเจ็บป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทั้งหมด ..... ครั้ง q11 [ ][ ]

12. การมารับการรักษาพยาบาลใน**ครั้งนี้** มีบุคคลอื่นมาด้วยกับท่านหรือไม่? q12 [ ]

☐ 1. มีบุคคลอื่นมาด้วย
☐ 2. มาโรงพยาบาลคนเดียว

[P01] 2016-11-08 ผู้ป่วย QID: P [ ]-[ ][ ][ ]

13. การมารับการรักษาพยาบาล**โดยปกติ** มีบุคคลอื่นมาด้วยกับท่านหรือไม่? q13 [ ]

☐ 1. ส่วนใหญ่มีบุคคลอื่นมาด้วย
☐ 2. มีบุคคลอื่นมาด้วยเป็นบางครั้ง
☐ 3. โดยปกติ มาโรงพยาบาลคนเดียว

หากตอบข้อ (1) หรือ (2) บุคคลที่มา รพ. ด้วยมีความสัมพันธ์กับท่านอย่างไร? *(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)*

○ 1. พ่อ หรือ แม่	q131 [ ]
○ 2. พี่ น้อง	q132 [ ]
○ 3. ลูกชาย	q133 [ ]
○ 4. ลูกสาว	q134 [ ]
○ 5. ญาติ	q135 [ ]
○ 6. เพื่อน	q136 [ ]
○ 7. อื่นๆ ระบุ.....	q137oth [ ]

14. ท่านเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ ด้วยวิธีใด? q14 [ ]

☐ 1. รถจักรยานยนต์ส่วนตัว
☐ 2. รถยนต์ส่วนตัว
☐ 3. รถยนต์/จักรยานยนต์รับจ้าง
☐ 4. รถประจำทาง
☐ 5. เดิน

15. ท่านใช้เวลาเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้เป็นเวลา (ต่อเที่ยว) ..... นาที q15 [ ][ ]

16. ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ (ต่อเที่ยว) ..... บาท q16 [ ][ ][ ][ ]

17. ที่พักอาศัยของท่านอยู่ห่างจากโรงพยาบาลเป็นระยะทาง ..... กิโลเมตร q17 [ ][ ][ ]

18. ท่านคิดว่าการเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ q18 [ ]

☐ 1. สะดวกมาก
☐ 2. สะดวก
☐ 3. ปานกลาง
☐ 4. ไม่สะดวก
☐ 5. ไม่สะดวกมาก

19. ท่านเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ **นอกจากค่ารักษาและค่าเดินทาง** ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ เช่น ค่าอาหาร เป็นเงิน ..... บาท q19 [ ],[ ][ ][ ],[ ][ ][ ]

20. สถานบริการทางการแพทย์ ที่ท่านใช้บริการบ่อยที่สุดเป็นสถานบริการประเภทใด?

☐ 1. รัฐบาล q20 [ ]
  ☐ 1. โรงพยาบาลจังหวัด q201 [ ]
  ☐ 2. โรงพยาบาลอำเภอ
  ☐ 3. รพ.สต. (สถานีอนามัย) หรือศูนย์บริการสาธารณสุขอื่นๆ
☐ 2. เอกชน
  ☐ 1. คลินิกเอกชน q202 [ ]
  ☐ 2. โรงพยาบาลเอกชน

[P01] 2016-11-08 ผู้ป่วย QID: P [ ]-[ ][ ][ ]

21. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาพยาบาลนอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันแบบใดบ้าง?

- ☐ 1. การแพทย์แผนไทย — q21 [ ]
  - ☐ 1. ที่โรงพยาบาล หรือคลินิก — q211 [ ]
  - ☐ 2. แพทย์พื้นบ้าน/หมอบ้าน
- ☐ 2. การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม สมุนไพรจีน
- ☐ 3. ใช้ทั้งแพทย์แผนไทย/แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ
- ☐ 4. ไม่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แบบอื่นๆ นอกจากแผนปัจจุบัน

22. โดยปกติท่านสูบบุหรี่หรือไม่? — smoke [ ]
- ☐ 1. ไม่สูบ และไม่เคยสูบ
- ☐ 2. ไม่สูบ แต่เคยสูบ
- ☐ 3. สูบ

23. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่?

