

Health economic

CHSS 414

ภาพรวมสถานการณ์ NCDs ปี 2567-2568

- **สาเหตุการเสียชีวิตหลัก:** โรค NCDs คร่าชีวิตประชากรไทยกว่า 400,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 74-81 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ
- **กลุ่มโรคหลัก:** โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
- **อัตราความชุก:**
 - **ความดันโลหิตสูง:** ประมาณ 14 ล้านคน
 - **เบาหวาน:** ประมาณ 6.5 ล้านคน (มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 350,000 รายต่อปี)
 - **น้ำหนักเกิน/โรคอ้วน:** กว่าครึ่งหนึ่งของประชากรไทย หรือประมาณ 27.4 ล้านคน มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือเป็นโรคอ้วน
- **ประชากรกลุ่มเสี่ยง:** ผู้สูงอายุ (7.4 ล้านคน) ร้อยละ 75 ป่วยด้วยโรค NCDs เรื้อรัง และที่น่ากังวลคือ คนวัยทำงานและคนรุ่นใหม่มีแนวโน้มความเสี่ยงสูงขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม
- **ภาระทางเศรษฐกิจ:** โรค NCDs สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจของไทยสูงถึงประมาณ 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี (ข้อมูลปี 2562) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียทางอ้อมจากการขาดงานหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
- **ค่ารักษาพยาบาล:** ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยตรงมีมูลค่าสูงหลายแสนล้านบาทต่อปี เช่น เฉพาะโรคเบาหวานอย่างเดียวมีค่าใช้จ่ายกว่า 2 หมื่นล้านบาทต่อปี และอาจสูงขึ้นไปถึง 3.5 แสนล้านบาทเมื่อรวมภาวะแทรกซ้อน

บุหรืคร่าชีวิตคนไทยมากกว่า 80,000 คนต่อปี คิดเป็น 18% ของการเสียชีวิตทั้งหมด

ประเทศไทยมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในบรรดาประเทศในภูมิภาคอาเซียน

ผู้ใหญ่ 30.9% (ชาย 28.9% และหญิง 32.7%) ในประเทศไทยมีกิจกรรมออกกำลังกายไม่เพียงพอตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

ไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2563 อยู่ที่ 3.6 กรัม/วัน ซึ่งเกือบสองเท่าของปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ

ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs อันเนื่องมาจากมลพิษทางอากาศมากกว่า 33,000 ราย

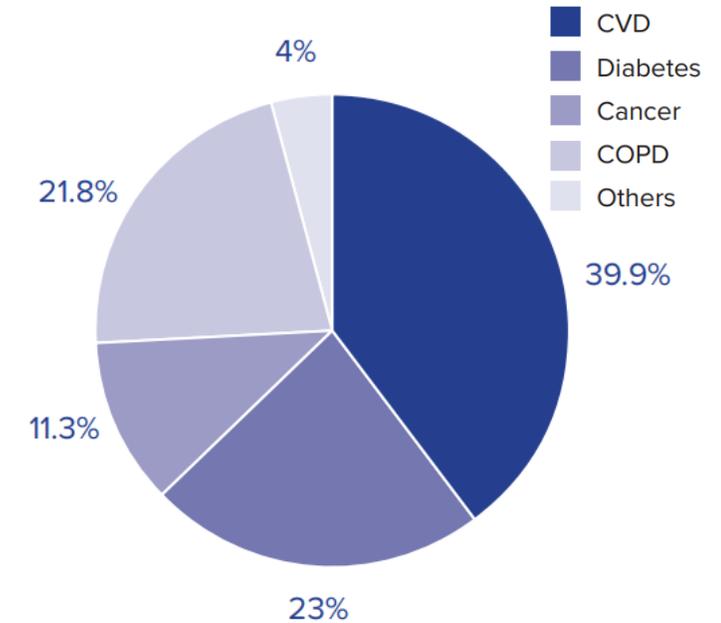


ภาระเศรษฐกิจรวมของโรค NCD จำแนกตามประเภทต้นทุน ปี 2562

หน่วย: พันล้านบาท

Cost	CVD	Cancer	Diabetes	Chronic respiratory diseases	Other NCDs	Total	Total as % GDP
Direct costs							
Health spending*	36.8	24.9	4.4	7.2	66.1	139.3	0.8
Total direct costs	36.8	24.9	4.4	7.2	66.1	139.3	0.8
Indirect costs							
Absenteeism	18.0	0.9	8.0	7.5	NA	34.6	0.2
Presenteeism	17.2	1.0	3.8	34.9	NA	56.9	0.3
Premature withdrawal from work	580.4	157.8	359.3	309.2	NA	1406.8	8.3
Total indirect costs	615.7	159.8	371.1	351.6	NA	1498.2	8.9
Total	652.5	184.6	375.5	358.8	66.1	1637.5	9.7
Total as % GDP	3.9	1.1	2.2	2.1	0.4	9.7	

โครงสร้างภาระทางเศรษฐกิจของโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามโรค
ประเทศไทย พ.ศ. 2562



NA, not available, * Values are 2018 costs, but combined with 2019, as more recent estimates are not available



ภาระทางเศรษฐกิจรวมของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามประเภทต้นทุน ปี 2562

หน่วย: พันล้านบาท

Risk factor	Ambient air pollution	Household air pollution	Harmful use of alcohol	Tobacco use	Unhealthy diet (high sodium)	Insufficient physical activity
By cost type						
Absenteeism	2.8	0.8	2.4	5.6	3.2	0.5
Presenteeism	6.0	1.8	2.3	17.0	3.0	0.2
Premature withdrawal from work	154.9	35.2	88.5	329.3	94.6	20.7
By disease						
CVD	18.0	0.9	8.0	7.5	NA	34.6
Diabetes	19.4	4.7	72.5	20.8	100.1	0.9
Cancer	57.3	16.6	2.9	61.6	0	20.2
COPD	4.4	1.1	17.8	26.5	0.6	0.3
COPD	82.7	15.5	0	243.1	0	0
Total	163.8	37.7	93.2	352.0	100.8	21.4

https://thailand.un.org/sites/default/files/2021-11/%E6%9C%80%E6%96%B0%EF%BC%BFTHAILAND_NCD%20IC%20REPORT_v06_231121.pdf



ต้นทุนโดยประมาณของนโยบายและการแทรกแซงทางคลินิก

หน่วย: พันล้านบาท

Intervention type	2021	2022	2023	2024	2025	Total for 5 years ^a	Total for 15 years ^a
Tobacco control package	2.83	3.21	3.35	3.39	3.41	14.45	37.56
Alcohol control package	3.82	5.51	5.06	5.17	5.29	22.16	66.87
Physical activity awareness package	0.14	0.19	0.19	0.20	0.21	0.84	3.10
Salt reduction package	0.56	0.52	0.38	0.67	0.67	2.79	9.52
All policy interventions, total	7.35	9.43	8.98	9.43	9.58	38.26	109.31
Clinical intervention package	0.00	1.43	2.81	4.24	5.69	12.21	101.47
Total	7.35	10.86	11.79	13.67	15.37	50.47	210.78

^a Totals for 5 and 15 years adjusted to reflect discounting of future costs.

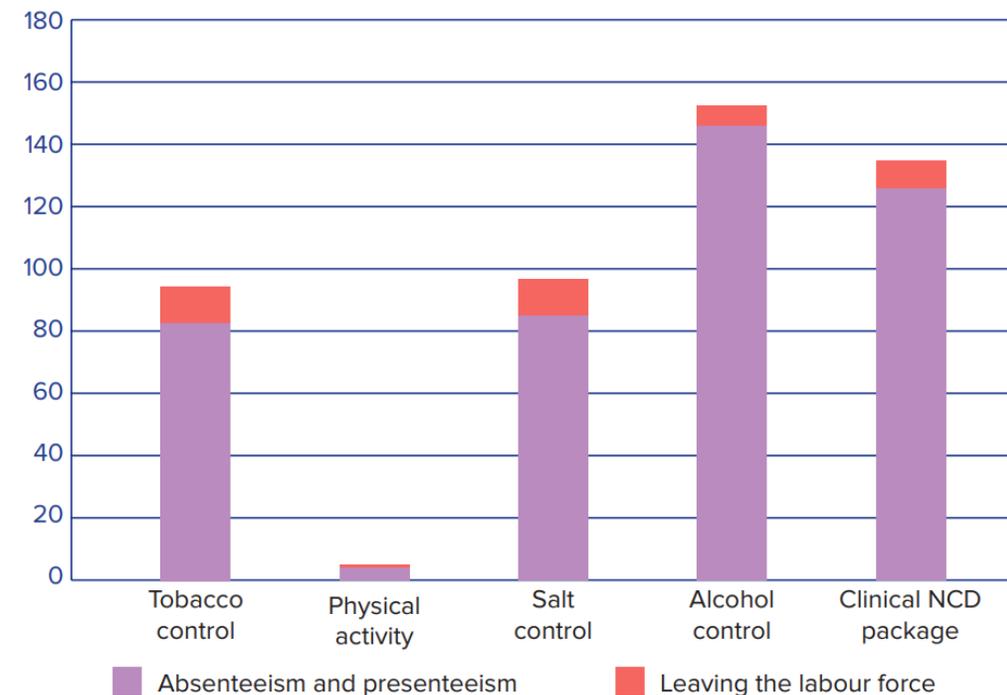
ผลการประเมินผลประโยชน์นโยบายด้านสุขภาพโดยประมาณ ในระยะเวลา 15 ปี

Intervention package	Strokes averted	Acute ischaemic heart disease cases averted	Diabetes cases averted	COPD cases averted	Cancer cases averted ^a	Deaths averted	Healthy life-years gained
Tobacco interventions	45 760	18 205	36 770	78 382	0	35 790	348 768
Alcohol interventions	1 355	27	0	0	0	114 764	5 871 283
Physical activity interventions	5 456	5 377	0	0	0	5 550	45 039
Salt interventions	125 337	33 830	0	0	0	63 137	548 968
Policy interventions ^b	164 947	53 725	36 770	78 382	0	210 553	6 731 479
Clinical interventions	95 189	51 981	0	0	93 414	99 120	913 434

a Cases of stage 3 and 4 of breast, cervical, colorectal and lung cancer

b Scaling up each package separately results in higher estimates than for a package of all policies, as some of the policy interventions would affect the same individuals.

