

Refresher's Course

บทความวิชาการ

รายงานสุขภาพของครัวเรือนในประเทศไทย

ศุภวรรณ สมใจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายแบบแผนของรายงานสุขภาพของครัวเรือน เนื่องจากเป็นรายงานส่วน
ใหญ่ในระบบสุขภาพ และยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นส่วนสำคัญของรายงานสุขภาพในภาพรวมของประเทศ
และควรหาสาเหตุเพื่อนำมาอธิบายการเพิ่มขึ้นของรายงานสุขภาพของครัวเรือน บทความได้นำเสนอการ
บริโภครักษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ อุปสงค์ต่อสุขภาพ อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ
และความจำเป็นต่อบริการสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์การเพิ่มขึ้นของรายงานสุขภาพของครัวเรือน และพยากรณ์
รายงานด้านนี้ วางแผนและกำหนดมาตรการควบคุมการเพิ่มขึ้นของรายงานสุขภาพของครัวเรือน เพื่อให้ใช้
ทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: รายงานสุขภาพครัวเรือน, อุปสงค์ต่อสุขภาพ, อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา หลายประเทศสนใจใน
เรื่องรายงานสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ในประเทศกำลังพัฒนา
หลายประเทศ รายงานด้านสุขภาพของครัวเรือนนับ
เป็นสัดส่วนใหญ่ที่สุดของรายงานสุขภาพของประเทศ
ซึ่งเป็นที่น่าสนใจ และเป็นปัญหาในหลาย ๆ ประเทศ
รวมทั้งประเทศไทย ถึงแม้ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ใน
ประเทศได้มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้า โดยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้บริการสุขภาพ
ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วหน้า และเป็นนโยบายที่
ทำให้รายงานสุขภาพของภาครัฐสูงขึ้น แต่ในสัดส่วน
ของรายงานภาคครัวเรือนก็ไม่ได้ลดลง ในมุมมองทาง
ด้านเศรษฐศาสตร์ การใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของครัว

เรือน จะขึ้นอยู่กับความพึงพอใจที่เกิดจากการได้รับ
ประโยชน์จากการบริโภครักษาสุขภาพ ซึ่งความ
ต้องการในการบริโภครักษาสุขภาพขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย
มีทั้งปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์ เช่น รายได้ ราคาของ
บริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีใช้ทางด้านเศรษฐศาสตร์
เช่น ทักษะ การรับรู้ เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่
ทำให้อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

แนวความคิดการบริโภครักษาสุขภาพ

เมื่อรายงานสุขภาพของครัวเรือนเพิ่มขึ้น ย่อม
แสดงความต้องการบริการสุขภาพของครัวเรือนหรือ
อุปสงค์ของครัวเรือนที่เพิ่มสูงขึ้น โดยอุปสงค์ (demand)
จะหมายถึงปริมาณความต้องการซื้อสินค้าหรือบริการ

ชนิดใดชนิดหนึ่งที่ผู้บริโภคเต็มใจจะซื้อ และสามารถซื้อ
 มาได้ในขณะใดขณะหนึ่ง ณ ระดับราคาต่าง ๆ ใน
 ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จากความหมายดังกล่าว จะเห็น
 ได้ว่าอุปสงค์ที่มีประสิทธิผล (effective demand) จะ
 ต้องเป็นความต้องการที่เป็นไปได้ในงบประมาณที่
 ตนเองมีอยู่ ดังนั้นจึงต้องประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ
 คือ

1. ความต้องการซื้อ (wants) ผู้บริโภคจะต้อง
 มีความอยากได้ในสินค้าหรือบริการเหล่านั้นก่อน การมี
 แต่ความต้องการไม่ถือว่าเป็นอุปสงค์ เพราะอุปสงค์จะ
 ต้องเป็นความต้องการที่สามารถซื้อได้และเกิดการซื้อ
 ขายขึ้นจริง ๆ

2. กำลังซื้อ (purchasing power or ability to
 pay) ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ คือไม่ว่า
 บุคคลนั้นจะมีความอยากได้หรือความต้องการในสินค้า
 หรือบริการมากน้อยเพียงใดก็ตาม หากไม่มีกำลังซื้อ
 แล้วการซื้อขายจริง ๆ จะไม่เกิดขึ้น นั่นคือ จะเป็น
 แต่เพียงความต้องการธรรมดาเท่านั้น ซึ่งไม่ถือว่าเป็น
 อุปสงค์

การเกิดอุปสงค์ในการรักษาพยาบาล มีลักษณะ
 แตกต่างจากอุปสงค์ในสินค้าและบริการอื่น ๆ เนื่อง
 จากเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ (irregular) และไม่อาจคาด
 การณ์ได้ล่วงหน้า (unpredictable) เป็นที่ทราบกันดี
 ว่าการเจ็บป่วยสำหรับแต่ละคนเป็นเหตุการณ์ที่ไม่
 สามารถรู้ได้ล่วงหน้า ดังนั้นอุปสงค์ต่อบริการรักษา
 พยาบาลจะมีขึ้นเมื่อใด เวลาไหน ยากที่จะกำหนดได้
 แน่นนอนแต่ขึ้นอยู่กับค่าความน่าจะเป็น (probability) ที่
 เหตุการณ์เจ็บป่วย (illness) หรืออุบัติเหตุ (accidents)
 ที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ในแต่ละโรคสำหรับแต่ละคนไม่
 จำเป็นต้องเกิดแล้วจะเกิดเป็นแบบเดียวกัน หมายถึง มี
 อาการหนัก สาหัส เท่ากันทุกครั้ง หรือจะมีอาการแบบ
 เดียวกันนี้ในทุกคน บางคนอาจป่วยด้วยโรคนี้น้อย
 น้อย บางคนจะเป็นมากเนื่องจากปัจจัยอายุ เพศ หรือ
 ความแข็งแรงของร่างกาย ณ เวลานั้น

จะเห็นว่าการที่จะเกิดอุปสงค์ต่อบริการรักษา

พยาบาลได้นั้น ต้องประกอบไปด้วยความต้องการใน
 บริการ พร้อมกับมีอำนาจซื้อ คือมีรายได้พอเพียง และ
 ยังเป็นอุปสงค์ที่เกิดไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ได้
 ล่วงหน้า ดังนั้นครัวเรือนจึงไม่สามารถคาดคะเนได้ว่า
 จะเกิดรายจ่ายนี้เมื่อใด การประมาณการหรือพยากรณ์
 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนจึงเป็นสิ่งสำคัญ
 ที่จะช่วยให้ประมาณรายจ่ายด้านนี้ เพื่อเตรียมความ
 พร้อมเมื่อเกิดความต้องการได้ทันที โดยปัจจัยที่จะ
 ทำให้รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนเพิ่มขึ้นนั้น ประกอบ
 ด้วยหลายปัจจัย สามารถอธิบายได้จากแนวความคิดว่า
 ด้วยการบริโภคบริการรักษาพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย
 แนวคิดอุปสงค์ต่อสุขภาพ (demand for health) อุป
 สงค์ต่อบริการรักษาพยาบาล (demand for health ser-
 vices) และความจำเป็นในการรับบริการ (need for
 health service)

1. อุปสงค์ต่อสุขภาพ (demand for health)

Michael Grossman⁽¹⁾ เป็นผู้เสนอแนวความ
 คิดว่าด้วยอุปสงค์ต่อสุขภาพ (demand for health)
 โดยมองว่าอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพเกิดจากการที่บุคคล
 มีอุปสงค์ต่อสุขภาพ คือต้องการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจาก
 สุขภาพที่ดีได้ก่ออรรถประโยชน์ต่อบุคคล ถ้าหากบุคคล
 มีสุขภาพที่แข็งแรงดีแล้ว อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพก็จะ
 ไม่เกิดขึ้น ในทัศนะของ Michael Grossman บุคคล
 จะเปรียบเทียบระหว่างผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการ
 ที่จะมียุทธศาสตร์ และค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสียไป เพื่อให้มี
 สุขภาพที่ดีดังกล่าว โดยผู้บริโภคถูกสมมติให้รู้ถึงสถานะ
 สุขภาพของตน (health status) อัตราของความเสื่อม
 ของสุขภาพ (rate of depreciation) และรูปแบบ
 ของการผลิต (production function) ในการยกระดับ
 สถานะสุขภาพของตน

2. อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ (demand for health services)

อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ หมายถึง ปริมาณ
 บริการรักษาพยาบาลที่ผู้บริโภคต้องการซื้อ ณ ระดับ
 ราคาต่าง ๆ กัน หรือ ณ ระดับราคาต่าง ๆ กันของ

สินค้าที่เกี่ยวข้อง เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างราคาและปริมาณของการซื้อบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของผู้บริโภค ก็คือ การแสวงหาความพอใจสูงสุด (utility maximization) จากการบริโภคสินค้าและบริการ เนื่องจากสินค้าและบริการมีเป็นจำนวนมาก การที่ผู้บริโภคจะเลือกบริโภคสินค้าและบริการชนิดใดขึ้นอยู่กับว่าผู้บริโภคมี "อุปสงค์" ในสินค้าและบริการนั้น ๆ หรือไม่ ภายใต้กรอบระบบเศรษฐกิจแบบเสรี ในทางเศรษฐศาสตร์ได้ให้นิยามของอุปสงค์ว่า หมายถึง ปริมาณสินค้าที่ผู้บริโภคต้องการซื้อ ณ ระดับราคาหนึ่ง ๆ หรือ ณ ระดับราคาสินค้าที่เกี่ยวข้องหนึ่ง ๆ โดยกำหนดให้ปัจจัยที่กำหนดอุปสงค์อื่น ๆ เช่น รสนิยม ฤดูกาล ฯลฯ คงที่

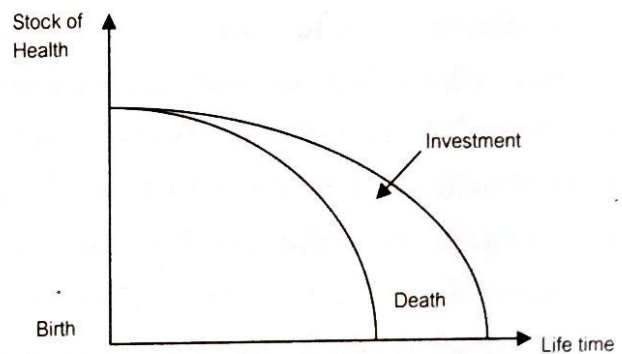
อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพถือว่าเป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (derived demand) ของอุปสงค์ต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะว่าสุขภาพดีให้อรรถประโยชน์แก่บุคคล ซึ่งต้องการบริการสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพดีและสร้างอรรถประโยชน์ได้ หากมีสุขภาพที่แข็งแรงดีแล้วก็ไม่จำเป็นต้องการบริการสุขภาพ⁽²⁾ ซึ่งสามารถอธิบายโดยอาศัยทฤษฎีของ Michael Grossman

Grossman's model

เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของการบริโภคบริการสุขภาพได้ เนื่องจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ไม่สามารถตอบคำถามที่ว่า ทำไมคนถึงจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสุขภาพ และทำไมคนถึงต้องการมีสุขภาพที่ดี Michael Grossman ได้ตอบคำถามเหล่านี้ซึ่งอธิบายผ่านทฤษฎีของทุนมนุษย์ โดยเห็นว่ามนุษย์มีการลงทุนด้วยตนเอง ผ่านการเรียนรู้ การฝึกอบรม เพื่อเพิ่มทุนด้านความรู้ ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพได้ในอนาคต เช่นเดียวกับการรักษาสุขภาพ มนุษย์มีการบริโภคและการลงทุนในสุขภาพของตน เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยและมีอายุยืนยาวขึ้น⁽¹⁾ ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์ การบริโภค (consumption) มีความหมายแตกต่างจากการลงทุน (Investment) เนื่องจาก

การบริโภค เป็นการใช้ทรัพยากรเพื่อมุ่งแสวงหาความพอใจในปัจจุบัน ส่วนการลงทุนเป็นการใช้ทรัพยากรเพื่อมุ่งแสวงหาความพอใจในอนาคต โดยปรกตสินค้าและบริการโดยทั่วไปมักมีลักษณะของการบริโภคและการลงทุนร่วมกันอยู่เสมอ บริการรักษาพยาบาลก็มีลักษณะของการบริโภคและลงทุนประกอบกันอยู่ เช่น การที่ผู้บริโภคเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลก็เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย สามารถประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ต่อไปในอนาคตคือการลงทุนแต่ในขณะเดียวกัน การอยู่ห้องพิเศษ ก็เพื่อความสะดวกสบายในปัจจุบันคือการบริโภค ซึ่งหากการบริการรักษาพยาบาลมีลักษณะของการบริโภคมากกว่าการลงทุนแล้ว ก็อาจกลายเป็นเรื่องฟุ่มเฟือย ดังนั้นการบริโภคบริการรักษาพยาบาลสามารถอธิบายได้โดยผ่านสมมติฐานการบริโภคบริการรักษาพยาบาล ดังรูปที่ 1

จากรูปความมั่นคงทางสุขภาพของมนุษย์จะลดลงเรื่อยจนกระทั่งถึงอายุขัยของชีวิต แต่มนุษย์สามารถยืดระยะเวลาการสิ้นอายุขัยของชีวิตออกไปได้ ด้วยการลงทุนทางด้านสุขภาพ ซึ่งสุขภาพที่ดีไม่สามารถหาซื้อได้ เช่น ผ่านการออกกำลังกาย หรือการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น เพื่อต้องการยืดระยะเวลาที่มีสุขภาพดีให้ยืนยาวออกไปซึ่งการลงทุนนี้จะเพิ่มขึ้นตามปัจจัยบางประการ เช่น รายได้ เป็นต้น แต่จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการมีสุขภาพที่ดี คือสามารถก่อประโยชน์ให้กับตนเองได้มาก



รูปที่ 1 สมมติฐานการบริโภคบริการรักษาพยาบาล⁽³⁾

น้อยเพียงใด ถ้าสามารถก่อประโยชน์ได้มาก ก็คุ้มค่าที่จะต้องลงทุนเพื่อยืดระยะเวลาออกไป เช่น ถ้ามีอายุยืนยาวขึ้นหรือหายจากอาการเจ็บป่วย ก็อาจทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวได้มากขึ้น เป็นต้น Michael Grossman⁽¹⁾ ได้อธิบายปัจจัยที่ทำให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการรักษาพยาบาล ได้แก่

1) อายุ อัตราการเสื่อมของความมั่นคงในสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ก็จะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้คงมีสุขภาพที่ดี

2) รายได้ หากรายได้เพิ่มขึ้นจะเป็นการขยายผลประโยชน์เพิ่มเติมของการลงทุนในสุขภาพ ดังนั้น จะเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพด้วย เนื่องจากบุคคลมีความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุด แต่ทรัพยากรมีจำนวนจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการบุคคลจึงต้องเปรียบเทียบทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่ (trade off) โดยต้องเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์ที่จะได้รับ และตัดสินใจเลือกว่าจะต้องการลงทุนโดยผ่านการซื้อบริการสุขภาพหรือไม่ ซึ่งรายได้ที่ได้รับจะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ถ้าบุคคลมีอายุยืนยาวขึ้น หรือหายจากการเจ็บป่วย โดยการไปพบแพทย์แล้ว อาจนำเวลาที่เหลือไปทำประโยชน์โดยหารายได้เพิ่มมากขึ้น บุคคลก็จะเต็มใจที่จะลงทุน เพราะฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมักจะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า เนื่องจากมีผลตอบแทนจากการลงทุนในสุขภาพสูงกว่านั่นเอง

3) การศึกษา Grossman มองว่าการศึกษาก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตหรือการทำงานให้กับบุคคล เปรียบเสมือนเทคโนโลยีอันทันสมัยสามารถเพิ่มผลิตภาพให้กับโรงงานได้ ดังนั้น การเพิ่มขึ้นในด้านของการศึกษาจึงสามารถยกระดับของอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพให้สูงขึ้น เพราะเมื่อคนมีการศึกษาเพิ่มขึ้นอาจทำประโยชน์ได้มากกว่านั่นเอง

3. ความจำเป็นต่อบริการสุขภาพ (need for health services)

ความจำเป็น โดยหลักของอุปสงค์นั้น สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ Normative Need, Felt Need, Expressed Need และ Comparative Need ความจำเป็นต่อบริการรักษาพยาบาลที่มีกล่าวถึงกันโดยทั่วไป ได้แก่ Normative Need

1. Normative Need หมายถึง ความจำเป็นที่ควรมี ที่ควรเกิดขึ้น เป็นความจำเป็นที่ผู้บริโภคต้องได้รับบริการรักษาพยาบาลเมื่อระดับสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐาน (norm) ซึ่งถือว่าไม่ปกติ ความจำเป็นประเภทนี้ถูกกำหนดจาก ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งก็ได้แก่ แพทย์เป็นผู้ประเมิน โดยกำหนดมาตรฐานที่ควรจะเป็น ขึ้นก่อนแล้วเปรียบเทียบกับที่ปรากฏอยู่จริง หากพบว่าในสังคมต่ำกว่ามาตรฐาน ก็จะถูกประเมินว่าบุคคลหรือสังคมนั้น ๆ มีความจำเป็น

2. Felt Need หมายถึง ความต้องการที่ผู้บริโภครู้สึกหรือตระหนัก (perceive) ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ปกติ และมีความจำเป็นที่จะต้องรับบริการรักษาพยาบาล ซึ่งก็อาจเป็นความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์หรือ อาจกล่าวได้ว่า ความจำเป็น (need) กลายเป็นความต้องการ (want)

3. Expressed Need การที่ผู้บริโภคมีความรู้สึกว่าสุขภาพไม่ปกติ และมีความจำเป็นต้องได้รับบริการรักษาพยาบาล โดยแสดงออกด้วยการไปพบแพทย์ นั่นก็คืออุปสงค์ของบุคคลหรือสังคมนั้น ๆ โดยอาจจะกล่าวว่า เมื่อตระหนักถึงความจำเป็น และมีกำลังซื้อ จึงเกิดเป็นอุปสงค์ที่แสดงออกมาด้วย

4. Comparative Need การที่ผู้บริโภคคิดว่าตนมีสุขภาพไม่ปกติ มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ในประเภทหรือปริมาณที่ตนคิดว่าจำเป็นโดยเปรียบเทียบกับผู้บริโภครายอื่น

ความจำเป็นทางด้านสุขภาพมิได้หมายความว่าความจำเป็นในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงความจำเป็นต้องได้รับ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม หากมีแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกประเมิน

ว่าบุคคลควรมีปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังมี นั่นคือ สังคมนั้นมี normative need หากบุคคลที่ขาดปัจจัยที่จะส่งเสริมการมีสุขภาพสมบูรณ์นั้นและตระหนักถึงความขาดนั้น ๆ ถือว่าบุคคลนั้น ๆ มี felt need และเมื่อบุคคลแสดงออกว่าต้องการจัดให้มีปัจจัยดังกล่าว จึงถือว่าเกิด expressed need

จาก 3 แนวคิดจะเห็นว่า จุดมุ่งหมายของบุคคล คือต้องการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงต้องมีการบริโภค บริการรักษาพยาบาล เพื่อให้บรรลุสุขภาพที่ดี โดยครัวเรือนจะบริโภคบริการสุขภาพมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ความตระหนักถึงสุขภาพของตน หรือการกำหนดของ แพทย์ รวมทั้งปัจจัยอีกหลายอย่าง เช่น รายได้ อายุ การศึกษา เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาช่วยในการ อธิบายแบบแผนของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนได้ สามารถสรุปอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพในรูปของฟังก์ชันได้ ดังนี้

Quantity Demanded = f (out - of - pocket price, real income, travel and time for health services costs, price of substitutes and complements, tastes and preference, rate of health depreciation, stock of health, and quality of care)

1) ราคาของบริการสุขภาพ อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างราคาของบริการสุขภาพและปริมาณการซื้อบริการสุขภาพ นั่นคือ เมื่อราคาของบริการสุขภาพต่ำลง ปริมาณการซื้อบริการสุขภาพจะสูงขึ้น

2) รายได้ ผู้ที่มีรายได้สูงขึ้น จะมีการซื้อบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การมีอรรถประโยชน์เพิ่มสูงขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงของรายได้จะมีผลกระทบต่อปริมาณการซื้ออย่างน้อยแค่ไหน ขึ้นกับลักษณะของบริการสุขภาพ ถ้าเป็นบริการสุขภาพปรกติ เช่นการตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อบุคคลมีรายได้เพิ่มขึ้น ย่อมสนใจในสุขภาพและใช้บริการตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่รายได้จะมีผลกระทบน้อยในกรณีที่เป็นบริการสุขภาพแบบฉุกเฉินซึ่งพบว่าอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ

ของครัวเรือนของประเทศไทย แปรผันตามรายได้ โดยเมื่อมีรายได้สูงขึ้นสัดส่วนการไปใช้บริการภาคเอกชน จะเพิ่มสูงขึ้น

3) ต้นทุนของเวลา เช่น ค่าเดินทาง และ ต้นทุนค่าเสียโอกาส

4) ราคาของสินค้าที่เกี่ยวข้อง เช่น ราคาของ อุปกรณ์การออกกำลังกายถูกลง หรือค่าสมาชิกสถาน ออกกำลังกายถูกลง บุคคลจึงเลือกที่จะบริโภคสิ่งเหล่านี้ เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย ทำให้การ บริโภคบริการรักษาพยาบาลลดลง

5) การเสื่อมถอยของสุขภาพ เช่น อายุและการศึกษา อัตราการเสื่อมของความมั่นคงในสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่มากขึ้น เพื่อให้ยังมีสุขภาพดี ส่วนการศึกษา Grossman มองว่าการ ศึกษาเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตหรือการทำงานให้กับบุคคล เปรียบเสมือนเทคโนโลยีอันทันสมัย สามารถเพิ่มผลิตภาพให้กับโรงงานได้ ดังนั้น การเพิ่มขึ้นในด้านของการศึกษาจึงสามารถยกระดับของอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพให้สูงขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีความรู้มักจะ ใส่ใจในสุขภาพของตนมากกว่า โดยเฉพาะในด้าน การตรวจสุขภาพ เพราะเมื่อคนมีการศึกษาเพิ่มขึ้นสามารถ มีรายได้มากกว่านั่นเอง

6) ความมั่นคงของสุขภาพ ผู้ที่มีความมั่นคงทางสุขภาพต่ำกว่าจะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพสูงกว่า ผู้ที่มีความมั่นคงทางสุขภาพสูงกว่า โดยขึ้นอยู่กับหลาย ปัจจัย เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีโรคเรื้อรัง ปัญหาทาง สุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่น เป็นต้น

7) รสนิยม เป็นตัวสะท้อนถึงค่านิยมของ บุคคลที่มีต่ออรรถประโยชน์ที่ได้รับจากสุขภาพ นำไปสู่ อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ

8) คุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพ เป็น ปัจจัยที่วัดได้ยาก เนื่องจากแต่ละบุคคลอาจพิจารณาได้

แตกต่างกันออกไป เช่น จากชื่อเสียงของสถานบริการสุขภาพ หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย เป็นต้น

จากฟังก์ชันอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากหลาย ๆ งานวิจัย โดยเริ่มแรกได้มีนักวิชาการสนใจและพยายามอธิบายแบบแผนของการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพครัวเรือน โดยพิสูจนสมมติฐานของ Grossman เช่น Musgrove P⁽⁴⁾, Wagstaff A⁽⁵⁾, Haveman R et al.⁽⁶⁾ Nocera S and Zweifel P⁽⁷⁾ เป็นต้น นอกจากนี้ นักวิชาการต่อมา ยังได้นำตัวแปรมาศึกษาเพิ่มเติม เช่น Fabbri D and Monfacrdini C⁽⁸⁾ ได้นำตัวแปรทางด้านพฤติกรรม การดำเนินชีวิต การเข้าถึงบริการ รวมทั้งตัวแปรด้านสุขภาพมาพิจารณาร่วมด้วย ได้แก่ การอาศัยอยู่ในหรือนอกเขตเทศบาล การว่างงาน เพศ การมีโรคเรื้อรัง การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ปัญหาการได้ยิน ปัญหาทางการมองเห็น เป็นต้น ซึ่งงานวิจัยของต่างประเทศจะพบคล้าย ๆ กันว่า รายได้ของครัวเรือน การศึกษา การเจ็บป่วยเรื้อรัง อายุที่มากขึ้น รวมทั้ง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ล้วนส่งผลให้การบริโภคบริการสุขภาพสูงขึ้น สำหรับประเทศไทยการศึกษารายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนยังมีไม่มากนัก ตัวอย่างเช่น งานศึกษาของ ดาวมงคลสมัย และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งพบเช่นเดียวกันว่าเมื่อรายได้ของครัวเรือนสูงขึ้น ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้รายจ่ายสุขภาพของภาคเอกชนเพิ่มสูงขึ้นด้วย

สถานการณ์รายจ่ายสุขภาพครัวเรือนของประเทศไทย

ในอดีตรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยเป็นของภาคเอกชน โดยมีแหล่งเงินจากครัวเรือนที่เป็นแหล่งใหญ่ที่สุด เนื่องจากประชาชนต้องจ่ายเงินเองเมื่อใช้บริการ โดยเฉพาะพฤติกรรมของประชาชนที่นิยมซื้อยา กินเอง หรือใช้บริการในสถานบริการที่ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้ เช่น คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน ทำให้แหล่งเงินจากครัวเรือนมีบทบาทมากในการจัดบริการสุขภาพ สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพภาคครัวเรือนมีค่าเกินกว่าร้อยละ 60 โดยตลอด

ใน พ.ศ. 2523 แหล่งเงินจากครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 68.6 เพิ่มขึ้นสูงสุดใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 80.07 เนื่องจากการปรับลดงบประมาณภาครัฐ ทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หลังจาก พ.ศ. 2532 จนถึงช่วงวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 แหล่งเงินจากครัวเรือนมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนลดลงเรื่อย ๆ เป็นร้อยละ 62.2 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.03 ใน พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ งบประมาณภาครัฐ มีการปรับลดลง และใน พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนร้อยละ 66.76 (รูปที่ 2) ซึ่งลดลงเล็กน้อย ถึงแม้ว่ารัฐจะมี นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันแสดงให้เห็นว่า การใช้บริการที่ไม่ได้รวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังคงมีอยู่ โดยเฉพาะการซื้อยา กินเอง การใช้คลินิกเอกชน (รูปที่ 3)

เมื่อจำแนกตามแหล่งที่มาของรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน จะพบว่าส่วนใหญ่จะมาจากภาคครัวเรือน และนายจ้าง มากกว่าจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยแนวโน้มของสัดส่วนรายจ่ายจากการประกันสุขภาพเอกชน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 3.2 ใน พ.ศ. 2548 แต่ก็นับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับรายจ่ายจากครัวเรือนและนายจ้าง⁽¹⁰⁾

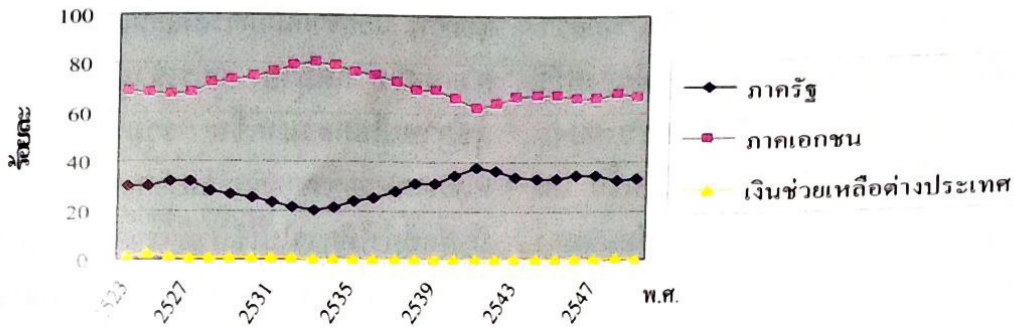
รายจ่ายสุขภาพของภาคเอกชนจะประกอบด้วยค่ารักษาพยาบาล ค่ายาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสำรวจแบบแผนรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ได้จากการสำรวจรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเมื่อจำแนกรายจ่าย 2 รายการนี้จะพบว่า

1. รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนสำหรับการซื้อยา กินเอง ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 ปริมาณการซื้อยา กินเองของประชาชน มีมูลค่า 36 ล้านบาท จนถึง พ.ศ. 2539 มีมูลค่า 41 ล้านบาท แต่จะมีมูลค่าเพิ่มขึ้นหลังเกิดวิกฤตใน พ.ศ. 2541 การซื้อยา กินเองของประชาชนเพิ่มขึ้นเป็น 49 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2543 และลดลงเป็น 40 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2547 (รูปที่ 3) ซึ่งเป็นมูลค่าที่ใกล้เคียงกับก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ

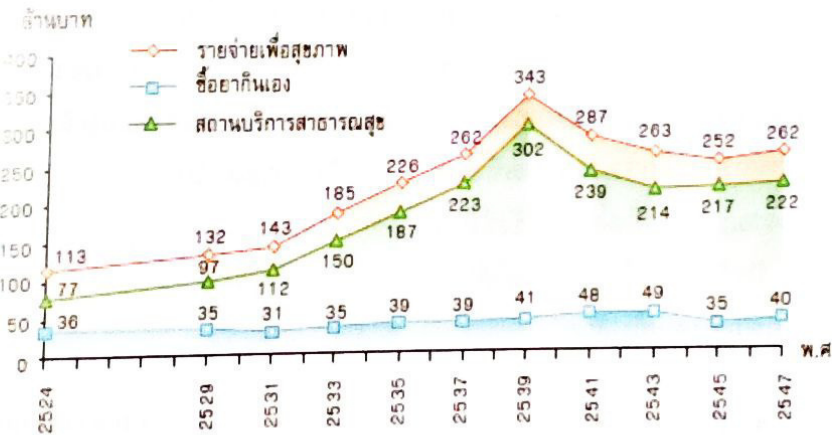
2. รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อรับบริการในสถานบริการ มีสัดส่วนสูงขึ้นในสถานบริการของเอกชน จาก พ.ศ. 2529 มีสัดส่วนร้อยละ 40.0 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.7 ใน พ.ศ. 2547 แต่สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงในสถานบริการของภาครัฐ จาก พ.ศ. 2529 มีสัดส่วนร้อยละ

ละ 50.0 ลดลงเป็นร้อยละ 40.1 (รูปที่ 4) โดยปีที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ประชาชนไปใช้บริการในสถานบริการของภาคเอกชนลดลง และมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเศรษฐกิจดีขึ้น ขณะเดียวกันในปีที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ สัดส่วนการไปใช้บริการในสถานบริการของภาครัฐสูง

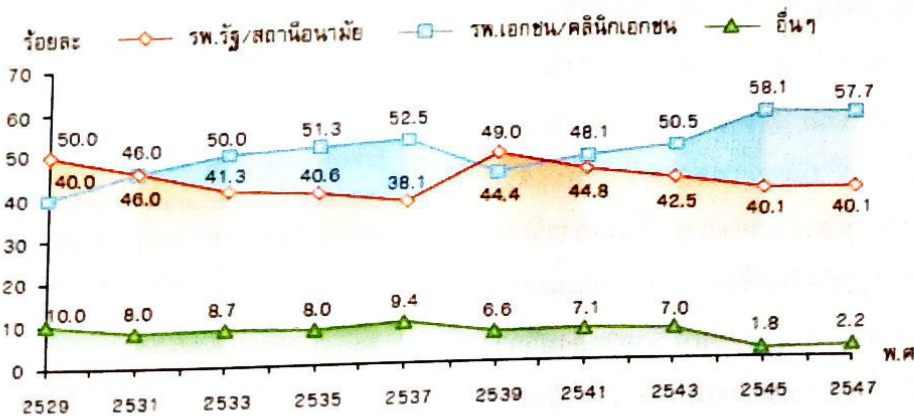
รายจ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ.2523-พ.ศ.2548



รูปที่ 2 รายจ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548⁽¹⁰⁾



รูปที่ 3 รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2524-2547⁽¹⁰⁾



รูปที่ 4 สัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2529-2547⁽¹⁰⁾

ขึ้นอย่างชัดเจน และกลับลดลงเมื่อเศรษฐกิจเริ่มดีขึ้น จากการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนทำให้เป็นที่น่าสนใจว่า เพราะเหตุใดรายจ่ายสุขภาพของภาคครัวเรือนของประเทศไทยจึงไม่ลดลงเมื่อดูจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของประเทศไทยในสถิติของแบบแผนรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน พบว่ารายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นนั้นส่วนใหญ่ เป็นค่าบริการในสถานพยาบาลในภาคเอกชน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า มีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ และรายได้ของครัวเรือน เมื่อใดที่มีรายได้ หรือเศรษฐกิจดี ประชาชนจะหันไปรักษาพยาบาลในสถานบริการเอกชนเพิ่มขึ้น แต่เมื่อใดที่เศรษฐกิจไม่ดี หรือรายได้ของครัวเรือนลดลง ประชาชนก็จะหันไปรักษาพยาบาลในสถานบริการของภาครัฐเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้รายจ่ายสุขภาพในภาพรวมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่รายจ่ายสุขภาพในภาคเอกชนมีสัดส่วนที่สูงกว่า รวมทั้งถ้าพิจารณาจากฟังก์ชันอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ ที่พบว่ารายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับรายได้แล้ว การคมนาคมที่สะดวกขึ้นส่งผลให้ต้นทุนการเดินทางต่ำลง นอกจากนั้นการที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา รวมทั้งการเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

สรุป

จากรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น เป็นสิ่งที่ควรจะให้ความสำคัญ ซึ่งนักวิชาการต่างประเทศได้พยายามศึกษาสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายนี้ เพื่อให้สามารถคาดประมาณหรือสามารถพยากรณ์รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนได้ในอนาคต ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดการบริโภคการรักษาพยาบาล สามารถสรุปปัจจัยเพื่อทำนายแบบแผนของรายจ่ายสุขภาพภาคครัวเรือนได้ ได้แก่ ราคาของบริการสุขภาพ รายได้ครัวเรือน ต้นทุนของเวลา ราคาสินค้าที่เกี่ยวข้อง การเสื่อมถอยของสุขภาพ ความมั่นคงของ

สุขภาพ รสนิยม และคุณภาพบริการ โดยการคาดประมาณทางเศรษฐศาสตร์มักจะให้ความสนใจในปัจจัยที่สามารถวัดได้ เช่น ราคาของบริการสุขภาพ รายได้ของครัวเรือน ต้นทุนของเวลา ราคาสินค้าที่เกี่ยวข้อง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ยากจะวัดออกมาเป็นตัวเลขได้ แต่สามารถใช้ตัวแปรอื่น ๆ ทดแทนได้ เช่น ใช้อัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้นวัดปัจจัยความมั่นคงของสุขภาพ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของค่านิยมที่เน้นความสะดวก การเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุที่สุขภาพเสื่อมถอยขึ้น รวมทั้งการแข่งขันในด้านคุณภาพบริการของสถานบริการเอกชน เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ประชาชนใช้บริการของสถานบริการเอกชนสูงขึ้น จากการแข่งขันการมีจำกัด สัดส่วนการบริโภคบริการสุขภาพของประชาชนสูงขึ้น ย่อมทำให้เสียโอกาสในการนำรายได้ที่มีจำกัดเป็นเงินออมหรืออื่น ๆ ดังนั้นการศึกษาแบบแผนรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนจึงสามารถช่วยในการวางแผนและดำเนินมาตรการควบคุมการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Grossman M. The Demand for health: A theoretical and empirical investigation. New York: Columbia University; 1972.
2. สมชาย สุขสิริเสรีกุล. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
3. Isabelle H. Demand for medical services. [online] 2010 [cited 2010 Mar 31]; Available from: URL: http://maitdeaecosante.univ-paris1.fr/IMG/pdf/grossman_model_Mode_de_compatibilite_sec.pdf.
4. Musgrove P. Family health care spending in Latin America. *Journal of Health Economics* 1983; 12:245-57.
5. Wagstaff A. The demand for health: an empirical reformulation of the Grossman model. *Health Economics* 1993; 2(2):189-98.

6. Haveman R, Wolfe B, Kreider B, Stone M. Market work, wages, and men's health, *Journal of Health Economics* 1994; 13:163-82.
7. Nocera S, Zweifel P. The demand for health: an empirical test of the Grossman Model using panel data. *Developments in health economics and public policy* 1998; 6:35-49.
8. Fabbri D, Monfardini C. Public vs. private health care services demand in Italy. Bologna: University of Bologna; 2002.
9. คาว มงคลสมัย, สมชาย สุขศิริเสรีกุล, เพลินพิศ สัตย์สงวน, ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์. การจัดทำแบบจำลองรายจ่ายสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2550.

Abstract Household Health Expenditure in Thailand

Darunwan Somjai

Faculty of Public and Environment Health, Huachiew Chalermprakiet University

Journal of Health Science 2011; 20:145-53.

This paper attempts to explain household health expenditure that is the largest shares of the Healthcare expenditure. Increasing of household health expenditure is very interesting in determinants of a household's total healthcare consumption. Consumption of healthcare can be explained by 3 concepts: demand for health, demand for health services and need for health services that can be used to predict household health expenditure. Moreover, these concepts can be used to plan for controlling household health expenditure and improving the efficiency of utilizing health resources in the future.

Key words: household health expenditure, demand for health, demand for health services