

ประสิทธิภาพ ในระบบสุขภาพ

ผศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

หนังสือชุด “สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543”

ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ

โดย ผศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

จัดพิมพ์โดย:

โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 951-1286-93 โทรสาร 951-1295

พิมพ์ครั้งแรก:

เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3
“ภูมิปัญญาประชาคม... สุขภาพประเทศไทย” ระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม 2543
ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร

ราคา 85 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.

ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ.--กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,
2543.

80 หน้า.

1. การบริหารสาธารณสุข. I. ชื่อเรื่อง.

362.1068

ISBN: 974-299-054-9

ออกแบบ, พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

คำนำ

การเปลี่ยนแปลงในระดับการปฏิรูปจำเป็นต้องสร้างกระบวนการระดมประชาคมให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางสุขภาพเพื่อเป็นฐานรากสำคัญสำหรับการสร้างระบบและกลไกของระบบสุขภาพขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากและสลับซับซ้อน จำต้องใช้ 3 พลังประสานกันอย่างสมดุล ที่เรียกว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

พลังวิชาการเป็นหนึ่งในสามพลังที่เป็นฐานรากในการออกแบบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่ายนักวิชาการร่วมมือกันในการสร้างความรู้และพัฒนาทางเลือกของระบบสุขภาพทั้งในระดับของปรัชญาแนวคิด หลักการ และรูปแบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นเครื่องมือให้ประชาคมได้นำไปใช้ในการปรับกระบวนทัศน์ของประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง

หนังสือเล่มนี้เป็นหนึ่งในหกเล่มของเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3 เรื่อง “ภูมิปัญญาประชาคม... สุขภาพประเทศไทย” ระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม 2543 ความพยายามของผู้เขียนในการรวบรวมและเรียบเรียงเป็นการริเริ่มที่สำคัญของกระบวนการแปลงงานวิจัยเป็นภาษาที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ยังคงมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายอยู่พอสมควร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จะได้นำข้อเสนอจากการประชุมวิชาการ สวรส. ครั้งที่ 3 และสาระจากการจัดเวทีขององค์กรภาคี เพื่อนำไปปรับปรุงหนังสือชุดนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นอีกครั้งหนึ่งภายในเดือนธันวาคม 2543 โดยจัดทำเป็นหนังสือ 3 เล่ม ประกอบด้วย 1) สุขภาพคนไทย 2) ระบบสุขภาพไทย และ 3) สู่การปฏิรูประบบสุขภาพไทย

หนังสือชุดสุขภาพคนไทย ปีพ.ศ. 2543 คงจะเป็นประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งสื่อมวลชนในทุกแขนง ไม่มากก็น้อยต่างกันไป สวรส. ต้องขอขอบพระคุณผู้เขียนและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำหนังสือชุดนี้ หากมีความคลาดเคลื่อนและข้อผิดพลาดประการใด สวรส. ขอน้อมรับทุกประการ และหากมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้ส่งไปยัง สวรส.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สิงหาคม 2543

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	(3)
1. ประสิทธิภาพคืออะไร	1
● แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์และความหมายของประสิทธิภาพ	1
● ประสิทธิภาพทางเทคนิค	5
● ความคุ้มค่า	6
● ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร	8
● ลักษณะพิเศษของระบบสุขภาพในมุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์	9
2. ประสิทธิภาพกับคุณภาพในการจัดระบบบริการ	15
● คุณภาพบริการ	15
● ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพกับคุณภาพ	17
● เครื่องชี้วัดประสิทธิภาพและคุณภาพในระบบบริการ	21
● ประสิทธิภาพกับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย	22
3. ประสิทธิภาพกับการประเมินเทคโนโลยี	27
● แนวคิดของการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ	28
● มุมมองของการประเมินเทคโนโลยี	30
● ทางเลือกในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์	32
● การประเมินเทคโนโลยีในประเทศไทย	35
4. การประกันสุขภาพกับประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ	37
● ความเข้าใจพื้นฐานของการประกันสุขภาพ	37
● การควบคุมต้นทุนผ่านกลไกการจ่าย และการมีส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ	40
● ผลกระทบของการมีหรือไม่มีประกันสุขภาพต่อระบบสุขภาพ	47
● สถานการณ์การประกันสุขภาพในประเทศไทย	48

5. ประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพในประเทศไทย	53
● การคลังสาธารณสุข	55
● การกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุขกับปัญหาสุขภาพ	56
● การกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย	59
6. การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในประเทศไทย	63
● การวางระบบสุขภาพที่มุ่งการ “สร้าง” มากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ	64
● การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	64
● การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ	67
● การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการทางสุขภาพ	69
เอกสารอ้างอิง	73

1

ประสิทธิภาพคืออะไร

เมื่อกล่าวถึงประสิทธิภาพ (Efficiency) เรามักกำลังหมายถึงเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตกับผลผลิตที่เกิดขึ้น ความเข้าใจต่อ “ประสิทธิภาพ” เป็นเรื่องสำคัญสำหรับการทำงานของระบบสุขภาพภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ทรัพยากร

ประสิทธิภาพมีพื้นฐานมาจากแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ เนื้อหาต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะปูพื้นฐานความเข้าใจเบื้องต้นถึงแนวคิดดังกล่าวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความหมายของประสิทธิภาพ กลไกตลาดอันเป็นพื้นฐานของความเข้าใจที่มาของประสิทธิภาพ และเงื่อนไขภายในระบบสุขภาพที่มีผลต่อกลไกตลาดดังกล่าว ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาเพื่อสร้างให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร

แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ และความหมายของประสิทธิภาพ

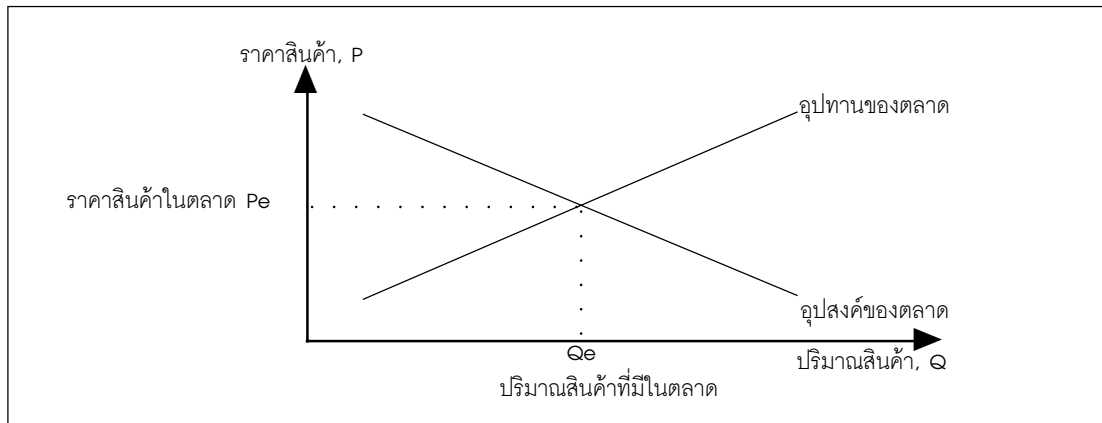
เศรษฐศาสตร์ (Economics) คือ การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจที่อยู่บนหลักการของเหตุผล (Study of rational choices) เป็นการศึกษาถึงกระบวนการที่บุคคลหรือสังคมเลือกที่จะจัดสรรทรัพยากรการผลิตที่มีอยู่อย่างจำกัด (Scarce resources) ไปใช้ระหว่างทางเลือกในการใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มี และกระจายผลผลิตที่ได้จากการใช้ทรัพยากรนั้นไปสู่สมาชิกในสังคม แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ที่นำมาประยุกต์ใช้ในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health) และการดูแลสุขภาพ (Health care) เรียกว่า “เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)” ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดระหว่างทางเลือกในการใช้ประโยชน์ต่างๆ สำหรับการดูแลสุขภาพ เจ็บป่วย การส่งเสริม อารมณ์รักษาและเสริมสร้างสุขภาพ

ประเด็นพื้นฐานที่สังคมต้องเผชิญอยู่ อีกทั้งเป็นเหตุผลที่ทำให้มีแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ขึ้นมาคือ การที่**ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด** ความจำกัดในที่นี้หมายถึงเราไม่มีทรัพยากรเพียงพอที่ใช้เพื่อตอบสนองความต้องการทุกอย่างของมนุษย์จนเป็นที่พึงพอใจแก่ทุกคน ซึ่งทำให้เราต้องตัดสินใจเลือกวิธีการนำทรัพยากรไปใช้ เมื่อนำทรัพยากรไปใช้กับเรื่องหนึ่ง เราย่อมไม่สามารถนำทรัพยากรไปใช้กับทางเลือกอื่นได้ มูลค่าของผลผลิตจากทางเลือกที่เราต้องสละไปนั้นถือเป็น **ต้นทุน (Cost)** ของทรัพยากรปริมาณดังกล่าวที่เรานำไปใช้ อาจเรียกว่าเป็น **ต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost)** ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวอาจหมายถึง แรงงานคน เวลา ทรัพย์สิน เครื่องมือ เทคโนโลยี หรือวัตถุดิบต่างๆ แต่เรามักประเมินออกมาในรูปของตัวเงิน

เมื่อทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัดและการนำทรัพยากรไปใช้กับเรื่องหนึ่งๆ จะเกิดเป็นต้นทุน เพราะเราไม่สามารถนำทรัพยากรไปใช้กับเรื่องอื่นได้อีก การผลิตหรือการเลือกที่จะใช้ทรัพยากรจึงควรสร้างให้เกิดผลผลิต (Product) หรือประโยชน์ (Utility) จากการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นให้สูงที่สุด นั่นคือความหมายของคำว่า **“ประสิทธิภาพ (Efficiency)”**

กลไกตลาดเป็นหัวใจสำคัญอันหนึ่งในการทำความเข้าใจในเรื่องประสิทธิภาพ ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ โดยตลาด (Market) เป็นที่ซึ่งผู้ผลิตและผู้บริโภคแลกเปลี่ยนสินค้าและบริการ ในระบบตลาดที่ทำงานได้ดี (Well-functioning market) เราสามารถทำให้การผลิตสินค้าและบริการเป็นไปอย่างสมดุล เกิดประสิทธิภาพทางเทคนิค (ผลิตด้วยต้นทุนต่ำที่สุด) คุ่มค่า (ผลิตสินค้าและบริการในสัดส่วนที่เหมาะสม) และเกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (สินค้าและบริการกระจายไปสู่สังคมโดยสะท้อนถึงคุณค่าที่คนให้) สื่อสำคัญที่ทำให้กลไกตลาดทำงานไปได้คือ ราคา (Price) ในด้านฝ่ายผลิต ราคาเป็นตัวชี้บอกว่าทรัพยากรจะถูกใช้ไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เป็นตัวกำหนดว่าจะผลิตสินค้าหรือบริการอะไร จำนวนเท่าใด ในขณะที่ด้านผู้บริโภค ราคาจะเป็นเครื่องมือกำกับให้สินค้าหรือบริการกระจายไปสู่ผู้ที่ให้คุณค่าต่อมันสูงสุด ผู้บริโภคแต่ละคนจะตัดสินใจว่าจะต้องการสินค้าหรือบริการประเภทใดบนพื้นฐานของราคาของสินค้าหรือบริการนั้นและรายได้ของตน หรืออาจกล่าวได้ว่าตลาดที่เป็นกลไกที่จัดสรรทรัพยากรตามความสามารถและความสมัครใจจะจ่าย (Ability and Willingness to pay) ของปัจเจกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อไม่มีนโยบายหรือกลไกอื่นเข้ามาขัดเซย และราคาจะเป็นตัวกำหนดปริมาณของสินค้าหรือบริการในตลาด อันเป็นจุดสมดุลระหว่างอุปสงค์ (Demand) ซึ่งมาจากความต้องการที่มีกำลังซื้อของกลุ่มผู้บริโภค (บริโภคมากขึ้นเมื่อราคาต่ำลง) และอุปทาน (Supply) ซึ่งมาจากต้นทุนของการผลิตของผู้ผลิตสินค้าหรือบริการ (ผลิตมากขึ้นเมื่อราคาสูงขึ้น นั่นคือจะมีกำไรมากขึ้น) ดังแสดงในภาพที่ 1.1

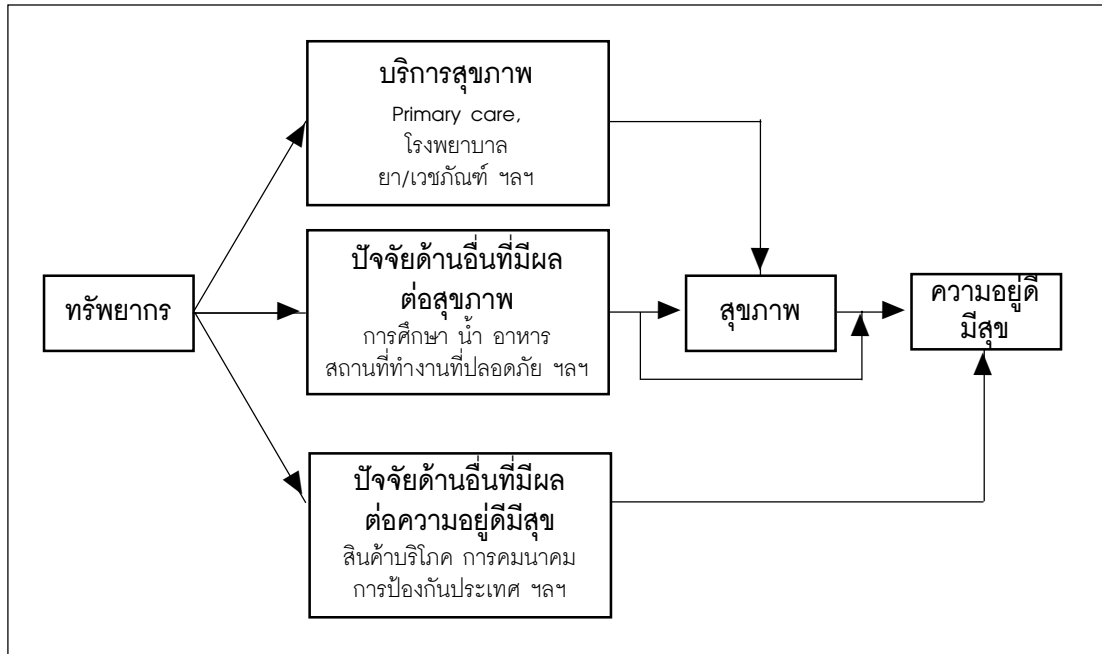
ภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างราคา และปริมาณของสินค้าในตลาดที่ถูกกำหนดโดยอุปสงค์และอุปทาน



กลไกตลาดจะทำงานได้ดีในสถานการณ์ที่ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ เอื้ออำนวย เช่น มีระบบกฎหมายที่ดี เป็นต้น ตัวแปรสำคัญที่จะทำให้กลไกตลาดเป็นเครื่องมือที่สามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. ตลาดประกอบด้วยผู้ผลิตหลายรายที่ผลิตสินค้าประเภทเดียวกัน แม้ว่าจะไม่เหมือนกัน ซึ่งจะทำให้เกิดการแข่งขันในการผลิตให้ได้ต้นทุนต่ำที่สุด ทั้งในเชิงเทคนิคและความคุ้มค่า กรณีเช่นนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อการเข้าหรือออกจากตลาดของผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการสามารถทำได้โดยอิสระ และไม่มีต้นทุนคงที่ของการผลิต (Fixed cost) สูงจนเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ผลิตที่ผลิตสินค้าหรือบริการในปริมาณน้อยๆ ไม่สามารถอยู่ได้
2. ผู้บริโภคถึงคุณภาพของสินค้าและราคาที่คิดโดยผู้ผลิต ซึ่งผู้บริโภคสามารถตัดสินใจซื้อหาสินค้าและบริการได้อย่างเหมาะสม ตรงกับความต้องการของตน และทำให้ผู้ผลิตไม่สามารถคิดราคาแพงเกินต้นทุนไปได้
3. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการผลิตและต้นทุนปัจจัยนำเข้า ต้องเป็นความรู้ที่คนทั่วไปทราบได้ ทำให้เกิดการแข่งขันในการผลิตสินค้าที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนที่ต่ำ
4. ผู้ผลิตต้องพิจารณาต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากวิธีการผลิต เพื่อให้ได้ระดับของผลผลิตที่มีประสิทธิภาพ ต้นทุนนี้รวมถึง อากาศและน้ำที่สะอาด การกำจัดขยะ เป็นต้น การรวมต้นทุนดังกล่าวไว้จะทำให้ต้นทุนของผู้ผลิต (Cost to producers) เท่ากับต้นทุนของสังคม (Cost to society) กรณีที่ผู้ผลิตไม่ต้องจ่ายต้นทุนเหล่านี้ จะทำให้ต้นทุนของผู้ผลิตต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงของสังคม

ภาพที่ 1.2 ทางเลือกในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในประเทศ



คำถามสำคัญเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิภาพในระบบสุขภาพคือ อะไรคือ ผลผลิต (Output) จากการใช้ทรัพยากร ภาพที่ 1.2 แสดงให้เห็นว่าการใช้ทรัพยากรมีจุดประสงค์ได้หลายประการ ทั้งในส่วนที่เป็นบริการดูแลสุขภาพ (Health care services) ปัจจัยด้านอื่นที่มีผลต่อสุขภาพ (Other determinants of health) และปัจจัยด้านอื่นที่มีผลต่อความอยู่ดีมีสุข (Other determinants of well-being) บริการดูแลสุขภาพทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุขผ่านการมีสุขภาพที่ดี ในขณะที่ปัจจัยด้านอื่นที่มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุขโดยอาจผ่านการมีสุขภาพที่ดีหรือมีผลต่อความอยู่ดีมีสุขโดยตรงก็ได้ ดังนั้น ในการพิจารณาประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ จะต้องกำหนดว่าเรากำลังพิจารณาประสิทธิภาพของการผลิตอะไร - สุขภาพหรือความอยู่ดีมีสุข เป็นต้น

จากทางเลือกต่างๆ ข้างต้น ประสิทธิภาพจึงเป็นแนวคิดของการใช้ทรัพยากรที่จำกัด ซึ่งเราจำเป็นต้องเลือกว่าจะนำมาใช้อย่างไร (ผลิตอะไร จำนวนเท่าใด กระจายให้แกใคร) จึงจะได้ผลผลิตหรือประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้เราอาจแยกองค์ประกอบของประสิทธิภาพที่สำคัญมีอยู่ 3 ประเด็น คือ

1. การใช้ทรัพยากรในการผลิตอย่างไม่ทิ้งขว้าง
2. ผลิตผลผลิตแต่ละอย่าง ด้วยวิธีการที่มีต้นทุนที่ต่ำที่สุด
3. ผลิตผลผลิตทั้งชนิดและจำนวนที่คนให้คุณค่ามากที่สุด¹

องค์ประกอบที่ 1 และ 2 ของประสิทธิภาพเกี่ยวข้องกับการผลิตเท่านั้น แต่องค์ประกอบที่ 3 นำไปสู่เรื่องของการบริโภค ซึ่งจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ประสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) ของการแลกเปลี่ยนผลผลิตระหว่างกันในตลาด

ประสิทธิภาพทางเทคนิค (Technical Efficiency)

องค์ประกอบแรกของประสิทธิภาพคือการใช้ทรัพยากรในการผลิตอย่างไม่มีที่ว่าง หมายความว่า สำหรับการผลิตให้เกิดผลผลิตจำนวนหนึ่ง ควรมีการใช้ทรัพยากรปัจจัยนำเข้าที่นำมาใช้ในการผลิตในระดับที่น้อยที่สุดสำหรับวิธีการผลิตวิธีนั้นๆ ที่ยังสามารถดำเนินการผลิตอย่างมีคุณภาพตามที่ต้องการได้ หรืออาจกล่าวว่าเป็นการดึงปริมาณผลผลิตออกมาให้ได้มากที่สุดสำหรับวิธีการผลิตหรือส่วนผสมของปัจจัยนำเข้ารูปแบบหนึ่งๆ เรียกว่ามี **ประสิทธิภาพทางเทคนิค (Technical efficiency)**

ตัวอย่างความไร้ประสิทธิภาพทางเทคนิค เช่น

- การดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลที่ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทำให้การดูแลผิดพลาด ซ้ำซ้อน หรือไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่โรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น อาจเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นได้ง่าย
- การที่มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงมากเกินความต้องการของชุมชน ทำให้มีทรัพยากรของโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ ต้องทิ้งไปเปล่าๆ
- การจัดซื้อจัดหาเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) มาใช้งานโดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริง เกิดปัญหาไม่สามารถหาจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องได้เพียงพอ ต้นทุนต่อหน่วยบริการสูง เนื่องจากต้นทุนคงที่สูง ขณะเดียวกันอาจนำไปสู่การสั่งตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือดังกล่าวเกินความจำเป็น เกิดต้นทุนโดยไม่ส่งผลต่อสุขภาพ
- การประกันสุขภาพของประเทศที่มีรูปแบบซับซ้อน มีหลายระบบ และไม่มีความเท่าเทียม ทำให้เกิดต้นทุนสูงในการบริหารจัดการขั้นตอนต่างๆ เช่น การบริหารระบบ กระบวนการเบิกจ่าย การตรวจสอบและการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) การตลาดและการขายประกัน การอุดหนุนข้ามระบบ (Cross-subsidization) เป็นต้น

การเพิ่มประสิทธิภาพทางเทคนิคอาจทำได้โดย

- การเปลี่ยนแปลงกระบวนการผลิต โดยการกำหนดส่วนผสมของทรัพยากรประเภทต่างๆ ใหม่ เช่น เปลี่ยนแปลงโครงสร้างการลงทุนระหว่างแรงงานกับทุน การจัดตารางเวลาการทำงาน การทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical pathway หรือ Care map) ที่จะเป็นตัวประสานการทำงานคร่อมสายงานภายในโรงพยาบาล
- นำทรัพยากรส่วนเกินที่จัดสรรไว้มาใช้ประโยชน์ในงานด้านอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนเตียงที่ว่าง หรือทรัพยากรที่เหลืออยู่ของโรงพยาบาลเป็นสถานพักคนชรา หรือสถานพยาบาลในการดูแลระยะยาว เป็นต้น
- การเพิ่มประสิทธิภาพตามขนาด (Economies of scales) ซึ่งกระทำได้โดยเพิ่มปริมาณผลผลิตเพื่อลดทอนต้นทุนต่อหน่วยส่วนที่เป็นต้นทุนคงที่ให้กระจายไปสู่ผลผลิตจำนวนมากขึ้น เช่น การขยายขอบเขตพื้นที่ในการให้บริการเพื่อเพิ่มปริมาณผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย การจัดรวมกองทุนประกันสุขภาพย่อยเป็นกองทุนขนาดใหญ่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพึงระวังว่าการเพิ่มผลผลิตจะตกไปสู่ผู้ที่ไม่มีความจำเป็นต้องรับบริการ ทำให้เกิดภาวะที่เป็นอุปสงค์เทียม (False demand) หรืออุปสงค์ที่เหนี่ยวนำโดยอุปทาน (Supply-induced demand)

ความคุ้มค่า (Cost effectiveness)

องค์ประกอบที่ 2 ของประสิทธิภาพคือ การผลิตผลผลิตแต่ละอย่างด้วยวิธีการที่มีต้นทุนของปัจจัยนำเข้าหรือส่วนผสมของปัจจัยนำเข้าที่ต่ำที่สุด เรียกว่ามี **ความคุ้มค่า (Cost-effectiveness)** หรือมี **ประสิทธิภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ (Economic efficiency)**

ในทางปฏิบัติเราจะพบว่าเรามีวิธีการมากกว่า 1 วิธีเสมอ เพื่อบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการในระบบสุขภาพ ความคุ้มค่าเกิดจากการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการผลิต โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้บรรลุถึงผลผลิตนั้น เช่น ทางเลือกในการตรวจวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวิทยา ทางเลือกในการรักษาโดยใช้ยาหรือการผ่าตัด การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยด้วยโรคชนิดหนึ่งๆ ในชุมชนด้วยวิธีการต่างๆ เป็นต้น

โดยหลักการนี้เราควรเลือกวิธีที่คุ้มค่าที่สุด กล่าวคือ ใช้ต้นทุนน้อยที่สุดที่จะทำให้เกิดผลประโยชน์ในระดับที่เท่าๆกัน เช่น เลือกวิธีการตรวจวินิจฉัยที่มีต้นทุนที่ต่ำที่สุดต่อการตรวจวินิจฉัยได้ถูกต้อง 1 ราย (Cost per correctly diagnosed case) เลือกวิธีการรักษาที่ใช้ต้นทุนน้อยที่สุดต่อการรักษาหาย 1 ราย (Cost per a cured case) หรือต่อ 1 ปีที่มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มได้ (Cost per quality adjusted life year, QALY) ซึ่งจะบรรลุถึง

ความคุ้มค่าได้อย่างแท้จริงเมื่อมีประสิทธิภาพทางเทคนิคในกระบวนการผลิตแล้ว

ตัวอย่างความไม่คุ้มค่าที่อาจพบเห็นกันได้ในระบบสุขภาพ

- การสั่งการตรวจวินิจฉัยเกินความจำเป็น หรือเลือกวิธีการตรวจที่ไม่เหมาะสม ที่ผลการตรวจไม่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่มีอยู่
- การเลือกวิธีการผ่าตัดรักษาโรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น ซึ่งอาจเป็นเพราะความไม่พร้อมของบุคลากร การไม่มีเทคโนโลยีที่ดีกว่า หรือโดยความไม่รู้
- การรับประทานยาหรืออาหารเสริมประเภทต่างๆ ของผู้บริโภคที่ไม่มีประโยชน์ ไม่มีความจำเป็น หรือเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย โดยไม่ได้เกิดผลดีต่อสุขภาพแต่อย่างใด นอกจากนี้ อาจยังทำให้เกิดผลเสียจากการรับประทานสารอันตรายบางอย่างเข้าไปโดยไม่รู้ตัว
- การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการให้ความสำคัญและลงทุนในการ “ซ่อมสุขภาพ” หรือการรักษาและฟื้นฟู แทนการ “สร้างสุขภาพ” หรือการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะคนไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง และสังคมมีอุบัติการณ์ของโรคที่ป้องกันได้ หรือการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นสูงขึ้น

การเพิ่มประสิทธิภาพในเรื่องความคุ้มค่าอาจทำได้โดย

- การศึกษาวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อสร้างองค์ความรู้ ข้อมูล ต้นทุน และประโยชน์ที่ได้ของทางเลือกในการใช้ทรัพยากร
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค เพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจของผู้ให้บริการทางสุขภาพและผู้ป่วยให้เลือกทางเลือกที่คุ้มค่าที่สุด โดยอาจกำหนดแนวทางการตัดสินใจในการดูแลทางคลินิก (Clinical practice guide line) เป็นต้น
- การใช้มาตรการทางการเงินในการกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การกำหนดชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว หรือรายโรค
- การให้สุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้บริโภค ตลอดจนปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการ “สร้างสุขภาพ” และการ “ซ่อมสุขภาพ” เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต อันจะส่งผลต่อการใช้จ่ายด้านสุขภาพต่างๆ ที่ตามมา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่าจะเป็นตัวตอบคำถามว่า เรา จะเลือกใช้วิธีการผลิตให้เกิดผลผลิตตามต้องการอย่างไรจึงจะใช้ต้นทุนน้อยที่สุด ข้อมูล ความคุ้มค่าไม่ได้ตอบคำถามเรื่องที่ว่า ควรจะสร้างผลผลิตนั้นหรือไม่

ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency)

องค์ประกอบที่ 3 ของประสิทธิภาพคือ ผลิตผลผลิตทั้งชนิดและจำนวนที่คนให้คุณค่ามากที่สุด เลือกผลิตผลผลิตชนิดต่างๆ และในจำนวนในสัดส่วนที่เป็นที่พึงพอใจของผู้บริโภคในสังคมมากที่สุด โดยคำนึงถึงความอยู่ดีมีสุขของทุกคนในสังคมรวมกัน เรียกว่ามี **ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency)** นั่นคือ ทรัพยากรถูกใช้ไปอย่างเกิดประโยชน์สูงสุดในระบบ โดยไม่สามารถปรับรูปแบบและ สัดส่วนการจัดสรรทรัพยากรให้ได้ประโยชน์ในระดับที่สูงกว่านี้ได้อีก เนื่องจากประโยชน์ ที่เสียไปหรือต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการโยกย้ายทรัพยากร (Marginal cost) จะมากกว่า ประโยชน์ใหม่เพิ่มเติม (Marginal benefit) ที่ได้มา²

ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรเป็นจุดเชื่อมระหว่างภาคอุปทานของผลผลิต (Supply of outputs) เข้ากับอุปสงค์ของผลผลิต (Demand for outputs) โดยการวิเคราะห์ ความชอบ (Preferences) และคุณค่า (Values) ของสมาชิกในสังคมที่บริโภคผลผลิตนั้น ประสิทธิภาพของระบบจะเกิดขึ้นได้นอกจากจะต้องมีประสิทธิภาพทางเทคนิคและ มีความคุ้มค่าแล้ว ทรัพยากรควรต้องใช้ไปเพื่อสร้างผลผลิตในประเภทและปริมาณ ที่ทำให้สมาชิกในสังคมพึงพอใจสูงสุด หรือให้คุณค่ามากที่สุด ซึ่งในทางปฏิบัติอาจเป็นไปไม่ได้ที่เราสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพทางเทคนิคและความคุ้มค่าได้ แต่ไม่มี ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร หากมีการผลิตสินค้าหรือบริการที่น้อยหรือมากเกินไปเมื่อเทียบกับความต้องการของผู้บริโภคในสังคม

มีข้อสังเกตว่า หากเรายังสามารถโยกย้ายหรือเปลี่ยนวิธีในการจัดสรรทรัพยากร ที่มีอยู่ แล้วสามารถก่อให้เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้นได้ แสดงให้เห็นว่าระบบยังไม่มี ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรดีเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณา คือ เกณฑ์ในการประเมินประโยชน์หรือคุณค่าที่มีต่อสังคมว่า จะใช้เกณฑ์ใดในการ ตัดสิน ซึ่งควรยึดถือในระดับสังคม (Social welfare) มากกว่าในระดับปัจเจกชน (Individual welfare)

ตัวอย่างความด้อยประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรที่อาจพบเห็นกันได้ ในระบบสุขภาพ

- การลงทุนขยายเตียงหรือจัดซื้อจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้

กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเหมือนกันทั้งหมด โดยไม่มีการสำรวจความต้องการที่แท้จริงของชุมชน เช่น ความชุกของโรค หรือความต้องการกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ของชุมชน ทำให้ไม่มีโอกาสในการใช้เครื่องมือ

- การจัดสรรทรัพยากรของรัฐไปสู่การรักษาพยาบาลโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่มีเพียงคนกลุ่มน้อยที่ได้ประโยชน์ ในขณะที่คนส่วนใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ไป ยังได้รับการดูแลรักษาที่ยังไม่ดีเพียงพอ

การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรอาจทำได้โดย

- การจัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลชุมชนตามความจำเป็นของแต่ละท้องถิ่น
- การให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภายในท้องถิ่นของตน เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งอาจทำได้ผ่านทางกระบวนการกระจายอำนาจ (Decentralization)
- การปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การกระจายทรัพยากรอยู่ในที่ที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับชนหมู่มากได้

ลักษณะพิเศษของระบบสุขภาพในมุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์

ระบบสุขภาพมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างไปจากธุรกิจหรืออุตสาหกรรมอื่นๆ หลายประการ ทำให้ต้องระมัดระวังในการพิจารณาเรื่องประสิทธิภาพของระบบ โดยเฉพาะที่อยู่บนพื้นฐานของกลไกตลาดข้างต้น ลักษณะพิเศษเหล่านี้ ได้แก่ ความไม่แน่นอน ปัญหาเรื่องข้อมูล อุปสงค์สืบเนื่อง บทบาทของความจำเป็นทางสังคม การประกันสุขภาพ บทบาทขององค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร การจำกัดการแข่งขัน รวมถึงการอุดหนุนโดยรัฐบาลและการให้บริการสาธารณะ^{2, 3}

ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความล้มเหลวของตลาด (Market failure) มีผลต่อการผลิต ทางเลือกในการผลิต และการจัดสรรทรัพยากร ทำให้เกิดความไร้ประสิทธิภาพ ไม่เสมอภาค และเพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่าย

♦ ความไม่แน่นอน (Uncertainty)

ความไม่แน่นอนในระบบสุขภาพเกิดขึ้นทั้งในด้านของอุปสงค์และอุปทานของตลาด ความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการรักษาโรคมักมีความไม่แน่นอนอยู่ด้วยในระดับหนึ่งเช่นกัน การเกิดความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยนั้นจึงเป็นเรื่องที่คาดการณ์

ได้ยาก ซึ่งทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health) และการดูแลสุขภาพ (Health care) อยู่บนพื้นฐานของความเสี่ยง (Risk)

♦ ปัญหาเรื่องข้อมูล (Information)

ผู้บริโภคหรือผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดในด้านข้อมูลความต้องการด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ไม่สามารถวินิจฉัยโรค หรือล่วงรู้โดยกระจ่างได้ว่าตนเองควรได้รับการรักษาด้วยวิธีใดจึงจะดีที่สุด นอกจากนี้ ในหลายครั้งที่ไม่มีข้อมูลหรือความรู้เพียงพอว่าจะโรคอะไรผิด ในทางตรงกันข้ามผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ มีข้อมูล มีความรู้ จะเป็นผู้ที่ทราบและให้คำแนะนำผู้ป่วย เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษาที่ควรได้รับ ซึ่งเป็นความแตกต่างหรือความไม่เท่าเทียมกันของระดับของข้อมูล (Information asymmetry) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ความไม่เท่าเทียม กันนี้เป็นเหตุให้ระบบตลาดล้มเหลว เพราะทำให้ผู้ให้บริการมีอำนาจตลาด (Market power) มาก ทำให้เกิดภาวะที่อุปสงค์ถูกเหนี่ยวนำโดยอุปทาน (Supply-induced demand)⁴ ในระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีกลไก เช่น การให้ใบอนุญาต (Licensure) กฎระเบียบและจรรยาบรรณวิชาชีพ (Professional regulation and ethics) เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากปัญหาดังกล่าว

♦ อุปสงค์สืบเนื่อง (Derived Demand)

อุปสงค์ของบริการดูแลสุขภาพ (Demand for health care) ไม่ได้เกิดขึ้นโดยตัวของมันเอง แต่เกิดเนื่องจากผู้บริโภคมีความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดี หรือเกิดจากอุปสงค์ของสุขภาพ (Demand for health) จึงอาจกล่าวได้ว่า อุปสงค์ของบริการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสืบเนื่องจากอุปสงค์ของสุขภาพ ประเด็นดังกล่าวนี้มีนัยสำคัญต่อระบบสุขภาพในหลายประการ ซึ่งในประการแรกจะเห็นได้ว่า บริการดูแลสุขภาพเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งในหลายๆ ทางที่จะดำรงรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ หลายครั้งที่ปัจจัยที่ไม่ใช่การบริการดูแลสุขภาพ สามารถดำรงรักษาสุขภาพได้มีประสิทธิภาพมากกว่า เช่น การรักษาสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ อุปสงค์ของบริการดูแลสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าบริการนั้นๆ จะช่วยสร้างสุขภาพได้หรือไม่เพียงใด ทำให้แม้ว่าอุปสงค์ของบริการดูแลสุขภาพจะสัมพันธ์กับอุปสงค์ของสุขภาพ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ใช่แบบหนึ่งต่อหนึ่งหรือที่เป็นสัดส่วนต่อกันโดยตรง

♦ บทบาทของความจำเป็นทางสังคม (Role of social needs)

การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลส่งผลต่อบุคคลอื่นด้วย นอกเหนือจากตนเอง เรียกว่ามีผลภายนอก (External effects) นั่นคือมีผลเป็นความจำเป็นทางสังคม ซึ่งอาจ

อยู่ในรูปของต้นทุนภายนอก (External costs) หรือผลได้ภายนอก (External benefits) ซึ่งในประเด็นหลังนี้มีความสำคัญมากกว่า ทำให้ระบบสุขภาพเป็นเรื่องของสังคม ผลได้ภายนอกอาจเกิดขึ้นได้ใน 3 ลักษณะคือ

(1) ผลได้ภายนอกเข้าสู่ตน (Selfishly-based external benefits) เกิดขึ้นเมื่อการบริโภคบริการดูแลสุขภาพของผู้อื่น ทำให้เราได้รับประโยชน์และมีความสุข (Well-being) เพิ่มขึ้นด้วย เช่น เราได้ประโยชน์ด้วยจากการที่ผู้อื่นไปรับการรักษาวัคซีนโรค ทำให้โอกาสติดเชื้อของเราลดลง

(2) ผลได้ภายนอกจากความรู้สึกเอื้ออาทร (Paternalistically-based external benefits) เกิดขึ้นเมื่อเราเห็นว่าคนทุกคนมีความจำเป็นที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพ เราได้รับประโยชน์จากการที่ผู้อื่นได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น ดังนั้นเราจะส่งเสริมให้ทุกคนได้บริการที่จำเป็น

(3) ผลได้ภายนอกจากการเห็นประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง (Altruistically-based external benefits) เกิดขึ้นเมื่อความอยู่ดีมีสุขของผู้อื่นเพิ่มขึ้น เราเพียงสนใจให้ผู้อื่นอยู่ดีมีสุข ทั้งนี้โดยไม่ขึ้นกับว่าผู้อื่นจะบริโภคสินค้าหรือบริการอะไร

♦ การประกันสุขภาพ (Health insurance)

การมีประกันสุขภาพทำให้ผู้บริโภคไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินโดยตรงเมื่อต้องใช้บริการรักษาพยาบาล การแยกการบริโภคออกจากชำระค่าใช้จ่ายที่ผู้บริโภคต้องจ่ายโดยตรง (Out-of-pocket) ทำให้อิทธิพลของราคาที่มีต่อสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทานลดลง อาจมีผลต่อทั้งอุปสงค์ของบริการและสิ่งจูงใจสำหรับผู้ให้บริการ โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพที่มีต่อการเลือกใช้หัตถการ หรือการตรวจรักษาที่มีราคาแพง

♦ บทบาทขององค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Roles of not-for-profit organizations)

แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์อันหนึ่งคือ องค์กรทั่วไปดำเนินกิจการเพื่อกำไรสูงสุด อันทำให้เกิดการเปรียบเทียบราคาและต้นทุนการผลิต แต่ในระบบสุขภาพ มีผู้ให้บริการทางสุขภาพจำนวนหนึ่งที่เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เมื่อเป้าหมายขององค์กรเหล่านี้มีหลากหลาย ทำให้พฤติกรรมการผลิตและการให้บริการของผู้ให้บริการเหล่านี้ไม่เป็นไปตามกลไกตลาด และอาจมีได้สนใจเรื่องต้นทุนหรือประสิทธิภาพเป็นสำคัญ

♦ การจำกัดการแข่งขัน (Restrictions of competition)

การแข่งขันของผู้ให้บริการในระบบสุขภาพมักถูกจำกัดด้วยมาตรการหรือข้อกำหนดตามกฎหมายหลายประการ ทำให้กลไกตลาดไม่สามารถทำงานได้ดี ทำให้ไม่เกิดประสิทธิภาพในการบริการเท่าที่ควร การจำกัดการแข่งขันอาจมีสาเหตุมาจากการต้องรับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพของผู้ให้บริการที่เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เป็นต้น ข้อจำกัดในการโฆษณาประชาสัมพันธ์ และมาตรฐานด้านจริยธรรมที่เข้ากับเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้ให้บริการจะแข่งขันกัน ซึ่งมาตรการเหล่านี้หลายกลไกมีที่มาจากความจำเป็นต่อสังคม และเป็นประโยชน์ แต่ในขณะเดียวกัน มีผลกระทบทำให้ลดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ มีผลให้ต้นทุนที่สังคมต้องแบกรับสูงขึ้น

♦ การอุดหนุนโดยรัฐบาลและการให้บริการสาธารณะ (Governmental subsidy and public provision)

ในทุกประเทศ รัฐบาลจะให้การอุดหนุนทางการเงินในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งต่อบริการทางสุขภาพเป็นจำนวนไม่น้อย ในหลายกรณี รัฐบาลอาจเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพเสียเอง บทบาทของรัฐบาลจะส่งผลถึงกลไกตลาด การแข่งขันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต และการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบ

สรุปท้ายบท

อาจกล่าวได้ว่าประสิทธิภาพเข้าไปเกี่ยวข้องกับการทำสิ่งที่ถูกต้อง (Doing the right things) และการทำสิ่งนั้นอย่างถูกต้อง (Doing things right) ประเด็นแรกเป็นเรื่องของประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร กล่าวคือ การใช้ทรัพยากรคำนึงถึงสิ่งที่คนในสังคมมีความจำเป็นต้องได้รับหรือตรงกับความต้องการ ส่วนประเด็นหลังเป็นเรื่องของประสิทธิภาพเชิงเทคนิค และความคุ้มค่า การบรรลุถึงประสิทธิภาพในระบบสุขภาพอย่างแท้จริงจำเป็นต้องทำให้ได้ทั้ง 3 องค์ประกอบ ทั้งนี้มีข้อพึงระลึกว่า ตลาดของระบบสุขภาพมีลักษณะพิเศษแตกต่างไปจากหลักการทางทฤษฎีค่อนข้างมาก การใช้กลไกการแข่งขันเพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพในระบบมีข้อจำกัดมากเมื่อเทียบกับระบบเศรษฐกิจภาคอื่นๆ ของสังคม การจัดการกับระบบสุขภาพเพื่อให้มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ คือศึกษาและหาหนทางแก้ ลดทอนผล หรือหลบเลี่ยงเหตุแห่งปัญหาเป็นสำคัญด้วย



คำถามสำหรับผู้สนใจค้นคว้าต่อไป

1. การจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในทางปฏิบัติ (Allocative efficiency) ควรพิจารณาปัจจัยอะไรบ้าง
2. แนวทางเพื่อประเมินประสิทธิภาพทางเทคนิค ความคุ้มค่า และประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพทำได้อย่างไรบ้าง

2

ประสิทธิภาพกับคุณภาพ ในการจัดระบบบริการ

มีผู้เปรียบว่าคุณภาพ (Quality) เป็นเหรียญอีกด้านหนึ่งของการบริการ นอกเหนือจากเรื่องต้นทุน (Cost) หรือประสิทธิภาพ (Efficiency) และอาจเป็นความเชื่อที่คลาดเคลื่อนไปว่า การทำงานหนึ่งๆ จะต้องเลือกระหว่างคุณภาพกับประสิทธิภาพ เพราะมองว่าการทำให้เกิดคุณภาพของงาน จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายหรือเพิ่มต้นทุนนั่นเอง แต่หากพิจารณาอย่างแท้จริงแล้ว เรื่องของคุณภาพมีความใกล้ชิดกับประสิทธิภาพมาก จนบางครั้งแยกกันออกได้ยาก มีหลายครั้งที่การศึกษามิติของคุณภาพหรือผลการปฏิบัติงาน (Performance) นำคุณภาพและประสิทธิภาพมาพิจารณาร่วมกัน และจัดประสิทธิภาพเป็นมิติหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพด้วย⁵

คุณภาพบริการ (Quality of service)

มีผู้นิยามคำว่าคุณภาพไว้มากมาย Crosby⁶ ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพคือ “ความสอดคล้องกับความต้องการ” ซึ่งหมายถึงการจะบรรลุถึงคุณภาพได้นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อได้ทำให้สอดคล้องกับความต้องการที่ได้ระบุไว้แล้ว (Conformance to requirement) Juran⁷ ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือ “ความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์หรือบริการตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (Fitness for use)” International Organization for Standardization (ISO)⁸ ให้ความหมายของคุณภาพว่า เป็นลักษณะและองค์ประกอบโดยรวมทั้งหมดของสินค้าหรือบริการที่เป็นความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่ตั้งไว้ ในขณะที่นิยามของคุณภาพในเรื่องของบริการโดยเฉพาะนั้น Parasuraman และคณะ⁹ เสนอว่า “คุณภาพขึ้นอยู่กับรับรู้ของผู้บริโภค (Consumer perception)” นั่นคือคุณภาพในสายตาของผู้บริโภคเกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังในบริการและสิ่งที่ผู้รับบริการคาดว่าจะได้รับจากบริการนั้น บริการจะมีคุณภาพเมื่อผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่คาดหวัง

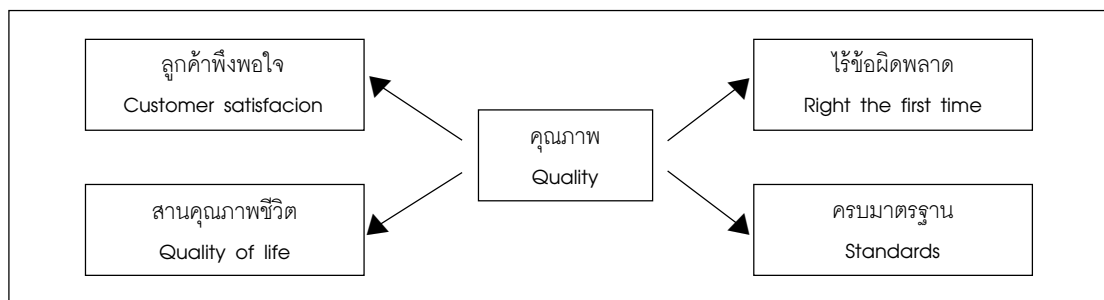
ไว้ จนหลายครั้งเป็นที่กล่าวถึงอย่างกว้างขวางว่า คุณภาพคือความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้รับผลงาน

สถาบันที่เกี่ยวข้องกับบริการการดูแลสุขภาพอย่าง Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)¹⁰ ของสหรัฐอเมริกาให้ความหมายของคุณภาพว่า “ระดับของการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลดีและเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ” Council on Medical Service ของ American Medical Association (AMA)¹¹ ให้นิยามของการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพไว้ว่า ต้องมีคุณสมบัติ 8 ประการคือ (1) ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างดีที่สุด (2) เน้นถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (3) ให้บริการในเวลาที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ (4) พยายามให้ผู้ป่วยรับทราบ ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง (5) อยู่บนพื้นฐานของหลักการวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ (6) คำนึงถึงความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วย (7) ใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรในระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ และ (8) บันทึกข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างเพียงพอ สำหรับการรักษาที่ต่อเนื่อง และการทบทวนตรวจสอบภายหลังได้

ดังนั้นเราสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า นิยามของคุณภาพในระบบสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญดังแสดงในภาพที่ 2.1 คือ

- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer satisfaction) อันเกิดจากความสามารถในการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการ
- ภาวะปราศจากข้อผิดพลาด (Zero defect) ทำสิ่งใดถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก (Right the first time)
- การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐาน (Standards) ซึ่งอาจหมายถึงมาตรฐานวิชาชีพ องค์ความรู้ทางวิชาการ จริยธรรม และแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป

ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบของคุณภาพบริการในระบบสุขภาพ

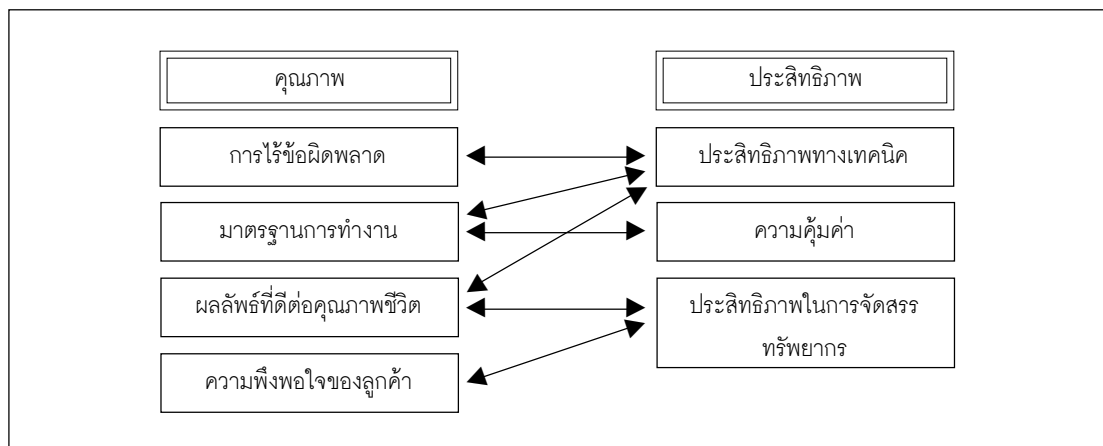


- การเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วย นั่นคือเกิดผลลัพธ์ที่ดีและพึงประสงค์ต่อสุขภาพในภาพรวม ไม่เพียงแต่หายจากโรคภัยเท่านั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพกับคุณภาพ

จากนิยามของคุณภาพดังกล่าวจะเห็นได้ว่าคุณภาพมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพมาก การจัดบริการโดยมุ่งหวังให้เกิดคุณภาพ ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ในขณะที่การวางระบบที่มุ่งหวังประสิทธิภาพที่แท้จริง ทำให้เกิดคุณภาพเช่นกัน แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพทั้ง 3 องค์ประกอบร่วมกัน คือ ประสิทธิภาพทางเทคนิค ความคุ้มค่า และประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งเราแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพและประสิทธิภาพในระบบสุขภาพได้ดังภาพที่ 2.2

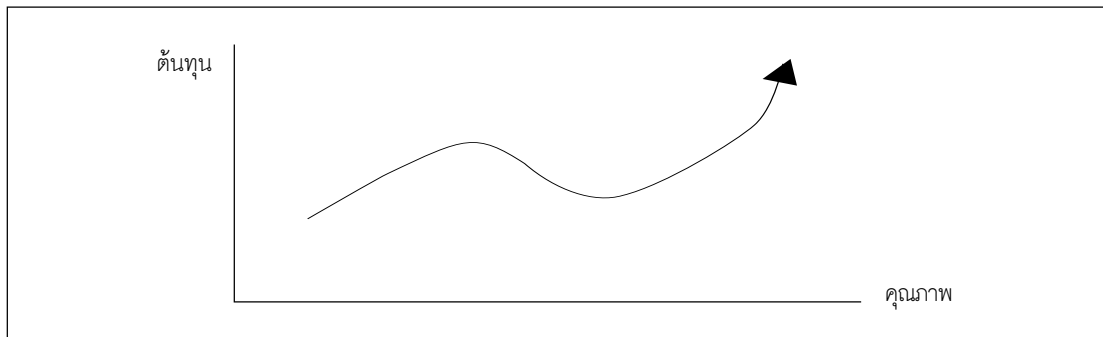
ภาพที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพและประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ



ในโรงพยาบาลที่ไม่มีการบริหารจัดการและการบริการที่มีคุณภาพ เราสามารถพบความไม่มีประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงสาธารณูปโภค เช่น มีจำนวนและประเภทบุคลากรไม่ได้สัดส่วนกับงานที่ทำ เครื่องมืออุปกรณ์วัสดุต่างๆ ไม่พร้อม ไม่ได้รับการบำรุงรักษา บุคลากรไม่ได้รับการฝึกอบรม ให้ใช้เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการใช้พลังงานไม่เป็นไปอย่างประหยัด คำถามสำคัญคือ การลงทุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหรือลดต้นทุน โดยการเพิ่มคุณภาพควรทำในระดับมากน้อยเท่าไร

Fleming¹² ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนของการจัดบริการและคุณภาพไว้พบว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ได้อยู่ในรูปของเส้นตรง หากแต่เป็นเส้นโค้งขึ้นลงดังแสดงในภาพที่ 2.3 ซึ่งอาจแปลความหมายได้ว่า ระยะแรกการเพิ่มคุณภาพของบริการอาจทำให้ต้นทุนในการผลิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องคำนึงถึงผลลัพธ์และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ต่อมาการพัฒนาคุณภาพจะทำให้ต้นทุนลดลง ซึ่งอาจเป็นได้จากการที่สินค้าหรือบริการที่ผลิตตรงตามความต้องการ อีกทั้งกระบวนการผลิตทำอย่างมีมาตรฐานและไร้ข้อผิดพลาด ทำให้ไม่เกิดของเหลือทิ้ง (Waste) หรือการทำซ้ำ (Rework) อย่างไรก็ตามเมื่อถึงจุดหนึ่ง หากไม่พิจารณาการลงทุนที่ถูกต้อง ก็จะเป็นการใช้จ่ายเพิ่มเติมที่สูงเกินไปหรือเกิดผลเสียตามมา เช่น การให้การรักษากินความจำเป็น เป็นต้น

ภาพที่ 2.3 ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริการ กับคุณภาพที่ได้รับ



ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพและประสิทธิภาพมีนัยสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการพิจารณาหลักการอุดหนุนและชำระค่าบริการพยาบาลให้แก่ผู้ให้บริการ ซึ่งปัจจุบันมุ่งหวังควบคุมต้นทุน วิธีการจ่ายที่นำมาใช้จะเป็นวิธีการเหมาจ่าย และกำหนดอัตราไว้ล่วงหน้า เช่น การเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) และการเหมาจ่ายตามรายป่วย (Per case payment) ซึ่งอาจพิจารณาจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related group, DRG) เป็นต้น วิธีการดังกล่าวเป็นการส่งผ่านความเสี่ยงของการใช้ทรัพยากรในการบริการจากผู้จ่าย หรือหน่วยงานประกันสุขภาพไปยังผู้ให้บริการ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเพิ่มความสนใจต่อต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ แต่อาจเกิดผลกระทบต่อคุณภาพบริการได้ ดังในตารางที่ 2.1 และ 2.2

ตารางที่ 2.1 ผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ของการจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation)

ประเภทของการเปลี่ยนแปลง	ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น		
	ผลบวก	ผลลบ	อาจเป็นผลบวกหรือผลลบ
ด้านโครงสร้าง Structural changes	1. ลดจำนวนเตียงที่เกินจำเป็น 2. ปรับปรุงกลยุทธ์และระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ 3. ปรับปรุงการทบทวนการใช้บริการและการประกันคุณภาพ		การใช้นุ้คลากรทดแทนแพทย์ เช่น พยาบาลหรือผู้ช่วยแพทย์
ด้านการเข้าถึงบริการ Changes in access		1. ลดการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรที่มีความเสี่ยงสูง 2. ลดการเข้าถึงบริการผู้ป่วยใน 3. การตัดผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันภัยได้ออกไป	เพิ่มจำนวนและการใช้บริการผู้ป่วยนอก
ด้านกระบวนการ Changes in process	1. ลดการให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่ไม่จำเป็น 2. ปรับปรุงการประสานงานระหว่างบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	1. ให้ผู้ป่วยออกจาก รพ. เร็วไป 2. ผู้ป่วยคัดลยกรรรม รักษาเป็นผู้ป่วยนอกอย่างไม่เหมาะสม 3. ลดการนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 4. ผลัดการให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่มีประโยชน์แต่ราคาแพง	การส่งต่อจากโรงพยาบาลระยะเฉียบพลันไปสู่สถานฟื้นฟูสุขภาพ เช่น สถานพักฟื้น บริการดูแลที่บ้าน (Home care) เร็วขึ้น
ด้านผลลัพธ์ Changes in outcome	ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา เนื่องจากการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และการลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น	1. เพิ่มความเจ็บป่วยและการตายเนื่องจากการลดการตรวจรักษาที่มีประโยชน์ 2. เพิ่มความเจ็บป่วย การตายและความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย จากการดูแลที่ไม่ดีภายหลังการออกจากโรงพยาบาลที่เร็วขึ้น	

ที่มา: Davis, et al. (1990)¹³

ตารางที่ 2.2 ผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ของการจ่ายตามรายป่วย (Perr case) โดยใช้ Diagnosis-related groups (DRGs)

ประเภทของการเปลี่ยนแปลง	ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น		
	ผลบวก	ผลลบ	อาจเป็นผลบวกหรือผลลบ
ด้านโครงสร้าง Structural changes	1. ลดจำนวนเตียงที่เกินจำเป็น 2. ปรับปรุงกลยุทธ์และระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ 3. ปรับปรุงการทบทวนการใช้บริการและการประกันคุณภาพ	1. ลดการลงทุนในเทคโนโลยีที่เพิ่มคุณภาพแต่เพิ่มต้นทุน 2. โรงพยาบาลต้องปิดตัวเองลงเพราะค่าใช้จ่ายสูงจากคนไข้ที่มีความรุนแรงของโรคมก	1. การเพิ่มความเชี่ยวชาญในการให้บริการ 2. เพิ่มความหลากหลายของบริการของโรงพยาบาล 3. เพิ่มจำนวนบริการผู้ป่วยนอก
ด้านการเข้าถึงบริการ Changes in access	1. เพิ่มชนิดและบริการของบริการภายนอกโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้	1. ลดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องนำมาแทนบริการผู้ป่วยใน 2. ลดการเข้าถึงบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อเทคโนโลยีราคาแพง 3. ลดการให้บริการสงเคราะห์	การเพิ่มความเชี่ยวชาญในการให้บริการอาจเพิ่มคุณภาพ แต่ลดความพร้อมของการให้บริการครบวงจร
ด้านกระบวนการ Changes in process	1. ลดการใช้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่ไม่จำเป็น 2. ปรับปรุงการประสานงานระหว่างบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	1. ให้ผู้ป่วยออกจาก รพ. เร็วเกินไป เพื่อลดต้นทุน 2. ให้การรักษาผู้ป่วยคล้ายกรรมเป็นผู้ป่วยนอกอย่างไม่เหมาะสม 3. ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัดผู้ป่วยขาดความพร้อม	การส่งต่อจากโรงพยาบาลระยะเฉียบพลันไปสู่สถานฟื้นฟูสุขภาพ เช่น สถานพักฟื้น บริการดูแลที่บ้าน (Home care) เร็วขึ้น
ด้านผลลัพธ์ Changes in outcome	ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา เนื่องจากการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และการลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น	1. เพิ่มความเจ็บป่วยและการตายเนื่องจากการลดการตรวจรักษาที่มีประโยชน์ 2. เพิ่มความเจ็บป่วย การตายและความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย จากการดูแลที่ไม่ดีภายหลังการออกจากโรงพยาบาลที่เร็วขึ้น	

ที่มา: Davis, Anderson, et al. (1990)¹³

เครื่องชี้วัดประสิทธิภาพและคุณภาพในระบบบริการ

การประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพในระบบบริการวิธีหนึ่งทำได้โดยการใช้เครื่องชี้วัด (Indicator) เครื่องชี้วัดเป็นเครื่องมือที่นำมาประเมินและติดตามผลการปฏิบัติงาน (Performance) เครื่องชี้วัดอาจจัดเป็น

- (1) เครื่องชี้วัดโครงสร้าง (Structural indicators) ซึ่งสะท้อนศักยภาพของการบริการ
- (2) เครื่องชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) ที่บ่งบอกถึงการปฏิบัติที่เกิดขึ้น
- (3) เครื่องชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicators) ซึ่งประเมินการบรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้

ปัจจุบันมีผู้สร้างระบบเครื่องชี้วัดไว้หลายระบบ¹⁴ เครื่องชี้วัดต้นทุน เช่น Cost per OPD visit, Cost per patient-day, Cost per life-year saved และ Cost per quality-adjusted life year (QALY) ก็นำมาใช้เป็นเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพของการบริการในระบบสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม เครื่องชี้วัดหลายตัวทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการหรือผลลัพธ์ สามารถประเมินได้ทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการทางสุขภาพได้ ดังตัวอย่างที่แสดงในตารางที่ 2.3 คุณสมบัติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์อันใกล้ชิดระหว่างแนวคิดทั้งสอง ซึ่งอาจแสดงความสัมพันธ์โดยตรงต่อกัน (ไปในทางเดียวกัน) เช่น ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย หรืออาจเป็นความสัมพันธ์แบบผกผันต่อกัน เช่น สัดส่วนแพทย์ต่อเตียงผู้ป่วยใน เป็นต้น การวิเคราะห์และแปลความหมายของเครื่องชี้วัดดังกล่าวมีความสำคัญ ซึ่งเราจำเป็นต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการนำเครื่องชี้วัดไปใช้ในการบริหารจัดการให้ชัดเจน

ตารางที่ 2.3 ตัวอย่างเครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลในโครงการ Hospital Accreditation ที่สามารถใช้ประเมินประสิทธิภาพได้

เครื่องชี้วัด	ประเภทเครื่องชี้วัด	มุมมองเชิงคุณภาพ	มุมมองเชิงประสิทธิภาพ
สัดส่วนแพทย์ต่อเตียงผู้ป่วยใน	โครงสร้าง	ความสามารถ	ประสิทธิภาพทางเทคนิค
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ผลลัพธ์	ประสิทธิผล	ประสิทธิภาพทางเทคนิค
อัตราการผ่าตัดคลอด	กระบวนการ	ความเหมาะสม	ความคุ้มค่า
ระยะเวลานอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย	ผลลัพธ์	ประสิทธิผล	ประสิทธิภาพทางเทคนิค
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย	ผลลัพธ์	ความสามารถ การเข้าถึงบริการ ความปลอดภัย ประสิทธิผล ความต่อเนื่อง ฯลฯ	ประสิทธิภาพทางเทคนิค ประสิทธิภาพในการจัดสรร ทรัพยากร
อัตราการครองเตียง	กระบวนการ	การเข้าถึงบริการ	ประสิทธิภาพทางเทคนิค

ประสิทธิภาพกับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย

ข้อมูลที่เชื่อมโยงประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในเชิงปริมาณที่จะสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพและคุณภาพได้โดยตรง การศึกษาเรื่องหนึ่งโดย Sara Bennett และ Viroj Tangcharoensathien¹⁵ แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลรัฐมีคุณภาพการบริการต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชนในสายตาของผู้ใช้บริการ เมื่อประกอบกับที่เราักได้ยินว่าโรงพยาบาลรัฐมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชน เราอาจพอสรุปความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพและประสิทธิภาพออกมาได้ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลของรัฐมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่มีจำนวนแพทย์พยาบาลอยู่อย่างจำกัด ในทางตรงกันข้ามโรงพยาบาลเอกชนมีการลงทุนสูงกว่าโดยเฉพาะในเรื่องอาคารสถานที่ มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าเมื่อเทียบเป็นสัดส่วนกับแพทย์และพยาบาล¹⁶ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่มารับบริการยังมีความคาดหวังที่ต่างกัน ทำให้การสรุปความสัมพันธ์โดยใช้ความพึงพอใจเป็นตัวเปรียบเทียบคุณภาพว่าเป็นผลจากต้นทุน และประสิทธิภาพการทำงานโดยตรงเป็นไปได้ยาก

คุณภาพอาจถูกกระทบได้จากความพยายามเพื่อควบคุมต้นทุน และกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการทางสุขภาพ เช่น การเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลในระบบประกันสังคม การศึกษาโดยนพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ¹⁷ ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 9 แห่ง ชี้ให้เห็นว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยประกันสังคมที่มีต่อแพทย์นั้น อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อบริการของแพทย์ ระหว่างผู้ป่วยประกันสังคมและผู้ป่วยอื่นๆ

	ผู้ป่วยประกันสังคม	ผู้ป่วยอื่นๆ	p-value	นัยสำคัญ
ความเอาใจใส่ต่ออาการเจ็บป่วย	3.78	3.90	0.001	มี
การซักประวัติของแพทย์	3.72	3.84	0.001	มี
การตรวจร่างกายของแพทย์	3.80	3.87	0.003	มี
เวลาที่แพทย์ใช้ดูแลรักษา	3.58	3.70	0.001	มี
กิริยามารยาทของแพทย์	4.03	4.09	0.05	+ / -

หมายเหตุ: คะแนน 5 = ดีมาก 4 = ดี 3 = ปานกลาง 2 = ไม่ดี 1 = แย่มาก

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ¹⁷

ตารางที่ 2.5 ตัวอย่างผลการศึกษาด้านทุนโรงพยาบาลของรัฐในระดับต่าง ๆ

ผู้วิจัย	ปีที่ศึกษา	โรงพยาบาลที่ศึกษา	วิธีการจัดสรร ต้นทุน	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (หน่วยเงิน: บาท)	โครงสร้างต้นทุน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน
กองแผนงาน สาธารณสุข	2523	โรงพยาบาลอำเภอ	Step-down	OPD = 53/visit IPD = 182/day	24-58 : 27-53 : 12.8-22.8
กองแผนงาน สาธารณสุข	2523	โรงพยาบาลจังหวัด 1. 121-240 เตียง 2. 241-360 เตียง 3. > 360 เตียง	Double distribution method	1. IPD = 193/day 2. IPD = 198/day 3. IPD = 194/day	39 : 45 : 12 39 : 45 : 12 42 : 45 : 33 35 : 53 : 12
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ	2531	1. รพ. ตระการพิภผล (30 เตียง) 2. รพ. ศรีสะเกษ (340 เตียง)	Double distribution method	1. OPD = 72/visit IPD = 806/case 2. OPD = 85/visit IPD = 1,255/case	N/A
สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ	2532	1. รพ. ชุมชน (8 แห่ง) 2. รพ. ศูนย์ (8 แห่ง)	Simultaneous equation method	1. OPD = 68/visit IPD = 507/day 2. OPD = 122/visit IPD = 387/day	5 : 4 : 1
กองแผนงาน สาธารณสุข	2534	รพท. และ รพศ. 1. < 201 เตียง 2. 201-400 เตียง 3. 401-600 เตียง 4. > 600 เตียง	ศึกษาเฉพาะต้นทุน ดำเนินการจากรายงาน การเงินและปริมาณ งานของ รพท. และ รพศ. 89 แห่ง	1. OPD = 136/visit IPD = 632/day 2. OPD = 131/visit IPD = 445/day 3. OPD = 167/visit IPD = 507/day 4. OPD = 137/visit IPD = 496/day	สัดส่วนต้นทุนค่าแรง สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.86 - 52.08
P. Satsanguan P. Leopairote	2535	1. รพท. น่าน 2. รพช. บัว 3. รพช. ทำบ่อ	Simultaneous equation method	1. OPD = 93.32/visit IPD = 417.77/day 2. OPD = 77.80/visit IPD = 353.86/day 3. OPD = 84.00/visit IPD = 400.37/day	46.9 : 41.8 : 11.2 40.7 : 34.1 : 25.2 37.0 : 47.5 : 15.6
ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ และคณะ	2540	1. รพศ. พระนครศรีอยุธยา (369 เตียง) 2. รพท. เสนา (160 เตียง)	Simultaneous equation method	1. OPD = 283/visit IPD = 3,261-16,241/case 2. OPD = 219/visit IPD = 4,209-6,008/case	ต้นทุนดำเนินการ 58 : 42 46 : 43 : 11
จุฑามาศ โมพี และคณะ	2541	งานประกันสังคม รพ. จุฬาลงกรณ์	Simultaneous equation method	1. OPD = 641.80/visit 2. IPD = 2,678.07/day	N/A

ที่มา: ประมวลโดย จุฑามาศ โมพี, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมานพ เงินวิวัฒน์กุล, พ.ศ. 2543¹⁸

เราสามารถพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพและคุณภาพในแง่มุมของโครงสร้างการจ้ดระบบบริการในภาพกว้างได้เช่นกัน โดยอาจศึกษาจากการศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยที่มีผู้วิจัยไว้หลายครั้ง ซึ่งเราจะพบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเทคโนโลยีสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีแนวโน้มที่จะมีต้นทุนต่อหน่วยบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก แม้จะมีการศึกษาบางเรื่องที่ทำให้ผลขัดแย้งอยู่บ้าง ข้อสังเกตดังกล่าวอาจแสดงให้เห็นว่าต้นทุนการบริการกับระดับของคุณภาพการรักษาพยาบาลในประเทศไทย (พิจารณาจากศักยภาพของโรงพยาบาล) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกันพอสมควร นั่นคือ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง มักมีค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนต่อหน่วยบริการสูงตามกันไปด้วย แต่จะหมายความว่าประสิทธิภาพต่ำกว่าหรือไม่ ไม่อาจสรุปได้ เพราะเราต้องคำนึงด้วยว่าผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงกว่า อย่างไรก็ตามการศึกษบางครั้งพบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจมีต้นทุนต่อหน่วยต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งน่าจะเป็นผลจากจำนวนผู้ใช้บริการที่มีจำนวนมากทำให้เกิดประสิทธิภาพเนื่องจากขนาด (Economies of scale) ทำให้สามารถเฉลี่ยต้นทุนของทรัพยากรไปสู่ผู้ใช้บริการจำนวนมาก ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.5

จากข้อมูลเท่าที่รวบรวมได้ แสดงให้เห็นว่าการจัดการระบบบริการทางสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมีผลกระทบต่อคุณภาพ ในทางกลับกันการจ้ดระบบเพื่อเพิ่มคุณภาพมีผลต่อประสิทธิภาพเช่นกัน ผลกระทบที่มีอาจเป็นในเชิงบวกหรือลบก็ได้ ทั้งนี้อาจขึ้นกับองค์ประกอบแวดล้อมในการจ้ดระบบนั้นๆ ว่าได้รับการดูแลและกำหนดไว้อย่างไร คำนึงถึงประสิทธิภาพในทุกองค์ประกอบ และคำนึงถึงคุณภาพอย่างรอบด้านหรือไม่ อย่างไร

สรุปท้ายบท

ประสิทธิภาพและคุณภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ในระบบสุขภาพ คุณภาพให้ความสำคัญกับโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการที่จะต้องได้มาตรฐาน ไร้ข้อผิดพลาด เกิดผลลัพธ์ที่ดี และเป็นที่พึงพอใจของผู้รับผลงาน แสดงให้เห็นว่าทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพเข้าไปเกี่ยวข้องกับการทำสิ่งที่ถูกต้อง (Doing the right things) และการทำสิ่งนั้นอย่างถูกต้อง (Doing things right) การจ้ดระบบสุขภาพให้เกิดคุณภาพที่แท้จริง เท่ากับเป็นการสร้างให้เกิดประสิทธิภาพด้วย



คำถามสำหรับผู้สนใจค้นคว้าต่อไป

1. การลงทุนเพื่อเพิ่มคุณภาพในเรื่องใดที่เป็นการเพิ่มต้นทุนในการบริการทางสุขภาพบ้าง
2. การลงทุนในเรื่องใดที่เพิ่มคุณภาพแต่ไม่เพิ่มต้นทุน
3. การลงทุนในเรื่องใดที่ไม่เพิ่มทั้งคุณภาพและต้นทุน การลงทุนเหล่านี้มีผลต่อประสิทธิภาพอย่างไร

3

ประสิทธิภาพ กับการประเมินเทคโนโลยี

เทคโนโลยีทางสุขภาพมีความหมายที่กว้างขวาง อาจหมายถึง วิธีการ (Regimen) หรือรูปแบบ (Modality) ที่ชัดเจน ยา (Drugs) อุปกรณ์ (Device) วิธีปฏิบัติ (Procedures) ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย ป้องกันโรค ส่งเสริมและดำรงความเป็นอยู่ดีมีสุขของมนุษย์ ตลอดจนระบบในการจัดระบบขององค์กรและระบบสนับสนุน (Organizational and support systems) ที่เป็นองค์ประกอบของระบบบริการทางสุขภาพ ด้วย^{19, 20, 21}

สำหรับประเทศไทยไม่มีคำจำกัดความของเทคโนโลยีทางสุขภาพโดยเฉพาะ มีเพียงนิยามของเครื่องมือแพทย์ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 ซึ่งให้นิยามเครื่องมือแพทย์ว่า หมายถึง “เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัตถุสำหรับใช้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบการพยาบาลและผดุงครรภ์ การประกอบโรคศิลปะ หรือการบำบัดสัตว์ โดยใช้ให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายมนุษย์และสัตว์ โดยรวมถึงส่วนประกอบ ส่วนควบ อุปกรณ์ หรือชิ้นส่วนของเครื่องใช้ดังกล่าวด้วย”²²

เทคโนโลยีทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ นอกจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีจะนำมาซึ่งผลการรักษาโรคหรือคุณภาพการดูแลรักษาที่ดีขึ้น ตลอดจนพลวัตใหม่วิธีบริหารจัดการองค์กรและบริการต่างๆ เทคโนโลยียังมีส่วนสำคัญที่ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาในโรงพยาบาล²³ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ค่าใช้จ่ายจากการใช้เทคโนโลยีด้านรังสีวิทยาเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 30 ของต้นทุนการดูแลรักษาสุขภาพทั้งหมด²⁴ ในขณะที่การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีส่วนอยู่ถึงร้อยละ 10-12²⁵ และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมีส่วนถึงร้อยละ 33-75 ของการเพิ่มขึ้นของต้นทุนของโรงพยาบาล²⁶

ทั้งนี้อาจเนื่องจาก

- (1) การใช้ทรัพยากรระหว่างการอยู่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แม้จะทำให้การอยู่โรงพยาบาลสั้นลง
- (2) การเพิ่มการใช้เทคโนโลยีที่ทำให้ต้นทุนเพิ่มขึ้น แม้ว่าประสิทธิภาพของการรักษาจะเพิ่มขึ้น
- (3) เทคโนโลยีใหม่ๆ ไม่เพียงแต่จะมาแทนที่เทคโนโลยีเดิม แต่มักจะทำให้มีการเพิ่มบริการหรือเกิดบริการราคาแพงประเภทใหม่ตามไปด้วย²⁷

จากภาวะดังกล่าวทำให้มีผู้กล่าวว่าเรื่องของเทคโนโลยีทางการแพทย์นี้เป็น “Dilemma” ในระบบบริการทางสุขภาพ ระหว่างเรื่องการเข้าถึงบริการ (Access) คุณภาพ (Quality) และต้นทุน (Cost) ซึ่งเกี่ยวเนื่องไปถึงการจัดการทรัพยากรของประเทศ²⁸ ดังนั้นเมื่อจะกล่าวถึงประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ จึงเสี่ยงที่จะไม่กล่าวถึงเรื่องของเทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่ได้ ซึ่งเราจำเป็นต้องเลือกใช้อย่างเหมาะสม ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

แนวคิดของการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ (Health technology assessment)

มีผู้นิยามการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพไว้หลากหลาย แต่ส่วนใหญ่มีเนื้อหาสาระที่สำคัญใกล้เคียงกัน จากนิยามของ Banta และ Sanes²⁹ (1978) และ Perry³⁰ (1988) อาจกล่าวได้ว่า “การประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ (Health Technology assessment) เป็นการศึกษาเชิงนโยบายรูปแบบหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาหลักฐานเกี่ยวกับความปลอดภัย (Safety) ผลการรักษา (Efficacy) ต้นทุน (Cost) ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost effectiveness) รวมทั้งนัยทางจริยธรรมและกฎหมาย (Ethical and legal implications) ของเทคโนโลยีทางสุขภาพ ทั้งที่เป็นการศึกษาเฉพาะตัว และการเปรียบเทียบกับเทคโนโลยีอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อพิจารณาและศึกษาผลกระทบในวงกว้างต่อสังคมที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีชนิดใหม่หรือการขยายขอบเขตการใช้งานของเทคโนโลยีที่มีอยู่เดิม โดยอาจครอบคลุมถึงผลต่อสังคมที่ไม่ตั้งใจ ผลทางอ้อมและผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังด้วย เพื่อให้ผู้ตัดสินใจได้มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์และช่วยในการตอบคำถามเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีชนิดใหม่ๆ”

มูลเหตุสำคัญที่ทำให้จำเป็นต้องมีการประเมินเทคโนโลยีเป็นเพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ อาจนำมาใช้งานได้ในลักษณะต่างกันไป และลักษณะของการใช้งานนี้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพที่มีนัยสำคัญตามมา³¹

1. **เทคโนโลยีขั้นสุดท้าย (Definitive technologies)** หมายถึง เทคโนโลยีที่ให้ผลด้านการบำบัดรักษา หรือการป้องกันโรคที่เข้าไปมีผลต่อปัจจัย หรือกลไกสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนั้นโดยตรง เช่น วัคซีน เป็นต้น เทคโนโลยีในกลุ่มนี้อาจให้ผลได้ตั้งแต่ การบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงอาการแทรกซ้อน การบรรเทาโรค การควบคุมโรค การเอาอวัยวะที่มีโรคออกไป การซ่อมแซม การบำบัดรักษา การป้องกัน และการกำจัดโรค
2. **เทคโนโลยีครึ่งทางหรือเสริม (Halfway or add-on technologies)** หมายถึง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่อาจใช้เพื่อการวินิจฉัย หรือการจัดการความเจ็บป่วย แต่ไม่ได้ให้ผลต่อการบำบัดรักษาสาเหตุของโรคโดยตรง เช่น CT scanner, Positron emission tomography (PET) และ Magnetic Resonance Imaging (MRI) เป็นต้น เทคโนโลยีเหล่านี้มักมีบทบาทในการเสริมวิธีการวินิจฉัยและรักษาโรคที่มีอยู่เดิม มิใช่เพื่อแทนที่เทคโนโลยีเก่า ดังนั้นแม้ว่าเทคโนโลยีในกลุ่มนี้จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย แต่มักมีส่วนสำคัญในการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคด้วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ความพิการที่เพิ่มขึ้นแทนการเสียชีวิต เป็นต้น

โดยทั่วไปสถานพยาบาลมักตอบสนองอย่างรวดเร็ว เมื่อมีเทคโนโลยีในกลุ่มนี้เกิดขึ้น งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรงพยาบาลมักจะใช้เวลาานานกว่าจะละทิ้งเทคโนโลยีเก่าที่ใช้ในการวิจัยโรคที่มีอยู่ แม้ว่าจะมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยกว่าเข้ามาทดแทนแล้วก็ตาม³²

3. **เทคโนโลยีที่แข่งขันกับเทคโนโลยีอื่นที่มีอยู่เดิม (Competing technologies)** หมายถึง เทคโนโลยีที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์เดียวกับของที่มีอยู่เดิม เมื่อใช้เทคโนโลยีชนิดหนึ่งแล้วจะไม่จำเป็นต้องใช้อีกชนิดหนึ่ง เช่น กรณีของ Hemodialysis กับ Peritoneal dialysis เป็นต้น ซึ่งเทคโนโลยีใหม่อาจมีประสิทธิผลเท่าเทียมกับของที่มีอยู่เดิม แต่มีค่าใช้จ่ายและผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเรายังคงไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดที่จะยืนยันว่าเทคโนโลยีชนิดใดดีกว่าแน่ เทคโนโลยีกลุ่มนี้มักเป็นเรื่องของยา รวมทั้งสารบำบัดโรคอื่นๆ เช่น กรณีของ Thrombolytic agents, Streptokinase และ tissue-plasminogen activator (tPA) รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิด
- เทคโนโลยีประเภทนี้มักก่อให้เกิดปัญหา เนื่องจากความซ้ำซ้อนกับเทคโนโลยีที่มีอยู่เดิม ทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการลงทุนที่สถานพยาบาลต้องใช้ค่าใช้จ่ายในด้านสถานที่และการดูแลรักษา รวมทั้งการฝึกอบรมบุคลากร นอกจากนี้ยังทำให้การดูแลรักษาซับซ้อนขึ้น ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต้องยุ่งยากขึ้นใน

การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การพัฒนาความเชี่ยวชาญในด้านใดด้านหนึ่งเป็นไปได้น้อยลงอีกทั้งเป็นภาระแก่ผู้ให้บริการที่ต้องติดตามองค์ความรู้และความก้าวหน้ายากแก่การทำวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลได้ทัน อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีในกลุ่มนี้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดความริเริ่มใหม่ๆ เป็นโอกาสไปสู่การเพิ่มความสำเร็จในด้านการรักษา ลดความเสี่ยงและอาจเหมาะสมกว่าเทคโนโลยีเดิมในการรักษาผู้ป่วยบางกลุ่มได้³³

4. **เทคโนโลยีลดต้นทุน (Cost-saving technologies)** หมายถึง เทคโนโลยีที่ช่วยลดต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในบางกรณีเทคโนโลยีกลุ่มนี้อาจเป็นเทคโนโลยีครั้งทาง แต่ในลักษณะที่ได้นำเข้าใช้งาน ได้มีส่วนสำคัญในการลดต้นทุนและค่าใช้จ่ายได้ส่วนหนึ่งสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนและระบบการดูแลสุขภาพในภาพรวม ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการลดการอยู่โรงพยาบาล วันป่วย การกลับไปทำงานได้รวดเร็วขึ้น รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตัวอย่างเช่น Coronary angioplasty, Arthroscopy, Laser surgery, Laparoscopic surgery เป็นต้น ซึ่งการประเมินเทคโนโลยีใดๆ ก็ตามในยุคปัจจุบัน สมควรรวมมิติด้านต้นทุนและค่าใช้จ่ายนี้ไว้ด้วยเสมอ

มุมมองของการประเมินเทคโนโลยี

การประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพประกอบด้วยการประเมินในหลายแง่มุม มีคำถามมากมายที่ต้องการคำตอบ เช่น เทคโนโลยีนี้มีเพื่อตอบสนองของความจำเป็นทางสุขภาพเรื่องใด เทคโนโลยีนี้มีประสิทธิผลเพียงใดในการเสริมคุณภาพชีวิตหรือยืดอายุผู้ป่วย ต้นทุนค่าใช้จ่ายเป็นเท่าใด ผลเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบเทคโนโลยีนั้นในด้านต้นทุนและประสิทธิผลกับทางเลือกอื่นๆ ในการตอบสนองของความจำเป็นทางสุขภาพ³⁴ แต่อย่างน้อยจากนิยามที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น การประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพน่าจะประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

- **การประเมินความปลอดภัย (Safety)** ซึ่งอาจศึกษาถึงปัญหาและความเสี่ยงต่างๆ ต่อผู้ใช้ และอาจคำนวณออกมาในรูปอัตราส่วนความเสี่ยงต่อผลได้ (Risk-to-benefit ratio) ก็ได้ โดยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินประสิทธิผล
- **การประเมินสมรรถภาพและประสิทธิผล (Efficacy and effectiveness)** เป็นการประเมินผลการรักษาของเทคโนโลยีเพื่อการรักษา หรือเป็นการประเมินความสามารถในการวินิจฉัยซึ่งประเมินในเชิงความน่าเชื่อถือ (Reliability) และความถูกต้อง (Validity)

- การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency) รวมถึงการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล และต้นทุน-ผลได้ในระดับจุลภาค ตลอดจนการประเมินประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรในระดับมหภาค
- การประเมินนัยทางจริยธรรมและกฎหมาย (Ethical and legal implications) ของเทคโนโลยีนั้นๆ ในแง่มุมและสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงเรื่องสิทธิผู้ป่วย โดยอาจศึกษาในระดับของปัจเจก หรือในภาพกว้างเชิงสังคม
- การประเมินผลได้และผลกระทบทางสังคม (Social benefit and social impact) ทั้งนี้อาจเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ตลอดจนความจำเป็นที่ต้องมีเทคโนโลยีและข้อขัดข้องที่เกี่ยวข้องกับการมีเทคโนโลยีนั้นๆ

รูปแบบการศึกษาเพื่อประเมินเทคโนโลยีอาจทำเป็นแบบ “การประเมินแบบมหภาค (Macro-assessment) หรือการประเมินเต็มรูปแบบ” ที่ต้องลงทุนมากและใช้เวลานาน หรือ “การประเมินแบบจุลภาค (Micro-assessment) หรือการประเมินขนาดย่อม” ที่อาจใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการประชุมระดมสมอง (Brainstorming) ของผู้เชี่ยวชาญ แต่มีกรอบที่ชัดเจนและตรงตามข้อกำหนดอื่นๆ ของการประเมินเทคโนโลยีบนพื้นฐานของข้อมูลที่มีอยู่โดยไม่ต้องทำการเก็บข้อมูลใหม่ ซึ่งรูปแบบการศึกษาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับตัวเทคโนโลยีที่จะรับการประเมินความเร่งด่วน และทรัพยากรที่มี²⁹ ตัวอย่างองค์ประกอบของการศึกษาแสดงไว้ดังในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 องค์ประกอบของการประเมินเทคโนโลยี

1. คำถามเพื่อการพิจารณา
2. นิยามของระบบ (เทคโนโลยี) และทางเลือกที่เฉพาะที่ใช้ในการบรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน
3. การค้นหาผลกระทบที่เป็นไปได้
4. การประเมินผลกระทบที่เป็นไปได้
5. นิยามของกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง
6. การนำเสนอข้อคิดเห็นต่อผู้ตัดสินใจ
7. การค้นหากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งที่ชัดเจนและแอบแฝง
8. นิยามของทางเลือกระดับมหภาค (Macro-alternative)
9. การค้นหาปัจจัยแทรกแซง ระบบหรือเหตุการณ์ต่างๆ จากภายนอกที่อาจมีผลต่อระบบ
10. บทสรุปและคำแนะนำ

ที่มา: Banta และ Sanes (1978)

ทางเลือกในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

การประเมินเทคโนโลยีทางเศรษฐศาสตร์โดยทั่วไป เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผล ไม่นำความเห็นส่วนตัวมาร่วมในการวิเคราะห์ รูปแบบของการประเมินเทคโนโลยีทางเศรษฐศาสตร์ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาว่า ต้องการเปรียบเทียบทางเลือกหรือไม่ และการประเมินค่าของผลลัพธ์ที่ได้มาว่าจะทำอย่างไร ซึ่งมีอยู่ 4 รูปแบบ ได้แก่ การค้นหาต้นทุน การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ และการวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์³⁵

1. การค้นหาต้นทุน (Cost Identification - CI) เป็นการศึกษาต้นทุนในการให้บริการหรือการบรรลุผลการปฏิบัติงาน (Performance) ออกมาในรูปของต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) เพื่อตอบคำถามว่าต้นทุนของบริการคืออะไร (What is the cost?) เช่น ต้นทุนต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (Cost per visit) ต้นทุนต่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Cost per test) ต้นทุนต่อวันนอนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (Cost per hospital day) เป็นต้น การศึกษาในกลุ่มนี้จะศึกษาเฉพาะต้นทุนหรือทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ ไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบทางเลือกในแง่ของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือในกรณีมีการเปรียบเทียบทางเลือก ให้ถือเป็นข้อสมมติว่าผลลัพธ์นั้นเหมือนกันและอยู่ในระดับเดียวกัน

2. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis - CEA) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ระหว่างทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไป หน่วยวัดผลลัพธ์อาจวัดออกมาในรูปผลของการตรวจรักษา ความพิการ หรือความตาย เช่น สัดส่วนการหายจากโรค (Cured case) รายผู้ป่วยที่ค้นพบ (Case detected) วันนอนที่ลดลงได้ (Hospital day saved) เป็นต้น ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบทางเลือกวัดออกมาเป็นอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล (Cost-effectiveness ratio) เช่น ต้นทุนต่อรายที่ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง (Cost per case correctly diagnosed) เป็นต้น การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลนี้ช่วยตอบคำถามที่ว่า ทางเลือกใดมีความคุ้มค่ากว่ากัน ทางเลือกที่คุ้มค่ากว่าคือทางเลือกที่ใช้ต้นทุนต่ำกว่าเพื่อบรรลุถึงประสิทธิผลที่ระดับต่างๆ กัน อย่างไรก็ตามการศึกษาประเภทนี้จะทำได้เมื่อผลลัพธ์ของทางเลือกที่ต้องการจะเปรียบเทียบเป็นผลลัพธ์เรื่องเดียวกัน

3. การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (Cost-Benefit Analysis - CBA) เป็นการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนกับผลลัพธ์ของกิจกรรมที่แปลงค่าหน่วยของผลลัพธ์ให้อยู่ในรูปของตัวเงิน (Monetary unit) เช่นเดียวกับต้นทุน การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้จึงสามารถแสดงออกมาในรูปของผลได้สุทธิ (Net benefit) โดยเอาผลได้ลบด้วยต้นทุน หรืออัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุน (Benefit-to-cost ratio) ซึ่งหากผลได้สุทธิเป็นบวกหรืออัตราส่วนผล

ได้ต่อต้านทุนมากกว่าหนึ่ง แสดงว่ากิจกรรมนั้นมีความคุ้มค่าที่จะลงทุนหรือดำเนินการ การศึกษากลุ่มนี้สามารถวิเคราะห์ทางเลือกเพียงทางเดียวเพื่อดูว่าผลได้มากกว่าต้นทุน หรือใช้เปรียบเทียบทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางขึ้นไปก็ได้ เพื่อพิจารณาว่าทางเลือกใดที่มีผล ได้เหนือกว่าต้นทุนมากที่สุด ซึ่งในกรณีหลังนี้การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ มีข้อดีคือ ผลลัพธ์ ทางสุขภาพของทางเลือกที่นำมาเปรียบเทียบกันไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเดียวกัน เพราะ แปลงเป็นหน่วยของตัวเงิน ความแตกต่างของการศึกษานี้ในประเด็นอื่นๆ กับการวิเคราะห์ ต้นทุน-ประสิทธิผลแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ประเด็นเปรียบเทียบการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลและการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้

ประเด็น	การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล	การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้
จุดประสงค์	เลือกวิธีที่ถูกที่สุดสำหรับการบรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้ว	สามารถช่วยในการเลือกเป้าหมาย และจัดลำดับความสำคัญได้
หน่วยของตัววัด	ต้นทุน และผลลัพธ์ เป็นตัววัดที่เป็นคนละหน่วยกัน	ต้นทุน และผลลัพธ์ที่ได้เป็นตัววัดที่มีหน่วยเดียวกัน มักเป็นในรูปตัวเงิน
การตีค่าผลลัพธ์	หลีกเลี่ยงการแปลความหมายของสภาวะต่างๆ ของผลลัพธ์ออกมาอยู่ในรูปของตัวเงิน	ขึ้นกับวิจรณ์ญาณในการตัดสินเรื่องของคุณค่าของสภาวะต่างๆ ในรูปของตัวเงิน โดยเฉพาะผลได้จากเทคโนโลยี ที่อาจจะไม่อยู่ในรูปตัวเงินโดยตรง เช่น อาการเจ็บปวดที่ลดลง
ความลำเอียงจากอิทธิพลเชิงสังคม	ค่อนข้างปลอดจากอิทธิพลทางเศรษฐกิจ สังคม และค่านิยมของบุคคล	ขึ้นกับค่านิยม และการรับรู้ความสำคัญ
อื่นๆ	พิจารณาทางเลือกที่มีต้นทุนที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์แบบเดียวกัน	อาจมีความแม่นยำมากกว่า ในบางกรณี

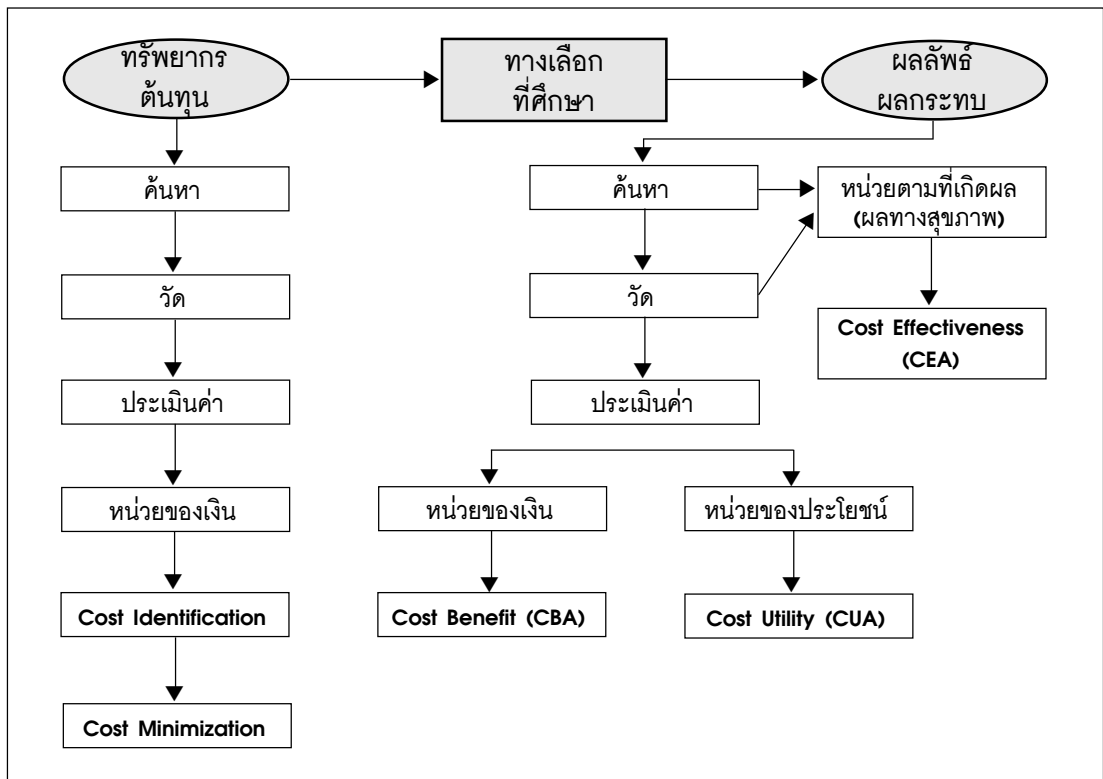
ที่มา: Collen (1984)³⁶; Harlan, et al (1983)³⁷

4. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์ (Cost-Utility Analysis - CUA) เป็นการ ศึกษาต้นทุนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางเลือก ขึ้นไป โดยการประเมินค่าสถานะทางสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ออกมาในรูปของคุณภาพชีวิต (Quality of life) ซึ่งจะทำให้ฐานของผลลัพธ์ทางสุขภาพต่างๆ ถูกแปลงมาเป็นหน่วยเดียวกัน ที่นิยามได้แก่ Quality-adjusted life year (QALY) แนวคิดหลักคือการดำรงชีวิต 1 ปีที่มี คุณภาพชีวิตไม่เท่ากัน ย่อมมีค่าไม่เท่ากัน ชีวิตที่ดีอยู่คุณภาพ 1 ปี อาจมีค่าเท่ากับชีวิต ที่มีคุณภาพเพียง 0.5 ปีก็ได้ อนึ่งการกำหนดคุณภาพชีวิตของสถานะสุขภาพหนึ่งๆ ว่ามี ค่าเท่าไรนั้น จำเป็นต้องอาศัยการศึกษาเพื่อเปลี่ยนสถานะดังกล่าวเป็นตัวเลขเชิง ปริมาณ โดยทั่วไปชีวิตที่มีสุขภาพดี (Healthy) ไม่ให้ค่าเป็น 1.0 ในขณะที่ความตายมีค่า

เท่ากับ 0 และการคำนวณเพื่อเปรียบเทียบทางเลือกจะอยู่ในรูปต้นทุนต่อ 1 ปีที่มีชีวิต
อย่างมีคุณภาพ (Cost per Quality-adjusted life year)

เมื่อเปรียบเทียบการประเมินทั้ง 4 รูปแบบ เราสามารถสรุปเป็นแผนภาพเพื่อเสริมความเข้าใจได้ดังภาพที่ 3.1 ต่อไปนี้

ภาพที่ 3.1 การประเมินทางเศรษฐศาสตร์รูปแบบต่างๆ



ที่มา: ภิรมย์ กมลรัตนกุล. แผนภาพประกอบการบรรยายเรื่องการศึกษาต้นทุน, พ.ศ. 2542.

รายละเอียดของระเบียบวิธีการวิจัยของการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ทั้ง 4 รูปแบบสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากตำราและบทความทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เอกสารที่จะขอแนะนำในที่นี่เพราะผู้เขียนเห็นว่าอ่านแล้วทำความเข้าใจได้ง่าย ได้แก่

1. ภิรมย์ กมลรัตนกุล. การประเมินผลบริการอนามัย. ใน: ไพบูรณ์ โสฬ์สุนทร, พรณรงค์ ไชติวรรณ, อองอาจ วิพุทศิริ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, บรรณาธิการ. วิทยาการระบาดประยุกต์. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2531. 159-191. (คัดสำเนา)

2. ภิรมย์ กมลรัตนกุล. เศรษฐศาสตร์คลินิก II: วิธีการทางเศรษฐศาสตร์คลินิก. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 31; พ.ศ. 2530: 851-861.

การประเมินเทคโนโลยีในประเทศไทย

แม้ว่าการศึกษาด้านทุนของการให้บริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลจะมีผู้ศึกษากันอยู่มาก แต่การประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพในประเทศไทยที่มุ่งประเมินความคุ้มค่ามีการทำกันอยู่ไม่มากนัก การศึกษาตัวอย่างที่มีผู้ศึกษาไว้ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการควบคุมมาลาเรียในคนงานย้ายถิ่นในภาคตะวันออกของประเทศไทย³⁸ การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของโปรแกรมการรักษาวัณโรคระยะสั้นเทียบกับการรักษาแบบมาตรฐานในประเทศไทย³⁹ และต้นทุนประสิทธิผลของ Antigen-capture ELISA, IgG4 antibody และ PCR assays ในการตรวจหา Bancroftian filariasis ในผู้ป่วยพวพม่า⁴⁰ เป็นต้น

รายงานการศึกษาเครื่องมือหรือครุภัณฑ์การแพทย์ในประเทศไทยส่วนใหญ่ มุ่งเน้นไปในการศึกษาเครื่องมือในการรักษาโรคหรือกลุ่มอาการเฉพาะ โดยแสดงผลการรักษาเป็นส่วนใหญ่ เครื่องมือที่มีรายงานการศึกษามากที่สุดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาคือ Laparoscopic Surgery ซึ่งแสดงถึงการนำไปใช้ประโยชน์ในโรคต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี^{41, 42, 43} การผ่าตัดลำไส้ใหญ่⁴⁴ การผ่าตัดกระเพาะอาหาร⁴⁵ การผ่าตัดต่อมหมวกไต⁴⁶ การทำ Lumbar Sympatectomy⁴⁷ และอื่นๆ รองลงมา ก็มีการศึกษาเครื่องมือ Endoscope ที่นำไปใช้ในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคระบบทางเดินอาหาร^{48, 49, 50} เป็นต้น ในส่วนของการประเมินต้นทุน และประสิทธิภาพการใช้งานโดยมากเป็นรายงานการศึกษาเกี่ยวกับ เครื่อง CT Scan และ MRI เป็นส่วนใหญ่^{51, 52, 53}

การศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีการเปรียบเทียบผลดีของการใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงต่างๆ เหล่านี้ มีรายงานการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ Laparoscopic Instrument แบบดั้งเดิม กับการใช้ Video Laparoscopic Instrument ในการผ่าตัดเล็กทางสูติกรรม ที่แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือที่มีราคาแพงใช้งานได้สะดวกกว่า แต่ไม่สามารถแสดงข้อมูลความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์ได้อย่างแท้จริง

สรุปท้ายบท

เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากมีส่วนเพิ่มคุณภาพของระบบสุขภาพแล้ว ยังจะช่วยให้สามารถควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพของประเทศได้ เครื่องมือที่สำคัญที่จะเอื้อประโยชน์ดังกล่าวคือ การประเมินเทคโนโลยี (Technology

assessment) ซึ่งสามารถทำได้ในหลายรูปแบบ การประเมินเทคโนโลยีควรประเมินอย่างรอบด้านทั้งในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ นัยทางจริยธรรมและกฎหมาย และผลกระทบต่อสังคม การประเมินเทคโนโลยีช่วยให้เรามีข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) ในการใช้ทรัพยากร และช่วยให้สามารถเลือกใช้เทคโนโลยีที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่าสูงที่สุด

แม้ว่าการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในยุคที่ประสิทธิภาพเป็นเรื่องสำคัญ แต่การวิจัยเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพในประเทศไทยยังอยู่ในวงจำกัด นับเป็นประเด็นที่ต้องส่งเสริมทั้งในด้านโอกาส บุคลากร เทคนิค และทุนวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลมาประกอบการวางนโยบายตลอดจนเผยแพร่เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ



คำถามสำหรับผู้สนใจค้นคว้าต่อไป

1. ใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบและให้การสนับสนุนการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ
2. เราจะเผยแพร่ผลการประเมินเทคโนโลยีไปสู่ผู้ใช้ประโยชน์กลุ่มต่างๆ ได้อย่างไร

4

การประกันสุขภาพกับประสิทธิภาพ ในระบบสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นลักษณะพิเศษอันหนึ่งของระบบสุขภาพ เราอาจพิจารณาเรื่องของการประกันสุขภาพได้จากหลากหลายมุมมอง เราอาจมองว่าการประกันสุขภาพเป็นธุรกิจประเภทหนึ่ง อาจมองว่าเป็นเครื่องมือสำหรับลดภาระในการชำระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เป็นกลไกในการกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของปัจเจกชนไปสู่คนหมู่มาก หรือมองเป็นสวัสดิการประเภทหนึ่งของรัฐที่พึงจัดให้มีสำหรับเป็นหลักประกันแก่ประชาชน คนในสังคม แต่ละมุมมองมีความสำคัญต่อการวางนโยบายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ นอกจากนี้ระบบการประกันสุขภาพยังมีนัยสำคัญต่อการจัดสรรทรัพยากรระหว่างบริการประเภทต่างๆ และมีผลต่อประสิทธิภาพทางเทคนิคของการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพเป็นอย่างมากทั้งในสถานการณ์ปัจจุบัน และต่อไปในอนาคต

ความเข้าใจพื้นฐานของการประกันสุขภาพ (Health insurance)

การเจ็บป่วยของปัจเจกชนเป็นสิ่งที่คาดการณ์ไม่ได้ หลายครั้งมักทำให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่แต่ละคนไม่สามารถแบกรับได้ เหตุดังกล่าวทำให้เป็นการยากที่ผู้บริโภคแต่ละคนจะวางแผนการใช้ หรือการบริโภคบริการสุขภาพได้เหมือนการบริโภคอื่นๆ เช่น อาหาร เหตุดังกล่าวนี้ว่าเป็น *ความเสี่ยง (Risk)* ที่สำคัญ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาความเสี่ยงของคนรวมกันเป็นกลุ่ม เราสามารถพยากรณ์อัตราการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับกลุ่มได้ และเมื่อนำค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมาคำนวณด้วย เราจะสามารถคาดประมาณค่าใช้จ่ายทั้งหมดได้ การนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (Risk pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกันไป จะช่วยลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มากนักแบกรับได้ และมีความแน่นอน เสมือนเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของ

แต่ละคน ไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อยๆ แต่คงที่ กลไกที่ว่านี้ คือ **การประกันสุขภาพ (Health insurance)**

การประกันสุขภาพเป็น “การทำสัญญาระหว่างบุคคล 2 ฝ่ายคือ ฝ่ายผู้รับประกันภัย (Insurer) กับฝ่ายผู้เอาประกันภัย (Insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คัลยกรรมและอื่นๆ ให้กับผู้เอาประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บหรือจากอุบัติเหตุทำให้ต้องรับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบการจากรัฐบาล” ทั้งนี้โดยทั่วไปผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่งให้แก่ผู้รับประกันล่วงหน้าในอัตราที่กำหนดไว้ เรียกว่า **เบี้ยประกันภัย (Premium)** (อาจใช้ชื่ออื่นแต่มีผลเหมือนกันก็ได้ เช่น ค่าบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข) โดยทั่วไปเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันจ่ายให้แก่ผู้รับประกันจะประกอบด้วย เบี้ยประกันตามค่าคาดหวังหรือค่าเฉลี่ยของความสูญเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ที่เรียกว่า *Actuarially fair premium* บวกกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในการบริหารจัดการ รวมถึงกำไรในกรณีของบริษัทประกันเอกชน ที่เรียกว่า *Load factor*

ดังนั้นการประกันสุขภาพจึงเป็นกลไกหนึ่งที่เป็นการรวมความเสี่ยงทางการเงิน อันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วย มิใช่การรวมความเสี่ยงในเรื่องความเจ็บป่วยหรือสุขภาพโดยตรง กลไกดังกล่าวทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สำคัญอย่างน้อย 2 ส่วนที่ต้องคิดถึงเสมอคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ

● ทำไมคนจึงซื้อหาประกันสุขภาพ

ปัจเจกชนซื้อประกันเพราะว่า “**ไม่ชอบความเสี่ยง (Risk averse)**” ทำให้ยอมรับความสูญเสียจำนวนน้อยๆ แต่คงที่แน่นอน ได้มากกว่าความสูญเสียจำนวนมากที่ต้องเสี่ยง คือมีความไม่แน่นอน เพราะเหตุการณ์ในกรณีหลังนี้ คนส่วนใหญ่จะคาดการณ์ตามโอกาสที่จะเกิดขึ้นแล้วว่าจะมีผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุขของเขามากกว่าในทางตรงกันข้ามหากคนผู้นั้นชอบความเสี่ยง (Risk loving) คนๆ นั้นจะไม่ทำประกันสุขภาพ อนึ่งแม้ว่าคนๆ หนึ่งจะไม่ชอบความเสี่ยง คนผู้นั้นจะตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพก็ต่อเมื่อเบี้ยประกันภัยซึ่งรวม *Load factor* เข้าไปแล้ว ไม่สูงกว่าความสูญเสียที่คาดการณ์ไว้ตามความเสี่ยงที่เขาต้องแบกรับเองในฐานะปัจเจกชน (Individual risk)

● ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจัดให้มีประกันสุขภาพ

การทำให้ระบบการประกันสุขภาพดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นคงทางการเงิน การจัดระบบประกันสุขภาพจะต้องคำนึงถึงเรื่องสำคัญ 3 ประการคือ (1) ประสิทธิภาพจากขนาด (Economies of scales) (2) Moral hazard และ (3) การเลือก

รับความเสี่ยง (Risk selection)⁵⁴

ประสิทธิภาพจากขนาด เป็นปรากฏการณ์ที่ต้นทุนเฉลี่ยขององค์กรจะลดลงเมื่อมีปริมาณการผลิตมีมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผลผลิตจำนวนมากจะช่วยในการกระจายต้นทุนคงที่ (Fixed cost) ของการผลิตออกไป เช่น เงินเดือนพนักงาน ค่าการตลาด ดอกเบี้ย และค่าเสื่อมราคาของอุปกรณ์ อาคารและสถานที่ ซึ่งเป็นต้นทุนในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ กองทุนขนาดใหญ่ยังกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่าย และรองรับกรณีที่มีการเบิกจ่ายที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้ดีกว่า ในการประกันสุขภาพพบว่าองค์กรขนาดเล็กอาจมีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยสูงกว่าองค์กรขนาดใหญ่กว่า 2 เท่า⁵⁵

Moral hazard เป็นปรากฏการณ์ซึ่งผู้มีประกันสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากขึ้นกว่าในกรณีที่ไม่มีการประกัน ทั้งนี้การใช้บริการอาจเกิดขึ้นในกรณีที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น สาเหตุมาจากการมีประกันสุขภาพทำให้ภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันต้องรับ ณ จุดรับบริการน้อยลงหรือไม่มีเลย ทำให้เสมือนว่าบริการมีราคาถูก จึงมีการบริโภคบริการในปริมาณที่มากขึ้น นอกจากนี้เมื่อผู้เอาประกันทราบว่าตนเองมีประกัน ก็อาจใช้ความระมัดระวังในการดูแลสุขภาพตนเองลดน้อยลง ทำให้โอกาสเจ็บป่วยมีมากขึ้น ในขณะที่ฝ่ายผู้ให้บริการเองจะลดความถี่ถ้วนในการพิจารณาความจำเป็นของการตรวจรักษาลงเช่นกัน เนื่องจากไม่ต้องเป็นกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ การแก้ปัญหา Moral hazard มีหลายวิธีการ เช่น การให้ผู้เอาประกันได้มีส่วนร่วมจ่ายเมื่อมาใช้บริการ (Cost-sharing) การชำระค่ารักษาพยาบาลแบบที่มีการกำหนดอัตราไว้ล่วงหน้า (Prospective reimbursement) แทนการจ่ายแบบตามบริการ (Fee-for-service) และการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) เป็นต้น

นอกจากเรื่องประสิทธิภาพเนื่องจากขนาดและ Moral hazard แล้ว **การเลือกรับความเสี่ยง** เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญมากในการวางระบบประกันสุขภาพ และเกิดขึ้นได้ใน 2 กรณี คือ การรับความเสี่ยงมากกว่าและน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประชากร การที่กองทุนประกันต้องรับความเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ยของประชากร หรือเรียกว่า **การรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse selection)** มักเกิดจากการที่คนสามารถสมัครใจซื้อหาประกันสุขภาพได้ และเบี้ยประกันภัยตั้งไว้ในอัตราคงที่โดยการคำนวณจากค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายของประชากรทั้งกลุ่ม (Community rating) ไม่ได้การปรับตามความเสี่ยงของผู้ซื้อ (Experience rating) เพราะฉะนั้นคนที่มีแนวโน้มว่าจะเจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยอยู่แล้วจะซื้อประกันสุขภาพ ในขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจะไม่ซื้อประกันสุขภาพเนื่องจากเบี้ยประกันแพงเกินไปเมื่อเทียบกับความเสี่ยงของตน

ส่วนกรณีการรับความเสี่ยงน้อยกว่าค่าเฉลี่ย หรือเรียกว่า **การรับความเสี่ยงที่พึงประสงค์ (Favorable selection)** ซึ่งเกิดจากความพยายามที่จะลดค่าสินไหมทดแทนที่กองทุนประกันสุขภาพต้องจ่ายออกไป โดยผู้รับประกันจะพยายามเลือกผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำกว่ามาประกัน อาจโดยกลไกทางการตลาด และการทำ Medical Underwriting เช่น การตรวจร่างกายก่อนทำประกัน การไม่รับประกันผู้ที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง เป็นต้น

ประเด็นเรื่องประสิทธิภาพจากขนาด Moral hazard และการเลือกรับความเสี่ยงนี้ มีนัยสำคัญต่อการวางนโยบายและระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ทรัพยากร ตัวอย่างเช่น การจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพต้องคำนึงถึงขนาด เพื่อกระจายความเสี่ยงและต้นทุนการบริหารจัดการ ต้องมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของผู้เอาประกันตลอดจนวิธีการจ่ายผู้ให้บริการที่เหมาะสม และควรเป็นการประกันภาคบังคับ (Compulsory) หรือเป็นการประกันหมู่ (Group insurance) เพื่อลดปัญหาการรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ของกองทุนประกัน การที่ให้ผู้เอาประกันมีเสรีภาพในการเลือกซื้อประกันสุขภาพได้เองอย่างเสรีโดยไม่มีข้อจำกัด จะมีผลในทางลบต่อความมั่นคงของกองทุนในระยะยาว ไม่ว่ากองทุนนั้นจะเป็นของรัฐ หรือเอกชน ในขณะเดียวกัน การให้กองทุนประกันสุขภาพสามารถใช้กลไกเลือกรับความเสี่ยงได้อย่างอิสระ จะส่งผลให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงไม่สามารถหาประกันสุขภาพได้ อันจะมีผลต่อระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศตามมา เป็นต้น

การควบคุมต้นทุนผ่านกลไกการจ่าย และการมีส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ

จากเหตุข้างต้น การมีประกันสุขภาพที่มีส่วนส่งผลให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้อาจเพราะความด้อยประสิทธิภาพทางเทคนิค หรือความไม่คุ้มค่าในการเลือกใช้ทรัพยากรที่ผู้ให้บริการและผู้บริโภคไม่ต้องแบกรับภาระโดยตรง การกำหนดวิธีการชำระค่ารักษาพยาบาลและบริการสุขภาพของกองทุนประกันสุขภาพ ได้แก่ การอุดหนุนสถานพยาบาล (Funding) และการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้ให้บริการ (remuneration) ตลอดจนการกำหนดส่วนร่วมจ่าย (Cost sharing) ของผู้บริโภคที่เหมาะสม จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดการใช้บริการตามความจำเป็น และนำกระบวนการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) มาใช้ในการกำกับกำกับการเบิกจ่าย ซึ่งจะช่วยควบคุมต้นทุนของระบบสุขภาพได้

♦ ทางเลือกในการอุดหนุนทางการเงินแก่สถานพยาบาล (Funding)

กลไกการจ่ายเงินอุดหนุนแก่สถานพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพมีทาง

เลือกได้หลายวิธี แต่ละทางเลือกมีผลต่อการควบคุมต้นทุน และผลต่อการบริการของสถานพยาบาลแตกต่างกันไป

(1) การจ่ายตามค่าใช้จ่ายในการบริการ (Charge-based reimbursement)

เป็นวิธีการจ่ายตามค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลคิดตามบริการการรักษาพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย วิธีการนี้เป็นที่นิยมใช้กันอยู่มากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีการที่ง่าย ตรงไปตรงมา

อย่างไรก็ตามการจ่ายตามค่าใช้จ่ายในการบริการขึ้นอยู่กับสถานพยาบาล ไม่มีมาตรฐานเดียวกัน การรักษาพยาบาลโรคเดียวกัน อาจคิดค่าใช้จ่ายต่างกันได้มาก นอกจากนี้ยังไม่กระตุ้นให้สถานพยาบาลมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านปริมาณหรือจำนวนของบริการ (เช่น วันนอนโรงพยาบาล) และต้นทุนของบริการแต่ละชนิด รวมถึงยังอาจกระตุ้นให้เกิดการให้บริการเกินจำเป็น (Over-treatment) และการใช้เทคโนโลยีราคาแพงโดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงความคุ้มค่า ทั้งนี้เพราะเสียค่าใช้จ่ายไปเท่าไร ก็สามารถเรียกชำระได้เท่านั้น ไม่เกิดแรงกระตุ้นในการนำเทคโนโลยีที่ประหยัดต้นทุนมาใช้^{56, 57}

(2) การจ่ายเป็นรายวัน (Per diems) เป็นวิธีการจ่ายที่สถานพยาบาลจะได้รับเงินในอัตราคงที่เป็นรายวันตามวันนอนโดยไม่คำนึงว่าแต่ละวันจะให้บริการอะไรแก่ผู้ป่วยบ้าง เป็นวิธีการที่มีการนำมาใช้สำหรับโรงพยาบาล และใช้กันมากวิธีหนึ่งในระบบการดูแลสุขภาพภายใต้การจัดการ (Managed care) ของสหรัฐอเมริกา⁵⁸

การจ่ายค่ารักษาพยาบาลวิธีนี้เป็นวิธีที่ค่อนข้างง่าย ทำให้เกิดแรงจูงใจในการลดการใช้บริการในแต่ละวัน แต่จะทำให้วันนอนโรงพยาบาล (Length of stay) ยาวขึ้น เพราะโรงพยาบาลจะมีรายได้มากขึ้น การนำวิธีการนี้มาใช้ควรจะมีกลไกการทบทวนการใช้บริการโดยเฉพาะในเรื่องของระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยให้เหมาะสม

(3) การจ่ายตามการวินิจฉัยโรคหรือการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล (Diagnosis-based หรือ Episode-based reimbursement) เป็นวิธีการจ่ายในอัตราคงที่ต่อการอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้งของผู้ป่วย ซึ่งจะจ่ายตามการวินิจฉัยโรค โดยทั่วไปมักจะมีการจัดการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยเพื่อการชำระค่าใช้จ่ายเป็นกลุ่มๆ บนพื้นฐานของต้นทุนในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ ไม่ให้มีกลุ่มของโรคและวิธีการรักษาพยาบาลมากกลุ่มจนเกินไป ระบบที่เป็นที่นิยมใช้ คือ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups หรือ DRGs)

วิธีการจ่ายแบบนี้ทำให้เกิดการจูงใจให้สถานพยาบาลควบคุมการใช้บริการและระยะเวลาวันนอนของการรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง มีอิทธิพลต่อการรับและใช้เทคโนโลยี ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย โดยลดต้นทุนต่อผู้ป่วยหนึ่งราย (Cost per case) ให้ต่ำที่สุด เพื่อให้เกิดผลกำไร อย่างน้อยในระยะสั้น (เป็นรายๆ ของการอยู่โรงพยาบาล

ของผู้ป่วยแต่ละครั้ง) กระตุ้นให้มีการรับเทคโนโลยีประเภทประหยัดต้นทุนมาใช้ (Cost-saving technologies) แต่อาจมีผลให้คุณภาพของการรักษาพยาบาลลดลงได้ และอาจพยายามหลีกเลี่ยงการรับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก⁵⁹ ดังที่กล่าวไว้แล้วในบทที่ 2 ที่ผ่านมา

(4) **เหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation)** เป็นวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเหมาเป็นรายหัวล่วงหน้า เพื่อให้โรงพยาบาลให้การดูแลประชาชนตามจำนวนของประชากรที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาลในระยะเวลาหนึ่ง โดยไม่คำนึงว่าในช่วงเวลาดังกล่าวแต่ละคนจะมาใช้บริการหรือไม่ มากน้อยเพียงใด อัตราเหมาจ่ายเป็นรายหัวมักจะคำนวณจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มประชากรในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งอาจคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายรวมเบ็ดเสร็จของการใช้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือแยกกันเป็น 2 กรณีก็ได้

วิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวทำให้โรงพยาบาลต้องรับความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากการให้บริการ การรับเข้าผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลและทรัพยากรที่ใช้ในการรักษาพยาบาลทำให้เกิดแรงจูงใจในการควบคุมต้นทุน⁶⁰ แรงจูงใจดังกล่าวอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพได้ทั้งในทางบวกและทางลบ ดังที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.1 ในบทที่ 2

(5) **การจ่ายเป็นงบประมาณรวม (Global budget)** เป็นกลไกการจ่ายเงินที่สถานพยาบาลหรือกลุ่มของสถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาประชากรที่อยู่ในความดูแลเป็นจำนวนรวมสำหรับแต่ละช่วงเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นส่วนของการอุดหนุนสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว หรือนำไปจ่ายเป็นค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการด้วย การกำหนดจำนวนงบประมาณรวมอาจอยู่บนพื้นฐานของต้นทุนที่ผ่านมาในอดีต (Historical cost) สถิติจำนวนบริการที่ให้ไป จำนวนและชนิดของบริการที่มีบริการอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ และจำนวนประชากรที่ดูแล เป็นต้น ในกรณีที่มีการกำหนดวงเงินงบประมาณไว้ล่วงหน้า การใช้วิธีการงบประมาณรวมนี้จะมีประสิทธิภาพในการควบคุมต้นทุน ในขณะที่ให้อิสระแก่สถานพยาบาลในการบริหารเงิน

อย่างไรก็ตาม ระบบการจ่ายเป็นงบประมาณรวมนี้ อาจจะทำให้เกิดการหดตัวของกิจกรรมที่ไม่นำมาคำนึงถึงเวลากำหนดงบประมาณได้ รวมทั้งการวางระบบงบประมาณรวมที่มีการจัดสรรเงินเป็นหมวด จะจำกัดอิสระในการใช้ดุลยพินิจในการบริหารเงินของสถานพยาบาลได้ทำให้ขาดประสิทธิภาพและความคล่องตัว⁶¹

♦ การตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ (Remuneration)

การตอบแทนแก่ผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะแพทย์ เป็นคนละประเด็นกับการอุดหนุนทางการเงินแก่สถานพยาบาล กลไกการจ่ายให้แก่สถานพยาบาลอาจ

เหมือนหรือแตกต่างกับวิธีการที่สถานพยาบาลใช้เพื่อตอบแทนแก่แพทย์ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้บริการของแพทย์โดยตรง กลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้ให้บริการ แก่ผู้ป่วยที่มีการใช้กันอยู่โดยทั่วไปอาจสรุปได้เป็น 5 วิธีการใหญ่ๆ⁶⁰ คือ

(1) **การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ (Fee-for-service)** เป็นวิธีที่แพทย์คิดค่าบริการในการดูแลผู้ป่วยตามบริการที่ให้ อัตราที่แพทย์คิดมักมีความไม่แน่นอนและผันแปรไปตามแพทย์แต่ละคนแต่ละสาขา และโดยปกติมักพบว่าการทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยจะมีอัตราค่าบริการเป็นสัดส่วนที่แพงกว่าเมื่อเทียบกับบริการที่ไม่มีหัตถการมาก วิธีการจ่ายแบบนี้ไม่สร้างแรงจูงใจใดๆ ให้กับแพทย์เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายหรือการให้บริการของผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง และปฏิเสธการรักษาราคาแพงของแพทย์

ในองค์กร Health Maintenance Organizations (HMOs) ในสหรัฐอเมริกา จะมีการหักค่าตอบแทนส่วนหนึ่งที่ต้องจ่ายให้กับแพทย์ไว้ส่วนหนึ่งก่อน (Withhold) และจะจ่ายคืนให้แก่แพทย์เมื่อสิ้นปี หากผลการดำเนินงานของกองทุนประกันเป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งมักครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยและการรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายในการสั่งการรักษา ส่งต่อ หรือรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลต่ำ จะได้เงินส่วนหักคืนมากหรือทั้งหมด ส่วนแพทย์ที่ใช้ค่าใช้จ่ายดังกล่าวมากอาจได้รับเงินส่วนหักคืนในอัตราที่ต่ำกว่า กลไกดังกล่าวเป็นแรงจูงใจไม่ให้แพทย์ให้บริการหรือสั่งการรักษาเกินจำเป็นได้

(2) **การกำหนดอัตราค่าบริการแบบมีเพดานสูงสุด (Capped fee schedule)** เป็นวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่มีการกำหนดเพดานของการชำระค่าบริการสำหรับการตรวจรักษาแต่ละประเภทไว้ ตามการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือหัตถการที่แพทย์ใช้ในการรักษา ซึ่งทำให้วิธีการนี้มีข้อได้เปรียบเหนือกว่าวิธีการแรกคือ สามารถช่วยควบคุมการเพิ่มราคาค่าบริการของแพทย์ได้ และมีความเป็นธรรมมากกว่า แต่ปัญหาที่สำคัญคือจะใช้หลักการอะไรมากำหนดเพดานสูงสุดของอัตราค่าบริการ ซึ่งในปัจจุบันระบบหนึ่งที่ได้รับการยอมรับพอสมควรคือ การใช้ค่าสัมพัทธ์ (Relative Value) ของวิธีการตรวจรักษาแต่ละชนิดมาเป็นพื้นฐานในการคำนวณ ดังเช่นตัวอย่างของ Resource Based Relative Value System (RBRVS) ที่ MEDICARE ของสหรัฐอเมริกานำมาใช้

(3) **การจ่ายตามการเจ็บป่วย (Payment per episode of illness)** เป็นการเหมาจ่ายแก่แพทย์สำหรับการบริการเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งในอัตราคงที่ แม้ว่าในการรักษาผู้ป่วยบางคนอาจต้องใช้เวลารักษาหรือทรัพยากรมากกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ แพทย์ยังคงได้ค่าตอบแทนเท่าเดิม แม้ว่าจะต้องนัดผู้ป่วยมาดูแลหลายครั้งในกรณีการดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยโรคเดิมยังไม่จบสิ้น ระบบหนึ่งที่มีการนำมาใช้แต่ยังไม่แพร่หลายนัก คือ Ambulatory diagnosis-related groups (Ambulatory DRGs)

การจ่ายตามการเจ็บป่วยในลักษณะนี้เป็นการส่งผ่านความเสี่ยงทางการเงินจากการใช้บริการของผู้ป่วยจากกองทุนประกันสุขภาพส่วนหนึ่งไปสู่แพทย์ เพื่อให้แพทย์ให้บริการผู้ป่วยด้วยคุณภาพและประสิทธิภาพ

(4) การเหมาจ่ายเป็นรายหัวสำหรับการดูแลรักษาระดับปฐมภูมิ (Primary care capitation) เป็นวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าให้แก่แพทย์ เป็นจำนวนคงที่ต่อเดือนต่อรายของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้นั้น โดยไม่คำนึงว่าแพทย์จะให้บริการแก่ผู้ป่วยมากหรือน้อยอย่างไร มีการกำหนดรายการการให้บริการตรวจรักษาในระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขของค่าตอบแทนดังกล่าวไว้ก่อน ซึ่งมักจะไม่วมรวมการส่งผู้ป่วยต่อให้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือโรงพยาบาล

การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ด้วยวิธีนี้ ทำให้แพทย์ต้องแบกรับความเสี่ยงทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้บริการของผู้ป่วย แต่แพทย์ไม่ต้องรับความเสี่ยงจากการใช้บริการราคาแพงมากนักเนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในกรณีการส่งต่อผู้ป่วย แพทย์จะมีแรงจูงใจที่จะไม่ให้บริการเกินความจำเป็น และหันไปพิจารณาให้การรักษาและป้องกันโรคที่เห็นว่ามีคุณค่ามากที่สุดแก่ผู้ป่วย ที่ช่วยลดรายจ่ายได้ในระยะยาว วิธีการนี้อาจใช้ร่วมกับการจ่ายแบบตามบริการได้ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจให้ผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเอง เป็นที่นิยมใช้ในประเทศอังกฤษและประเทศอื่นๆ ในทวีปยุโรปอีกหลายประเทศ

การจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวเต็มรูปแบบ (Full capitation) เป็นวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าให้แก่แพทย์เพื่อให้บริการทุกประเภทตามที่ตกลงกันได้ บริการนั้นรวมถึงการส่งผู้ป่วยต่อไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือเข้านอนโรงพยาบาล แพทย์จะได้รับเงินค่าตอบแทนในส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาลไปแล้ว วิธีการนี้เป็นวิธีที่มีผู้นำมาใช้บ้างใน HMOs⁵⁸ หนึ่งรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวนี้อาจจ่ายให้กับแพทย์เป็นรายบุคคลโดยตรง (Two-tier system) หรือจ่ายให้กับกลุ่มแพทย์หรือสำนักงานแพทย์เพื่อนำไปกระจายให้กับแพทย์รายบุคคลอีกต่อหนึ่ง (Three-tier system) ก็ได้

(5) การจ่ายเป็นเงินเดือน (Salary) เป็นวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการเหมาจ่ายสำหรับเวลาที่ผู้ให้บริการทำงานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นอัตราคงที่ในแต่ละช่วงเวลา เช่น ต่อเดือน โดยในแต่ละเดือนแพทย์อาจให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมากหรือน้อยได้ไม่เท่ากัน โดยไม่ได้ค่าตอบแทนเพิ่มเติมหรือลดลง แพทย์มักจะอยู่ในฐานะเป็นลูกจ้างขององค์กรที่รับประกันสุขภาพ เช่น HMOs

การจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนมีข้อดีที่ผู้จ่ายเงินไม่จำเป็นต้องรับความเสี่ยงทางการเงินในเรื่องค่าตอบแทนที่ให้แก่แพทย์อีก ไม่ว่าผู้ป่วยที่ต้องดูแลจะใช้บริการมากหรือน้อยหรือบ่อยเพียงใด เช่นเดียวกับแพทย์ที่ไม่ต้องรับความเสี่ยงทางการเงินเช่นกัน

แต่เป็นเรื่องของเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเดือนนั้นๆ

♦ การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ (Cost sharing)

การมีส่วนร่วมจ่ายอาจทำได้โดยให้ผู้เอาประกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเบื้องต้นในปริมาณหนึ่งก่อนที่ผู้รับประกันจะรับผิดชอบ (เรียกว่า *Deductible*) หรือการให้ผู้เอาประกันรับผิดชอบตามสัดส่วนของค่าใช้จ่าย เช่น 20% (เรียกว่า *Co-insurance*) หรือการให้ผู้เอาประกันต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนคงที่จำนวนหนึ่งเสมอเมื่อไปใช้บริการ (เรียกว่า *Co-payment*) ซึ่งการวิจัยของ Rand Corporation แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายประมาณร้อยละ 50 หรือ 90 อัตราการเข้าอยู่โรงพยาบาลจะน้อยกว่ากรณีที่ไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายเลย ถึงร้อยละ 40-60 และน้อยกว่ากรณีที่มีส่วนร่วมจ่าย 1 ใน 4 อยู่ราวร้อยละ 10-25⁶²

มีหลักฐานอยู่พอสมควรในประเทศไทยว่าประสิทธิภาพของระบบบริการขึ้นกับกลไกการจ่ายของระบบสวัสดิการหรือประกันสุขภาพว่า มีความครอบคลุมหรือข้อจำกัดอย่างไร ผู้รับประกันต้องมีส่วนร่วมจ่ายมากน้อยเพียงใด หากศึกษาจากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2541 เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ประกอบด้วยมาตรการที่มีผลในวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2543 ได้แก่

- (1) ให้มีการจ่ายร่วมค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
- (2) จำกัดจำนวนวันที่สามารถเบิกค่าห้องและค่าอาหารของโรงพยาบาล (ไม่เกิน 9 วัน สำหรับผู้อายุน้อยกว่า 60 ปี และ 13 วัน สำหรับผู้ที่ยาวมากกว่า 60 ปี)
- (3) การยกเว้นการเบิกจ่ายค่าบริการหรือค่าธรรมเนียมพิเศษของคลินิกนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลของรัฐ

การเปลี่ยนแปลงกลไกการเบิกจ่ายดังกล่าวส่งผลให้มีผลต่อค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในต่อครั้งของการเบิกจ่ายและวันนอนโรงพยาบาลลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 4.1) ค่าใช้จ่ายและวันนอนเฉลี่ยที่ลดลงดังกล่าวเชื่อว่าส่วนหนึ่งมีเหตุมาจากการลดการใช้บริการส่วนที่ไม่จำเป็นอันเป็นผลมาจากการต้องร่วมรับภาระของข้าราชการ⁶³

ตารางที่ 4.1 วันนอนเฉลี่ย และอัตราการเบิกค่ารักษาต่อครั้งผู้ป่วยใน จากข้อมูลสำมะโนการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่ง ปีงบประมาณ 2541

ระยะการศึกษา ต.ค. 40-ก.พ. 41	ระยะก่อนมาตรการ มี.ค.-พ.ค. 41	ระยะหลังมาตรการ มิ.ย.-ส.ค. 41	ระยะหลังมาตรการ	รวมทุกระยะ
กลุ่มข้าราชการ				
จำนวนตัวอย่าง (ราย)	910	952	676	850
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	6.43	5.74*	5.73*	6.07
ค่ารักษาที่เบิกเฉลี่ยต่อครั้ง	13,697.94	11,512.26*	11,789.35*	12,626.17
กลุ่มข้าราชการบำนาญ				
จำนวนตัวอย่าง (ราย)	77	66	31	62
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	9.51	5.90*	6.56*	8.04
ค่ารักษาที่เบิกเฉลี่ยต่อครั้ง	20,296.44	12,355.97*	16,609.41*	17,455.90

หมายเหตุ: การเข้ารักษาในเดือน ก.ค. และ ส.ค. บางส่วนยังไม่ตั้งเบิกเงิน จึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริง

* ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ที่มา: ดัดแปลงจาก ศิริวรรณ พิชัยรังษัญญ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุริยาพร อนิวรรณ. พ.ศ. 2543

♦ การทบทวนการใช้บริการ (Utilization Review)

การทบทวนการใช้บริการเป็นกลไกที่สำคัญที่มีผู้นำมาใช้แก้ปัญหาการใช้บริการที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้เอาประกันมีประกันสุขภาพและมักใช้บริการเกินจำเป็น (Moral hazard) การทบทวนการใช้บริการเป็นกลไกที่ใช้ตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้บริการทางการแพทย์ ประเมินความจำเป็นสำหรับบริการ และกลั่นกรองว่าการให้บริการนั้นทำไปในลักษณะที่สอดคล้องตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับและในเวลาที่เหมาะสม การทบทวนการใช้บริการอาจมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันไปได้ เช่น Clinical rules, Quality assurance, Treatment protocol, Treatment algorithms, Regulations, Administrative constraints, Practice guidelines และ Practice parameters⁶⁴

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลของการทบทวนการใช้บริการที่มีต่อการให้บริการและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์นั้น แสดงผลสำเร็จในการลดการใช้บริการและค่าใช้จ่ายในระดับต่างๆ กันไป เช่น การลดการรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล วันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายบริการเกี่ยวเนื่อง (Ancillary services) และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่อาจลดลงได้ตั้งแต่ร้อยละ 5-15 แล้วแต่กรณี⁶⁵

ผลกระทบของการมีหรือไม่มีประกันสุขภาพต่อระบบสุขภาพ

การไม่มีประกันสุขภาพมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพของประชาชนอันส่งผลต่อการใช้จ่ายทรัพยากร ต้นทุนและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในภาพรวม ทั้งนี้เชื่อว่าเนื่องจากปัญหาทางการเงินที่เป็นอุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการ จากการศึกษาในต่างประเทศโดย Davis และ Rowland⁶⁶ และ Spillman⁶⁷ พบว่า

- ประชาชนกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะใช้บริการผู้ป่วยนอกกับแพทย์ (Ambulatory care) น้อยกว่าผู้ที่มีประกันถึงร้อยละ 30-50 ในขณะที่ผู้ไม่มีประกันใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพประมาณร้อยละ 25-50 ส่วนผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีประกันใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ไม่ฉุกเฉินน้อยกว่าเด็กที่มีประกันสุขภาพถึงร้อยละ 84
- จากการประเมินภาวะสุขภาพโดยแบบประเมินตนเอง พบว่าผู้ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะป่วยมากกว่าผู้ที่มีประกัน ทำให้เห็นว่าการใช้บริการที่มากกว่าของผู้มีประกันสุขภาพข้างต้นไม่ใช่เป็นเพราะปัญหาทางสุขภาพ นอกจากนี้ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ คือ ประกันสุขภาพมักผูกกับการจ้างงาน ทำให้เห็นว่าการตกงานสัมพันธ์กับสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งซ้ำเติมโดยการไม่มีประกันสุขภาพทำให้ขาดความสามารถที่จะเข้าถึงบริการ
- ผู้ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะไม่มีแหล่งที่ไปรับบริการทางสุขภาพเป็นประจำ ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องเดินทางไกลกว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพเพื่อไปรับบริการ ทั้งนี้อาจไปรับการรักษาจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเมื่อมีความเจ็บป่วยมาก แทนการที่จะไปพบแพทย์แต่เนิ่นๆ เป็นภาระแก่สถานพยาบาลของรัฐที่มีบุคลากรและทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการไม่มีประกันสุขภาพส่งผลให้ประชาชนต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพเกินความจำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากการไม่ไปรับหรือไม่ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ในระยะแรกซึ่งอาจเป็นเพราะไม่สามารถแบกรับภาระทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลและการบริการดังกล่าวกลายเป็นภาระทางการเงินแก่ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลด้วย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยเป็นการเพิ่มต้นทุนของระบบต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นในการรักษาโรค และมีผลต่อการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบโดยตรง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนที่สรุปถึงผลกระทบของการไม่มีประกันสุขภาพในประชากรกลุ่มหนึ่งของประเทศต่อระบบสุขภาพในประเทศไทย

สถานการณ์การประกันสุขภาพในประเทศไทย

สถิติจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับหลักประกันทางสุขภาพดูเหมือนว่าจะไม่ค่อยสอดคล้องกันนัก จากรายงานของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประมาณการจำนวนผู้มีหลักประกันทางสุขภาพในประเทศไทยบนพื้นฐานของข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพว่า ในปี พ.ศ. 2541 มีผู้มีหลักประกันทางสุขภาพประมาณร้อยละ 80.3 ของประชากร ในขณะที่อีกร้อยละ 19.7 เป็นยังไม่มีหลักประกัน¹⁶ สถานการณ์ดังกล่าวดูเหมือนจะดีขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2538 ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผู้มีหลักประกันประมาณร้อยละ 72

การสำรวจภาวะอนามัยรายจังหวัดซึ่งดำเนินการโดยสำนักนโยบายและแผนฯ ในปี พ.ศ. 2538 แสดงในตารางที่ 4.2 พบว่าประมาณร้อยละ 31 ของประชากรของประเทศยังไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ นั่นหมายถึงว่า ประชาชนกลุ่มนี้ไม่ได้รับสิทธิด้านการรักษาพยาบาลใดๆ และต้องรับผิดชอบตนเองทางการเงินเมื่อเจ็บป่วย ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ สัดส่วนของประชากรที่ไม่มีหลักประกันตามกลุ่มรายได้ต่างๆ อยู่ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน แม้แต่กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมาก ซึ่งควรได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐ หรือกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีซึ่งน่าจะอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งหรือสามารถซื้อหาประกันสุขภาพภาคเอกชนได้

ตารางที่ 4.2 หลักประกันด้านสุขภาพและรายได้ของหัวหน้าครอบครัว

รายได้ของหัวหน้าครอบครัว (ต่อเดือน)	จำนวนตัวอย่าง		จำนวนหลักประกัน	จำนวนไม่มีหลักประกัน	% ไม่มีหลักประกันตามกลุ่มรายได้
	จำนวน	%			
≤2,000	16,123	30	11,672	4,451	28
2,001-8,000	28,293	53	18,446	9,847	35
8,001-15,000	5,026	9	3,693	1,333	27
15,001-20,000	762	1	565	197	26
≥20,001	1,199	2	859	340	28
ไม่ทราบ	1,584	3	1,093	491	31
รวม	52,987	100	36,328	16,659	31

ที่มา: ดัดแปลงจาก คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ, พ.ศ. 2542⁶⁸

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอยู่หลายระบบ (Pluralistic) ระบบที่สำคัญได้แก่ สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแบบ

ตารางที่ 4.3 ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษายาบาลในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษายาบาล	หน่วยงานรับผิดชอบ	ความคุ้มครอง (ล้านคน) ¹	การคลัง	วิธีการจ่ายเงิน	แหล่งให้บริการหลัก
ระบบสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้ น้อยและผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง	กระทรวง สาธารณสุข	27.0	ภาษี	งบประมาณรวม เหมาจ่ายรายหัว	รัฐ
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของ ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ					
■ ข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS)	กระทรวง การคลัง	5.6	ภาษี	จ่ายตามบริการ Fee-for-service	รัฐ (+ เอกชน กรณีฉุกเฉิน)
■ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	รัฐวิสาหกิจแต่ แต่ละแห่ง	0.8	รายได้ของ รัฐวิสาหกิจ	จ่ายตามบริการ Fee-for-service	รัฐ หรือเอกชน แล้วแต่แห่ง
ประกันสุขภาพภาคบังคับ					
■ ระบบประกันสังคม	สำนักงาน ประกันสังคม	5.45 ⁽¹⁾	เงินสมทบ, ภาษี, นายจ้าง	เหมาจ่ายรายหัว (+ เบิกจ่าย ตามรายการ)	รัฐ หรือเอกชน เป็นผู้สัญญา
■ กองทุนเงินทดแทน		1.8	นายจ้าง	จ่ายตามบริการ	รัฐ หรือเอกชน
การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ					
■ บัตรประกันสุขภาพ	กระทรวง สาธารณสุข	8.1 ⁽²⁾	ภาษี, ชื้อบัตร จ่ายโดยตรง	เหมาจ่ายรายหัว /งบประมาณรวม	รัฐเท่านั้น (สาธารณสุข)
■ ประกันสุขภาพภาคเอกชน	บริษัทประกัน	5.9 ⁽³⁾	เบี้ยประกันภัย	จ่ายตามบริการ (เกือบทั้งหมด)	เอกชน (รัฐ)

หมายเหตุ: (1) สำนักงานประกันสังคม, พ.ศ. 2542⁷¹ (2) สัมฤทธิ์ ศรีธีระวงศ์สวัสดิ์, พ.ศ. 2541⁷²
(3) สุวณีย์ สุรเสียงสังข์, พ.ศ. 2541⁷³

ที่มา: ดัดแปลงมาจาก 1. Supachutikul, 1996⁶⁹ 2. Tangcharoensathien, et al, 1998⁷⁰

สมัครใจซึ่งประกอบด้วยบัตรประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและประกันสุขภาพภาคเอกชน แต่ละระบบมีวิธีการด้านการคลัง การชำระค่าใช้จ่ายแก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ แหล่งการให้บริการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ กันไป ดังแสดงในตารางที่ 4.3 และ 4.4 ความแตกต่างดังกล่าวส่งผลต่อระบบสุขภาพในด้านประสิทธิภาพและความเสมอภาคในด้านหลักประกันสุขภาพและการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญของคนไทย

ปัญหาที่สำคัญในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย อาจจัดแบ่งได้เป็น

1. ปัญหาระดับนโยบาย ได้แก่ การขาดความชัดเจนของนโยบายและกฎหมายแม่บทด้านหลักประกันทางสุขภาพของประชาชน ไม่มีหน่วยงานที่กำกับดูแลด้านการประกันสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ

ตารางที่ 4.4 ความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษายาบาล

ระบบประกันสุขภาพและ สวัสดิการรักษายาบาล	ค่าใช้จ่าย (บาท) /หัว/ปี	สิทธิประโยชน์และความคุ้มครอง			
		การเลือก สถานพยาบาล	เงินสด	การตั้งครุภ /คลอดบุตร	การป้องกันโรค /ส่งเสริมสุขภาพ
สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	244 สาธารณสุข	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	ไม่มี	จำกัด
สวัสดิการรักษายาบาลของ ข้าราชการ	≈2,000	รัฐ (เอกชน)	ไม่มี	มี	มี
ประกันสุขภาพภาคบังคับ					
■ ประกันสังคม	1,060	คู่สัญญา	มี	มี	มีบ้าง
■ กองทุนเงินทดแทน	n.a.	คู่สัญญา	มี	ไม่มี	ไม่มี
ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ					
■ บัตรประกันสุขภาพ	446	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	เป็นไปได	เป็นไปได
■ ประกันสุขภาพภาคเอกชน	1,667	อิสระ	ตามกรณี	แล้วแต่	แล้วแต่

ที่มา: Supachutikul, 1996⁶⁸; Tangcharoensathien, et al, 1998⁶⁹

2. ปัญหาระดับระบบ ได้แก่ การมีระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษายาบาลหลายระบบ แต่ละระบบมีความแตกต่างกันมาก ทั้งด้านการเงิน การคลัง ความคุ้มครอง การบริหารจัดการ และอื่นๆ ทำให้เกิดความซับซ้อนและความซ้ำซ้อน เป็นปัญหาในเรื่องความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชนตามมา
3. ปัญหาระดับองค์กร ได้แก่ สถานพยาบาลและองค์กรที่รับผิดชอบด้านการประกันสุขภาพยังไม่มีกระบวนการบริหารจัดการที่เอื้ออำนวยต่อการบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ การจัดการคุณภาพ การทบทวนการใช้บริการ เป็นต้น
4. ปัญหาระดับปัจเจก ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพ และสถานพยาบาล ผู้บริโภค ตลอดจนตัวแทนขายประกันเอง อันนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการใช้ประโยชน์จากสิทธิความคุ้มครองของประกันสุขภาพ⁷⁴

สรุปท้ายบท

การประกันสุขภาพเป็นกลไกที่สำคัญอันหนึ่งในระบบสุขภาพ และสมควรได้รับการปฏิรูปในประเทศไทย การวางระบบประกันสุขภาพส่งผลถึงประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในระบบ เนื่องจากเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความล้มเหลวของกลไกตลาด อันเนื่องมาจากการมีประกันสุขภาพทำให้พฤติกรรมของผู้ผลิตและผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไป การจัดองค์ประกอบต่างๆ ในระบบประกันสุขภาพจะมีผลต่อการให้บริการดูแลสุขภาพประเภทต่างๆ (การป้องกันหรือการรักษาโรค) และระดับต่างๆ กัน (ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ) การใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ อย่างไรก็ตามระบบสุขภาพที่ดีจะขาดหลักประกันทางสุขภาพไม่ได้ เพราะจะเป็นปัญหาต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้น้อย การนำวิธีการชำระค่าใช้จ่ายแก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ ตลอดจนรูปแบบของการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการและวิธีการทบทวนการให้บริการที่เหมาะสมมาใช้ จะช่วยให้ระบบดำเนินไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพ



คำถามสำหรับผู้สนใจค้นคว้าต่อไป

1. การมีระบบประกันสุขภาพพื้นฐานให้แก่ประชาชนทุกคนเพียงระบบเดียว (Singer payer) มีข้อดี และข้อเสียอย่างไร เมื่อเทียบกับการมีประกันสุขภาพให้ประชาชนสามารถเลือกได้หลายระบบ
2. กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการรูปแบบใดน่าจะเหมาะสมที่สุด สำหรับระบบสุขภาพของประเทศไทย

5

ประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรจำกัด มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการจัดสรรการใช้ทรัพยากรเพื่อพัฒนาประเทศให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่อประชาชน เนื่องจากเมื่อทรัพยากรถูกใช้ไปกับกิจกรรมเรื่องหนึ่งแล้ว จะไม่สามารถนำมาใช้กับกิจกรรมอื่นอีกได้อีก เกิดเป็นต้นทุนในการผลิตของประเทศไทยในภาพรวม

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพสูงมากประเทศหนึ่ง อย่างไรก็ตาม เป็นการยากที่จะบอกว่าด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดดังกล่าวเป็นการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศดังแสดงในตารางที่ 5.1 ชี้ให้เห็นว่าเราใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนต่อรายมากกว่าประเทศอื่น ในขณะที่สามารถบรรลุถึงผลลัพธ์ต่อสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกันหรือดีกว่าประเทศเพื่อนบ้าน ภาพนี้อาจจะสะท้อนให้เห็นถึงการจัดสรร

ตารางที่ 5.1 ค่าใช้จ่ายและเครื่องชี้วัดทางสุขภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ

Country	GNP/cap. US\$ 1997	Health exp./cap. 1990-95	Health expenditure (1990-1995)			IMR 1996	Life expectancy M/F 1996
			% GDP	% public	% private		
Indonesia	1,100	17	1.8	0.7	1.1	49	63/67
Malaysia	4,680	85	2.5	1.4	3.6	11	70/74
Philippines	1,220	22	2.4	1.3	1.0	37	64/68
Sri Lanka	800	12	1.9	1.4	0.4	15	71/75
Thailand	2,800	111	5.3	1.4	3.9	34	67/72

ตัวย่อ: GNP = Gross National Products; cap. = capita; exp. = expenditure; GDP = Gross Domestic Products;

IMR = Infant Mortality Rate (/1000); M/F = Male/Female (in years)

ที่มา: World Development Report, 1998/99 and World Development Indicators, 1998

ตารางที่ 5.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านยาเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทย
(Gross Domestic Product, GDP)

ปี พ.ศ.	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (HE)				ค่าใช้จ่ายด้านยา				
	มูลค่า ปัจจุบัน	มูลค่าในปี พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละ ของ GDP	มูลค่า ปัจจุบัน	มูลค่าในปี พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละ ของ GDP	ร้อยละ ของ HE
2531	89,968	89,968	-	5.77	26,674	26,674	-	1.71	29.65
2532	105,091	99,033	10.08	5.66	37,767	35,590	33.43	2.03	35.94
2533	125,302	111,635	12.72	5.74	35,369	31,511	-11.46	1.62	28.23
2534	138,818	116,955	4.77	5.54	39,464	33,249	5.51	1.57	28.43
2535	157,965	127,368	8.90	5.58	42,770	34,486	3.72	1.51	27.08
2536	184,062	143,634	12.77	5.81	42,368	33,062	-4.13	1.34	23.02
2537	205,511	152,546	6.20	5.66	52,823	39,209	18.59	1.45	25.70
2538	230,433	161,354	5.77	5.50	68,437	47,921	22.22	1.63	29.70
2539	260,139	175,096	8.52	5.66	81,440	54,816	14.39	1.77	31.31
2540	276,137	175,214	0.07	5.91	92,728	58,838	7.34	1.98	33.58
2541	283,576	166,418	-5.02	6.21	83,516	49,012	-16.70	1.83	29.45
อัตราเติบโตเฉลี่ยต่อไป (10 ปี)			6.32%					6.27%	
อัตราเติบโตเฉลี่ยต่อไป (5 ปี)			2.76%					8.20%	

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, พ.ศ. 2542

ทรัพยากรยังไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในภาพรวม

นอกจากนี้ อัตราเติบโตเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึงร้อยละ 6.32 ต่อปี ข้อมูลในตารางที่ 5.2 แสดงให้เห็นอีกว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) อันสะท้อนถึงภาระที่เพิ่มขึ้นของประเทศที่ต้องใช้ไปในการดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ทรัพยากรจำนวนมากถูกใช้ไปเป็นค่าใช้จ่ายด้านยา ซึ่งมีอัตราการขยายตัวสูงกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมอีกด้วย

เนื้อหาในตอนต่อไปนี้เป็นความพยายามที่จะยกตัวอย่างเหตุปัจจัยที่อาจมีส่วนสำคัญที่ส่งผลถึงปัญหาค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น และความด้อยประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งการที่ทรัพยากรถูกจัดสรรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ผลผลิตไม่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมในภาพรวม เราอาจสามารถปรับการจัดสรรทรัพยากรใหม่ให้เกิดความเหมาะสม ให้สร้างประโยชน์มากขึ้นได้ โดยไม่มีผู้เสียประโยชน์แต่อย่างใด

ประเด็นสำคัญที่จะขอล่าไว้ ณ ที่นี้ คือ

- การคลังสาธารณสุข
- การกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุขกับปัญหาสุขภาพ
- การกระจายเทคโนโลยีราคาแพงในประเทศไทย

การคลังสาธารณสุข

ในด้านสุขภาพ “เงินมาจากไหน ใช้ไปที่ใด” เป็นคำถามเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้และการจัดสรรทรัพยากรที่สำคัญ ตารางที่ 5.3 แสดงให้เห็นโดยภาพรวมว่าการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทยผ่านทางหน่วยงานของรัฐเป็นสำคัญ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบกว่าร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมด และประมาณร้อยละ 60 ของรายจ่ายเพื่อการลงทุนในระบบ ภาคเอกชน (ครัวเรือนและองค์กรเอกชน) ยังมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก คือกว่าร้อยละ 48 แหล่งเงินทุนที่มาจากภาครัฐคือ รายได้ที่ผ่านทางระบบภาษีนั่นเอง อันได้แก่ ภาษีเงินได้และภาษีทางอ้อมต่างๆ เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม เป็นต้น แหล่งเงินของภาคเอกชนที่สำคัญคือ การใช้ออกจากกระเป๋าของครัวเรือน

ตารางที่ 5.3 การกระจายรายจ่ายทางสุขภาพเพื่อการบริโภคและการลงทุน ปีงบประมาณ 2537

แหล่งเงินทุน	รายจ่ายเพื่อการใช้สอย (%)				รายจ่ายเพื่อใช้สอย (ล้านบาท)	รายจ่ายเพื่อลงทุน (ล้านบาท)	รวม (ล้านบาท)
	การบริหาร	สถานบริการของรัฐ	สถานบริการของเอกชน	โครงการสาธารณสุข			
กระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ	15%	58%	0%	27%	29,256 (27.1%)	12,263 (60.0%)	41,519 (32.4%)
หน่วยงานอื่นๆของรัฐ	8%	61%	30%	1%	17,282 (16.0%)	136 (0.7%)	17,418 (13.6%)
ส่วนราชการบริหารท้องถิ่น	16%	3%	0%	82%	5,289 (4.9%)	285 (1.4%)	5,574 (4.3%)
ครัวเรือน	0%	34%	66%	0%	49,676 (46.1%)	7,265 (35.5%)	56,941 (44.4%)
เอกชนอื่นๆ	18%	20%	55%	7%	6,364 (5.9%)	489 (2.4%)	6,853 (5.3%)
รวม	7%	42%	38%	12%	107,867 (100.0%)	20,438 (100.0%)	128,305 (100.0%)

ที่มา: เดล โดแนลสัน วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศุภสิทธิ์ พรธรรณูโณทัย, พ.ศ. 2542⁷⁵

กระแสรายจ่ายส่วนใหญ่จากแหล่งเงินภาครัฐจะวิ่งสู่สถานบริการภาครัฐ ในขณะที่กระแสรายจ่ายจากแหล่งเงินภาคเอกชนส่วนใหญ่ไหลไปสู่สถานบริการภาคเอกชน อาจพอกล่าวได้ว่ารายจ่ายดังกล่าวถูกใช้แบบมุ่งเน้นไปที่การรักษาพยาบาล ในขณะที่รายจ่ายโครงการสาธารณสุขซึ่งมักครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีอยู่เป็นส่วนน้อยเพียงประมาณร้อยละ 12 ของรายจ่ายทั้งหมด และมีแหล่งทุนมาจากภาครัฐเป็นส่วนมาก

การที่รายจ่ายจำนวนมากยังคงมาจากภาคเอกชน โดยเฉพาะครัวเรือน ทำให้การใช้จ่ายด้านสุขภาพยังคงเป็นภาระทางการเงินที่สำคัญของประชาชน ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาด้านความเสมอภาคและเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ยากไร้แล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาความล่าช้าของการมารับการรักษา ตลอดจนการอุดหนุนข้ามระบบของสวัสดิการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลต่างๆ ตามมา การอุดหนุนข้ามระบบดังกล่าว ทำให้เกิดความบิดเบือนในเรื่องของราคาและการจัดสรรทรัพยากรอันเป็นปัจจัยหนึ่งที่บั่นทอนประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในภาพรวม

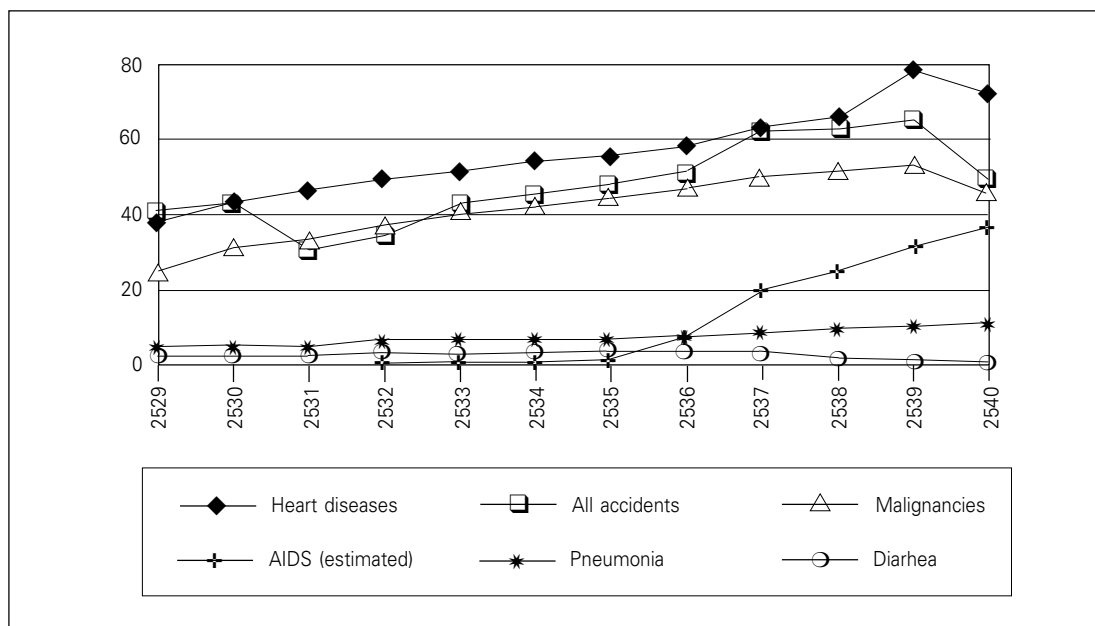
การกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุขกับปัญหาสุขภาพ

การจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของคนในสังคมเป็นสำคัญ การจัดสรรทรัพยากรควรเป็นไปตามสภาพของปัญหา ตรงตามความต้องการของคนในท้องถิ่น สามารถนำทรัพยากรนั้นไปสร้างคุณค่าให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้

ในปัจจุบัน เรายังไม่อาจระบุได้อย่างชัดเจนจากดัชนีหรือเครื่องชี้วัดตัวใดตัวหนึ่งว่าประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรในประเทศไทยเป็นอย่างไร เป็นการยากที่จะประเมินว่าการจัดสรรทรัพยากรตรงตามความต้องการของประชาชนหรือไม่ ทำให้เกิดประโยชน์ได้มากน้อยในระดับใด อย่างไรก็ตาม หากหันมาศึกษาดูปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เราจะพบว่า โรคที่เป็นปัญหาจากการพิจารณาอัตราตายของประชากรอันดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง รวมถึงโรคติดเชื้อที่สำคัญคือโรคเอดส์ ที่มีแนวโน้มผู้เสียชีวิตเพื่อขึ้นเรื่อยๆ ดังแสดงในภาพที่ 5.1 โรคเหล่านี้ล้วนแต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่การจัดสรรงบประมาณด้านบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกลับได้รับความสำคัญน้อยเมื่อเทียบกับการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 5.4 ชี้ให้เห็นได้ว่า งบประมาณร้อยละ 62-66 เป็นงบประมาณที่ใช้กับงานบริการในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาพยาบาล ในขณะที่งบประมาณสำหรับสถานอนามัยซึ่งจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก มีเพียงร้อยละ

ภาพที่ 5.1 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คนของประเทศไทย



ตารางที่ 5.4 การจัดสรรงบประมาณด้านการจัดบริการสาธารณสุขภาครัฐ ปี พ.ศ. 2537-2542

งบประมาณด้าน สาธารณสุข	2537		2538		2539		2540		2541		2542	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
งานโรงพยาบาล	26,958.0	63.8	31,006.1	62.7	37,443.0	62.6	44,881.2	65.9	39,181.2	63.7	37,795.1	62.8
งานผู้ป่วยนอก (สถานีอนามัย)	10,244.4	24.2	11,173.2	22.6	13,630.4	22.8	13,898.3	20.4	13,239.6	21.5	14,044.5	23.3
งานบริการสาธารณสุข	1,721.3	4.1	2,033.1	4.1	2,571.3	4.3	2,335.7	3.4	2,395.2	3.9	2,187.2	3.6
งานวิจัยสาธารณสุข	371.2	0.9	476	0.9	537.6	0.9	1,022.3	1.5	975.9	1.6	809.3	1.3
งานสาธารณสุขอื่นๆ	2,951.0	7.0	4,785.7	9.7	5,628.1	9.4	5,987.3	8.8	5,716.3	9.3	5,343.6	9.0
รวม	34,702.3	100	49,474.1	100	59,810.4	100	68,124.8	100	61,508.2	100	60,179.7	100

ที่มา: สำนักงบประมาณ อ้างถึงใน สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, พ.ศ. 2542

20-24 เท่านั้น ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในเวลาที่ผ่านมา ยกเว้นในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2541-2542 ที่ทำให้งบประมาณในส่วน of โรงพยาบาลถูกตัดทอนลงมาก รูปแบบการจัดสรรทรัพยากรดังกล่าวสะท้อนภาพของการให้ความสำคัญกับการ “ซ่อม” สุขภาพ มากกว่าการป้องกันหรือการ “สร้าง”

สุขภาพ ซึ่งมักมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า

ตัวอย่างที่อาจยกนำมาให้เห็นได้อีกเรื่องคือ การกระจายทรัพยากรตามพื้นที่ ตารางที่ 5.5 แสดงการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขต่อประชากรเป็นรายภาค เปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานครที่มีความไม่เท่าเทียมและไม่สมดุลกันเป็นอย่างมาก ความแตกต่างดังกล่าวดูจะมากเกินไปที่จะอธิบายด้วยเหตุผลของความจำเป็นตามภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละภาค แม้จะยังไม่มีการศึกษาใดหาข้อสรุปได้อย่างเด่นชัด แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อมูลอัตราตายของทารกในเขตเทศบาลและนอก

ตารางที่ 5.5 การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขรายภาค พ.ศ. 2540 (จำนวนต่อประชากร)

ประเภท/ภาค	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ใต้	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ทั่วประเทศ
เตียงโรงพยาบาล	1:205	1:374	1:465	1:492	1:813	1:457
สถานีอนามัย	1:39,345	1:3,554	1:4,070	1:3,657	1:4,923	1:4,172
แพทย์	1:720	1:4,506	1:5,791	1:5,216	1:9,951	1:3,649
ทันตแพทย์	1:3,389	1:21,263	1:30,248	1:31,760	1:45,622	1:17,711
เภสัชกร	1:1,965	1:12,201	1:15,903	1:15,535	1:30,636	1:10,178
พยาบาลวิชาชีพ	1:368	1:1,004	1:1,188	1:1,080	1:2,133	1:1,073
ร้านขายยา แผนปัจจุบัน	1:2,325		1:18,946			1:11,429
ร้านขายยา แผนโบราณ	1:14,136		1:30,987			1:27,925

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, พ.ศ. 2542

ตารางที่ 5.6 อัตราตายทารกจาก Survey of Population Changes (SPC)

การสำรวจ	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	นอกเขต : ในเขต
SPC 1 (พ.ศ. 2507-2508)	84.3	67.6	85.5	1.26
SPC 2 (พ.ศ. 2517-2518)	51.8	39.6	58.7	1.48
SPC 3 (พ.ศ. 2528-2529)	40.7	27.6	42.6	1.54
SPC 4 (พ.ศ. 2532)	38.8	23.6	41.4	1.75
SPC 5 (พ.ศ. 2534)	34.5	21.0	37.0	1.76
SPC 6 (พ.ศ. 2538-2539)	26.05	15.24	28.23	1.85

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เขตเทศบาลตามตารางที่ 5.6 จะพบว่าช่องว่างของภาวะสุขภาพของคนในเขตเมืองและเขตชนบทมีมากขึ้นเรื่อยๆ ปรากฏการณ์ดังกล่าวน่าจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความด้อยประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพไทยได้ในระดับหนึ่งที่ไม่สามารถสร้างประโยชน์ได้อย่างเต็มที่จากทรัพยากรที่ใช้ไป เนื่องจากไม่สามารถจัดสรรทรัพยากรไปสู่พื้นที่ที่มีความต้องการด้านสุขภาพมากกว่าได้

การกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย

เทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงเป็นแหล่งของรายจ่ายทางสุขภาพด้านการลงทุนที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งเนื่องจากประเทศไทยไม่สามารถผลิตเทคโนโลยีทางการแพทย์ส่วนใหญ่ได้ในประเทศ ทำให้มีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการนำเข้าเทคโนโลยีในแต่ละปี ซึ่งช่วงที่ผ่านมานั้นพบว่า มูลค่าการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภทวัสดุและครุภัณฑ์ต่างๆ มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 5.7

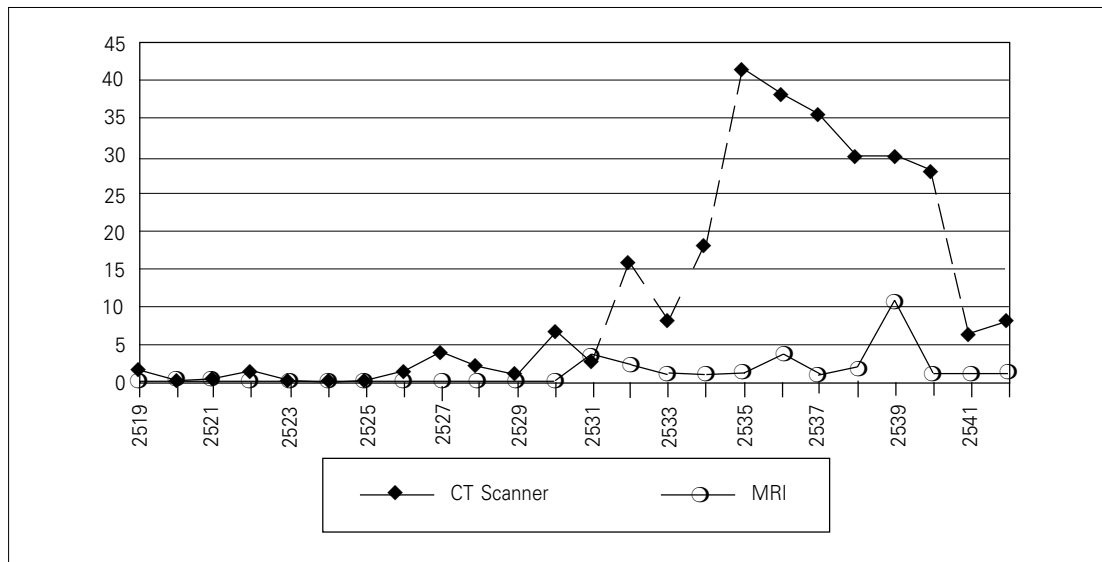
เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงมาก เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) และเครื่องเอ็มอาร์ไอ (MRI) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังแสดงในภาพที่ 5.2 จำนวนการนำเข้าดังกล่าวทำให้ประเทศไทยมีจำนวนเครื่อง CT Scanner ต่อหัวประชากรสูงกว่าหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร กระนั้นความแตกต่างของ

ตารางที่ 5.7 มูลค่าของการนำเข้าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ พ.ศ. 2531-2540

ประเภทเครื่องมือ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
Examination and treatment equipment	1,479.1	3,382.5	2,179.8	2,590.2	5,798.6	7,833.5	9,836.2	10,954.6	12,321.9	15,514.3
Laboratory test equipment	668.2	547.3	754.0	739.9	708.4	985.9	1,421.0	2,237.1	2,065.4	2,138.6
Dentist's chair, ambulance and invalid carriages	33.4	72.4	53.5	67.3	102.7	150.9	224.5	239.8	367.0	276.3
Disposables	338.3	440.8	427.6	518.0	699.0	814.9	1,107.8	1,324.6	1,194.0	1,216.8
รวมทั้งหมด	2,519.0	4,443.0	3,414.9	3,915.4	7,308.6	9,785.2	12,589.5	14,756.1	15,948.3	19,146.1
% การเปลี่ยนแปลง	-	+76.4	-23.1	+14.6	+86.7	+33.9	+28.7	+17.2	+8.1	+20.5

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, พ.ศ. 2542

ภาพที่ 5.2 การขยายตัวของจำนวนเครื่อง CT scanner และ MRI ในประเทศไทยในแต่ละปี



ที่มา: (1) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, พ.ศ. 2542⁷⁶ (2) ปิยะ หาญวรวงศ์ชัยและคณะ, พ.ศ. 2542⁷⁷

ตารางที่ 5.8 การกระจายของเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงบางประเภทในประเทศไทย

จำนวนอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง	กรุงเทพฯ (ร้อยละ)	ภูมิภาค (ร้อยละ)	รวม	
			รัฐ	เอกชน
เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) ⁽¹⁾	91 (33.3)	182 (66.7)	62	211
เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) ⁽¹⁾	55 (51.9)	51 (48.1)	30	76
เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammography) ⁽¹⁾	61 (54.0)	52 (46.0)	40	73
เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ⁽²⁾	18 (69.2)	8 (30.8)	10	16

ที่มา: (1) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, พ.ศ. 2542 (2) ปิยะ หาญวรวงศ์ชัยและคณะ, พ.ศ. 2542

จำนวนเครื่อง CT Scanner ต่อล้านประชากรในประเทศไทยระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพมหานครมีมากถึง 8.6 เท่า ในปี พ.ศ. 2541 ในขณะที่ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้มีเครื่อง CT Scanner ต่อล้านประชากรมากกว่าภาคอีสานอยู่ 2.7 เท่า 1.8 เท่าและ 1.2 เท่า ตามลำดับ¹⁶

ความแตกต่างของการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนให้เห็นได้กับเครื่องมือแพทย์อื่นๆ ด้วย ดังตารางที่ 5.8 การกำหนดนโยบายการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์โดยเฉพาะเครื่องมือที่มีราคาแพงอย่างไม่เหมาะสม อาจจะทำให้เกิดผลกระทบตามมาในส่วนที่

เกี่ยวเนื่องกับประสิทธิภาพดังนี้

1. การใช้งานเทคโนโลยีที่ไม่คุ้มค่าการลงทุน การลงทุนเกินความต้องการทางสุขภาพในท้องถิ่น ทำให้เกิดต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) ต่อระบบสุขภาพเป็นจำนวนมาก ไม่สามารถนำทรัพยากรที่ลงทุนไปแล้วไปใช้ในเรื่องอื่นได้อีก
2. การส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นทั้งนี้เพื่อให้มีอัตราการใช้งานถึงระดับที่ต้นทุนในทางธุรกิจ เกิดภาวะที่อุปทานเหนี่ยวนำให้เกิดอุปสงค์ (Supply-induced demand) อันเป็นอุปสงค์เทียมในระบบสุขภาพ ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้นเกินความจำเป็น
3. ผลของแรงผลักดันทางธุรกิจข้างต้น ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพตลอดจนความเชื่อถือของผู้ป่วยที่มารับบริการต่อระบบสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกการตรวจรักษา ทำให้แพทย์สั่งการตรวจรักษาโดยไม่คำนึงถึงความคุ้มค่า และนำไปสู่กระบวนการบริหารจัดการเพื่อหลบหนการใช้บริการ และการตรวจสอบต่างๆ ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ จำนวนมากตามมา

กรณีศึกษาทั้งสามกรณีข้างต้น อันได้แก่ การคลังสาธารณสุขและการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพที่ดูเหมือนจะมุ่งเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนไม่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพของพื้นที่ต่างๆ รวมถึงการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม เป็นตัวอย่างของเหตุที่นำไปสู่ความด้อยประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรที่ค่อนข้างเห็นได้อย่างชัดเจน ยังมีตัวอย่างของปัญหาในระบบสุขภาพอีกหลายประการที่อาจมองเห็นได้ไม่ชัดเจนนักซึ่งนำไปสู่ปัญหาในเชิงประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) เช่น พฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคที่ไม่เหมาะสมของประชาชน ปัญหาในการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ตรงกับความต้องการของประเทศ เป็นต้น

สรุปท้ายบท

การมองภาพในระบบสุขภาพข้างต้นดังกล่าวมา อาจพอสรุปในเบื้องต้นได้ชัดเจนพอสมควรว่า การจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพของประเทศในช่วงที่ผ่านมายังไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากนัก การจัดสรรทรัพยากรในปัจจุบันมีจุดเน้นที่การรักษาพยาบาล ซึ่งมีตัวอย่างที่ทำให้เห็นได้ชัดเจนว่าการใช้งบประมาณในด้านหนึ่ง (การรักษาพยาบาล) ส่งผลต่อบริการในด้านอื่น (การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) นอกจากนี้ยังมีการกระจายทรัพยากรที่อาจไม่ตรงกับลำดับความสำคัญของปัญหาทาง

สุขภาพและพื้นที่ที่เป็นปัญหาของประเทศ

การปรับเปลี่ยนรูปแบบและสัดส่วนของการจัดสรรงบประมาณด้านการจัดบริการสาธารณสุขรวมถึงการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพในส่วนอื่นๆ น่าจะสามารถทำให้เกิดผลเชิงบวกต่อสุขภาพในภาพรวมของประชาชนในประเทศให้ดีขึ้นได้โดยไม่ต้องใช้ต้นทุนค่าใช้จ่ายมากกว่าเดิม การสร้างให้มีกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรเป็นเรื่องจำเป็น



คำถามสำหรับผู้สนใจค้นคว้าต่อไป

กลไกในการจัดสรรทรัพยากรให้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีระบบ กลไก และเครื่องมืออะไรบ้าง ใครควรมีบทบาทอะไร อย่างไร

6

การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ของระบบสุขภาพในประเทศไทย

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการเปลี่ยนแนวคิด มุมมอง การวางนโยบาย การจัดองค์กร ระบบ และกระบวนการที่มีต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ เนื่องด้วยระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีพัฒนาการมาถึงระดับที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนไปตามความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมได้อีกต่อไป เนื่องด้วยข้อจำกัดหลายๆ ประการ เช่น กระบวนการกำหนดนโยบายการพัฒนาประเทศที่ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ กฎหมายที่ล้าสมัย ข้ำซ้อนและไม่เอื้ออำนวยต่อการป้องกันสุขภาพของประชาชน ระบบบริการที่ขาดความคล่องตัว ตลอดจนมุมมองและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของผู้บริโภค ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลต้องใช้ทรัพยากรของประเทศเกินกว่าที่ควรจะเป็นเพื่อยกระดับสภาวะสุขภาพของประชาชน ประชาชนในประเทศขาดหลักประกันทางสุขภาพ ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียม ความด้อยประสิทธิภาพของระบบส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

การปฏิรูประบบสุขภาพมียุทธศาสตร์หลายด้าน ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงระบบทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค ยุทธศาสตร์ที่จะขอก้าวไว้ในที่นี้ ได้แก่

- ระบบสุขภาพที่มุ่งการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ
- การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ
- การพัฒนาคุณภาพของการบริการ

การวางระบบสุขภาพที่มุ่งการ “สร้าง” มากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ

ระบบสุขภาพในปัจจุบันเน้นการเป็นระบบตั้งรับเป็นหลัก คือ การรอให้เจ็บป่วยแล้วค่อยให้การรักษายาบาล ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าระบบที่มุ่งที่การ “ซ่อม” สุขภาพเป็นระบบที่มีความสิ้นเปลืองและต้นทุนค่าใช้จ่ายสูง ทั้งที่เกิดแก่คนไข้และสังคม ในส่วนที่เกิดผลกับคนไข้เองอาจเป็นในรูปของค่ารักษายาบาล การสูญเสียรายได้เนื่องจากการขาดงานรวมถึงสุขภาพจิตที่เสื่อมทรามลงไป ส่วนที่เกิดแก่สังคมส่วนรวมที่ต้องแบกรับภาระความเจ็บป่วยที่มีเกินความจำเป็น ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ที่เจ็บป่วยตลอดจนมีความพิการ สูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีค่า อีกทั้งยังเสียโอกาสในการนำทรัพยากรไปใช้ในด้านอื่นๆ เนื่องจากต้องนำมาใช้ในการลงทุนสร้างระบบบริการเพื่อรองรับความเจ็บป่วยทั้งหลาย

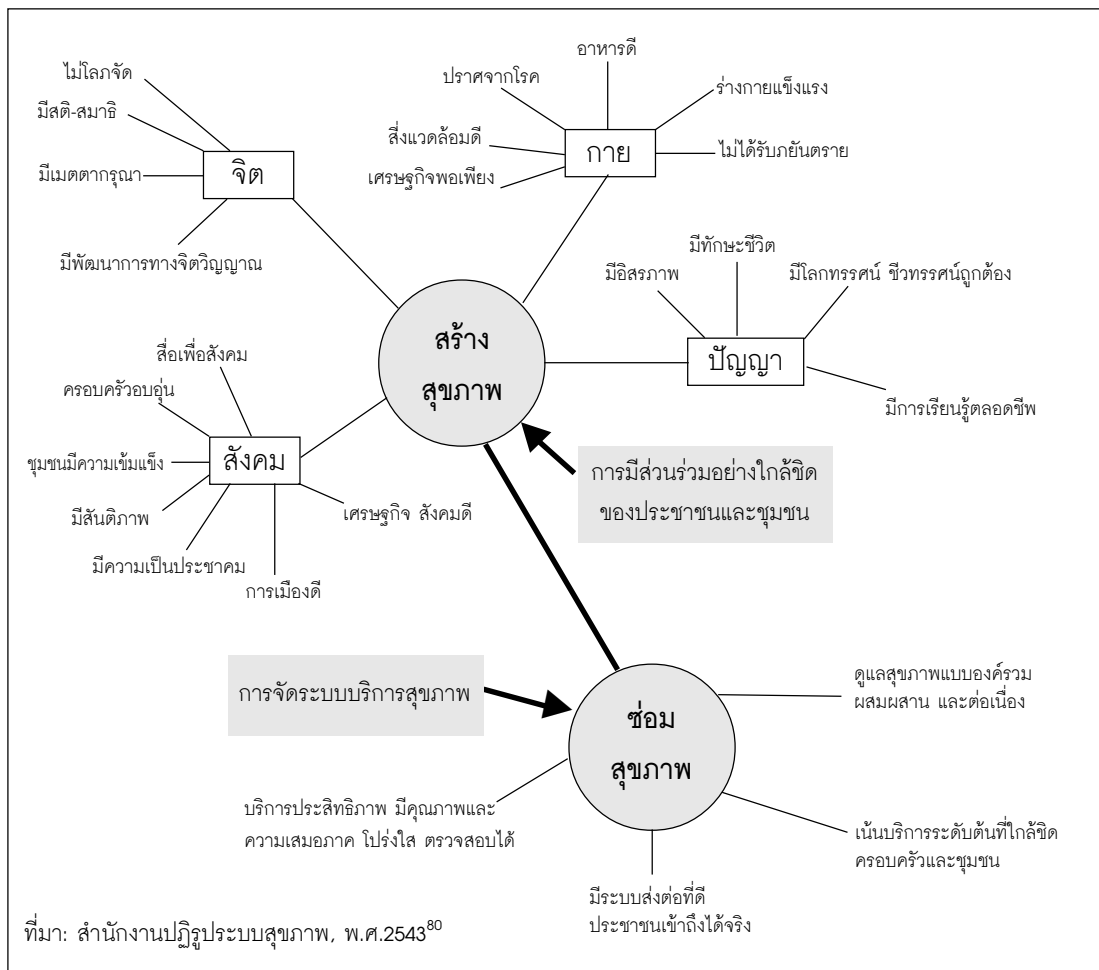
การทำให้สุขภาพดี จะทำให้ระบบเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรอรักษาและฟื้นฟูเมื่อสุขภาพเสียแล้ว ระบบสุขภาพจึงควรมุ่งเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพ เปลี่ยนจากระบบตั้งรับเป็นระบบเชิงรุก รุกออกไปสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น ระบบสุขภาพเชิงรุกจะให้ความสำคัญแก่การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) และการป้องกันควบคุมโรค (Disease prevention) ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีกระบวนการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ ฉลาดเลือก ฉลาดใช้ ตลอดจนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ มีระบบบริการทางสุขภาพที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและมีบูรณาการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพอย่างเหมาะสม^{78, 79} ภาพลักษณ์ของระบบสุขภาพที่ควรจะเป็นอาจแสดงได้ดังภาพที่ 6.1

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

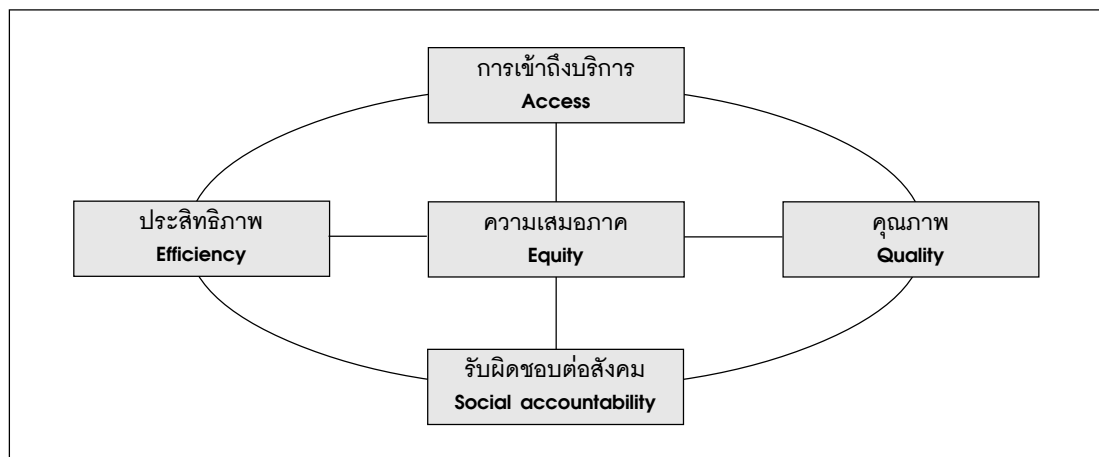
ประเทศอาจสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยจุดมุ่งหมายที่สำคัญหลายประการของการปฏิรูประบบสุขภาพ ประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือทางการเงินที่สำคัญในการปกป้องประชาชนจากความเสี่ยงอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่ไม่ได้คาดหวัง นอกจากนี้การที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยเพิ่มรายได้และทรัพยากรเข้ามาสู่ระบบสุขภาพให้มีความมั่นคง มีส่วนสำคัญในลดการกีดขวางทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเสมอภาคของการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 6.2

ในเชิงประสิทธิภาพ การวางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีมีส่วนสำคัญที่ส่งเสริมให้มีการกระจายและจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถกำหนดการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของคนส่วนใหญ่

ภาพที่ 6.1 ภาพลักษณ์ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็น



ภาพที่ 6.2 เป้าหมายที่สำคัญของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อประชาชน



ของประเทศ ลดการอุดหนุนข้ามกลุ่มของผู้รับบริการและลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการอันเกิดจากระบบที่มีความซับซ้อนและหลากหลาย นอกจากนี้การมีระบบหลักประกันสุขภาพสามารถจัดระบบการดูแลระดับปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วยสู่ระดับการดูแลที่สูงขึ้นได้ เป็นเครื่องมือที่ช่วยปรับสัดส่วนของทรัพยากรให้ไปสู่บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้มากกว่าการปล่อยระบบให้เป็นไปตามกลไกตลาดเสรีที่การใช้บริการต่างๆ เป็นไปอย่างสมควรใจ ซึ่งหลายครั้งทำให้ส่วนรวมเสียประโยชน์

องค์ประกอบสำคัญของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อาจเลือกใช้อย่างประการ เช่น การชำระค่าใช้จ่ายแก่ผู้ให้บริการแบบเหมาจ่าย จะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเลือกบริการที่มีความคุ้มค่ามากขึ้น ช่วยส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และพัฒนากลไกการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ให้มีต้นทุนต่ำที่สุด นอกจากนี้การลดภาระของประชาชนให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นโดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน มีส่วนให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงลดลง และเสียค่าใช้จ่ายในแต่ละครั้งลดน้อยลงด้วย

อย่างไรก็ตามการจัดองค์ประกอบของระบบที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นได้ เช่น การมีหลักประกันสุขภาพอาจทำให้ประชาชนให้ความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองลดลง ลดความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง หันมาหาการให้ความสำคัญกับการรักษามากขึ้น มีการใช้บริการทางสุขภาพเกินความจำเป็นสูงขึ้นตลอดจนอาจทำให้ราคาของการบริการในภาพรวมสูงขึ้น สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากขึ้นในขณะที่อาจไม่สามารถถ่ายโอนทรัพยากรระหว่างระดับต่างๆ ของบริการได้ด้วยข้อจำกัดขององค์กรที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ เป็นต้น⁸¹

นอกจากนั้นยังมีคำถามจำนวนมากที่น่าสนใจเกี่ยวกับการวางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประเทศไทยที่จำเป็นต้องหาคำตอบ

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพระบบเดียวกันหรือสามารถมีได้หลายระบบ หากมีหลายระบบจะป้องกันความซ้ำซ้อน และจะมีการโยนย้ายระหว่างกันได้อย่างไร ความคุ้มครองจะเหมือนกันหรือไม่
2. ความคุ้มครองทางสุขภาพสำหรับประชาชนควรประกอบด้วยเรื่องใดบ้าง ควรคุ้มครองบริการพื้นฐานส่วนใหญ่หรือเฉพาะความเจ็บป่วยถึงขั้นสิ้นเนื้อประดาตัว เป็นความคุ้มครองที่มีบูรณาการ หรือเป็นความคุ้มครองขั้นต่ำที่ประชาชนบางกลุ่มอาจแสวงหาความคุ้มครองอื่นๆ เพิ่มเติมได้หากมีกำลังซื้อ
3. แหล่งเงินสำหรับการประกันสุขภาพควรมาจากที่ใด จากใครบ้างและจำนวน

เท่าใด ใครจะเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันแก่ผู้ด้อยโอกาส หากต้องใช้กลไกภาษี ภาษีนี้นั้นจะมาจากแหล่งใด จะมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในภาพรวมอย่างไร

4. การชำระค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพควรใช้รูปแบบใด รูปแบบการจ่าย น่าจะเป็นแบบเหมาจ่ายในระดับใดระดับหนึ่ง แต่รูปแบบดังกล่าวจะทำให้ใครต้องรับความเสี่ยงเรื่องอะไร ส่งผลได้ผลเสียต่อคุณภาพ สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการเตรียมการระบบบริหารจัดการอย่างไร นอกเหนือไปจากความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่าย
5. การบริหารจัดการระบบ ตลอดจนการจัดการการใช้บริการจะทำอย่างไร บทบาทของรัฐและบทบาทของประกันสุขภาพภาคเอกชนควรเป็นเช่นใด

การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ

กลไกหนึ่งที่หลายประเทศนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ คือ การกระจายอำนาจ (Decentralization) การกระจายอำนาจเป็นกระบวนการถ่ายโอนอำนาจ (Authority) และความรับผิดชอบให้ตรวจสอบ (Accountability) จากส่วนกลางไปสู่ส่วนท้องถิ่น ให้ชุมชนและท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การกำหนดนโยบาย การแสวงหา และการบริหารจัดการทรัพยากร จัดระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของตน โดยทั่วไปความมุ่งหวังต่อการกระจายอำนาจเกิดขึ้นใน 2 ทิศทาง คือ

1. สร้างความมีส่วนร่วม เสริมพลังให้แก่ชุมชน ปรับปรุงการประสานงานระหว่างส่วนต่างๆ ในระดับพื้นที่ กระตุ้นให้มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วมที่ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่น
2. เป็นกลไกในการเพิ่มประสิทธิภาพ ปรับปรุงการบริหารจัดการ และการตอบสนองต่อความต้องการของบริการทางสุขภาพของรัฐ เป็นการถ่ายโอนสิทธิจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน และอ้างอิงกลไกตลาดเพื่อจัดสรรทรัพยากรมากขึ้น⁸¹

กระบวนการกระจายอำนาจจะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ มากมาย มีทั้งผลได้และข้อเสีย อาจพอสรุปได้ดังตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 ผลได้ (Benefits) และข้อเสีย (Drawbacks) ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระจายอำนาจ

กิจกรรม	ผลได้	ข้อเสีย
การวางแผนยุทธศาสตร์ Strategic planning	การให้ความสำคัญแก่การวางแผนยุทธศาสตร์และผลของแผนงานเพิ่มขึ้น	การควบคุมโดยท้องถิ่นอาจขัดแย้งกับแนวทางของส่วนกลาง
การตัดสินใจ Decision making	การตัดสินใจของท้องถิ่นทำได้รวดเร็ว มีข้อจำกัดของระบบราชการน้อย และมักสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่มากกว่า	การตัดสินใจของท้องถิ่นอาจไม่สนับสนุนเป้าหมายของแผนงานระดับประเทศ การตัดสินใจภายใต้อิทธิพลของการเมืองท้องถิ่น
การประสานงาน Coordination	ส่วนกลางให้ความสนใจในการปรับปรุงการประสานงานและความร่วมมือระหว่างส่วนต่างๆ ในทุกระดับ	องค์กรที่ทำงานในพื้นที่ที่มีจำนวนมากเกินไป ทำให้จัดการการประสานงานได้ยาก
การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น Local participation	ผู้ให้บริการในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในงานต่างๆ และประสานงานกัน	ผู้มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นบิดเบือนกิจกรรมตามแผนงานไปจากเป้าหมายของชาติ
การวางแผนผลการปฏิบัติงาน Performance planning	บุคลากรท้องถิ่นกำหนดวัตถุประสงค์ของผลงาน และรับผิดชอบที่จะทำได้ตามนั้น	วัตถุประสงค์ของท้องถิ่นอาจไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ
ความยั่งยืนทางการเงิน Financial sustainability	การจัดการส่วนกลางมุ่งให้เกิดความยั่งยืนทางการเงินของงานด้านสุขภาพ แต่ละเรื่องในขณะที่ลดการอุดหนุนลง	การนำแผนงานสู่การปฏิบัติมักมีเงินน้อยลง ซึ่งอาจเพิ่มความไม่เสมอภาคระหว่างพื้นที่ต่างๆ มีผลต่อคุณภาพและบริการ
การจัดการทางการเงิน Financial management	ความครอบคลุมของแผนงานเพิ่มขึ้น การหารายได้ระดับท้องถิ่นเพิ่มขึ้นได้	บุคลากรระดับท้องถิ่นอาจไม่มีทักษะเพียงพอในการจัดการทางการเงิน มีการใช้เงินไปในทางที่ไม่ถูกต้อง
การใช้ทรัพยากร Resource use	การกำหนดทรัพยากร การทำงาน การกำกับดูแล สารสนเทศ การศึกษาและการสื่อสาร มีความเหมาะสมมากขึ้น	ส่วนกลางอาจไม่เห็นพ้องกับการจัดลำดับความสำคัญของท้องถิ่น และอาจไม่ยินดีที่จะให้การอุดหนุน
การจัดการบุคลากร Staffing	การสรรหาบุคลากรสามารถทำได้ในท้องถิ่น และภายในชุมชนที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงาน	ความเกี่ยวเนื่องกับท้องถิ่นมีอิทธิพลในทางที่ไม่เหมาะสมต่อการคัดเลือกและเลื่อนขั้นของบุคลากร
การกำกับดูแล Supervision	การกำกับดูแลสามารถเชื่อมต่อโดยตรงและมีอิทธิพลต่อการวางแผนในระดับท้องถิ่น	ความอ่อนแอของทักษะในการกำกับดูแล อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการประยุกต์ใช้มาตรฐานของการดูแลระดับประเทศ
มาตรฐานบริการ Service standards	ส่วนกลางสามารถมุ่งเน้นประเด็นระดับชาติ เช่น มาตรฐานการบริการ บรรทัดฐานและเกณฑ์การประเมินผล	มาตรฐานการบริการและบรรทัดฐานระดับชาติอาจไม่เหมาะสมและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในระดับท้องถิ่น
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ Client satisfaction	การผสมผสาน การประสานงานและการจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นและความสะดวกของผู้รับบริการสามารถทำได้ง่าย	ระบบการส่งต่ออาจล่มสลาย และกิจกรรมเชิงรุกอาจถูกตัดทอน ถ้ารัฐบาลท้องถิ่นไม่สามารถหาทุนที่เพียงพอมาเพื่อจุนเจือระบบ
บริการใหม่ New services	โอกาสเปิดกว้างมากขึ้นสำหรับการพัฒนาบริการหรือกลไกในการบริการใหม่ๆ	ความสามารถที่ไม่เพียงพอหรือการขาดวิสัยทัศน์ของท้องถิ่นในการวางแผน อาจนำไปสู่การตั้งวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ของการบริการที่ไม่สมจริง

ที่มา: R.-L. Kolehmainen-Aitken (ed), 1999.⁸²

นโยบายการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการโรงพยาบาลของรัฐให้เป็น “โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous hospital)”⁸³ เป็นกลไกหนึ่ง เชื่อได้ว่าจะส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพได้ในระดับต่างๆ โรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะเป็นโรงพยาบาลที่มีกลไกการปกครองที่ต้องรับผิดชอบต่อความต้องการของท้องถิ่น และตรวจสอบได้ (Accountability) มีอิสระมากขึ้นในการบริหารจัดการ เอื้ออำนวยให้เกิดประสิทธิภาพทางเทคนิคและความคุ้มค่า จากการจัดการทรัพยากรบุคคล การใช้วัสดุ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการผลิตบริการที่ตรงตามความต้องการของท้องถิ่นมากขึ้นได้⁸⁴

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีโอกาสที่ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรจะเพิ่มขึ้น ได้จากการตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นได้ตรงมากขึ้น แต่ความสนใจของชุมชนท้องถิ่นอาจหันไปสู่บริการเชิงรักษามากกว่าเชิงป้องกัน ผลได้ทางสังคมในภาพกว้างอาจถูกมองข้ามไป นอกจากนี้การบรรลุถึงประสิทธิภาพจากกลไกกระจายอำนาจ มีข้อควรคำนึงในทางปฏิบัติที่ต้องสร้างโครงสร้างสิ่งจูงใจ (Incentive structure) ที่ส่งเสริมการทำงานที่มีประสิทธิภาพ วางระบบที่สามารถตรวจสอบการทำงานของผู้ปฏิบัติงานได้ เสริมทักษะ การบริหารจัดการ ตลอดจนหากลไกที่จะชดเชยหรือรักษาประสิทธิภาพจากขนาด (Economies of scales) อันเนื่องมาจากการกระจายการจัดการกิจกรรมเรื่องต่างๆ ออกไป เช่น การจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ การวิจัยและพัฒนา การฝึกอบรมและการพัฒนานวัตกรรม เป็นต้น

การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการทางสุขภาพ

การพัฒนาคุณภาพมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับประสิทธิภาพทางเทคนิค ตลอดจนความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพในระดับขององค์กรผู้ให้บริการ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การปรับมุมมองของผู้ให้บริการให้เห็นความสำคัญของคุณภาพและกระบวนการทำงาน การสร้างระบบตรวจสอบและปรับปรุงตนเองให้ผู้ให้บริการแต่ละรายสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่พึงประสงค์ มีมาตรฐานในการทำงานที่เหมาะสมบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับ ตลอดจนเกิดความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องน้อยที่สุด นับว่าเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่ประสิทธิภาพด้วย การพัฒนาคุณภาพของผู้ให้บริการทางสุขภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับจุลภาค เพื่อนำการปฏิรูประดับมหภาคที่นำเสนอไว้แล้วข้างต้น สู่การปฏิบัติให้เกิดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

องค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ อาจแยกออกได้เป็น 5 เรื่องสำคัญคือ

1. **การพัฒนากระบวนการและกระบวนการคุณภาพในการบริการ** หมายถึง การสร้างระบบให้มีความสามารถในการตรวจสอบและประเมินตนเอง มีกระบวนการจัดการความเสี่ยงอันอาจทำให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพตลอดจนทรัพย์สินของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มีการประกันคุณภาพเพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการปฏิบัติงาน มีกระบวนการที่เอื้อให้มีการปรับปรุงระบบและวิธีการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง⁸⁵

แนวทางดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการปรับกระบวนการทัศนคติของผู้ให้บริการที่มีต่อการบริการ องค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ การสร้างทีมงาน แนวร่วมหรือภาคีที่ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้การพัฒนา ตลอดจนองค์กรภายนอกที่เป็นกลางที่จะทำหน้าที่ติดตามและให้การรับรอง

2. **การพัฒนาทางวิชาการและการเลือกใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพที่เหมาะสม** หมายถึง การสร้างกระบวนการทางวิชาการในการสร้างและประยุกต์องค์ความรู้เชิงระบบด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่นำมาสู่การปฏิบัติ (Evidence-based public health practice) โดยเฉพาะในการเลือกใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การตรวจ รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

กระบวนการทางวิชาการดังกล่าวอาจหมายถึงกระบวนการการตัดสินใจในระดับต่างๆ ที่ต้องอาศัยความรู้ข้อมูลและหลักฐานที่เป็นข้อเท็จจริง ตั้งแต่ขั้นตอนของการ ศึกษาและทำความเข้าใจกับปัญหา การทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ การวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้เพื่อใช้แก้ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญบนพื้นฐานของข้อมูล การวางแผนปฏิบัติ รวมถึงการประเมินและปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน⁸⁶

3. **การสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วย** หมายถึง การสร้างระบบที่จะส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลในระดับต้นสู่ระดับสูงกว่าในกรณีที่ไม่สามารถให้การรักษายาบาลได้ ตลอดจนระบบการส่งผู้ป่วยจากสถานพยาบาลระดับสูงกลับสู่สถานพยาบาลระดับต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการที่มีความจำเป็น เหมาะสมและต่อเนื่อง

4. **การส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ** หมายถึง การสร้างระบบให้มีกลไกในการดูแลและส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เป็นต้น การส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพจะส่งผลดีต่อคุณภาพของการบริการ ตลอดจนช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและลดปัญหาจากการฟ้องร้อง

5. **การสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจและให้ข้อมูลด้าน**

สุขภาพต่อผู้บริโภค หมายถึง การสร้างระบบในการให้ความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้บริโภคมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการให้ข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้ให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้บริโภคเพื่อประกอบการตัดสินใจอย่างถูกต้องในการเลือกรับบริการ อันจะเป็นกลไกย้อนกลับมากระตุ้นให้ผู้ให้บริการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของตนเอง และลดปัญหาของความไม่สมดุลของข้อมูลอันเป็นเหตุของความด้อยประสิทธิภาพในระบบบริการทางสุขภาพในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์

สรุปท้ายบท

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดของสังคมที่มีต่อสุขภาพระบบบริการทางสุขภาพตลอดจนปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกระบบ และดำเนินการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบของระบบเสียใหม่ เพื่อให้ระบบสุขภาพบรรลุถึงเป้าหมายได้ ดังนั้นการปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นกระบวนการ มิใช่เป้าหมาย

การดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบ จำเป็นต้องคำนึงถึงการปรับเปลี่ยนทั้งในระดับมหภาค และระดับจุลภาค ที่จำเป็นจะต้องเกื้อหนุนและสอดคล้องกัน การกำหนดนโยบายเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ แต่ต้องกระทำอย่างครบวงจร ทั้งการวางระบบ จัดโครงสร้างองค์กร และการนำสู่การปฏิบัติในระดับปัจเจก ดังแสดงให้เห็นไว้ในตัวอย่าง 4 ประเด็นที่กล่าวไว้ข้างต้น



คำถามสำหรับผู้สนใจค้นคว้าต่อไป

การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ จะมีผลกระทบต่อใครในส่วนตัว อย่างไรบ้าง ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

เอกสารอ้างอิง

- ¹ Stoddart G, Lavis J. Efficiency. In: Hurley J, Feeny D, Giacomini M, et al. Introduction to the Concepts and Analytical Tools of Health Sector Reform and Sustainable Financing: A pre-course distance-learning module. Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing. World Bank Institute, 1998.
- ² Folland S, Goodman AC, Stano M. The Economics of Health and Health Care. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ.: Prentice Hall, 1997.
- ³ Hurley J, Grootendorst P. The Basics of Markets and Health Care Markets. In: Hurley J, Feeny D, Giacomini M, et al. Introduction to the Concepts and Analytical Tools of Health Sector Reform and Sustainable Financing: A pre-course distance-learning module for the Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing. World Bank, 1998.
- ⁴ Sorkin AL. Health Economics: An Introduction. 3rd ed. New York: Lexington Books, 1992.
- ⁵ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ. โครงการวิจัยและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในโครงการ Hospital Accreditation ระยะที่ 1. รายงานการศึกษาโดยความสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543. (เอกสารอัดสำเนา)
- ⁶ Crosby PB. Quality is Free: The Art of Making Quality Certain. New York, NY: McGraw-Hill, 1979.
- ⁷ Juran JM. Juran on Planning for Quality. New York, NY: Free-Press, 1988.

- ⁸ International Organization for Standardization. Quality Management and Quality System Elements, Part 2: Guidelines for Services. Geneva: ISO, 1990.
- ⁹ Parasuraman A, Zeithaml RD, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49; 1985: 41 - 50.
- ¹⁰ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. www.jcaho.org, 1990.
- ¹¹ Council on Medical Service, American Medical Association. Quality of Care. *JAMA* 256; 1986: 1032 - 34.
- ¹² Fleming S.T. The relationship between the cost and quality of hospital care: A review of the literature. *Medical Care Review* 47; 1990: 487 - 502.
- ¹³ Davis K, Anderson G, Rowland D, et.al. Health Care Cost Containment. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.
- ¹⁴ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.
- ¹⁵ Bennett S., Tangcharoensathien V. Active Consumer or Passive Patient? Hospital User in Bangkok. 1994. อ้างถึงใน สำนักนโยบายและแผนฯ, 2542
- ¹⁶ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542.
- ¹⁷ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สุกัลยา คงสวัสดิ์ และ Sara Bennett. คุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย. *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข* 2539; 4 (3): 158-168.
- ¹⁸ จุฑามาศ โมพี, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมานพ เงินวิวัฒน์กุล. การศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2543. (In preparation)
- ¹⁹ Perry S, Eliastam M. The National Center for Health care Technology. *JAMA* 245; 1981: 2510-2511.
- ²⁰ Garrison LP Jr., Wilensky GR. Cost containment and incentives for technology. *Health Affair* 5; 1986: 46-58.
- ²¹ Blumenthal D. Federal policy toward health care technology: The case of the national center. *Milbanks Memorial Fund Quarterly* 61; 1983: 584-613.
- ²² กองควบคุมเครื่องมือแพทย์. กฎหมายและข้อกำหนดด้านเครื่องมือแพทย์ ออกตามความใน พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2538.

- 23 Herdman RC. Implications of new medical technology. *New York State Journal of Medicine* 85; 1985: 634-636.
- 24 Steinberg EP. The impact of regulation and payment innovations on acquisition of new imaging technologies. *Radiologic Clinics of North America* 23; 1985: 381-389.
- 25 Barros A, Toback D, Kleven E, et al. ASMT White paper on health care cost containment. *American Journal of Medical Technology* 47; 1981: 603-606.
- 26 DesRochers G. Technology's contribution to rising health care costs. *Dimensions in Health Services*; October 1980: 16, 18.
- 27 Evans RW. Health care technology and the inevitability of resource allocation and rationing decisions part I. *JAMA* 249; 1983: 2047-2053.
- 28 Davidson L. The acquisition and development of technical resources: a personal interview. *Health Bulletin* 42; 1984: 5-13.
- 29 Banta HD, Sanes JR. Assessing the social impacts of medical technologies. *Journal of Community Health* 3; 1978: 245-258.
- 30 Perry S. Technology assessment in health care: The US perspective. *Health Policy* 9; 1988: 317-324.
- 31 Rakich JS, Longest BB Jr, Darr K. *Managing Health Services Organizations*. 3rd ed. Baltimore: Health Administrations Press. 1994: 179-204.
- 32 Eisenberg JM, Schwartz JS, McCaslin FC, et al. Substituting diagnostic services: new yests only partly replace older ones. *JAMA* 262; 1989: 1196-1200.
- 33 Petiti DB. Competing technologies: Implications for the costs and complexity of medical care. *New England Journal of Medicine* 315; 1986: 1480-1483.
- 34 Lazarus R, Leeder S. Technology in health care-you don't need a lithotripter to solve the problem of cracking nuts. *Medical Journal of Australia* 151; 1989: 58-60.
- 35 ภิรมย์ กมลรัตนกุล. การประเมินผลบริการอนามัย. ใน: ไพฑูลย์ ไฉ่สุทธ, พรณรงค์ ชาติวรรณ, องอาจ วิพุธศิริ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, บรรณาธิการ. *วิทยาการระบาดประยุกต์. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2531: 159-191. (เอกสารอัดสำเนา)
- 36 Collen MF. Medical technology assessment: An emerging evaluation methodology. *Med. Inform. Med.* 23; 1984: 1-3.
- 37 Harlan WR, Chianchiano D, Himes KR, et al. Ethics of biomedical technology transfer. *Circulation* 67; 1983: 942A-946A.

- 38 Kamol-Ratanakul P, et al. Cost-effectiveness analysis of malaria control for migrant workers in Thailand. 1991.
- 39 Kamol-Ratanakul P, et al. Cost-effectiveness analysis of three short-course anti-tuberculosis programs compared with standard regimen in Thailand. 1991.
- 40 Triteeraprapab S, Sriratanaban J, Triteeraprapab S, et al. The cost-effectiveness of Antigen-capture ELISA, IgG4 antibody, and PCR assays in detecting bancroftian filariasis in Myanmar migrants. Proceedings of the 41st Annual Scientific Meeting, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Bangkok, Thailand. March 20-24, 2000.
- 41 เปรมชัย ชลิตาพงศ์, ไชยเวช ธนไพศาล. Laparoscopic Cholecystectomy: The first 100 cases in Chiengrai Hospital. ใน กำหนดการบทคัดย่อ “การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข และการนำเสนอผลงาน ประจำปีงบประมาณ 2538”. รร.ลิตเติ้ลดัก เชียงราย, 2538: 33.
- 42 Chamnongwit W. Laparoscopic cholecystectomy 110 Cases: An Experience in Phrae hospital. บทคัดย่อการประชุมวิชาการครั้งที่ 20. ณ รร.แอมบาสเดอร์ซิตี จอมเทียน ชลบุรี ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2538: 296.
- 43 Pareesri W. Laparoscopic Cholecystectomy: The first Experience in Community hospital. ใน บทคัดย่อการประชุมวิชาการครั้งที่ 20. ณ รร.แอมบาสเดอร์ซิตี จอมเทียน ชลบุรี ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2538: 295.
- 44 สุชาติ จันทวิบูลย์, วีรชัย มหรราดล, ทวี รัตนชูเอก. Laparoscopic Colo Rectal Surgery. ใน บทคัดย่อการประชุมวิชาการครั้งที่ 20. ณ รร.แอมบาสเดอร์ซิตี จอมเทียน ชลบุรี ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2538: 292.
- 45 Thanapongsathorn W, Nimittrvanich C, Akranurakkul P. Laparoscopic Surgery in Peptic Ulcer Disease. บทคัดย่อการประชุมวิชาการครั้งที่ 20. ณ รร.แอมบาสเดอร์ซิตี จอมเทียน ชลบุรี ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2538: 297.
- 46 Sandhu T., Trakultivakorn H. Laparoscopic Adrenalectomy: A case report. บทคัดย่อการประชุมวิชาการครั้งที่ 20. ณ รร. แอมบาสเดอร์ซิตี จอมเทียน ชลบุรี. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. 2538: 301.
- 47 Wattanasirichaigoon S., et.al. Laparoscopic Tranperitoneal Lumbar sympathectomy: A new approach. บทคัดย่อการประชุมวิชาการครั้งที่ 20. ณ รร.แอมบาสเดอร์ซิตี จอมเทียน ชลบุรี ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. 2538: 217.
- 48 Panpimanmas S., Ratanachu-ek T., Chanthaviboon S. Endoscopic Treatment of Pancreatic Duct Stone and Relapsing Pancreatitis. บทคัดย่อการประชุมวิชาการครั้งที่ 20.

- ณ รร.แอมบาสเดอร์ซีดี จอมเทียน ชลบุรี ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. 2538: 192.
- 49 ชาติชาย มิตรกุล. A Study into the efficiency of an ordinary video camera and television when used with a laproscope. ใน กำหนดการบทคัดย่อ “การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข และการนำเสนอผลงาน ประจำปีงบประมาณ 2538”. ณ รร.ลิตเติ้ลดัก เชียงราย. 2538: 31.
- 50 อรรถพงศ์ จักรียะกุล, ทิพวัลย์ จิตตะวิกุล. Quality of Diagnostic X-ray Machines. ใน กำหนดการบทคัดย่อ “การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข และการนำเสนอผลงาน ประจำปีงบประมาณ 2538”. ณ รร. ลิตเติ้ลดัก เชียงราย. 2538: 207.
- 51 บังอร ลำยองเสถียร. การบริหารเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน รพศ. ราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 7. 12; 2536: 177-181.
- 52 โกวิน วิวัฒนพงศ์พันธ์. การศึกษาสภาพ ความจำเป็น และทางเลือก การใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ซับซ้อนในประเทศไทย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536: 119-134.
- 53 สมใจ หวังสุขชาติ และคณะ. การประเมินคุณค่าของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสาธารณสุข เอกสารวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
- 54 Hurley J, Grootendorst P. Health care, health care insurance markets and the role of government. In: Hurley J, et al. Introduction to the Concepts and Analytical Tools of Health Sector Reform and Sustainable Financing. A pre-course distance-learning module for the Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing . The Economic Development Institute, World Bank, 1998: 99-111.
- 55 Yang, B. Issues in health care delivery: The case of Korea. In: Dunlop D, Martin J. (eds). An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries. Washington, D.C.: World Bank. 1995.
- 56 Garrison LP Jr, Wiensky GR. Cost containment and incentives for technology. Health Affairs 5 (2); 1986: 46-58.
- 57 Moloney TW, Rogers DE. Medical technology - a different view of the contentious debate over costs. New England Journal of Medicine 301; 1979: 1413-1419.
- 58 Gordon MK, Herman RP. Appropriate reimbursement methodologies for managed care systems. In: Peter B. (ed). Making Managed Care Work. New York, McGraw Hill, 1990: 331 - 66.

- 59 Fisher GR III. Impact of financing on medical technology. *Pennsylvania Medicine*; 1983 (July): 32-34.
- 60 Bodenheimer T, Grumbach K. Reimbursing physicians and Hospitals. *JAMA* 272; 1994: 971-977.
- 61 Hurley J, Giacomini M. Funding and remuneration in health care. In: Hurley J, et al. *Introduction to the Concepts and Analytical Tools of Health Sector Reform and Sustainable Financing. A pre-course distance-learning module for the Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing. The Economic Development Institute, World Bank*, 1998: 128-145.
- 62 Newhouse JP, et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *New England Journal of Medicine* 305; 1981: 1501-7.
- 63 ศิริวรรณ พัทธรังษุณี, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุริยาพร อนิวรรณ. การประเมินผล การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการในด้านผลกระทบของการร่วมจ่าย ค่ายา, ค่าห้องพิเศษ และการปรับสิทธิการให้บริการโรงพยาบาลเอกชน. (ร่าง) รายงานผลการวิจัยในโครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์การคลังสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- 64 Iglehart JK. The American Health Care System: Managed Care. *New England Journal Of Medicine* 327; 1992: 742 -7.
- 65 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิรัช เกษมทรัพย์. การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสบ การณ์ของต่างประเทศ. รายงานการวิจัยโดยความสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร, ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- 66 Davis K, Rowland D. Uninsured and underserved: Inequities in health care in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 61; 1983: 149-177.
- 67 Spillman BC. The impact of being uninsured on utilization of basic health care ser- vices. *Inquiry* 29; 1992: 457-466.
- 68 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ. แผนการพัฒนาโครงการบัตรประกัน สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบประกัน สุขภาพเสนอต่อคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข, 2542.
- 69 Supachutikul A. Situation Analysis on Health Insurance and Future Development. Thai- land Health Research Institute, National Health Foundation, Bangkok, 1996.

- 70 Tangcharoensathien V, et al. Documents presented at the Technical advisory group meeting for the Health Financing and Management Study Project, ADB No. 2997 - THA at Ministry of Public Health, Thailand. October 19th-21st, 1998.
- 71 สำนักงานประกันสังคม. รายงานประจำปี 2541. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. กรุงเทพมหานคร, 2542.
- 72 สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการปฏิรูปโครงการบัตรประกันสุขภาพ: การอยู่รอดของโครงการด้านการเงิน. สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2541.
- 73 สุวาณี สุรเสียงสังข์. การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย. รายงานการวิจัยโดยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ภาควิชาพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร, 2541.
- 74 Sriratanaban J, Supapong S, Kamol-Ratanakul P, et al. Situational analysis of the health insurance market and related educational needs in the era of health care reform in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. (In press)
- 75 เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. รายงานสรุปและข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบการคลังเพื่อสุขภาพในประเทศไทย. โครงการศึกษารูปแบบการคลังและการจัดการสาธารณสุขของประเทศไทย. Management Sciences for Health, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร, 2542.
- 76 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วงเดือน จินดาวัฒนะ. สัมมนาเครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย ปี 2542. รายงานการศึกษาได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านการคลังและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข, 2542.
- 77 ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, เรมอนด์ สุตกุลเสฐี, แกมทอง อินทร์ตัน และคณะ. รายงานการศึกษากการกระจายและการทำงานของเครื่องมืออาร์ไอในประเทศไทย. โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์การคลังสาธารณสุข สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. 2542.
- 78 ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543.
- 79 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์การปฏิรูประบบสุขภาพจากมุมมองของกลุ่มผู้นำประเทศด้านการพัฒนาสังคม, 2543. (รายงานการศึกษาค้นคว้าไม่ได้ตีพิมพ์)

- ⁸⁰ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. การปฏิรูปสุขภาพเพื่อสุขภาพคนไทย. 2543. (เอกสารอัดสำเนา)
- ⁸¹ Kutzin J. Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector. Current Concern ARA Paper number 8. Division of Analysis, Research and Assessment. World Health Organization, 1995.
- ⁸² Kolehmainen-Aitken R-L. (ed). Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems. Boston, MA: Management Sciences for Health, 1999.
- ⁸³ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. โรงพยาบาลในรูปแบบใหม่: คู่มือสำหรับผู้สนใจ 15 คำถามที่หลายคนอยากรู้. กรุงเทพมหานคร, 2542.
- ⁸⁴ Chawla M, Gil IB. Improving Hospital Performance Through Policies to Increase Hospital Autonomy: Methodological Guidelines. Data for Decision Making. Harvard University. USAID Cooperative Agreement.
- ⁸⁵ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. HA จะคล้ายทุกซ์ของประชาชนได้อย่างไร. ใน: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. นานาทศนะต่อ HA. กรุงเทพมหานคร, 2543.
- ⁸⁶ Dever GE Alan. Improving Outcomes in Public Health Practice: Strategy and Methods. Gaitherburg, MD: Aspen Publishers, 1997.