

## ประมวลงานทางวิชาการ และผลงานที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างและข้าราชการบำนาญได้มีการศึกษามาก่อนแล้ว ในลักษณะที่แสดงให้เห็นว่า สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และสูงกว่าอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชากรไทยทั้งประเทศ ความครอบคลุมและลักษณะโครงสร้างของค่ารักษาพยาบาลภายใต้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญในเขตกรุงเทพมหานคร

เนื้อหาในบทนี้ เป็นการกล่าวถึงแนวความคิดและแบบจำลองเชิงทฤษฎี ข้อสรุปและผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผลงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้ทำความเข้าใจ และนำความรู้มาประยุกต์ให้สอดคล้องกับกรอบแนวความคิด เพื่อกำหนดแบบจำลองในการศึกษาที่จะนำเสนอในบทที่ 4 และพฤติกรรมของผู้ผลิต หรือผู้ประกอบการในการตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งลักษณะการบริโภคบริการการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นเนื่องมาจากมีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้

### แนวความคิดเชิงทฤษฎี

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทางด้านอุปทาน (Supply) หรือในแง่พฤติกรรมของผู้ผลิต หรือผู้ประกอบการ (Firm's Behavior) ทางด้านรายรับของผู้ประกอบการ

การศึกษานี้ได้แยกพิจารณาทางด้านรายรับของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลจากกลุ่มข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัวของเขาเหล่านั้น ดังนี้

1. พฤติกรรมของโรงพยาบาลของรัฐ
2. พฤติกรรมของโรงพยาบาลของเอกชน

โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล คือผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการหน่วยหนึ่ง ผลผลิตก็หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลจนกระทั่งคนไข้มีสุขภาพดีขึ้น (นิพนธ์ พัวพงศกรและประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์, 2530 : 25) การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะประเด็นรายรับ (Revenue) ของผู้ประกอบการ เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวที่เบิกได้นั้น กระทรวงการคลังเป็นผู้จ่ายให้แทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะการรับบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ ค่ารักษาพยาบาลมีลักษณะปลายเปิด และจ่ายตามรายการค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ (Payment per Itemized Bill) (สุจิต ศรีประพันธ์, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ, 2534 : 26) ส่วนการไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน กระทรวงการคลังจะจ่ายให้จำกัดตามระเบียบที่กำหนด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า รายรับของผู้ประกอบการ (โรงพยาบาล) จากค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัวที่เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ก็คือค่าใช้จ่ายของรัฐบาลนั่นเอง และโดยที่อุปทานของการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างจากลักษณะของสินค้า และบริการโดยทั่วไป กล่าวคือ การผลิตบริการการรักษาพยาบาล ผลิตขึ้นมาเพื่อเอาชนะการเกิดโรคไม่ใช่เพื่อแข่งขันกับผู้อื่น ไม่ใช่มุ่งหวังกำไรสูงสุด แต่เพื่อกระจายบริการให้ทั่วถึง และต้องการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนผู้บริโภคที่ไม่มีอำนาจต่อรองและอำนาจในการกำหนดราคา (สมคิด แก้วสนธิ, 2531 : 109 - 110, Anne Mills and Lucy Gilson, 1988:53) และเนื่องจากผู้บริโภคหรือผู้รับบริการไม่มีโอกาสทราบถึงประสิทธิภาพของการบริการที่ตนได้รับ และราคาที่ต้องจ่ายเพื่อบริการนั้น การบริการการรักษาพยาบาลจึงถูกผูกขาดโดยผู้จัดบริการ ดังนั้น การให้บริการของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างก็เป็นองค์กรที่มีอำนาจผูกขาด (สมคิด แก้วสนธิ, 2524 : 83)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### พฤติกรรมของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐ

โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ เป็นหน่วยผลิตที่อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม จึงเป็นองค์กรที่ไม่ได้มุ่งแสวงหากำไรสูงสุด\* (Walter Nicholson, 1985 : 340)

ถ้าผู้จัดการองค์กรหน่วยธุรกิจต้องการรายรับจากยอดขายสูงสุด ภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดที่ว่า กำไรที่แท้จริง(actual profit) เท่ากับหรือมากกว่าศูนย์ ( $\pi_0$ ) เขาอาจจะผลิต ณ ระดับปริมาณที่ต้นทุนส่วนเพิ่มมากกว่ารายรับส่วนเพิ่ม ( $MC > MR$ )

### แบบจำลองเชิงทฤษฎี

จากแนวคิดดังกล่าว รูปแบบจำลองของธุรกิจที่ไม่ได้แสวงหากำไร(Non profit) ที่มีเป้าหมายเพื่อรายรับจากการขายสูงสุด(Maximize Sale Revenue) เป็นดังนี้

$$R = P \cdot Q$$

$$R = \text{รายรับ}$$

$$P = \text{ราคาสินค้าต่อหน่วย}$$

$$Q = \text{ปริมาณสินค้าที่ขาย}$$

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\* องค์กรหรือหน่วยธุรกิจที่ไม่แสวงหากำไร คือ องค์กรที่กฎหมายห้ามมิให้จ่ายกำไรแก่ผู้บริหารองค์กร นอกจากนี้มีลักษณะสำคัญอีก 2 ประการ ขององค์กรประเภทนี้คือ ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียภาษีรายได้ และได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐเท่ากับส่วนต่างระหว่างรายรับและรายจ่ายขององค์กร (นิพนธ์ พัวพงศกร และ ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์ , 2530 Roger D Blain Lawrence W. Kenny, : 410 J. New House, 1970)

ภายใต้เงื่อนไข

$$\pi = TR - TC = 0$$

$$\pi = \text{กำไร}$$

$$TR = \text{รายรับรวม}$$

$$TC = \text{ต้นทุนรวม}$$



$$L = PQ + \lambda[PQ - C(Q) - \pi_0] \quad \dots\dots (1)$$

ณ  $C(Q)$  คือ ฟังก์ชันต้นทุนของหน่วยธุรกิจ และ  $\lambda$  คือ Lagrange multiplier ภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าว สำหรับปริมาณ( $Q$ )ความต้องการที่เหมาะสม หาค่าโดยการทำ partial derivatives ครั้งที่ 1 จะได้สมการดังนี้

$$\partial L / \partial Q = [P + Q(dP/dQ) + \lambda[P + Q(dP/dQ) - C'(Q)]] = 0 \quad \dots(2)$$

$$\partial L / \partial \lambda = PQ - C(Q) - \pi_0 = 0 \quad \dots\dots(3)$$

$$(2) = (3) = 0; \quad C'(Q) = MR(1 + 1/\lambda) \quad \dots\dots(4)$$

จาก (4) นั่นคือ  $MC > MR$  เมื่อ  $\lambda > 0$

นั่นคือ ถ้าหน่วยธุรกิจมีเป้าหมาย คือ รายรับจากยอดขายสูงสุด (Maximize Sale Revenue) ภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดที่ว่า กำไรอย่างน้อยจะเท่ากับศูนย์ หรือมากกว่าศูนย์ ( $\pi \geq 0$ ) ในกรณีที่ Constraint binding  $\lambda$  เป็นบวก ดังนั้น ปริมาณการผลิตที่เหมาะสมคือ จุดที่ต้นทุนส่วนเพิ่ม  $C'(Q)$  (MC) มากกว่ารายรับส่วนเพิ่ม (MR) จุดนี้เป็นจุดที่ปริมาณผลผลิตมากกว่าปริมาณผลผลิตที่มีกำไรสูงสุด (Max  $\pi$ ) (Roger D. Blain Lawrence W. Kenny, : 414)

ในแง่รายได้ของโรงพยาบาล การที่โรงพยาบาลของรัฐเบิกเงินจากคลัง แล้วนำเข้าเป็นเงินบำรุงโรงพยาบาล หรือรายได้คณะ (สำหรับโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย) โดยไม่ต้องนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน และเงินบำรุงของสถานบริการ\* นี้สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนางานบริการผู้ป่วย และจ่ายเป็นค่าตอบแทนสำหรับการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ รวมทั้งค่าตอบแทนพิเศษแก่แพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ หรือชุดเศษส่วนขาดของงบประมาณหมวดต่าง ๆ ได้ ซึ่งได้รับอนุมัติให้เก็บไว้ที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลมีแนวโน้มเบิกสูงสุดตามที่ระเบียบเปิดให้ หรือมีค่าบริการ 2 ชุด ชุดหนึ่งสำหรับผู้ป่วยสามัญทั่วไปที่จ่ายเงินจากกระเป๋าตัวเอง ส่วนอีกชุดหนึ่งซึ่งสูงกว่าชุดแรกนั้น สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกจ่ายตามรายการค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ (Payment per Itemized Bill) หรือที่เรียกว่าวิชาชีพ Fee for Service (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2534 : 6,7) ซึ่งข้อเสียของวิธีนี้ คือแพทย์มีแนวโน้มที่จะให้การรักษาที่เกินความจำเป็น (สุจริต ศรีประพันธ์, สงวน นิตสารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2534 : 52) นอกจากนี้การที่สถานพยาบาลของรัฐสามารถใช้จ่ายเงินบำรุงไปในการพัฒนาเทคโนโลยีในการบริการสาธารณสุข และจ่ายเป็นค่าตอบแทนแทนของเจ้าหน้าที่ได้แล้ว และโดยลักษณะของค่ารักษาพยาบาลที่มีบุคคลที่สามจ่ายให้ นั้น ย่อมเป็นแรงจูงใจให้แพทย์ตัดสินใจให้การรักษายาบาลให้ผู้ป่วยซึ่งรัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดที่ว่า โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยผลิตที่อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม และเป็นองค์กรที่ไม่ได้มุ่งแสวงหากำไร และมีเป้าหมายที่ต้องการารารรับจากยอดขายสูงสุด ภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดที่ว่า กำไรที่แท้จริงเท่ากับหรือมากกว่าศูนย์ และจะผลิตบริการหรือสินค้า ณ ระดับปริมาณที่ต้นทุนส่วนเพิ่มมากกว่ารายรับส่วนเพิ่ม แต่อย่างไรก็ดีการที่ โรงพยาบาลของรัฐเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกระทรวงการคลังในลักษณะเช่นนี้ ก็เป็นการช่วยจุนเจือฐานะเงินบำรุงของโรงพยาบาลในภาวะขาดแคลนงบประมาณเรื้อรัง และสามารถอุดหนุนบริการโรงพยาบาลซึ่งลูกค้าส่วนใหญ่ คือคนยากจน (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2534 : 7)

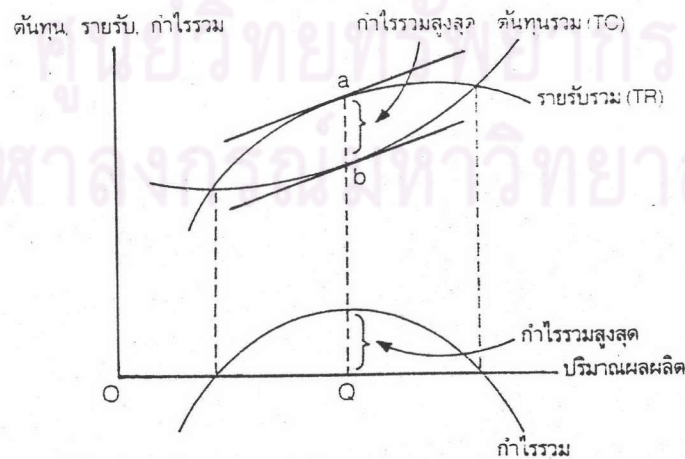
\* หมายถึงเงินทั้งปวงที่สถานบริการสาธารณสุขได้รับไว้เป็นกรรมสิทธิ์เนื่องจากดำเนินงานในกิจการของสถานบริการสาธารณสุขตามที่ นอกเหนือจากเงินงบประมาณรายจ่าย ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527

นอกจากนี้ตามทฤษฎีของ Niskanen เชื่อว่า เป้าหมายของข้าราชการระดับบริหารโรงพยาบาลจะคล้ายคลึงกับผู้จัดการที่ต้องการยอดขายสูงสุด แต่ในระบบราชการนั้น ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่จะมีเป้าหมายคือต้องการงบประมาณสูงสุด เพราะยิ่งงบประมาณสูงเท่าไร เงินเดือนของตนก็จะมากขึ้นเป็นเงาตามตัว และเมื่อมีงบประมาณมาก ก็ย่อมทำให้หน่วยงานนั้น ๆ เป็นหน่วยงานขนาดใหญ่ มีลูกน้องจำนวนมากขึ้น ผู้บริหารก็จะมีอำนาจและเกียรติยศมากขึ้น และมีอำนาจที่เรียกว่า Perfect Price Discrimination (นิพนธ์ ห้วพงศ์กร และ ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์, 2530: 41 Niskanen )

**พฤติกรรมของโรงพยาบาลเอกชน**

โรงพยาบาลเอกชน เป็นหน่วยธุรกิจที่มีเป้าหมายคือ กำไรสูงสุด เขาจะผลิตบริการ ณ ระดับปริมาณ ที่ รายรับส่วนเพิ่มเท่ากับต้นทุนส่วนเพิ่ม ( $MR = MC$ ) แต่อย่างไรก็ตามการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องประเภทผู้ป่วย จำนวนวัน และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญที่ไปใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน

รูปที่ 2.1 แสดงดุลยภาพของผู้ประกอบการที่ต้องการกำไรสูงสุด



เป้าหมายสำคัญของผู้ประกอบการ หรือธุรกิจที่มุ่งกำไรสูงสุด  
กำไร (π) จะมีค่าสูงสุดเมื่อ ผลต่างของรายรับรวม (TR) และต้นทุนรวม (TC)  
มีค่าสูงสุด

จากรูปที่ 1 กำไรสูงสุดจะอยู่ที่ระดับผลผลิต  $OQ$  ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ TR สูงกว่า  
TC มากที่สุด ซึ่งแสดงว่า

$$\text{Slope ของ TR} = \Delta TR / \Delta Q = MR$$

$$\text{Slope ของ TC} = \Delta TC / \Delta Q = MC$$

ดังนั้น กำไรสูงสุดจะอยู่ที่ระดับผลผลิต ซึ่งรายรับเพิ่มเท่ากับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น ( $MR=MC$ )  
นั่นคือผู้ประกอบการที่มุ่งกำไรสูงสุด จะผลิต ณ จุด  $Q_1$  ปริมาณการผลิตเท่ากับ  $OQ_1$

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ

จากการศึกษาของ สุชาติ กิระนันท์ จะเห็นว่า ในปี 2530 รัฐบาลจ่าย  
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลต่อหัวข้าราชการ และลูกจ้างประจำเท่ากับประมาณ 2,145.5  
บาทต่อคนต่อปี (2,612.6 ล้านบาท/1.218 ล้านคน) ส่วนของข้าราชการบำนาญจะเท่ากับ  
ประมาณ 1,273.9 บาทต่อคนต่อปี (188.5 ล้านบาท/1.48 ล้านคน) โดยยังไม่คิดรวม  
จำนวนบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ ซึ่งถ้าพิจารณา  
แล้ว ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อหัวของข้าราชการบำนาญไม่ควรจะต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาลต่อหัว  
ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ เพราะข้าราชการบำนาญเป็นผู้สูงอายุ มีโอกาสที่จะใช้บริการ  
การรักษาพยาบาลมากกว่าคนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน แต่อาจเนื่องจากการขาดฐาน  
ข้อมูลจำนวนบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือใช้สิทธิ และเมื่อปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภคแล้ว  
ปรากฏว่า ในปี 2530 เงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลต่อหัวข้าราชการและลูกจ้างประจำ

(Real Term) จะเท่ากับประมาณ 1,058.98 บาทต่อคนต่อปี ในราคาปี 2519 \*  
 $[(2,145.5/202.6) \times 100]$  ข้าราชการบำนาญจะเท่ากับประมาณ 628.78 บาทต่อคนต่อปี  
 ในราคาปี 2519 \*  $[(1,273.9/202.6) \times 100]$  และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเพื่อ  
 สุขภาพเฉลี่ยของประเทศไทยในปี 2530 เฉลี่ยต่อหัวต่อปี (Real Term) จะเท่ากับ  
 ประมาณ 632.77 บาทต่อคนต่อปี ในราคาปี 2519 \*  $[(1,282/202.6) \times 100]$  และ  
 เมื่อพิจารณาอัตราเพิ่มค่ารักษาพยาบาลต่อหัว ตั้งแต่ปี 2525 - 2530 จะเห็นว่า ของ  
 ข้าราชการและลูกจ้างประจำมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 10.54 และของข้าราชการบำนาญมี  
 อัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 13.43 ในขณะที่จำนวนของข้าราชการและลูกจ้างประจำมีอัตราการ  
 เพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 2.32 ข้าราชการบำนาญมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 6.66  
 ซึ่งค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยต่อหัวประชากรมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 4.87  
 (สุจริต ศรีประพันธ์ 2533:34)

จากการวิเคราะห์ต่อเนื่องจากงานของสุชาติ (2532) ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลค่า  
 รักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ ในปี 2531 - 2533  
 ปรากฏว่าค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 3,156 ล้านบาท 3,521 ล้านบาท และ 4,316 ล้านบาท  
 ในปีงบประมาณ 2531 2532 และ 2533 ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนข้าราชการ  
 และลูกจ้างประจำเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย กล่าวคือ มีจำนวน 1.79 ล้านคน  
 1.78 ล้านคน และ 1.83 ล้านคน ข้าราชการบำนาญมีจำนวน 0.15 ล้านคน  
 0.16 ล้านคน และ 0.17 ล้านคนตามลำดับ แต่ค่ารักษาพยาบาลในปี 2533 เมื่อ  
 เปรียบเทียบกับปี 2532 เพิ่มถึงร้อยละ 23 และสูงกว่าการเพิ่มขึ้นของค่ารักษาพยาบาลใน  
 โรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 - 12 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร,  
 อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2534 : 6) และในปี 2534 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล  
 ของข้าราชการลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ ที่รัฐบาลจ่ายจากงบกลางทั่วประเทศ  
 สูงถึง 5,127.30 บาท

\* ที่มา : ดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ อ้างในธนาคาร  
 แห่งประเทศไทย รายงานเศรษฐกิจ ประจำปี 2529 - 2532 : 55



เนื่องจากที่ผ่านมา ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล เอกชนของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญรวมทั้งบุคคลในครอบครัวที่สามารถเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้ เพราะพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไม่ได้ให้ความคุ้มครองผู้ที่เข้ารับการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล เอกชน แต่จากการศึกษา ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งของผู้ป่วยนอก ภายใต้วความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทนแรงงานในต่างจังหวัดพบว่า โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลไม่สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐมากนัก (สงวน นิตยารัมพงศ์ และคณะ 2535 : 28) และเฉพาะผู้ป่วยโรค URI มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ (วริษา สินธุเสก 2535 : 98) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ จึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล เอกชนของผู้ได้รับความคุ้มครองของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งจำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญที่ไปรับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชน

จากสภาพดังกล่าว พอลจะประมวลปัญหาของค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ ได้ดังนี้

- 1) รัฐบาลมีแนวโน้มต้องจ่ายเป็นจำนวนเงินสูงขึ้นทุก ๆ ปี ค่ารักษาพยาบาลต่อหัวเฉลี่ยของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับความคุ้มครองตามพระราชกฤษฎีกาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงกว่าการเพิ่มของค่ารักษาพยาบาลของประชากรทั่วประเทศ แต่ทั้งนี้อาจเนื่องจากขาดฐานข้อมูลในลักษณะรายละเอียด เช่น จำนวนบุคคลในครอบครัว ที่ได้รับความคุ้มครองด้วย
- 2) นอกจากภาวะเงินเฟ้อ จำนวนผู้มีสิทธิที่เพิ่มขึ้น (ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายเพิ่มเพดานร้อยละ 2 ต่อปี) แล้ว การที่ค่ารักษาพยาบาลหรือค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อหัวสูงขึ้นนั้น มีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นตัวแปรที่อิทธิพลกับค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เช่น ตัวผู้มีสิทธิ ตำแหน่ง เพศ และสังกัดลักษณะการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่พักรักษาในสถานพยาบาล (Length of

Stay in the Hospital) รวมทั้งจำนวนบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ (บิดา มารดา คู่สมรสและบุตร) ที่เป็นผู้ใช้สิทธิหรือผู้ป่วย ประเภทของ สถานพยาบาล (รัฐ และเอกชน) และขนาดของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล

- 3) ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะประเภท ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลรัฐ ก็คือรายรับของสถานพยาบาล ของรัฐ ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย นอกจากรัฐบาลจะต้องเสีย ค่าใช้จ่ายจากงบกลางเพิ่มขึ้นแล้ว อาจนำไปสู่การขาดรายรับของสถานพยาบาล ของรัฐซึ่งนำไปใช้จ่ายในการอุดหนุน และชดเชยงบประมาณที่ไม่เพียงพอ

จากการศึกษาที่ผ่านมาอาจพบว่า ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล มีแนวโน้มสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมของสถานพยาบาล โดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ ที่มุ่งหมายรายรับจากการขายสูงสุด เพื่อนำไปอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม อื่น ๆ (Cross Subsidy) หรือชดเชยเงินงบประมาณที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมของแพทย์ใน ฐานะตัวแทนในการสั่งการวินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีบุคคลที่สามจ่ายให้ (Third Party Payment) และโดยพฤติกรรมของผู้บริโภคที่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ก็มีส่วน ทำให้ลักษณะการบริโภคการรักษาพยาบาลเกิดความจำเป็น (Moral Hazard) ได้เช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังไม่อาจสรุปได้ว่า ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นตามข้อกล่าวอ้างข้างต้น เนื่องจากมีข้อจำกัดของข้อมูลที่ไม่สามารถแสดง ได้ว่า มีการบริโภคบริการสาธารณสุขเกินความจำเป็นหรือไม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย