บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ โดยแยกผู้ป่วยตามเพศ ระบบประกันสุขภาพ และกลุ่มอายุของผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้สรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไปนี้

1. การประเมินต้นทุนค่ายา
2. สาเหตุและความเป็นมาของการทำประกันสุขภาพ
3. ประเภทของระบบประกันสุขภาพ
4. แหล่งที่มาของเงินและการใช้บริการของแต่ละระบบประกันสุขภาพ
5. ปัญหาของแต่ละระบบประกันสุขภาพ
6. ปัจจัยที่มีผลต่อการคำนวณเบี้ยประกันสุขภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. การประเมินต้นทุนค่ายา

1.1 ประเภทของต้นทุน

ต้นทุนในทัศนะของนักบัญชีจะนับเฉพาะรายการที่เป็นตัวเงินซึ่งได้จ่ายไปจริงและมองเห็นได้เท่านั้น ส่วนต้นทุนในทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน รวมทั้งผลพวงทางด้านลบซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้นมาและนับรวมเข้าเป็นต้นทุนด้วย หรือเรียกว่า ต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ดังนั้นต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์จึงมักสูงกว่าต้นทุนในทางบัญชี (สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2534, หน้า 140-141)

ต้นทุน (costs) ในทางเศรษฐศาสตร์สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ (ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2530, หน้า 854-855) ได้แก่

1.1.1 ต้นทุนทางตรง (direct costs) เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการนั้น ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการลงทุน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และค่าใช้จ่ายในการที่คนต้องมาโรงพยาบาล ต้นทุนทางตรงแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

(1) ต้นทุนทางตรงจากการให้บริการทางการแพทย์ (direct medical costs) ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดจากการรักษาคนไข้โดยตรง เช่น ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นๆ

(2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ (direct non – medical costs) ต้นทุนชนิดนี้ไม่ได้เกิดจากการรักษาคนไข้โดยตรง แต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของคนไข้ และคนไข้ต้องเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นค่าใช้จ่ายประเภทนี้ มักเป็นค่าใช้จ่ายที่คนไข้ต้องจ่ายเอง เช่น ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะในการมาโรงพยาบาล ค่าที่พักของญาติที่มาพร้อมคนไข้ ค่าเลี้ยงดูลูกที่พ่อแม่ต้องมาตรวจ หรือเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นต้น

1.1.2 ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) เป็นต้นทุนที่มิได้เกิดจากการให้บริการโดยตรง แต่เป็นผลเนื่องจากการเจ็บป่วย ได้แก่

(1) ความเจ็บป่วย (morbidity) ทำให้คนไข้ต้องขาดงาน คือเสียโอกาสที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือผลจากการเจ็บป่วยทำให้เกิดความพิการ ทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง

(2) ความตาย (mortality) ถ้าผลจากการให้หรือไม่ให้บริการทำให้คนไข้ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทำให้คนไข้คนนี้ไม่สามารถก่อให้เกิดผลผลิตแก่สังคมได้เท่ากับระยะเวลาที่เขาควรจะมีชีวิตอยู่ อย่างไรก็ตามการประเมินค่าของชีวิตนับว่าเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและมีข้อวิจารณ์กันมากถึงความถูกต้องและเชื่อถือได้

1.1.3 ต้นทุนไม่มีตัวตน (intangible cost) ผลของการให้หรืองดบริการ อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน ความเศร้าโศกเสียใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ ซึ่งผลดังกล่าวยากที่จะวัดและประเมินออกมาเป็นตัวเงินได้ อย่างไรก็ตาม เป็นสิ่งที่เราต้องคำนึงไว้เสมอในการประเมินผล

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะต้นทุนค่ายาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นต้นทุนทางตรงจากการให้บริการทางการแพทย์ (direct medical costs) และเป็นต้นทุนที่เกิดจากการรักษาผู้ป่วยโดยตรง โดยจะไม่นำต้นทุนประเภทอื่นๆ มาคำนวณด้วย จึงเป็นการศึกษาต้นทุนในทัศนะของนักบัญชีเนื่องจากต้นทุนค่ายาเป็นตัวเงินซึ่งได้จ่ายไปจริงและมองเห็นได้ โดยในการศึกษานี้จะใช้หลักการประเมินประสิทธิภาพของต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

1.2 วิธีการประเมินผลของการให้บริการทางการแพทย์ในทางเศรษฐศาสตร์

รูปแบบในการประเมินผลของการให้บริการทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 6 วิธี (ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2530, หน้า 852-853)

1.2.1 การประเมินต้นทุน (cost description) เป็นการวิเคราะห์เฉพาะต้นทุนของบริการชนิดหนึ่ง ว่าบริการชนิดนั้นมีต้นทุนดำเนินการเท่าไร โดยไม่มีการเปรียบเทียบกับบริการชนิดอื่น

1.2.2 การประเมินผลที่ได้ (outcome description) วิธีนี้คล้ายกับการประเมินต้นทุน แต่เป็นการวิเคราะห์เฉพาะผลที่ได้ของบริการชนิดเดียวเท่านั้น

1.2.3 การประเมินต้นทุน – ผลที่ได้ของบริการชนิดเดียว (cost – outcome description) เป็นการประเมินที่สมบูรณ์กว่าสองวิธีแรก เพราะมีการคำนวณทั้งต้นทุนและผลได้จากบริการนั้นๆ แต่อย่างไรก็ตามการประเมินวิธีนี้ยังเป็นการประเมินเฉพาะบริการชนิดเดียว โดยไม่มีการเปรียบเทียบกับบริการอื่น จึงยังมีข้อจำกัดในการนำผลไปใช้

1.2.4 การเปรียบเทียบต้นทุน (cost anlysis) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบเฉพาะต้นทุนของบริการตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป เพื่อหาคำตอบว่าบริการชนิดไหนจะใช้ต้นทุนน้อยที่สุด ข้อจำกัดของการประเมินโดยวิธีนี้ คือ ไม่มีการวัดผลที่ได้ของบริการที่นำมาเปรียบเทียบกัน จึงก่อให้เกิดปัญหาได้มากถ้าผลที่ได้จากบริการทั้งสองแตกต่างกันมาก เพราะบริการไม่ว่าจะเป็นยา หรือการรักษาใดก็ตามแม้ว่าจะมีราคาถูก แต่ถ้าประสิทธิผลต่ำแล้วก็ไม่สมควรนำไปใช้เพราะอาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้

1.2.5 การประเมินประสิทธิผล (efficacy or effectiveness) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลที่ได้ของบริการตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปว่าวิธีไหนให้ผลดีกว่ากัน โดยไม่คำนึงถึงต้นทุนที่ใช้ไป การประเมินประสิทธิผลเป็นขั้นตอนสำคัญของการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์คลินิก เพราะก่อนที่จะมีการประเมินประสิทธิภาพ (efficiency or economic evaluation) ของบริการใดก็ตาม จะต้องมีการพิสูจน์ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ก่อนว่า บริการชนิดนั้นมีประสิทธิผลหรือไม่ เพราะบริการที่ไร้ประสิทธิผลแม้จะมีต้นทุนต่ำกว่าก็ไม่สมควรจะนำมาใช้

1.2.6 การประเมินประสิทธิภาพ (efficiency) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบทั้งต้นทุนและผลที่ได้ระหว่างบริการตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ว่าวิธีไหนจะให้ผลดีที่สุดด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุด ดังนั้นการประเมินผลโดยวิธีนี้จึงจัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สมบูรณ์ที่สุดของการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยนอก โดยเปรียบเทียบต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยในแต่ละระบบประกันสุขภาพว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร โดยจะใช้หลักการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ คือ การเปรียบเทียบต้นทุน (cost analysis) โดยไม่ได้คำนึงถึงลักษณะของโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และผลของยาที่ใช้ในการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาการจัดสรรงบประมาณ และการใช้ยาของโรงพยาบาลให้เกิดความเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันในผู้ป่วยแต่ละระบบประกันสุขภาพ

2. สาเหตุและความเป็นมาของการทำประกันสุขภาพ

2.1 สาเหตุที่ต้องทำประกันสุขภาพ

ในทศวรรษที่ผ่านมามีสถานพยาบาลเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลภาคเอกชนที่มีการขยายตัวออกไปในต่างจังหวัดเกือบทุกจังหวัด ทำให้ประชาชนมีโอกาสในการเข้าถึงบริการของสถานพยาบาลง่ายขึ้น แต่ขณะเดียวกันค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในก็สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ประกอบกับประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมิได้เก็บเงินสะสมไว้ใช้เมื่อเจ็บป่วย การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เพราะในปัจจุบันมีการเจริญเติบโตของอุตสาหกรรม เทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อมทำให้เกิดมลภาวะมากขึ้น ประชาชนมีความเสี่ยงด้านการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นตามมาพร้อมกับความเจริญดังกล่าว ประกอบกับประชาชนเริ่มตระหนักถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพ จึงแสวงหาหนทางเพื่อเป็นหลักประกันด้านสุขภาพของตนเองและครอบครัว

การบริหารงานประกันสุขภาพ ได้พบว่า การรักษาพยาบาลและการบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง ซึ่งแต่เดิมในอดีตมีสถานพยาบาลหลายแห่งได้เบิกค่ารักษาพยาบาลเกินความเป็นจริง ไม่สมเหตุสมผล และบางครั้งไม่ได้ให้การรักษาพยาบาลและไม่ได้ให้บริการทางการแพทย์ แต่ก็เบิกค่ารักษาพยาบาล หรือไม่ได้รับเข้าเป็นผู้ป่วยในแต่ก็ทำประวัติของผู้ทำประกันให้เป็นผู้ป่วยใน เป็นต้น เหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลลดลง ขาดมาตรฐานที่มีคุณภาพ และทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น องค์กรสุขภาพบางแห่งได้สร้างระบบขึ้นมาป้องกันและตรวจสอบการให้บริการจากสถานพยาบาลย้อนหลัง และจากการที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการทบทวนการให้บริการต่างๆ ทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลและบริการทางการแพทย์แก่สมาชิกมีคุณภาพสูงขึ้น ค่ารักษาพยาบาลถูกใช้เท่าที่จำเป็นภายใต้ความจริงอย่างสมเหตุผล ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลของสมาชิกลดลง

ดังนั้นการประกันสุขภาพจึงเป็นหลักประกันวิธีหนึ่งที่ประชาชนควรให้ความสนใจและแสวงหาหลักประกันที่ดีของชีวิตเผื่อไว้เวลาเจ็บป่วย เพื่อจะได้ลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดในอนาคต และเมื่อไม่สามารถหาเงินจากแหล่งต่างๆ มาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลได้ (สมชาติ โตรักษา, 2542, หน้า 19-21)

2.2 ความเป็นมาของการทำประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพในประเทศไทยในระยะแรกเกิดจากรัฐบาลได้กำหนดให้เป็นสวัสดิการของข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจตลอดจนครอบครัว สำหรับบริษัทหรือห้างร้านของเอกชนมีบางส่วนได้จัดเป็นกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลให้แก่พนักงาน สำหรับการประกันสุขภาพขององค์กรรับประกันของเอกชนเริ่มมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2480 โดยมีบริษัทประกันชีวิตเข้ามาทำธุรกิจประกัน และได้ออกอนุกรมธรรม์ประกันสุขภาพให้แก่ผู้ซื้อประกันชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกได้รับการรักษาพยาบาลและบริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตและอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งบริษัทจะได้จ่ายผลประโยชน์ตอบแทนคืนให้แก่สมาชิกในอัตราที่ต่ำกว่ากรณีเสียชีวิต (สมชาติ โตรักษา, 2542, หน้า 20)

3. ประเภทของระบบประกันสุขภาพ

ประเภทของระบบประกันสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทยปัจจุบัน (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2540, หน้า 9-10 ; สำนักงานประกันสุขภาพ, 2540) ประกอบด้วย 4 ระบบ ได้แก่

3.1 ระบบสวัสดิการสาธารณะ

ระบบนี้อาศัยงบประมาณจากเงินภาษีรายได้ของรัฐ โดยรัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐานโดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสจะสามารถเข้าถึงบริการได้ รัฐบาลจึงได้จัดให้มีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลแก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ในระยะแรกให้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีเฉพาะในกลุ่มคนจน (โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย) ต่อมาได้มีการขยายสวัสดิการให้แก่กลุ่มอื่นๆ ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลด้วย โดยอยู่ในความรับผิดชอบของกองสาธารณสุขภูมิภาค ในปีงบประมาณ 2538 สำนักงานประกันสุขภาพได้รับโอนงานมาเป็นผู้รับผิดชอบและได้เปลี่ยนชื่อเป็น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เพื่อวัตถุประสงค์ที่จะให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ณ สถานพยาบาลของรัฐ โดยมีกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ประชาชนที่

มีรายได้น้อยและครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เด็กอายุ 0 – 12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว และผู้นำศาสนา สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วงกลางปีงบประมาณ 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกบัตรประกันสุขภาพให้กับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งให้สิทธิครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัวด้วย โดยได้รับงบประมาณอุดหนุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มดังกล่าว ในรูปหมวดเงินอุดหนุนเฉพาะกิจของงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

3.2 ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการ

ระบบจำเป็นต้องอาศัยงบประมาณจากเงินภาษีรายได้ของรัฐเช่นเดียวกัน ข้าราชการทุกประเภทรวมทั้งบิดา มารดา คู่สมรสและบุตร 3 คน ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะได้รับการคุ้มครองโดยระบบนี้ ในส่วนของพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวจะมีระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลในลักษณะเดียวกันโดยอาศัยงบประมาณของรัฐวิสาหกิจเอง

3.3 ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่

3.3.1 ระบบประกันสังคมรวมทั้งกองทุนทดแทนแรงงาน

ระบบนี้อาศัยงบประมาณไตรภาคีซึ่งจ่ายโดยรัฐ นายจ้างและลูกจ้าง ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างโดยเท่าเทียมกันเพื่อนำมารวมไว้เป็นกองทุน พนักงานหรือลูกจ้างในบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า 10 คน จะมีสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่จะได้รับการคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วยซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต สำหรับกรณีการป่วย ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปฏิบัติงาน พนักงานหรือลูกจ้างผู้นั้นจะได้สิทธิประโยชน์โดยอัตโนมัติจากกองทุนทดแทนแรงงาน ซึ่งนายจ้างเป็นผู้จ่ายเข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว

3.3.2 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถ โดยที่ผู้ประสบภัยไม่ต้องรับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง พ.ร.บ.นี้จะให้ความคุ้มครองและช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งได้รับอันตรายและความเสียหายแก่ร่างกายหรือชีวิต ให้ได้รับการชดใช้ค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างทันท่วงทีและแน่นอน และเป็นหลักประกันได้ว่าสถานพยาบาลทุกแห่งจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอนและรวดเร็วในการรับรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถดังกล่าว

3.4 ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจหรือโครงการบัตรสุขภาพ

โครงการนี้ริเริ่มโดยกระทรวงสาธารณสุข และครอบคลุมประชากรซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ครัวเรือนที่สมัครใจเข้าอยู่ในโครงการนี้จะจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนครอบครัวละ 500 บาทต่อปี (5 คน ต่อ 1 บัตร) และรัฐบาลออกเงินงบประมาณอุดหนุนในจำนวนเท่ากัน เพื่อจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาล ครอบครัวที่เป็นสมาชิกโครงการนี้จะได้รับบริการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่สถานีอนามัยขึ้นมาตามลำดับโดยใช้ระบบส่งต่อซึ่งไม่ข้ามขั้นตอน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและไม่จำกัดจำนวนครั้งจนกว่าจะสิ้นสุดการรักษาสิทธิ

ในปี พ.ศ.2541 โครงการประกันสุขภาพเหล่านี้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 78.33 ของประชากรทั้งประเทศ โดยโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมีสัดส่วนความครอบคลุมประชากรสูงที่สุด คือร้อยละ 45.06 (ปรีดา แต้อารักษ์, 2542, หน้า 25) ดังนั้นจึงควรหาให้ได้ว่า ใครบ้างอยู่ในกลุ่มที่ยังไม่ครอบคลุมประมาณร้อยละ 20 รวมทั้งต้องพยายามหาทางทำให้ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่อย่างหลากหลายรูปแบบในขณะนี้เกิดเอกภาพ โดยเฉพาะความเสมอภาคในสิทธิประโยชน์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายและบริการที่จะได้รับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 286)

4. แหล่งที่มาของเงินและการใช้บริการของแต่ละระบบประกันสุขภาพ

แหล่งที่มาของเงินและการรับบริการจากสถานพยาบาลมีความแตกต่างกันในแต่ละระบบประกันสุขภาพ ถ้าเป็นแหล่งจากภาครัฐมักจะต้องใช้บริการที่ภาครัฐ เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เป็นต้น สวัสดิการข้าราชการใช้บริการผู้ป่วยนอกได้ที่สถานพยาบาลภาครัฐ ส่วนบริการผู้ป่วยในใช้ได้ทั้งบริการภาครัฐและเอกชน แต่ที่โรงพยาบาลเอกชนจะมีส่วนร่วมจ่ายพอสมควร (copayment) พนักงานรัฐวิสาหกิจใช้บริการได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้ที่สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน โครงการบัตรสุขภาพซึ่งครัวเรือนจ่ายค่าบัตร 500 บาทและได้รับการอุดหนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขอีก 500 บาทต่อครัวเรือนนั้นจะต้องใช้บริการในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นตามขั้นตอนของระบบส่งต่อผู้ป่วย ผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมใช้บริการในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน ลูกจ้างภายใต้กองทุนทดแทนแรงงานซึ่งนายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินแต่ฝ่ายเดียวนั้นมักจะใช้บริการของภาคเอกชนมากกว่า การประกันสุขภาพเอกชนมักจะใช้บริการของภาคเอกชนเป็นหลัก ส่วนครัวเรือนที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองโดยไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆ สามารถใช้บริการได้ทั้งที่ภาครัฐและเอกชนตามความสมัครใจ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540, หน้า 41)

ปัจจุบันสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการได้ระงับสิทธิการใช้บริการในสถานบริการเอกชน ดังนั้นจึงมีเพียงแต่ประกันสังคมเท่านั้นที่สามารถลงทะเบียนกับโรงพยาบาลหรือเครือข่ายเอกชนได้ โรงพยาบาลบางแห่งถึงกับมุ่งเน้นด้านการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสังคม จนจัดได้ว่าเป็นรายได้หลักสำหรับการดำเนินการของโรงพยาบาล (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเถียร และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542, หน้า 7) การให้สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันอาจผลักดันให้เกิดการใช้บริการแตกต่างกันออกไปด้วย เช่น หากการประกันสุขภาพให้ความคุ้มครองเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาล ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2537, หน้า 118)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของระบบประกันสุขภาพแต่ละประเภท การกำหนดให้มีการจ่ายร่วม (copayment) และอัตราการใช้บริการในแต่ละโครงการ จากตารางจะเห็นได้ว่า ภายใต้ระบบการจ่ายแบบเบิกได้ตามที่จ่ายจริง (fee for service) ของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการในและผู้ป่วยนอกมากกว่าประกันระบบอื่น ผู้มีสิทธิประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีใกล้เคียงกัน แต่ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีอัตราการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในต่ำกว่าแม้จะมีวันนอนนานกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้มีสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรง ในขณะที่ผู้ที่สมัครใจซื้อบัตรสุขภาพมักจะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่า หรือเรียกอีกอย่างว่าเป็นการคัดเลือกที่ขัดประโยชน์ (adverse selection) ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลจะมีอัตราการใช้บริการต่ำ อาจจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงอุปสรรคอื่นๆ ในการเข้าถึงบริการของประชาชนผู้มีรายได้น้อยที่นอกเหนือจากการมีประกันสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเถียร และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542, หน้า 7)

ตารางที่ 1 แหล่งที่มาของเงินทุน กลไกการจ่ายเงินประกัน และอัตราการใช้บริการของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในปี พ.ศ. 2539

ประเภท	ลักษณะเบื้องต้น	กลไกการจ่ายเงิน	การจ่ายร่วม	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปี* (บาท)	การใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อคนต่อปี (ครั้ง)	อัตราการรับเป็นผู้ป่วยในต่อ100 (ราย)	วันนอนเฉลี่ย (วัน)	สถานบริการ
โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	สวัสดิการสังคม	งบประมาณเหมาจ่าย	ไม่มี	< 225	0.7	3	5.1	รัฐ
สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	สวัสดิการ	ตามที่รักษาจริง	บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน	> 1,781	5.5	13.6	11.9	รัฐและเอกชน
ประกันสังคม	บังคับ	เหมาจ่ายต่อหัว	การคลอดบุตรกรณีฉุกเฉิน	712	1.4	2.6	5.6	รัฐและเอกชน
บัตรประกันสุขภาพ	สมัครใจ	เหมาจ่ายต่อหัว	ไม่มี	~ 190	1.7	5.8	4.3	รัฐ

ที่มา : ปรับปรุงจาก เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเถียร และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2542, หน้า 7-9)

* ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจริงของแต่ละระบบไม่มีในรายงาน ตัวเลขที่แสดงในตารางสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคมเป็นค่าที่คำนวณจากค่าบริการที่สถานบริการเรียกเก็บ มิใช่ต้นทุนที่แท้จริง ในขณะที่ตัวเลขของบัตรประกันสุขภาพและโครงการสปร.อ้างอิงจากเงินที่รัฐสนับสนุนโครงการต่อคน ทั้งนี้ยังมีความจำเป็นต้องศึกษาต้นทุน (ไม่ใช่ค่าบริการที่สถานบริการเรียกเก็บ) ของการให้บริการผู้มีสิทธิเหล่านี้ต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

5. ปัญหาของแต่ละระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพแต่ละประเภทมีจุดอ่อนและจุดแข็งแตกต่างกันไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา สรุปได้ดังนี้

5.1 งบประมาณที่ไม่เพียงพอสำหรับบัตรประกันสุขภาพและโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล สวัสดิการของรัฐจัดให้คนจนสามารถเข้าถึงสถานบริการได้ และยังให้บริการฟรีแก่ผู้ไม่มีบัตรสงเคราะห์ด้วย แต่มีปัญหาคือการจัดสรรงบประมาณต่อหัวคนจนต่ำมากเมื่อเทียบกับสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540, หน้า 45) ดังนั้นจึงเป็นผลให้สถานบริการจำเป็นต้องหารายได้เพิ่มเติมทั้งจากการเก็บค่าบริการเพิ่มเติม หรือหารายรับจากผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพอื่นมาชดเชย (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเถียร และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542, หน้า 13)

5.2 สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการไม่สามารถควบคุมค่ารักษาพยาบาลได้ โดยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2537 ซึ่งค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดสูงถึง 9,954 ล้านบาท (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540, หน้า 45) โดยอาจเนื่องมาจากใช้ระบบการจ่ายเงินตามค่าบริการจริงที่เรียกเก็บ (fee for service) อาจส่งเสริมให้เกิดการให้บริการที่เป็นที่พอใจของผู้ป่วย แต่อาจเกิดปริมาณการบริการที่เกินความจำเป็น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2537, หน้า 118)

000

5.3 แรงจูงใจสำหรับสถานบริการและผู้บริโภค ความแตกต่างของระบบการเงินการคลังทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่แตกต่างกันในการให้บริการด้านสุขภาพ เช่น การจ่ายเงินตามค่าบริการจริงที่เรียกเก็บ (fee for service) ของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและกองทุนเงินทดแทนจะทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่จะให้บริการมากขึ้น ในทางทฤษฎี การจ่ายแบบเหมารายหัวต่อคน (capitation) ในระบบประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพจะกระตุ้นให้สถานบริการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อรวมกับการแข่งขันระหว่างสถานบริการเพื่อให้มีผู้ลงทะเบียนมาก น่าจะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามสถานบริการยังพยายามที่จะเน้นรับเฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิสุขภาพดีที่น่าจะมีค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่ำ ในพื้นที่ที่ไม่มีการแข่งขันจะพบว่าระบบเหมาจ่ายยังอาจจะนำไปสู่ระบบบริการที่มีคุณภาพต่ำลงหรือให้บริการน้อยลง ระบบการจ่ายเงินเหมารวม (global budget) สำหรับผู้ป่วยในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งมีเงินไม่เพียงพอก็อาจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการน้อยลงและลดคุณภาพในการให้บริการ การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวระบบที่ประกันสังคมจ่ายให้

กับสถานบริการเป็นการส่งเสริมให้มีการบริการรักษาพยาบาลและการรักษาในโรงพยาบาลแทนที่จะทำให้โรงพยาบาลมีความตระหนักถึงศักยภาพที่จะให้บริการของสาธารณสุขมูลฐาน (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเถียร และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542, หน้า 14)

5.4 การทุจริต ไม่ว่าจะมีการควบคุมที่รัดกุมเพียงใด การทุจริตก็ยังคงมีอยู่เสมอในทุกระบบประกันสุขภาพที่ใช้วิธีการเบิกจ่ายตามการให้บริการจริงทั้ง 3 ระบบ คือ สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ กองทุนทดแทนแรงงาน และพ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ เป็นรูปแบบที่มีโอกาสเกิดการทุจริตมากที่สุด ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการพบว่า มีสถานบริการเอกชนบางแห่งเปลี่ยนสถานะผู้ป่วยนอกที่เบิกไม่ได้ ไปเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้สามารถนำไปเบิกเงินได้ โดยทั่วไปมีการตรวจสอบการเบิกจ่ายน้อยมาก โดยมักจะจ่ายให้สถานบริการตามที่เบิกมาทั้งหมด คนงานที่ออกจากงานถึงแม้จะมีสิทธิประกันสังคมอยู่มักจะย้ายกลับไปบ้านเกิด แต่สำนักงานประกันสังคมก็ยังจ่ายให้กับโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนต่อไป โดยที่ไม่ได้มีการให้ผลประโยชน์กับคนงานที่ออกไปแต่อย่างใด การทุจริตภายใต้ระบบประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ การที่สถานบริการอาจจะมีความพยายามที่จะวินิจฉัยโรคให้เป็นโรคในกลุ่มที่มีการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษโดยเฉพาะกลุ่มโรคที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง สถานบริการอาจจะจัดกลุ่มผู้ป่วยให้อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่สูงขึ้นเพื่อรับเงินมากขึ้น (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเถียร และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542, หน้า 12)

5.5 ประสิทธิภาพข้อมูลที่บ่งชี้ประสิทธิภาพอย่างหยาบๆ คือ ตัวเลขค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรของแต่ละระบบประกันสุขภาพซึ่งมีความแตกต่างกันมาก เช่น จากตาราง 1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ประกันตนตามพ.ร.บ.ประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 225, 712 และ 1,781 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันของสิทธิประโยชน์ที่แต่ละระบบให้ความคุ้มครองไม่เท่าเทียมกัน แต่ก็พอจะแสดงให้เห็นว่า ระบบการจ่ายเงินต่อผู้ให้บริการนั้นมีผลต่อประสิทธิภาพค่อนข้างมาก กล่าวคือ การใช้งบประมาณจ่ายให้กับสถานพยาบาลของรัฐทำให้ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมีมูลค่าต่ำที่สุด ในขณะที่การจ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บของระบบสวัสดิการข้าราชการทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมาก ส่วนระบบประกันสังคมซึ่งใช้ระบบเหมาจ่าย แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงแต่สิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับกลับต่ำกว่าที่ควรจะได้รับ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2537, หน้า 122)

5.6 ความเสมอภาค เรายังพบความไม่เสมอภาคในระบบเมื่อดูจากรายจ่ายเฉลี่ยเพื่อบริการทางการแพทย์ของประกันสุขภาพแต่ละระบบ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการได้รับสิทธิเฉลี่ยคนละ 2,200 บาทในขณะที่ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพได้รับการสนับสนุนเพียง 250 บาทต่อคน และผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลได้รับเพียง 273 บาทต่อคน (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเถียร และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542, หน้า 11) ปัญหาความไม่เป็นธรรมในเชิงการเงินการคลังเพื่อสุขภาพเกิดจากการที่รัฐบาลให้งบประมาณอุดหนุนประชาชนกลุ่มต่างๆ ไม่สอดคล้องกับความจำเป็น ประชาชนกลุ่มที่มีความต้องการมากที่สุด เช่น ผู้มีรายได้น้อย เกษตรกรในชนบทกลับได้รับการอุดหนุนน้อยกว่าผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้ประจำหรือข้าราชการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2537, หน้า 123)

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ได้ระบบบริการสุขภาพที่แสดงออกถึงความเสมอภาค คุณภาพ และประสิทธิภาพ ซึ่งกลวิธีที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขและประกันสุขภาพ โดยให้มีกลไกทางการเงินที่ทำให้เกิดการปรับตัวของทุกส่วน (สมชาติ โตรักษา, 2542, หน้า 11-12) การศึกษาต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยแต่ละระบบประกันสุขภาพเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ทราบถึงความเหมือนหรือแตกต่างกันของการได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล และอาจนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาในการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพ

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการคำนวณเบี้ยประกันสุขภาพ

หลักการสำคัญของการประกันสุขภาพ คือ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่เก็บได้จะต้องเพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับอัตราการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการเจ็บป่วย รวมกับค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2537, หน้า 116)

เบี้ยประกันสุขภาพสัมพันธ์กับการคุ้มครองที่สมาชิกต้องการ องค์กรประกันสุขภาพนำเอา 2 ปัจจัยหลักมาเป็นฐานในการคำนวณเบี้ยประกันกับการคุ้มครอง (สมชาติ โตรักษา, 2542, หน้า 25) ได้แก่

6.1 เพศ โดยปกติเพศหญิงจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่าเพศชาย ดังนั้นการคำนวณเบี้ยประกันเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย

6.2 อายุ สมาชิกที่มีอายุน้อยจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่าอายุมาก แต่สมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากเช่นเดียวกัน โดยมีการแบ่งกลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคดังนี้

6.2.1 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาก คือ

(1) กลุ่มอายุ 1 วัน – 5 ปี

(2) กลุ่มอายุ 45 ปี – 60 ปี

6.2.2 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองลงมา คือ

(1) กลุ่มอายุมากกว่า 5 ปี – 12 ปี

(2) กลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี – 45 ปี

6.2.3 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย ได้แก่ กลุ่มอายุ 13 – 39 ปี

อย่างไรก็ดี การแบ่งกลุ่มอายุแม้จะขึ้นอยู่กับแต่ละองค์กร ซึ่งจะกำหนดโดยอาศัยข้อมูลเดิมและจากการทบทวนการเกิดโรคของประชากรในส่วนรวมของประเทศก็ตาม การเกิดโรคภัยก็มีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น พฤติกรรมต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค การประกอบอาชีพ สภาพเศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ งานวิจัยที่ทำการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของฝ่ายเภสัชกรรม และอีกส่วนหนึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อหน่วยของผู้ป่วยแต่ละระบบประกันสุขภาพ

งานวิจัยที่ทำการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยฝ่ายเภสัชกรรมมีเพียง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา ดังนี้

ภัสรา เชษฐ์โชติศักดิ์ (2534) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลชลบุรี ปีงบประมาณ 2534 จัดสรรต้นทุนโดยวิธี double step down method การให้บริการของฝ่ายเภสัชกรรมแบ่งเป็นงานบริหารคลังเวชภัณฑ์ งานผลิตยา และงานจ่ายยา ต้นทุนรวมของฝ่ายเภสัชกรรมเท่ากับ 50,365,151.49 บาท ต้นทุนทางตรงของงานจ่ายยาผู้ป่วยนอก งานจ่ายยาผู้ป่วยใน งานบริหารคลังเวชภัณฑ์ และงานผลิตยาเท่ากับ 19,372,723.75 บาท 22,656,562.64 บาท 1,699,383.39 บาท และ 2,838,977.31 บาท ตามลำดับ ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกเท่ากับ 115.27 บาทต่อใบสั่งยา ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในเท่ากับ 109.76 บาทต่อใบสั่งยา ต้นทุนต่อหน่วยงานบริหาร

คลังเวชภัณฑ์เท่ากับ 297.72 บาทต่อใบสั่งซื้อ และเท่ากับ 170.57 บาทต่อใบจ่ายยา ต้นทุนต่อหน่วยงานผลิตยาไม่ปราศจากเชื้อ (non-sterile drug) และยาปราศจากเชื้อ (sterile drug) เท่ากับ 34.92 และ 19.48 บาทต่อลิตร ตามลำดับ

Thadtapong (1998) ได้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการเภสัชกรรม โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2540 งานบริการเภสัชกรรมประกอบด้วย งานจ่ายยาผู้ป่วยนอก งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก งานจ่ายยาผู้ป่วยใน งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน งานบริหารคลังเวชภัณฑ์ งานผลิตยา และงานฝึกนักศึกษา การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีเก็บข้อมูลทั้งชนิดไปข้างหน้าและย้อนกลับของข้อมูลต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุ จัดสรรต้นทุนโดยวิธี simultaneous equation พบว่า ต้นทุนทางตรงทั้งหมดของฝ่ายเภสัชกรรมเท่ากับ 24,460,119.20 บาท คิดเป็นต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุร้อยละ 2.51, 14.04 และ 83.45 ตามลำดับ ต้นทุนค่าวัสดุมีสัดส่วนสูงที่สุดโดยพบว่าเป็นต้นทุนค่ายาเท่ากับ 19,734,488 บาท คิดเป็นร้อยละ 96.68 ของต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนต่อหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกเป็น 126.16 บาทต่อใบสั่งยา หรือ 41.05 บาทต่อขนาน ต้นทุนของงานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกเป็น 609.49 บาทต่อครั้ง ต้นทุนของงานจ่ายยาผู้ป่วยในเป็น 1,041.49 บาทต่อรายผู้ป่วย หรือ 179.10 บาทต่อวันนอน หรือ 57.60 บาทต่อขนานยา ต้นทุนของงานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในเป็น 67.00 บาทต่อรายผู้ป่วย หรือ 17.75 บาทต่อวันนอน ต้นทุนของงานบริหารเวชภัณฑ์เป็น 191.54 บาทต่อใบสั่งซื้อ และเป็น 193.08 บาทต่อใบจ่ายยาและเวชภัณฑ์ ต้นทุนของการผลิตยาน้ำเป็น 0.27 บาทต่อมิลลิลิตร ยาครีมเป็น 3.14 บาทต่อกรัม และน้ำยาฆ่าเชื้อเป็น 4.70 บาทต่อลิตร ต้นทุนของการฝึกงานเป็น 8,793.10 บาทต่อรายนักศึกษา หรือ 514.72 บาทต่อวัน

Rangpholsumrit (1999) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยงานบริการเภสัชกรรม โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2541 ทำการวิเคราะห์โครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลและจัดแบ่งออกเป็น หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ และหน่วยบริการผู้ป่วย จัดสรรต้นทุนโดยวิธี simultaneous equation ต้นทุนทั้งหมดของงานบริการเภสัชกรรมมีมูลค่า 65,495,353.71 บาท เป็นต้นทุนทางตรง 62,675,098.58 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.51 ของต้นทุนรวมของโรงพยาบาล ซึ่งฝ่ายเภสัชกรรมเป็นแผนกที่มีสัดส่วนของต้นทุนที่สูงสุดของต้นทุนรวมของโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาเฉพาะต้นทุนค่าวัสดุพบว่า ต้นทุนค่าวัสดุของฝ่ายเภสัชกรรมมีสัดส่วนสูงสุดคือร้อยละ 51.25 ของต้นทุนค่าวัสดุของโรงพยาบาล โดยเป็นมูลค่ายาเท่ากับ 50,472,231 บาท คิดเป็นร้อยละ 96.48 ของต้นทุนค่าวัสดุของฝ่ายเภสัชกรรม ต้นทุนต่อหน่วยของงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกเป็น 170.89 บาทต่อใบสั่งยา หรือคิดเป็น 59.59 บาทต่อขนานยา ต้นทุนต่อหน่วยของงานจ่ายยาผู้ป่วยใน

เป็น 302.99 บาทต่อใบสั่งยา หรือ 79.85 บาทต่อขนานยา หรือ 704.68 บาทต่อรายผู้ป่วย หรือ 154.43 บาทต่อวันนอน ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริหารเวชภัณฑ์เป็น 765.29 บาทต่อใบสั่งซื้อ หรือ 582.55 บาทต่อการสั่งซื้อ 1 ขนานยา และ 2,305.34 บาทต่อใบจ่ายยาคลัง หรือ 90.70 บาทต่องานจ่ายยาคลัง 1 ขนานยา ต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตยาน้ำปราศจากเชื้อเป็น 40.41 บาทต่อลิตร ยาน้ำทั่วไปชนิดรับประทานเป็น 100.35 บาทต่อลิตร ยาน้ำทั่วไปชนิดใช้ภายนอกเป็น 21.89 บาทต่อลิตร ยาครีมเป็น 0.27 บาทต่อกรัม และน้ำยาฆ่าเชื้อเป็น 68.07 บาทต่อลิตร ต้นทุนของงานติดตามและวัดระดับยาในเลือดเป็น 5,986.02 บาทต่อรายผู้ป่วย

งานวิจัยที่ทำการศึกษาต้นทุนฝ่ายเภสัชกรรมพบว่า ประมาณร้อยละ 96 ของต้นทุนค่าวัสดุของฝ่ายเภสัชกรรมเป็นต้นทุนค่ายา ดังนั้นถ้าสามารถลดต้นทุนค่ายาลงได้ อาจสามารถลดต้นทุนของฝ่ายเภสัชกรรม การลดต้นทุนค่ายาอาจทำได้หลายวิธี เช่น การประเมินการใช้ยาโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด การลดการสำรองยาในคลังเวชภัณฑ์ หรือการลดจำนวนรายการยาของโรงพยาบาล เป็นต้น

ตาราง 2 แสดงสรุปต้นทุนต่อหน่วยของงานในฝ่ายเภสัชกรรม

ต้นทุนต่อหน่วย	รพ.ชลบุรี ภัสรา เชษฐ์โชติศักดิ์ (2534)	รพ.เสนา Thadtapong (1998)	รพ.ฉะเชิงเทรา Rangpholsumrit (1999)
งานจ่ายยาผู้ป่วยนอก			
(บาทต่อใบสั่งยา)	115.27	126.16	170.89
(บาทต่อขนานยา)	-	41.05	59.59
งานจ่ายยาผู้ป่วยใน			
(บาทต่อใบสั่งยา)	109.76	-	302.99
(บาทต่อขนานยา)	-	57.60	79.85
(บาทต่อรายผู้ป่วย)	-	1,041.49	704.68
(บาทต่อวันนอน)	-	179.10	154.43

ตาราง 2 แสดงสรุปต้นทุนต่อหน่วยของงานในฝ่ายเภสัชกรรม (ต่อ)

ต้นทุนต่อหน่วย	รพ.ชลบุรี ภัสรา เชษฐ์โชติศักดิ์ (2534)	รพ.เสนา Thadtapong (1998)	รพ.ฉะเชิงเทรา Rangpholsumrit (1999)
งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก			
(บาทต่อครั้ง)	-	609.49	-
งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน			
(บาทต่อรายผู้ป่วย)	-	67.00	-
(บาทต่อวันนอน)	-	17.75	-
งานติดตามและวัดระดับยาในเลือด			
(บาทต่อรายผู้ป่วย)	-	-	5,986.02
งานบริหารคลังเวชภัณฑ์			
(บาทต่อใบสั่งซื้อ)	297.72	191.54	765.29
(บาทต่อใบจ่ายยา)	170.57	193.08	2,305.34
(บาทต่อการสั่งซื้อ 1 ขนานยา)	-	-	582.55
(บาทต่องานจ่ายยา 1 ขนานยา)	-	-	90.70
การฝึกงานนักศึกษา			
(บาทต่อรายนักศึกษา)	-	8,793.10	-
(บาทต่อวัน)	-	514.72	-
งานผลิตยาไม่ปราศจากเชื้อ			
(บาทต่อลิตร)	34.92	-	-
งานผลิตยาปราศจากเชื้อ			
(บาทต่อลิตร)	19.48	-	40.41
งานผลิตยาน้ำ (บาทต่อมิลลิลิตร)	-	0.27	0.10
งานผลิตยาน้ำทั่วไปชนิดใช้ภายนอก			
(บาทต่อลิตร)	-	-	21.89
งานผลิตยาครีม (บาทต่อกรัม)	-	3.14	0.27
งานผลิตน้ำยาฆ่าเชื้อ (บาทต่อลิตร)	-	4.70	68.07

งานวิจัยที่ศึกษาต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลต่อหน่วยของผู้ป่วยแต่ละระบบประกันสุขภาพ มีผู้ที่ทำการศึกษาดังนี้

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) ศึกษาค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยการสำมะโนแบบ บก. ชล. 2 จากกลุ่มตัวอย่าง 6 กรม ได้ข้อมูลหนึ่งปีระหว่างเดือนมีนาคม 2534 – กุมภาพันธ์ 2535 จำนวน 5,295 ราย ซึ่งเป็นตัวแทนผู้ป่วยในกรุงเทพฯ พบว่า ข้าราชการเบิกสำหรับตนเองร้อยละ 56 เบิกสำหรับบุคคลในครอบครัวร้อยละ 44 ป่วยด้วยโรค 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบทางเดินอาหาร อัตราการใช้บริการเฉลี่ย 1.6 ครั้งต่อคนต่อปี ค่ารักษาต่อครั้งเป็นเงิน 463 บาท ค่ารักษาต่อรายเป็นเงิน 666 บาท โดยค่ายามีสัดส่วนสูงที่สุดร้อยละ 80 ที่เหลือเป็นค่าตรวจทางรังสีวิทยาร้อยละ 4 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการร้อยละ 3 และค่าอื่นๆ ร้อยละ 13 ข้าราชการบำนาญเบิกสำหรับตนเองร้อยละ 80 และเบิกสำหรับบุคคลในครอบครัวร้อยละ 20 ป่วยด้วยโรค 3 อันดับแรกได้แก่ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อัตราการใช้บริการเฉลี่ย 1.9 ครั้งต่อคนต่อปี ค่ารักษาต่อครั้งเป็นเงิน 854 บาท ค่ารักษาต่อรายเป็นเงิน 1,382 บาท โดยค่ายามีสัดส่วนสูงที่สุดเช่นเดียวกันร้อยละ 87 ที่เหลือเป็นค่าอื่นๆ ได้แก่ ค่าตรวจทางรังสีวิทยาร้อยละ 4 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการร้อยละ 2 และค่าอื่นๆ ร้อยละ 7 อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการบำนาญสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่ารักษาพยาบาลยังแตกต่างกันมากสำหรับโรคเดียวกันในโรงพยาบาลต่างกัน

ศุภสิทธ์ พรรณารุโณทัย (2537) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการโรงพยาบาลน่าน โดยใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดจากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลน่าน ปีงบประมาณ 2535 – 2536 นำมาคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโครงการต่างๆ พบว่าผู้ป่วยในแต่ละระบบประกันสุขภาพมีค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกัน โดยผู้ที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองมีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คือเท่ากับ 61.66 บาทต่อครั้ง และ 1,165.29 บาทต่อราย ผู้ป่วยสูงอายุมีต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกสูงสุด เท่ากับ 157.68 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้มีต้นทุนการรักษาผู้ป่วยในสูงสุด เท่ากับ 5,421.75 บาทต่อราย ผู้ป่วยรายได้น้อยประเภทต่างๆ มีต้นทุนการรักษาสูงกว่าผู้ที่จ่ายเงินเอง ต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยบัตรสุขภาพใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายได้น้อย แต่ต้นทุนของผู้ป่วยประกันสังคมโดยเฉพาะผู้ป่วยในสูงกว่าโครงการอื่นๆ ยกเว้นผู้ป่วยเบิกได้ ข้อมูลดังกล่าวทำให้สงสัยว่าบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยต่างๆ มีความเท่าเทียมกันตามความต้องการที่ควรได้หรือไม่ ส่วนต้นทุนการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่สูงกว่าต้นทุนการรักษาผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 1 ปีนั้นน่าจะเนื่องจากลักษณะโรคของผู้สูงอายุที่เรื้อรังซ้ำซ้อนกว่าในเด็ก

เปรียบเทียบระหว่างสิทธิการคุ้มครองต่างๆ ในผู้ป่วยผู้สูงอายุที่รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลน่าน พบว่าผู้สูงอายุที่จ่ายเงินเองรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มอื่นและมีต้นทุนต่ำที่สุด เท่ากับ 1,625.55 บาทต่อราย ผู้สูงอายุที่มีสิทธิเบิกได้ทั้งประเภทสิทธิของตนเองกับสิทธิของบุตรได้รับการรักษานานเท่าๆ กันและมีต้นทุนค่ารักษาต่อรายสูงที่สุด เท่ากับ 5,954.44 และ 6,963.54 บาทต่อราย ตามลำดับ

งบประมาณที่จัดสรรให้โครงการต่างๆ อาจมีส่วนกำหนดการตัดสินใจสั่งการรักษาของแพทย์ เช่น โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในปีงบประมาณ 2535 ได้รับงบประมาณจัดสรรถึงร้อยละ 64 ของรายจ่ายของงบประมาณ ขณะที่งบจัดสรรในโครงการบัตรสุขภาพได้เพียงร้อยละ 27 ของรายจ่ายของงบประมาณ ดังนั้นแม้ผู้ป่วยบัตรสุขภาพจะมีส่วนจ่ายเงินล่วงหน้าไปบ้างแล้ว แต่เนื่องจากราคาบัตรต่ำกว่าความเป็นจริง หรืองบประมาณที่จัดสรรให้โรงพยาบาลน้อยกว่ารายจ่าย จึงทำให้แพทย์ระมัดระวังเรื่องค่ารักษาที่ให้กับผู้ป่วย

Satayavongthip (1995) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนค่ายาที่ใช้ในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ในจังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลการใช้ยาจากสมุดบันทึกทะเบียนผู้ป่วยทั่วไปของสถานีอนามัยในช่วง 1 กุมภาพันธ์ – 31พฤษภาคม 2537 ศึกษารูปแบบการใช้ยาและวิเคราะห์หาต้นทุนค่ายาเฉลี่ย เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่มีผลหรือสัมพันธ์กับต้นทุนค่ายาเฉลี่ยที่ใช้ จากบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วย 8,258 ครั้ง ในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ 23 แห่ง พบว่า ลักษณะประชากรของผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นดังนี้ เพศหญิงร้อยละ 57.36 อายุต่ำกว่า 21 ปี ร้อยละ 41.87 ป่วยด้วยอาการของระบบทางเดินหายใจร้อยละ 31.08 เป็นผู้ป่วยประเภทได้รับสิทธิยกเว้นค่ารักษาและผู้ป่วยอนาถาที่ไม่มีเงินจ่ายร้อยละ 67.16

ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อบ่งชี้การใช้ยา (drug use indicator) พบว่า มีการตรวจรักษาที่ไม่ได้ใช้ยาร้อยละ 8.97 ต้นทุนค่ายาเฉลี่ย 17.33 บาทต่อครั้ง จำนวนรายการเฉลี่ย 2.72 รายการต่อใบสั่งยา คุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับต้นทุนค่ายาที่ใช้ ได้แก่ เพศ อายุ โรคที่เป็นและประเภทผู้ป่วย โดยมีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยเพศชายเท่ากับ 18.02 บาทต่อใบสั่งยา สูงกว่าเพศหญิง (16.84 บาท) ผู้ป่วยอายุ 21 – 40 ปี มีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยต่อใบสั่งยาสูงสุด (18.53 บาท) ขณะที่ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 21 ปี มีต้นทุนต่ำสุด (16.20 บาท) ผู้ป่วยที่ป่วยมากกว่า 1 โรค มีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ โรคในระบบทางเดินปัสสาวะ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ เท่ากับ 29.25, 24.33, 20.29 และ 20.19 ตามลำดับ ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรสุขภาพ และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาลและผู้ป่วยอนาถาที่ไม่มีเงินจ่าย เท่ากับ 19.25, 18.24 และ 16.42 บาทต่อใบสั่งยา ตามลำดับ

Petchmokul (1996) ศึกษารูปแบบการใช้ยาภายใต้สถานภาพการจ่ายเงินของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลรามาธิบดี ทำการศึกษาแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลจากใบสั่งยาผู้ป่วยที่มารับบริการช่วงวันที่ 8-21 กันยายน พ.ศ. 2536 จำนวน 27,747 ใบ เป็นผู้ป่วยนอก 19,185 ใบ และ ผู้ป่วยใน 7,192 ใบ แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 ประเภทตามระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล พบว่าระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (payment mechanism) ที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับการได้รับยาและประเภทของยาที่ได้รับ ผู้ป่วยที่มีระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง (fee-for-servive) มีแนวโน้มที่จะได้รับยาที่เป็นยาต้นแบบ (original drugs) มากกว่าผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบเหมาจ่าย (capitation) และผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หรือจ่ายเพียงบางส่วน (free-of-charge or partial pay) นอกจากนี้อัตราการเปลี่ยนจากยาต้นแบบที่มีราคาแพงเป็นยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันแต่มีราคาถูกกว่า (rate of generic substitution) ในกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายและผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หรือจ่ายเพียงบางส่วนมีอัตราการแทนยาร้อยละ 16 และ 15 ตามลำดับ ซึ่งจะสูงกว่าของผู้ป่วยที่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงซึ่งมีอัตราการแทนยาร้อยละ 2.6

มูลค่าของใบสั่งยาผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง มีมูลค่าการใช้ยาสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 89.12 ของมูลค่าการใช้ยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด แต่เมื่อคิดมูลค่ายาต่อ 1 ใบสั่งยาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หรือจ่ายเพียงบางส่วนมีมูลค่ายาสูงสุด คือ 654.51 บาทต่อใบสั่งยา เมื่อพิจารณาตามระบบประกันสุขภาพ ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีมูลค่าการใช้ยาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 49.02 ของมูลค่าการใช้ยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการบำนาญมีมูลค่าต่อใบสั่งยาสูงสุด คือ 923.17 บาทต่อใบสั่งยา รองลงมาคือผู้มีรายได้น้อย เท่ากับ 855.12 บาทต่อใบสั่งยา แม้ว่าผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง (self-pay) มีมูลค่าการใช้ยาเป็นอันดับ 2 คือคิดเป็นร้อยละ 21.27 ของมูลค่าการใช้ยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด แต่มีมูลค่าเพียง 238.74 บาทต่อใบสั่งยา ซึ่งมีมูลค่าต่อใบสั่งยาเป็นลำดับที่ 9

ใบสั่งยาผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีมูลค่าการใช้ยาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 46.36 ของมูลค่าการใช้ยาผู้ป่วยในทั้งหมด แต่เมื่อคิดต่อ 1 ใบสั่งยา พบว่า ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการบำนาญมีมูลค่าสูงสุด คือ 880.78 บาทต่อใบสั่งยา ในขณะที่ผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีมูลค่าเท่ากับ 54.78บาทต่อใบสั่งยา ซึ่งมีมูลค่าต่อใบสั่งยาเป็นลำดับที่ 3 เมื่อพิจารณาตามระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง คิดเป็นร้อยละ 81.65 ของมูลค่าการใช้ยาผู้ป่วยในทั้งหมด พิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หรือจ่ายเพียงบางส่วน พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิฉุกจ้างของโรงพยาบาลรามาธิบดีมีมูลค่าการใช้ยาสูงสุดในกลุ่มนี้ เท่ากับ 435.91 บาทต่อใบสั่งยา

ผู้วิจัยสรุปและเสนอแนะว่า ระบบการจ่ายเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาต้นแบบ โดยมีการให้บริการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงมากกว่าระบบเหมาจ่ายและผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หรือจ่ายเพียงบางส่วน โดยเฉพาะในกลุ่มข้าราชการและข้าราชการบำนาญ ในขณะที่ผู้ป่วยระบบเหมาจ่ายมีการใช้ยาอย่างประหยัด นั่นทำให้ลักษณะการใช้ยาในภาพรวมของโรงพยาบาลเป็นไปตามกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจซึ่งไม่มีข้อจำกัดของปริมาณการจ่ายเงินและเรียกเก็บเงินคืน ดังนั้นแพทย์จึงไม่ต้องคำนึงถึงค่ายาต่อใบสั่งยาของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงควรมีการจัดตั้งระบบเพื่อลดการใช้ยานอกบัญชียาหลักและยาต้นแบบเพื่อลดต้นทุนค่ายาที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง

โชคชัย อินทรประสงค์ (2541) ศึกษาการใช้จ่ายงบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (สปร.) ของผู้มาใช้บริการฟรีที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ เก็บข้อมูลแบบย้อนหลังระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2540 จากการบันทึกต่างๆ ของทางราชการ ได้แก่ ระเบียนผู้ป่วยนอก ระเบียนผู้ป่วยใน บัตรตรวจโรค และระเบียนบัญชีรายจ่ายสิ่งของเวชภัณฑ์โดยไม่คิดมูลค่า เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อหน่วยผู้มาใช้บริการฟรี ผู้มาใช้บริการฟรีเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุ 13 – 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 39.22 และ 37.39 ตามลำดับ ประเภทบัตรสูงอายุมาใช้บริการมากที่สุดร้อยละ 29.53 รองลงมาคือ เด็กอายุ 0 – 12 ปี ร้อยละ 21.68 ค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ใช้งบประมาณมากที่สุด คือ 1,602,737 บาท จากยอดเงินรวมทั้งหมด 2,027,526 บาท คิดเป็นร้อยละ 79.05 เมื่อพิจารณาค่ารักษาพยาบาลของทั้ง 3 กลุ่มอายุ พบว่าค่ารักษาพยาบาลขึ้นอยู่ที่ค่ายามากที่สุดทั้ง 3 กลุ่ม โดยอายุ 0 – 12 ปี และ 60 ปีขึ้นไปใช้จ่ายค่ายาใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 85

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหน่วยบริการเท่ากับ 234.72 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยที่ใช้งบประมาณสปร.สูงสุด คือ กลุ่มอายุ 13 – 59 ปี เท่ากับ 272.60 บาทต่อครั้ง ผู้ใช้บริการบัตรประเภทผู้พิการ/ทุพลภาพ เท่ากับ 508.50 บาทต่อครั้ง เป็นผู้ป่วยใน เท่ากับ 2,015.34 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยที่ใช้งบประมาณสปร.ต่ำสุด คือ กลุ่มอายุ 0 – 12 ปี เท่ากับ 209.18 บาทต่อครั้ง ประเภทบัตรชั่วคราว เท่ากับ 38.00 บาทต่อครั้ง เป็นผู้ป่วยนอก เท่ากับ 111.05 บาทต่อครั้ง

ต้นทุนค่ายาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลงบประมาณสปร.ของผู้มาใช้บริการฟรีซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง การบริหารจัดการงบประมาณสปร.ของโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการควบคุมต้นทุนของโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญให้ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์เพื่อลดต้นทุนด้านยาของโรงพยาบาล สำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะมีการ

ศึกษาวิธีดำเนินงานเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้มาใช้บริการฟรีที่โรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และวิเคราะห์การสั่งจ่ายยาของแพทย์

พรเทพ สิริวนารังสรรค์ และคณะ (2542) ศึกษาการเงินการคลังด้านยาระดับจังหวัด โดยเลือกจังหวัดลพบุรี เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ตลอดจนภาวะการเจ็บป่วย พฤติกรรมแสวงหาบริการสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายด้านยาและภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของประชาชน ทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ในประเด็นการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยา และภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของประชาชน เก็บข้อมูลโดยการสำรวจข้อมูลย้อนหลังใน โรงพยาบาลและสถานีอนามัยทุกแห่ง ปีงบประมาณ 2538 – 2540 เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านยาในภาพรวม และการสำรวจแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง สถานีอนามัย 26 แห่ง จำนวน 2,871 ราย ผู้ป่วยในในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง จำนวน 3,024 ราย

ผู้ป่วยนอกที่มารับการบริการแยกประเภทการจ่ายเงินตามระดับสถานบริการสาธารณสุข พบว่ามีความแตกต่างกันของจำนวนผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวนผู้มารับบริการสูงสุด คือ สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 19.1 รองลงมา คือ บัตรสุขภาพ ประชาชนเป็นผู้จ่ายเอง สิทธิเด็ก 0 –12 ปี และสิทธิผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.3, 17.7, 16.3 และ 14.6 ตามลำดับ โรงพยาบาลชุมชน จำนวนผู้มารับบริการสูงสุด คือ บัตรสุขภาพ ร้อยละ 25.4 รองลงมา คือ สิทธิผู้สูงอายุ ประชาชนเป็นผู้จ่ายเอง และสิทธิเด็ก 0 – 12 ปี ร้อยละ 20.1, 17.2 และ 13 ตามลำดับ สำหรับในสถานีอนามัย จำนวนผู้มารับบริการสูงสุด คือ สิทธิเด็ก 0 – 12 ปี และบัตรสุขภาพในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 21.9 รองลงมา คือ สิทธิผู้สูงอายุ และประชาชนเป็นผู้จ่ายเอง ร้อยละ 18.3 และ 11.6 ตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอกในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 105 บาทต่อครั้ง มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 80.9 ของค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย 85.23 บาทต่อครั้ง เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอกในแต่ละระดับสถานบริการ สถานบริการระดับสูงกว่าจะมีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงกว่าสถานบริการสาธารณสุขระดับต่ำกว่า คือ ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย มีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ยเท่ากับ 148.92, 107.91 และ 24.24 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ และค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 92.6, 81.7 และ 76.7 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอกแยกตามประเภทการจ่ายเงิน ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในลักษณะการให้สวัสดิการจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมด มีความแตกต่างกันของค่าใช้จ่ายด้านยาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิทหารผ่านศึกและครอบครัว พระภิกษุและผู้นำศาสนา และสิทธิข้าราชการ (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 159 – 227 บาทต่อครั้ง) จะมีค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงกว่า

สิทธิสวัสดิการหรือการสงเคราะห์อื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย สิทธิเด็ก 0 – 12 ปี สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าสิทธิประกันสุขภาพ ได้แก่ ประกันสังคม ผู้ประสบภัยจากรถ และบัตรสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 73 – 76 บาทต่อครั้ง) และสูงกว่าผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือประชาชนต้องจ่ายเอง (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 103 บาทต่อครั้ง) หากพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านยาแยกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข พบว่า มีลำดับของค่าใช้จ่ายด้านยาตามประเภทการจ่ายเงินในลักษณะไม่แตกต่างกันมากนัก

ค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยในในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 1,051 บาทต่อราย มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 26.8 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด (ค่าเฉลี่ย 3,923 บาทต่อราย) ค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลทั่วไปสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน คือ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,285 และ 571 บาทต่อราย ผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่างกันมีค่าใช้จ่ายด้านยาที่แตกต่างกัน อาจกล่าวได้เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยนอก คือ ยังมีความเหลื่อมล้ำของสิทธิที่บุคคลควรได้รับบริการที่มีคุณภาพและเป็นธรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาต้นทุนหรือค่ารักษาพยาบาลต่อหน่วยของผู้ป่วยแต่ละระบบประกันสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

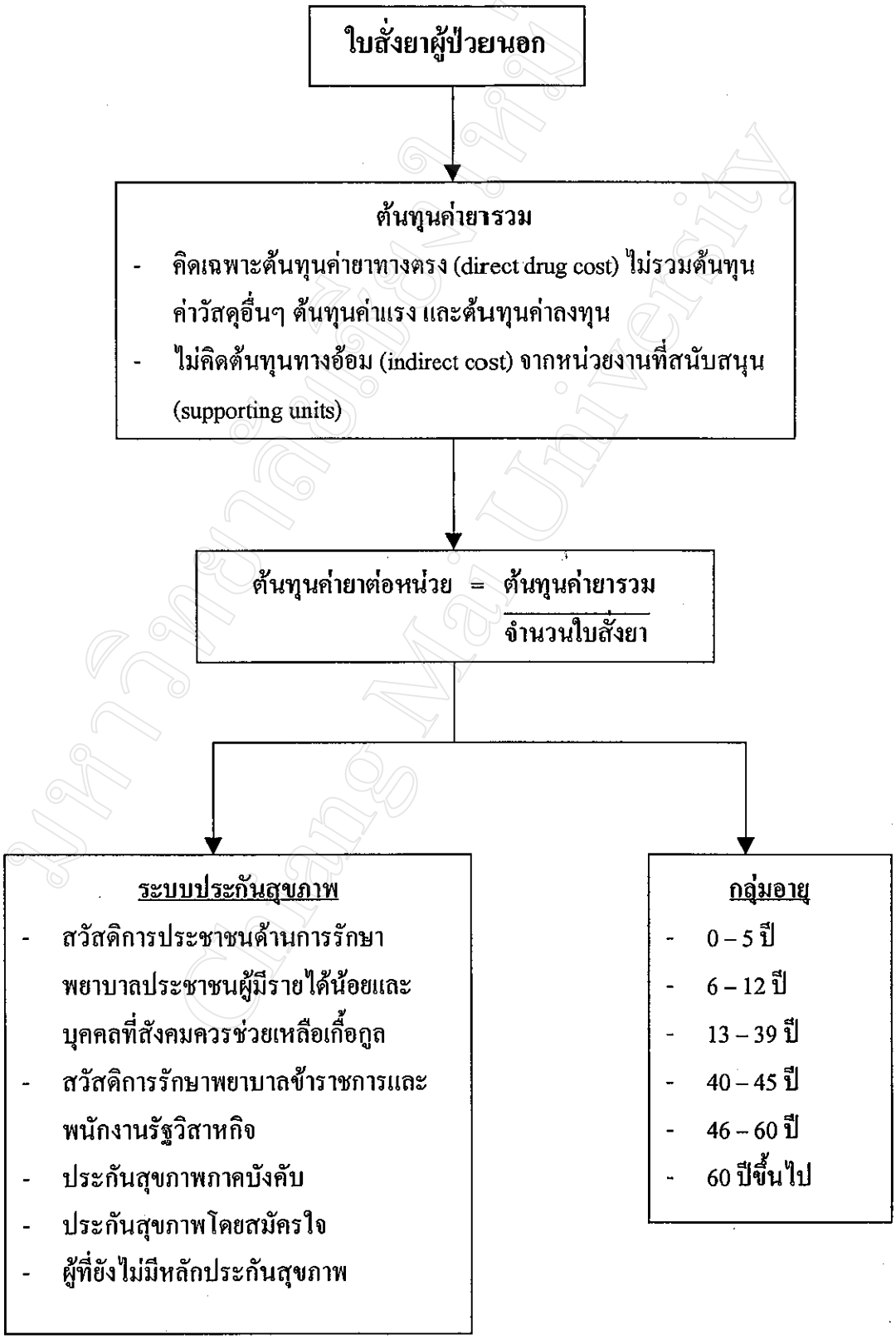
1. กลุ่มที่ศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2542) และ Petchmokul (1996) และการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะสิทธิในการรักษา ได้แก่ โชคชัย อินทรประสงค์ (2541) ศึกษาค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (สปร.) และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) ศึกษาค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

การศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกัน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละระบบประกันสุขภาพก็มีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง โดยค่ายาจะเป็นสัดส่วนสูงที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 80 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีผลต่อปริมาณการได้รับยาและประเภทของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

2. กลุ่มที่ศึกษาต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

การศึกษาต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ การศึกษาของ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2537) ศึกษาค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาโรงพยาบาลน่าน และ Satayavongthip (1995) ศึกษาต้นทุนค่ายาที่ใช้ในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ได้ผลการศึกษาเช่นเดียวกัน คือ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาแตกต่างกันจะมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและต้นทุนค่ายาแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่มีผล ได้แก่ เพศ อายุ โรคที่เป็น ประเภทของผู้ป่วยหรือสิทธิในการรักษาพยาบาล และงบประมาณที่จัดสรรให้กับโครงการสวัสดิการต่างๆ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีผู้ศึกษาต้นทุนค่ายาแยกตามระบบประกันสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาวิจัยโดยใช้หลักการทางเศรษฐศาสตร์ถึงต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบรรพตพิสัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง แยกตามระบบประกันสุขภาพ และมีการแยกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย จึงน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะได้ข้อมูลที่จะสามารถนำไปใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนการจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาล และการติดตามควบคุมกำกับการใช้ยาให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันแก่ประชาชนทุกคน

8. กรอบแนวคิดในการศึกษา