

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งจากหนังสือ ตำรา วิชาการ วารสาร อินเทอร์เน็ต ได้สรุปเนื้อหาและเรียบเรียง นำเสนอเนื้อหาเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. การดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพ
2. การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสาธารณสุข
3. ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย
4. การแสวงหาการรักษาพยาบาล
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการใช้ทรัพยากรสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพ

การสร้างหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ เป็นสวัสดิการที่รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยให้ความสนใจดูแลมาโดยตลอด ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน, 2546) ได้ให้ความหมาย ประกันไว้ว่า คือหลักทรัพย์ที่ให้ไว้เป็นเครื่องรับรอง และให้ความหมายคำว่า สุขภาพไว้ว่า ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้คำนิยามของสุขภาพไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2546)

1. **ความเป็นมาของหลักประกันสุขภาพ** ก่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศ ค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศไทยสูงขึ้น พบว่าในปี พ.ศ. 2523 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่าสูง 25,315 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 283,576 บาทในปี พ.ศ. 2541 เป็นรายจ่ายภาครัฐร้อยละ 61.39 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนค่าใช้จ่ายภาคประชาชนคิดเป็นร้อยละ 38.61 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนครัวเรือนต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเองมีถึงร้อยละ 32.74 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (หรือคิดเป็นร้อยละ 84.80 ของรายจ่ายภาคประชาชน) หากคิดเฉพาะรายจ่ายทางสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลพบว่า ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากถึง ร้อยละ 45.09 (สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่มีการจัดรัฐ

สวัสดิการการประกันสุขภาพให้กับประชาชน พบว่า ในปี พ.ศ. 2540 สัดส่วนของรายจ่ายทางสุขภาพที่ประชาชนต้องรับภาระเอง ประเทศสหราชอาณาจักร ร้อยละ 3.1 ประเทศเยอรมนี ร้อยละ 22.5 และประเทศฝรั่งเศส ร้อยละ 23.1 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) การประกันสุขภาพในประเทศไทย ก่อนที่จะเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถแบ่งการประกันออกได้ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (Low Income Scheme : LICS) กลุ่มสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme : CSMBS) กลุ่มการประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่ การประกันสังคม (Social Security Scheme : SSS) กองทุนเงินทดแทน (Workmen Compensation Fund) และการประกันอุบัติเหตุ กลุ่มการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ได้แก่ บัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Card Scheme : VHCS) และการประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Insurance) (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และสุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544) โดยหลักการการประกันสุขภาพ จะเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพทุกประเภท ซึ่งผู้ที่ได้รับความคุ้มครองดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วยได้ โดยไม่ต้องกังวลถึงรายได้รายจ่ายหรือความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (access to personal health care) การประกันสุขภาพยังเป็นกลไกทางด้านการบริหารการเงินอย่างหนึ่งเพื่อที่จะกระจายภาระของต้นทุนในการรักษาพยาบาลและมีผู้ร่วมเสี่ยงรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายนั้นๆด้วย โดยอาศัยหลักการที่ว่า การเจ็บป่วยจะต้องเกิดขึ้นกับบุคคลทุกเพศทุกวัย ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการเจ็บป่วยทุกครั้งไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายและจิตใจต้องได้รับความทุกข์หรือความทรมานเท่านั้น ยังส่งผลกระทบไปถึงเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลและแต่ละครอบครัวด้วย การประกันสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะลดอุปสรรคทางการเงินเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้สรุปแนวคิดเชิงปรัชญาทางด้านหลักประกันสุขภาพไว้ว่า

1.1 ความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้มีการคาดหมายและไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ย่อมส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลซึ่งอาจเป็นจำนวนเงินที่มากมาย บางครั้งอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาล ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงเป็นเสมือนสิ่งที่ป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ กล่าวคือ หากมีการประกันสุขภาพไว้ เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาก็สามารถไปรับบริการได้ทันทีโดยไม่มีเรื่องการขาดแคลนเงินค่ารักษาพยาบาลมาเป็นอุปสรรค

1.2 การประกันสุขภาพ เป็นกลไกของการระดมเงินเพื่อจะกระจายต้นทุนในการ

รักษาพยาบาล จากกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยต่ำไปยังกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยสูงรวมถึงเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ใช้บริการทางด้านสาธารณสุขว่าสามารถไปรับบริการการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้โดยมิต้องกังวลในเรื่องค่าใช้จ่าย

1.3 การประกันสุขภาพ เป็นการส่งเสริมสวัสดิการของประชาชนในด้านสุขภาพ และสนับสนุนสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอรวมถึงส่งเสริมให้ประชาชนมีการเอาใจใส่ดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพของตนให้มากกว่าเดิม กล่าวคือ ประชาชนสามารถวินิจฉัยถึงระดับความรุนแรงของอาการว่าสมควรรับการรักษาโดยใคร ณ สถานบริการแห่งใด โดยใช้สิทธิของการมีหลักประกันสุขภาพนั้นไปรับบริการตามขั้นตอนและตามเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของหลักประกัน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2544)

2. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535 - 2539) และฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ประชาชนชาวไทยมีหลักประกันสุขภาพจากร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 46 ในช่วงแผนฯ 7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71 เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 8 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545) จากรูปแบบประกันสุขภาพที่หลากหลาย ยังพบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันในแต่ละกลุ่ม ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายต่อคนของกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (CSMBS) เท่ากับ 2,000 บาท กลุ่มประกันสังคม (SSS) เท่ากับ 1,060 บาท กลุ่มประกันสุขภาพภาคเอกชน เท่ากับ 1,676 บาท เมื่อเทียบกับกลุ่มสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย(LICS) มีค่าใช้จ่ายต่อคนเท่ากับ 244 บาท และกลุ่มการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (VHCS) เท่ากับ 446 บาท ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ เป็นอย่างมาก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) จากสถานการณ์ความแตกต่างความหลากหลายของการประกันสุขภาพดังกล่าว จึงมีเหตุผลความจำเป็นหลายประการที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยครั้งใหญ่ เหตุผลประการแรก คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน.. ตามที่กฎหมายกำหนด” ประการที่สอง คือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ ประการที่สามความเหลื่อมล้ำของระบบสวัสดิการที่มีอยู่ ทำให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานแตกต่างกัน ประการสุดท้าย เนื่องจากประชาชนยังขาดข้อมูลที่เพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการได้อย่างสมเหตุสมผลและยังขาดอำนาจต่อรอง จึงยากที่จะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มี การจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ การมีหลักประกันสุขภาพจึงเป็นแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545) ในปี พ.ศ.2544 รัฐบาลพรรคไทยรักไทยได้นำนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค มาใช้ทำให้เกิดการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างรวดเร็ว มี



หลักการที่สำคัญ ประการแรกคือ ระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระยะยาวได้ ประการที่สอง ใช้การจัดระบบแบบอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากร ที่รวมเงินเดือนและงบลงทุนไว้ด้วยกัน ประการที่สาม การจัดสรรงบประมาณให้กับพื้นที่ที่จะจัดสรรเฉพาะงบดำเนินการที่รวมเงินเดือน โดยการจัดสรรต่อหัวประชากรในพื้นที่นั้นๆ งบประมาณสำหรับการลงทุนให้รวมไว้เป็นกองทุนที่จะพัฒนาโครงสร้างระบบบริการตามความจำเป็น เพื่อความเสมอภาคและพัฒนาคุณภาพ ประการที่สี่ การจ่ายเงินแก่เครือข่ายสถานพยาบาลให้จ่ายแบบปลายปิด และประการสุดท้ายเน้นการจ่ายเงินตามผลลัพธ์การดำเนินงาน ท้ายที่สุดเกิดเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 ประกาศใช้อย่างเป็นทางการในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2545 และใช้เป็นกฎหมายควบคุมการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่นคนไทยในที่สุด

3. การดำเนินงานตามหลักประกันสุขภาพ

3.1 การจัดการด้านประกันสุขภาพ ในการดำเนินการเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ โดยทั่วไปนั้น ชนาวรรณ กิจประไพอำพล (อ้างถึงใน วิวัฒน์ วนรังสิกุล, 2544) ได้แบ่งลักษณะของการจัดการออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

3.1.1 ลักษณะที่บริษัทธุรกิจเอกชนเป็นผู้รับประกัน โดยเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันทุกคนมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล

3.1.2 ลักษณะที่รัฐบาลเป็นผู้รับประกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลโดยอาจจะเก็บเบี้ยประกันจากทุกคนหรืออาจจะไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันให้แก่รัฐบาลเลย

3.1.3 ลักษณะที่องค์กรที่รัฐบาลเป็นผู้รับประกัน แหล่งที่มาของเงินได้มาจาก รัฐบาล โดยมีได้บังคับให้ทุกคนเอาประกัน แต่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เอาประกันเอง วิธีการก็คือผู้เอาประกันจะต้องจ่ายเงินค่าประกันให้แก่องค์กรซึ่งเป็นจำนวนเงินที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขององค์กรผู้รับเงินประกันจะจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ส่วนจำนวนเงินจะมากหรือน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการตกลงระหว่างกันระหว่างองค์กรและผู้เอาประกัน

3.2 องค์ประกอบของการประกันสุขภาพ นอกจากลักษณะของการจัดการในระบบประกันสุขภาพยังประกอบด้วย บุคคลหรือองค์กรทั้งสิ้น 3 ฝ่ายด้วยกัน คือ

3.2.1 ผู้เอาประกัน (insured) โดยผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกัน (premium) ให้แก่ผู้รับประกัน (บริษัทเอกชนหรือรัฐบาล) ในอัตราที่แน่นอน ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือข้อตกลงระหว่างกันของทั้งสองฝ่าย

3.2.2 ผู้รับประกัน (insurer) โดยผู้รับประกันจะเป็นผู้จ่ายค่าประกัน ซึ่งหมายถึงค่ารักษาพยาบาล เมื่อผู้เอาประกันเกิดการเจ็บป่วยตามเงื่อนไขที่ได้ตกลงเอาไว้ในการประกัน

3.2.3 สถานที่ให้การรักษายาบาล (health service provider) ซึ่งอาจเป็นได้ทั้ง



สถานพยาบาลของรัฐและของเอกชน โดยที่ผู้เอาประกันจะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อตกลงในการรับประกันและขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลนั้นๆ ด้วย สำหรับการเก็บค่ารักษาพยาบาลจะเก็บจากผู้รับประกันทั้งหมดหรือบางส่วนก็ขึ้นอยู่กับข้อตกลงอีกเช่นกัน

3.2 กลไกการดำเนินงาน ตามที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติงบประมาณจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2552 ในอัตรา 2,401.13 บาทต่อรายหัวประชากร และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติอนุมัติโครงสร้างการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำแนวทางโดยมุ่งเน้นให้เกิดการจัดสรรที่เหมาะสมตามสภาพของพื้นที่ ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.3.1 ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (Differential capitation) ของประชาชนในแต่ละจังหวัด ที่คำนวณตามโครงสร้างอายุประชากร โดยกำหนดให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวแต่ละจังหวัดต่างกันไม่เกิน $\pm 10\%$ ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยทั่วประเทศ การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปรับด้วยโครงสร้างอายุ

3.3.2 การตัดเงินเดือนของหน่วยบริการเป็นการตัดเงินเดือนระดับจังหวัด ตามสัดส่วนรายรับจากเงินจัดสรรจากการบริการผู้ป่วยนอก (OP) การบริการผู้ป่วยใน (IP) เฉพาะที่บริการในเขตพื้นที่ การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP-Expressed demand services-UC) จำนวนเงินเดือน 25,685,345,742 บาท

3.3.3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยในเป็นกองทุนผู้ป่วยในระดับประเทศ โดยครอบคลุมบริการผู้ป่วยในทั้งผู้ป่วยในทั่วไป บริการค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉิน การใช้บริการในเขตพื้นที่จ่ายด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ (base rate) เดียวทั่วประเทศ และให้มีการเตือนกรณีมีการใช้บริการข้ามเขตพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้อัตราจ่ายเบื้องต้นกรณีการบริการผู้ป่วยในเขตพื้นที่ 8,400 บาท ต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ อัตราจ่ายการบริการผู้ป่วยต่างเขตพื้นที่ 9,000 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์

3.3.4 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการบริหารจัดการตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ โดยให้มีการปรับเกลี่ยเงินระหว่างหน่วยบริการได้ตามความจำเป็นแต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของวงเงินที่หน่วยบริการได้รับจัดสรรตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ต้องปรับเกลี่ยเฉพาะวงเงินของการบริการเดียวกัน สำหรับการกันเงินให้กันเงินได้ไม่เกิน ร้อยละ 10 ของจำนวนเงินที่เป็นผลรวมของวงเงินการบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและการบริการสร้างเสริมและป้องกัน (PP-expressed demand) หลังหักเงินเดือน โดยจำนวนเงินดังกล่าวไว้หักจากวงเงินการบริการผู้ป่วยนอกเท่านั้นและให้มีการรายงานการใช้จ่ายเงินกันไว้ที่ระดับจังหวัด ในการปรับเกลี่ยและกันเงินต้องดำเนินการภายใต้การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการทุกระดับในจังหวัดและเสนออนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ

ระดับเขตพื้นที่พิจารณาเห็นชอบ ก่อนส่งข้อมูลการกันเงินระดับจังหวัด/ปรับเปลี่ยนให้หน่วยบริการให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.3.5 จัดให้มีเงินสำหรับการบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในเงื่อนไขพิเศษ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (Flexible Fund - FF) ภายใต้แนวคิด “มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่งที่มีต้นทุนคงที่ (Fixed cost) สูงด้วยเหตุจำเป็น” ซึ่งหลักเกณฑ์การจัดสรรประกอบด้วย ค่าต้นทุนคงที่สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ที่จำแนกตามความแตกต่างตามขนาดของโรงพยาบาล (จำนวนเตียง) และสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล ที่รวมค่าตอบแทนเบี่ยงเหลี่ยงเหมาะสม สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดาร ค่าตอบแทนกรณีพิเศษสำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ จัดสรรเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์ที่คำนึงถึงโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากจำนวนประชากร ภาระงาน รวมถึงสถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการ ”

3.3.6 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ตามจ่ายแทนหน่วยบริการ (Clearing House) กรณีผู้ป่วยใน (IP) ที่หน่วยบริการส่งต่อเพื่อการรักษาในหน่วยบริการนอกสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เอกชน, ภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ตามการใช้บริการที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ 2552 จากกองทุนผู้ป่วยในระดับประเทศ การใช้บริการในเขตพื้นที่จ่ายด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ (base rate) เดียวทั่วประเทศ สำหรับการใช้บริการต่างเขตพื้นที่อัตรา 9,000 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับหน่วยบริการทุกระดับ

3.3.7 จัดให้มีเงินสำหรับจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามผลงานการส่งข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก/การบริการสร้างเสริมป้องกันฯ รายบุคคลและข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ในปีงบประมาณ 2553

3.3.8 จัดระบบการจัดสรรเงินล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) โดยมีรูปแบบในการดำเนินงานโดย รูปแบบที่ 1 การเหมาจ่ายรายหัว รวมงบบริการผู้ป่วยนอก โดยบวกรวมงบเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบบริการผู้ป่วยใน ให้กับหน่วยบริการที่รับขึ้นทะเบียน หากมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยบริการระดับต้นจะต้องตามจ่าย สำหรับการตามจ่ายในเครือข่ายจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอกให้จังหวัดกำหนดและกรณีผู้ป่วยในให้ใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม(DRGs) รูปแบบที่ 2 การเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก โดยบวกรวมงบเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้กับหน่วยงานบริการระดับต้น ส่วนงบบริการผู้ป่วยในบริหารโดยจังหวัดและจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม(DRGs) และรูปแบบที่ 3 จัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก โดยบวกรวมงบเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้กับหน่วยงานบริการระดับต้น ส่วนงบบริการผู้ป่วยในบริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มใช้

รูปแบบนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบัน

3.4 ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core package) ระบบประกันสุขภาพได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ประชาชนจะได้รับไว้ดังต่อไปนี้ ซึ่งการใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลัก จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

3.4.1 บริการขั้นพื้นฐาน

3.4.2 การตรวจรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพทั่วไป

3.4.3 การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ขั้นสูงสุดการรักษารวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ แต่ไม่รวมถึงกลุ่มต่างๆ รวม 3 กลุ่ม ต่อไปนี้ (ชุดสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมถึง)

3.4.4 จัดสรรงบประมาณ เช่น โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษา เป็นผู้ป่วยในเกิน 15 วัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ผู้ประสบภัยจากโรคที่ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

3.4.5 เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน เช่น การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ การกระทำให้ความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.4.6 อื่น ๆ เช่น โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้น หากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

3.4.7 การคลอดบุตร รวมไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่ลูกยังมีชีวิตอยู่

3.4.8 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

3.4.9 บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

3.4.10 ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

3.4.11 การจัดส่งต่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสาธารณสุข

1. ความหมายของต้นทุน (Cost) ตามศัพท์บัญญัติที่บัญญัติโดยสมาคมนักบัญชีและผู้สอบบัญชีอนุญาตแห่งประเทศไทยให้คำนิยามคำว่า “ต้นทุน” (Cost) ไว้ว่า คือรายจ่ายที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งสินค้า หรือบริการซึ่งอาจจ่ายเป็นเงินสด สินทรัพย์อื่น หนี้สินหรือการให้บริการหรือการก่อหนี้ ทั้งนี้ รวมถึงผลขาดทุนที่วัดค่าเป็นต้นทุนได้ที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการได้มาซึ่งสินค้าหรือบริการ

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2542) กล่าวว่า ต้นทุนนั้นมีมุมมองของต้นทุนทางบัญชีหรือต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งต้นทุนทางบัญชีหรือต้นทุนของผู้ผลิต หมายถึง ต้นทุนที่เป็นรายจ่ายนับเฉพาะรายการที่เป็นตัวเงินหรือจ่ายไปจริงซึ่งมองเห็นได้ของผู้ผลิต ส่วนต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์นั้น หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินรวมถึงผลลัพธ์ในด้านลบด้วย ซึ่งมิได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้นและนับรวมเป็นต้นทุนด้วย ดังนั้น ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จึงสูงกว่าต้นทุนทางบัญชี สิ่งที่ต้องระวังคือ การวัดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์นั้นจะต้องมีมิติของเวลาเป็นตัวกำหนดด้วย

Creese and Parker (อ้างถึงใน จีรวัดน์ บุญรักษ์, 2545) กล่าวว่า เศรษฐศาสตร์มองต้นทุนมากกว่าเป็นเพียงค่าใช้จ่ายเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากร กล่าวคือ มูลค่าทรัพยากรที่ใช้ไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการบางชนิด อาจไม่ปรากฏในรูปของราคา เพราะทรัพยากรบางชนิดได้มาโดยมิได้จ่ายเงินหรือจ่ายน้อยมาก เช่น เวชภัณฑ์ที่ได้จากการบริจาค การทำงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขที่มีได้จ่ายเป็นค่าตอบแทนหรือถ้าจ่ายก็อาจจะน้อยมาก

อนุรักษ์ ทองสุโขวงศ์, (2548) กล่าวว่า ต้นทุน (Cost) หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่สูญเสียไปเพื่อให้ได้สินค้าหรือบริการ โดยมูลค่านั้นจะต้องสามารถวัดได้เป็นหน่วยเงินตรา ซึ่งเป็นลักษณะของการลดลงในสินทรัพย์หรือเพิ่มขึ้นในหนี้สิน ต้นทุนที่เกิดขึ้นอาจจะให้ประโยชน์ในปัจจุบันหรือในอนาคตก็ได้ เมื่อต้นทุนใดที่เกิดขึ้นแล้วและกิจการได้ใช้ประโยชน์ไปทั้งสินต้นทุนนั้นก็จะถือเป็น “ค่าใช้จ่าย” (Expenses) ดังนั้น ค่าใช้จ่ายจึงหมายถึงต้นทุนที่ได้ให้ประโยชน์และกิจการได้ใช้ประโยชน์ทั้งหมดไปแล้วในขณะนั้นและสำหรับต้นทุนที่กิจการสูญเสียไป แต่จะให้ประโยชน์แก่กิจการในอนาคตเรียกว่า “สินทรัพย์ (Assets)”

โดยทั่วไป คำว่า ต้นทุน (Cost) หมายถึง ราคา (Price) ของสิ่งของหรือบริการเป็นต้นทุนของสิ่งของหรือบริการนั้น แต่ความจริงแล้ว ต้นทุน หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการผลิตสินค้าหรือบริการนั้น ๆ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นมูลค่าเดียวกับราคาขาย ค่าใช้จ่ายเป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการ ในการวิเคราะห์ต้นทุนอาจมองเป็น 3 ประเภทเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการ ในการวิเคราะห์ต้นทุนอาจมองเป็น 3 ประเภทด้วยกัน ได้แก่

1. มุมมองในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) ต้นทุนในทัศนะของผู้ให้บริการคือ โรงพยาบาล หมายถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการนั้น โดยจะไม่เท่ากับค่าบริการที่คิดกับคนไข้

2. มุมมองในฐานะผู้ป่วย (Consumer) ต้นทุนในทัศนะของคนไข้ หมายถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คนไข้ต้องจ่ายในการมารับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น การขาดงาน เป็นต้น

3. มุมมองในฐานะของสังคม (Social) ต้นทุนในทัศนะของสังคม จะเป็นผลรวมของต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในสังคมนั้น เช่น การทำลายสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกของชุมชนหรือสังคมต่อการบริการสาธารณสุข เป็นต้น

จากผู้ให้คำนิยามดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า ต้นทุน หมายถึง ทรัพยากรหรือรายจ่ายที่จ่ายออกเป็นต้นทุนและมีได้จ่ายเป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการในการดำเนินงานหรือกิจกรรมใด ๆ ในมุมมองของนักบัญชี จะมองเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุน ส่วนมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์จะรวมต้นทุนที่มองไม่เห็นเข้าไปด้วย ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จึงสูงกว่าต้นทุนทางการบัญชี ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาวิเคราะห์ในมุมมองของผู้ให้บริการตามมุมมองของนักบัญชีเท่านั้น ซึ่งจะนับเฉพาะต้นทุนที่จ่ายจริงหรือมองเห็น (อนุวัฒน์ ศุภชอุฏฺฐ, 2540)

2. การจัดแบ่งประเภทต้นทุน (Cost Classification) ต้นทุนมีมากมายหลายชนิด แต่ละชนิดให้ความหมายที่แตกต่างกันไปตามแต่ความมุ่งหมายของการนำไปใช้ การจำแนกที่ดีจะต้องมีความสอดคล้องกับสถานการณ์และวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ ตัวอย่างการจำแนกต้นทุน (อ้างถึงใน จารึก ปิยวาจาอนุสรณ์, 2545) ใช้เกณฑ์ดังนี้

1. การจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ผู้รับภาระต้นทุน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 1.2 ต้นทุนภายในองค์กร (Internal Costs) คือ ต้นทุนที่เกิดจากการจัดให้บริการภายในองค์กร
 - 1.2 ต้นทุนภายนอกองค์กร (External Costs) คือ ต้นทุนที่เกิดจากภายนอกองค์กร เช่น ต้นทุนที่เกิดกับผู้รับบริการ
2. การจัดกลุ่มต้นทุนโดยเกณฑ์กิจกรรม แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม
 - 2.1 ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) คือ ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมโดยตรง
 - 2.2 ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) คือ ต้นทุนที่สนับสนุนกิจกรรม

สุทธิพร พรธมนารุโนทัย (อ้างถึงในอำพรณ ไชยพันธ์, 2549) ได้จำแนกต้นทุนไว้ 4 ประเภท ได้แก่

1. จำแนกตามลักษณะปัจจัยการผลิต ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Costs) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีอายุ งานมากกว่า 1 ปี ได้แก่ อาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ และต้นทุนดำเนินการ (Operating Costs หรือ Recurrent Costs) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่ใช้หมดไปและต้องมีการจัดหาเพิ่มเติม ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าซ่อมแซม ค่าสาธารณูปโภค
2. จำแนกเพื่อวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์โครงการด้านสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์โครงการ ได้แก่ ตามกิจกรรม ตามระดับที่ใช้งาน
3. จำแนกเพื่อวิเคราะห์การผลิตและรายงานทางการเงิน (Financial Report)

3.1 ต้นทุนโดยตรง (Direct Cost) หมายถึง ต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงที่เกี่ยวข้องกับการผลิตหรือบริการโดยตรง สามารถระบุเฉพาะเจาะจงได้ว่าเป็นผลผลิตหรือบริการใด ต้นทุนนี้จะหมดไปเมื่อยกเลิกการผลิตหรือบริการ

3.2 ต้นทุนโดยอ้อม (Indirect Cost) หมายถึง ต้นทุนซึ่งไม่สามารถกำหนดได้ว่าเกี่ยวข้องกับบริการใดโดยตรง เช่น ค่าสาธารณูปโภค ค่าเช่าสำนักงาน

3.3 ต้นทุนผลผลิต/ผลิตภัณฑ์ (Product Costs) เป็นต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับผลผลิตและสามารถกำหนดให้เป็นต้นทุนของผลผลิตได้ ต้นทุนส่วนนี้ประกอบไปด้วยต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าลงทุน

4. จำแนกต้นทุนเพื่อการควบคุมต้นทุน (Cost Control) การจำแนกต้นทุนเพื่อควบคุมต้นทุน แบ่งได้ดังนี้

4.1 ต้นทุนที่สืบสาวได้ (Traceable Costs) กับต้นทุนที่สืบสาวไม่ได้ (Non Traceable Costs) ต้นทุนที่สืบสาวได้ เป็นต้นทุนที่ระบุได้ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบใด ต้นทุนที่สืบสาวไม่ได้เป็นต้นทุนที่ไม่สามารถระบุได้ว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบใด ต้องมีการกระจายไปให้หน่วยต่าง ๆ ตามระดับกิจกรรมในหน่วยรับผิดชอบ เช่น ปริมาณการผลิต พื้นที่ จำนวนผู้ปฏิบัติงาน

4.2 ต้นทุนที่ควบคุมได้ (Controllable Costs) และต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ (Non Controllable Costs) เช่น ค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงเครื่องมือของแผนกหนึ่ง จะไม่ได้ใช้ในการควบคุมของหัวหน้าแผนกนั้น แต่อยู่ในการควบคุมของหัวหน้าหน่วยซ่อมบำรุง

4.3 ต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) และต้นทุนแปรผัน (Variable Costs) ในการควบคุมต้นทุนและการกำหนดอัตราค่าขายบริการ ผู้บริหารจะต้องเข้าใจพฤติกรรมของต้นทุนหรือการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนในสถานการณ์ระดับกิจกรรมปริมาณการผลิตหรือปริมาณบริการต่าง ๆ

วันชัย วัฒนศัพท์, วีระชัย ไควสุวรรณ์ และประสิทธิ์ เฟื่องสา (อ้างถึงในอำพรณ ไชยพันธ์, 2549) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในการรักษามะเร็งในการตรวจมะเร็งระยะแรก โดยได้แบ่งหน่วยต้นทุนออกเป็น 3 กลุ่มคือ หน่วยต้นทุนด้านบริหาร หน่วยต้นทุนด้านสนับสนุน และหน่วยต้นทุนด้านบริการผู้ป่วย

อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูลและคณะ (อ้างถึงในภิรมย์ กมลรัตนกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และสุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล, 2544) ได้กล่าวถึงการจำแนกต้นทุนออกเป็นประเภทต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่จะนำข้อมูลไปใช้ โดยจำแนกต้นทุนออกเป็น 6 ประเภทด้วยกัน

1. การจำแนกต้นทุนตามลักษณะของปัจจัยการผลิต (Input) จัดว่าเป็นการจำแนกพื้นฐานที่สุด โดยนำปัจจัยการผลิตที่มีลักษณะเดียวกันไว้ในกลุ่มเดียวกันและแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1.1 ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Costs) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีอายุการใช้งานมากกว่า 1 ปี ได้แก่ อาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ (รวมทั้งการฝึกอบรมซึ่งมีผลระยะยาวและเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง ซึ่งนับเป็น Human capital development)

1.2 ต้นทุนดำเนินการ (Operation costs หรือ Recurrent Costs หรือ Running Costs) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรซึ่งใช้หมดไป และจะต้องมีการจัดหาเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ค่าแรงสำหรับเจ้าหน้าที่ ค่าวัสดุ ค่าซ่อมแซม ค่าสาธารณูปโภค ค่าฝึกอบรมระยะสั้น เป็นต้น

2. การจำแนกเพื่อวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์โครงการด้านสาธารณสุข จำแนกได้ 2 ลักษณะด้วยกัน

2.1 จำแนกตามกิจกรรม เช่น การฝึกอบรม การนิเทศ การบริหารจัดการ การติดตาม ประเมินผล เป็นต้น

2.2 จำแนกตามระบบที่มีการใช้ เช่น ระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ จำแนกตามแหล่ง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ รัฐบาลท้องถิ่น

3. การจำแนกเพื่อการวิเคราะห์การผลิตและเพื่อการรายงานทางการเงิน (Financial Report) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ต้นทุนทางตรง (Direct Costs) และต้นทุนโดยอ้อม (Indirect Costs)

3.1 ต้นทุนทางตรง หมายถึง ต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงซึ่งเกี่ยวข้องกับการผลิตหรือบริการโดยตรง ต้นทุนนี้จะหมดไปเมื่อยกเลิกการผลิตหรือการจัดบริการนั้น ๆ

3.2 ต้นทุนทางอ้อม หมายถึง ต้นทุนซึ่งไม่สามารถกำหนดได้ว่าเกี่ยวข้องกับผลผลิตหรือบริการใดเป็นการเฉพาะ เช่น ค่าสาธารณูปโภค ค่าเสื่อมราคา ค่าเช่าสำนักงานหรือเครื่องมือ เป็นต้น

ต้นทุนของผลิต/ผลิตภัณฑ์ (Product Costs) และรายจ่ายทั่วไป (Period Expense) ต้นทุนของผลผลิต หมายถึง ต้นทุนซึ่งเกี่ยวข้องกับผลผลิตและสามารถกำหนดให้เป็นต้นทุนของผลผลิตได้ ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนตรงค่าวัสดุ ต้นทุนตรงค่าแรง

รายจ่ายทั่วไป หมายถึง ค่าใช้จ่ายซึ่งไม่สามารถระบุหรือกำหนดว่าเป็นผลผลิตหรือบริการใด ๆ และถูกรายงานเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปในงบรายชำนั้น เช่น ค่าส่งเสริมการขาย ค่าใช้จ่ายในการบริหาร

4. การจำแนกต้นทุนเพื่อการควบคุมต้นทุน (Costs Control) แบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้ คือ ต้นทุนที่สืบสาวได้ (Traceable Costs) และต้นทุนที่สืบสาวไม่ได้ (Non Traceable Costs)

4.1 ต้นทุนที่สืบสาวได้ คือ ต้นทุนที่ระบุไว้ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบ ต้นทุนที่สืบสาวไม่ได้ คือ ต้นทุนที่ไม่สามารถระบุได้ว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบใด ต้องมีการกระจายไปให้หน่วยงานต่าง ๆ ตามระดับของกิจกรรมในหน่วยรับผิดชอบ เช่น ปริมาณการผลิต พื้นที่ จำนวนผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น

4.2 ต้นทุนที่ควบคุมได้ (Controllable Costs) และต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ (Non Controllable Costs) ต้นทุนบางส่วนก็อาจจะไม่สามารถควบคุมได้ โดยหัวหน้าหน่วยรับผิดชอบ นั้น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงเครื่องมือของแผนกหนึ่งจะไม่ได้อยู่ในการควบคุมของ หัวหน้าแผนกนั้น แต่อยู่ในการควบคุมของหัวหน้าหน่วยซ่อมบำรุง หรือค่าเสื่อมราคาของเครื่องมือ และสถานที่ที่ไม่อยู่ในการควบคุมเช่นเดียวกัน

4.3 ต้นทุนคงที่ (Fixed Costs) และต้นทุนแปรผัน (Variable Costs)

4.3.1 ต้นทุนคงที่ คือ ต้นทุนที่ค่ารวมไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีระดับของกิจกรรมหรือ ปริมาณการบริการเปลี่ยนไป เช่น เงินเดือน พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น

4.3.2 ต้นทุนแปรผัน คือ ต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับของกิจกรรม เช่น ค่า เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย การจำแนกต้นทุนเป็นต้นทุนคงที่และต้นทุนแปรผันจะต้องมีการ กำหนดเวลาและขอบเขตที่แน่นอน เนื่องจากในระยะยาวต้นทุนที่เคยถูกพิจารณาเป็นต้นทุนคงที่ อาจกลายเป็นต้นทุนแปรผันได้ เช่น การขายเครื่องมือที่ไม่ได้ใช้ การลดการจ้างงาน เป็นต้น

5. การจำแนกต้นทุนเพื่อการวางแผน การวางแผน คือ การกำหนดเป้าหมายเพื่อการ ดำเนินการในอนาคต ซึ่งในทางธุรกิจเป้าหมายที่สำคัญคือ รายได้ รายจ่ายและผลกำไร การคาด ประมาณตัวเลขเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถเปรียบเทียบสิ่งที่คาดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงได้ กระบวนการในการคาดประมาณ และงานวิเคราะห์รายได้ รายจ่าย และผลกำไร เรียกว่า การงบประมาณ (Budgeting) ซึ่งแผนงบประมาณอาจจะครอบคลุมงบประมาณ สำหรับแต่ละหน่วย ที่รับผิดชอบ การคาดประมาณบัญชี รายได้-รายจ่าย การคาดประมาณบัญชีงบดุล

การคาดประมาณรายจ่าย จะใช้ต้นทุนที่เป็นค่าคาดประมาณ (Estimate Cost) หรือต้นทุน มาตรฐาน (Standard Cost) ซึ่งเกิดจากการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในงวดที่ผ่านมาอย่างเป็น ระบบ โดยพิจารณาทั้งค่าแรง ค่าวัสดุ ต้นทุนอื่น ๆ และ Overhead Cost ทำให้ได้ต้นทุนต่อหน่วย และเมื่อนำมาคำนวณผลผลิตหรือบริการที่คาดประมาณ ก็สามารถคาดประมาณรายจ่ายทั้งหมด

6. การจำแนกต้นทุนตามตัดสินใจเลือก การตัดสินใจที่ไม่ใช่งานปกติประจำ จะต้องอาศัย แนวคิดต้นทุนต่อไปนี้ด้วย

6.1 ต้นทุนส่วนต่าง ๆ (Differential Cost) ในกรณีทางเลือกต่าง ๆ ที่พิจารณาต้นทุน บางส่วนที่เหมือนกัน ผู้บริหารสามารถเปรียบเทียบเฉพาะต้นทุนส่วนที่ไม่เหมือนกัน ทำให้คำนวณ ต่าง ๆ ลดลง

6.2 ต้นทุนจม (Sunk Cost) เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นแล้วจากการตัดสินใจในอดีต ไม่ สามารถมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการตัดสินใจในปัจจุบันหรืออนาคต ดังนั้นต้นทุนจมจึงมีค่า เหมือนกันไม่ว่าจะเป็นทางเลือกใดและไม่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาเช่น เครื่องมือที่ซื้อมาแล้วซ่อม

ถือว่าเป็นต้นทุนจมแม้ว่าจะมีการปิดแผนหรือยกเลิกบริการและไม่ได้ใช้เครื่องมือชิ้นนั้นอีกต่อไป ต้นทุนค่าเสื่อมราคาก็ยังคงเกิดขึ้นอยู่ดี

6.3 ต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Costs) เมื่อมีการตัดสินใจลงทุนใช้ทรัพยากรไปกับทางเลือกหนึ่ง จะมีต้นทุนค่าเสียโอกาสเกิดขึ้น คือ รายได้ที่จะเกิดขึ้น หากนำเงินหรือทรัพยากรจำนวนนั้นใช้กับทางเลือกที่ดีกว่าหรือดีที่สุด แนวคิดนี้เป็นแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ ค่าเสียโอกาสไม่มีการบันทึกไว้ในระบบบัญชี แต่เป็นต้นทุนที่ผู้บริหารต้องพิจารณาเพื่อให้มีการเปรียบเทียบทางเลือกอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม

ต้นทุนบริการสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

1. จัดแบ่งหน่วยงานออกเป็นหน่วยงานต้นทุน
2. หาต้นทุนรวมโดยตรงของแต่ละหน่วยงาน
3. หาวิธีกระจายต้นทุนที่เหมาะสม
4. หาต้นทุนรวมทั้งหมด
5. หาต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost)

การแบ่งหน่วยงานออกเป็นหน่วยงานต้นทุน มักจะจำแนกเป็น หน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ หน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ หน่วยงานบริการผู้ป่วย(ซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก)

ต้นทุนทางตรงของแต่ละหน่วยงานประกอบด้วย

1. ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost)
2. ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost)
3. ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost)

ต้นทุนของหน่วยงานนั้นรวมถึงต้นทุนที่กระจายมาจากหน่วยงานอื่นด้วยแต่ไม่รวมถึงต้นทุนที่กระจายไปยังหน่วยงานอื่น

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

1. ความหมายของคำว่า สุขภาพ การให้คำนิยามเรื่องสุขภาพ (Health) เป็นเรื่องที่ยุ่งยากขึ้นอยู่กับมติการมองของแต่ละฝ่าย Pol & Thomas ได้สรุปแนวคิดสุขภาพตามแนวคิดต่างๆ ไว้ 4 แนวคิด ดังนี้ (สุธา ชัย, 2552)

1.1 แนวคิดทางการแพทย์ (The Medical Model) โดย Wolinsky (1988) มีรากฐานมาจากทฤษฎีว่าด้วยเชื้อโรค เป็นการเน้นเรื่องของอาการที่แสดงออกมาที่สามารถตรวจพบได้ ภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย จึงมีความหมายถึง ความปกติกับความไม่เป็นปกติ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถใช้ประเมินความผิดปกติหลายชนิดได้ จุดอ่อนของแนวคิดนี้คือ

การที่เน้นเรื่องอาการแสดงทางคลินิกที่สามารถตรวจพบได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการประเมินภาวะบางประการ เช่น การเจ็บป่วยทางจิต

1.2 แนวคิดที่เน้นด้านหน้าที่การทำงาน (The Functional Model) โดย Parsons (1972) แนวคิดนี้มองสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยว่า เป็นการแสดงถึงระดับของความปกติทางสังคม มากกว่าความปกติทางสรีระ บุคคลที่ถึงแม้จะไม่มีอาการแสดงทางคลินิก แต่หากไม่สามารถปฏิบัติการกิจในสังคมได้แล้ว ก็หมายความว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพป่วย เช่น คนติดสุราเรื้อรัง

1.3 แนวคิดด้านสุขภาพจิตใจ (The Psychological Model) โดย Antonovsky (1979) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยการให้ตัวบุคคลเป็นผู้ประเมินตนเอง เน้นเรื่องจิตใจเป็นสำคัญ โดยมองว่า ความเครียดคือ ตัวการที่ทำให้คนเจ็บป่วย

1.4 แนวคิดทางด้านกฎหมาย (The Legal Model) เป็นแนวคิดที่ใช้กับการเจ็บป่วยทางจิตใจเท่านั้น ใช้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นต้องตัดสินสมรรถภาพของบุคคล เพื่อพิจารณาว่าบุคคลใดสมควรต้องถูกส่งเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรืออยู่ในความควบคุมหรือไม่

สุขภาพ ตามนิยามของ WHO หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ทั้งนี้ไม่ใช่หมายถึงเพียงแต่การปราศจากโรคหรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น มีรายละเอียด ดังนี้

1. สุขภาพทางกาย (Physical Health)หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย

2.สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพความสมดุลในทุกด้านของชีวิตทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่างๆ

3. สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

ภาวะสุขภาพในความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า สุขภาพ คือ ความสุขปราศจากโรค มีความสบาย เมื่อมารวมกับคำว่า ภาวะ ซึ่งมีความหมายว่า ความเป็น หรือ ปราภฏ ก็จะสามารถอธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพ คือ การที่บุคคลมีความสุข ความสบาย ปราศจากโรค สำหรับความหมายทางการแพทย์ หมายถึง การที่บุคคลมีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย และสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างปกติ (วันเพ็ญ แก้วปาน, 2553)

ภาวะสุขภาพเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นพลวัตร เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวัยชรา ภาวะสุขภาพสามารถจะพัฒนาให้ดีขึ้นได้ โดยการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547)

2. ความหมายภาวะเจ็บป่วย Twaddle & Hessler (1987) ให้ความหมายการเจ็บป่วย

ไว้ว่า สภาวะการทำงานของร่างกายของบุคคลที่มีการเจ็บป่วย โดยไม่ใช้มีสาเหตุมาจากทางชีวภาพอย่างเดียว แต่มีสาเหตุทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ความเจ็บป่วยเป็นสภาพทางสังคม มีความหมายทางสังคม และสังคมมีบทบาทจัดการกับความเจ็บป่วยของบุคคลและเข้ามาเกี่ยวข้องกับการยอมรับและตีตราว่าบุคคลนั้นป่วย ดังนั้น สังคมจึงมีแบบแผนในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากบุคคลปกติ (Klienman, 1980) การตีความ ประเมินค่าความผิดปกติของอาการทางร่างกายและจิตใจ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการคิดในระดับบุคคล (สันต์ หัตถิรัตน์, 2545) การรู้สึกไม่สบายเพราะโรค ความไข้ หรือเหตุอื่นใดที่ไม่ใช่การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ภัยอันตราย แมลงสัตว์กัดต่อย และการได้รับสารพิษ (รวมทั้งการแพ้ยาและการเป็นพิษจากยาด้วย) โดยขยายแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้พิจารณาความหมายของคำ 3 คำ ซึ่งใช้ในชีวิตประจำวัน ที่มีความหมายแตกต่างกัน คือ โรค ความเจ็บป่วย และความไม่สบาย ไว้ดังนี้

2.1 โรค (Disease) หมายถึง สภาวะการทำงานของอวัยวะหรือส่วนประกอบต่างๆ ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงเบี่ยงเบนจากสภาวะการทำงานปกติ ทำให้กระบวนการทำงานของระบบในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ไปจากปกติ ซึ่งสามารถวัดและสังเกตสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติได้จากอาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่แพทย์ใช้ในการวินิจฉัยอาการของคนไข้ การวินิจฉัยของแพทย์จะต้องหาสมมติฐานของโรคหรืออาการเบี่ยงเบนด้วย ซึ่งทางการแพทย์เชื่อว่าถ้าหาสมมติฐานของโรคได้ถูกต้องก็จะรักษาโรคอย่างได้ผล ดังนั้น แนวความคิดของแพทย์จึงเน้นเกี่ยวกับการค้นหาสาเหตุของโรคเป็นสำคัญ

2.2 ความเจ็บป่วย (Sickness) หมายถึง สภาวะการทำงานของร่างกายของบุคคลที่มีการเจ็บป่วย โดยไม่ใช้มีสาเหตุมาจากทางชีวภาพอย่างเดียว แต่มีสาเหตุทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ความเจ็บป่วยเป็นสภาพทางสังคม มีความหมายทางสังคม และสังคมมีบทบาทจัดการกับความเจ็บป่วยของบุคคลและเข้ามาเกี่ยวข้องกับการยอมรับและตีตราว่าบุคคลนั้นป่วย ดังนั้น สังคมจึงมีแบบแผนในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากบุคคลปกติ

2.3 ความไม่สบาย (Illness) หมายถึง สภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเอง มีอาการที่ผิดปกติหรืออาการไม่สบาย เช่น อาการเจ็บปวด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ วิดกกังวล ซึ่งความไม่สบายที่เกิดขึ้น อาจจะปราศจากโรคได้ เช่น อาการอ่อนเพลีย เป็นความรู้สึกที่ไม่สบาย โดยที่บุคคลนั้นไม่ได้เป็นโรค

3. ลักษณะของภาวะเจ็บป่วย กองระบาควิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้แบ่งประเภทภาวะเจ็บป่วยออกตามระบาควิทยาเป็นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีความหมายแตกต่างกันดังนี้

3.1 โรคติดต่อ (Communicable Disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อโรคหรือพิษ

ของเชื้อโรค ซึ่งสามารถติดต่อมาจากสัตว์ คน หรือแหล่งโรคมายังคนได้ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งได้แก่ หิวตโรค กาฬโรค ไข้ทรพิษ วัณโรค เป็นต้น

3.2 โรคไม่ติดต่อ (Non - Communicable Disease) หมายถึง โรคที่มีสาเหตุจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กรรมพันธุ์ และบางส่วนจากการรักษาพยาบาล ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง รวมทั้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตเป็นโรคระบาดไม่ติดต่อประเภทหนึ่ง

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย (2547) ได้แบ่งลักษณะของการเจ็บป่วยตามระยะเวลาการเจ็บป่วยลักษณะความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. แบ่งตามระยะเวลาการเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะคือ

1.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ โดยนับตั้งแต่เริ่มมีอาการไปจนหายจากอาการภายในระยะเวลาอันสั้น อาจมีอาการรุนแรงหรือไม่ก็ได้ และสามารถรักษาให้หายขาดได้

1.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการเป็นติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน หรือ 90 วันขึ้นไป

1.3 อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ หมายถึง การที่ร่างกายเกิดบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่สมควรได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ เนื่องจากเหตุภายนอกซึ่งโดยไม่คาดฝัน

1.3 การตั้งครุฑและการคลอด

2. แบ่งออกตามลักษณะความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ 3 ลักษณะ คือ

2.1 รุนแรงน้อย หมายถึง สามารถทำงานและประกอบกิจกรรมได้ทุกอย่าง

2.2 รุนแรงปานกลาง หมายถึง พอทำงานได้ แต่ต้องจำกัดปริมาณและชนิดของกิจกรรม

2.3 รุนแรงมาก หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้เลย

วิจิตร บุญยโสธร (2550) ได้อธิบายลักษณะภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตต่อไปนี้

1. ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือและการดูแลรักษาทันทีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินอาจเกิดจากภาวะต่างๆ คือ การเกิดโรคในระบบต่างๆ ของร่างกาย การบาดเจ็บ การเสียเลือด การเกิดโรคติดต่อ และโรคติดเชื้อ เป็นต้น

2. ภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ คำว่า “วิกฤติ” มาจากคำที่ใช้ในภาษาอังกฤษคือคำว่า “Crisis” และ “Critical” ทั้งสองคำนี้มีความหมายใกล้เคียงมาก จึงทำให้นำมาใช้สลับเปลี่ยนกันอยู่เสมอ เพื่อให้เห็นความแตกต่าง จึงได้ให้ความหมาย คือ

“Critical” จำนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อาการรุนแรงหรือขั้นฉุกเฉิน มีอันตราย “Crisis” นำมาใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะที่มีสถานการณ์คับขัน เป็นจุดวิกฤตของการเป็นโรคที่ทำ

ให้เกิดดีขึ้นหรือตายได้ในทันที ผู้ป่วยในสภาวะนี้มีโอกาสของความเป็นความตายเท่ากัน ภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ จึงหมายความว่า การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงถึงขั้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตหรือพิการได้

1. อุบัติเหตุ (Accident) คืออุบัติการณ์ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดหมายมาก่อนทำให้เกิดการบาดเจ็บ ตายและการสูญเสียทรัพย์สิน โดยที่เราไม่ต้องการ

2. อุบัติภัย คือภัยที่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น อุบัติภัยจากการจราจร เป็นต้น

3. การบาดเจ็บถึงพิการ (Disabling Injury) หมายความว่า การบาดเจ็บที่อาจจะทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บถึงแก่ชีวิต หรือพิการ (อาจจะพิการถาวรหรือชั่วคราว) ได้

Phipps & Woods (1983) ได้ให้นิยาม ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness) ตามความหมายที่กำหนดในการประชุมระหว่างชาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (National Conference on Chronic Illness) ที่ประชุมได้ตกลงให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ว่าเป็นภาวะสุขภาพที่มีลักษณะผิดปกติต่อไปนี้

1. เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายขาดหรือเป็นอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลือ
3. เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพจนไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้
4. ต้องการฝึกฝนหรือฟื้นฟูที่มีรูปแบบเฉพาะ
5. ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง

Cohen (1987) ได้เสนอความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึง ความผิดปกติของโรค (Disorder) ซึ่งระยะเวลายาวนาน และมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ มีผลรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเกิดขึ้นมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 เดือน ใน 1 ปี

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบ ไม่ว่าจะเป็นเจ็บป่วยเล็กน้อยไปจนถึงขั้นรุนแรง แต่สิ่งที่สำคัญเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทำอย่างไรที่จะทำให้การเจ็บป่วยนั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่างๆต่อตนเองและครอบครัว โดยมีการแบ่งภาวะการเจ็บป่วยออกเป็นลักษณะภาวะเฉียบพลัน และภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน มีผลรบกวนการดำเนินชีวิต ซึ่งเกิดนานกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี ต้องการเอาใจใส่ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาจทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่บกพร่อง หรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งอาจจะมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร

2. มีความพิการหลงเหลืออยู่
 3. มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้
 4. ต้องการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ
 5. ต้องการการดูแล ให้ความช่วยเหลือแนะนำ สังเกตและติดตาม ระยะยาวนาน
- ลักษณะการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยทุกชนิดอาจจะจำแนกเป็นลักษณะความรุนแรงต่างกันได้ (สันต์ หัตถิรัตน์, 2545) ดังนี้

1. ผู้ป่วยฉุกเฉิน

1.1 ผู้ป่วยวิกฤต หรือฉุกเฉินมาก คือ ผู้ป่วยที่มักจะเสียชีวิตหรือพิการถาวรหากไม่ได้รับการรักษาทันทีหรือทันที เช่น คนที่หมดสติทันที ไม่หายใจและไม่กระตุกกระดิกละ คนที่หายใจไม่ออกทันที หยุดหรือกำลังจะหยุดหายใจ คนที่ชักตลอดเวลา หรือชักจนเขียว คนที่เลือดออกรุนแรงตลอดเวลา (เลือดไหลไม่หยุด)

1.2 ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หรือฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยที่ฉุกเฉินน้อยกว่าระดับที่ 1 และมักจะกลายเป็นผู้ป่วยระดับที่ 1 หากได้รับการรักษาช้าเกินไป เช่น คนที่หมดสติ ชี้นมาก สับสน คลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ชัก หรืออัมพาต อย่างเฉียบพลัน คนที่หอบเหนื่อยมาก (หายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที) หรือมีเสมหะเป็นฟองปนเลือด คนที่หายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที หรือหน้าตาหรือมือเท้าเปลี่ยนเป็นสีม่วงน้ำเงิน ("เขียว") ฉับพลัน หรือ "เขียว" มากขึ้นๆ คนที่ตกเลือดหรือชีดมากทันทีหรือมีหน้าตาแขนขาและมือเท้าเย็นชืดและขึ้นด้วยเหื่อ ร่วมกับชีพจรที่เบามากจนคลำเกือบไม่ได้ หรือคลำไม่ได้ คนที่ชีพจรเร็วมาก (มากกว่า 150 ครั้งต่อนาที) หรือช้ามาก (น้อยกว่า 40 ครั้งต่อนาที) คนที่ตัวร้อนจัด (ใช้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส หรือ 102 องศาฟาเรนไฮต์) หรือตัวเย็นจัดและไม่รู้สึกรู้ส (เช่น อยู่ในที่หนาวเย็นนานๆ เป็นต้น) คนที่กระสับกระส่าย ทุรนทุราย เจ็บปวดมาก หรือคลอดฉุกเฉิน คนที่ได้รับอุบัติเหตุ ภัยอันตรายหรือสารพิษ แพ้ยา หรือบาดเจ็บรุนแรงจากสาเหตุอื่น ๆ

1.3 ผู้ป่วยเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่สบายเฉียบพลัน นั่นคือ เพิ่งจะมีอาการนั้นในเวลาไม่กี่นาที ไม่กี่ชั่วโมง หรือไม่กี่วัน แต่ไม่มีอาการป่วยรุนแรงดังที่กล่าวไว้ในระดับที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยระดับนี้จึงไม่ถือว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรจะรักษาอาการขั้นต้นไปก่อน ถ้าไม่ดีขึ้น จึงค่อยไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาล เช่น เป็นไข้หวัด ก็อาจใช้ยาลดน้ำมูก ถ้าดูแลรักษาตนเองเป็นอย่างดีสัก 2-3 วันแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นก็ควรไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาล

1.4 ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยอื่นๆ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยเรื้อรัง และอาการยังคงเหมือนเดิมหรือไม่ต่างจากเดิมมากนัก (อาการไม่ได้กำเริบขึ้น) และผู้ป่วยอื่นๆที่ไม่มีอาการป่วย แต่ต้องการขอยา ขอตรวจสุขภาพ ขอใบรับรองแพทย์เพื่อเข้าเรียน-เข้าทำงาน หรืออื่น ๆ

มิติทางการแพทย์ และแนวคิดทางสังคมมีมุมมองต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความเกี่ยวข้อง

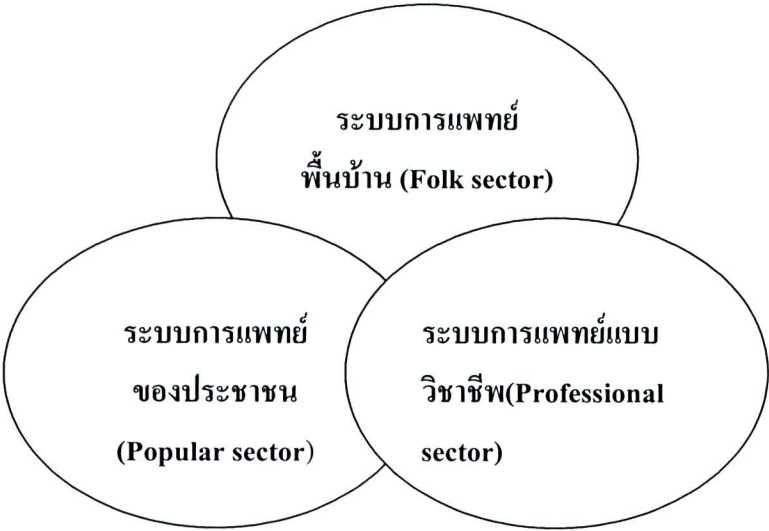
กับการไร้ความสามารถ หมายถึงการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ และการเสียเปรียบในสังคมเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการไร้ความสามารถกล่าวคือ ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความผิดปกติทั้งหมดหรือการเบี่ยงเบนจากการทำหน้าที่ทางร่างกายตามปกติ มีลักษณะถาวร ปรากฏร่องรอยของความบกพร่องให้เห็น มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของร่างกายที่ไม่สามารถคืนกลับสภาพปกติได้อีก ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติฟื้นฟูเพื่อกลับสู่ปกติ หรือมีการคาดหวัง ตรวจตรา การเฝ้าสังเกต หรือการดูแลระยะยาว ขณะที่บุรี (Bury, 1982: 169) มองว่าความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นโลกประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้โครงสร้างของชีวิตประจำวันและรูปแบบของความรู้สึกระงัดหรือหยุดชะงัก

เนื่องด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง มีจุดคุ้มทุนในอัตราที่สูงกว่าความเจ็บป่วยเฉียบพลัน การลดค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ป่วยต้องรับภาระบางส่วน เช่น รูปแบบสวัสดิการค่ารักษา พยาบาลที่ไม่ครอบคลุมยาและหัตถการบางประเภท หรือ ระบบการรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐที่มีจำนวนเตียงจำกัด จึงเป็นที่มาของการรอคิว รอการนัดหมายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะเป็นความฝันของผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้น โครงสร้างระบบสุขภาพ ควรคำนึงถึงเรื่องสวัสดิการด้านการรักษา รูปแบบการรักษาพยาบาล ตลอดจนการผลิตบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ที่มองทะลุตัวตนไปถึงจิตวิญญาณให้มากขึ้น (มัลลิกา มัติโก, 2552)

การแสวงหาการรักษาพยาบาล

สุขภาพเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะมีธรรมชาติของการพึ่งพาและรับผิดชอบตนเอง เพื่อจัดการกับอาการเบี่ยงเบนหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นมีการใช้วิธีการต่างๆ เพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติ อาจกระทำหลายวิธีหรือรอให้อาการทุเลาลง รวมทั้งเปลี่ยนแหล่งการรักษาการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ที่เชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยในระยะแรกของการมีอาการผิดปกติ มักเริ่มต้นด้วยการรักษาตนเอง โดยการใช้ยาที่หามาได้จากครอบครัว ญาติ หรือ ซื้อยามาเองจากร้านค้าใกล้บ้านที่ตัวเองพอที่จะมีความรู้หรือ ถามไถ่จากคนขายยาและการรักษาตนเอง โดยการใช้สมุนไพร บางส่วนจะยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ก็จะวนเวียนอยู่กับการแสวงหาบริการในระดับนี้ ทั้งๆ ที่อาจเป็นเพียงการรักษาชั่วคราวเพื่อทุเลาอาการเท่านั้น (เขวเรศ วิสูตร โยธิน, 2550)

1. แนวคิดพื้นฐานระบบการแพทย์ที่หลากหลาย ในสังคมมีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Pluralistic Medical System) ดังแผนภาพ 1



(Kleinman, 1980 : 49-60)

แผนภาพ 1 ความสัมพันธ์ของระบบการแพทย์

แบบแผนการแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพของประชาชน นั้นมีลักษณะของการผสมผสานหรือมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลใน 3 ระบบ ระหว่างการดูแลสุขภาพตนเอง หรือการใช้ความรู้ประสบการณ์ของประชาชน(Popular sector) การแสวงหาวิธีการดูแลโดยการพึ่งพาหมอพื้นบ้านในชุมชน(Folk sector) และการไปรับบริการจากระบบบริการการแพทย์ที่เป็นทางการ หรือผู้ประกอบวิชาชีพ (Professional sector) สำหรับสังคมไทยก็ยังพบลักษณะการผสมผสานการดูแลสุขภาพเช่นนี้ในปัจจุบัน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเฉพาะท้องถิ่นที่มีการอธิบายการเจ็บป่วย บนวิถีความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรม (Culture - bounded Syndromes) เช่น การดูแล การผิด้ำแดง ลมผิด้เดือน ฯลฯ หรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง เบาหวาน มะเร็ง ภูมิแพ้ เป็นต้น

สถานีนามัย เป็นหน่วยงานบริการขั้นปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 9 พันแห่งทั่วประเทศ โดยส่วนใหญ่สถานีนามัยไม่มีแพทย์ ทันตแพทย์ หรือเภสัชกรประจำ บุคลากรส่วนใหญ่ของสถานีนามัยเป็นพยาบาล ทันตพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ชุมชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานีนามัยเป็นหน่วยงานปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) โดยเชื่อมโยงเครือข่ายกับโรงพยาบาล และรับผิดชอบดูแลประชากรด้านสุขภาพ (ทั้งด้านการรักษา การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ) ในพื้นที่ที่กำหนด สถานีนามัยกระจายอยู่ในแทบทุกตำบลหรือบางกรณีมากกว่าหนึ่งสถานีนามัย เพื่อให้บริการขั้นต้นด้านรักษาพยาบาลทั้งในและนอกสถานีนามัย เน้นบทบาทการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ งานอนามัยชุมชน (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2552)

โรงพยาบาล เป็นสถานที่สำหรับให้บริการด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย โดยมักที่จะมุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ปัจจุบันโรงพยาบาลได้ถูกแบ่งประเภทตามการดูแลควบคุมบริการเป็น โรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชน

การจำแนกประเภทของโรงพยาบาล

1. การจำแนกประเภทของโรงพยาบาลโดยแบ่งตามสังกัด ประกอบด้วย

1.1 โรงพยาบาลรัฐบาล ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ หน่วยงานอิสระ องค์การอิสระ รัฐวิสาหกิจ (อัลฟา รีเสิร์ช ,2547)

1.2 โรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดขององค์กรศาสนา สังกัดมูลนิธิต่าง ๆ โรงพยาบาลของบริษัทต่าง ๆ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2536: 534-537)

2. การจำแนกประเภทของโรงพยาบาลโดยใช้จำนวนเตียงเป็นตัวกำหนด ประกอบด้วย

(Nau, David P. 2006, Online)

2.1 โรงพยาบาลขนาดเล็ก มีจำนวน 1-49 เตียง

2.2 โรงพยาบาลขนาดกลาง มีจำนวน 50-299 เตียง

2.3 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวน 300-999 เตียง

2.4 โรงพยาบาลขนาดใหญ่พิเศษ มีจำนวน 1,000 เตียงขึ้นไป

3. การจำแนกประเภทของโรงพยาบาล โดยใช้บริการของโรงพยาบาลเป็นตัวกำหนด ประกอบด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

3.1 โรงพยาบาลทั่วไป (General hospital) เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้บริการผู้ป่วยด้านเวชกรรมอย่างน้อย 4 สาขาหลัก คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูติรีเวชกรรม และดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในกรณีที่ให้บริการเฉพาะทาง จะต้องมีส่วนประกอบวิชาชีพซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรองจากแพทยสภาในสาขาวิชาชีพเฉพาะทางนั้น เป็นผู้ให้บริการ

3.2 โรงพยาบาลเฉพาะโรค (Special hospital) เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้บริการผู้ป่วยด้านเวชกรรมเฉพาะสาขาใดสาขาหนึ่ง และดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั่วไปหรือสาขาที่ให้บริการและมีผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรองจากสภาวิชาชีพในสาขานั้นเป็นผู้ให้บริการ เช่น โรงพยาบาลตา โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลทันตกรรม

โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง สถานประกอบการโรคศิลปะตามกฎหมาย ประกอบด้วย

เจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาล ฯลฯ และเครื่องมือเกี่ยวกับการแพทย์ สามารถวินิจฉัยโรค และรักษาโรคให้แก่ ผู้ป่วย และผู้บาดเจ็บ มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน รวมถึงการเป็นศูนย์ฝึกอบรม และวิจัย เพื่อพัฒนากำลังคน และระบบสาธารณสุข สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอได้มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

ความหมายโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2527, อ้างถึงใน มณีรัตน์ แสงเดือน 2542) ซึ่งได้ให้ความหมายโรงพยาบาลชุมชนว่า เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 150 เตียงลงมา มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน มีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาลซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณหนึ่งหมื่นคน เป็นหน่วยงานขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเป็นหัวหน้าหน่วยงาน

ปิยธิดา ตรีเดชและภคดิ อัมมัย (2543) ให้ความหมายว่า โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลระดับอำเภอ มีนายแพทย์เป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาล มีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีขนาด 10-120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง) เดิมเรียกโรงพยาบาลอำเภอ

จากความหมายของโรงพยาบาลชุมชน พอสรุปได้ว่า โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาในสถานบริการ มีขนาดเตียงตั้งแต่ 10 - 120 เตียงแต่ไม่เกิน 150 เตียงโรงพยาบาลชุมชนแต่ละขนาดจะมีอัตรากำลังแตกต่างกันออกไป คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30 เตียง มีกรอบอัตรากำลังข้าราชการประมาณ 88 ตำแหน่ง ขนาด 60 เตียงมีประมาณ 121ตำแหน่ง ขนาด 90 เตียงมีประมาณ 146 ตำแหน่ง และขนาด 120 เตียง มีประมาณ 171 ตำแหน่ง

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลประเภทนี้เป็นโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์ของคณะแพทยศาสตร์หรือวิทยาลัยแพทยศาสตร์ต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โดยเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ที่มีขีดความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการรักษาสูงสุด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรทางด้านการแพทย์ และเป็นโรงพยาบาลสำหรับการค้นคว้าวิจัยต่าง ๆ

การแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นศาสตร์ที่กำลังได้รับความสนใจและเป็นศาสตร์ที่ทำทนายสำหรับบุคลากรด้านการสาธารณสุขอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการนำศาสตร์นี้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั่วประเทศ เนื่องจากองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทย ถูกละเลยในการให้บริการภาครัฐมานานนับร้อยปี การนำไปใช้ยังคงยึดหลักการสั่งสมจากประสบการณ์ของบรรพบุรุษเป็น

ส่วนใหญ่เนื่องจากการศึกษาวิจัยด้านวิชาการต้องใช้เวลาศึกษานานพอสมควรในการหาข้อสรุป ยืนยันด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย รวมถึงการนำไปใช้ประโยชน์ แม้กระทั่งศาสตร์ด้านการแพทย์ทางเลือกก็เช่นกัน ต้องมีการพิสูจน์ประสิทธิผลและความปลอดภัยเช่นกัน จึงเป็นเหตุให้มีคำถามเกี่ยวกับศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่เสมอ การแพทย์ทางเลือก คือ การแพทย์ที่ไม่ใช่ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์อื่นๆ ที่เหลือถือเป็นการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด การจำแนกการแพทย์ทางเลือกนั้น จำแนกได้หลายแบบ วิธีแรกจำแนกตามการนำไปใช้มีดังนี้

Complementary Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

Alternative Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน การจำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก โดย National Center of Complementary And Alternative Medicine (NCCAM) ของสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 2005 ได้จำแนกออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1. Alternative Medical Systems คือ การแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษาวินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการ ทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือ และหัตถการต่างๆ ได้แก่ การแพทย์แผนโบราณของจีน (Traditional Chinese Medicine) การแพทย์แบบอายุรเวช ของอินเดีย การแพทย์โฮมีโอพาซี เป็นต้น

2. Mind-Body Interventions คือ วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจ เช่น สมาธิบำบัด โยคะ ชิงกง เป็นต้น

3. Biologically Based Therapies คือ วิธีการบำบัดรักษาโดยใช้สารชีวภาพ สารเคมีต่างๆ เข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการกิน ทา ฉีด เหน็บ อบ ได้แก่ การใช้สมุนไพร วิตามินบำบัด ฮอร์โมนบำบัด อาหารสุขภาพ เป็นต้น

4. Manipulative and Body-Based Methods คือ วิธีการบำบัดรักษาโดยใช้หัตถการต่างๆ เช่น การนวด การดัด การจัดกระดูก ได้แก่ การนวดแบบต่างๆ ไคโรแพรคติกส์ เป็นต้น

5. Energy Therapies คือ วิธีการบำบัดรักษาที่ใช้พลังงานในการบำบัดรักษา ซึ่งมีทั้งพลังงานชีวภาพ ได้แก่ พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเรเรกิ เป็นต้น และพลังงานแม่เหล็กไฟฟ้า ได้แก่ เติ่งหรือเก้าอี้แม่เหล็กไฟฟ้าเตี๋ยพลังคว้นตัม เป็นต้น

หลักในการพิจารณาใช้การแพทย์ทางเลือก สำหรับประเทศไทยนั้นถือหลักสำคัญ 4 ประการดังนี้

1. หลักของความน่าเชื่อถือ (Rational) โดยดูจากที่ว่า วิธีการหรือองค์ความรู้ด้าน

การแพทย์ทางเลือกชนิดนั้น ประเทศต้นกำเนิดให้การยอมรับหรือไม่ หรือมีการใช้แพร่หลายหรือไม่ ใช้มาเป็นเวลานานแค่ไหนมีการบันทึกไว้หรือไม่ อย่างไร

2. หลักของความปลอดภัย (Safety) เป็นเรื่องสำคัญกว่ามีผลกับสุขภาพของผู้ใช้ อย่างไรก็ตาม การเป็นพิษแบบเฉียบพลันมีหรือไม่ พิษแบบเรื้อรังมีเพียงไร อันตรายที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวมีหรือไม่ หรือ วิธีการทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือไม่ เป็นต้น

3. หลักของการมีประสิทธิภาพ (Efficacy) เป็นเรื่องที่จะต้องพิสูจน์หรือมีข้อพิสูจน์มาแล้วว่ามีการใช้ได้จริง ซึ่งอาจต้องมีจำนวนมากพอหรือใช้มาเป็นเวลานานจนเป็นที่ยอมรับ จากการศึกษาวิจัยหลากหลายวิธีการ เป็นต้น

4. หลักของความคุ้มค่า (Cost-benefit-effectiveness) โดยเทียบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดด้วยวิธีนั้นๆ คุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยหรือไม่ในโรคที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน โดยอาจเทียบกับเศรษฐฐานะของผู้ป่วยแต่ละคน เป็นต้น

Chrisman (1984) ได้เสนอแนวคิดว่าบุคคลมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเป็นขั้นตอน เริ่มแต่การให้ความหมายความเจ็บป่วย การปรึกษานักกลัษิต การรักษา การเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย และการประเมินผลการรักษาโดยผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (Chrisman, 1984; Chrisman and Kleinman, 1983) พฤติกรรมแสวงหาการรักษาอาจเกิดจากเงื่อนไขสำคัญบางประการ มีรายงานการใช้บริการสุขภาพของชาวอเมริกัน พบว่า 2 ใน 3 มิได้ไปพบแพทย์ แต่รักษาเยียวยาด้วยตนเองโดยยาสมุนไพร หรือไปพบแพทย์ไสยศาสตร์ ทั้งนี้ขึ้นกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยสามัญชน (lay referral system) (Freidson, 1961) คือ บุคคลที่ใกล้ชิดที่แวดล้อมผู้ป่วย ประกอบไปด้วยญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือบุคคลที่เป็นที่ยอมรับในชุมชนที่มีบทบาทในการแนะนำแหล่งหรือวิธีการรักษา จะเป็นวิธีใดขึ้นกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด หรือเครือข่ายเครือข่ายทางสังคม จะรับรู้การเจ็บป่วยและช่วยกันค้นหาวิธีการแก้ไขตามความหมายทางวัฒนธรรม ร่วมกันใช้ความรู้ ประสบการณ์ที่สะสมมาจนกลายเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้าน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการใช้ทรัพยากรสุขภาพ

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของคนไทยทุกคน จากการแปรนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จะต้องมีการปรับตัวอย่างมากของสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากการ

ปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณ จากเดิมที่สถานบริการสุขภาพมีรายรับจากงบประมาณ แผนงาน โครงการจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค และเงินของผู้ป่วยที่จ่ายเอง (Out of Pocket) มาเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (Capitation) ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งเงินงบประมาณที่เหมาจ่ายรายหัวนี้ ได้รวมรายจ่ายด้านบุคลากร ด้วย และรายรับของสถานบริการที่ได้รับ โดยตรงกับผู้ป่วยจะลดลงอย่างมาก

ความหมายของ คำว่า “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ตามคำนิยามในมาตรา 3 ของกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหลายคนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขดังกล่าว หมายถึง สิทธิประโยชน์ที่บุคคลผู้มีสิทธิได้รับ กล่าวคือ

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 3 ของกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , 2552)

1. ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
2. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
3. ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
4. ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
5. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
6. ค่าทำคลอด
7. ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
8. ค่าบริบาลทารกแรกเกิด
9. ค่ารพยบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
10. ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
11. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
12. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด”

ค่าใช้จ่ายที่จำแนกไว้ทั้งหมดนั้น มีความประสงค์จะให้หน่วยบริการได้ทราบว่า กิจกรรมใดที่หน่วยบริการได้ให้บริการสาธารณสุข (คือให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ) หน่วยบริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 46 จากกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ถ้ามียุทธศาสตร์การเหมาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 46 ไปก่อนล่วงหน้าแล้ว โดยไม่ได้จำแนกรายละเอียด ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่จำแนกไว้นี้จะเป็นเสมือนกรอบวัตถุประสงค์การใช้จ่ายเงิน เพื่อให้หน่วยบริการนำไปจ่ายเพื่อกิจกรรมดังกล่าว

ส่วนประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขหรือชุดสิทธิประโยชน์ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้นกำหนดไว้ในมาตรา 5 วรรคสาม โดยประสงฆ์ที่จะกำหนดรายละเอียดของสิทธิบริการสาธารณสุขที่แต่ละบุคคลจะได้รับ ว่ามีประเภทหรือขอบเขตครอบคลุม มากน้อยเพียงใด และชุดสิทธิประโยชน์นี้ จะถูกกำหนดเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ ที่จะต้องปฏิบัติตามสัญญาหรือข้อตกลงจ้างให้บริการสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข(หรือชุดสิทธิประโยชน์) ยังคงอนุโลมใช้ตามระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ข้อ 19 และข้อ 20

สรุปว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่ ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข(หรือชุดสิทธิประโยชน์) ที่แต่ละบุคคลจะได้รับหรือเรียกร้องจากหน่วยบริการ แต่เป็นกฎหมายข้อบังคับที่ตกลงบริการกันระหว่างนายจ้าง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และลูกจ้างคือหน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลที่มีสิทธิขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ) ในการกำหนดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น และปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ เพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการแทนประชาชนที่ได้รับบริการด้านสุขภาพไปแล้ว

ในมุมมองและการประเมินค่าใช้จ่าย (Perspective of the Analysis and Costs Assessed) ถ้าเป็นหน่วยบริการผลิตคือโรงพยาบาล กล่าวถึงการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จะต้องมีการศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาล โดยเชื่อมโยงกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ซึ่งจะแสดงให้เห็นในการใช้ทรัพยากร กับผลิตสิ่งของหรือบริการจำนวนเท่าไร และจะก่อให้เกิดผลลัพธ์เป็นอย่างไรภายใต้วงเงินงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปี ซึ่งการจัดสรรงบประมาณ จำเป็นต้องอาศัยต้นทุนต่อหน่วยผลิตเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงาน ต่าง ๆ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานด้านประสิทธิภาพการดำเนินงานโดยใช้ต้นทุนต่อหน่วยผลิตจัดได้ว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่ง

ในขณะที่มุมมองที่ต่างกัน ได้แก่ มุมมองของสังคม ผู้ป่วย หรือ Third – party payers จะเป็นตัวกำหนดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น คือ ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) และ Intangible cost ซึ่งจากการศึกษาค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) ได้แก่ ค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยนอก ค่านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กล่าวโดยสรุป ในการศึกษาด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาย้อนหลัง (Retrospective) ใช้มาตรวัดแบบ Prevalence – based เป็นการศึกษาค่าใช้จ่ายในช่วงเวลาหนึ่ง คือ ย้อนหลังไป 3 เดือน โดยเก็บข้อมูลโดยตรงจากค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดที่เกิดขึ้น โดยประเมินค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) ที่ใช้จ่ายไป ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่ารักษาพยาบาล เช่น การจ่ายค่ารักษาพยาบาล แพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย การนวดไทย และ

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายส่วนเกิน และผู้ศึกษาได้ศึกษาค่าใช้จ่ายทางอ้อม ซึ่งเป็นค่ารักษาพยาบาลของประชาชนเมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ค่าใช้จ่ายแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ซึ่งระบบสวัสดิการโครงการหลักประกันสุขภาพ รัฐบาลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะทำหน้าที่จ่ายแทนประชาชนให้แก่หน่วยงานที่ให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลตัวเลขค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เมื่อประชาชนไปใช้บริการในครั้งนั้นด้วย

2. การใช้ทรัพยากรสุขภาพ สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร (2550) ได้กล่าวถึงการใช้ทรัพยากรสุขภาพใน ลักษณะเครือข่าย การใช้ทรัพยากรสุขภาพในที่นี้ จะหมายถึง การใช้และมีข้อมูลทรัพยากรและนำไปใช้กับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยมีลักษณะการใช้งานเป็นเครือข่าย ได้แก่ เครือข่าย ข้อมูลทรัพยากรและค่าใช้จ่ายสุขภาพ เป็นเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสาร ที่สะท้อนทรัพยากรสุขภาพและค่าใช้จ่ายสุขภาพ รวมทั้งระบบการเงินการคลังหรือระบบประกันสุขภาพ ซึ่งนับเป็นปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลสถานพยาบาลและเครื่องมือแพทย์ เครือข่ายข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลหลักประกันสุขภาพ ซึ่งแต่ละเครือข่ายมีประเด็นและดำเนินงาน ดังนี้

2.1 เครือข่ายข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมบุคลากรตามสาขาวิชาชีพ และบุคลากรภาคประชาชน โดยมีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ ข้อมูลกำลังคนภาคเอกชน ข้อมูลบุคลากรตามสาขาวิชาชีพ ข้อมูลการผลิต และการจำหน่าย รวมทั้งข้อมูลศักยภาพของบุคลากร โดยการพัฒนาาระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ จะนำไปใช้เพื่อการวางแผนกำลังด้านสุขภาพให้มีความเพียงพอ มีคุณภาพ และกระจายอย่างเหมาะสม

2.2 เครือข่ายข้อมูลสถานพยาบาลและเครื่องมือแพทย์ เครือข่ายข้อมูลสถานพยาบาลและเครื่องมือแพทย์ เป็นเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสถานพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฐานข้อมูลสถานพยาบาลรัฐและเอกชน ทั้งที่มีเตียงและไม่เตียง พร้อมข้อมูลที่ตั้งและศักยภาพ รวมทั้งข้อมูลเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญและราคาแพง โดยการพัฒนา ระบบข้อมูลสถานพยาบาลและเครื่องมือแพทย์ จะนำไปใช้เพื่อการวางแผนการลงทุนด้านสุขภาพให้มีความเพียงพอ มีคุณภาพ และกระจายอย่างเหมาะสม

2.3 เครือข่ายข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ เป็นเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคครัวเรือน โดยมีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพ ระบบข้อมูลสถานการณ์การเงินของหน่วยบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลงบประมาณสุขภาพภาครัฐ และการสำรวจรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน โดยการพัฒนา ระบบข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ จะนำไปใช้เพื่อการวางแผนระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ

2.4 เครือข่ายข้อมูลหลักประกันสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลหลักประกันสุขภาพ เป็นเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลหลักประกันสุขภาพ ทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ โดยมีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบทะเบียนสิทธิ ระบบข้อมูลบริการในโรงพยาบาล ระบบข้อมูลผู้รับบริการตามสิทธิประโยชน์เฉพาะ ระบบข้อมูลการเงิน และการสำรวจการใช้บริการและความพึงพอใจ โดยการพัฒนา ระบบข้อมูลหลักประกันสุขภาพ จะนำไปใช้เพื่อการจัดระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม

ทั้งนี้ในการดำเนินงานของเครือข่าย จะต้องทบทวนและประเมินระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ส่วนของระบบ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากระบบข้อมูลที่มีอยู่ และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และตอบสนองต่อความต้องการด้านข้อมูล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (2541) ศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เฉพาะต้นทุนดำเนินการโดยไม่รวมค่าลงทุนพบว่า ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกอยู่ระหว่าง 206 – 632 บาท โดยความแตกต่างอยู่ที่ต้นทุนจากหน่วยก่อรายได้มากที่สุด หมายถึงพฤติกรรมของแพทย์มีส่วนอย่างมากต่อความแปรปรวนของต้นทุน สำหรับต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน อยู่ระหว่าง 4,604 – 7,751 บาท

กงเดช สีโทชลิต และคณะ (2544) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของหน่วยงานบริการของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งของจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยนอกต้นทุนหน่วยเฉลี่ย 113.37 บาทต่อครั้งผู้ป่วยในต้นทุนหน่วยเฉลี่ย 758.87 บาทต่อวันนอน หรือ 2,894.94 บาทต่อราย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) ได้แสดงวิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณของอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2545 ของคนไทย พบว่า ผู้ป่วยนอกใช้บริการ 2 – 9 ครั้งต่อคนต่อปี ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 575 บาท ผู้ป่วยในใช้บริการ 0.066 ครั้งต่อคนต่อปี และต้นทุนในการบริการผู้ป่วยในเท่ากับ 303 บาท เมื่อรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด (เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง ค่ารักษากรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน) จะเป็นเงินอัตราเหมาจ่ายต่อหัวเท่ากับ 1,202 บาท

น้อย ต้นสุวรรณและวิจิต เหล่าวัฒนาถาวร (2545) ได้ศึกษาผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการสั่งยาในโรงพยาบาลนครพนม พบว่า นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มูลค่ายาต่อใบสั่งยามีค่าสูงขึ้น เนื่องจากการเพิ่มจำนวนวันของการสั่งยา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ให้บริการสุขภาพพยายามลดค่าใช้จ่ายโดยมีการนัดผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน

ไพฑูรย์ มั่นคงและสุรพล ช่วยบุคคา (2545) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานีนามัย 8 แห่งในเขตอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ต้นทุนรวมค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุนงานรักษาพยาบาลสูงสุดเท่ากับ 3,841,789 บาท ต่ำสุดได้แก่ งานประกันสุขภาพเท่ากับ 96,101 บาท ต้นทุนรวมต่อหน่วยงานอนามัยแม่และเด็กเท่ากับ 265 บาทต่อครั้ง งานสุขศึกษา งานทันตกรรม งานวางแผนครอบครัว งานสุขภาพิบาล งานอนามัยเด็กดี งานรักษาพยาบาล งานอนามัยโรงเรียน และงานประกันสุขภาพเท่ากับ 250, 154, 120, 75, 70,69, 43 และ 6 บาท ตามลำดับ โดยสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุนเท่ากับ 2.67 : 1.81 : 1.11

จิรยุทธ์ กงนุ่นเรือง (2547) ศึกษาเรื่อง ต้นทุนการให้บริการทางด้านสุขภาพภายใต้โครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าของโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดพิจิตร พบว่า ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนระหว่างต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุต่อต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 2.54 : 1.04 : 1 ในปี 2547 มีต้นทุนรวม (full cost) 536.61 ล้านบาท เฉลี่ยต่อโรงพยาบาลเท่ากับ 59.62 ล้านบาท เฉลี่ยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 29.46 ล้านบาทโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาดมีต้นทุนรวมแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนโรงพยาบาลขนาดกลางกับขนาดเล็กไม่แตกต่างกัน ต้นทุนต่อหน่วยบริการประเภทผู้ป่วยนอกเฉลี่ยเท่ากับ 188.49 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยใน 1,273.46 บาทต่อวันนอน และ 4,957.74 บาทต่อราย ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 273.26 บาทต่อราย ทันตกรรม 321.96 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนต้นทุนผู้ป่วยอื่นๆ ไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยบริการเฉลี่ยประเภทผู้ป่วยนอก 160.45 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยใน 1,079.65 บาทต่อวันนอน และ 4,203.21 บาทต่อราย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน 234.87 บาทต่อราย ทันตกรรม 271.98 บาทต่อครั้ง โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด มีต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยบริการแตกต่างกัน

กมลรัฐ คำเหลียง และคณะ (2547) ศึกษาเรื่อง แบบจำลองการจัดสรรงบประมาณของสถานีนามัยในจังหวัดพิษณุโลก ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า รูปแบบการจัดสรรงบประมาณปี 2545 และ 2546 มีวิธีการแตกต่างกัน ปีงบประมาณ 2545 กำหนดเกณฑ์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายคงที่ ปริมาณงาน จำนวนบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ขึ้นทะเบียนและเพิ่มเติมให้กับสถานีนามัยที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตามหน่วยนำนักปริมาณงานในปีงบประมาณ 2546 ใช้เกณฑ์ของเครือข่าย จัดสรรตามปริมาณงานเป็นหลัก สามารถเบิกจ่ายและเวชภัณฑ์จากสถานพยาบาลหลัก โดยไม่หักค่าใช้จ่ายจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรร แบบจำลองปี 2545 ลำดับปัจจัยตามค่าความสำคัญของตัวแปร ได้แก่ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนรวมบุคลากรสาธารณสุขและปี 2546 คือ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก และต้นทุนของหน่วยบริการ

อัญชญา ณ ระนองและวิโรจน์ ณ ระนอง (2548) ศึกษาเรื่อง ความคาดหวัง การใช้

บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของประชาชน พบว่า ปัจจัยเรื่องรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาวะและอาการของโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วย และข้อมูลที่ประชาชนมีแล้วแต่มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล และในหลายกรณี ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันด้วย รายได้มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม (เช่น การเลือกไปที่คลินิกเพราะเวลาที่ใช้ในการรอรับการบริการที่โรงพยาบาลมีผลกระทบต่อรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้) สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แต่ละบุคคลมีผลในการเลือกสถานพยาบาลเช่นกัน ประชาชนมักจะทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีจะไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของสิทธิที่ตนมี ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (รวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) มักจะมีผลต่อการเลือกวิธีและสถานที่รักษาพยาบาล เช่น ประชาชนในชนบทมักจะซื้อยาแก้ปวดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในท้องถิ่น ประชาชนบางกลุ่มเลือกไปคลินิกเพราะไม่ต้องรอนาน ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานอนามัยมักจะใช้บริการของสถานอนามัย ในขณะที่ประชาชนที่อยู่ไกล จะซื้อยาที่ร้านขายยาหรือไปคลินิก ประชาชนที่มีพาหนะมักจะใช้บริการของสถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีพาหนะเป็นของตัวเอง ในเรื่องสภาวะและอาการของโรคนั้น ประชาชนมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อจะตัดสินใจว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าคิดว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็อาจจะปล่อยให้หายเอง ถ้ามีอาการที่คิดว่าไม่หายเอง ก็จะเริ่มพึ่งยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยา แต่ถ้ายังรักษาไม่หายหรือมีอาการมากขึ้นก็จะไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หายหรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร กลุ่มอายุของผู้ป่วย ในแทบทุกพื้นที่พบว่าเมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองมักจะพาเด็กไปรับการรักษาในที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว เช่นที่คลินิก แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มักไปที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน โดยประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุมักเป็นอาการที่ค่อยเป็นค่อยไปและรอได้ ผู้สูงอายุเองก็มักจะไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินสำหรับลูกหลาน สำหรับข้อมูลที่ประชาชนมีนั้น การรับรู้สิทธิของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล ซึ่งโครงการ 30 บาทยังมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น สรุปผลการศึกษาได้ว่าแม้ว่าโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไป และไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้อื่นๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอพยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอและการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมี

โครงการรักษาฟรีน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการให้มีโครงการนี้ต่อไป เพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับตนเองในกรณีป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาคสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาล โดยเฉพาะในด้านการต้อนรับของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ไว้วางใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มรายได้สูงและปานกลาง ซึ่งไม่ค่อยได้ไปใช้บริการของโครงการนี้ในปัจจุบัน

วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ (2548) ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ถือเป็นโครงการที่ได้รับการตอบรับจากประชาชนเป็นอย่างดี โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ยกระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของคนในชาติให้มีมาตรฐานเพิ่มมากยิ่งขึ้น สรุปผลการศึกษาได้ว่าสัดส่วนของคนจน จากการรักษาพยาบาลที่มีหลักประกันสุขภาพลดลงประมาณร้อยละ 1.44 ของครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งเมื่อคิดเป็นจำนวนประชากรก็ลดลงประมาณ 1 ล้านคน หรือลดลงประมาณร้อยละ 16.7 ของคนจนทั้งหมด ซึ่งสถิติที่ชี้ให้เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพมีส่วนอย่างมากในการลดจำนวนคนจนลงได้มากถึงร้อยละ 14

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ศึกษาสำรวจอนามัย สวัสดิการและการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2550 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ลดลงจาก 12.0 ล้านคนในปี 2546 (ร้อยละ 18.7) เป็น 11.4 ล้านคนในปี 2550 หรือร้อยละ 17.4 ของประชากรทั้งประเทศ โดยผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาพยาบาลสำหรับการป่วยครั้งสุดท้ายด้วยการซื้อยากินเองสูงสุด คือ ร้อยละ 26.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือไปคลินิกเอกชน ร้อยละ 21.7 และไปสถานอนามัย ร้อยละ 16.2 ตามลำดับ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ทุกวิธี) สำหรับการป่วยครั้งสุดท้ายเฉลี่ย 162 บาทต่อผู้ป่วยทุกคน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 129 บาท เป็น 144 บาท และ 156 บาท จากปี 2547 ถึง 2549 ตามลำดับ

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ เป็นการนำเสนอผลการสังเคราะห์ประสพการณ์ต่างประเทศ ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) หรือระบบสวัสดิการอื่นที่น่าสนใจ และมีการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ณ จุดที่ใช้บริการ (Cost Sharing / Copayment) ซึ่งได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา ฟินแลนด์ เยอรมัน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน อังกฤษ สหรัฐอเมริกา จำนวน 10 ประเทศ วิธีการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนคือ หนึ่งการทบทวนเอกสารทางวิชาการ (Literature Review) เพื่อตอบประเด็นเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ หลักการ/แนวคิด เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการกำหนดส่วนร่วมจ่าย, รูปแบบส่วนร่วมจ่ายและอัตราที่

กำหนดสำหรับบริการประเภทต่างๆ ในประเทศที่ศึกษา, กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น และ สองการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เพื่อตอบประเด็นเกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากส่วนร่วมจ่ายต่อการเข้าถึง/ใช้บริการ และภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย/ครัวเรือน ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน ผลต่อการลดหรือเพิ่มการใช้บริการบางประเภท/ชนิด ผลต่อคุณภาพบริการ และผลต่อดัชนีทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

P. M. Pronyk , M. B. Makhubele, J. R. Hargreaves, S. M. Tollman & H. P. Hausler (2001) ศึกษารูปแบบของการแสวงหาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาในโรงพยาบาลในชนบททางตอนเหนือของแอฟริกาใต้ เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล สุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพ และความ ล่าช้าในการแสดงตัวเข้ารับการรักษาและกระบวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากผู้ ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย 298 คน ทำการวิเคราะห์อัตราการเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง ศึกษาในปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับ ความล่าช้า ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้าคือ 10 สัปดาห์ มี ความ ล่าช้าที่ตัวผู้ป่วยมีส่วน มากกว่าความล่าช้าของผู้ให้บริการ ผู้ป่วยมาแสดงตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ (41%) หรือ คลินิก (31%) มากกว่าวิธีการรักษาด้วยจิตวิญญาณหรือไสยศาสตร์แบบโบราณ (15%) หรือ วิธีการเฉพาะส่วนบุคคล (13%) ความ ล่าช้า ทั้งหมด ในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สั้นกว่าในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก ในอัตราส่วน (1.33, 95% CI 1.13-1.85) โดยมี สัดส่วนของความล่าช้าทั้งหมดน้อยกว่าความล่าช้าของผู้ให้บริการ (18% เทียบ กับ 42%) โดยผู้ป่วยมีความเสี่ยงเหมือนเดิม ตามบริบทภาวะเสี่ยงของโรควัณโรค เช่น ผู้อพยพแรงงาน, การดื่มสุรา ผู้ป่วยที่มีประวัติ ของวัณโรค จะสามารถวินิจฉัยได้ อย่างรวดเร็วที่สุดโดย ผู้ให้บริการสุขภาพ ใน ขณะ ที่ในกลุ่มผู้หญิง อยู่จะยังอยู่ในกลุ่มที่สามารถวินิจฉัยได้ อีกต่อไป

Peter Zweifel (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Care Expenditure ; HCE) กับอายุ โดยการศึกษาใช้การศึกษาข้อมูลระยะยาว มากกว่าการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross section) จากการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยแบ่งช่วงอายุที่ศึกษาเป็น 8 ช่วง ของกลุ่มศึกษาที่เสียชีวิต ในช่วงปี 1983-1992 ซึ่งให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพขึ้นอยู่ช่วงเวลาแห่งชีวิตที่เหลืออยู่ แต่ไม่ขึ้นอยู่กับการอายุตามปฏิทิน กลุ่มศึกษาที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างอายุกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สังเกตได้จากการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ที่อาจพบได้ว่ากลุ่มอายุ 80 ปี มีหลายคนที่มีอายุอยู่ได้นานมากกว่า 2 ปี หากเทียบกับกลุ่มอายุ 65 ปี ข้อจำกัดของผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อกลุ่มอายุนี้อาจมีอายุมากขึ้นอาจมีส่วนทำให้การเติบโตของการใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อย

กว่าการเรียกร้อยเงินชดเชยของผู้สังเกตการณ์ตามที่เป็นอยู่จริง พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามอายุ ในการศึกษาว่าประชากรที่มีอายุมากขึ้น มีส่วนสำคัญที่ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในการศึกษาที่เพิ่งตีพิมพ์ไปไม่นานนี้ โดยได้วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วกลุ่มหนึ่ง แสดงให้เห็นว่าอายุไม่ใช่สิ่งมีนัยสำคัญหากช่วงระยะเวลาสุดท้ายก่อนความตายได้รับการควบคุมดูแลได้ดีพอ ดังนั้นเราให้เหตุผลได้ว่าประชากรที่มีอายุมากขึ้นจะไม่ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

Berhanu Alemayehu & Kenneth E Warner (2004) ได้ศึกษาเรื่อง การกระจายตัวของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประชากรตลอดช่วงอายุ โดยศึกษาข้อมูลจากสมาชิก Blue Cross Blue Shield จำนวน 3.75 ล้านคนและ ข้อมูล จากการสำรวจ Medicare Current Beneficiary การสำรวจค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ฐานข้อมูลอัตราตายของมลรัฐ Michigan และจำนวนผู้ป่วยที่รักษาพยาบาลที่บ้าน การเก็บข้อมูล เก็บจากผลรวมของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพทั้งปี ที่ 2,000 ดอลลาร์ อายุ และเพศ การออกแบบการศึกษา ใช้แบบจำลองตารางชีวิตเพื่อจำลองการกระจายตัวของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแบบปกติตลอดชีวิต ศึกษาข้อมูล แบบตัดขวาง (cross-sectional) เกี่ยวกับอายุ และ เพศ-ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเฉพาะ และ ข้อมูลอัตราตายของ ประชากร. เราพิจารณาค่าใช้จ่ายตลอดชีวิต เริ่มจากแรกเกิดศึกษาไปข้างหน้า (cohort) ศึกษาแยกจากกัน จะคำนวณค่าใช้จ่ายที่เหลือสำหรับการมีชีวิตอยู่ในทุกกลุ่มอายุ โดยใช้ข้อมูลจากศึกษาภาคตัดขวาง วิเคราะห์อุบัติการณ์ของโรค เทคโนโลยีทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายคงที่ของการดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นเฉพาะใน บทบาทของอายุ ใน ค่าใช้ จ่ายใน การดูแลสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อหัวตลอดชีวิตคนอยู่ที่ 316,600 \$ ค่าใช้จ่ายในผู้หญิง (\$ 361,200) มากกว่าผู้ชาย (\$ 268,700) สาเหตุแห่งความแตกต่างนี้เนื่องมาจากอายุขัยของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เกือบหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายจะเกิดขึ้นระหว่าง อายุ กลางคน และเกือบครึ่งหนึ่งเกิดขึ้นในช่วงปลายอายุขัย ในผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่จนถึงอายุ 85 ปี มากกว่าหนึ่งในสามของค่า ใช้จ่าย ตลอดชีวิตของพวกเขาจะเพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลาที่เหลือของพวกเขาโดยสรุปผลการศึกษา ได้สะท้อนให้เห็นว่าข้อค้นพบ ที่ได้เป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่สำคัญ ประชากรที่มีอายุยืนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของ ประชากร เป็นปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ระหว่างอายุที่เพิ่มขึ้นกับ ค่า ใช้ จ่าย การดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น