- ☐ 1. ไม่ดื่ม
- ☐ 2. ดื่ม — alc [ ]
  - ☐ 1. ทุกวัน
  - ☐ 2. ทุกสัปดาห์ (1-6 ครั้ง/สัปดาห์) — alcfreq [ ]
  - ☐ 3. ทุกเดือน (1-3 ครั้ง/เดือน)
  - ☐ 4. นานๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง)

---

24. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 0. หญิง — male [ ]

25. อายุ [ ][ ] ปี — age [ ][ ]

26. ที่อยู่: อำเภอ ..... — district [ ][ ]
จังหวัด ..... — province [ ][ ]

27. การประกอบอาชีพ (เลือกเพียงข้อเดียวที่เป็นที่มาของรายได้หลัก) — employ [ ]
- ☐ 1. เกษตรกร
- ☐ 2. รับจ้าง
- ☐ 3. ข้าราชการ
- ☐ 4. รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานในการกำกับของรัฐ
- ☐ 5. บริษัทเอกชน (มีเงินเดือนประจำ)
- ☐ 6. ทำธุรกิจ/ค้าขาย (ไม่มีเงินเดือนประจำ)
- ☐ 7. เกษียณ
- ☐ 8. แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน
- ☐ 9. ไม่สามารถทำงานได้ เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพ

28. ศาสนา — religion [ ]
- ☐ 1. พุทธ
- ☐ 2. คริสต์
- ☐ 3. อิสลาม
- ☐ 4. อื่นๆ
- ☐ 0. ไม่นับถือศาสนา

29. ระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบ — edu [ ]
- ☐ 0. ต่ำกว่า ป.4
- ☐ 1. ป.4 – ป.6
- ☐ 2. ม.3
- ☐ 3. ม.6 หรือ ปวช.
- ☐ 4. ปวส.
- ☐ 5. ปริญญาตรี
- ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

[P01] 2016-11-08 ผู้ป่วย QID: P [ ]-[ ][ ][ ]

30. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 3. หย่าร้าง
☐ 2. แต่งงาน ☐ 4. หม้าย
marital [ ]

31. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน [ ][ ] คน
แบ่งเป็น
- อายุมากกว่า 18 ปี [ ][ ] คน
- อายุน้อยกว่า 18 ปี [ ][ ] คน

famn [ ][ ]
fam18up [ ][ ]
fam18down [ ][ ]

32. รายได้ส่วนตัวต่อเดือน [ ],[ ][ ][ ],[ ][ ][ ] บาท

33. รายได้รวมทั้งครัวเรือนต่อเดือน [ ][ ],[ ][ ][ ],[ ][ ][ ] บาท

incper
[ ],[ ][ ][ ],[ ][ ][ ]
inchous
[ ][ ],[ ][ ][ ],[ ][ ][ ]

34. โรคประจำตัวเรื้อรัง
☐ 1. ไม่มีโรคประจำตัว
☐ 2. มีโรคประจำตัว *(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)*
ud [ ]

- ○ ความดันโลหิตสูง — ht [ ]
- ○ ไขมันในเลือดสูง — dyslip [ ]
- ○ เบาหวาน — dm [ ]
- ○ โรคหัวใจ — heart [ ]
- ○ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต — cvd [ ]
- ○ โรคทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด ถุงลมโป่งพอง — lung [ ]
- ○ โรคตับ — liver [ ]
- ○ โรคไต — renal [ ]
- ○ โรคมะเร็ง — cancer [ ]
- ○ อื่นๆ (ระบุ) ..... — chronother [ ][ ]

แบบสอบถามชองแพทย์ ชุดที่ 1 (D01)

[D 01] 2016-11-08 **แพทย์ ชุดที่ 1** **DID: [ ]-[ ][ ]**

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัยเรื่อง

"ความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์"

	โรงพยาบาล	dhosp [ ]
	วันที่ (วัน/เดือน/ปี): [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]	date[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
1.	เพศ ☐ 0. หญิง ☐ 1. ชาย	dmale [ ]
2.	อายุ [ ][ ] ปี	dage [ ][ ]
3.	ภูมิลำเนา (บ้านเกิด) จังหวัด	hprovince [ ][ ]
	จังหวัดที่อยู่อาศัยเป็นระยะเวลารวมเกิน 5 ปี (ตามลำดับที่อยู่นานที่สุด รวมภูมิลำเนา)	
	1. จังหวัด	dprovince1 [ ][ ]
	2. จังหวัด	dprovince2 [ ][ ]
	3. จังหวัด	dprovince3 [ ][ ]
4.	อาศัยในจังหวัดนครศรีธรรมราชมาเป็นระยะเวลารวม ..... ปี .....เดือน	periodnsty [ ][ ] periodnstm [ ][ ]
5.	ท่านเข้าใจภาษาถิ่นที่ใช้ในจังหวัดนครศรีธรรมราช	
	ฟัง ☐ 1. เข้าใจมากกว่า80% ☐ 2. เข้าใจ 50-80% ☐ 3. เข้าใจน้อยกว่า50%	sklisten [ ]
	พูด ☐ 1. คล่องแคล่ว ☐ 2. ได้บ้าง ☐ 3. ไม่ได้เลย	skspeak [ ]
6.	ท่านทำงานเป็นแพทย์ รวมทั้งหมด ..... ปี .....เดือน	workyear [ ][ ] workmonth [ ][ ]
7.	ปัจจุบัน ท่านเป็นแพทย์ในกลุ่มใด?	
	☐ 1. แพทย์ใช้ทุน	dcate [ ]
	☐ 2. แพทย์พี่เลี้ยง	
	☐ 3. แพทย์ประจำบ้าน	
	☐ 4. แพทย์ทั่วไป นอกเหนือจากข้อ 1-3 ข้างต้น	
	☐ 5. แพทย์เฉพาะทาง (ได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรสาขาความเชี่ยวชาญจากแพทยสภา/แพทยสภารับรอง)	
8.	ศาสนา	
	☐ 1. พุทธ ☐ 3. อิสลาม	dreligion [ ]
	☐ 2. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ	
	☐ 0. ไม่นับถือศาสนา	
9.	ท่านจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก	
	☐ 1. มหาวิทยาลัยของรัฐ หรือภายใต้การกำกับของรัฐ	medschool [ ]
	☐ 2. มหาวิทยาลัยของเอกชน *(ข้ามไปตอบข้อ 11)*	
	☐ 3. มหาวิทยาลัยต่างประเทศ *(ข้ามไปตอบข้อ 11)*	
10.	ในการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ท่านอยู่ภายใต้โครงการ	
	☐ 1. โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD)	spprog [ ]
	☐ 2. โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)	
	☐ 3. โครงการผลิตแพทย์พิเศษอื่นๆ นอกเหนือจากข้อ 1 และ 2	
	☐ 4. ศึกษาในโรงเรียนแพทย์ของรัฐที่ไม่ได้อยู่ภายใต้โครงการพิเศษ	
11.	ในภาพรวมท่านมีความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงานในปัจจุบันเพียงใด	
	☐ 1. น้อยที่สุด ☐ 2. น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4. มาก ☐ 5. มากที่สุด	satis [ ]
12.	ท่านคิดว่าขั้นตอนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยชิ้นนี้จะนำไปสู่ผลการวิจัยที่เชื่อถือได้ในระดับใด	
	☐ 1. น้อยที่สุด ☐ 2. น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4. มาก ☐ 5. มากที่สุด	trust [ ]

แบบสอบถามของแพทย์ชุดที่ 2 (D02)

[D 02] 2016-11-08 แพทย์ ชุดที่ 2 **QID: D2 [ ]-[ ][ ][ ]**
DID: [ ]-[ ][ ]

	โรงพยาบาล	hosp [ ]
	วันที่ (วัน/เดือน/ปี):	date [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
	การตรวจรักษา ☐ 1. ในเวลาราชการ ☐ 2.นอกเวลาราชการ *(ผู้ช่วยเก็บข้อมูลเติมให้)*	dot [ ]
1.	ท่านคิดว่า ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้มีความจำเป็นต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระดับใด? ☐1. น้อยที่สุด ☐ 2. น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4. มาก ☐ 5.มากที่สุด	dnecess [ ]
2.	ท่านได้รับข้อมูลประวัติความเจ็บป่วย จากผู้ป่วยครบถ้วนเพียงใด? ☐ 1. ครบถ้วนทุกประเด็น ☐ 2. ขาดข้อมูลเพียงบางประเด็น ☐ 3. ขาดข้อมูลส่วนใหญ่ ☐ 4. น้อยมาก/ไม่ได้ข้อมูล	hxcompl [ ]
3.	จากข้อ 2 ในความคิดของท่านข้อมูลจากผู้ป่วยมีความน่าเชื่อถือเพียงใด ☐1. น้อยที่สุด ☐2. น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4. มาก ☐ 5. มากที่สุด	hxcompl2 [ ]
4.	การวินิจฉัยโรคหลัก.....	diag [ ][ ][ ]

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์
รับที่ 1404
วันที่ 4 ก.ค. 59 เวลา 11:00น.
เลขรับที่ 1801

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน โครงการจัดตั้งสถานวิจัยวิทยาการสุขภาพ โทร. ๒๕๕๓-๒๕๕๔ โทรสาร ๒๕๕๑

ที่ ศธ ๕๗ ๖๘ ๐๐๑(๑๐๗)/๒๕๕๙ **วันที่** ๒ สิงหาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองการพิจารณาข้อจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์

ด้วยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยประจำเดือนกรกฎาคม สำหรับสำนักวิชาแพทยศาสตร์ จำนวน ๑ โครงการ คือ

๑. โครงการวิจัย เรื่อง ความจำเป็นในการเข้ารับการบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์ โดย ดร.นพ.อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว อาจารย์สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เอกสารรับรองเลขที่ ๐๑๑๐/๒๕๕๙ (ฉบับภาษาไทย) และ 030/2016 (ฉบับภาษาอังกฤษ)

ทั้งนี้ทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขอความกรุณาให้คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์แจ้งให้หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัยทราบว่าการเก็บข้อมูลนั้น จะเริ่มเก็บได้หลังจากได้รับใบรับรองแล้ว มิฉะนั้นจะถือเป็นการละเมิดและผิดต่อกฎระเบียบการดำเนินงานด้านจริยธรรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรวัฒน์ มหัทธนตระกูล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

- ทราบ
- เรียน อ.นพ.อุดมศักดิ์ เพื่อทราบและดำเนินการ

5/8/2559

อาจารย์ ดร.นายแพทย์ปรัชญะพันธุ์ เพชรช่วย
รักษาการแทนคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

รหัสโครงการวิจัยที่ 01/2560
เอกสารรับรองเลขที่ 01/2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย)	ความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์
(ภาษาอังกฤษ)	Necessity of hospital visit : comparing patient and doctor perspectives
ผู้วิจัยหลัก	ดร.นายแพทย์อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว
ผู้วิจัยร่วม	นายแพทย์อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์
ตำแหน่ง / สถานะ	อาจารย์สำนักวิชาแพทย์ศาสตร์
สถาบัน	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 13 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุดระยะการรับรอง วันที่ 12 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม.....ศันสนีย์.....
(นางสาวศันสนีย์ ทองสงค์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ลงนาม.....
(นายคำรพ เดชรัตนวิไชย)
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช