

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ทุกประเทศในโลกปัจจุบันต่างประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างมาก ปัจจัยที่ทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นพอสรุปได้เป็นสังเขปดังนี้ 1) ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของวิทยาศาสตร์การแพทย์ เทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยให้การตรวจและรักษาโรคสะดวก แม่นยำ และปลอดภัยขึ้น ก็มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน 2) การประกันชีวิตและสุขภาพ ที่มักทำให้อุปสงค์ของการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น 3) แนวคิดที่เชื่อว่า “สุขภาพดี เป็นสิทธิที่ทุกคนควรจะได้รับ”¹ ทำให้เป็นภาระของรัฐบาลของประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อครอบคลุมความต้องการมี สุขภาพดี ที่คาดหวังมากขึ้นของประชาชน 4) ลักษณะเฉพาะของบริการทางการแพทย์ที่ฝ่ายผู้ให้บริการเท่านั้นที่มีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการรักษาและความจำเป็นในการรักษามากกว่าฝ่ายผู้รับบริการมาก ทำให้สามารถเป็นผู้กำหนดราคาและเป็นผู้เลือกวิธีการรักษาได้โดยที่ผู้รับบริการไม่สามารถโต้เถียงได้ 5) โอกาสในการเลือกปฏิบัติด้านราคา (Price discrimination) ของการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความต้องการสุขภาพดี สูงต่ำต่างกันไป (Klaman, 1965 และ Santerre & Neun, 1996)

ในกรณีประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายของการดูแลสุขภาพเฉลี่ยต่อคนเพิ่มขึ้นจาก 143 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี ในปี ค.ศ. 1960 เป็น 3,299 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี ในปี ค.ศ. 1993 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2,206.99 ภายในระยะเวลา 34 ปี สัดส่วนของรายจ่ายทางการแพทย์ต่อ GDP ของสหรัฐฯ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.3 เป็น 13.9 ภายในระยะเวลาเดียวกัน ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยปีละ 4.77 % (ตารางที่ 1.1)

¹ จาก The Constitution of WHO ที่ว่า “The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.”

ตารางที่ 1.1 ค่าใช้จ่ายของการดูแลสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา, ปี ค.ศ. 1960-1993

	1960	1970	1980	1985	1990	1991	1992	1993
ค่าใช้จ่ายของการดูแลสุขภาพรายปี (พันล้านดอลลาร์สหรัฐ.)	27.1	74.3	251.1	434.5	696.6	755.6	820.3	884.2
ค่าใช้จ่ายของการดูแลสุขภาพรายปีเฉลี่ยต่อคน (ดอลลาร์สหรัฐ.)	143	346	1,068	1,761	2,686	2,882	3,094	3,299
สัดส่วนของรายจ่ายทางการแพทย์ต่อ GDP (%)	5.3	7.4	9.3	10.8	12.6	13.2	13.6	13.9

แปลจาก: Katherine R. Levit et al., "National Health Spending Trends, 1960-1993," *Health Affairs*. Winter 1994, Exhibits 1 and 2.

สำหรับกรณีของประเทศไทยก็เช่นกัน สัดส่วนของรายจ่ายทางการแพทย์ต่อ GDP ของไทย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.4 ในปี ค.ศ. 1978 เป็นร้อยละ 5.9 ในปี ค.ศ. 1992 คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยปีละ 5.25 % (ตารางที่ 1.2) รายจ่ายนี้ส่วนใหญ่ประชาชนเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย เฉลี่ยร้อยละ 78.7 ขณะที่รัฐบาลรับภาระเพียงร้อยละ 20.4 (ตารางที่ 1.3) และในปัจจุบันค่าใช้จ่ายสาธารณสุขทั้งหมดของประเทศสูงถึงปีละ 250,000 ล้านบาท โดยเป็นงบประมาณของรัฐปีหนึ่งประมาณกว่า 80,000 ล้านบาท²

ตารางที่ 1.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลรายปีของประเทศไทย, ปีค.ศ. 1978-1992

ที่มาของรายจ่าย	1978	1980	1982	1984	1986	1987	1988	1990	1992
1. ภาครัฐบาล (%)	31.10	29.50	34.46	29.17	27.26	25.37	24.33	25.30	25.71
2. ภาคเอกชน (%)	67.93	69.07	64.36	70.04	71.92	73.89	75.26	74.62	74.06
3. ความช่วยเหลือจากต่างประเทศ (%)	0.98	1.44	1.18	0.79	0.83	0.74	0.41	0.08	0.24
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลรายปี (พันล้านบาท)	3,857	4,469	4,655	6,825	7,994	8,736	9,565	11,502	14,845
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรายปีเฉลี่ยต่อคน (บาท)	853	952	953	1,349	1,509	1,622	1,740	2,109	2,569
สัดส่วนของรายจ่ายทางการแพทย์ต่อ GDP (%)	3.4	3.8	4.5	5.1	5.5	5.6	5.8	5.7	5.9

แปลจาก: Viroj Tangcharoensathien, et al., 1997

² ข้อมูลจากเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ของน.พ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ที่ Web Site: <http://www.thainhf.org> ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ตารางที่ 1.3 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยระหว่างประเทศต่างๆในเอเชีย

ประเทศ	GDP ต่อหัว 1992 (US\$)	ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลรายปีเฉลี่ย ต่อคน (US\$)	สัดส่วนของรายจ่าย ทางการแพทย์ต่อ GDP (%)	สัดส่วนของรายจ่าย (ร้อยละ)		
				รัฐบาล	ครัวเรือน	ต่างประเทศ
จีน	470	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	58.5	40.9	0.6
อินโดนีเซีย	670	12	2.0	25.6	66.7	7.7
มาเลเซีย	2,790	67	3.0	44.0	55.8	0.2
ฟิลิปปินส์	770	14	2.0	46.7	46.4	6.9
ศรีลังกา	ไม่มีข้อมูล	18	3.7	40.4	51.1	8.5
สิงคโปร์	15,730	219	1.9	58.3	41.6	0.1
เกาหลีใต้	6,790	377	6.6	40.9	58.9	0.2
ไทย	1,840	78	5.0	20.4	78.7	0.9

แปลจาก: World Development Report, The World Bank, 1994.

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประเทศไทย นอกจากจะมีสาเหตุส่วนหนึ่งดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีสาเหตุที่น่าจะเป็นไปได้อีก 4 ประการ คือ

