

ทางสองแพร่งของผู้ต้องขัง

กับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

สถานการณ์ทางสองแพร่งของผู้ต้องขัง (Prisoner's Dilemma) ในบริบทของการจัดหาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในบทความนี้ หมายถึง สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้กำหนดนโยบายในการจัดหาทรัพยากรของสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างตัดสินใจอย่างเป็นอิสระจากกัน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นทำให้สถานบริการต้องเสียประโยชน์ไปเมื่อเทียบกับการที่สถานบริการหันหน้าเข้าหากัน เพื่อร่วมมือกันหรือตัดสินใจร่วมกัน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดที่สุดก็คือ การแข่งขันกันมีเทคโนโลยีไว้ในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นกลยุทธ์การแข่งขันกันโดยไม่ใช้ราคาอันก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี เพราะทำให้เกิดการใช้เทคโนโลยีที่ซ้ำซ้อน และทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมสูงขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลทางลบต่อสวัสดิการสังคมด้วย คำถามจึงอยู่ที่ว่า จะทำอย่างไร หรือมีปัจจัยใดที่จะช่วยให้สถานบริการเกิดความร่วมมือกันเพื่อให้หลุดพ้นจากสถานการณ์นี้ได้?

สมศักดิ์ ธรรมธัชวณิชย์ พว., MPH, อว. (เวชศาสตร์ป้องกัน) ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอการนำเอาสถานการณ์ทางสองแพร่งของผู้ต้องขัง (Prisoner's Dilemma) ในทฤษฎีเกมและเศรษฐศาสตร์จุลภาคมาประยุกต์ใช้เพื่ออธิบายการแข่งขันกัน มีเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขมาใช้มากเกินระดับที่เหมาะสมต่อสังคม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รัฐควรมีบทบาทในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือกันด้วยการปรับให้ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดหาเทคโนโลยีทั้งในภาครัฐและเอกชน หลุดพ้นจากทางสองแพร่งที่ไม่พึงปรารถนา อันจะส่งผลทำให้สามารถเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้

บทนำ

ในประเทศไทย การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และ

สาธารณสุข (ซึ่งต่อไปนี้จะขอใช้คำย่อว่า “เทคโนโลยี”) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากเหตุผลต่างๆ เช่น ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในภาครัฐและเอกชนแข่งขันกันเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการแข่งขันกันเพื่อสร้างภาพพจน์ในสายตาผู้รับบริการ รวมทั้งรัฐบาลเองก็ได้สร้างแรงจูงใจให้มีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้นด้วยการให้ผลประโยชน์ด้านภาษีศุลกากร กล่าวคือ มีการยกเว้นภาษีศุลกากรให้แก่การนำเข้าเทคโนโลยีที่ราคาแพงจากต่างประเทศ ทำให้ผลที่ตามมาคือ มีการใช้เทคโนโลยีจำนวนมากอย่างไม่จำเป็นโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ทั้งนี้เพื่อให้ถึงจุดคุ้มทุนที่ได้ลงไปในการจัดหาเทคโนโลยีนั้นๆ ทำให้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะได้มีความพยายามของภาครัฐในการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดหาเทคโนโลยีมาใช้ ที่สำคัญคือ การวิเคราะห์ถึงต้นทุนและประโยชน์ และ/หรือต้นทุน-

ประสิทธิผลที่จะได้รับจากการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ความพยายามดังกล่าวเพิ่งเริ่มต้น และเท่าที่ผ่านไปยังไม่เห็นผลเท่าใดนัก การตอบคำถามว่าทำไมจึงเกิดการแข่งขันเพื่อมีเทคโนโลยีไว้ใช้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นั้น ส่วนหนึ่งสามารถอธิบายได้โดยอาศัยทฤษฎีเกม (Game theory) และเศรษฐศาสตร์แบบนีโอคลาสสิก (Neoclassical economic theory) ที่เรียกว่า ทางสองแพร่งของผู้ต้องขัง (Prisoner's Dilemma) ซึ่งต่อไปนี้จะขอใช้ตัวย่อสั้นๆ ว่า PD เพื่อให้เข้ากับบริบทของการจัดหาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในบทความนี้ ดังนั้น PD ในที่นี้จึงหมายถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้กำหนดนโยบายในการจัดหาทรัพยากรของสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างตัดสินใจที่จะดำเนินการหรือไม่ดำเนินการใดๆ อย่างเป็นอิสระจากกัน แต่ผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้นทำให้สถานบริการเสียประโยชน์ไปเมื่อเทียบกับการที่สถานบริการต่างๆ ร่วมมือกันหรือตัดสินใจร่วมกันการแข่งขันกันเพื่อให้มีเทคโนโลยีเป็นตัวอย่างที่เห็นได้ชัดของการที่ผู้กำหนดนโยบายตอบสนองต่อสถานการณ์ PD

บทความนี้จะวิเคราะห์และอธิบายถึงพฤติกรรมการตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เหมาะสมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้จะชี้ให้เห็นว่าทำไมผู้ให้บริการไม่สามารถแสวงหาประโยชน์จากการจัดหาหรือมีใช้ทรัพยากรร่วมกัน สาเหตุสำคัญที่ผู้ให้บริการไม่สามารถร่วมมือกันได้นั้นไม่ได้มาจากการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้องหรือผิดพลาด แต่เกิดจากลักษณะของแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ PD และสุดท้ายจะเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาในเชิงนโยบายว่า การกำหนดนโยบายเพื่อควบคุมการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อย่างรวดเร็วและไม่มีประสิทธิภาพนั้น ในกรณีที่ผู้ให้บริการเผชิญกับสถานการณ์ PD จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าหากกำหนดโครงสร้างของแรงจูงใจในการจัดหาเทคโนโลยีเป็นไปในลักษณะที่คำนึงถึงประโยชน์เฉพาะของสถาน

บริการและส่วนรวมไปพร้อมกัน

ทางสองแพร่งของผู้ต้องขัง (The Prisoner's Dilemma)¹

(Mas-Collel, Whinston and Green 1995; Fudenberg and Tirole, 1991)

รูปแบบดั้งเดิมของ PD นั้น เป็นการพรรณนาสถานการณ์ที่ตำรวจจับผู้ต้องขัง 2 คนซึ่งถูกกล่าวหาว่าก่ออาชญากรรม 2 คดี ตำรวจมีหลักฐานที่พิสูจน์ได้เพียงว่า ผู้ต้องหาแต่ละคนกระทำความผิดเพียง 1 คดีซึ่งมีโทษเบากว่า แต่ไม่สามารถเอาโทษผู้ต้องหาทั้งคู่ในทั้ง 2 คดีได้ ถ้าหากไม่มีคำสารภาพชัดชัดจากผู้ต้องหาอย่างน้อย 1 คน ตำรวจได้แยกขังผู้ต้องหาทั้งสองและยื่นเงื่อนไขเกี่ยวกับการเอาความผิดทั้งคู่หากสารภาพหรือไม่สารภาพตามตารางที่ 1 และบอกให้ผู้ต้องขังทั้งคู่รับทราบว่าต่างก็ได้รับเงื่อนไขแบบเดียวกันจากทางตำรวจ

ตารางที่ 1 Prisoner's Dilemma ดั้งเดิม²

		ผู้ต้องขังคนที่ 1	
		สารภาพ	ไม่สารภาพ
ผู้ต้องขังคนที่ 2	สารภาพ	ผู้ต้องขังคนที่ 1 : ติดคุก 5 ปี ผู้ต้องขังคนที่ 2 : ติดคุก 5 ปี	ผู้ต้องขังคนที่ 1 : ติดคุก 10 ปี ผู้ต้องขังคนที่ 2 : ติดคุก 6 เดือน
	ไม่สารภาพ	ผู้ต้องขังคนที่ 1 : ติดคุก 6 เดือน ผู้ต้องขังคนที่ 2 : ติดคุก 10 ปี	ผู้ต้องขังคนที่ 1 : ติดคุก 2 ปี ผู้ต้องขังคนที่ 2 : ติดคุก 2 ปี

ดังที่แสดงในตารางที่ 1 ผู้ต้องขังทั้งคู่จะได้รับโทษจำคุกเพียง 2 ปีสำหรับคดีเดียว ถ้าต่างคนต่างก็ไม่สารภาพว่ากระทำความผิดในคดีที่ 2 ถ้าหากทั้งคู่สารภาพ แต่ละคนจะได้รับโทษคนละ 5 ปี เป็นผลจากความผิดทั้ง 2 คดี แต่ถ้าหากผู้ต้องหาคนหนึ่งสารภาพ ในขณะที่อีกคนหนึ่งไม่สารภาพ คนที่สารภาพจะได้รับโทษเพียง 6 เดือน คนที่ไม่รับสารภาพจะได้รับโทษสูงถึง 10 ปี ในสถานการณ์ที่ผู้ต้อง

¹ เนื้อหาของสถานการณ์ PD อาจแตกต่างกันออกไปในตำราหรือเอกสารทฤษฎีว่าด้วยเกมหรือทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาคต่างๆ แต่สาระสำคัญไม่เปลี่ยนแปลง

² ลักษณะของประโยชน์ที่ผู้ต้องขังแต่ละคนจะได้รับในแต่ละกรณีตามตาราง 2x2 นี้ ซึ่งเรียกว่า Payoff structure หรือ Payoff matrix อาจแตกต่างกันออกไปบ้างในตำราว่าด้วยทฤษฎีเกม (Game theory) หรือตำราทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Microeconomic theory) และในทางปฏิบัติจะมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ต้องขังทั้งคู่

ซึ่งคนหนึ่งต้องรับโทษสูงมากถ้าหากไม่สารภาพ แต่ถูกอีกคนหนึ่งสารภาพซัดทอดเช่นนี้ ทำให้แต่ละคนไม่สามารถที่จะเสี่ยงฝากความหวังไว้กับอีกคนหนึ่งว่าจะไม่สารภาพ เพราะโครงสร้างของแรงจูงใจที่ให้ผู้ต้องขังอีกคนหนึ่งสารภาพซัดทอด (หักหลัง) มีสูง เนื่องจากผู้ที่สารภาพจะถูกลงโทษจำคุกเพียง 6 เดือน ถ้าอีกผู้หนึ่งไม่สารภาพ

ทางออกที่ดีที่สุดสำหรับสถานการณ์เช่นนี้จากมุมมองผู้ต้องขังทั้งคู่เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะได้รับ คือการร่วมมือกันไม่สารภาพทั้งคู่ ซึ่งผู้ต้องขังทั้งคู่จะได้ประโยชน์จากการถูกลงโทษน้อยที่สุดถ้าหากร่วมมือกันไม่สารภาพ แต่โอกาสที่จะเกิดความร่วมมือกันในการไม่สารภาพทั้งคู่มีน้อย เนื่องจากผู้ต้องขังที่สารภาพจะได้รับประโยชน์มากกว่า ความร่วมมือกันซึ่งเป็นทางเลือกที่ผู้ต้องขังได้ประโยชน์ร่วมกันสูงสุด เรียกว่า เป็นกลยุทธ์ที่เหนือกว่า (Dominant strategy) ครอบงำทางเลือกที่ผู้ต้องขังทั้งสองจะตัดสินใจกระทำในทิศทางตรงกันข้ามกัน คือคนหนึ่งสารภาพ อีกคนหนึ่งไม่สารภาพ แต่เนื่องจากธรรมชาติของเกมหรือสถานการณ์นี้ซึ่งผู้ต้องขังต้องตัดสินใจพร้อมกัน (simultaneous move) โดยไม่ทราบว่าคุณต้องขังอีกคนตัดสินใจอย่างไร ทำให้ทั้งคู่ตกอยู่ในกับดักที่มีโอกาสสูงที่จะต้องลงเอยด้วยการสารภาพทั้งคู่

แม้ว่าความร่วมมือกันในสถานการณ์ PD จะเป็นไปได้ยากดังที่ได้นำเสนอไปแล้ว แต่ก็มึเงื่อนไขบางประการที่สามารถช่วยทำให้เกิดความร่วมมือกันได้ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมความร่วมมือกันจะมีโอกาสเป็นไปได้สูงขึ้น ถ้าหากต้องตัดสินใจในสถานการณ์ PD ร่วมกันซ้ำๆ กันหลายๆ ครั้ง (Shubik, 1982) ถ้าหากทั้งสองคนรู้จักกันดี เช่น เป็นพี่น้องกัน ก็อาจทำให้มีโอกาสร่วมมือกันสูงขึ้น หรือถ้าหากคาดว่าจะถูกตามจองล้างจองผลาญถ้าหากทำการหักหลังด้วยการสารภาพ เช่น กรณีที่ผู้ต้องหาทั้งคู่อยู่ในองค์การอาชญากรรมที่มีการจัดตั้งอย่างเข้มแข็ง ในตอนท้ายของบทความนี้จะให้รายละเอียดมากขึ้นถึงปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความร่วมมือกัน

คู่แข่งทางการค้าในสถานการณ์ PD

PD มีประโยชน์มากในการวิเคราะห์หรืออธิบายพฤติกรรมการแข่งขันในระหว่างคู่แข่งทางการค้า ซึ่งต่างมีเป้า

หมายในการแสวงหากำไรสูงสุด ตัวอย่างเช่น มีคู่แข่งทางการค้าสองบริษัทแข่งขันกันด้วยกลยุทธ์การตัดราคา แต่ละบริษัทสามารถเลือกตัดสินใจได้ว่าจะยื่นราคาขายไว้เท่าเดิมหรือลดราคาสินค้าลง ถ้าหากทั้งสองบริษัทตั้งราคาไว้ที่ระดับปัจจุบัน สมมติว่าเป็น 5 บาทต่อหน่วย จะสามารถขายสินค้าได้ 100 ล้านหน่วย แต่ละบริษัทมีส่วนแบ่งการตลาดเท่ากันคือบริษัทละ 50 ล้านหน่วย ในกรณีที่ทั้งสองบริษัทต่างลดราคาสินค้าลงเหลือ 4 บาทต่อหน่วย จะสามารถขายสินค้าได้เพิ่มขึ้นเป็น 130 ล้านหน่วย โดยที่บริษัททั้งคู่ยังคงมีส่วนแบ่งการตลาดบริษัทละครึ่งเท่าเดิม ถ้าหากบริษัทที่หนึ่งคงราคาไว้ที่ 5 บาท แต่บริษัทที่สองลดราคาเหลือ 4 บาท บริษัทที่ลดราคาลงจะขายได้ 90 ล้านหน่วย ทำให้บริษัทที่หนึ่งจะเหลือยอดขายเพียง 30 ล้านหน่วย

ในสถานการณ์นี้ ทั้งสองบริษัทตกอยู่ในสถานการณ์ PD ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 2 สมมติว่าต้นทุนของการผลิตสินค้าเป็นดังนี้ ต้นทุนแปรผันเฉลี่ยตกว่าหน่วยละ 2 บาท ต้นทุนคงที่ 90 ล้านบาท แต่ละบริษัทจะได้กำไร 60 ล้านบาท ถ้ายื่นราคาไว้คงเดิม อย่างไรก็ตาม หากทั้งคู่ลดราคาด้วยกัน กำไรจะเหลือเพียงบริษัทละ 40 ล้านบาท ในทางปฏิบัติยากที่แต่ละบริษัทจะยื่นราคาไว้คงเดิมทั้งคู่ เพราะไม่สามารถวางใจได้ว่าอีกบริษัทหนึ่งจะไม่ลดราคา การเลือกยื่นราคาไว้ในขณะที่คู่แข่งลดราคาลง จะทำให้บริษัทที่ยื่นราคาไว้ไม่มีกำไรเลย ในขณะที่บริษัทที่ลดราคาสามารถแย่งส่วนแบ่งตลาดได้มากและมีกำไรสูงที่สุดถึง 90 ล้านบาท ดังนั้นเมื่อพิจารณาทางเลือกและผลตอบแทนทั้งหมดแล้ว ทั้งสองบริษัทจะลงเอยด้วยการลดราคาลง และได้รับผลกำไรลดลงทั้งคู่

การแข่งขันด้านอื่นที่ไม่ใช่ราคา

สำหรับผู้บริโภคแล้ว คุณภาพสินค้า บริการ ภาพลักษณ์ของสินค้า และองค์ประกอบอื่นๆ ของสินค้าหรือบริการที่ไม่ใช่ราคาก็มีความสำคัญเช่นกัน การแข่งขันในด้านอื่นที่ไม่ใช่ราคาในระหว่างคู่แข่งทางการค้าจึงทำได้หลายรูปแบบ เช่น บริษัทหนึ่งอาจจะลงทุนใช้จ่ายด้านโฆษณามากขึ้น ปรับปรุงด้านคุณภาพหรือบริการให้ดีกว่าอีกบริษัทหนึ่ง เหตุผลที่ไม่เลือกแข่งขันด้านราคาดังนั้น มักเป็นเพราะว่าเมื่อ

ตารางที่ 2 PD ในการแข่งขันด้วยราคา

		บริษัทที่ 1	
		ยื่นราคา	ลดราคา
บริษัทที่ 2	ยื่นราคา	บริษัทที่ 1 ราคา = 5 บาท ขายได้ = 50 ล้านหน่วย รายได้รวม = 250 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 190 ล้านบาท กำไร = 60 ล้านบาท บริษัทที่ 2 ราคา = 5 บาท ขายได้ = 50 ล้านหน่วย รายได้รวม = 250 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 190 ล้านบาท กำไร = 60 ล้านบาท	บริษัทที่ 1 ราคา = 4 บาท ขายได้ = 90 ล้านหน่วย รายได้รวม = 360 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 270 ล้านบาท กำไร = 90 ล้านบาท บริษัทที่ 2 ราคา = 5 บาท ขายได้ = 30 ล้านหน่วย รายได้รวม = 150 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 150 ล้านบาท กำไร = 0 บาท
	ลดราคา	บริษัทที่ 1 ราคา = 5 บาท ขายได้ = 30 ล้านหน่วย รายได้รวม = 150 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 150 ล้านบาท กำไร = 0 บาท บริษัทที่ 2 ราคา = 4 บาท ขายได้ = 90 ล้านหน่วย รายได้รวม = 360 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 270 ล้านบาท กำไร = 90 ล้านบาท	บริษัทที่ 1 ราคา = 4 บาท ขายได้ = 65 ล้านหน่วย รายได้รวม = 260 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 220 ล้านบาท กำไร = 40 ล้านบาท บริษัทที่ 2 ราคา = 4 บาท ขายได้ = 65 ล้านหน่วย รายได้รวม = 260 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 220 ล้านบาท กำไร = 40 ล้านบาท

บริษัทหนึ่งลดราคาลง บริษัทอื่นสามารถลดราคาสินค้าของตนเองลงอย่างน้อยให้เท่ากับราคาของบริษัทแรกได้ง่าย ดังนั้น ถ้าทำได้ บริษัทการค้ามักเลือกการแข่งขันโดยไม่ใช้ราคา สถานการณ์ PD ที่เกี่ยวกับการแข่งขันที่ไม่ใช้ราคาเกิดขึ้นได้หลายกรณีดังตัวอย่างต่อไปนี้

คู่แข่งทางการค้าสองบริษัทมุ่งแข่งขันกันด้านการมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุดไว้ให้บริการ และเทคโนโลยีนี้เกี่ยวข้องกับทำให้บริการทุกหน่วย ทำให้บริการเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพดี เป็นที่ต้องการของประชาชน สมมติว่าราคาของเทคโนโลยีเป็นเงิน 500 ล้านบาท ราคาสินค้าตั้งไว้ที่ 10 บาทต่อหน่วย ต้นทุนของปัจจัยการผลิตอื่นๆ เป็น

ตารางที่ 3 สถานการณ์ PD เมื่อแข่งขันกันด้วยการมีเทคโนโลยี

		บริษัทที่ 1	
		มีเทคโนโลยี	ไม่มีเทคโนโลยี
บริษัทที่ 2	มีเทคโนโลยี	บริษัทที่ 1 ขายได้ = 100 ล้านหน่วย รายได้รวม = 1,000 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 800 ล้านบาท กำไร = 200 ล้านบาท บริษัทที่ 2 ขายได้ = 100 ล้านหน่วย รายได้รวม = 1,000 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 800 ล้านบาท กำไร = 200 ล้านบาท	บริษัทที่ 1 ขายได้ = 275 ล้านหน่วย รายได้รวม = 2,750 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 360 ล้านบาท กำไร = 400 ล้านบาท บริษัทที่ 2 ขายได้ = 50 ล้านหน่วย รายได้รวม = 500 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 500 ล้านบาท กำไร = 0 บาท
	ไม่มีเทคโนโลยี	บริษัทที่ 1 ขายได้ = 50 ล้านหน่วย รายได้รวม = 500 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 500 ล้านบาท กำไร = 0 บาท บริษัทที่ 2 ขายได้ = 275 ล้านหน่วย รายได้รวม = 2,750 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 2,350 ล้านบาท กำไร = 400 ล้านบาท	บริษัทที่ 1 ขายได้ = 200 ล้านหน่วย รายได้รวม = 2,000 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 1,900 ล้านบาท กำไร = 100 ล้านบาท บริษัทที่ 2 ขายได้ = 200 ล้านหน่วย รายได้รวม = 2,000 ล้านบาท ต้นทุนรวม = 1,900 ล้านบาท กำไร = 100 ล้านบาท

6 บาทต่อหน่วย และต้นทุนคงที่อื่นคิดเป็น 200 ล้านบาท ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ PD เมื่อแข่งขันด้วยการมีเทคโนโลยีไว้บริการ จะเห็นได้ว่าเดิมที่แม้ทั้งสองบริษัทสามารถได้กำไรบริษัทละ 200 ล้านบาท ถ้าหากยังให้บริการในรูปแบบเดิม แต่สถานการณ์จะบีบให้ทั้งคู่จะเลือกลงทุนซื้อเทคโนโลยี 500 ล้านบาท และได้กำไรเพียงบริษัทละ 100 ล้านบาท ทั้งนี้เพราะบริษัทที่ไม่มีเทคโนโลยีจะไม่มีกำไรเลย ถ้าหากอีกบริษัทหนึ่งทุ่มทุนซื้อเทคโนโลยีจนสามารถชิงส่วนแบ่งการตลาดไปเกือบหมดและลงเอยด้วยการได้กำไรสูงถึง 400 ล้านบาท

ผลต่อสังคม

ผลที่เกิดขึ้นต่อสังคมจากสถานการณ์ PD ขึ้นอยู่กับผลรวมที่เกิดต่อบริษัทผู้ผลิตสินค้าและผู้บริโภค ในกรณีของ

การแข่งขันด้านราคา ผู้บริโภคจะได้รับประโยชน์อย่างชัดเจน เพราะผู้บริโภคมีโอกาสจะซื้อสินค้าที่มีคุณภาพเท่าเดิมแต่ราคาถูกลง ในขณะที่ผู้ผลิตสินค้าได้กำไรลดลง ผลรวมต่อสังคมนั้นขึ้นอยู่กับว่าจะวัดและให้คุณค่ากับประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ผลิตและผู้บริโภคอย่างไร และรูปแบบของสวัสดิการสังคม (social welfare function) เป็นอย่างไร

สถานการณ์ PD จะซับซ้อนมากขึ้น ในกรณีที่ไม่ได้แข่งขันกันด้วยราคา ในที่นี้จะขอจำแนกเป็น 2 กรณี คือ การแข่งขันด้านโฆษณา และการแข่งขันด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากด้านราคาและโฆษณา ในกรณีของการโฆษณานั้นยังสามารถแบ่งได้ง่ายๆ เป็นอีก 2 กรณี คือ การโฆษณาในลักษณะประชาสัมพันธ์เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้บริโภค และการโฆษณาเพื่อเชิญชวนให้ผู้บริโภคซื้อสินค้าใดๆ มากขึ้น

ไม่ว่าบริษัทจะมีวัตถุประสงค์ในการโฆษณาอย่างไรก็ตาม จะลงเอยด้วยต้นทุนของสินค้าเพิ่มขึ้นจากต้นทุนด้านโฆษณา การลงทุนโฆษณานั้นจะกระทำมากเกินกว่าระดับที่เหมาะสม เพราะตกอยู่ในการแข่งขันแบบ PD และลงเอยด้วยการได้กำไรลดลง สำหรับประโยชน์ต่อผู้บริโภคนั้นไม่ชัดเจนนัก ผู้บริโภคที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโฆษณาที่ถูกต้องจะได้รับประโยชน์ เพราะว่าต้นทุนในการแสวงหาสินค้า (search cost) ซึ่งเป็นที่ต้องการของผู้บริโภคลดลง แต่ในกรณีของการโฆษณาเพื่อโน้มน้าวใจให้ผู้บริโภคซื้อสินค้านั้น ผู้ผลิตลงทุนโฆษณามากมายเพียงเพื่อให้สามารถแข่งขันกับคู่แข่งให้ได้เท่านั้น (Scherer, 1980) แต่ผู้บริโภคไม่ได้ประโยชน์อะไร

การประยุกต์เพื่ออธิบายถึงการแข่งขันกันมีเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

เพื่อให้เห็นภาพชัดเจน จึงขอนำเสนอกรณีที่โรงพยาบาลไม่ว่าในภาครัฐและภาคเอกชนเผชิญกับสถานการณ์ PD ในการแข่งขันที่ไม่ใช้ราคา ในตอนนี้จะได้อธิบายด้วยว่าทำไมความพยายามในการแสวงหาความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลจึงมักล้มเหลว ทั้งที่มีโอกาสจะได้รับประโยชน์

จากความร่วมมือกัน สุดท้ายจะกล่าวถึงแนวทางการกำหนดรูปแบบเชิงนโยบายเพื่อควบคุมไม่ให้ต้นทุนของโรงพยาบาลสูงเกินความจำเป็น

มีการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่คุ้มค่า ในกรณีการมีเทคโนโลยีไว้ในโรงพยาบาล เอกชนพบว่า โรงพยาบาลขนาด 50 เตียงขึ้นไปมักจะมีเครื่อง CT Scanner ไว้สำหรับให้บริการเสมอ และพบว่าจำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (วิโรจน์, 2539) การแข่งขันกันมีเทคโนโลยีไว้ในโรงพยาบาลเอกชนนี้เป็นสถานการณ์ของ PD ที่มีแข่งขันโดยไม่ใช้ราคาในรูปแบบหนึ่ง

การแข่งขันโดยไม่ใช้ราคาระหว่างโรงพยาบาล

การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนั้นกล่าวได้ว่าเป็นบริการที่สามารถแยกแยะออกได้ไม่เข้ากัน แม้ว่าบริการของแต่ละโรงพยาบาลจะมีรูปแบบคล้ายคลึงกัน แต่ผู้ให้และผู้รับบริการจะมองว่าบริการของแต่ละโรงพยาบาล หรือผู้ให้บริการแต่ละคนมีความแตกต่างกัน บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดเป็นผลิตภัณฑ์หรือสินค้าที่มีความซับซ้อนในหลายมิติ โรงพยาบาลจะแข่งขันกันบนพื้นฐานของชื่อเสียง ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ การมีบริการเฉพาะทาง การมีเทคโนโลยี การมีกิจกรรมพิเศษ ลักษณะของอาคารสถานที่ ความเป็นกันเอง ความสะดวกสบายของการให้บริการ และองค์ประกอบอื่นๆ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งมีฝ่ายการตลาดที่จะวางแผนและดำเนินการโฆษณาประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ให้ถึงกลุ่มเป้าหมาย มีการจัดกิจกรรมพิเศษเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ดังนั้น การแข่งขันโดยไม่ใช้ราคาจึงมีบทบาทสำคัญในการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาล

การมีประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น ความครอบคลุมด้านบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ปีพ.ศ. 2533 มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันโดยไม่ใช้ราคา ทั้งนี้เนื่องจากการประกันสุขภาพทำให้ค่าใช้จ่ายที่ผู้มีประกันสุขภาพต้องจ่ายด้วยตัวเองเมื่อไปใช้บริการลดลง ผลที่ตามมาคือ ผู้ใช้บริ-

³ กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงด้านราคาไม่ทำให้อุปสงค์ของบริการทางการแพทย์เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างมาก

การทางการแพทย์ที่มีประกันสุขภาพจะตอบสนองต่อการแข่งขันด้านราคาลดลง¹ โรงพยาบาลจึงต้องหันมาแข่งขันกันในด้านอื่นมากขึ้น

บทบาทของแพทย์ผู้ให้บริการก็มีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดการแข่งขันด้านที่ไม่ใช่ราคามากขึ้น เพราะแพทย์เองก็ไม่ต่างไปจากผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ ที่ต้องการมีเทคโนโลยีที่ดีที่สุด และทันสมัยที่สุดไว้ใช้ ดังจะเห็นได้จากความต้องการมีระบบคอมพิวเตอร์ที่เร็วที่สุด ทันสมัยที่สุดไว้ใช้ในสำนักงาน หรือความต้องการอาคาร เครื่องบินรุ่นล่าสุด มีอานุภาพในการทำสายสูงไว้ใช้ในกองทัพ ความต้องการของแพทย์ในการมีเทคโนโลยีไว้ใช้เป็นผลมาจากการแข่งขันระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ทั้งในด้านการตลาดและด้านวิชาการ ในทางกลับกัน โรงพยาบาลที่มีเทคโนโลยีทันสมัยย่อมดึงดูดแพทย์ที่มีชื่อเสียงให้มาทำงานประจำได้ นอกจากนี้ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในการให้บริการนั้น แพทย์มีบทบาทเป็นทั้งผู้กำหนดว่าจะให้บริการอะไร อย่างไร แพทย์ได้รับผลตอบแทนจากให้บริการ และยังคงคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้รับบริการด้วย² รวมทั้งโรงพยาบาลและแพทย์อาจมีแรงจูงใจที่จะสั่งการใช้เทคโนโลยีราคาแพงต่างๆ เพื่อตรวจชั้นสูงหรือรักษามากเกินความจำเป็นโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หากกลไกของการตอบแทนทางการเงินเป็นไปในลักษณะที่โรงพยาบาล และแพทย์ผู้ให้บริการได้รับประโยชน์ทุกครั้งที่มีการสั่งการใช้เทคโนโลยี

การแข่งขันกันมีเทคโนโลยี

การศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทยพบว่า มีการนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในประเทศและมีการกระจายอย่างรวดเร็วเกินไป (วิโรจน์, 2539; อนุวัฒน์, 2539) นอกเหนือไปจากผลเสียของการมีเทคโนโลยีซ้ำซ้อนมากเกินไป ทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมสูงขึ้น ผลของการใช้เทคโนโลยีโดยปราศจากข้อบ่งชี้ยังสามารถก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงปรารถนาต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพของการให้บริการได้ (Rogatz, 1981)

อย่างไรก็ตาม การเหมาเอาว่าการมีเทคโนโลยีซ้ำซ้อนใช้เกินความเหมาะสม ซึ่งส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลสูงขึ้นนั้น เป็นผลมาจากความจำเป็นในการต้องมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยไว้ใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของทั้งแพทย์และผู้ป่วย เป็นแนวคิดที่ไม่ได้ประโยชน์นักหากต้องการจะแก้ปัญหานี้ เนื่องจากแนวคิดนี้มองข้ามความจำเป็นในการแข่งขันเชิงกลยุทธ์ที่โรงพยาบาลเผชิญอยู่ ดังที่ได้แสดงให้เห็นแล้วว่าการแสวงหาเทคโนโลยีการตรวจชั้นสูงและการรักษาที่ทันสมัยที่สุดเป็นลักษณะของการแข่งขันโดยไม่ใช้ราคา และโรงพยาบาลตกอยู่ในสถานการณ์ PD ในการมีเทคโนโลยี ลองพิจารณาตัวอย่างดังต่อไปนี้ สมมติว่า ในพื้นที่หนึ่งมีโรงพยาบาลสองแห่ง แต่ละแห่งจะต้องตัดสินใจว่าจะจัดซื้อเทคโนโลยีทันสมัย เช่น เครื่อง Magnetic Resonance Imaging (MRI) ไว้ใช้หรือไม่ ถ้าทั้งสองโรงพยาบาลต่างเลือกที่จะไม่จัดหาเครื่อง MRI ส่วนแบ่งการตลาดและกำไรของแต่ละโรงพยาบาลจะคงเดิม แต่ถ้าหากโรงพยาบาลหนึ่งตัดสินใจซื้อเครื่อง MRI อาจสามารถชิงส่วนแบ่งการตลาดได้มากขึ้น มีกำไรมากกว่าอีกโรงพยาบาลหนึ่ง กรณีสุดท้าย ถ้าทั้งสองโรงพยาบาลซื้อเครื่อง MRI จะสามารถรักษาส่วนแบ่งการตลาดไว้ได้เท่าเดิม แต่ต้นทุนสูงขึ้น ส่วนผลกำไรจะเปลี่ยนไปอย่างไรนั้น ขึ้นกับปัจจัยอื่นหลายประการ เช่น ปริมาณการสั่งใช้ การตั้งราคาเมื่อเทียบกับต้นทุนที่เปลี่ยนไป ถ้าหากทั้งสองโรงพยาบาลแข่งขันกันเพื่อชิงส่วนแบ่งการตลาดจากจำนวนผู้ใช้บริการในพื้นที่เดียวกัน หรือกลุ่มเป้าหมายเดียวกันซึ่งมีจำกัด มีโอกาสที่จะได้กำไรลดลง (ดูรายละเอียดการวิเคราะห์และคำนวณในเชิงทฤษฎีจาก Benjamini, Gafni and Maital 1980)

โดยสรุป โรงพยาบาลตกอยู่ในสถานการณ์ PD ในการมีเทคโนโลยี ถ้าหากไม่มีข้อตกลงเพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกัน (ซึ่งจะได้กล่าวโดยละเอียดในตอนต่อไป) แต่ละโรงพยาบาลจะต้องลงทุนในการจัดหาเทคโนโลยี เพราะไม่สามารถเสี่ยงต่อการเลือกที่จะไม่ซื้อ ในขณะที่คู่แข่งมีไว้ใช้ทำให้ต้องสูญเสียส่วนแบ่งการตลาดและกำไรไป โรงพยาบาล

¹ เข้าได้กับลักษณะความสัมพันธ์ที่เรียกว่า Principal-agent relationship ในทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค

ขนาดใหญ่ของรัฐเองก็ตกอยู่ในสถานการณ์นี้ เพราะถึงแม้ว่าโรงพยาบาลของรัฐจะไม่มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเพื่อแสวงหากำไรสูงสุดเช่นโรงพยาบาลเอกชน แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐก็มักจะต้องให้บริการรักษาพยาบาลที่สลบซับซ้อน อันเป็นผลมาจากการกำหนดนโยบายของรัฐและความคาดหวังจากผู้รับบริการซึ่งเป็นประชาชนทั่วไป แต่ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่ได้รับจากเงินงบประมาณของรัฐมักไม่เพียงพอ จึงต้องอาศัยรายรับเงินบำรุงที่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการที่มีกำลังซื้อสูง เพื่อชดเชยรายจ่ายอื่นๆ (cross subsidization)

การแข่งขันด้านโฆษณา

สำหรับในประเทศไทย การโฆษณาเพื่อกล่าวถึงหรืออวดอ้างความสามารถหรือคุณภาพของโรงพยาบาลไม่สามารถทำได้ สิ่งที่ทำได้ก็คือการประชาสัมพันธ์ให้สาธารณชนทราบถึงบริการที่โรงพยาบาลมีเป็นด้านหลัก และการเสริมสร้างภาพลักษณ์ในรูปแบบต่างๆ รวมถึงการตลาดที่มักจะมุ่งไปยังกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ซึ่งไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น ในที่นี้ผู้เขียนจะไม่กล่าวถึงสถานการณ์ PD ในเรื่องที่ว่าด้วยการแข่งขันด้านโฆษณา อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศที่เปิดกว้างให้มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่ามีโรงพยาบาลตกอยู่ในสถานการณ์ PD ด้านโฆษณาจำนวนไม่น้อย (Gombeski, et al 1996)

ผลต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

PD มีบทบาทสำคัญในการทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสูงขึ้น ความพยายามในการตัดสินใจเพื่อรักษาผลประโยชน์เฉพาะของแต่ละโรงพยาบาลกลับทำให้เกิดปัญหาในด้านการใช้ทรัพยากรอย่างไม่คุ้มค่ามากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในหลายๆ กรณีโรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถแข่งขันโดยไม่ใช้กลไกด้านราคา แต่ไม่ต้องตกอยู่ในกับดักของ PD เช่น การเลือกจะปรับปรุงคุณภาพของตนเองหรือประชาสัมพันธ์โดยลงทุนในขนาดที่เหมาะสม ไม่ต้องคำนึงถึงว่าคู่แข่งจะทุ่มทุนสูงมากขนาดไหน

ผลต่อสังคม

ในกรณีทั่วไป ผลต่อสวัสดิการสังคมจากสถานการณ์

PD ขึ้นอยู่กับผลต่อ 2 กลุ่ม คือ ผู้ผลิตและผู้บริโภคดังที่ได้กล่าวไปแล้ว สำหรับกรณีของโรงพยาบาลนั้น การประเมินผลต่อสวัสดิการสังคมจะต้องพิจารณาถึงผลต่ออีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญมาก คือ ผู้เสียภาษีอากร ทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งมาจากภาษีอากรเห็นได้ชัดในกรณีของโรงพยาบาลรัฐ สำหรับกรณีของโรงพยาบาลเอกชน ภาษีอากรถูกใช้ไปในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่เป็นข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การที่รัฐบาลสมทบเงินเข้ากองทุนประกันสังคม ภาษีอากรยังถูกใช้จ่ายไปทางอ้อมจากนโยบายของรัฐด้านการส่งเสริมการลงทุนจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชน โดยสนับสนุนการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยการยกเว้นภาษีศุลกากร และยังให้ประโยชน์ด้วยการยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลแก่โรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดในระยะเริ่มแรกของการดำเนินการ

เมื่อพิจารณาจากมุมมองของสาธารณะด้วยกรอบทางเศรษฐศาสตร์ ปริมาณการบริโภคสินค้าและบริการที่เหมาะสม (optimal) นั้นจะอยู่ ณ ระดับที่ทำให้ประโยชน์ที่เกิดกับสังคมหน่วยสุดท้าย (social marginal benefit) เท่ากับต้นทุนทางสังคมหน่วยสุดท้าย (social marginal cost) ในกรณีของบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลการมีประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ทำให้ต้นทุนส่วนบุคคลหน่วยสุดท้าย (private marginal cost) มีค่าต่ำกว่าต้นทุนทางสังคมหน่วยสุดท้าย กล่าวคือ ผู้รับบริการจะตัดสินใจใช้บริการทางแพทย์โดยพิจารณาเพียงว่าจะต้องใช้จ่ายเท่าไรด้วยเงินส่วนตัวเท่านั้น และค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการต้องเสียมีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าต้นทุนจริงของการให้บริการ ในกรณีเช่นนี้ ประโยชน์ของการให้บริการหน่วยสุดท้ายจะเท่ากับประโยชน์ส่วนบุคคลหน่วยสุดท้าย ทำให้มีการใช้บริการมากเกินไป (moral hazard)

ขอย้อนกลับมาพิจารณากรณีที่โรงพยาบาลเผชิญกับสถานการณ์ PD อีกครั้ง ดังที่เสนอแล้วว่า โรงพยาบาลสองแห่งซึ่งอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ต้องจัดหาเทคโนโลยีไว้ใช้ทั้งคู่ ทำให้เกิดการมีเทคโนโลยีซ้ำซ้อน และเกิดผลเสียต่อสังคม ในทางกลับกัน หากจำเป็นจะต้องมีเทคโนโลยีนั้นๆ ไว้ใช้ในการรักษาพยาบาล เพราะมีประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

แต่ทั้งสองโรงพยาบาลเลือกที่จะไม่ซื้อไว้ใช้ ผลที่เกิดขึ้นต่อสังคมก็ไม่ใช่ที่พึงปรารถนาเช่นกัน ดังนั้น กรณีที่สังคมจะได้รับประโยชน์ก็คือ กรณีที่โรงพยาบาลทั้งสองแห่งจัดซื้อเทคโนโลยีไว้ใช้ร่วมกัน แต่กรณีนี้เกิดขึ้นได้ยากถ้าหากว่าทั้งสองโรงพยาบาลตกอยู่ในสถานการณ์ PD และต่างตัดสินใจเป็นอิสระจากกันเพื่อผลประโยชน์เฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล

ประเด็นสำคัญที่บทความนี้ต้องการชี้ให้เห็นคือ สถานการณ์ PD ที่โรงพยาบาลต่างๆ ต้องเผชิญนั้นทำให้เกิดผลด้านลบต่อสวัสดิการสังคม แม้ว่าผลต่อสังคมโดยรวมจะขึ้นกับผลที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เสียภาษีอากรดังที่ได้กล่าวไปแล้ว แต่ผลเสียต่อผู้ให้บริการและผู้เสียภาษีอากรรวมแล้วมักมีน้ำหนักมากกว่าผลดีที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

ความร่วมมือกันในการจัดหาเทคโนโลยี

จากมุมมองของผู้ผลิตสินค้าหรือผู้ให้บริการซึ่งตกอยู่ในสถานการณ์ PD นั้น ความร่วมมือกันจะเป็นคำตอบของการแก้ปัญหา ดังที่นำเสนอในตารางที่ 1 ซึ่งว่าด้วยรูปแบบ และเนื้อหาดั้งเดิมของ PD ว่า ผู้ต้องขังทั้งคู่จะได้รับประโยชน์สูงสุดหากไม่สารภาพทั้งคู่ ในทำนองเดียวกัน โรงพยาบาลที่เป็นคู่แข่งกันทั้งสองแห่งจะได้รับประโยชน์สูงกว่าถ้าหากเลือกที่จะร่วมมือกันลงทุนโฆษณาประชาสัมพันธ์หรือด้านการตลาดในระดับที่เหมาะสม⁵

คำถามจึงอยู่ที่ว่า จะทำอย่างไร หรือมีปัจจัยใดที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือกันเพื่อให้หลุดพ้นจากกับดักของ PD ได้ รวมทั้งค้นหาว่ามีปัจจัยใดที่ไม่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกัน บทความนี้จะเสนอผลจากการศึกษา 3 แนวทางด้วยกันคือ แนวทางจากผลงานวิจัยโดยใช้แบบจำลองด้วยคอมพิวเตอร์ ผลงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ และงานวิจัยว่าด้วยทฤษฎีองค์การ

การใช้แบบจำลองด้วยคอมพิวเตอร์

ในหนังสือ “The Evolution of Cooperation” โดย Axelrod (1984) ซึ่งเป็นหนังสืออ้างอิงมาตรฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของความร่วมมือกันในระหว่างบุคคลที่ตกอยู่ในสถานการณ์ PD⁶ Axelrod ได้สรุปถึงผลการศึกษาซึ่งอนุมานจากแบบจำลองในคอมพิวเตอร์และการศึกษาถึง PD ในรูปแบบอื่นๆ ด้วยการทำให้เกิดสถานการณ์ PD ขึ้นซ้ำๆ หลายๆ ครั้งแล้วสังเกตผลลัพธ์ ข้อเสนอแนะของ Axelrod สำหรับบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ PD เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือกันแสวงหาประโยชน์สูงสุดจากสถานการณ์นี้มี 4 ประการคือ

1. อย่าอิจฉาริษยา
2. ไม่เป็นคนแรกที่หักหลัง
3. ตอบสนองต่อทางเลือกของอีกคนหนึ่งในทิศทางเดียวกัน เมื่อคู่แข่งร่วมมือหรือหักหลัง
4. ไม่ทำตัวฉลาดเกินกว่าคู่แข่ง

ข้อเสนอแนะแรกนั้นมีพื้นฐานมาจากข้อเท็จจริงที่ว่า สถานการณ์ (หรือในที่นี้เป็น “เกม”) PD นี้ไม่ใช่เป็นเกมที่จะต้องผู้ใดผู้หนึ่งได้ประโยชน์บนความสูญเสียของคู่แข่ง (non-zero-sum game) ผู้หนึ่งอาจได้ประโยชน์มากกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง ถ้าหากทำดีกับอีกฝ่ายหนึ่ง ในความเป็นจริงนั้น ประโยชน์หรือความสำเร็จในระยะยาวของฝ่ายตรงข้ามนั้นขึ้นอยู่กับการณ์ที่ตนเองเริ่มต้นด้วยการทำดีเพื่อตัวเอง

คำแนะนำที่สองนั้น คือให้เป็นสุภาพบุรุษหรือสุภาพสตรี ไม่หักหลังผู้อื่นก่อน จากการสังเกตพบว่า ถึงแม้ผู้ที่หักหลังก่อนจะได้รับประโยชน์มากกว่าในตอนแรก แต่จะทำลายบรรยากาศอันดีมิตร ทำลายความเชื่อถือที่มีต่อกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อความสำเร็จของตนเองในระยะยาว

การตอบสนองในทิศทางเดียวกัน คือ “ร่วมมือมา ร่วมมือตอบ” หรือ “หักหลังมา หักหลังตอบ” จะเป็นเครื่องเตือนใจและจูงใจให้ฝ่ายตรงข้ามหันมาร่วมมือ เนื่องจาก

⁵ สำหรับประเทศที่สนับสนุนการแข่งขันในตลาดอย่างเสรี เช่น สหรัฐอเมริกา การที่โรงพยาบาลสองแห่งในพื้นที่เดียวกัน ร่วมมือกันจะไม่โฆษณาแข่งขันกันเกินระดับที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้กำไรของทั้งสองโรงพยาบาลลดลง อาจถูกจัดเข้าข่ายของการกระทำผิดว่าด้วยกฎหมายป้องกันการผูกขาด (Antitrust Law) อันมีบทบัญญัติเพื่อป้องกันการกระทำในลักษณะที่ขัดขวางการแข่งขันในตลาดอย่างเสรี ซึ่งแตกต่างจากบริบททางกฎหมายและสังคมของประเทศไทย

⁶ ผู้สนใจรายละเอียดของการทดลองสามารถศึกษาได้จากหนังสือดังกล่าว

ฝ่ายตรงข้ามจะรับทราบแล้วว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะตอบได้อย่างคงเส้นคงวาอย่างไร

ข้อแนะนำสุดท้ายนั้นมาจากพื้นฐานที่ว่า ความโปร่งใสหรือความง่ายในการคาดเดาพฤติกรรมของฝ่ายตรงข้ามนั้นจะเป็นประโยชน์ในการทำให้เกิดความร่วมมือสูงขึ้น

Axelrod ยังชี้ให้เห็นว่าความร่วมมือกันในเกมนั้นสามารถส่งเสริมให้เกิดได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงกติกาของเกม เช่น การเพิ่มจำนวนครั้งของการตัดสินใจและระยะเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ให้ยาวนานขึ้น การเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการตัดสินใจต่างๆ (Payoff structure) และการสอนให้บุคคลเข้าใจถึงคุณค่าความเป็นจริงในสังคม และมีทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อช่วยส่งเสริมความร่วมมือกัน

บทเรียนจากมุมมองทางเศรษฐศาสตร์

จากพื้นฐานของทฤษฎีว่าด้วยเกม ข้อมูลจากการทดลอง และการสังเกตเชิงประจักษ์ (empirical observation) ว่าด้วยพฤติกรรมบริษัทการค้าซึ่งตกอยู่ในสถานการณ์ PD พบว่าโอกาสที่คู่แข่งชั้นทางการค้าจะประสบความสำเร็จในการแสวงหาความร่วมมือกันนั้นขึ้นกับประโยชน์ที่จะได้รับ (Payoff structure) ความถี่ของการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ โอกาสในการสื่อสารกัน และช่วงเวลาที่ยาวกว่าที่จะทราบว่าคู่แข่งตัดสินใจไปแล้วอย่างไร (detection lag) (Scherer and Ross 1990; Tirole 1988) กล่าวให้ชัดเจนคือ ความร่วมมือกันนั้นจะมีโอกาสเกิดได้สูงถ้าหากผลประโยชน์ที่ได้รับจากการหักหลังกันลดน้อยลง หรือคู่แข่งทางการค้านั้นๆ ต่างต้องตัดสินใจเชิงกลยุทธ์เพื่อแข่งขันกันซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Axelrod ในข้างต้น การติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผยและรวดเร็วระหว่างคู่แข่งทางการค้า ระยะเวลาที่สั้นลงในการสืบพบว่าคู่แข่งตัดสินใจอย่างไรก็มีส่วนทำให้มีโอกาสร่วมมือกันมากขึ้น ตัวอย่างของการพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วยกำกับความร่วมมือกัน เช่น ข้อตกลงในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการกำหนดราคาและจำนวนสินค้าที่ผลิต จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือกัน โดยทั่วไปแล้วข้อตกลงใดๆ ที่ช่วยเพิ่มการ

ติดต่อสื่อสารและลดโอกาสที่จะหักหลังกันโดยไม่ถูกตรวจสอบได้โดยง่ายจะส่งเสริมความร่วมมือซึ่งกันและกัน

ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ที่ว่าด้วยตลาดซึ่งมีคู่แข่งทางการค้าจำนวนน้อย (Oligopoly theory) และผลการศึกษาเชิงประจักษ์อื่นให้ข้อสรุปทั่วไปต่อการช่วยบ่งชี้ว่าเงื่อนไขของตลาดเช่นไรที่จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างคู่แข่งทางการค้า กล่าวคือ ปัจจัยที่จะมีส่วนช่วยสนับสนุนความร่วมมือกัน ได้แก่ จำนวนบริษัทและการกระจายของขนาดบริษัท (size distribution) เสถียรภาพของอุปทานต่อสินค้าต่างๆ โครงสร้างของอุตสาหกรรมนั้นๆ (Scherer and Ross 1990; Martin 1988) ทั้งนี้เนื่องจากการบรรลุข้อตกลงและการกำกับพฤติกรรมจะกระทำได้อย่างถาวรถ้าหากมีจำนวนคู่แข่งทางการค้ามากขึ้น การกระจายของขนาดบริษัทก็มีความสำคัญ กล่าวคือ การเจรจาต่อรองระหว่างคู่แข่งทางการค้าที่มีขนาดและส่วนแบ่งการตลาดใกล้เคียงกัน จะมีโอกาสเป็นไปได้ราบรื่นมากกว่ากรณีที่คู่แข่งมีขนาดแตกต่างกันมาก ชนิดของสินค้าหรือบริการก็มีความสำคัญ เช่น สินค้าหรือบริการที่มีการกำหนดมาตรฐานไว้และเปลี่ยนแปลงยาก จะทำให้คู่แข่งบรรลุถึงข้อตกลงร่วมมือกันง่าย อีกทั้งการตรวจสอบกำกับก็ทำได้ง่ายเช่นกัน

บทเรียนจากทฤษฎีองค์กร

ในทางตรงกันข้ามกับการศึกษาวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ นักทฤษฎีองค์กรมุ่งเน้นศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรที่อยู่ในลักษณะเครือข่ายเพื่อชี้ให้เห็นถึงปัจจัยของการบริหารองค์กรที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมความร่วมมือกัน

การศึกษาของ D'Aunno และ Zuckerman (1987) ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีองค์กรต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ทฤษฎีการพึ่งพาทรัพยากร (Resource Dependency Theory) ทฤษฎีต้นทุนของธุรกรรม (Transaction Cost Theory)⁷ พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนความร่วมมือระหว่างองค์กร ได้แก่ ขอบเขตของการพึ่งพาทรัพยากร กล่าวคือ โรงพยาบาลจำเป็นต้องร่วมมือกันถ้าหากต้องพึ่งพาทรัพยากรจากภายนอกสูง โรงพยาบาลคู่แข่งที่มีความคล้ายคลึงในลักษณะของการจัด

⁷ ทฤษฎีต้นทุนของธุรกรรมนี้ เป็นทฤษฎีผสมผสานระหว่างทฤษฎีองค์กรกับทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งเรียกว่า Transaction Cost Economics

องค์กร วัฒนธรรมองค์กร จะมีโอกาสร่วมมือกันสูง ซึ่งอาจช่วยอธิบายได้ว่าทำไมความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในการใช้ทรัพยากรร่วมกันจึงไม่ค่อยเกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะความแตกต่างกันในทั้งวัตถุประสงค์ขององค์กร การจัดองค์กร และวัฒนธรรมองค์กร อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลของรัฐบางแห่ง เช่น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ร่วมกับภาคเอกชนในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ร่วมกัน ซึ่งนับเป็นตัวอย่างของการแสวงหากรอบวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ต่างฝ่ายต่างได้รับเป็นหลัก และสังคมได้ประโยชน์จากความร่วมมือนี้ด้วย จึงน่าจะมีการศึกษาให้ลึกซึ้งต่อไปสำหรับบริบทของประเทศไทย

ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล

จากการที่ได้เสนอแนวคิดของสถานการณ์ PD มาทั้งหมด คำถามต่อไปคือว่า จะนำข้อสรุปจาก PD ไปประยุกต์ใช้กับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไร บทความนี้จะขอเสนอตัวอย่างผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกาซึ่งโรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทหลักในการให้บริการดังต่อไปนี้

ในปีพ.ศ. 2539 มีการสำรวจผู้บริหารของโรงพยาบาลกว่า 500 แห่งทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามากกว่าร้อยละ 65 ของโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูล มีการทำความตกลงร่วมมือกับผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ ภายในช่วงเวลา 2 ปีก่อนหน้านั้น โดยเฉพาะในเรื่องการใช้เทคโนโลยีร่วมกัน การจัดกิจกรรมพิเศษในชุมชนร่วมกัน⁹

Hughes และ Luft (1990) พบว่า โรงพยาบาลที่ไม่มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหากำไร ซึ่งมีคู่แข่งเป็นโรงพยาบาลที่แสวงหากำไร จะมีแนวโน้มในการจัดหาเครื่อง CT scanner มากขึ้นกว่ากรณีที่คู่แข่งเป็นโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรเช่นกัน และโรงพยาบาลที่รักษาโรคทั่วไปด้วยกันจะร่วมมือกันเองมากกว่าจะร่วมมือกับโรงพยาบาลที่รักษาโรคเฉพาะทาง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทุกฝ่ายจะเห็นประโยชน์จากความร่วมมือกันชัดเจน แต่ความพยายามในการสร้างความ

ร่วมมือโดยสมัครใจมักไม่เกิดขึ้นง่ายๆ จากเหตุผลของการตกอยู่ในสถานการณ์ PD การกำหนดรูปแบบหรือนโยบายจากภายนอกจะช่วยส่งผลให้เกิดความร่วมมือง่ายขึ้น เช่น การให้ทุนวิจัยที่กำหนดให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ (Kane, Blendon and Madden, 1992)

ข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาที่กล่าวไปแล้วทั้งหมดเป็นดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่ช่วยหนุนเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่

1. ความเชื่อซึ่งกันและกันและความเต็มใจที่จะริเริ่มและแลกเปลี่ยนความร่วมมือกันจะช่วยสนับสนุนให้ความร่วมมือกันประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปของ Axelrod

2. ความคล้ายคลึงกันขององค์กรจะช่วยสนับสนุนความร่วมมือ ซึ่งเป็นไปตามที่คาดไว้จากทฤษฎีองค์การ

3. จากมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ ความร่วมมือจะเป็นไปได้สูง ถ้าหากมีบริการที่คล้ายคลึง มีมาตรฐานที่กำหนดไว้ชัดเจน และมีอุปทานที่มีเสถียรภาพ

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่สนับสนุนความร่วมมือกัน ได้แก่ ธรรมชาติของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งมีความหลากหลาย ซับซ้อนในหลายๆ มิติ ผู้ให้บริการทางการแพทย์เผชิญกับอุปทานของการรับบริการที่ไม่แน่นอน อันเป็นธรรมชาติของความเจ็บป่วยในประชากร การที่กลไกทางการเงินของการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่โรงพยาบาลและผู้ให้บริการต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป (เช่น ความครอบคลุมของผู้มีการประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นในสังคมไทย) นอกจากนี้ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นไปอย่างรวดเร็ว เป็นปัจจัยที่ไม่เอื้อให้เกิดความร่วมมือกัน เพราะต้องมีการเจรจาต่อรองเพื่อแสวงหาข้อตกลงทุกครั้งที่จะจัดหาเทคโนโลยีใหม่ นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะจัดบริการชนิดเบ็ดเสร็จในตัวเอง (one-stop services) เพื่อตอบสนองความต้องการด้าน

⁹ "Survey Outlines Hospital Collaboration Efforts", Hospitals, 20 February 1996.

ความสะดวกสบายของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่

จากธรรมชาติของสถานการณ์ PD ซึ่งทำให้ความร่วมมืออย่างสมัครใจเป็นไปได้ยาก รัฐจึงต้องมีบทบาทแทรกแซงด้วยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือกันใช้เทคโนโลยีเพื่อประโยชน์ต่อสังคม

ข้อพิจารณาในการกำหนดนโยบายของรัฐ

ในตอนสุดท้ายนี้จะกล่าวถึงข้อพิจารณาในการกำหนดนโยบายจากผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ PD ในการจัดหาเทคโนโลยี รวมทั้งการใช้ทรัพยากรอื่น ๆ ร่วมกันเพื่อประโยชน์ของสังคม

1. การจำกัดการแข่งขันโดยไม่ใช้ราคา

รัฐอาจกำหนดให้มีการกำจัดการมีเทคโนโลยีไว้ใช้โดยอาศัยข้อพิจารณาต่างๆ ในด้านประชากร ระบาดวิทยา ภูมิศาสตร์ ผลของการศึกษาเพื่อประเมินเทคโนโลยี การจัดรูปแบบการให้บริการเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมมากที่สุด ดังเช่นที่บางประเทศกำหนดให้ Certificate of Need (CON) เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศในทวีปยุโรป ซึ่งไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา⁹ (Jorkow, 1981; Sloan, 1988) การกำหนดราคาของบริการ (rate regulation) ซึ่งจะส่งผลให้กำไรของผู้ให้บริการลดลงก็จะช่วยขัดขวางการแข่งขันโดยไม่ใช้ราคาได้

ในภาครัฐของประเทศไทย พบว่าโรงพยาบาลใหญ่ๆ ของรัฐแต่ละสังกัด เช่น โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย ฯลฯ ยังไม่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นกิจจะลักษณะ รัฐควรกำหนดให้โรงพยาบาลในภาครัฐมีการจัดหาเทคโนโลยีเพื่อใช้ร่วมกัน สนับสนุนการประสานงานกัน และความร่วมมือกันในแนวราบระหว่างโรงพยาบาลต่างสังกัดมากขึ้น รวมถึงจัดสรรนโยบายในลักษณะที่บังคับ

หรือจูงใจให้มีการจัดหาเทคโนโลยีร่วมกัน

รัฐควรพิจารณาปรับปรุงนโยบายการยกเว้นภาษีศุลกากรการนำเข้าเทคโนโลยีอย่างไม่มีข้อจำกัดเช่นที่ทำอยู่ในปัจจุบัน เพื่อควบคุมการใช้เทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การแทรกแซงโดยรัฐจะให้ผลเป็นที่พึงปรารถนาต่อเมื่อได้พิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นต่อทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เสียภาษีอากรรวมแล้วเท่านั้น ซึ่งจะต้องอาศัยการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมทางเศรษฐศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

2. การสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันด้านราคา

รัฐสามารถมีบทบาทเป็นหลักในการกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันด้านราคาด้วยการกำหนดกลไกในการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลและผู้ให้บริการ ในลักษณะที่สร้างแรงจูงใจให้เกิดความสำนึกด้านต้นทุนและประโยชน์เมื่อมีการสั่งใช้เทคโนโลยี ดังเช่นที่การประกันสังคมจ่ายเงินให้โรงพยาบาลคู่สัญญาในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว (capitation) หรือการต่อรองให้ผู้ให้บริการที่เสนอขอค่าตอบแทนที่ต่ำที่สุดในการให้บริการในขอบเขตที่กำหนดเป็นผู้ให้บริการแก่สมาชิกผู้เอาประกัน¹⁰ อย่างไรก็ตาม แรงจูงใจทางการในสองลักษณะที่กล่าวมานี้ มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้จัดบริการจัดบริการให้น้อยกว่า และมีคุณภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งจะต้องมีการสร้างมาตรฐานขึ้นมาเพื่อควบคุมกำกับให้เหมาะสม แต่จะไม่ขอกล่าวรายละเอียดในบทความนี้

การแข่งขันด้านราคาจะช่วยส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศลดลงได้ ถ้าหากราคาค่ารักษาพยาบาลที่ลดลงไม่กระตุ้นให้ประชาชนแสวงหาการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมากเกินไป (inelastic demand) ซึ่งผลการศึกษาวิจัยได้ยืนยันหลักฐานของการเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ต่อราคาในลักษณะที่ไม่ยืดหยุ่นนี้ (Feldstein, 1993)

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการแข่งขันด้านราคา คือ

⁹ในประเทศสหรัฐอเมริกา การกำหนดให้มี CON เพื่อจำกัดการมีเทคโนโลยีให้เหมาะสมต่อสภาพการณ์ของสังคมนั้น เป็นผลมาจากความพยายามในการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมมากกว่าเพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกัน

¹⁰กรณีนี้พบได้ในการประกันสุขภาพหรือประกันชีวิตหมู่ในบริษัทเอกชนใหญ่ การประกันชีวิตหมู่ของกองทัพซึ่งสามารถสร้างอำนาจต่อรองได้ แต่ยังไม่พบลักษณะนี้แพร่หลายนักในภาครัฐอื่นๆ

ผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะผู้ให้บริการจำเป็นต้องคงคุณภาพของบริการไว้เช่นเดิมเพื่อรักษาอดผู้รับบริการไว้ ในขณะที่ต้องลดราคาลง ผู้ให้บริการจะได้กำไรลดลง นอกจากนี้ประชาชนผู้เสียภาษีอากรก็ได้รับประโยชน์ด้วย หากอุปสงค์ของการรับบริการทางการแพทย์ไม่ยืดหยุ่นดังที่กล่าวไว้ในย่อหน้าที่แล้ว

3. การปรับปรุงให้มีคุณภาพและการเข้าถึงบริการดีขึ้น

ข้อเสนอให้มีการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้นนั้นมีด้วยกันในหลายรูปแบบ แต่ทุกข้อเสนอจะเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความครอบคลุมของการประกันสุขภาพของประชาชน ไม่มากนัก ข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นคือ การเพิ่มความครอบคลุมของการประกันสุขภาพจะทำให้ผู้รับบริการตอบสนองต่อการแข่งขันด้านราคาน้อยลง ส่งผลให้ผู้ให้บริการหันไปแข่งขันโดยไม่ใช้ราคา ซึ่งเป็นสถานการณ์ PD ที่พบบ่อยและส่งผลที่ไม่พึงปรารถนาต่อสังคม ผลสุดท้ายทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันด้านราคาดังที่กล่าวไว้ในข้อ 2 ร่วมไปกับการเพิ่มความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ จะช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นได้

การกำหนดให้มีแนวทางในการปฏิบัติ (Practical guideline) เพื่อส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการนั้นมีผลไม่ชัดเจนต่อการควบคุมการใช้จ่าย แม้จะคาดหวังว่าผลการศึกษาในด้านต้นทุน-ประสิทธิผลของการให้บริการในรูปแบบต่างๆ จะช่วยทำให้ต้นทุนของบริการต่ำลง (Brook, 1991; Wennberg, 1991) แต่การใช้ Practical guideline อาจทำให้ต้นทุนสูงขึ้นได้ถ้าหากรูปแบบการรักษาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันใช้ทรัพยากรน้อยกว่ารูปแบบที่แนะนำโดย guideline อย่างไรก็ตาม Practical guideline

อาจช่วยทำให้ผู้ให้บริการหลุดพ้นจากสถานการณ์ PD ได้ในบางกรณี เช่น การกำหนดมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปเกี่ยวกับการให้การรักษาดูแลโรค หรือสภาวะหนึ่งจะช่วยทำให้ผู้ให้บริการไม่ตวนตดหน้าคู่แข่งด้วยการนำเทคโนโลยีล่าสุดมาใช้ในการรักษาโรคหรือสภาวะนั้นๆ และโดยเฉพาะถ้าหากการจ่ายค่าตอบแทนของบริการนั้นกำหนดไปตามมาตรฐานทางคลินิกของ Practical guideline ยิ่งส่งผลให้ผู้ให้บริการไม่อยากแข่งขันในการแสวงหาเทคโนโลยีโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข และการปกป้องรักษาสิทธิด้านรักษาพยาบาลของประชาชนก็เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่จะสร้างสมดุลในระบบการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีคุณค่าได้

สรุป

ผู้ให้บริการทางการแพทย์เผชิญกับสถานการณ์ PD โดยเฉพาะการแข่งขันโดยไม่ใช้ราคา ต่างแสวงหาเทคโนโลยีไว้ใช้และส่งผลไม่พึงปรารถนาต่อสังคมโดยส่วนรวม

จากธรรมชาติของสถานการณ์ดังกล่าว รัฐพึงเข้ามามีบทบาทแทรกแซงเพื่อปรับแก้ผลไม่พึงปรารถนาจากกับดัก PD ด้วยการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้มีความร่วมมือกันใช้กลไกทางเศรษฐศาสตร์ทางการเงินแก้ไข และควรมีการผสมผสานกับกลไกอื่นๆ ที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพจากมุมมองของทฤษฎีทางการแพทย์ ทฤษฎีองค์การ ระบาดวิทยา ฯลฯ เช่น การประเมินเทคโนโลยี การควบคุมการแพร่กระจายเทคโนโลยี เป็นต้น เพื่อให้สังคมได้รับประโยชน์สูงสุดต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2539) *ทุกข์, สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
2. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. (2539) *การบริหารจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
3. Axelrod, R. (1984) *The evolution of cooperation*. Basic Books, New York.
4. Benjamini, Y.; Gafni, A.; Maital, S. (1986) The diffusion of medical technology: a Prisoner's Dilemma' Trap. *Socio-Economic Planning Science* 20(1), 69-74.

5. D'Aunno, T.A.; Zuckerman, H.S. (1987) The emergence of hospital federations: an integration of perspectives from organizational theory. *Medical Care Review* 44(Fall), 323-343.
6. Feldstein, P.J. (1993) *Health Care Economics*. Delmar Publishers, Albany.
7. Fudenberg, D.; Tirole, J. (1991) *Game Theory*. The MIT Press, Cambridge.
8. Gombeski, W.R. Jr; Luck, C.; Camden, C.; Pimlott, C.; Rucker, J.B. Jr; Wilkin, M. (1996) An approach to improving hospital advertising. *Journal of Hospital Marketing* 11(1), 53-64.
9. Hughes, C.W.; Luft, H.S. (1990) Service patterns in local hospital markets: complementarity or medical arm race. *Health Services Management Research* 3(November), 173-181.
10. Joskow, P.L. (1981) *Controlling hospital costs: the role of government regulation*. The MIT Press, Cambridge.
11. Kane, N.R.; Blendon, R.J.; Madden, S.K. (1992) Tracking the progress of academic health centers, *Health Affairs* 11 (Summer), 181-192.
12. Martin, S. (1988) *Industrial economics*. Macmillan Publishing Company, New York.
13. Mas-Collell, A.; Whinston, M.D. and Green, J.R. (1995) *Microeconomic Theory*. Oxford University Press, New York.
14. Rasmusen, E. (1994) *Games and Information: an introduction to game theory*. Basil Blackwell, Oxford.
15. Rogatz, P. (1981) *Medical technology, health care and the consumer*. Human Sciences Press, New York.
16. Scherer, F.M.; Ross, D. (1990) *Industrial market structure and economic performance*. 3rd ed. Rand McNally, Chicago.
17. Shubik, M. (1982) *Game theory in the social science*. The MIT Press, Cambridge.
18. Sloan, F.A. (1988) *Cost, quality, and access in health care*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
19. Tirole, J. (1988) *The theory of industrial organization*. The MIT Press, Cambridge.
20. Wennberg, J.E. (1991) The road to guidelines. *Health management quarterly* 13(Second Quarter), 2-7.