

บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎี

จากพฤติกรรมในทางเศรษฐกิจของบุคคล ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีเกี่ยวกับการเลือก (Theory of Choice) คือ ภายใต้สถานการณ์หนึ่ง บุคคลจะทำการจัดการรายได้ที่เป็นตัวเงินเพื่อซื้อสินค้าและบริการในอันที่จะทำให้เกิดอรรถประโยชน์หรือความพอใจสูงสุด ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่จำกัด

ทางเลือกในการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยก็นำที่จะเป็นไปตามทฤษฎีนี้ กล่าวคือ ณ เวลาหนึ่ง บุคคลจะเลือกลงทุนหรือใช้จ่ายทางด้านสุขภาพอนามัยก็ต่อเมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่า ความพอใจที่จะได้รับจากบริการนั้นมีมากกว่าความพอใจที่จะได้รับจากสินค้าหรือบริการด้านอื่นๆ และบุคคลจะมีความต้องการเพิ่มความพอใจในสุขภาพของตนก็ต่อเมื่อรู้สึกว่าสุขภาพของตนนั้นมีความสมบูรณ์ลดลงไป

Michael Grossman (1972a, 1972b) ได้ศึกษาแนวคิดด้านการลงทุนในสุขภาพและมีความเห็นว่า อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (Derived Demand) โดยจะเกิดขึ้นหลังจากที่คนเราต้องการการมี สุขภาพดี Grossman ได้สร้างแบบจำลอง (model) ทางคณิตศาสตร์เกี่ยวกับอุปสงค์ของสุขภาพเรียกว่า "A Stock Approach of the Demand for Health" แม้ว่าในแบบจำลองของ Grossman จะมีข้อสมมุติหลายประการที่สามารถโต้แย้งได้ แต่แบบจำลองดังกล่าวก็เป็นวิวัฒนาการทางทฤษฎีที่ก้าวล้ำค้ำจุนที่มีผู้นำมาศึกษาต่อเนื่องกันอย่างกว้างขวาง

2.1.1 แบบจำลองของอุปสงค์สุขภาพ (Demand for Health) ของ Grossman

แบบจำลองนี้มีสมมุติฐานว่า สุขภาพ เป็นสินค้าประเภททุน ซึ่งผลิตโดยบุคคลจากการบริโภคสินค้าและบริการทางเศรษฐกิจหลายๆชนิด จุดประสงค์ของแบบจำลองนี้เพื่อที่จะหาการจัดสรรการใช้จ่ายระหว่างบริการด้านสุขภาพอนามัยกับสินค้าและบริการอื่นๆ อันจะมีผลให้เกิดอรรถประโยชน์แก่บุคคลนั้นสูงสุด

ถ้าอรรถประโยชน์โดยรวมของแต่ละบุคคลคือ U

และให้ H_0 = ระดับสุขภาพ ณ จุดเริ่มต้นที่ได้รับมา

H_i = ระดับสุขภาพ ณ ช่วงเวลา i

ϕ_i = จำนวนบริการด้านสุขภาพที่บริโภคต่อหนึ่งหน่วยระดับสุขภาพ

ดังนั้น $\phi_i H_i$ = อรรถประโยชน์ที่ได้จากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมด ณ ช่วงเวลา i

Z_i = อรรถประโยชน์ที่ได้จากการบริโภคสินค้าและบริการด้านอื่นๆทั้งหมด ณ ช่วงเวลา i

ดังนั้น อรรถประโยชน์ทั้งหมดจะเท่ากับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมดรวมกับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคสินค้าและบริการด้านอื่นๆทั้งหมด

สมการเป้าหมายคือ $\text{Max } U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_n H_n, Z_0, \dots, Z_n)$

การทำสมการเป้าหมายให้สูงสุดนี้ ขึ้นกับสมการข้อจำกัด 5 สมการด้วยกัน คือ

1. การลงทุนสุทธิในระดับสุขภาพ เท่ากับ การลงทุนเบื้องต้น ลบด้วย อัตราเสื่อมสภาพ

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

I_i = การลงทุนเบื้องต้นในสุขภาพอนามัย

δ_i = อัตราการเสื่อมสภาพของสุขภาพระหว่างช่วงเวลา i

อัตราการเสื่อมสภาพนี้เป็นปัจจัยภายนอก ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของแต่ละคน

2. การลงทุนเบื้องต้น ณ ช่วงเวลา i เป็นสมการของการรักษาพยาบาล (M_i) เวลาที่ใช้ (TH_i) และระดับสุขภาพคงคลัง (E_i)
3. การผลิตของสินค้า Z_i เป็นสมการของปัจจัยการผลิตทั้งหมดที่ใช้ (X_i) เวลาที่ใช้ในการผลิต (T_i) และระดับสุขภาพคงคลัง (E_i)
4. มูลค่าปัจจุบันของการใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสุขภาพอนามัย เพื่อสินค้าและบริการอื่นๆ และเวลาที่ไม่ได้ทำงาน เท่ากับ มูลค่าปัจจุบันของรายได้บุคคลที่ควรจะได้รับถ้าใช้เวลาทั้งหมดในการทำงาน บวกกับ สินทรัพย์ที่มีอยู่ ณ จุดเริ่มต้น

ถ้า P_i และ F_i = ราคาของ M_i และ X_i ตามลำดับ

W_i = อัตราค่าแรงงาน

TH_i = เวลาในสมการการลงทุนเบื้องต้น

T_i = เวลาที่ใช้ในการผลิต Z_i

TL_i = เวลาที่ป่วย

Ω = เวลาทั้งหมดที่มีภายในช่วงเวลาหนึ่ง

A^0 = สินทรัพย์ที่มีอยู่ ณ จุดเริ่มต้น

r = อัตราดอกเบี้ย

$$\text{ดังนั้น } \sum \left[\frac{P_t M_t + E_t X_t + W_t (T_H + T_I + T_L)}{(1+r)^t} \right] = \sum \left[\frac{W_t \Omega}{(1+r)^t} \right] + A^0$$

5. ถ้า H_{\min} = ระดับสุขภาพต่ำสุด คือระดับที่การตาย

ดังนั้น $H_t = H_{\min}$

การหาจุดดุลยภาพในการจัดสรรค่าใช้จ่ายระหว่างบริการด้านสุขภาพอนามัย กับค่าใช้จ่ายเพื่อสินค้าและบริการอื่น ในอันที่จะทำให้บุคคลแต่ละคนได้รับอรรถประโยชน์สูงสุดนั้น หาได้จากการแก้สมการเป้าหมายภายใต้สมการข้อจำกัดทั้ง 5 สมการข้างต้น และหากทำการ differentiate สมการอรรถประโยชน์ทั้งหมด ก็จะได้สมการอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้าย

แบบจำลองของ Grossman นี้ มีข้อสมมุติหลายประการทั้งที่แฝงอยู่และที่ระบุออกมาอย่างชัดเจน ข้อสมมุติดังกล่าวได้แก่

- 1) การซื้อบริการการรักษาพยาบาลเป็นการซื้อ *สุขภาพดี*
- 2) ระดับสุขภาพของบุคคลจะเสื่อมสภาพตามเวลา ในอัตราที่เพิ่มขึ้น
- 3) ระดับสุขภาพของบุคคลสามารถเพิ่มขึ้นได้โดยการลงทุนในสุขภาพ
- 4) การลงทุนในสุขภาพนั้น มีผลได้คงขนาดคงที่ (Constant Return to Scale)
- 5) ณ ช่วงเวลาหนึ่ง การใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสุขภาพอนามัย, เพื่อสินค้าและบริการอื่น และเวลาที่ไม่ได้ทำงาน มีมูลค่าเท่ากับรายได้จากทรัพย์สินและรายได้ที่หาได้ภายในช่วงเวลานั้น

6) อรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมด (ϕ, H_t) เท่ากับอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการมีสุขภาพดีทั้งหมดในช่วงเวลา i

แบบจำลองของ Grossman สามารถวิเคราะห์และสรุปได้ดังนี้

(1) สุขภาพเป็นสินค้าประเภททุน ซึ่งจะเสื่อมราคาไปเรื่อยๆ นอกจากจะมีการลงทุนเพื่อเพิ่ม *Health Stock*

