

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีภาวะสุขภาพดีนั้น เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่ความเจ็บป่วยก็เป็นสิ่งที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ จะทำการเยียวยาหรือแสวงหาการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้น การแสวงหาการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้น บุคคลแต่ละคนจะมีวิธีการแสวงหาการรักษาแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อาทิ เช่น การรับรู้ การประเมินความรุนแรงของอาการ รวมทั้งการยอมรับสภาพว่า ตนเองอยู่ในสภาพเจ็บป่วยหรือไม่ รวมทั้งการตัดสินใจร่วมกันของครอบครัวและเครือข่ายสังคมอีกทอดหนึ่ง โดยที่ระบบการให้บริการรักษาพยาบาลในปัจจุบันเป็นระบบพหุนิยม (Pluralistic Medical System) คือมีแหล่งให้เลือกรักษาพยาบาลหลายแหล่งตามความเชื่อศรัทธาของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นแหล่งบริการการแพทย์แผนใหม่ ทั้งภาครัฐและเอกชน ประกอบกับการแสวงหาการรักษาพยาบาลเป็นกระบวนการทางสังคมอันสลับซับซ้อนแล้ว ดังนั้น ประเภทของแหล่งการรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน จะใช้บริการการรักษาโรคหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณ บางครั้งอาจใช้บริการหลายแหล่งพร้อมๆ กัน บางครั้งอาจใช้ครั้งละแหล่ง และมีการเปลี่ยนการรักษาจากแหล่งหนึ่งไปอีกแหล่งหนึ่งเสมอ (กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ, 2547) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายได้ ความเพียงพอของรายจ่ายด้านสุขภาพ หรือปัจจัยร่วมทางสังคมอื่นๆ เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับ รายจ่ายสุขภาพ (Health expenditure) จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศ เป็นดัชนีที่สำคัญแสดงทรัพยากรนำเข้าทั้งโดยภาครัฐและประชาชน แสดงภาระของครัวเรือนเทียบกับรัฐบาล รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรหรือรายจ่ายสุขภาพเป็นร้อยละเท่าใดของร้อยละประชาชาติ ยังเป็นดัชนีที่สำคัญอีกอันหนึ่งในการคลังสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า ประเทศหนึ่งๆ ได้ใช้ทรัพยากรของตนไปสู่กิจกรรมสุขภาพมากน้อยเพียงใด (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปรางค์ วาศวิท และคณะ, 2550) จากการศึกษาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในหลายประเทศพบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่มากมายนานาชาติทำให้เกิดภัยพิบัติภายในครอบครัวมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ที่แตกต่างกันอย่างกว้างขวางในระหว่างประเทศในโลกนี้ ภัยพิบัติอันเกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงสุด โดยเฉพาะในบางประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศแถบลาตินอเมริกา เงื่อนไขหลักสำคัญสามประการ สำหรับค่าใช้จ่ายที่เป็นภาระของครอบครัวนี้คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องชำระเงิน ความสามารถในการจ่ายค่า

และไม่มีการชำระเงินล่วงหน้าในระบบการประกันสุขภาพ ประชาชนบางส่วนโดยเฉพาะ ในครัวเรือนยากจนสามารถป้องกันภัยพิบัติจากค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ โดยการลดการพึ่งพาระบบสุขภาพในแบบที่ต้องชำระเงินเองและการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการด้านสุขภาพ ในประเทศยากจน อาจเป็นการเพิ่มภาวะวิกฤตทางการเงินของประเทศ วิธีการนี้ อาจเพิ่มสัดส่วนการใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพจนนำไปสู่หายนะด้านการเงินของครัวเรือนในที่สุด (Ke Xu, et al., 2003)

ในสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาการกระจายตัวของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประชากรตลอดช่วงอายุ โดยศึกษาข้อมูลจากสมาชิก Blue Cross Blue Shield จำนวน 3.75 ล้านคน และ ข้อมูลจากการสำรวจ Medicare Current Beneficiary การสำรวจค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ฐานข้อมูลอัตราตายของมลรัฐ Michigan และจำนวนผู้ป่วยที่รักษาพยาบาลที่บ้าน การเก็บข้อมูล เก็บจากผลรวมของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพทั้งปี สำหรับการมีชีวิตอยู่ในทุกกลุ่มอายุ โดยใช้ข้อมูลจากศึกษาภาคตัดขวาง วิเคราะห์ อุบัติการณ์ของโรค เทคโนโลยีทางการแพทย์ และ ค่าใช้จ่ายคงที่ของการดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นเฉพาะใน บทบาทของอายุ ใน ค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายต่อหัวตลอดชีวิตคนอยู่ที่ 316,600 \$, พบว่า ค่าใช้จ่ายในผู้หญิง (\$ 361,200) มากกว่าผู้ชาย(\$ 268,700). สาเหตุแห่งความแตกต่างนี้เนื่องมาจากอายุขัยของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เกือบหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายจะเกิดขึ้น ระหว่าง อายุ กลางคน และเกือบครึ่งหนึ่งเกิดขึ้นในช่วงปลายอายุขัย ในผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่จนถึงอายุ 85 ปี มากกว่าหนึ่งในสามของค่าใช้จ่าย ตลอดชีวิตของพวกเขาจะเพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (Berhanu Alemayehu & Kenneth E Warner, 2004)

ในการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของเกาหลีใต้ พบว่า อัตราความเจริญเติบโตในด้านการใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในกลุ่มประเทศองค์กรเพื่อความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาหรือโออีซีดี (OECD) แนวโน้มเช่นนี้ดำเนินเรื่อยมาระหว่างปี 2000 และ 2007 โดยมีอัตราความเจริญเติบโตในด้านการใช้จ่ายทางสุขภาพของเกาหลีใต้สูงถึงร้อยละ 9.2 ต่อปี โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของ โออีซีดีทั่วไปซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 3.7 โดยการเพิ่มที่รวดเร็วในเรื่องการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาคสาธารณะ การใช้จ่ายด้านสุขภาพของเกาหลี เมื่อรวมเข้ากับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือจีดีพี (Gross domestic product-GDP) แล้ว ยังคงถือว่าต่ำ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของเกาหลีในปี 2007 ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของ จีดีพี คิดแล้วเป็น ค่าที่ต่ำที่สุดลำดับที่สี่ คือมีร้อยละอยู่ที่ 6.8 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโออีซีดีร้อยละ 2.1 จาก ค่าเฉลี่ยร้อยละ 8.9 ตามรายงานของโออีซีดี ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวในเกาหลี ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 1, 688 ดอลลาร์ สหรัฐในปี 2007 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของโออีซีดีที่ราว 2, 964 ดอลลาร์สหรัฐ (คิม ยุน มี, 2009)

ในประเทศไทย จากการศึกษาของวุฒิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์ (2545) ได้ศึกษาแบบแผนการใช้จ่ายด้านสุขภาพและแบบแผนการซื้อบริการด้านสุขภาพของครัวเรือนในประเทศไทย จำแนกตามภูมิภาค เขตที่อยู่ รายได้ และอาชีพของหัวหน้าครัวเรือน โดยวิเคราะห์ครัวเรือนจำนวน 25,110 ครัวเรือน พบว่า มีครัวเรือนร้อยละ 71 ที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในช่วง 30 วัน ก่อนการสำรวจ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเฉลี่ย 144.05 บาทต่อเดือน ครัวเรือนร้อยละ 48 มีค่าใช้จ่ายในการซื้อยากินเองอย่างเดียวเท่านั้น ครัวเรือนร้อยละ 33 ซื้อบริการที่ภาคเอกชนเป็นหลัก และ/หรือมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ ส่วนครัวเรือนที่เหลือ (ร้อยละ 20) ซื้อบริการที่ภาครัฐเป็นหลัก ค่าใช้จ่ายและแบบแผนการซื้อบริการด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะของครัวเรือน ได้แก่ ภูมิภาค เขตที่อยู่ รายได้ และอาชีพของหัวหน้าครัวเรือน

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มจากมูลค่า 147,837 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2538 เป็นมูลค่า 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งอัตราการเพิ่มร้อยละ 6.6 ต่อปี ใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่ร้อยละ 6.4 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบเป็นร้อยละของ GDP แล้ว ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาครวม (Total health expenditure) เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.53 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ หลังจากนั้น อัตราดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและลดลงถึงร้อยละ 3.32 ในปี พ.ศ. 2544 ต่อมาภายหลังจากรัฐบาลได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 ร้อยละค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวมต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.68 แล้วคงที่ที่ร้อยละ 3.5 จนถึงปี ในปี พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้นถึง 1.6 เท่า ตั้งแต่ประเทศไทยมีการประกันสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการใช้จ่ายทางสุขภาพสูงถึงร้อยละ 63 - 64 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวม สำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ โดยลดจากร้อยละ 43 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) รายจ่ายสุขภาพตามกิจกรรมทั้งหมดของคนไทย ถูกนำไปสำหรับการลงทุนร้อยละ 5 (Capital formation) ที่เหลืออีกร้อยละ 95 เป็นรายจ่ายดำเนินการ (Recurrent expenditure) โดยเป็นรายจ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลมากถึงร้อยละ 79 ซึ่งเป็นการบริการสำหรับผู้ป่วยนอกมากที่สุด (ร้อยละ 40) รองลงมาเป็นค่าบริการแบบผู้ป่วยใน (ร้อยละ 33) ในขณะที่รายจ่ายเพื่อการบริหารจัดการมีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราณี วาศวิท และคณะ, 2550) ในประเทศเพื่อนบ้านที่มีประชากรมากอย่างประเทศจีน ก็ประสบปัญหาที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น ทางรัฐบาลจีนจึงได้จัดสวัสดิการให้ประชาชนชาวจีน เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยประกาศทุ่มเงิน 124,000 ล้านดอลลาร์สำหรับช่วง 3 ปีข้างหน้า เพื่อขยายระบบประกันการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมร้อยละ 90

ของประชากรทั้งประเทศภายในปี 2554 ตลอดจนให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในด้านต่าง ๆ แก่ประชากรทั้งประเทศ 1,300 ล้านคนอย่างทั่วถึง (ASTVผู้จัดการออนไลน์ ข่าวประจำวัน, 2009).

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทย ได้มีความพยายามในการพัฒนาความครอบคลุมเรื่องสวัสดิการด้านสุขภาพ บริการสาธารณสุข รวมทั้งภาวะสุขภาพของประชาชนไทยมาโดยตลอด เพื่อให้คนไทยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทย ได้ริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) เพื่อให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยเน้นบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 ที่กำหนดสิทธิของประชาชน ในเรื่องการให้บริการสาธารณสุขไว้ว่า “รัฐจะต้องจัดให้บริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสมอภาค และเป็นธรรม” มีกรอบกฎหมายดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐาน จากการแปรนโยบายนำสู่การปฏิบัติ จะต้องมีการปรับตัวอย่างมากของสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณ จากเดิมที่สถานบริการสุขภาพมีรายรับจากงบประมาณแผนงานโครงการจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค และเงินของผู้ป่วยที่จ่ายเอง (Out of Pocket) มาเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (Capitation) ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งเงินงบประมาณที่เหมาจ่ายรายหัวนี้ ได้รวมรายจ่ายด้านบุคลากรด้วย และรายรับของสถานบริการที่ได้รับโดยตรงกับผู้ป่วยเป็นค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายต่อหัวประชากร มีทิศทางแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2551 – 2553 จากจำนวนเงิน 2,100 บาท 2,202 บาทและ 2,401.33 บาทตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข (2553) พบว่าอัตราป่วยของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายๆกลุ่มโรค เช่น โรคไข้เลือดออก (อัตราป่วย 48 ต่อแสนประชากร อัตราตายร้อยละ 0.1) โรคอุจจาระร่วง (อัตราป่วย 1,500 ต่อแสนประชากร) โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวาน ในปี 2550-2552 มีอัตราป่วย 278.19, 372.65 และ 394.24 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2550-2552 มีอัตราป่วย 56.20, 87.32 และ 86.50 ต่อแสนประชากรตามลำดับ(เป้าหมายกระทรวงไม่เกิน 60 ต่อแสนประชากร) ในขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้ป่วยใน มีจำนวนสูงที่สุดในปี พ.ศ.2550 จำนวน 80,336 คน รองลงมาในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 มีจำนวน 78,432 คน และ 75,604 คน ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกรณีผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2551-2552 จำนวนเงิน 519,604,241 และ 586,209,855.54 บาท

ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ถึงแม้จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง แต่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกลับมาแนวโน้มสูงขึ้น และการจัดบริการด้านสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังพบปัญหาข้อร้องเรียนจากการไม่เชื่อถือคุณภาพบริการ ให้บริการล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาการรักษาพยาบาลอื่น

จะเห็นว่า ในการศึกษาด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพ จะมีมุมมอง 2 มุมทั้งค่าใช้จ่ายที่รัฐสนับสนุนสวัสดิการและยังมีค่าใช้จ่ายอีกส่วนหนึ่งที่ประชาชนต้องจ่ายเอง เพื่อตอบคำถามให้ได้ว่า ในปีหนึ่งๆ ประชากรในประเทศของเราต้องจ่ายเงิน เพื่อการรักษาพยาบาลตนเองไปมากน้อยเพียงใด ใครเป็นคนจ่าย จ่ายเพื่อกิจกรรมด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด หรืออีกนัยหนึ่ง เงินภาษีที่ประชาชนจ่ายแล้วรัฐบาล นำมาจัดสวัสดิการเพื่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ หรือการที่ประชาชนจ่ายเพื่อการซื้อประกันสุขภาพของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว สัดส่วนการจ่ายที่รัฐบาลจ่ายและที่ประชาชนจ่ายเพื่อซื้อประกันสุขภาพตนเองนั้น เมื่อนำมารวมกันแล้ว จะสะท้อนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนได้ ในขณะที่ การศึกษาด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาด้านค่าใช้จ่ายในสถานบริการ เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับด้านต้นทุนภายในโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนเป็นการคิดคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประชากร ในส่วนของการศึกษาจากรายจ่ายประชาชนโดยตรงนั้นมีอยู่น้อยมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจริงๆ ทั้งที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง หรือจ่ายเพิ่ม และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการ และประเภทของแหล่งการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อที่จะได้ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่แท้จริง หรือใกล้เคียงความจริงมากที่สุด เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการจัดการด้านสุขภาพ การจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพ ด้านบริหารค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เสนอแนะแก่ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ใช้ในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขปัญหาการแสวงหาการรักษาพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นออกไป รวมถึงการพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้มีคุณภาพเกิดความเป็นธรรมแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ในการจัดการและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่เป็นธรรม ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของประชาชน ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายส่วนเกินโดยวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการเป็น

1.1 ต่อครั้ง

1.2 ต่อคนต่อปี

1.3 ต่อครัวเรือนต่อปี

2. เพื่อจำแนกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของประชาชนตามหน่วยวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย ได้แก่

2.1 ตามอำเภอ

2.2 ตามกลุ่มโรค

2.3 ตามแหล่งการรักษาพยาบาล

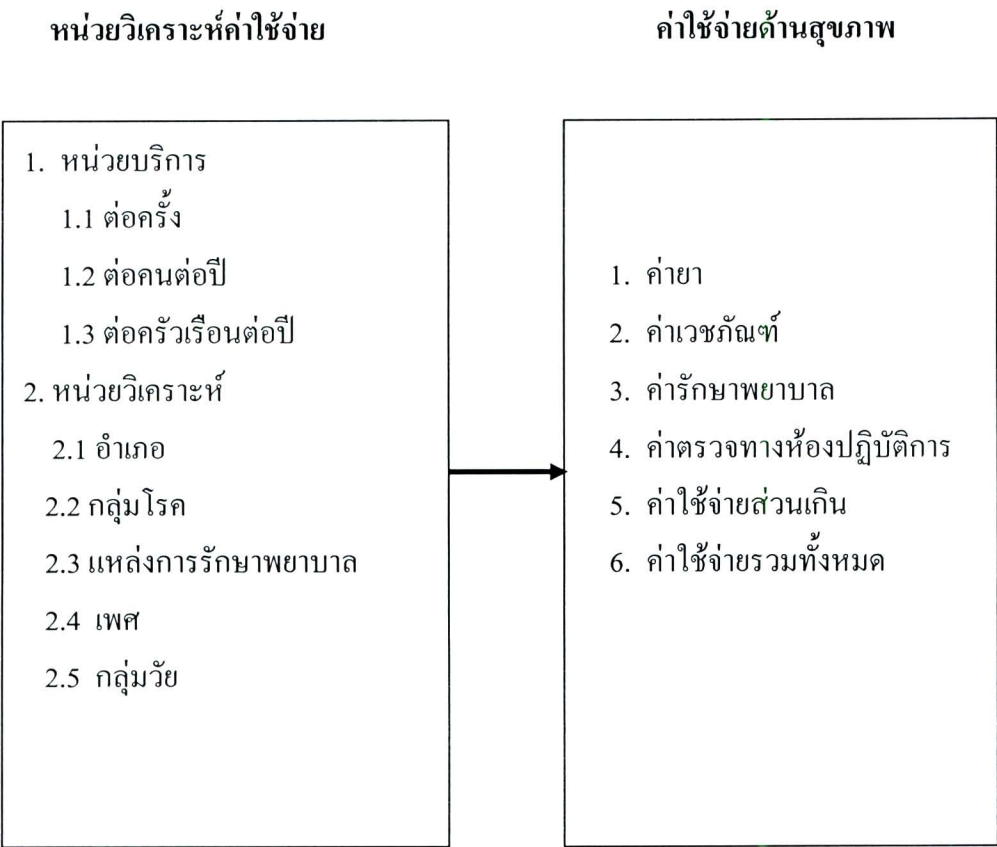
2.4 ตามเพศ

2.5 ตามวัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การจัดสรรงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จัดสรรตามค่าใช้จ่ายต่อรายหัวประชากร ที่รัฐจัดสรรให้แก่หน่วยบริการ โดยมีวิธีคิดคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายที่มีการรวมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าลงทุน ละการบริหารจัดการให้เกิดผลลัพธ์กิจกรรมหรือบริการจากหน่วยบริการ แต่การคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชาชน ควรจะคิดในมุมมองทั้งมิติที่หน่วยบริการได้รับสนับสนุนจากภาครัฐ แล้วก็ควรศึกษาค่าใช้จ่ายสุขภาพจากที่ประชาชนจ่ายเอง เพื่อสะท้อนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่แท้จริง

ในการศึกษาค่าใช้จ่ายสุขภาพในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ประชาชนร่วมจ่าย โดยมีหน่วยวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจำแนก ได้แก่ อำเภอ กลุ่มโรค แหล่งการรักษาพยาบาล เพศ และกลุ่มวัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่อง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อครั้งบริการ ต่อคน และต่อครัวเรือน จังหวัดกาฬสินธุ์ สัดส่วนประเภทค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และแหล่งในการรักษาพยาบาล
2. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการได้เหมาะสม สอดคล้องกับประเภทค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้นและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาประเมินผลกระทบของระบบประกันสุขภาพที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายส่วนเกิน และค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด โดยคิด

จากหน่วยบริการต่อครั้งบริการ ต่อคนต่อปี ต่อครัวเรือนต่อปี ตามหน่วยวิเคราะห์ ได้แก่ ตามอำเภอ ตามกลุ่มโรค ตามแหล่งการรักษา ตามเพศ ตามกลุ่มวัย เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบบันทึกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพการเจ็บป่วยและการรักษา ระยะเวลา 3 เดือนย้อนหลัง แล้วประมาณการแบบเส้นตรงคำนวณค่าใช้จ่ายเทียบบัญชีไตรยางศ์ทั้งปี เพื่อศึกษาเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนทั้งปี จากครัวเรือนในจังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ได้จากการสัมภาษณ์ประชาชนในครัวเรือน ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ย้อนหลัง 3 เดือน อาจมีความผิดพลาด หรือ คลาดเคลื่อนของข้อมูลได้บ้าง เนื่องจากการจดจำได้ไม่ครบถ้วน
2. แหล่งที่ไปรักษาพยาบาล บางกรณีไม่สามารถหาข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ทั้งหมด เนื่องจาก การค้นหาข้อมูลค่าใช้จ่ายจากฐานข้อมูลการให้บริการ อาจมีฐานข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน
3. การศึกษาครั้งนี้ ต้องการศึกษาระยะกลุ่มตัวอย่างทุกอำเภอ ซึ่งมีพื้นที่กว้าง ไม่สามารถสัมภาษณ์โดยคนๆเดียวได้ จะต้องผู้สัมภาษณ์หลายคน อาจมีข้อผิดพลาด การมีทักษะความสามารถในการสัมภาษณ์ ความละเอียดรอบคอบรอบของการบันทึกข้อมูล

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายส่วนเกิน ทั้งที่ประชาชนจ่ายเอง และรัฐจัดสวัสดิการให้ โดยกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์จะคิดค่าใช้จ่ายตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ส่วนกรณีส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังสถานพยาบาลนอกจังหวัดกาฬสินธุ์ จะคิดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามอัตราค่าจ่ายทดแทนโดยรัฐสวัสดิการ
2. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง เข้ารับบริการรักษาพยาบาล ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเกิดขึ้น ต่อจำนวนครั้งค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดที่เข้ารับบริการ
3. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปี หมายถึง ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล ต่อการเจ็บป่วยของ 1 คน ต่อปี โดยเทียบอัตราส่วนของค่าใช้จ่าย 1 คนต่อค่าใช้จ่ายรวมของจำนวนคนทั้งหมดในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล 3 เดือน แล้วประมาณการแบบเส้นตรงคำนวณค่าใช้จ่ายเทียบบัญชีไตรยางศ์ทั้งปี เพื่อศึกษาเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนทั้งปี

4. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อปี หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อการเจ็บป่วยของ 1 ครัวเรือน ต่อปี โดยเทียบอัตราส่วนของค่าใช้จ่าย 1 ครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายรวมของจำนวนครัวเรือนทั้งหมดในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล 3 เดือน แล้วประมาณการแบบเส้นตรงคำนวณค่าใช้จ่ายเทียบบัญญัติไตรยางศ์ทั้งปี เพื่อศึกษาเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนทั้งปี

5. กลุ่มโรค หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยที่ประชาชนรับรู้ว่ามีความผิดปกติของร่างกายเกิดขึ้น และต้องไปรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลต่างๆ และมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น แบ่งออกเป็น

5.1 เจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้นแล้วเป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งการรักษาเป็นเพียงการพุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวาย โรคไตวาย โรคข้อเสื่อม เป็นต้น

5.2 เจ็บป่วยเฉียบพลัน หมายถึง การรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายอย่างกะทันหัน ในระยะเวลาสั้นๆ โดยนับตั้งแต่มีอาการไปจนหายจากอาการภายในระยะเวลาอันสั้น หรืออาจมีอาการรุนแรงก็ได้ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลทันทีและต้องการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น

5.3 อุบัติเหตุ ชุกเฉิน หมายถึง การบาดเจ็บของร่างกายที่เกิดจากอุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมงและเข้ารับการรักษาการรักษโดยฉับพลันทันที ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการทุพพลภาพ การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยอย่างรุนแรง หรือการเสียชีวิตได้ หรือเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน มีผลกระทบต่อการบาดเจ็บของร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บ การเสียเลือด

6. แหล่งการรักษาพยาบาล หมายถึง สถานที่บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ที่ประชาชนเลือกใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครั้งนั้นๆ ได้แก่ สถานิอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์ แพทย์ทางเลือก และการซื้อยารับประทานเอง