

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติในปี พ.ศ. 2521 เป็นร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ. 2535 (สมชาติ โตรักษา, 2542, หน้า 11) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2541 ประเทศไทย เกาหลีใต้ สิงคโปร์ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ศรีลังกา และอินโดนีเซีย มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 6.2, 5.4, 3.6, 2.4, 2.3, 1.8 และ 1.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติตามลำดับ ซึ่งประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน ตัวเลขรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ไทยที่ได้จากระบบบัญชีประชาชาติ พบว่ามีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2523 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีมูลค่า 25,315 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 283,576 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 11.2 เท่า (ในช่วง 18 ปี) และหากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวของ ประชากรจะเพิ่มจาก 545 บาท เป็น 4,663 บาท หรือเพิ่มขึ้น 8.6 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน (กระทรวง สาธารณสุข, 2542, หน้า 119) จากอัตราการเพิ่มของรายจ่ายเพื่อสุขภาพดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อทั้ง ในระดับมหภาคต่อความสามารถของรัฐในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน และต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวที่จะจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2540, หน้า 125)

รายจ่ายเพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับอัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาของ ประชาชน แนวโน้มของอัตราค่าใช้จ่ายด้านยาในปี พ.ศ. 2536 กำลังเพิ่มในอัตราร้อยละ 23 ต่อปี ซึ่ง สูงกว่าอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คือร้อยละ 13 ต่อปี และสูงกว่าอัตราเพิ่มของผลิตภัณฑ์ มวลรวมประชาชาติ คือร้อยละ 8 ต่อปี (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, หน้า 16) ข้อมูลการบริโภคยา ของประชาชนในปี พ.ศ. 2535 คนไทยบริโภคยาสูงมากถึงร้อยละ 35 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็น สัดส่วนที่สูงที่สุดของรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ประเทศในสมาชิก Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) สหรัฐอเมริกา คานาดา และสหราชอาณาจักร มีการบริโภคยาเพียงร้อยละ 11.8, 8.2, 11.6 และ 11 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมดตามลำดับ ระบบยา ที่ขาดประสิทธิภาพจึงเป็นปัญหาต้นตอที่สำคัญที่สุดสำหรับการปฏิรูประบบสาธารณสุขในระยะยาว

(วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540, หน้า 19) เมื่อมีการบริโภคยาสูงขึ้นอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้จ่ายที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่างๆ เช่น ทำให้ได้รับประโยชน์จากยาไม่เต็มที่ เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยามากขึ้น และเกิดความสูญเปล่าทางเศรษฐกิจ เป็นต้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, หน้า 500)

ด้านการใช้จ่ายของสถานบริการสาธารณสุขสุขภาพรัฐ จากรายงานของกองโรงพยาบาลภูมิภาค สถิติการซื้อยาของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2536 มีมูลค่า 1,971 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 3,753 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2539 ซึ่งการซื้อยามีมูลค่าเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และจากรายงานของกองสาธารณสุขภูมิภาค สถิติการซื้อยาของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศมีอัตราเพิ่มขึ้นของมูลค่าการซื้อยาเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป คือ ในปีงบประมาณ 2536 มีมูลค่าการซื้อยา 355 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 764 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2538 (พรเทพ ทิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2542, หน้า 42-43)

เมื่อค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศสูงขึ้น รัฐบาลจึงต้องหาวิธีในการจัดระบบการเงินการคลังสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถลดรายจ่ายเพื่อสุขภาพ โดยคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการรักษาพยาบาลด้วย แนวทางหนึ่งที่รัฐบาลนำมาใช้คือ การจ่ายเงินตามหน่วยของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group, DRG) มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่าจะใช้บริการต่างๆ ของโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกันไว้ด้วยกัน ซึ่งจะสามารถทำนายการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล และเป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลของรัฐ (สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2543, หน้า 1-7)

ด้านการปรับลดค่าใช้จ่ายด้านยาและการใช้จ่ายของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ การพัฒนาสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (good health at low cost) มีการกำหนดหลักการและมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่ การลดจำนวนรายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาลลงโดยกำหนดจำนวนรายการยาที่ควรมีในโรงพยาบาลแต่ละระดับ การเพิ่มการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติโดยกำหนดสัดส่วนจำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การจำกัดจำนวนรายการยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันให้มีเพียงชื่อสามัญละ 1 รายการ หรือยาที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงกันให้คัดเลือกไว้ใช้ไม่เกิน 2 รายการ การจัดซื้อยาร่วมกันหรือตกลงราคาร่วมกันของโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดหรือในสังกัดกรมต่างๆ และการลดการสำรองยาในคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลลงเหลือไม่เกิน 3 เดือน เป็นต้น ในด้านการใช้จ่าย ได้แก่ การสนับสนุนการใช้ชื่อสามัญทางยาโดยให้แพทย์สั่งจ่ายยาโดยใช้ชื่อสามัญทางยา การสั่งจ่ายยาที่สมเหตุสมผลโดยกำหนดกลุ่มยาที่เป็นกลุ่มควบคุมการใช้ (restricted drug) ของโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งจ่ายเมื่อเป็นไปตามกฎเกณฑ์กำหนดเท่านั้น การติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายยาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มยา

ที่มีราคาแพง หรือยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษหรืออาการไม่พึงประสงค์ เป็นต้น (พรเทพ สิริวนารังสรรค์, 2542, หน้า 56-60)

การศึกษาต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยในแต่ละระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลประชาชนผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล สวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ และผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันซึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เป็นแนวทางหนึ่ง ในการประเมินการใช้จ่ายของโรงพยาบาลโดยใช้หลักการทางเศรษฐศาสตร์ ทำให้ทราบถึงความเหมือนหรือแตกต่างกันของต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยในแต่ละระบบการประกันสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการพิจารณาควบคุมการใช้จ่ายของโรงพยาบาลให้เกิดความเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพ สูงสุดแก่ประชาชนทุกคน และสอดคล้องกับแนวคิดของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการใช้ ทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการยกระดับสุขภาพอนามัยของ ประชาชน และเนื่องจากเพศและกลุ่มอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการ เกิดโรคซึ่งส่งผลให้มีการใช้จ่ายที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรศึกษา ต้นทุนค่ายาแยกตามเพศและกลุ่มอายุ ของผู้ป่วยด้วย

โรงพยาบาลบรรพตพิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีการดำเนินงานตาม นโยบายการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์และการใช้จ่ายตามนโยบายสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำดังที่ได้ กล่าวมาแล้วข้างต้น ในส่วนต้นทุนค่ายาที่ผู้ป่วยได้รับจากการให้บริการรักษาของโรงพยาบาล ยังไม่เคยมีการศึกษา ดังนั้นการศึกษาด้านต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยในแต่ละระบบการประกันสุขภาพ จึง น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการประเมินการใช้จ่ายในทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อจะได้ข้อมูลไปใช้ในการ ประกอบการพิจารณาวางแผนกำหนดนโยบายในการจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาล การกำกับ และควบคุมต้นทุนค่ายาให้เกิดการใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ประชาชน ทุกคน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาด้านต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัย แยกตามระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาด้านต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัย แยกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์หาต้นทุนค่ายาเฉพาะที่ผู้ป่วยนอกได้รับจากการให้บริการรักษาของโรงพยาบาลบรรพตพิสัยในแต่ละระบบประกันสุขภาพ และแยกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในปีงบประมาณ 2542 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2541 – 30 กันยายน พ.ศ. 2542)

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การแบ่งผู้ป่วยตามระบบประกันสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 สวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลประชาชนผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ เด็ก 0 – 5 ปี เด็ก 6 – 12 ปี ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ผู้พิการ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
 - 1.2 สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - 1.3 ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่ กองทุนประกันสังคม
 - 1.4 ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ได้แก่ ประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขหรือโครงการบัตรประกันสุขภาพ
 - 1.5 ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
2. การแบ่งผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่
 - 2.1 กลุ่มอายุ 0 – 5 ปี
 - 2.2 กลุ่มอายุ 6 – 12 ปี
 - 2.3 กลุ่มอายุ 13 – 39 ปี
 - 2.4 กลุ่มอายุ 40 – 45 ปี
 - 2.5 กลุ่มอายุ 46 – 60 ปี
 - 2.6 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป
3. การศึกษานี้จะไม่ได้ศึกษาครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เนื่องจากไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ต้นทุนค่ายา หมายถึง มูลค่าเฉพาะค่ายาในราคาทุนที่ผู้ป่วยได้รับต่อ 1 ใบสั่งยา โดยไม่รวมค่าเวชภัณฑ์ไม่ไช่ยา หรือวัสดุทางการแพทย์อื่นๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (out-patient department, OPD) โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก หมายถึง ใบสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย โดยแพทย์ใช้ใบสั่งยาในการสั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเพียง 1 ใบเท่านั้น ต่อการตรวจรักษา 1 ครั้ง (1 visit) ซึ่งมีการสั่งจ่ายยาได้จำนวนหลายรายการ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาล การควบคุมกำกับต้นทุนค่ายาในการให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาการให้บริการรักษาด้านยาอย่างเท่าเทียมกันในผู้ป่วยแต่ละระบบประกันสุขภาพ
3. ก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดเก็บฐานข้อมูลของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถตรวจสอบและนำไปใช้ประโยชน์อื่นต่อไป