(2) การลงทุนใน *Health Stock* นั้นมีต้นทุน 2 ชนิด คือ เวลาและเงิน ซึ่งปัจจัยทั้งสองชนิดนี้ มีอรรถประโยชน์ในการใช้เพื่อทางเลือกอื่นแข่งกันอยู่ นอกจากนั้น สมการการผลิตของแต่ละคนยังมีประสิทธิภาพแตกต่างกันไปตามระดับของ Stock อย่างอื่นๆ เช่น การศึกษา เป็นต้น

(3) การลงทุนเพื่อสะสมสุขภาพ ให้ผลตอบแทนในอนาคตในรูปของเวลา หมายถึงบุคคลจะมีเวลาเพิ่มขึ้นภายในช่วงชีวิต ซึ่งจะสามารถทำงานหารายได้ หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ให้เกิดรรถประโยชน์แก่ชีวิตได้มากขึ้น

(4) บุคคลจะตัดสินใจลงทุนในสุขภาพ จนกระทั่งถึงระดับที่ ต้นทุนหน่วยสุดท้ายของการลงทุน เท่ากับ ค่าปัจจุบันของรายรับหน่วยสุดท้ายที่ได้จากการลงทุน

วิธีการของ Grossman ใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ และทดสอบตัวเลขในอดีต ซึ่งผลการทดสอบปรากฏว่า ให้ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ในแบบจำลองอย่างสมเหตุสมผล จึงเป็นแบบจำลองที่มีผู้นำมาอภิปรายและวิเคราะห์เพิ่มเติมกันอย่างกว้างขวาง

2.1.2 ลักษณะเฉพาะของอุปสงค์บริการทางการแพทย์

โดยทั่วไปความต้องการสินค้าและบริการในเชิงเศรษฐศาสตร์ จะมีลักษณะแปรผกผันกับราคาของสินค้าและบริการชนิดนั้น และผู้บริโภคจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจที่จะกำหนดการบริโภคเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ แต่บริการทางการแพทย์จะเป็นสินค้าที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างจากสินค้าทั่วไปในท้องตลาด ซึ่งพอจะสรุปได้ คือ

(1) การบริโภคบริการทางการแพทย์ก่อให้เกิดผลกระทบภายนอก (externalities) และมีความไม่แน่นอนในการบริโภค การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและบริการทางการแพทย์ ผลที่เกิดขึ้นมิเพียงแต่ผู้ป่วยหายจากโรคเท่านั้น แต่จะมีผลกระทบต่อสังคมด้วย กล่าวคือ ทำให้การแพร่เชื้อโรคลดลง โอกาสที่ผู้อื่นในสังคมและติด โรคชนิดนั้นก็จะน้อยลง นอกจากนี้ ความต้องการทางการแพทย์ที่มีทั้งการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล ซึ่งความต้องการทั้งสองนั้นไม่สามารถทราบแน่นอนว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ระยะเวลาที่ใช้บริการนานเท่าไร และปริมาณความต้องการแต่ละครั้งมากน้อยขนาดไหน จึงจะทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

(2) ความต้องการบริการทางการแพทย์เป็นส่วนผสมระหว่างการบริโภคและการลงทุน ข้อแตกต่างของสินค้าเพื่อการบริโภคและสินค้าทุน คือสินค้าบริโภคเป็นสินค้าที่ให้ประโยชน์ และความพอใจแก่ผู้บริโภคโดยตรง ส่วนสินค้าทุนเป็นสินค้าที่มีประโยชน์ในการใช้เป็นเวลานาน และสามารถให้ผลิตสินค้าขึ้นต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยให้หายจากโรคก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยเป็นลักษณะของการบริโภคสินค้าบริโภค และเมื่อผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยเขาสามารถที่จะมาทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มกำลังความสามารถ การรับบริการทางการแพทย์ดังกล่าวจึงเปรียบเสมือนการลงทุนในเรื่องค่าเสื่อมของราคาทุนนั่นเอง ดังนั้น ความต้องการบริการทางการแพทย์จึงเป็นส่วนผสมระหว่างการบริโภคและการลงทุน

(3) ปริมาณความต้องการบริการทางการแพทย์ ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ ซึ่งแตกต่างจากการบริโภคสินค้าโดยทั่วไปที่ผู้บริโภคจะเป็นผู้กำหนดความพอใจในการบริโภค โดยการบริโภค บริการทางการแพทย์นั้น ผู้บริโภคไม่สามารถที่จะทราบถึงคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ที่ได้รับถึงแม้ว่าผู้บริโภคกำลังใช้บริการอยู่ก็ตาม นอกจากนี้ ผู้บริโภคยังไม่สามารถบอกได้ว่า บริการทางการแพทย์หรือการดูแลสุขภาพพยาบาลที่เขาได้รับนั้นดีหรือเลว การที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อรักษาพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้ที่ตัดสินใจว่าควรจะให้บริการใดแก่ผู้ป่วยและเป็นปริมาณมากน้อยขนาดไหน ระยะเวลายาวนานเท่าใด ดังนั้น ผู้ที่กำหนดความต้องการบริการทางการแพทย์จึงมิใช่ผู้บริโภค แต่เป็นผู้ที่ให้บริการทางการแพทย์

2.1.3 แนวคิดทางด้านอุปสงค์บริการทางการแพทย์

เนื่องจากบริการทางการแพทย์ เป็นสินค้าที่แตกต่างจากสินค้าและบริการอื่นในท้องตลาด นักเศรษฐศาสตร์ได้นำทฤษฎีทางด้านอุปสงค์ และพฤติกรรมของผู้บริโภคมาวิเคราะห์ในเรื่องความต้องการบริการทางการแพทย์ และได้พยายามสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับอุปสงค์บริการทางการแพทย์ ซึ่งมีแนวคิดในการอธิบายที่แตกต่างกันสองแนวทางก็คือ ความต้องการทางการแพทย์ที่พิจารณาจากความจำเป็น (need) และความต้องการทางการแพทย์ในเชิงอุปสงค์ (demand)

(1) ความต้องการทางการแพทย์ที่พิจารณาจากหลักความจำเป็น กล่าวคือ ความจำเป็นสำหรับบริการทางการแพทย์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยตัวผู้ป่วยเอง แต่ถูกกำหนดโดยผู้ให้การรักษาพยาบาลเป็นผู้เลือกบริการให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักวิชาชีพทางการรักษาพยาบาลตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเท่าไร ในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะทำให้อุณหภูมิ สุขภาพสมบูรณ์ คุณภาพของบริการทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับขึ้นอยู่กับความรู้ทางการแพทย์ที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกจากนี้ปริมาณบริการทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงระยะเวลาหนึ่งนั้น ยังขึ้นอยู่กับจิตใจของผู้ป่วยในการยอมรับความจำเป็น ความต้องการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับจิตใจของผู้ป่วยในการยอมรับความจำเป็นของการใช้บริการทางการแพทย์เพื่อสุขภาพที่ดี ดังนั้น ตามหลักความจำเป็นของความต้องการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัย และการอุทิศเวลาของแพทย์ในการตรวจรักษาป้องกันโรค

นอกจากนี้ความต้องการบริการทางการแพทย์ตามหลักความจำเป็นยังเป็นแนวความคิดกึ่งอุปทาน (quasi-supply-concept) อันเป็นการพิจารณาความต้องการบริการทางการแพทย์เสมือนหนึ่งเป็นการบริโภคสินค้าทุน การบำรุงรักษาสุขภาพจะมีความแตกต่างตามลักษณะ

สุขภาพของปัจเจกบุคคล และช่วงอายุขัยของมนุษย์ อาทิ ในวัยเด็กความต้องการบริการทางการแพทย์มิใช่เพียงให้มีชีวิตอยู่รอดเท่านั้น แต่เพื่อการเจริญเติบโตด้วย เมื่ออยู่ในวัยที่เป็นผู้ใหญ่ หรือมีอายุมาก ความต้องการบริการทางการแพทย์จะเปลี่ยนไปเป็นการบำรุงรักษาสุขภาพ ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องจักรเมื่อมีค่าเสื่อมเกิดขึ้นจำเป็นต้องบำรุงรักษา มิฉะนั้นจะทำให้ประสิทธิภาพในการผลิตของบุคคลนั้นลดลงในที่สุด ความจำเป็นตามแนวคิดกึ่งอุปทาน กล่าวคือ ความจำเป็นในการรับบริการทางการแพทย์จะมีอยู่ ตราบเท่าที่ประสิทธิภาพหน่วยสุดท้าย (marginal productivity) ของบริการนั้นยังคงมีค่าเป็นบวก และความจำเป็นในการรับบริการทางการแพทย์จะหมดไปก็ต่อเมื่อประสิทธิภาพหน่วยสุดท้ายในการรับบริการทางการแพทย์มีค่าเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะยังเจ็บป่วยอยู่ก็ตามความจำเป็นก็จะหมดไป ในบางครั้งถึงแม้ว่าการบริการทางการแพทย์ไม่มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้สึกในด้านจิตใจที่ดีขึ้นเมื่อได้รับการบริการทางการแพทย์ ก็อาจจะถือได้ว่าประสิทธิภาพในการบริการทางการแพทย์หน่วยสุดท้ายไม่เท่ากับศูนย์

(2) ความต้องการทางการแพทย์ที่พิจารณาในเชิงอุปสงค์ ผู้บริโภคจะซื้อสินค้าใดก็ตามมักจะอยู่ภายใต้ข้อสมมติฐานที่ว่า ผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับสินค้านั้น แต่ในเรื่องการบริโภคบริการทางสุขภาพเป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับสินค้านั้น แต่ในเรื่องการบริโภคบริการทางสุขภาพเป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้บริโภคไม่มีความรู้และมีความไม่แน่นอน (uncertainty) ในการบริโภคบริการทางสุขภาพยิ่งกว่าสินค้าอื่นใดทั้งหมดที่มีอยู่ในตลาด การบริการทางสุขภาพเป็นสินค้าที่ผู้บริโภคเลือกบริโภค โดยที่ไม่รู้ถึงคุณภาพและคุณสมบัติของสินค้า ทั้งนี้เพราะโดยปกติแล้วการบริการทางสุขภาพเป็นสินค้าที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่จะไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการวินิจฉัยโรค การตรวจและการรักษาโรคแต่ละชนิดจึงเป็นการยากที่ผู้บริโภคจะเลือกบริโภคบริการทางการแพทย์อย่างมีเหตุผล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะสามารถเลือกแพทย์ในการรักษาพยาบาลตนเองได้ รับ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ในทัศนะของผู้บริโภคนั้นผลประโยชน์จากการบริการทางสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน (uncertainty) และอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ผู้บริโภคจะปล่อยให้การให้บริการทางการแพทย์ของเขาอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์ทั้งหมด ผู้บริโภคก็ยังมีสิทธิที่จะใช้กลไกของการเลือก (choice) อยู่บ้างในทางอ้อม

ดังนั้นความต้องการบริการทางการแพทย์ในเชิงอุปสงค์จะมีความหมายแคบกว่าตามหลักความจำเป็นในการได้รับการบริการทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม แนวความคิดเกี่ยวกับทั้งสองคำดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ความจำเป็นในการได้รับการบริการทางการแพทย์จะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละบุคคลอยู่ในฐานะที่ได้รับประโยชน์ และในบางครั้งอาจมีความจำเป็นในการรักษาพยาบาล แต่ไม่มีอุปสงค์ในการรักษาพยาบาล เพราะไม่มีเงินไปซื้อบริการทางการแพทย์ และที่สำคัญคือ ก่อนที่จะมีอุปสงค์นั้นก็จะเกิดความจำเป็นในการรักษาพยาบาลขึ้นก่อนเสมอ

ทั้งนี้เพราะความจำเป็นเกิดขึ้น เนื่องจากความเจ็บไข้ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไรแล้วจึงเกิดอุปสงค์ขึ้นตามมาในภายหลัง ส่วนที่อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์มีความหมายแคบกว่าความจำเป็นของบริการทางการแพทย์นั้นก็เพราะการนำเอาทฤษฎีเศรษฐศาสตร์เข้ามาอธิบาย ทั้งนี้เพราะอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์ในทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ความเต็มใจ และความสามารถในการซื้อสินค้า แต่อย่างไรก็ตามความจำเป็นในการได้รับบริการทางการแพทย์ก็มีบทบาทสำคัญในการกำหนดอุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เหมือนกับปัจจัยอื่น ๆ ที่กำหนด อุปสงค์เช่นกัน

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Feldstein (1996) ให้ความเห็นว่า อุปสงค์สำหรับการรักษาพยาบาลทางด้านการแพทย์ควรจะศึกษาถึงการเลือก เพราะการเลือกบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นทั้งสองฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้บริโภคและผู้ผลิต การเลือกเกิดขึ้นทั้งด้านขนาดและสัดส่วนขององค์ประกอบในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ความแตกต่างระหว่างการเลือกของคนป่วยเจ็บหรือของแพทย์ จะมีมากหรือน้อยแค่ไหนยังขึ้นอยู่กับความรู้และสิ่งที่สามารถจะใช้แทนกันได้ อย่างไรก็ตามที่ใกล้เคียงที่เกิดขึ้นในวงการรักษาพยาบาล สำหรับการเลือกในการรักษาพยาบาลจะมีมากหรือน้อยแค่ไหนนั้น ส่วนใหญ่มักไม่ได้ขึ้นอยู่กับคนไข้แต่ขึ้นอยู่กับแพทย์ซึ่งพิจารณาจากฐานะทางการเงินของคนไข้และการใช้ประโยชน์ของการบริการรักษาพยาบาล

Grossman (1972) ได้ศึกษาแนวความคิดด้านการลงทุนในสุขภาพและอุปสงค์ในบริการทางการแพทย์ มีความเห็นว่า อุปสงค์สำหรับบริการทางการแพทย์เป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (derived demand) กล่าวคืออุปสงค์สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นอุปสงค์ที่เกิดหลังจากที่คนเราต้องการ “สุขภาพดี” Grossman ได้อธิบายเกี่ยวกับความต้องการบริการทางการแพทย์ ประเด็นสำคัญที่ Grossman ใช้ในการอธิบายถึงความต้องการในการรักษาสุขภาพมีอยู่ว่าการใช้จ่ายของแต่ละบุคคล ทำให้เขาได้รับผลประโยชน์ที่เขาต้องการ ดังนั้นเมื่อแต่ละบุคคลจ่ายเงินซื้อบริการทางสุขภาพ เขาจะตัดสินใจเหมือนกับซื้อสินค้าและบริการอื่น ๆ ที่มีวางขายอยู่ในท้องตลาด และการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการทางสุขภาพ ก็หมายความว่า ผู้บริโภคต้องการให้สถานะทางสุขภาพของเขาคิดขึ้น แบบจำลองของ Grossman อยู่ภายใต้สมมติฐานที่ว่า ผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตนเองดี และอัตราการเสื่อมของสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้จ่ายเงินซื้อบริการทางการแพทย์เพื่อรักษาสุขภาพ ดังนั้นผู้บริโภคก็มีสิทธิที่จะกำหนดความยืนยาวของชีวิตอยู่ในโลกนี้ได้ ทั้งนี้เพราะสุขภาพเป็นสินค้าประเภททุน เป็นการสะสมทุนเพื่อผลิตสุขภาพที่ดีในอนาคต สุข

ภาพเป็นส่วนหนึ่งของการลงทุนมนุษย์ เมื่อสุขภาพเป็นสินค้าประเภททุนค่าเสื่อม (depreciation) จึงเกิดขึ้นในสุขภาพและจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุขัยของผู้บริโภค ซึ่งต้องมีการลงทุนทางสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับของการสะสมสุขภาพ ลักษณะการอธิบายแบบจำลองจะใช้ฟังก์ชันอรรถประโยชน์อธิบายความพอใจสูงสุด ในการตัดสินใจเลือกบริโภคระหว่างบริการทางสุขภาพและสินค้าอื่น ๆ ในแต่ละปีของชีวิต ซึ่งผลการศึกษาของ Grossman สามารถสรุปได้ดังนี้คือ ฟังก์ชันความพอใจ (preference function) ในสุขภาพไม่ได้กำหนดโดยรสนิยมซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอก แต่ถูกกำหนดโดยการตัดสินใจของเจ้าของฟังก์ชันความพอใจซึ่งเป็นปัจจัยภายในเนื่องจากถือว่าสุขภาพเป็นสินค้าประเภททุน จึงทำให้สามารถที่จะกำหนดระดับของสุขภาพที่เป็นอยู่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งได้ สามารถวัดต้นทุนของการลงทุนและผลตอบแทนของการลงทุนแล้วใช้วิธีการวิเคราะห์ที่มีอยู่เพื่อหาการลงทุนสุขภาพในระดับที่เหมาะสมที่สุดในตลอดช่วงชีวิต และอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งของอุปสงค์การลงทุนในสุขภาพ เพราะอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลเป็นเสมือนอุปสงค์สำหรับปัจจัยการผลิตชนิดหนึ่งในปัจจัยการผลิตหลายชนิด ซึ่งผู้บริโภคจะใช้ในสมการการผลิต เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการลงทุนในสุขภาพ

สุพัทธ์ กรณามิตร (2514) ได้ศึกษาแบบอย่างการใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในเขตเชียงใหม่ โดยสมมติให้ค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนเท่ากับรายได้รวมของครัวเรือน และกำหนดให้ราคาสินค้าและบริการอื่น ๆ คงที่และใช้การวิเคราะห์แบบดุลยภาพบางส่วน (partial equilibrium) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยแยกแยะออกเป็นค่าใช้จ่ายด้านป้องกันโรค และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรค รวมถึงศึกษาผลกระทบของตัวแปรทางด้านประชากร (demographic variables) ต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งในด้านป้องกันและรักษาโรค โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Multiple Classification Analysis (MCA) ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรทางด้านประชากร ประกอบด้วย อายุและเพศ และตัวแปรทางด้านรายได้ของครัวเรือน ระดับการศึกษาของผู้ตัดสินใจเรื่องสุขภาพของครัวเรือน และการเบิกค่าน้ำรักษาพยาบาลของครัวเรือน โดยมีฟังก์ชันการศึกษาค้างนี้

โดยให้เหตุผลของการใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ คือ Multiple Classification Analysis (MCA) ว่าเหมาะสมกว่าการถดถอยเชิงพหุ Multiple Regression Analysis (MRA) ทั้งนี้ เพราะ MCA เป็นรูปแบบที่เหมาะสมเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีลักษณะเป็นตัวแปรตามไม่เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (non linear relationship) และเมื่อตัวแปรอิสระมีลักษณะเป็นตัวแปร (nominal scale) สำหรับผลการศึกษาค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค และรักษาโรคของครัวเรือน ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพด้วย พบว่าค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคของครัวเรือน ตัวอย่างเฉลี่ย 301.15 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเฉลี่ย

2,959.29 บาทต่อปี หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ครัวเรือนเท่ากับ ร้อยละ 0.38 และ 3.41 ตามลำดับ

ในการศึกษารั้วนี้ มีเพียงตัวแปรทางด้านรายได้ และตัวแปรทางด้านประชากรเท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรทางด้านการศึกษาของผู้ตัดสินใจเรื่องสุขภาพของครัวเรือน และการเบิกค้ำรักษาพยาบาลครัวเรือนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (coefficient of determinant \otimes) เท่ากับ 0.139 สำหรับการป้องกันโรค และเท่ากับ 0.106 สำหรับการรักษาโรค

ในส่วนของพฤติกรรมการใช้บริการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนในโครงการบัตรสุขภาพนั้น ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช อุบลราชธานีและราชบุรี ในการศึกษาโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 พบว่าเหตุผลที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ของจังหวัดราชบุรีและอุบลราชธานีเป็นอย่างเดียวกัน คือ การที่ตนและครอบครัวจะได้มีโอกาสรับการรักษาฟรี และการที่เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนชักชวนขอรับรองให้ซื้อบัตร ส่วนในจังหวัดนครศรีธรรมราชเหตุผลที่สำคัญที่สุดของการตัดสินใจซื้อบัตรกลับเป็นความคาดหวังในบริการที่จะได้รับ

ส่วน สมมาตร พรหมภักดี และประสิทธิ์ ธีระพันธ์ (2529) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ กรณีจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยใช้ในการพิจารณาเลือกใช้บริการ คือ ระดับความรุนแรงของโรค หากโรคอยู่ในระดับรุนแรงหรือปานกลางต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้ป่วยจะเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นแห่งแรกกรณีของโรคที่ระดับความรุนแรงเล็กน้อย ปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกสถานบริการของผู้ป่วย นอกจากความรุนแรงของโรคแล้วการคำนึงถึงประสิทธิผลที่จะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

สำนักงานแพทย์ กทม. (2533) ศึกษาวิจัยสภาวะสุขภาพและความครอบคลุมของการใช้สถานพยาบาลของประชาชนผู้มีบัตรรายได้น้อยในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2532 – กันยายน 253 โดยออกแบบสอบถาม ดำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,020 ราย เป็นชาย 643 ราย เป็นหญิง 1,377 ราย ที่มารับการบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย และที่โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์) พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ที่ใช้การบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งอยู่ใกล้บ้านมากกว่าใช้การบริการที่โรงพยาบาล กรณีเมื่อมีการเจ็บป่วยไปหาแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนเป็นสัดส่วนสูงสุด รองลงมาคือซื้อยา

รับประทานเอง และปล่อยให้หายเอง ตามลำดับ ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการเจ็บป่วย ความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ในขณะที่ความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลค่อนข้างต่ำ โดยมีปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดคือ สถานที่ตรวจคัดแคบ ระยะเวลาที่เสียไปในโรงพยาบาลนานเกินไป เป็นต้น

พรพัฒน์ วัฒนากุล (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้เอาประกันที่มีกรมธรรม์มากกว่าหนึ่งกรมธรรม์ พบว่าพฤติกรรมของผู้ทำประกัน เพื่อวางแผนในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในยามเจ็บไข้ มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้เอาประกันส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและค้าขาย และมากกว่า 3 ใน 4 มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษาขึ้นไป และยังพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้เอาประกันมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว และมีบุคคลอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบในครอบครัวมากกว่า 4 คน แสดงว่ารายได้ และจำนวนบุคคลภายใน ความดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้เอาประกันพบว่า สิ่งกระตุ้นภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นทางการตลาด และสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ประกอบไปด้วย สิ่งกระตุ้นทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี กฎหมาย การเมือง และสิ่งกระตุ้นทางวัฒนธรรม มีอิทธิพลอย่างสูงต่อความรู้สึกรณีภคของผู้เอาประกัน

ประสิทธิ์ จันทร์กลาง (2540) ได้ศึกษาอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์ใน จังหวัดลำพูน สรุปได้ว่า จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการและลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการทางการแพทย์จำนวนครั้งการเข้ารับบริการทางการแพทย์จะมีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การถือครองกรมธรรม์ ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของผู้เข้ารับบริการ โดยอายุที่สูงขึ้น รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ส่วนลักษณะทั่วไปด้านอื่น ๆ อาทิ อาชีพของผู้เข้ารับบริการเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ และกรรมกร รวมทั้งเกษตรกร การมีสวัสดิการเบิกค่ารักษาพยาบาล การเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข จะมีความโน้มเอียงที่จะเข้ารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ยกเว้นปัจจัยการบริการทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความต้องการบริการทางการแพทย์ สำหรับการคำนวณค่าความยืดหยุ่นอุปสงค์ต่อรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนและความยืดหยุ่นต่อราคา พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.307917 และ -0.1450236 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า บริการทางการแพทย์มีลักษณะเป็นสินค้าปกติ (Normal goods) กล่าวคือ ความต้องการบริการทางการแพทย์ จะเพิ่มสูงขึ้นก็ต่อเมื่อรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้น และสำหรับความยืดหยุ่นอุปสงค์ต่อราคามีความยืดหยุ่นอุปสงค์ต่อราคาสินค้ามีความยืดหยุ่นน้อย (inelastic) แสดงถึงความต้องการบริการทางการแพทย์เป็นสินค้าจำเป็นต่อการดำรงชีพ (Necessary Goods)