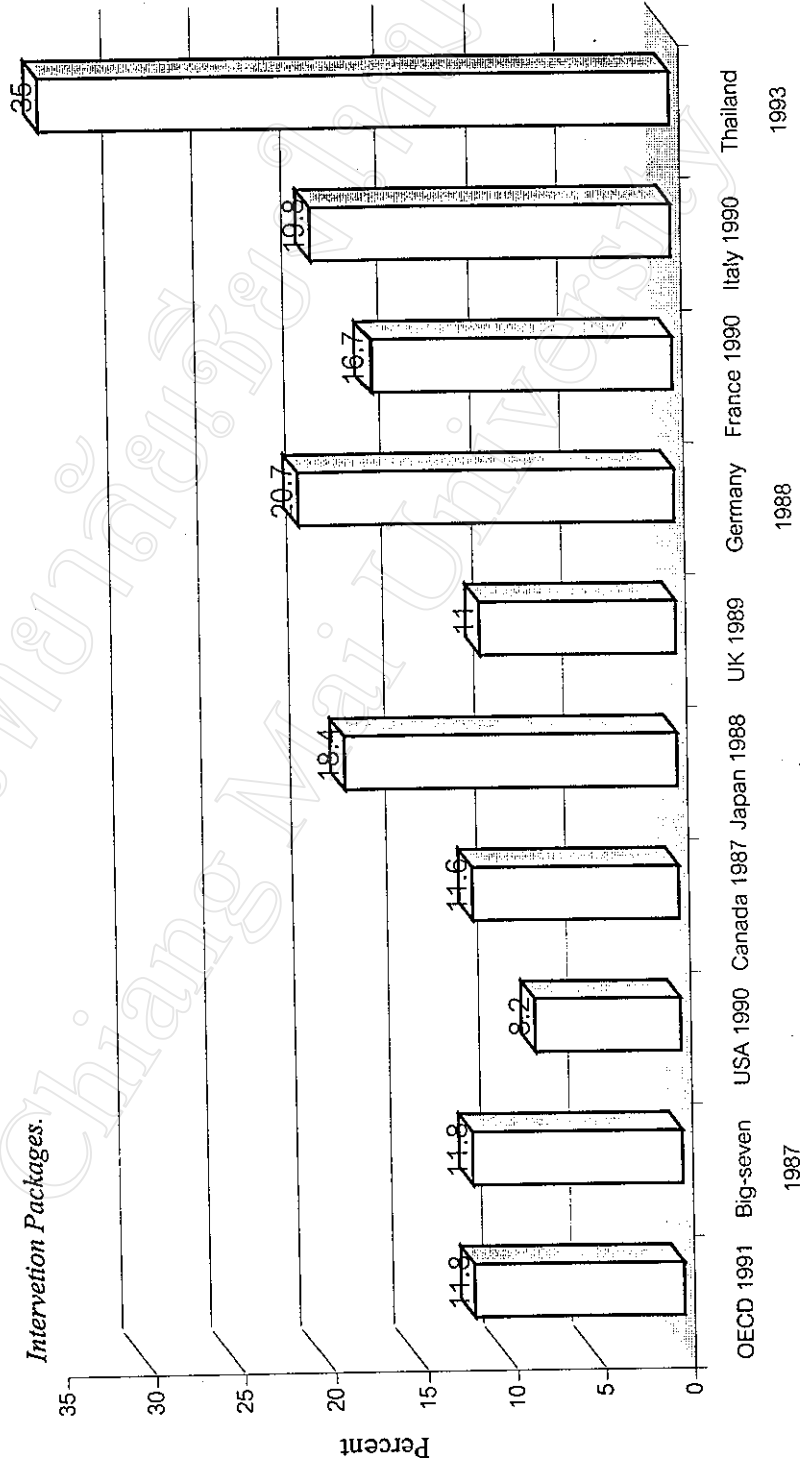
1) คนไทยมีความนิยมบริโภคยามากกว่าประเทศอื่นๆ โดยในปี ค.ศ. 1993 มูลค่าการบริโภคยาในราคาขายส่งของไทยมีมูลค่า 27,000 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมด ขณะที่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว สัดส่วนดังกล่าวจะเป็นเพียงร้อยละ 10-20 เท่านั้น (รูปที่ 1.1) และเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียนด้วยกัน ประเทศไทยบริโภคมียามากเป็น 2 เท่าของฟิลิปปินส์ และเป็น 3 เท่าของอินโดนีเซีย³

2) เนื่องจากบริการทางการแพทย์ของไทยตามทฤษฎีอุปสงค์ชักนำโดยผู้ผลิตอุปทาน (Supplier-induced demand) มีลักษณะที่ยอมให้แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยโรคและทำการรักษาโรคไปพร้อมกัน แพทย์ไทยสามารถขายยาในคลินิกได้ (ไม่ใช่เฉพาะส่งยาให้คนไข้ไปซื้อที่เภสัชกรเท่านั้น) ซึ่งประเทศที่มีลักษณะของการให้บริการทางการแพทย์เช่นเดียวกับประเทศไทยคือประเทศญี่ปุ่น ลักษณะเช่นนี้ทำให้แพทย์มีแรงจูงใจที่จะจ่ายยาให้คนไข้มากขึ้น แทนที่จะให้เฉพาะคำวินิจฉัยและคำปรึกษา เพราะแพทย์จะได้กำไรจากการขายยาด้วย

3) ความขาดแคลนเครื่องมือการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (Diagnostic laboratories) ในการช่วยประกอบการวินิจฉัยโรค ทำให้แพทย์ที่ไม่สามารถส่งการตรวจวิเคราะห์

³ ข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 1997

รูปที่ 1.1 แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วน (ร้อยละ) ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศต่างๆ
 ที่มา: WHO Geneva, 1994. *Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden, Expenditure and*



เพื่อยื่นรับการวินิจฉัย มีแนวโน้มจะจ่ายการรักษาในลักษณะที่ให้บริการมากเกินไป เพื่อคลุมโรคที่สงสัยว่าทำให้เจ็บป่วยทั้งหมด

4) การขาดการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยไทย ทำให้การพัฒนาประสิทธิภาพของการรักษา มุ่งไปที่ผลดีทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มากกว่าผลดีทางด้านความพอใจของผู้ป่วย นอกจากนี้การรับเอาผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ของประเทศที่พัฒนาแล้วมาเป็นหลักในการรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกในการที่จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามราคาขายผลงานวิจัยของประเทศที่พัฒนาแล้ว

ในสังคมที่การประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานยังไม่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และผู้ป่วยจำเป็นต้องซื้อบริการรักษาพยาบาลเอง ดังเช่นในสังคมไทย ค่าบริการการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเหนือการขยายตัวของ GDP ของประเทศนี้ เป็นภาระแก่ประชาชนผู้ยากไร้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในการเข้ารับบริการยามเจ็บป่วยอย่างมาก นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้ถือว่าบริการสุขภาพ/การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชน และเตรียมจะจัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อให้ประชาชนทุกคนหลักประกันในการมีสุขภาพดี อย่างไรก็ตาม ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากระบบบริการสุขภาพแบบทุนนิยมมาเป็นแบบรัฐจัดสรรให้นี้ จำเป็นต้องมีการเตรียมการด้านงบประมาณ และตัวเลขค่าประกันสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งควรจะศึกษาทั้งทางด้านผู้ให้และผู้รับบริการไปพร้อมกัน ในด้านผู้ให้บริการคือมองต้นทุนในการรักษาตามความจริง ขณะเดียวกันก็วางกฎเกณฑ์ในการเลือกแต่ละแนวทางรักษาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และเหมาะสมกับงบประมาณของประเทศ ส่วนในด้านผู้รับบริการ ตัวผู้ป่วยเองควรที่จะมีส่วนร่วมในการประเมินประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการรักษา (Health benefit) และเลือกที่จะเสีย หรือ ไม่เสีย รายได้จำนวนหนึ่ง เพื่อแลกกับสุขภาพที่ดีขึ้น แทนการมีรายได้เหลือส่วนเกินไปใช้ซื้อความจำเป็นอื่นๆ ในการดำรงชีวิต

การศึกษาถึงจำนวนเงินที่ผู้ป่วยเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay) เพื่อปรับปรุงความพึงใจในสุขภาพที่ผู้ป่วยทำการประเมินเอง (Health Status Preference) นอกจากจะสะท้อนถึงประโยชน์ในรูปตัวเงินที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นในระดับที่ตนต้องการแล้ว ยังแสดงถึงราคาค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมที่บุคคลยินดีจ่ายต่อหนึ่งหน่วยความพึงใจในสุขภาพที่ได้รับ และยังสามารถใช้เป็น “ราคาอ้างอิง” สำหรับการกำหนดค่าประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับโรคนั้นๆ รวมทั้งเป็น “ราคาแนะนำ” สำหรับการพัฒนาประสิทธิภาพของวิธีการรักษาโรคดังกล่าว ภายใต้ราคาที่ผู้ป่วยเต็มใจจ่ายอีกด้วย

จากประเด็นปัญหาที่กล่าวมา ทำให้ผู้ศึกษาเกิดความสนใจที่จะทำการวิจัยหามูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยกลุ่มโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Tract Infection) ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของ “โรกระบบหายใจ” ที่กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ทำสถิติไว้ว่าเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติผู้ป่วยนอก คือ อัตรา 438.3 ต่อประชากร 1,000 คน (ตารางที่ 1.4) และหาความสัมพันธ์ระหว่างมูลค่าที่ผู้ป่วยเต็มใจจ่ายกับความพึงใจในสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับว่าจะเป็นอย่างไรรวมถึงเดียวกันก็ยังได้นำปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อราคาความเต็มใจจ่ายมาพิจารณาวิเคราะห์ด้วย เช่น รายได้ของครัวเรือน ความรีบเร่งที่ต้องการหายจากโรคโดยเร็ว เป็นต้น

ตารางที่ 1.4 สาเหตุของโรคที่พบในเวชปฏิบัติผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก (อัตราต่อประชากร 1,000 คน) ปี พ.ศ. 2542

ลำดับที่	สาเหตุป่วย Cause Groups	ทั้งประเทศ	
		จำนวน	อัตรา
1	โรกระบบหายใจ (Diseases of the respiratory system)	26,516,232	438.3
2	โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก (Diseases of the digestive system)	13,424,383	221.9
3	โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม (Diseases of the musculoskeletal system and Connective tissue)	7,980,299	131.9
4	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Diseases of the skin and subcutaneous tissue)	6,354,436	105.0
5	โรกระบบไหลเวียนเลือด (Diseases of the Circulatory system)	5,471,898	90.5
6	โรคติดเชื้อและปรสิต (Certain infectious and Parasitic diseases)	5,379,599	88.9
7	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม (Endocrine, nutritional and metabolic diseases)	4,469,680	73.9
8	โรคตา รวมส่วนประกอบของตา (Diseases of the eye and adnexa)	2,444,871	40.4
9	โรกระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (Diseases of the genitourinary system)	2,393,322	39.6
10	โรกระบบประสาท (Diseases of the nervous system)	2,127,062	35.16

ที่มา : ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข www.moph.go.th

1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

- 1.2.1 เพื่อวัดระดับของความพึงใจในสุขภาพและความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาล ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่
- 1.2.2 เพื่อหาความสัมพันธ์ในเชิงปริมาณระหว่างความพึงใจในสุขภาพและความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาล ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่
- 1.2.3 เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับกลุ่มโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน ในผู้ป่วยของจังหวัดเชียงใหม่

1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

- 1.3.1 การบุกเบิกแนวการศึกษาวิจัยทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข น่าจะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาวิธีการประเมินการรักษาพยาบาลแบบที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดประโยชน์ที่สอดคล้องกับความพอใจของผู้บริโภคมากที่สุด
- 1.3.2 เจ้าหน้าที่ภาครัฐสามารถกำหนดราคาค่าประกันสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับกลุ่มโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน ในระดับราคาที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยเต็มใจจ่าย
- 1.3.3 มูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยเฉพาะโรค สามารถสื่อให้นักการแพทย์หันมาพัฒนาประสิทธิภาพของการรักษาโรคนั้นๆ ให้ดีขึ้น ภายใต้งบประมาณที่ผู้ป่วยเต็มใจจ่าย
- 1.3.4 หากระดับความพึงใจในสถานะทางสุขภาพ มีอิทธิพลต่อมูลค่าความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามสมมติฐานของการศึกษาแล้ว การวัดระดับความพึงใจในสถานะทางสุขภาพของประชากร จะสามารถสะท้อนถึงมูลค่าของเงินในตลาดการบริการทางสาธารณสุขที่ผู้บริโภคเต็มใจจ่ายในประเทศที่มีระบบบริการสาธารณสุขแบบทุนนิยม และสะท้อนถึงมูลค่าของงบประมาณที่ภาครัฐต้องจัดเก็บเพื่อการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนในประเทศที่มีระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้เห็นภาพรวมของงบประมาณที่รัฐหรือเอกชนพึงลงทุนเพื่อการนี้ และเป็นประโยชน์ในการวางนโยบายให้ระบบการแพทย์และสาธารณสุขดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบ Cross-Sectional Survey ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 16-60 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 8 เมษายน 2544 (รวม 12 สัปดาห์)

การวิจัยนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงใจในสุขภาพและความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยการให้ผู้ป่วยประเมินความพึงใจในสุขภาพของตนขณะที่เจ็บป่วยเป็นโรคดังกล่าว และความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลหลังจากการเผชิญโรคและได้รับการรักษาแล้วเท่านั้น มิได้เกี่ยวข้องกับขบวนการตรวจวินิจฉัยและการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโดยแพทย์