

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กลยุทธ์ใหม่ในการพัฒนา สาธารณสุข

Health Economic : A New Strategy for Health Development

■ **พ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ**
ผู้อำนวยการกองวิชาการ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Dr.Suwit Wibulpolprasert
Director Technical Division,
Food and Drug Administration

เศรษฐศาสตร์เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่ง
สำหรับพัฒนาทางเศรษฐกิจ
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขก็เป็น
เครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับ
การพัฒนาสาธารณสุข ผู้เขียน
เขียนปูพื้นเรื่องนี้อย่างง่าย ๆ โดย
อาศัยข้อมูลจริงมาประกอบ
แม้ว่าได้เขียนไว้นานพอสมควร
แล้ว แต่มีการปรับปรุงทั้งข้อมูลและ
เนื้อหาอยู่เสมอ จึงยังคงเป็นบทความ
ที่ทันสมัยและน่าอ่านอยู่



สภาพปัญหา

1. การใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทย กำลังเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วมาก เร็วกว่าอัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และกำลังเพิ่มในอัตราที่สูงกว่าประเทศที่เจริญแล้วแทบทุกประเทศ

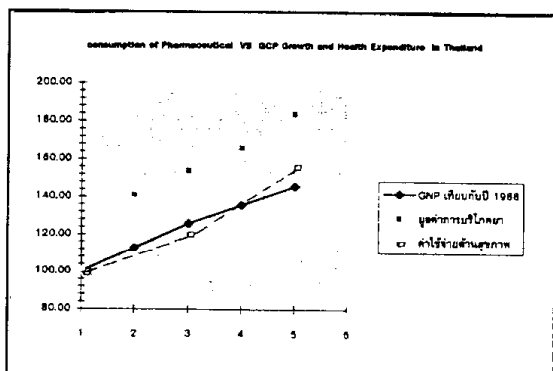
ในปี พ.ศ.2534 ซึ่งเป็นปีสิ้นสุดของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทย ประมาณว่าจะสูงถึงกว่า 1 แสนล้านบาท หรือประมาณ 2 พันบาทต่อประชากรหนึ่งคน (มูลค่าปี พ.ศ.2534) คิดเป็นประมาณร้อยละ 6.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ⁽¹⁾

ค่าใช้จ่ายที่สูงมากนี้ ประมาณได้ว่าเป็นการใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพียงไม่กี่ร้อยละ 15 อีกกว่าร้อยละ 85 เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นค่าบริการในการตรวจรักษาและค่ายา⁽¹⁾

คนไทยบริโภคยาเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากปีละประมาณ 8,000 ล้านบาท ใน พ.ศ.2520 เพิ่มเป็นปีละ 25,000 ล้านบาท ใน พ.ศ.2529⁽²⁾ และ 60,000 ล้านบาท ใน พ.ศ.2535 การบริโภคนี้นี้ กำลังเพิ่มเร็วกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเสียอีก (ภาพที่ 1)

แนวโน้มลักษณะการใช้จ่ายเช่นนี้ มิใช่เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แต่เป็นแนวโน้มทั่วโลก ทั้งประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว

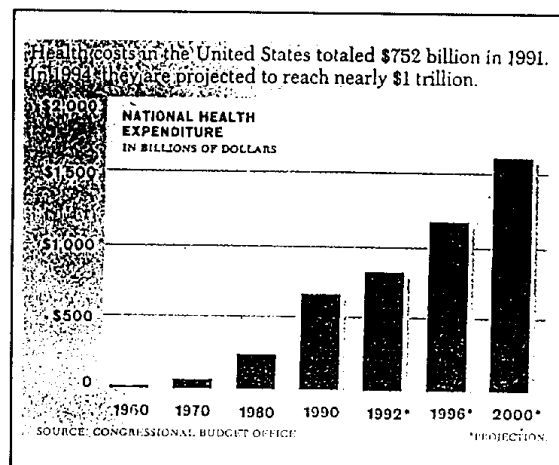
ภาพที่ 1 เปรียบเทียบอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ



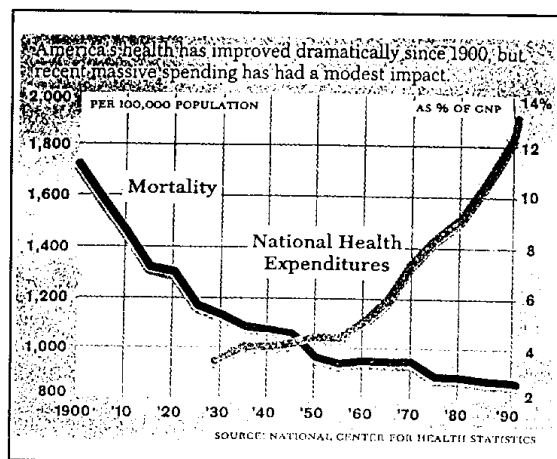
ในประเทศสหรัฐอเมริกา ใน พ.ศ.2523, 2533 และ 2536 ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขสูงถึงร้อยละ 8, 12 และ 14 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ โดยคิดเป็นมูลค่าเงินถึง 2.5 แสนล้าน, 7 แสนล้าน และ 9 แสนล้านเหรียญตามลำดับ (ภาพที่ 2, 3) ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายตามโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนประกันสังคมของประเทศ ถ้าแนวโน้มยังเป็นเช่นนี้ ในอนาคตอันใกล้ กองทุนประกันสังคมของสหรัฐอเมริกาอาจต้องประสบกับภาวะล้มละลายได้

ค่าใช้จ่ายที่สูงมากในสหรัฐอเมริกานี้ เคยมีการศึกษาพบว่า 75% เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภายในระยะ 3 เดือนสุดท้ายของชีวิต ค่าใช้จ่ายนี้พบว่าสูงขึ้นมากในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยที่แทบไม่มีผลต่อการมีสุขภาพดีขึ้นแต่อย่างใด (ภาพที่ 2, 3)

ภาพที่ 2 The Soaring Cost of Health Care



ภาพที่ 3 Big Investment, Small Return



2. การกระจายของทรัพยากร

ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ทุกประเทศมีการกระจายกันอย่างไม่เสมอภาค ไม่ว่าจะเป็นกำลังคน สถานบริการและเครื่องมือเครื่องใช้

ทางการแพทย์

ในประเทศไทย ภาพของการกระจายทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอาจพิจารณาได้จากตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 4^(3, 4, 5)

ตารางที่ 1 จำนวนแพทย์และสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็นรายภาค พ.ศ.2522* พ.ศ.2527* และ พ.ศ.2532

ภาค	จำนวน (คน)			สัดส่วนต่อประชากร		
	2522	2527	2532	2522	2527	2532
กลาง (ไม่รวม กทม.)	814	1,444	2,008	1: 13,925	1: 7,749	1: 5,920
กรุงเทพมหานคร	4,069	3,917	5,888	1: 1,229	1: 1,321	1: 1,063
ตะวันออกเฉียงเหนือ	633	1,134	1,631	1: 24,949	1: 15,554	1: 11,762
เหนือ	741	777	2,021	1: 11,162	1: 13,232	1: 5,331
ใต้	362	786	1,165	1: 15,789	1: 8,015	1: 6,306
ทั่วประเทศ	6,619	8,058	12,713	1: 6,967	1: 6,277	1: 4,362

* รวมจำนวนแพทย์ฝึกหัดไว้ด้วย

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 2 จำนวนเภสัชกรและสัดส่วนเภสัชกรต่อประชากรเป็นรายภาค พ.ศ.2522 พ.ศ.2527 และ พ.ศ.2532*

ภาค	จำนวน (คน)			สัดส่วนต่อประชากร		
	2522	2527	2532	2522	2527	2532
กลาง (ไม่รวม กทม.)	142	175	381	1: 79,824	1: 63,939	1: 29,135
กรุงเทพมหานคร	2,136	2,762	2,445	1: 2,340	1: 1,873	1: 2,669
ตะวันออกเฉียงเหนือ	72	113	371	1: 219,345	1: 156,089	1: 56,258
เหนือ	118	188	423	1: 70,091	1: 54,687	1: 28,751
ใต้	28	74	201	1: 204,132	1: 85,133	1: 28,699
ทั่วประเทศ	2,496	3,312	3,825	1: 18,475	1: 15,273	1: 14,496

* จำนวนเภสัชกรมีการตรวจสอบประมาณ 40% เพราะอยู่ในภาคเอกชนจำนวนมาก

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 3 จำนวนเตียงและสัดส่วนของจำนวนเตียงต่อประชากรแยกเป็นรายภาค พ.ศ.2522 พ.ศ.2527 และ พ.ศ.2532

ภาค	จำนวน (เตียง)			สัดส่วนต่อประชากร		
	2522	2527	2532	2522	2527	2532
กลาง (ไม่รวม กทม.)	17,481	17,716	18,450	1: 648	1: 631	1: 645
กรุงเทพมหานคร	14,585	19,379	17,475	1: 343	1: 267	1: 358
ตะวันออกเฉียงเหนือ	10,776	12,932	14,755	1:1,465	1:1,364	1:1,299
เหนือ	9,917	11,871	16,174	1: 834	1: 866	1: 677
ใต้	8,515	8,708	9,261	1: 671	1: 724	1: 763
ทั่วประเทศ	61,274	70,606	76,461	1: 753	1: 716	1: 724

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 4 จำนวนสถานื่อนามัยและสัดส่วนสถานื่อนามัยต่อประชากรแยกเป็นรายภาค พ.ศ.2522 พ.ศ.2527 และ พ.ศ.2532

ภาค	จำนวน (เตียง)			สัดส่วนต่อประชากร		
	2522	2527	2532	2522	2527	2532
กลาง (ไม่รวม กทม.)	1,170	2,006	2,182	1: 9,688	1: 5,578	1: 4,886
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,105	2,311	2,527	1:14,292	1: 7,632	1: 7,270
เหนือ	833	1,521	1,694	1: 9,929	1: 6,759	1: 5,706
ใต้	681	1,205	1,272	1: 8,393	1: 5,228	1: 4,617
ทั่วประเทศ	3,789	7,043	7,675	1:10,851	1: 6,447	1: 5,807

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

จะเห็นได้ว่า แม้แต่งบประมาณสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลก็มีการกระจายที่ไม่เสมอภาค และไม่เป็นธรรมในระยะแรก จนกระทั่งมีการศึกษา และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรร จึงเริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น (ตารางที่ 5)

จากสภาพปัญหานี้เอง ก่อให้เกิดวิกฤติการณ์ของการใช้ทรัพยากร เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

3. สุขภาพดีถ้วนหน้า - ทำได้อย่างไร ถ้าไม่มีเงิน ?

องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศเจตนารมณ์และนโยบาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ซึ่งประเทศไทยก็ได้รับนโยบายดังกล่าวมาเป็นนโยบายของชาติ ตั้งแต่ พ.ศ.2520 เป็นต้นมา

นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้านั้นมีข้อนำสังเกตอย่างน้อย 2 ประการ คือ

3.1 นโยบายนี้ ยึดหลักความเสมอภาคอย่างชัดเจน ประชาชนทุกคนจะต้องได้รับการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขควรเป็นไปอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม

3.2 การปฏิบัติตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อจะบรรลุภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้านั้นจะไปหาเงินมาจากไหน ในเมื่อค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขขณะนี้สูงมากอยู่แล้ว นอกจากนี้หลังจากประกาศนโยบาย HFA ปรากฏว่าเศรษฐกิจโลกมีแนวโน้มไม่แจ่มใส โดยเฉพาะราคาน้ำมันดิบได้ปรับตัวสูงขึ้นอย่างมาก หลายประเทศเศรษฐกิจติดลบ ทำให้ต้องลดค่าใช้จ่ายลงจนบางครั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขกลับน้อยกว่าเดิม

ประเทศไทยนับว่าโชคดีที่เศรษฐกิจกลับฟื้นตัวอย่างรวดเร็วจนขยายตัวในอัตราเกิน 2 หลัก และงบประมาณด้านสาธารณสุขก็ได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก จากที่เคยได้เพียงร้อยละ 4.05 ของงบประมาณทั้ง

ตารางที่ 5 การจัดสรรงบประมาณสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แยกตามภาคต่าง ๆ พ.ศ.2522-2535

(หน่วย : ล้านบาท)

ภาค	พ.ศ.2525	พ.ศ.2527	พ.ศ.2529	พ.ศ.2532	พ.ศ.2535
กลาง*	178.870 (11.00)	232.686 (14.22)	245.654 (14.31)	132.672 (10.42)	397.687 (31.04)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	107.701 (6.44)	204.284 (11.58)	205.920 (11.23)	270.998 (14.21)	935.269 (47.21)
เหนือ	86.692 (8.82)	124.729 (12.19)	129.371 (12.52)	144.189 (14.0)	484.624 (44.00)
ใต้	51.680 (8.55)	83.920 (13.32)	84.901 (13.45)	125.560 (17.0)	318.118 (41.00)
รวมทั้งประเทศ	424.943 (8.70)	645.619 (12.76)	665.846 (12.45)	673.419 (13.90)	2,135.698 (40.81)

ที่มา : ฝ่ายสาธารณสุขเพื่อความมั่นคง กองสาธารณสุขภูมิภาค
: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

* รวมกรุงเทพมหานครด้วย

() งบประมาณรายได้น้อย : ประชากร หน่วย : บาท

ประเทศ ใน พ.ศ. 2532 จนเป็นร้อยละ 6.29 ของงบประมาณทั้งประเทศ ใน พ.ศ.2537 แต่ถึงจะได้งบประมาณมาก ก็ยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว

ทำอย่างไรจึงจะใช้จ่ายเงินที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ทำอย่างไรจึงจะหาหนทางลดการใช้จ่ายเงินเพื่อการรักษาพยาบาลที่ฟุ่มเฟือยลง และใช้จ่ายทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น ทำอย่างไรจะกระจายทรัพยากรออกไปอย่างเป็นธรรม และทำอย่างไรจะครอบคลุมบริการแก่ประชาชนให้ทั่วถึง

คำถามเหล่านี้จะต้องหาคำตอบ และดำเนินการแก้ไขให้ได้ จึงจะมีโอกาสที่จะบรรลุภาวะสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าได้จริง

เศรษฐศาสตร์สอนอะไร

ถ้าจะกล่าวอย่างสั้นที่สุดก็คือว่า

“เศรษฐศาสตร์ เป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับความขาดแคลนของทรัพยากร และทางเลือกที่จะใช้ทรัพยากรนั้น” (scarcity and choice)

1. แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์

เศรษฐศาสตร์ ตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน 3 ประการคือ

1.1 ความจำกัดของ

ทรัพยากร ทรัพยากรไม่ว่า คน เงิน วัสดุ แม้แต่ความรู้ต่าง ๆ มีจำกัดทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นมองโดยภาพรวมหรือเฉพาะเวลา และสถานที่ใด ๆ

1.2 ความต้องการของมนุษย์ไม่มีที่สิ้นสุด มนุษย์มีความต้องการเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา ทั้งความต้องการทางกายภาพและทางสังคม

1.3 ทางเลือกในการสนองตอบความต้องการนั้นมีมากกว่า 1 ทาง

เศรษฐศาสตร์ตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน 3

ประการคือ

- ความจำกัดของทรัพยากร
- ความต้องการของมนุษย์ไม่มีที่สิ้นสุด
- ทางเลือกในการสนองตอบความต้องการมีมากกว่า 1 ทาง

ในการสนองตอบความต้องการของมนุษย์ อาจเลือกใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อสนองความต้องการแต่ละอย่างได้หลายแบบ เช่น

มนุษย์มีความต้องการในการเดินทาง อาจสนองตอบได้โดยการเลือกไปทางรถยนต์ ทางเรือ ทางรถไฟ หรือทางเครื่องบิน

หลักทฤษฎีต่าง ๆ ทางเศรษฐศาสตร์ ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทั้ง 3 ประการนี้ ดังนั้น การจะประยุกต์ใช้เศรษฐศาสตร์ไปในกิจการใด ๆ จึงควรจะต้องเข้าใจพื้นฐานแนวคิดทั้ง 3 ประการด้วย

อย่างไรก็ดี มีเศรษฐศาสตร์แนวทางหนึ่งเรียกว่า “เศรษฐศาสตร์แนวพุทธ” ได้ปรับแนวคิดข้อ 1.2 โดยเสนอแนวคิดที่ว่า “มนุษย์ต้องลดความต้องการหรือกิเลสลง” มิฉะนั้นทรัพยากรในโลกจะไม่มีวันสนองความต้องการได้ ไม่ว่าจะเป็นใช้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด

2. ประเด็นที่สำคัญทางเศรษฐศาสตร์

จากพื้นฐานแนวคิดทั้ง 3 ประการดังกล่าว เศรษฐศาสตร์จึงมุ่งที่จะแสวงหาทางเลือก ในการใช้ทรัพยากรเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และมีความ

เป็นธรรม

ประเด็นที่สำคัญ ๆ ของเศรษฐศาสตร์ จึงมี 2 ประเด็น คือ

2.1 ประสิทธิภาพ (efficiency)

ถ้าจะกล่าวให้เข้าใจง่ายที่สุด คือ

$$\text{ประสิทธิภาพ} = \frac{\text{output}}{\text{input}}$$

ถ้า output เป็นเงินและ input เป็นเงิน ก็

เรียกว่า cost-benefit

ถ้า output เป็นงาน หรือผลกระทบก็เรียกว่า cost-effectiveness

ระยะหลังมีคนตั้งคำถามว่า การวัดคุณค่าชีวิตมนุษย์ออกเป็นตัวเงินดูจะไม่เหมาะสม จึงมีการคิด output ออกมาในลักษณะคุณค่าชีวิตที่เหลือนอยู่ เรียกว่า QALY* (Quality Adjusted Life Year) และในปี 2536 นี้เอง ธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลกได้ร่วมกันพัฒนาตัวชี้วัด output ในแนวนนี้เรียกว่า DALY** (Disability Adjusted Life Year)⁽¹⁵⁾

เนื่องจากทรัพยากร (input) มีจำกัด ดังนั้นจึงต้องเลือกทางเลือกในการตอบสนองความต้องการให้เกิดประโยชน์ (output) สูงสุด โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด เรียกว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด

ประสิทธิภาพ โดยทั่วไปอาจพิจารณาเป็น 2

อย่าง⁽⁶⁾

(1) ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency)

คือ ความสามารถในการจัดสรรทรัพยากร ไปสู่กิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนสูงกว่าหรืออาจใช้คำว่ามี cost-benefit สูงกว่าก็ได้ เช่น

ความต้องการของมนุษย์อย่างหนึ่งก็คือ การมีสุขภาพดี ซึ่งอาจตอบสนองได้ทั้งโดยกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล และกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น ให้ผลประโยชน์ต่อหน่วยของทรัพยากรที่ลงทุนสูงกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ดังตัวอย่างในตารางที่ 6⁽⁷⁾

ตารางที่ 6 ต้นทุนของบริการประเภทต่าง ๆ

ประเภทของบริการ	ร้อยละของค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข	ต้นทุนโดยประมาณต่อการรักษาชีวิตเพิ่มขึ้นอีก 1 คน (US \$)
1. บริการต่อคนไข้โดยตรง		
1) รักษาพยาบาล	70 - 85	สูง (500 - 5,000)
- ตรวจ วินิจฉัย และ ให้การรักษา		
2) ป้องกันโรค	10 - 20	ปานกลาง (100 - 600)
- อนามัยแม่และเด็ก		
- การตรวจ screening ต่าง ๆ		
2. บริการต่อชุมชน	5 - 10	ต่ำ (น้อยกว่า 250)
- การควบคุมพาหะนำโรค		
- การให้สุขศึกษา		
- การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา		

ที่มา : ธนาคารโลก Financing Health Services in Developing Countries, 1987

* QALY หมายถึง วิธีการวัดประสิทธิผลของกิจกรรมต่างๆ หรือเทคโนโลยี ที่จะมีผลต่อสุขภาพของมนุษย์ โดยวัดเป็นคุณภาพชีวิต แทนที่จะวัดเป็นตัวเงิน

** DALY หมายถึง หน่วยและวิธีการวัดประสิทธิผล เหมือนกับ QALY แต่วัดออกมาเป็นจำนวนปีที่มีชีวิตอย่างมีคุณภาพดี โดยปรับระยะเวลาที่ทุพพลภาพหรือไม่สามารถมีชีวิตปกติได้เนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นๆ

ดังนั้น การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องให้ความสำคัญแก่โครงการหรือแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าด้านการรักษาพยาบาล

(2) ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ (operative efficiency)

คือ ความสามารถในการบริหารจัดการให้ทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรมานั้นถูกนำไปใช้ก่อให้เกิดผลงานที่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้สูงสุดหรืออาจใช้คำว่า cost-effectiveness มากที่สุดก็ได้

เช่น ในการดำเนินการโครงการป้องกันฟันผุในเด็กนักเรียน ด้วยการอมฟลูออไรด์หน่วยบริการ 2 แห่ง ที่มีอัตราค่าล้างและได้รับงบประมาณเท่ากัน มีเป้าหมายเท่ากัน ตลอดจนสภาพปัญหาอุปสรรคคล้าย ๆ กัน แห่งหนึ่งสามารถปฏิบัติงานได้ร้อยละ 90 ของเป้าหมาย อีกแห่งทำได้เพียงร้อยละ 50 ของเป้าหมาย ก็กล่าวได้ว่าแห่งแรก มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการดีกว่า เพราะให้งานที่มีประสิทธิผล (effectiveness) สูงกว่า

2.2 ความเสมอภาค (equity)

นอกจากประสิทธิภาพในการจัดสรรและการใช้ทรัพยากรแล้ว เศรษฐศาสตร์ก็ให้ความสำคัญต่อความเสมอภาคในการกระจายทรัพยากรนั้นคือ ทรัพยากรควรจะต้องมีการกระจายไปสู่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม ไม่ว่าพิจารณาการกระจายตามภูมิภาค รายได้ เพศ อายุ เชื้อชาติ หรือกลุ่มอาชีพต่าง ๆ

3. ขอบเขตการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์

การศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ อาจแบ่งใหญ่ ๆ ได้เป็น 3 กลุ่ม ⁽⁶⁾ คือ

3.1 เศรษฐศาสตร์มหภาค (macro economics) ศึกษาภาพรวมของการผลิต การใช้จ่ายต่าง ๆ และการออม ทั้งของภาครัฐและเอกชนทั้งประเทศ

3.2 เศรษฐศาสตร์จุลภาค (micro economics) ศึกษาเจาะลึกถึงการใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อสร้างประสิทธิภาพทั้งในการจัดสรรและการใช้ทรัพยากร เครื่องมือที่สำคัญเช่น CBA (cost benefit analysis) และ CEA (cost effectiveness analysis) เป็นต้น

3.3 เศรษฐศาสตร์ระหว่างประเทศ (international economics) ศึกษาความสัมพันธ์และผลกระทบของเศรษฐกิจของแต่ละประเทศที่มีต่อกันและความสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจของโลกด้วย

จากสภาพปัญหาเกี่ยวกับทรัพยากรสาธารณสุข แนวคิดและประเด็นสำคัญ ตลอดจนขอบเขตการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดระหว่างสภาพปัญหา และเศรษฐศาสตร์เป็นอย่างยิ่ง จึงไม่น่าสงสัยว่าวิชาเศรษฐศาสตร์จะได้รับความสนใจจากนักวางแผนสาธารณสุขและเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ต่าง ๆ ได้รับการนำมาใช้ในการวางแผนสาธารณสุข โดยเริ่มในประเทศที่พัฒนาแล้ว

และกำลังค่อย ๆ กระจายมาสู่ประเทศที่กำลังพัฒนามากขึ้นเรื่อย ๆ

ปี พ.ศ.2534 ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยสูงถึง 99,044 ล้านบาท โดยค่าใช้จ่ายนี้มีอัตราเพิ่มร้อยละ 7.5 ต่อปี สูงใกล้เคียง หรือสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น อังกฤษ เป็นต้น ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ประชาชนต้องควักกระเป๋าจ่ายเองประมาณร้อยละ 73

ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย

1. ภาพรวม

ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของคนไทย ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 7 ⁽¹⁾

ตารางที่ 7 แนวโน้มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุข (มูลค่าปี พ.ศ.2530 หน่วย : ล้านบาท)

พ.ศ.	ค่าใช้จ่ายรวม	ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ	ค่าใช้จ่ายต่อหัวของประชากร	ร้อยละที่ประชาชนจ่ายเอง
2522	32,255.6	3.5	710	66.5
2524	37,889.0	4.1	798	66.6
2526	46,457.0	4.6	939	67.3
2528	58,095.3	5.1	1,132	69.1
2530	67,771.3	5.7	1,282	73.2
<u>การคาดการณ์</u>				
2532	81,928.7	6.0	1,506	-
2534	99,043.7	6.3	1,774	-
2543	232,586.1	8.1	3,718	-

ที่มา : รายงานการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย, กันยายน 2531

จะเห็นได้ว่า ถ้าแนวโน้มเป็นเช่นปัจจุบันนี้แล้ว

ใน พ.ศ.2534 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ประเทศไทยจะต้องใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุขถึงประมาณ 99,044 ล้านบาท (มูลค่า พ.ศ.2530) ซึ่งคิดแล้วเป็นประมาณร้อยละ 6.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประชาชาติ

ค่าใช้จ่ายดังกล่าว ถ้าพิจารณาเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวของประชากรแล้ว ใน พ.ศ.2534 จะใช้จ่ายถึงประมาณ 1,774 บาท (มูลค่า พ.ศ.2530) ซึ่งมีอัตราการเพิ่มประมาณร้อยละ 7.5 ต่อปี อัตราที่สูงใกล้เคียงหรือสูงกว่าประเทศพัฒนาต่าง ๆ เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น อังกฤษ เป็นต้น (ประเทศเหล่านี้ เดิมก็เคยมี

อัตราการเพิ่มสูงแบบนี้มาก่อน และปัจจุบันบางประเทศก็สูงมาก จนถึงขีดที่ภาวะทางเศรษฐกิจจะแบกรับไม่ได้ จึงมีมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการเพิ่มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายเริ่มลดลง คือ เพิ่มในอัตราที่ช้าลง)

2. ใครเป็นผู้จ่าย

จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และจากการศึกษาใน พ.ศ.2530 พบว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธาณสุขนั้น (ตารางที่ 8) ⁽¹⁾

ตารางที่ 8 แหล่งเงินเพื่อสุขภาพของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (มูลค่าปี พ.ศ.2530 หน่วย : ล้านบาท)

แหล่งเงิน	2521	2523	2525	2527	2529	2530
1. งบประมาณของรัฐ	9,143.9 (30.30)	9,735.7 (28.41)	12,185.2 (29.09)	14,795.5 (27.90)	16,167.7 (26.03)	16,363.0 (24.15)
1.1 กระทรวง สาธารณสุข	5,994.2 (19.87)	5,892.4 (17.20)	7,570.3 (18.07)	9,220.8 (17.39)	9,515.8 (15.32)	9,525.1 (14.06)
1.2 กระทรวง อื่น ๆ	2,554.5 (8.47)	2,986.6 (8.72)	3,234.5 (7.72)	3,675.6 (6.93)	4,021.1 (6.48)	4,036.8 (5.96)
1.3 สวัสดิการ ข้าราชการ	595.2 (1.97)	856.7 (2.50)	1,380.4 (3.30)	1,899.1 (3.58)	2,630.8 (4.24)	2,801.1 (4.13)
2. กองทุนเงินทดแทน	109.5 (0.36)	128.9 (0.38)	172.2 (0.41)	264.5 (0.50)	224.2 (0.36)	267.7 (0.39)
3. รัฐวิสาหกิจ	129.4* (0.43)	242.8 (0.71)	354.6 (0.85)	406.9 (0.77)	532.4 (0.86)	564.1 (0.83)
4. บริษัทประกันสุขภาพ	373.1 (1.24)	302.8 (0.88)	363.0 (0.87)	399.7 (0.75)	432.2* (0.70)	445.2* (0.66)
5. เงินช่วยเหลือ ต่างประเทศ	294.6 (0.98)	492.8 (1.44)	433.5 (1.03)	417.1 (0.79)	513.0* (0.83)	500.0* (0.73)
6. นายจ้างและ ประชาชนทั่วไป**	20,124.0 (66.69)	23,360.7 (68.18)	28,381.8 (67.75)	36,748.6 (69.30)	44,230.4 (71.23)	46,631.3 (73.23)
รวม	30,174.5 (100.00)	34,263.7 (100.00)	41,893.3 (100.00)	53,032.9 (100.00)	62,099.9 (100.00)	67,771.3 (100.00)

แหล่งข้อมูล

1. กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. รายได้ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2525, พ.ศ.2529
3. กองทุนเงินทดแทน กระทรวงมหาดไทย
4. กรมบัญชีกลางกระทรวงมหาดไทย
5. *Financing Health Services and Medical Care in Thailand*, Charles N.Myers and Dow Mongkolsmai, 1985
6. การบริการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

หมายเหตุ

1. ตัวเลข () แสดงร้อยละ
- 2.* เป็นค่าประมาณการโดยใช้ตัวเลขที่มีอยู่จริง
- 3.** ได้จากนำค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ภาคเอกชนจ่ายทั้งหมด ลบออกด้วยสวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนเงินทดแทนและบริษัทประกันสุขภาพ

ประชาชนจ่ายเอง (จากกระเป๋าตัวเอง) ประมาณร้อยละ 73 รัฐบาลจ่าย (จากภาษีอากร) ประมาณร้อยละ 24 ที่เหลือเป็นเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศบ้าง จากนายจ้างจ่ายให้บ้าง และจากบริษัทประกันสุขภาพบ้าง และหากพิจารณาจากแนวโน้ม ก็พบว่าประชาชนมีแนวโน้มที่จะต้องจ่ายเองในสัดส่วนที่สูงขึ้น

พ.ศ.2534 เป็นต้นมา พระราชบัญญัติประกันสังคมเริ่มมีผลบังคับใช้ กองทุนประกันสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคมเริ่มเป็นผู้จ่าย ซึ่งครอบคลุมถึงประชากร ประมาณ 4 ล้านคน ค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 3,000 ล้านบาท แนวโน้มจึงเป็นไปได้ว่าแหล่งเงินส่วนนี้จะค่อยๆ มีความสำคัญมากขึ้นในอนาคต

3. จ่ายอย่างไร

3.1 ประเภทของการบริการ

ถ้าพิจารณาจากส่วนที่ประชาชนจ่ายเอง แม้จะยังไม่มีข้อมูลยืนยันชัดเจน แต่ก็ควรจะไม่ผิดมาก ถ้าจะกล่าวว่าแทบทั้งหมดเป็นการใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาล^(1,9) มีส่วนน้อยมากที่จ่ายไปเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในส่วนที่รัฐบาลจ่ายนั้น อาจพิจารณาเป็นส่วน ๆ ได้ดังนี้

(1) ประมาณร้อยละ 60 เป็นงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ไว้ว่า ได้จ่ายไปในเรื่องการรักษาพยาบาลร้อยละ 57 และจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ 23.6 ที่เหลือเป็นงบบริหาร งบพัฒนากำลังคน และงบวิจัย⁽¹⁾

(2) ประมาณร้อยละ 40 เป็นงบประมาณนอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในส่วนนี้ร้อยละ 70 เป็นของทบวงมหาวิทยาลัย ส่วนที่เหลือเป็นของกระทรวงมหาดไทย (เทศบาลและกรุงเทพฯ) กระทรวงกลาโหม และหน่วยราชการอื่น ๆ งบประมาณของรัฐ ในส่วนร้อยละ 40 นอกกระทรวงสาธารณสุขนี้ แม้จะไม่มีข้อมูลยืนยันชัดเจน ก็อาจกล่าวได้ว่า คงใช้จ่ายไปเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่เกินร้อยละ 10

จากข้อมูลทั้งหมดเท่าที่มีพอจะสรุปได้ว่าปัจจุบันค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทยทั้งหมด ถูกนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่เกินร้อยละ 15 เท่านั้น⁽¹⁾

3.2 การใช้จ่ายตามระดับของการบริการ

ในส่วนของการใช้จ่ายที่ประชาชนจ่ายเองนั้น ไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าจ่ายไปเพื่อบริการสาธารณสุขขั้นต้น (primary care) เท่าไร ขั้นกลาง (secondary care) เท่าไร แต่จากผลการวิจัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ.2525 ที่พบว่าค่าใช้จ่ายของประชาชนด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้นประมาณร้อยละ 32 เป็นค่ายาที่ซื้อกินเอง อีกร้อยละ 68 เป็นค่าใช้จ่ายที่ไปรับบริการตามสถานบริการต่าง ๆ (ซึ่งในร้อยละ 68 นี้ ก็มีค่ายาอยู่ด้วย)⁽¹⁰⁾ ประกอบ

กับข้อมูลจากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ใน พ.ศ.2528 ที่พบว่าประชาชนประมาณร้อยละ 29 ซื้อยากินเองเมื่อเจ็บป่วย และร้อยละ 15 ไปใช้บริการของสถานอนามัย⁽¹¹⁾ เรา

กำไรจ่ายที่สูงขึ้น
อย่างรวดเร็วสำหรับ
การบริการระดับ
ตติยภูมิและทุติยภูมิ
มากกว่าการบริการ
ปฐมภูมิ เป็นเพราะ

- แบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนไป
- ประชาชนหันมาใช้บริการของสถานบริการที่มีแพทย์ประจำมากขึ้น
- รายได้ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป
- บริการด้านสุขภาพอนามัยและยาที่มีราคาแพงขึ้น

อาจอนุมานได้คร่าว ๆ ว่า ค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยนั้น น่าจะใช้จ่ายเพื่อบริการขั้นต้น ในระหว่างร้อยละ 30-40 ที่เหลืออีกร้อยละ 60-70 เป็นบริการขั้นกลาง และขั้นสูง

ในส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการนั้น มีการศึกษาพบว่า ใน พ.ศ.2530 ใช้จ่ายเพื่อการบริการขั้นต้นประมาณร้อยละ 54.5 ขั้นกลางและขั้นสูงรวมกันประมาณร้อยละ 38.5⁽¹⁾

ส่วนของรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีข้อมูลชัดเจน แต่คาดว่าจะใช้จ่ายเพื่อบริการขั้นต้น ประมาณไม่เกินร้อยละ 10

จากข้อมูลคร่าว ๆ ที่มีทั้งหมดนี้ คาดว่า ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ได้ใช้ไปเพื่อการสาธารณสุขขั้นต้น ประมาณร้อยละ 33.3 อีกร้อยละ 65.88 เป็นการใช้จ่าย เพื่อบริการขั้นกลาง และขั้นสูง

จากข้อมูล 3.1 และ 3.2 อาจสรุปได้ว่า ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยทั้งหมดนั้น ส่วนมากใช้ไปในการรักษาพยาบาล และเป็นการรักษาพยาบาลขั้นกลาง และขั้นสูงมากกว่าการรักษาพยาบาลขั้นต้นมาก

เบื้องหลังของแบบแผน

การใช้จ่ายทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทย

จากที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่า ประเทศไทย กำลังใช้จ่ายเงินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงมาก และส่วนใหญ่ใช้ไปในการรักษาพยาบาลขั้นกลาง และขั้นสูง มากกว่าการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นบริการระดับพื้นฐาน

อะไรเป็นสาเหตุอยู่เบื้องหลัง

ถ้าวิเคราะห์กันไปแล้ว สาเหตุดังกล่าวน่าจะเกิดจาก

1. ความต้องการบริการของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป

1.1 แบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป

แต่เดิมประชาชนมักป่วยด้วยโรคติดต่อ และขาดอาหาร ซึ่งเป็นโรคเฉียบพลัน และสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการให้โภชนาการ ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ อุบัติเหตุ การฆ่ากันตาย เป็นต้น รวมทั้งโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ คือ โรคเอดส์ด้วย

โรคเรื้อรังเหล่านี้ ต้องการการรักษานาน และโดยแพทย์ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายแพงกว่าโรคติดต่อ และขาดอาหาร การป้องกันก็ทำได้ยากกว่ามาก เพราะเป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการบริโภค การทำงาน พฤติกรรมทางเพศ และการออกกำลังกาย เป็นต้น

1.2 ประชาชนหันมาใช้บริการสถานบริการที่มีแพทย์ประจำมากขึ้น

ดังจะเห็นได้จากข้อมูลจากการสำรวจใน พ.ศ. 2513, 2522 และ 2528 ตามลำดับ ในตารางที่ 9⁽¹⁾

ตารางที่ 9 แบบแผนการใช้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของคนไทยเปรียบเทียบ ระหว่าง พ.ศ.2513, พ.ศ.2522, พ.ศ.2528

บริการที่เลือกใช้	2513	2522	2528
ซื้อยามากินเอง	51.4	42.3	38.6
สถานีนอนมัย	4.4	16.8	14.7
ร.พ.ของรัฐ	11.1	10.0	32.5
ร.พ.และคลินิกเอกชน	22.7	20.4	21.8
หมอบตามบ้านแผนโบราณ	7.7	6.3	2.4
ไม่รักษาใด ๆ	2.7	4.2	-

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และกองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

การรักษาพยาบาลโรคเดียวกัน การรักษาโดยแพทย์ย่อมมีราคาแพงกว่าการรักษาที่สถานีนอนมัยหรือซื้อยามากินเอง

1.3 รายได้ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป

จากผลการพัฒนาประเทศ ทำให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น แม้ว่าการกระจายรายได้จะยังไม่เท่าเทียม

กันก็ตาม มีผู้ศึกษา ใน พ.ศ.2528 พบว่า ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อรายได้ของประชาชนคนไทยมีค่าเป็นบวก และโดยเฉพาะมีค่าเกินกว่า 1 ในบริการด้านรักษาพยาบาลด้วย ดังแสดงในตารางที่ 10 ⁽¹²⁾

ตารางที่ 10 ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อบริการ
สาธารณสุขตามรายได้ พ.ศ.2524-2525

พื้นที่	ยาและเวชภัณฑ์	บริการรักษาพยาบาล	รวม
กรุงเทพมหานคร	0.07	2.05	1.21
เขตเมืองอื่น ๆ	- 0.29	1.68	0.51
เขตชนบท	0.28	1.35	0.64
ทั่วประเทศ	- 0.69	1.62	0.25

ที่มา : เอกสารอ้างอิงหมายเลข 12

Myers และคณะอธิบายว่า คนไทยมีรายได้สูงขึ้น และอยู่ในระดับที่มีกำลังซื้อมากขึ้น ซึ่งยินดีที่จะจ่ายเพื่อสุขภาพตนเองมากขึ้น และจ่ายเงินเพิ่มในบริการด้านรักษาพยาบาลมากกว่าซื้อยากินเอง

ตารางที่ 11 อัตราการเพิ่มของดัชนีผู้บริโภค
พ.ศ.2525 - พ.ศ.2535

พ.ศ.	ดัชนีผู้บริโภคสินค้าและบริการทั่วไป	ดัชนีผู้บริโภคด้านยาและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
2525	5.2	6.2
2526	3.8	4.1
2527	0.9	2.6
2528	2.4	3.0
2529	1.8	1.2
2530	2.5	2.6
2531	3.8	1.7
2532	5.4	5.7
2533	6.0	8.3
2534	5.7	6.3
2535	4.1	7.6

ที่มา : กระทรวงพาณิชย์

2. บริการด้านสุขภาพอนามัย และค่ายามีราคาแพงขึ้น

จากตารางที่ 11 จะเห็นว่าที่ผ่านมาอัน อัตราการเพิ่มของดัชนีผู้บริโภคเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพอนามัยและค่ายาสูงกว่าดัชนีผู้บริโภคของสินค้าและบริการทั่ว ๆ ไป

หากพิจารณาจากข้อเท็จจริงที่ว่า มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ และยาใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นอย่างมาก ตลอดจนการปรับเปลี่ยนของระบบบริการของโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งความนิยมในการรักษาพยาบาลกับแพทย์ของประชาชน ก็ไม่เป็นที่น่าสงสัยว่าทำไมค่าใช้จ่ายจึงแพงขึ้นมาก

ทำไมจึงจะควบคุมการเพิ่มของค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลและค่ายา

ภายใต้ภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน มีผู้ได้เสนอแนวทางการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็น 3 แนวทางดังนี้ ^(13, 14)

1. อาศัยกลไกตลาด

โดยให้ระดับของอุปสงค์ (demand) อุปทาน (supply) เป็นตัวกำหนดราคา เมื่อใดก็ตามที่อุปทานมีมากกว่าอุปสงค์ ราคา ก็จะลดลงไปเอง แนวทางนี้จะส่งเสริมให้มีการผลิตบริการมาก ๆ ผลิตแพทย์มาก ๆ เพื่อให้เกิดอุปทานมาก ๆ

แนวทางนี้ เท่าที่ได้ดำเนินการมาในประเทศที่พัฒนาแล้วกลับก่อให้เกิดการเพิ่มของค่าใช้จ่ายอย่างมาก เพราะอุปสงค์ของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ส่วนมากมิได้กำหนดโดยประชาชนโดยตรง เพราะประชาชนมีข้อมูลไม่เพียงพอ ประกอบกับเรื่องการเจ็บป่วยซึ่งเป็นเรื่องของชีวิต ประชาชนจะกลัวและประสงค์จะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดอยู่แล้ว จึงได้มอบความไว้วางใจให้แก่แพทย์ ดังนั้น แพทย์ซึ่งถือว่าเป็นผู้ให้บริการ (supplier) จึงมีฐานะเป็นผู้กำหนดอุปสงค์ด้วย ทำให้เกิดลักษณะที่ว่า "supplier induced demand"

ดังตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีอัตรา

การผ่าตัดได้ตั้งมากกว่าประเทศสหราชอาณาจักรถึง 2 เท่า

นอกจากนี้ แนวทางนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม เพราะบริการต่าง ๆ จะถูกดูดซับไปสู่กลุ่มประชาชนที่มีอำนาจในการซื้อสูง โดยมีได้มีการกระจายไปตามความจำเป็น

2. การควบคุมโดยตรง (explicit rationing)

คือการที่รัฐเข้าไปควบคุมกระบวนการในการผลิต การจัดหาและการกระจายทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งการควบคุมคุณภาพในการให้บริการโดยตรง เช่น การจัดระบบการวางแผนสาธารณสุขแห่งชาติ การกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ การกำหนดระเบียบวิธีการจัดหาและกระจายยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรค เป็นต้น

ในการกำหนดเช่นนี้ จะใช้เกณฑ์อะไร ย่อมขึ้นกับสถานะเศรษฐกิจและสังคมเป็นหลัก เช่น ในสหรัฐอเมริกา รัฐบาลบางรัฐควบคุมการจัดหาเครื่อง CT Scan โดยอนุญาตให้มีเครื่องดังกล่าวไม่เกิน 1 เครื่อง ต่อประชากร 3 หมื่นคน เป็นต้น

ในประเทศสหราชอาณาจักร กำหนดระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ประชาชนทุกคนต้องขึ้นทะเบียนไว้กับแพทย์ผู้ใดผู้หนึ่งโดยเฉพาะ เมื่อเจ็บป่วยจะไปหาแพทย์เฉพาะของตนเอง แพทย์เหล่านี้เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลจะไม่มีการรับผู้ป่วย นอกจากกรณีฉุกเฉิน หรือส่งต่อจากแพทย์ประจำตัวของคนไข้เท่านั้น แพทย์เกือบทั้งหมดได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนจากภาษีอากรของประชาชน

วิธีนี้ ถ้ามีการควบคุมกันอย่างเข้มงวดกวดขัน ก็สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีพอสมควร แต่จะต้อง

สร้างกลไกอื่น ๆ ในการแก้ปัญหาประสิทธิภาพในการให้บริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ด้วย เพราะผู้ที่รับเงินเดือนอย่างเดียว ย่อมขาดแรงจูงใจที่จะทำงานให้มีประสิทธิภาพมาก ๆ

ในสหราชอาณาจักร พบว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขมีมูลค่าเพียงร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ เทียบกับร้อยละ 14 ในสหรัฐอเมริกา และร้อยละ 9 ในญี่ปุ่น โดยที่ดัชนีวัดสถานะสุขภาพของประชาชนในทั้ง 3 ประเทศ ไม่แตกต่างกันมากนักและประเทศสหราชอาณาจักร ดูจะมีดัชนีที่ดีกว่าด้วย

วิธีการนี้ แพทย์หรือผู้ให้บริการจะถูกบังคับให้ประหยัดที่สุด จึงเป็นวิธีการที่ใช้กันมากในประเทศสังคมนิยม หรือคอมมิวนิสต์ และมักจะได้รับการต่อต้านอย่างรุนแรงจากกลุ่มวิชาชีพและพ่อค้ายา เมื่อนำมาใช้ในประเทศเสรี

การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมก่อให้เกิดการประหยัดสูงสุด สามารถนำเงินมาจัดทำโครงการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีราคาถูกกว่า ซึ่งจะทำให้ไปถึงสถานะสุขภาพถ้วนหน้าได้

3. การควบคุมทางอ้อม (implicit rationing)

คือ การควบคุมโดยกำหนดยอดงบประมาณเอาไว้ หรือเหมาจ่ายเอาไว้ แล้วปล่อยให้ผู้ให้บริการบริหารจัดการสถานบริการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เช่น ระบบ prepaid health insurance หรือเรียกว่า capitation payment ในสหรัฐอเมริกา ที่กำหนดจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลเป็นรายหัวของประชาชนที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลนั้นในแต่ละปี เงินนี้รวมทั้งค่ายาและค่าบริการทั้งหมดด้วย แบบนี้แพทย์จะมีแนวโน้มที่จะดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบมากกว่า และจะพยายามให้บริการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคเท่าที่จำเป็นและสำคัญต่อผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากว่า

ถ้ายิ่งตรวจหรือรักษามาก ก็จะต้องใช้จ่ายมาก และผู้ให้บริการอาจขาดทุนได้

ในระยะหลัง ๆ ระบบนี้ ได้รับความนิยมในประเทศสหรัฐอเมริกา มาก เรียกกongครที่มีบริการแบบนี้ว่า HMO (Health Maintenance Organization) ระบบแบบนี้ในระยะแรกเมืองไทยยังมีน้อยมาก ที่อาจเป็นตัวอย่างได้ก็คือ การประกันสุขภาพนักเรียนโดยวิธีเหมาจ่าย และระบบบัตรสุขภาพ เป็นต้น แต่นับตั้งแต่มีการประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคมเป็นต้นมา (พ.ศ.2534) เราก็ใช้ระบบนี้มาตลอด โดยจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก (main contractor) 700 บาท/หัว/ปี ทำให้เกิดการแข่งขันบริการกันอย่างมาก และคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วย

อีกตัวอย่างหนึ่งซึ่งกำลังใช้กันมากในประเทศสหรัฐอเมริกา คือ การกำหนดค่ารักษาพยาบาลมาตรฐาน ตาม DRG (diagnostic related group) ซึ่งจะกำหนดว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคชนิดหนึ่ง ๆ นั้น ถ้าต้องเข้าโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะคิดค่าบริการได้ไม่เกินกี่วัน ค่ายา ค่าผ่าตัด และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ได้เท่าที่กำหนดเท่านั้น แบบนี้โรงพยาบาลต้องพยายามรักษาผู้ป่วยให้หายเร็วที่สุด

ในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาเราใช้แนวทางกลไกตลาดเป็นส่วนใหญ่ ในระยะหลัง ๆ โดยเฉพาะในระยะแผนฯ 4 แผนฯ 5 และแผนฯ 6 หลังจากประกาศแนวนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ก็เริ่มมีมาตรการควบคุมทางตรง และทางอ้อมมากขึ้น

การควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลดังกล่าว หากมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมก่อให้เกิดการประหยัดอย่างสูงสุด และเงินส่วนที่ประหยัดได้มานี้ ก็จะสามารถนำไปใช้จ่ายในโครงการต่าง ๆ ทางด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

การดำเนินการตามแนวทางต่าง ๆ ดังกล่าว ต้องการความรู้ในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเป็นอย่างมาก ซึ่งจะต้องพัฒนาทั้งข้อมูล ความรู้ และกำลังคนในด้านนี้ขึ้นมามากอย่างรวดเร็วที่สุด

หนทางในการจัดหาทรัพยากร ให้เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรคเพื่อให้บรรลุ สภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลและความรู้ที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมด อาจพอจะสรุปได้ว่า หากต้องการที่จะหาเงินเพิ่มขึ้นสำหรับกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแล้ว อาจดำเนินการได้ดังนี้ ⁽¹³⁾

1. เพิ่มประสิทธิภาพของการจัดสรร และการใช้ทรัพยากร

คือการเพิ่ม allocative และ operative efficiency นั้นเอง

ในงบประมาณภาครัฐเฉพาะส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีความพยายามที่จะเพิ่มสัดส่วนของงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้มากขึ้น

ดังจะเห็นได้ว่า ใน พ.ศ.2520 งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 22.8 ของงบประมาณทั้งกระทรวง ในขณะที่งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลได้ประมาณ ร้อยละ 60.7

ในช่วงของแผนฯ 5 ได้มีความพยายามในการปรับสัดส่วนนี้ที่เล็กลงน้อย จนกระทั่งถึง พ.ศ.2529 งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้เพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 24.9 ในขณะที่งบด้านการรักษาพยาบาลลดลงเป็นร้อยละ 56.2 ของงบประมาณทั้งกระทรวง ⁽¹⁴⁾

ในภาครัฐส่วนนอกกระทรวงสาธารณสุขนั้น ยังไม่ปรากฏแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใด ๆ

ส่วนในภาคเอกชน ซึ่งใช้จ่ายถึงร้อยละ 73 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ก็ได้มีความพยายามที่จะชักนำไปสู่การใช้จ่ายในทางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น ความพยายามเหล่านี้ได้แก่

1.1 ให้ประชาชนมีส่วนร่วมลงทุนและบริหารจัดการกิจกรรมสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น กองทุนเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน กองทุนพัฒนาสาธารณสุข เป็นต้น

เงินส่วนที่ประชาชนมาร่วมกันลงทุนนี้เอง จะก่อให้เกิดบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานต่าง ๆ ใช้นุมนุชุน ทำให้ค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลมีสัดส่วนลดลง และเงินที่นำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียุติส่วนมากขึ้น

แนวทางนี้ นอกจากจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน การพึ่งตนเองได้ของประชาชน และเกิดการยกย่ำเงินไปสู่การสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังช่วยพัฒนาความสามารถในการบริหารจัดการและเทคนิคบริการแก่ประชาชนโดยตรง

1.2 ให้ประชาชนนำเงินที่เคยจ่ายไปเองเพื่อการรักษาพยาบาล มาปรับเข้าสู่การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุข

ถ้าให้ประชาชนทุกคน มีส่วนร่วมรับผิดชอบในความเจ็บป่วยของตนเองและผู้อื่นได้ รัฐน่าจะสมารถลดภาระรายจ่ายในด้านสุขภาพโดยเฉพาะการรักษาพยาบาลลงไป และมีงบประมาณเหลือมากขึ้นในการนำไปใช้กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้

ผู้ที่มีสุขภาพดีอยู่แล้ว น่าจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย นีคือหลักของการกระจายความเสี่ยง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบประกันสุขภาพนั่นเอง

จุดที่สำคัญที่สุด ก็คือ ประสิทธิภาพของระบบนี้ จะต้องดีพอ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ มิฉะนั้นอาจจะยังทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขถูกยกย่ำไปเพื่อการรักษาพยาบาลมากขึ้นได้

โดยสรุป ก็คือ จะต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ให้มีเงินเหลือจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือให้มีเงินเข้าสู่ระบบที่มีการจัดการมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันจะต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรด้วย มิฉะนั้นเงินที่ได้เพิ่มมานี้อาจจะถูกนำไปใช้ในการพัฒนางานด้านรักษาพยาบาลต่อไปอีก

ระบบนี้ปัจจุบันในประเทศไทย ก็คือ ระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ นั่นเอง

2 การจัดหาเงินเข้าสู่ระบบสาธารณสุขมากขึ้น

ในข้อ 1 เป็นการพิจารณาในแนวทางที่ว่า เงินที่ใช้ในระบบสาธารณสุขยังอยู่ในสัดส่วนเท่าเดิม ในขณะที่เรอาจจัดหาเงินเพื่อโครงการสาธารณสุขมูลฐานโดยการเพิ่มเงินเข้าสู่ระบบสาธารณสุขโดยตรง แนวทางนี้อาจดำเนินการได้หลายวิธี

2.1 จากงบประมาณของรัฐ ได้แก่

(1) การเพิ่มงบประมาณโดยส่วนรวมของรัฐ ซึ่งส่วนมากได้จากภาษีอากร ภายใต้ภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน การปรับโครงสร้างภาษีเพื่อให้จัดเก็บภาษีได้มากขึ้นนั้นมักจะกระทำได้ในรูปของการเพิ่มภาษีทางอ้อมอันได้แก่ ภาษีสินค้าอุปโภคบริโภค มากกว่าการเพิ่มภาษีทางตรง คือ ภาษีเงินได้ การเก็บภาษีทางอ้อมนี้สินค้าอุปโภคบริโภคที่มีลักษณะฟุ่มเฟือยนั้น ก็เก็บในอัตราสูงมากอยู่แล้ว ดังนั้น ถ้าจะเพิ่มงบประมาณโดยการเพิ่มภาษี ก็คงหนีไม่พ้นการเพิ่มภาษีสินค้าอุปโภคบริโภคที่มีความจำเป็นซึ่งก็เท่ากับเป็นการผลักภาระให้แก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย

การหาเงินเพิ่มโดยวิธีนี้ จึงคล้ายกับการเอาเงินจากผู้มีรายได้น้อยมาเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน และการเพิ่มเงินโดยวิธีนี้ย่อมขึ้นกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศในแต่ละช่วงเป็นอย่างมาก

ในช่วง พ.ศ.2527-2529 รัฐบาลต้องกำหนดนโยบายจำกัดงบประมาณของรัฐ (zero growth) เนื่องจากภาระหนี้สินและเศรษฐกิจตกต่ำ ดังนั้น วิธีการหาเงินในข้อนี้จึงมีความเป็นไปได้ต่ำ แต่พอมาถึง พ.ศ.2532 เป็นต้นมา เศรษฐกิจของประเทศดีขึ้นมาก รัฐบาลให้ความสำคัญแก่งานสาธารณสุขมากขึ้น งบประมาณของประเทศมากขึ้น สัดส่วนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 ของงบประมาณทั้งประเทศ เป็นกว่าร้อยละ 6 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเทียบกับ
งบประมาณทั้งประเทศ

พ.ศ.	งบประมาณ ของทั้งประเทศ (ล้านบาท)	งบประมาณ ของกระทรวง สาธารณสุข (ล้านบาท)	ร้อยละ ของกระทรวง สาธารณสุข/ ประเทศ
2532	285,500	11,562.06	4.05
2533	335,000	16,225.04	4.84
2534	387,500	20,568.62	5.31
2535	460,400	24,640.44	5.35
2536	560,000	32,898.11	5.87
2537	625,000	39,318.69	6.29

ที่มา : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

(2) การจัดสรรงบประมาณให้แก่ระบบสาธารณสุขมากขึ้น วิธีนี้คงจะเป็นไปได้ยากยิ่งเช่นกัน เพราะรัฐบาลโดยทั่วไปยังคงให้ความสำคัญแก่การป้องกันประเทศและการพัฒนาเศรษฐกิจมากกว่าการพัฒนาสังคม นอกจากนี้ รัฐบาลก็ยังจะต้องมีความจำเป็นในการพัฒนาประเทศด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น การคมนาคม การเกษตร เป็นต้น

ในส่วนของประเทศไทยในระยะ 4 ปีหลังนี้ เริ่มเห็นความสำคัญของงานด้านสาธารณสุขมากขึ้น จะเห็นว่างบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มจากร้อยละ 4 กว่าๆ ของงบประมาณทั้งประเทศ เพิ่มเป็นร้อยละ 5 และร้อยละ 6 ตามลำดับ (ตารางที่ 12)

(3) การประสานงานกับกระทรวงอื่น ๆ หรือโครงการอื่น ๆ โดยเฉพาะคือ กระทรวงมหาดไทย รวมทั้งโครงการ กสข. (การสร้างงานในชนบท) และงบประมาณจังหวัดของผู้แทนราษฎร โครงการที่ประสบความสำเร็จในแนวนี้นั้น เช่น โครงการสุขภาพและจัดหาหน้าสะอาด โครงการวางแผนครอบครัว และโครงการจัดตั้งกองทุนเวชภัณฑ์ หรือกองทุนบัตรสุขภาพ เป็นต้น โครงการเหล่านี้สามารถดึงงบประมาณจากส่วนอื่นมาได้บ้าง

2.2 จากการบริจาคภายในประเทศ ในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน คงมีความยากลำบากพอสมควร แต่ก็เป็นส่วนที่ควรพยายามอย่างต่อเนื่อง และเป็นการนำ

ทรัพยากรจากผู้มีมั่งมีมาสร้างประโยชน์แก่ผู้ยากไร้ด้วยแนวทางนี้อาจพิจารณาได้เป็น 2 แบบคือ

(1) บริจาคสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานโดยตรง เช่น บริษัทแหลมทองอุตสาหกรรม บริจาคเงิน 20 ล้านบาท ให้แก่โครงการกองทุนเวชภัณฑ์ พระบริจาคเครื่องบดอาหารสำหรับทำอาหารเสริม และบริจาคแบบพิมพ์สำหรับสร้างส้วม สร้างถังประปาหรือบ่อน้ำ เป็นต้น

(2) บริจาคสนับสนุนการก่อสร้างหรือการดำเนินงานของสถานบริการ เช่น บริจาคสร้างโรงพยาบาล สถานีอนามัย ซึ่งจะช่วยให้รัฐบาลการลงทุนในส่วนนั้นลง และสามารถนำเงินที่เหลือมาพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานมากขึ้น

2.3 จากการช่วยเหลือจากต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นองค์การระดับนานาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก UNDP หรือองค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การ USAID ของสหรัฐอเมริกา CIDA ของแคนาดา JICA ของญี่ปุ่น และ GTZ ของเยอรมันตะวันตก

ประเทศอุตสาหกรรม ซึ่งถือเป็นประเทศที่ร่ำรวยเหล่านี้ ขณะนี้กำลังประสบปัญหาภายในประเทศ เช่น ปัญหาคนว่างงาน และปัญหาสังคมอื่น ๆ ซึ่งต้องใช้จ่ายเงินมากพอสมควร ความหวังในความช่วยเหลือในแนวนี้นี้ว่าจะมากขึ้นกว่าเดิมก็คงจะยาก เช่น สหรัฐอเมริกาตัดความช่วยเหลือแก่องค์การอนามัยโลก ซึ่งเดิมเคยช่วยเหลือถึงร้อยละ 25 ของงบประมาณองค์การอนามัยโลกทั้งหมด ลงเหลือเพียงร้อยละ 20 หรือการที่สหรัฐอเมริกาทุ่มส่งสินค้าทางเกษตรบางอย่าง เช่น น้ำตาลและข้าวออกสู่ตลาดโลกในราคาต่ำ ยิ่งทำให้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศเกษตรกรรม เช่น ประเทศไทย ถูกกระทบกระเทือนมากยิ่งขึ้นอีก

ในระยะหลังมานี้ ประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มประเทศที่เรียกว่าอุตสาหกรรมใหม่ เศรษฐกิจเติบโตเร็ว ความช่วยเหลือจากต่างประเทศก็ลดลง

อนาคต

ความจำเป็นของทรัพยากร และความไม่เสมอภาคในการกระจายของทรัพยากร เป็นอุปสรรคสำคัญของการดำเนินงาน ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี

ถ้วนหน้า จึงต้องกำหนดวิธีการและแนวทางที่แน่ชัด ในการจัดอุปสรรคดังกล่าว

เศรษฐศาสตร์ เป็นศาสตร์ที่เหมาะสมที่สุดอัน หนึ่งในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหานี้ โดยสามารถนำ มาใช้ร่วมกับศาสตร์อื่น ๆ เช่น ระบาดวิทยา การ วางแผน การบริหารจัดการ และวิชาการทางสังคม- ศาสตร์อื่น ๆ

ประเทศไทยยังขาดทั้งข้อมูล องค์ความรู้ และ กำลังคนในด้านนี้

ความจำเป็นที่จะพัฒนาให้เกิดขึ้น จึงมีความ เร่งด่วนอย่างมาก เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามนโยบาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2543

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, การเงินการคลังเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ของประเทศไทย, รายงานการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1, 12 - 15 กันยายน 2531
2. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล, เศรษฐ- กิจสาธารณสุขไทย, พ.ศ.2529 : 73
3. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, ภาพรวมของปัญหา สาธารณสุขไทย, เอกสารประกอบการประชุมเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข ณ ห้องประชุมชั้น 4 ตึกอเนกประสงค์ มหา- วิทยาลัยธรรมศาสตร์, 23 - 24 เมษายน พ.ศ.2530
4. Wibulpolprasert Suwit, "Health Status, Health Policy, Objectives, Health Services Infrastructure and Utilization in Thailand". Paper for ADB., 1991.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สรุปผลการประชุมเรื่อง การพัฒนาสถานอนามัยในแผนฯ 7, 9 - 10 เมษายน 2533, โรงแรมเอเชีย กทม.
6. Bogdan M., Roemer M.I., and Albert Van Der Werff "National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All", Public Health Papers No.77 ; WHO, 1984 : 76-77.
7. World Bank Policy Study; Financing Health Services in Developing Countries, an Agenda for Reform; World Bank, Washington D.C., USA., 1987 : 19.
8. John Charles Pool and Ross M. Laroe, "The Instant Economist" Addison-Wesley Publishing Company, Inc. 1985.
9. Thailand Development Research Institute, Human Re- source Management, in 1986 Year-End Conference On Resource Management, Pattaya, December 13-14, 1986, Chapter 6.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจทางด้านสุขภาพและการ สังคมสงเคราะห์ พ.ศ.2525
11. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล การ สืบหาภาวะการเจ็บป่วยและการตายของคนไทย, แผนงาน ประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนระยะที่ 3, พ.ศ.2530
12. Charles Nash Myers et.al., "Financing Health Services and Medical Care in Thailand". A Report Prepared for the USAID, Bangkok, Thailand, 1985 : 59.
13. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การประกันสุขภาพ-ทางออกสำหรับ นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า, กองแผนงานสาธารณสุข, กระทรวง สาธารณสุข พ.ศ.2530 (เอกสารโรเนียว)
14. Mechanic D., : " Cost Containment and the Quality of Care; Rationing Strategies in an Era of Constrained Resources" ; Milbank Memorial Fund Quarterly; Vol 63, No. 3, 1985.
15. World Bank, World Development Report : Investing in Health, 1993.