Fig. 7. Recovered economic output expected by implementing tobacco control, physical activity, salt control, alcohol control and clinical intervention packages over 15 years





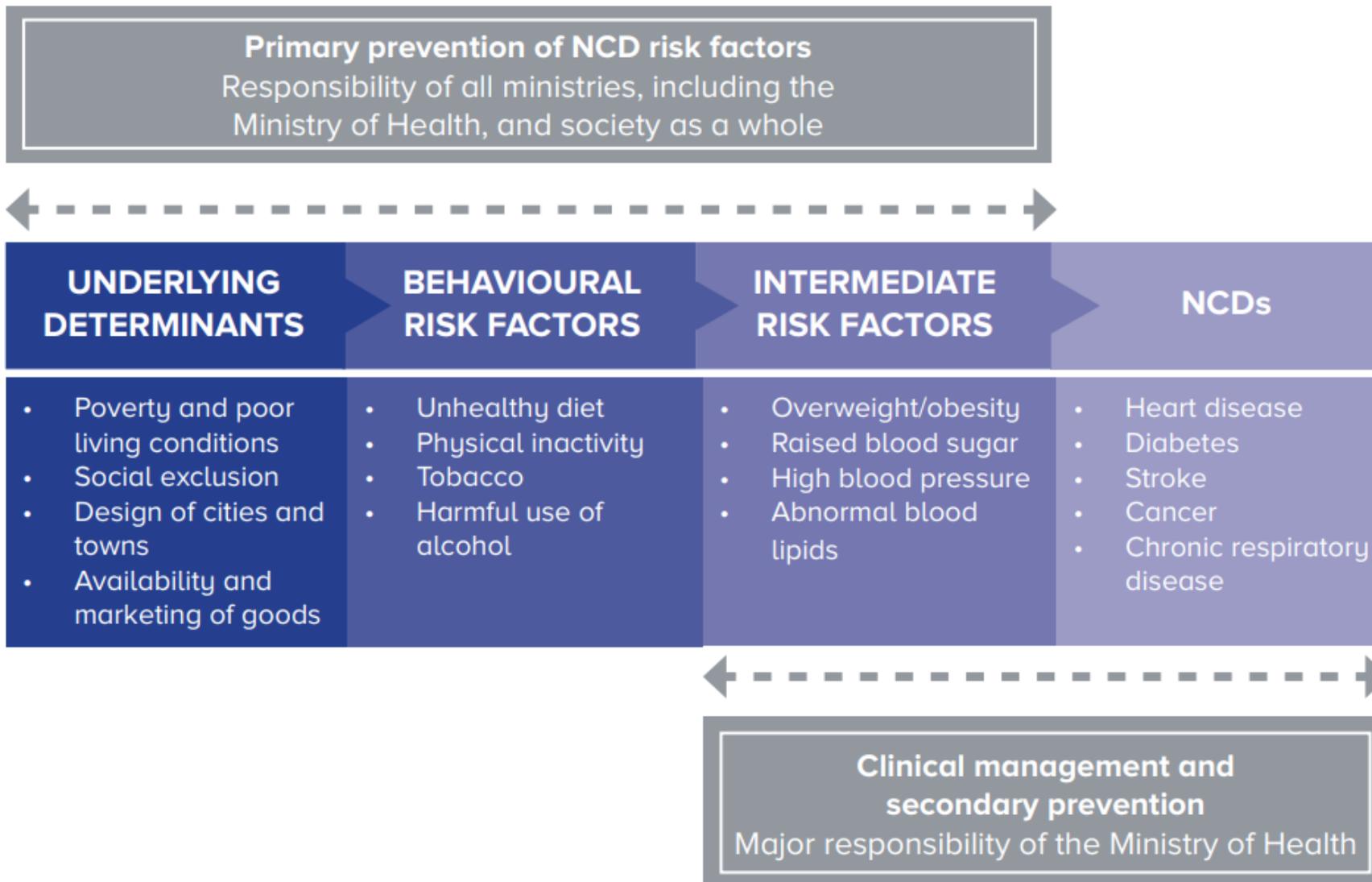
ต้นทุน ผลประโยชน์ และผลตอบแทนการลงทุนใน 5 และ 15 ปี จำแนกตามแพ็คเกจการแทรกแซง

(หน่วย: พันล้านบาท)

Intervention package	5 years ^a			15 years ^a		
	Total cost	Total productivity benefits	ROI	Total cost	Total productivity benefits	ROI
Tobacco	14.45	20.83	1.44	37.56	94.97	2.53
Alcohol	22.16	58.57	2.64	66.87	152.56	2.28
Physical activity	0.84	1.41	1.68	3.10	5.63	1.82
Salt	2.79	15.63	5.60	9.52	97.71	10.26
All policies	38.26	81.84	2.07	109.31	302.59	2.71
Clinical interventions	12.21	8.79	0.72	101.47	126.87	1.25

^a Net-present values, with values adjusted to discount future costs and benefits

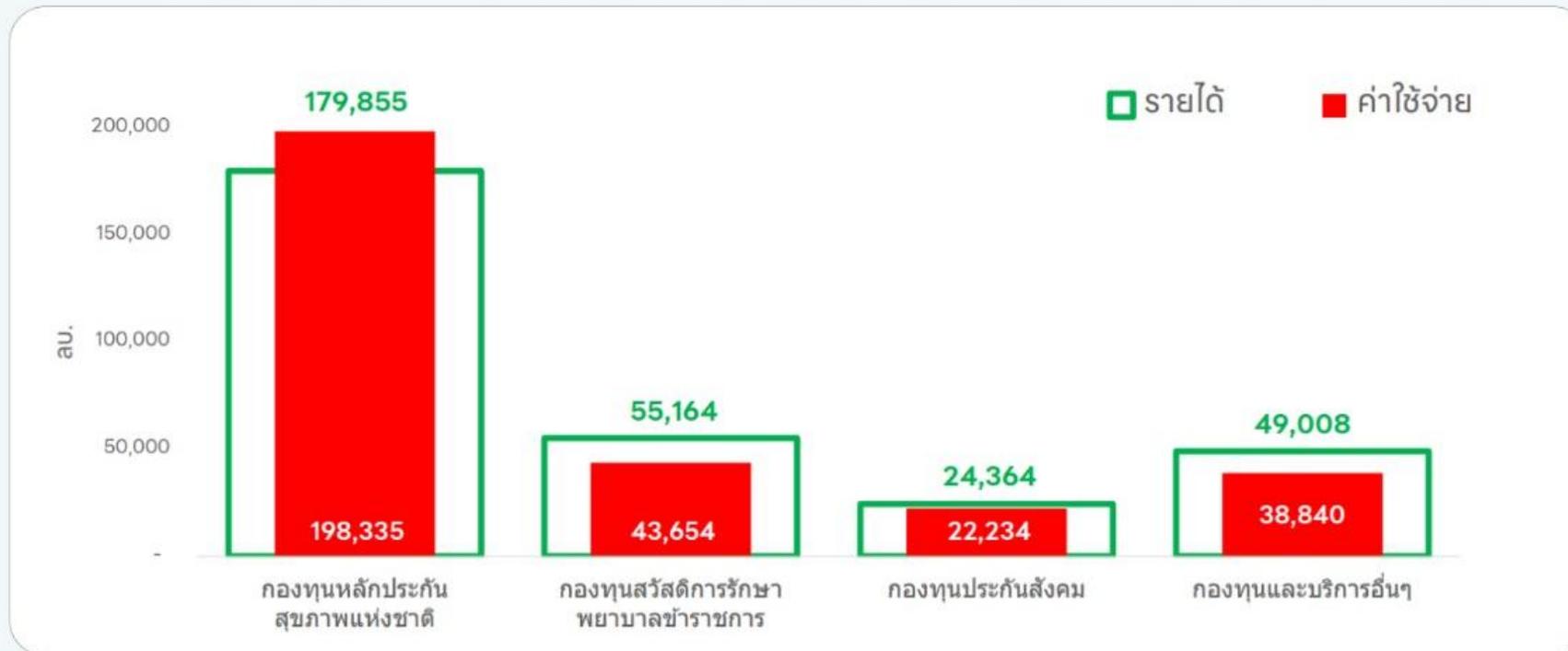
ปัจจัยกำหนด NCDs



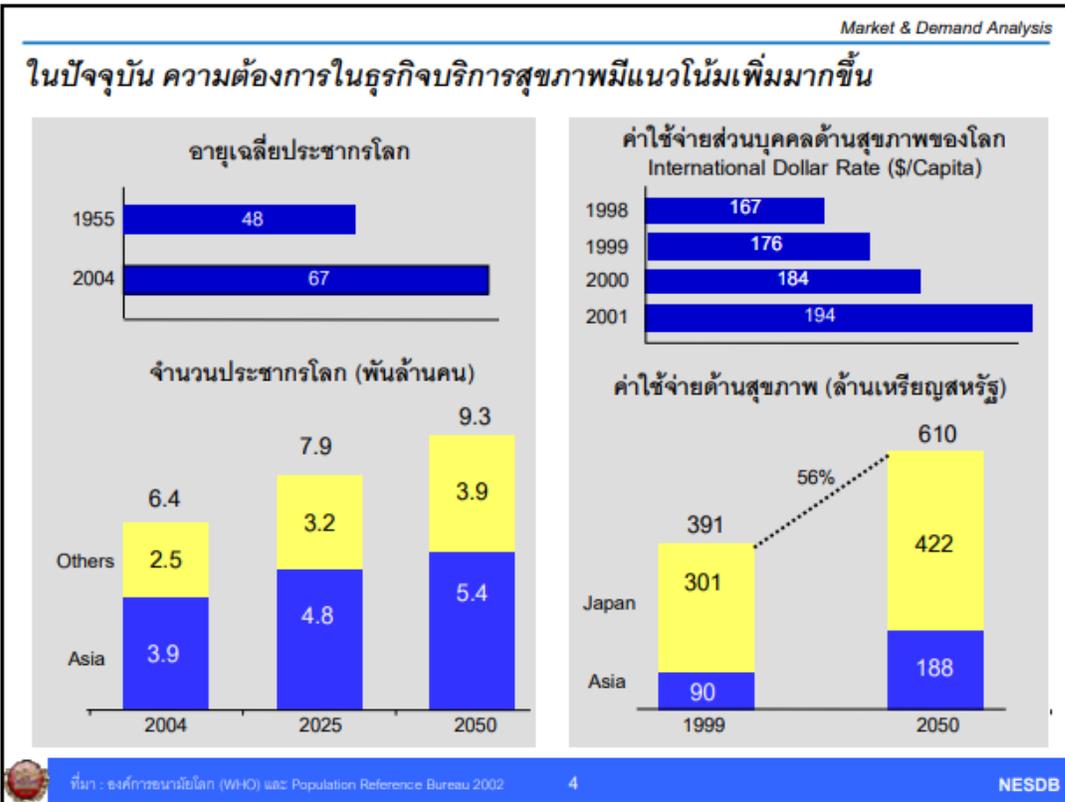
รายได้-ค่าใช้จ่ายกองทุนสุขภาพแต่ละประเภท

เปรียบเทียบรายได้-ค่าใช้จ่าย ปี 2567

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีค่าใช้จ่ายมากกว่ารายได้ คิดเป็น 110%ของรายได้ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนและบริการอื่นๆ มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ารายได้ คิดเป็น 79% และ 91% และ 79% ของรายได้



แผนภาพที่ 1 แนวโน้มความต้องการในธุรกิจบริการสุขภาพ



แผนภาพที่ 2 เป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศไทยและคู่แข่งในภูมิภาคเอเชีย



ความรู้เบื้องต้น ทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health economics)

เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health economics) คือ เศรษฐศาสตร์สุขภาพใช้แนวคิดและวิธีการทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายว่าผู้คนตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพอย่างไร นอกจากนี้ยังเป็นกรอบคิดในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ (Allocation) ที่จำกัด (Scarcity) ของสังคม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ/ความจำเป็นด้านบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

- หัวใจสำคัญของเศรษฐศาสตร์สุขภาพคือ การจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพที่จำกัด (เช่น เงินทุน บุคลากร เวลา เทคโนโลยี) ภายใต้ทางเลือกเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการดูแลสุขภาพ รักษาความเจ็บป่วย และเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นความต้องการด้านสุขภาพที่แทบจะไม่มีที่สิ้นสุดของประชาชนได้อย่างไรให้เกิด **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** และ **ความเป็นธรรม (Equity)** สูงสุด

มิติของการศึกษาเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

การศึกษาเศรษฐศาสตร์สุขภาพจะครอบคลุมประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพทั้งหมด ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับประเทศ:

- ความเป็นธรรม (Equity):
 - ศึกษาการกระจายบริการและภาระทางการเงินด้านสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามความต้องการ โดยไม่ล้มละลายจากค่าใช้จ่าย
- การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Evaluation):
 - ศึกษาเครื่องมือหลักที่ใช้ในการเปรียบเทียบทางเลือกในการดูแลสุขภาพหรือโปรแกรมสุขภาพต่างๆ เพื่อพิจารณาว่า ทางเลือกใด "คุ้มค่า" ที่สุดเมื่อพิจารณาทั้งต้นทุน (Cost) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis)



- อุปสงค์และอุปทานด้านสุขภาพ (Demand and Supply):
 - อุปสงค์: ศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภค (ผู้ป่วย) ในการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ
 - อุปทาน: พฤติกรรมของผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล/พยาบาล/แพทย์) ในการผลิตและการจัดหาบริการ

- การผลิตและต้นทุนการบริการ (Production and Cost):
 - วิเคราะห์ต้นทุนในการจัดบริการ (เช่น ต้นทุนการผ่าตัด ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยใน) เพื่อหาแนวทางการลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพ

- การประกันและการเงินสุขภาพ (Insurance and Finance):
 - ศึกษาบทบาทของระบบประกันสุขภาพ (เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันเอกชน) และกลไกการจ่ายเงินค่าบริการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ



เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขคืออะไร

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Public Health Economics) คือ การนำแนวคิดและเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้จัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมากำหนดนโยบาย การวางแผนจัดบริหาร และประเมินผลระบบสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรในการจัดการบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

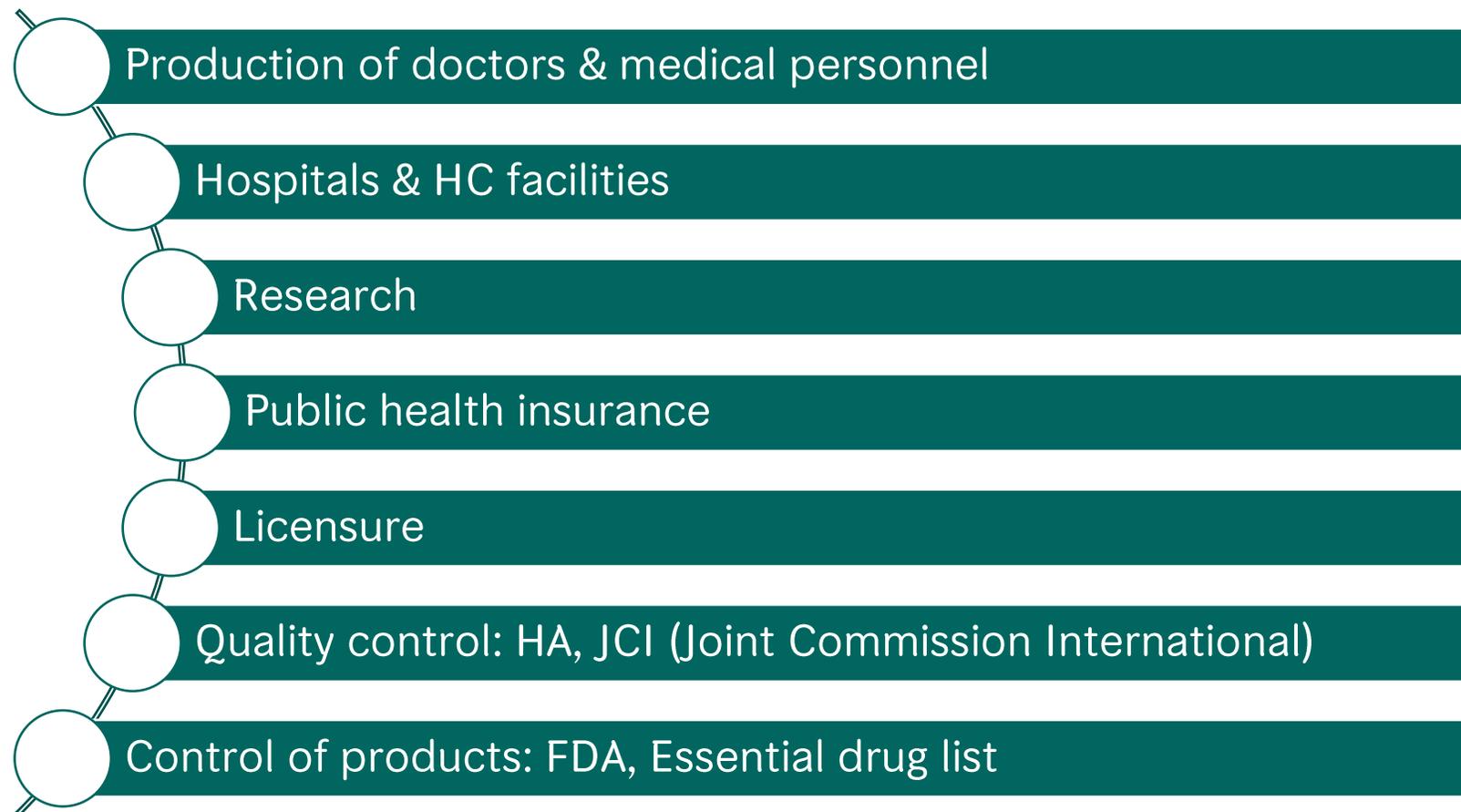


คุณลักษณะของสินค้าและบริการสาธารณสุข (Characteristics of healthcare goods)



1. การมีส่วนร่วมของภาครัฐ (Government involvement)

Government has involved in both demand & supply sides:



2. ความไม่แน่นอน (Uncertainty)

อุปสงค์และอุปทานของของระบบสุขภาพแตกต่างจากสินค้าอื่น ๆ ซึ่งมักมีไม่แน่นอนยากแก่การคาดการณ์ล่วงหน้า เนื่องจากประชาชนไม่ทราบว่าตนเองจะป่วยเมื่อใด บางกรณีอาจเกิดโรคระบาดส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก หรือกรณีอุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทันที ส่งผลให้อุปสงค์มีความไม่แน่นอน

ความต้องการการ รักษาพยาบาล

- ความเจ็บป่วย vs. โรค
- การตรวจและการรักษา -> จำเป็นหรือไม่
- การฟื้นตัวเป็นเรื่องธรรมชาติหรือเกิดจากการยาหรือปัจจัยอื่น เช่น มีประกันสุขภาพ?

สภาพแวดล้อม

- Differences in practices due to geographical areas, schools of thoughts, working experience

3. ข้อมูลไม่สมมาตร (Asymmetrical information)

บริการสาธารณสุขถือเป็นลักษณะของ**ข้อมูลข่าวสารไม่สมมาตร (Asymmetric Information)** อย่างชัดเจน เนื่องจากมีสถานการณ์ที่ฝ่ายหนึ่งมีความรู้หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องมากกว่าอีกฝ่ายหนึ่งอย่างมาก ซึ่งนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐศาสตร์หลายประการ

สาเหตุหลัก ๆ ที่ทำให้เกิดข้อมูลข่าวสารไม่สมมาตรในบริการสาธารณสุข ได้แก่:

ความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ (Knowledge gap)

- แพทย์/ผู้ให้บริการ มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและข้อมูลทางการแพทย์และทางเลือกในการรักษาที่มากกว่าผู้ป่วย
- ผู้ป่วยมักจะขาดความรู้ทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถประเมินได้อย่างเต็มที่ว่าการวินิจฉัย การรักษา หรือขั้นตอนทางการแพทย์ที่ได้รับนั้น เหมาะสม จำเป็น หรือมีคุณภาพ ตามที่ควรจะเป็นหรือไม่ ซึ่งเป็นการยากที่จะตัดสินใจเลือกบริการที่ดีที่สุด

ปัญหาการเลือกไม่เหมาะสม (Adverse selection)

- ปัญหานี้มักเกิดขึ้นในตลาด ประกันสุขภาพ
- ผู้ป่วย ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยง, และโอกาสในการป่วยของตนเองมากกว่าบริษัทประกัน
 - ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (ป่วยง่าย) มักจะต้องการซื้อประกันสุขภาพมากกว่า เพื่อประโยชน์ของตนเอง ขณะที่บริษัทประกันมักกำหนดเบี้ยประกันที่สูงสำหรับทุกคน ทำให้คนที่มีความเสี่ยงต่ำเลือกที่จะไม่ซื้อประกัน (ออกจากตลาด)

ปัญหาทางศีลธรรม (Moral hazard)

- ปัญหานี้เกิดขึ้นหลังจากที่มีการซื้อประกันสุขภาพแล้ว
- ผู้ป่วยที่มีประกันแล้ว มักมีความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น (เช่น ไปพบแพทย์บ่อยขึ้น หรือต้องการการตรวจที่ไม่จำเป็น)
 - แพทย์/ผู้ให้บริการ (ในฐานะตัวแทนของผู้ป่วย) อาจมีแรงจูงใจให้เสนอการรักษาที่เกินความจำเป็นเพื่อเพิ่มรายได้ (ที่เรียกว่า Supplier-Induced Demand) เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตรวจสอบความจำเป็นของการรักษาได้อย่างเต็มที่

ความซับซ้อนของข้อมูลและคุณภาพบริการ (Complexity)

- คุณภาพของบริการทางการแพทย์นั้นยากที่จะวัดและเปรียบเทียบ ก่อนที่จะได้รับบริการ (เช่น การเปรียบเทียบความเก่งของศัลยแพทย์) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่สมบูรณ์ได้
- ราคาของบริการทางการแพทย์ก็มักจะเปิดเผยอย่างชัดเจนล่วงหน้า ทำให้เกิดความไม่สมมาตรของข้อมูลด้านราคาอีกด้วย

4. Externality

External economy of
consumption

Ex. Vaccine



Increase

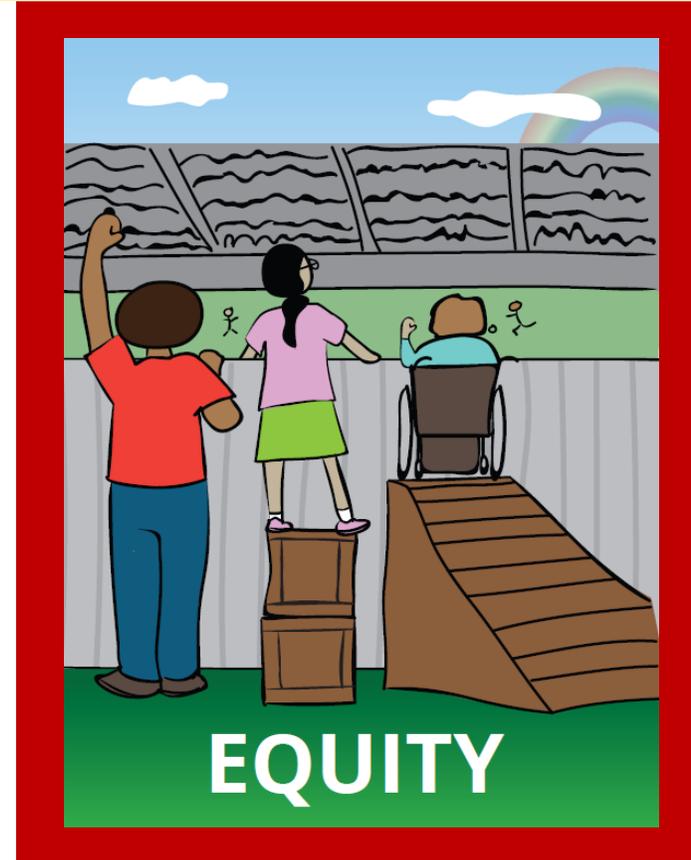
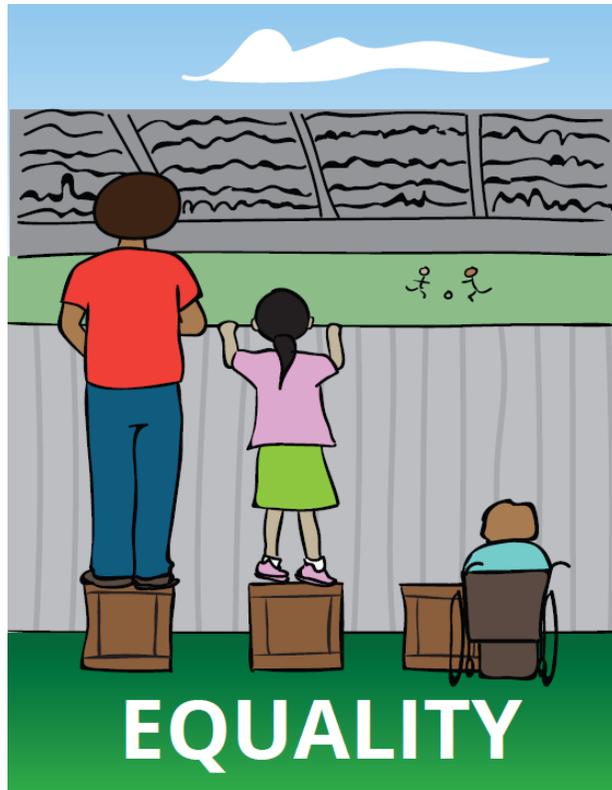
External diseconomy
of consumption

Ex. Antibiotics



Decrease

5. Equity in healthcare access



Is healthcare the same other goods?

- HC is one of the four basic human needs
- Rights for human to obtain necessities for living?

Thus, is it fair enough to use **price mechanism** to decide who should receive healthcare or allocate resource ?



Health finance



เปรียบเทียบ 4 ระบบการประกันสุขภาพของไทย

ระบบ	กลุ่มเป้าหมาย	ค่าใช้จ่ายต่อหัว	สิทธิการรักษา
บัตรทอง (UCS)	คนทั่วไปที่ไม่มีสิทธิอื่น	3,500 - 4,000 บาท/ปี (รัฐจ่ายให้)	รักษาฟรีหรือจ่าย 30 บาท/ครั้ง
ประกันสังคม (SSS)	พนักงานเอกชน	หัก 5% ของเงินเดือน (สูงสุด 750 บาท/เดือน)	เลือกโรงพยาบาลประกันสังคม, ตรวจสอบสุขภาพ, ทันตกรรม
ข้าราชการ (CSMBS)	ข้าราชการและครอบครัว	13,000 - 15,000 บาท/ปี (รัฐจ่ายให้)	รักษาฟรีในโรงพยาบาลของรัฐ, เบิกค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนบางส่วน
ประกันสุขภาพเอกชน	บุคคลทั่วไปที่ต้องการความคุ้มครองเพิ่ม	ขึ้นอยู่กับแผน (หลักพันถึงหลักแสนบาทต่อปี)	ครอบคลุมค่ารักษาในโรงพยาบาลเอกชน, โรคร้ายแรง, ค่าห้องพิเศษ

<https://www.senate.go.th/view/386/News/SenateMagazine/289/TH-TH>

โรงพยาบาลรัฐขาดทุนสะสมกว่า 8,000 ล้านบาท สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องเร่งแก้

“งบประมาณที่สปสช.เสนอขอ จะได้รับมาเป็นบาทต่อประชากร เหมือนเบี้ยประกันว่าแต่ละปีจะได้รับก็บาท โดยในปีนี้ได้รับราว 4,100 บาทต่อคนต่อปี โดยได้มาจากการคำนวณอัตราการใช้บริการในปีก่อนหน้า มีบริการใหม่เกิดขึ้นหรือไม่ อัตราเงินเพื่อเป็นเท่าไร ซึ่งเป็นงบประมาณปลายปีได้มาเท่าไรก็ต้องใช้ภายในวงเงินนั้น หากใช้เงินไม่พอจริงๆ เช่น เกิดนโยบายใหม่ หรือบางรายบริการที่เกิดขึ้นจริงต่างขาคำนวณไว้ก่อนหน้าไม่พอ ก็จะต้องขอกลางมาใช้ รอบนี้ขอไปประมาณ 8,000 ล้านบาท”

ทพ.อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)

09 ต.ค. 2025 เวลา 15:16 น.



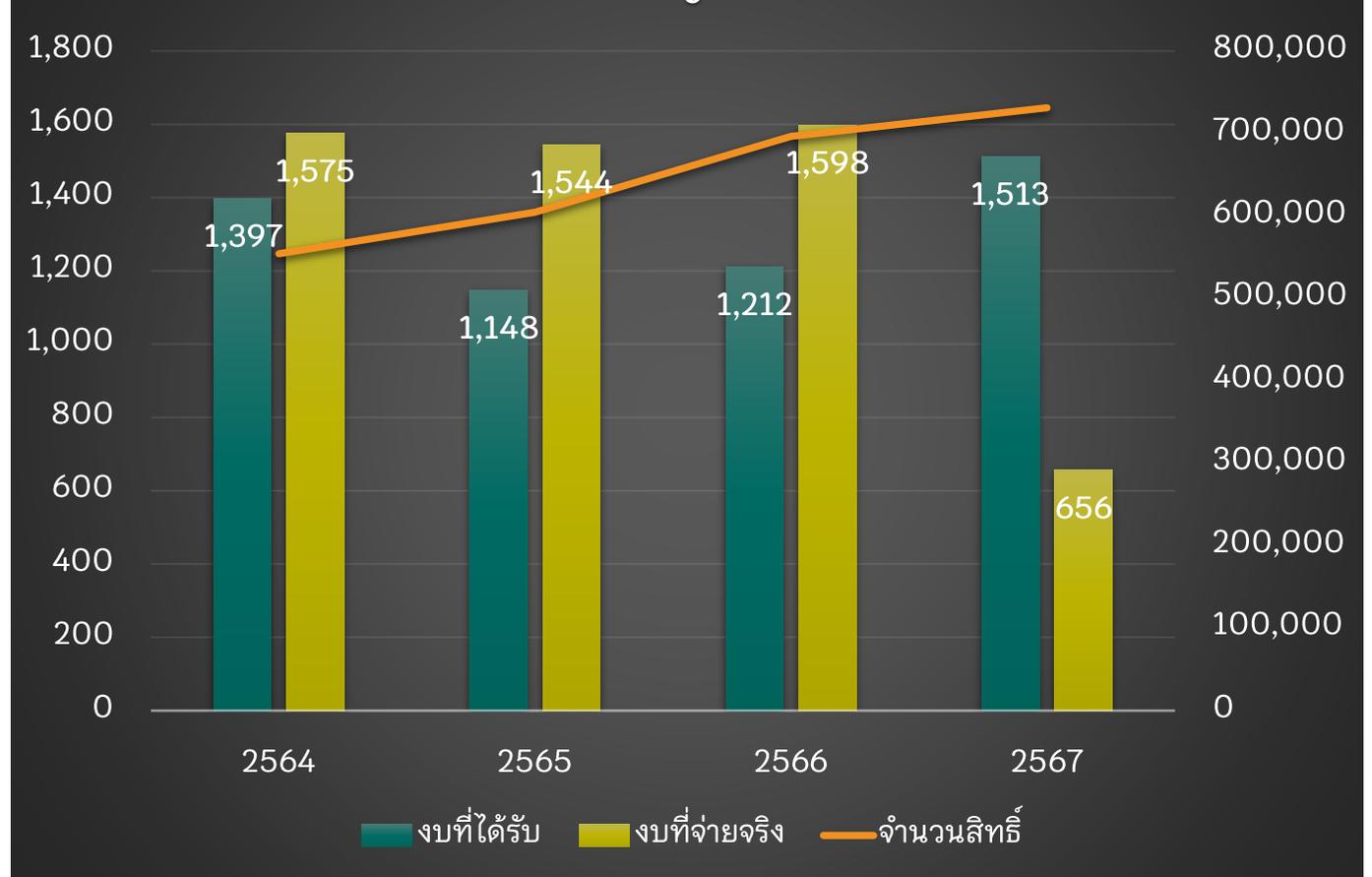
<https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1202453>

ปัญหาสาธารณสุขสุขชายแดน

ค่าใช้จ่ายประชากรต่างด้าวที่เรียกเก็บไม่ได้



งบรักษาค่าคนมีปัญหาสถานะและสิทธิ์



https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1123263#google_vignette

รณรงค์ป้องกัน คุ่มค่ากว่า

โรค NCDs
ภัยเงียบ คร่าชีวิต

คนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs 4 แสนคน/ปี เป็นกลุ่ม "คนวัยทำงาน 50%"

5 พฤติกรรมเสี่ยง

1. คีมีแอลกอฮอล์
2. สูบบุหรี่
3. กินไม่สมดุล ทหวาน มัน เค็มจัด
4. ขาดการออกกำลังกาย
5. มลพิษทางอากาศ

สสส. ชวนสถานประกอบการ ร่วมสร้าง "Happy Workplace"

1. สร้างความตระหนักโรค NCDs
2. เสริมทักษะจัดการความเครียด
3. ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
4. รณรงค์ให้ลด-ละ-เลิก บุหรี่ และแอลกอฮอล์
5. เพิ่มพื้นที่สีเขียว

มาร่วมกับดูแลที่ทำงาน ให้เป็นที่ Happy Workplace ของทุกคน

สำนักงานปลัด ส.สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข

ลดพุง ลดโรค ด้วย **2:1:1**

ผัก 2 ส่วน
กินผักให้หลากหลาย

ข้าว 1 ส่วน
เลือกข้าวไม่ขัดสี

เนื้อ 1 ส่วน
เลือกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ

ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

f Hfocus X @hfocusnews Hfocus.org



Co-Payment

Co-Payment คือ การมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง ซึ่งจะกำหนดและระบุเงื่อนไขการมีส่วนร่วมจ่ายไว้ในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ โดยให้ผู้ที่ทำประกันสุขภาพจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเปอร์เซ็นต์คงที่จากค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด และต้องจ่ายทุกครั้งที่มีการเคลม





Co-Payment

ข้อดีของประกันสุขภาพแบบ Co-Payment

- เบี้ยประกันสุขภาพถูกลง ทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงประกันสุขภาพได้ง่ายขึ้น เหมาะสำหรับผู้ที่มีเงินจำกัดและแข็งแรง
- ช่วยลดความเสี่ยงในการปรับเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มในอนาคตจากการใช้สิทธิเบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันที่มักเกินความจำเป็น เนื่องด้วยปัจจุบันมีอัตราการเคลมประกันสุขภาพที่สูง และการเคลมที่เกินความจำเป็นทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก

ข้อจำกัดของประกันสุขภาพแบบ Co-Payment

- จำเป็นต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม หากเข้าเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์
- ไม่เหมาะกับคนที่มีการเจ็บป่วยด้วยการป่วยเล็กน้อย (Simple Diseases) บ่อย ๆ ซึ่งอาจทำให้เข้าเงื่อนไข Co-Payment
- จำเป็นต้องมีการวางแผนการเงินที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เนื่องจากเราไม่สามารถโอนความเสี่ยงด้านการรักษาพยาบาลให้กับบริษัทประกันได้ทั้งหมดเหมือนแต่ก่อน จำเป็นต้องมีการกั้นเงินสำรองเพิ่มเติมสำหรับการเจ็บป่วยในอนาคต

สำหรับกรมธรรม์ใหม่ที่เริ่มคุ้มครองตั้งแต่ มีนาคม 2568
เกณฑ์การเข้าเงื่อนไข Copayment แบ่งออกเป็น 3 กรณี

กรณี	การเคลมสำหรับ	จำนวนการเคลม	และ	อัตราการเคลม	จะต้องร่วมจ่าย
กรณีที่ 1	การเคลมสำหรับโรคที่ไม่รุนแรง (Simple Diseases) หรืออาการที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล	จำนวนการเคลมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ต่อปีกรมธรรม์	และ	อัตราการเคลมมากกว่าหรือเท่ากับ 200% ของเบี้ยประกันสุขภาพ	30% ทุกค่ารักษาในปีถัดไป
กรณีที่ 2	การเคลมสำหรับโรคทั่วไป แต่ไม่นับรวม การผ่าตัดใหญ่ และโรคร้ายแรง	จำนวนการเคลมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ต่อปีกรมธรรม์	และ	อัตราการเคลมมากกว่าหรือเท่ากับ 400% ของเบี้ยประกันสุขภาพ	30% ทุกค่ารักษาในปีถัดไป
กรณีที่ 3	การเคลมเข้าเงื่อนไข		กรณี 1 และ	กรณี 2	50% ทุกค่ารักษาในปีถัดไป

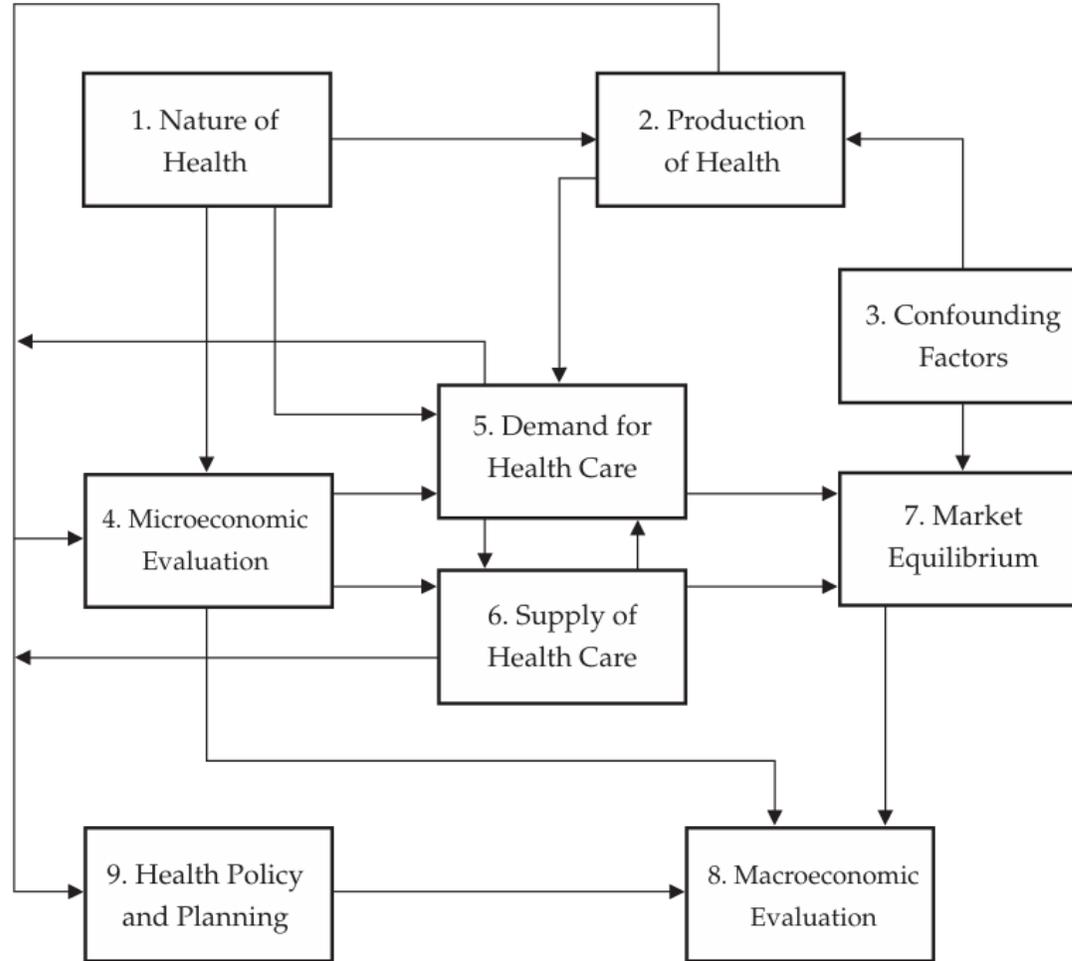
<https://www.tiscoinsure.com/blog/health/copayment-thailand/>

<https://www.krungsri.com/th/krungsri-the-coach/life/family-insurance/health-insurance-copayment-guide?>

แนวคิดและทฤษฎี เศรษฐศาสตร์สุขภาพเบื้องต้น



Health Economics: An Evolving Paradigm



Source: Adapted from Maynard, A., & Kanavos, P. (2000). Health economics: an evolving paradigm. *Health Economics*, 9(3), 183-190.



Ten Key Economic Concepts

1. Scarcity and choice

2. Opportunity cost

3. Marginal analysis

5. Market and pricing (equilibrium)

4. Self-interest

7. Competition

9. Market failure

6. Demand and Supply

8. Efficiency

10. Comparative advantage



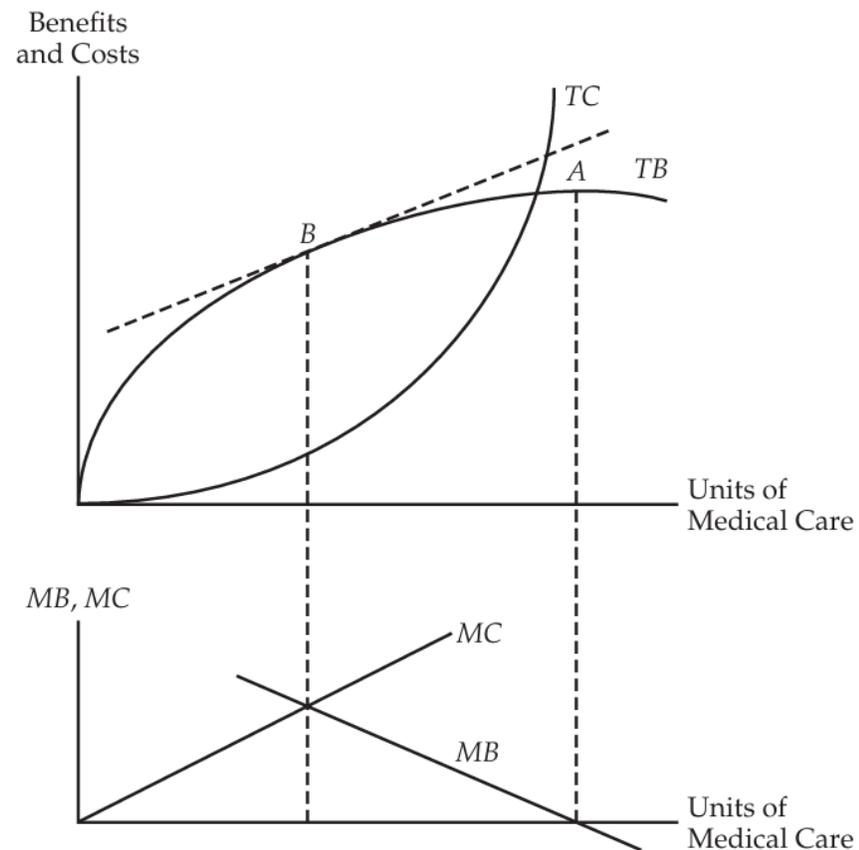
Demand and Supply

ทฤษฎีอุปสงค์และอุปทานเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมในอนาคต เช่น

- การเปลี่ยนแปลงของราคาส่งผลต่อความเต็มใจหรือความสามารถของผู้บริโภคในการซื้อสินค้าอย่างไร
- การเปลี่ยนแปลงของราคาปัจจัยการผลิตหลักส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ผลิตเกี่ยวกับการผสมผสานปัจจัยการผลิตที่เหมาะสมที่สุดที่จะใช้ในกระบวนการผลิตอย่างไร

Economic optimization

FIGURE 2.1 Economic Optimization



Henderson, W. J. (2015: p29). Health economics and policy 5th. Mason: South-Western, Cengage Learning
CHSS 414 Health Economics

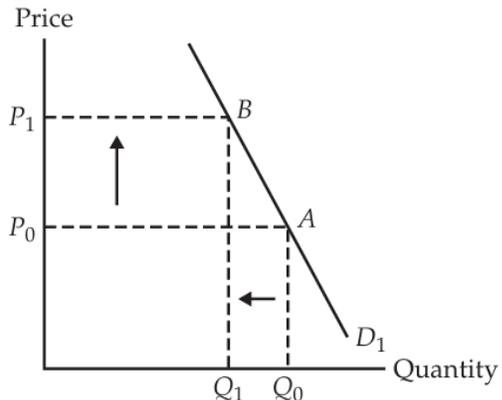


Demand

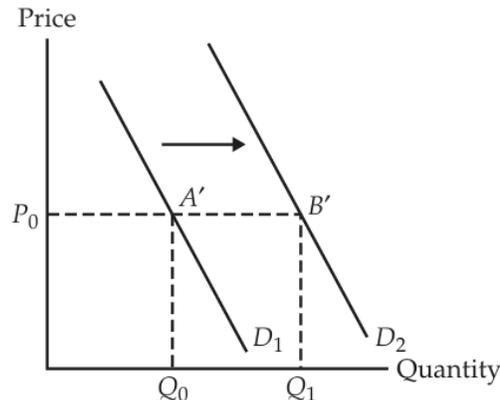
กฎอุปสงค์ (Law of Demand)

ราคาสินค้าและปริมาณสินค้ามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน
กล่าวคือ ถ้าราคาสินค้าเพิ่มขึ้น ปริมาณอุปสงค์จะลดลง

- หากราคาของยาที่มีชื่อทางการค้าสูงขึ้น แพทย์อาจไม่จ่ายยาตัวนั้นแล้วใช้ยาทางเลือกหรือแม้แต่ยาสามัญทดแทนยาที่มีชื่อทางการค้าได้
ลักษณะนี้เรียกว่า ผลการทดแทน (substitution effect)



(a) Decrease in Quantity Demanded



(b) Increase in the Level of Demand

Law of Demand:

“There is an inverse relationship between the amount of a commodity that a person will purchase and the sacrifice that must be made to obtain it.”

ปัจจัยที่ส่งผลต่ออุปสงค์ ได้แก่:

- The price of related commodities
- The number and type of people desiring the commodity
- Consumer income
- Consumer preferences
- Consumer expectations about future prices and product availability

เช่น หากคนไข้มีข้อจำกัดทางการเงินและไม่มีประกันสุขภาพ คนไข้อาจเลือกที่จะไม่เข้ารับการรักษาและปล่อยให้โรคดำเนินไป

Henderson, W. J. (2015: p31). Health economics and policy 5th. Mason: South-Western, Cengage Learning



Demand

- ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา (Price elasticity of demand) แสดงการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาสินค้า

$$\epsilon_p = \frac{\% \text{ การเปลี่ยนแปลงของปริมาณการซื้อ}}{\% \text{ การเปลี่ยนแปลงของราคา}} = \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P}$$

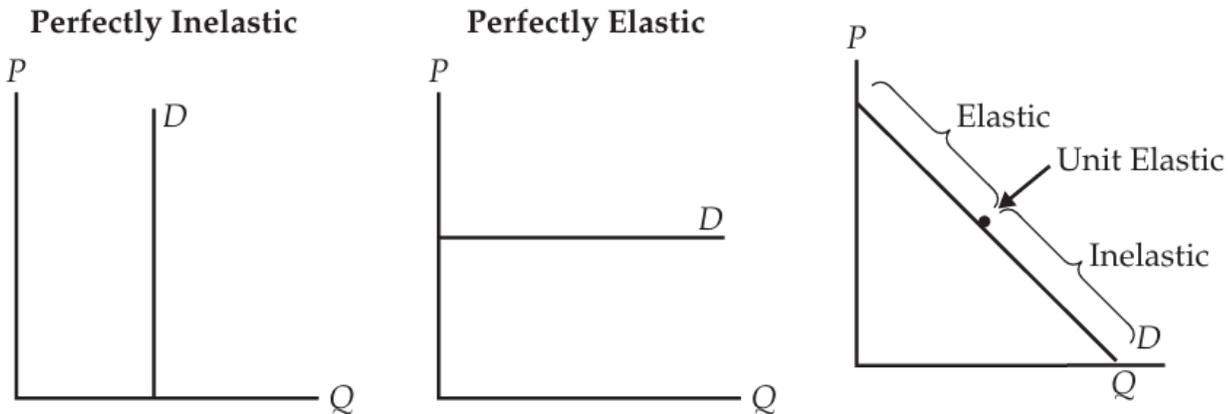
where Q is quantity demanded, and P is the unit price.

$$1. \% \Delta Q > \% \Delta P, \quad |\epsilon_p| \rightarrow \text{Elastic demand}$$

มักเกิดกับสินค้าที่มีของทดแทนมาก หรือสินค้าฟุ่มเฟือย

$$2. \% \Delta Q < \% \Delta P, \quad |\epsilon_p| \rightarrow \text{Inelastic demand}$$

มักเกิดกับสินค้าที่มีของทดแทนน้อย หรือสินค้าจำเป็น



- หากอุปสงค์มีความยืดหยุ่นมาก การลดราคา จะทำให้ขายสินค้าและบริการได้มากขึ้น
- ตรงข้ามกับสินค้าที่มีความยืดหยุ่นน้อย การลดราคาจะทำให้ขายสินค้าและบริการได้น้อยลง

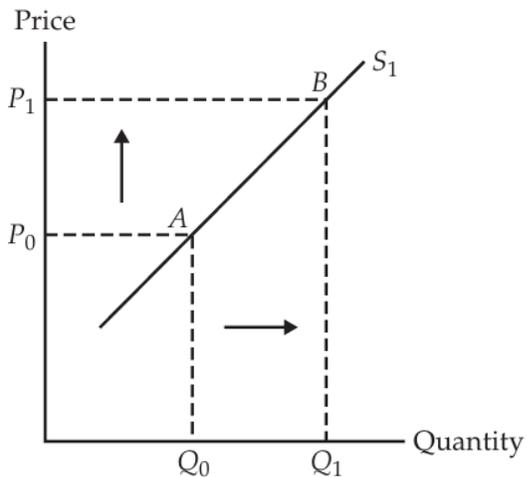
Henderson, W. J. (2015: p36). Health economics and policy 5th. Mason: South-Western, Cengage Learning



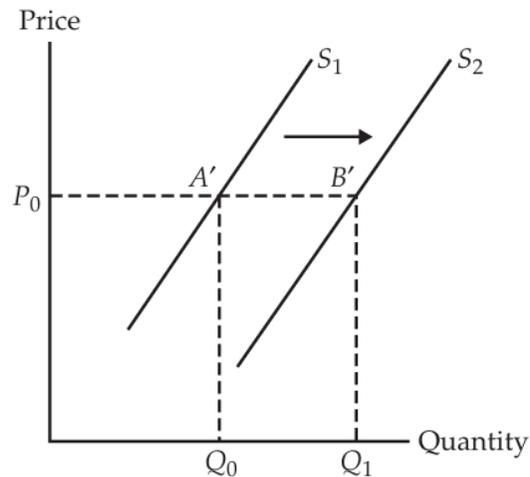
Supply

กฎอุปทาน (Law of Supply)

- ราคาสินค้าและปริมาณสินค้ามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ถ้าราคาสินค้าเพิ่มขึ้น ปริมาณเพิ่มขึ้น
- ช่างเทคนิคที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้งานเครื่องสร้างภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) รุ่นใหม่กำลังขาดแคลน ทำให้ต้องเพิ่มค่าจ้างช่างเทคนิค ต้นทุนการให้บริการ MRI ก็เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เส้นอุปทานของ MRI เลื่อนไปทางซ้าย และราคาบริการในตลาดก็สูงขึ้นตามไปด้วย



(a) Increase in Quantity Supplied



(b) Increase in the Level of Supply

The law of supply states:

“There is a direct relationship between the amount of a commodity that a producer will make available and the reward that is received.”

ปัจจัยที่กำหนดระดับอุปทาน ประกอบด้วย:

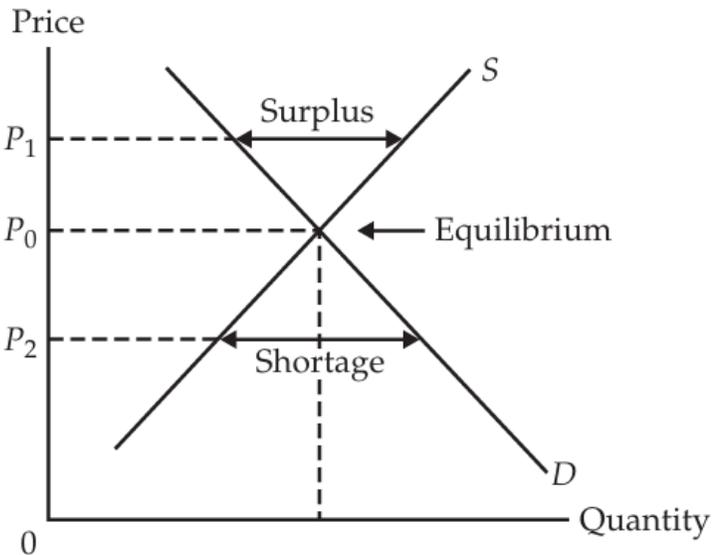
- The prices of resources used to produce the commodity
- The number of firms supplying the commodity
- The state of technology
- Producer expectations about future prices and availability
- เทคโนโลยีใหม่ที่ลดต้นทุนการผลิตสินค้าหรือบริการจะช่วยเพิ่มระดับอุปทาน ในกรณีของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ปัญหาเชิงวิเคราะห์บางประการทำให้การประเมินการตอบสนองของอุปทานที่แตกต่างกันระหว่างเทคโนโลยีที่ลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพคุณภาพเป็นเรื่องยาก
- การผ่าตัดผ่านกล้องเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการลดค่าใช้จ่ายและการเพิ่มคุณภาพ

Henderson, W. J. (2015: p31). Health economics and policy 5th. Mason: South-Western, Cengage Learning



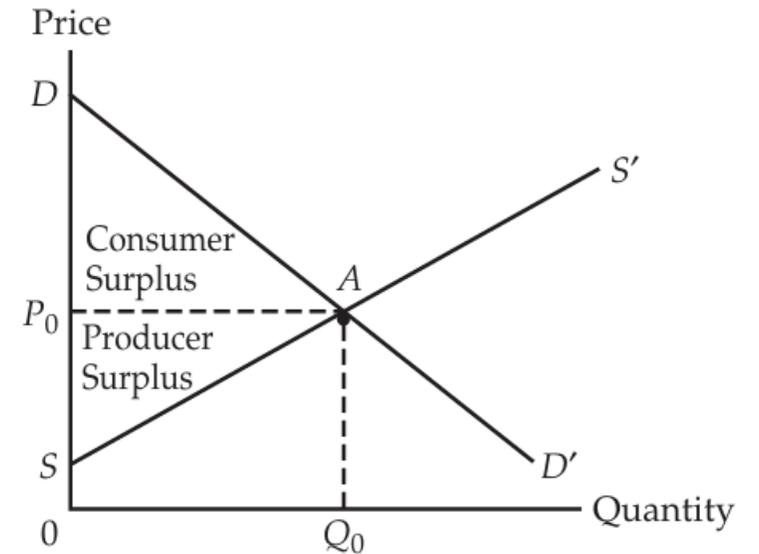
ดุลยภาพ Equilibrium

พฤติกรรมของผู้ซื้อและผู้ขายที่เป็นอิสระ ส่งผลให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่
รับประกันว่าผู้บริโภคทุกคนที่ยินดีจ่ายราคาตลาด ซึ่งเป็นราคาที่ผู้ให้บริการ
เต็มใจ และยอมรับราคานี้ ราคานี้เรียกว่า ราคาดุลยภาพ ที่เกิดจาก “มือที่
มองไม่เห็น” (invisible hand) เป็นกลไกปรับราคาเพื่อใช้ทรัพยากรอย่าง
คุ้มค่าในระดับราคาและปริมาณที่เหมาะสม ยอมรับทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการ



- เมื่อค่าบริการการแพทย์สูงเกินไป
โรงพยาบาลจะมีกำลังการผลิตที่ไม่ได้ใช้
เรียกว่า กำลังการผลิตส่วนเกิน เกิดขึ้นใน
รูปแบบของทรัพยากรที่ไม่ได้ใช้ เช่น เตียง
ว่าง และห้องผ่าตัดที่ไม่ได้ใช้ จึงต้องเพิ่มการ
แข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ เช่น การลดราคา
บริการทางการแพทย์ เพื่อกำจัดส่วนเกินและ
เพิ่มปริมาณความต้องการของผู้ป่วย

ส่วนเกินผู้ผลิตและผู้บริโภค



Henderson, W. J. (2015: p38, 44). Health economics and policy 5th. Mason: South-Western, Cengage Learning

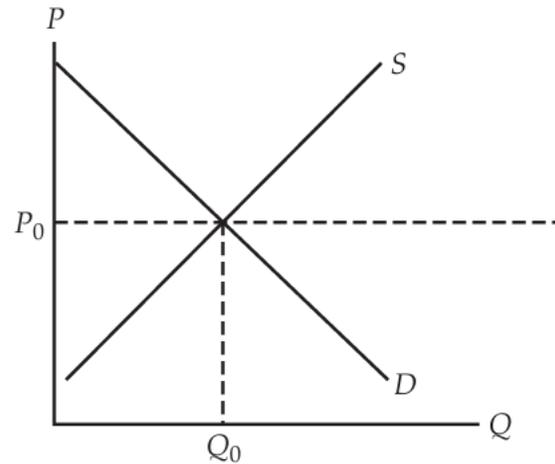


The Theory of Firm Behavior

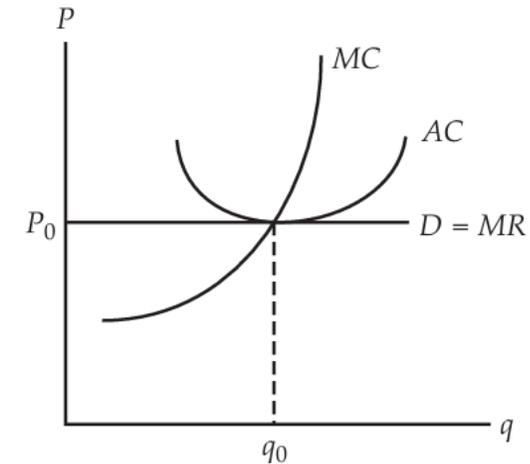
ลักษณะของแบบจำลองการแข่งขัน สมบูรณ์แบบ ได้แก่

- ผู้ซื้อและผู้ขายจำนวนมาก
 - สินค้าที่ได้มาตรฐาน
 - เข้าออกตลาดได้อย่างสมบูรณ์
 - ข้อมูลที่สมบูรณ์แบบ
- ด้วยเงื่อนไขเหล่านี้ รับประกันว่า ผู้ให้บริการจะได้รับอัตราผลตอบแทนที่ปรับตามความเสี่ยงแล้วเท่ากับอัตราผลตอบแทนปกติ โดยราคาการให้บริการจะเท่ากับต้นทุนการให้บริการเฉลี่ยขั้นต่ำ

The competitive firm is a price taker.



(a) Market



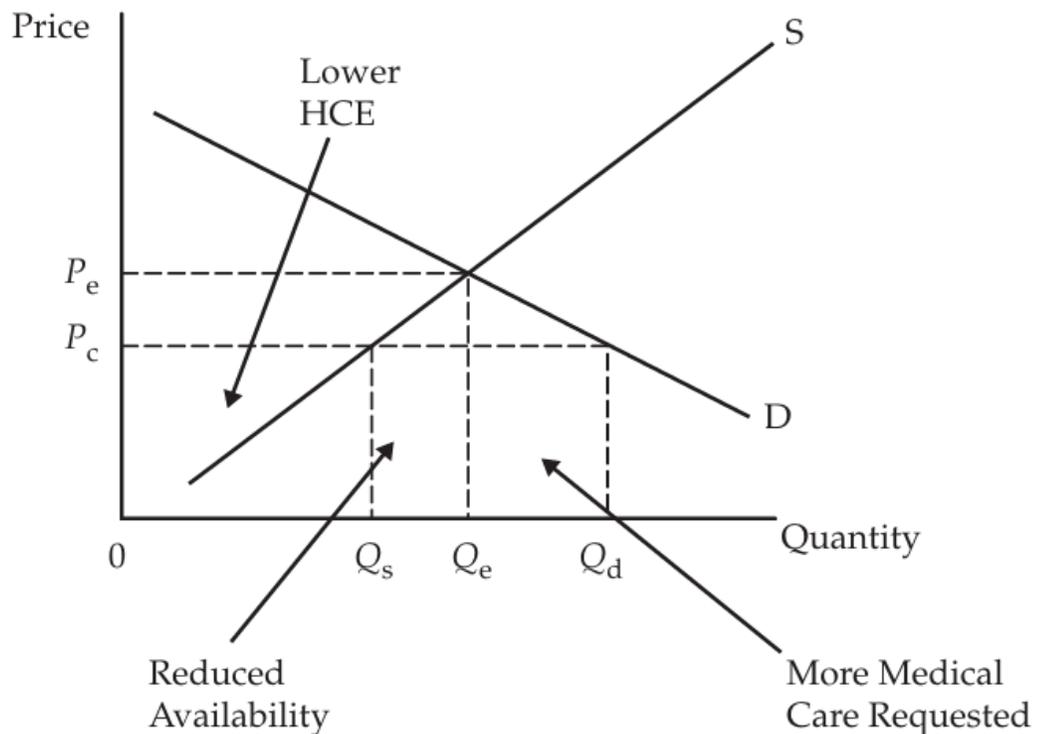
(b) Representative Firm

- ผู้ให้บริการต้องตัดสินใจว่าจะให้บริการเท่าใดและตั้งราคาเท่าใด การเลือกระดับผลผลิตและกลยุทธ์การกำหนดราคานั้นขึ้นอยู่กับต้นทุนของผู้ให้บริการเป็นหลัก
- ในตลาดที่มีการแข่งขันสมบูรณ์แบบ การตัดสินใจกำหนดราคาเป็นเรื่องง่าย เพราะสินค้ามีมาตรฐานและผู้ให้บริการต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขของตลาด ผู้ให้บริการที่คิดราคาสูงกว่าราคาตลาดจะสูญเสียลูกค้า ในทางกลับกันผู้ให้บริการไม่มีแรงจูงใจที่จะตั้งค่าบริการในราคาต่ำ เพราะยังคงมีลูกค้าที่เต็มใจเข้ารับบริการในราคานั้น ผู้ให้บริการเหล่านี้ถูกเรียกว่า “ผู้รับราคา” (price takers)

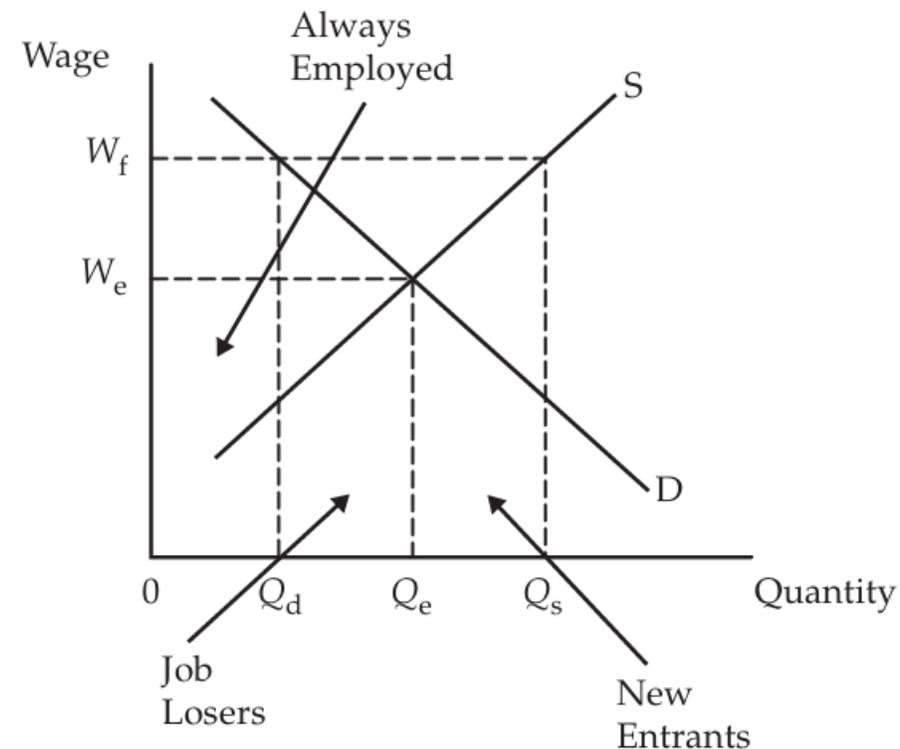
Henderson, W. J. (2015: p40). Health economics and policy 5th. Mason: South-Western, Cengage Learning

Price Ceilings and Price Floors

Price ceiling



Price floor



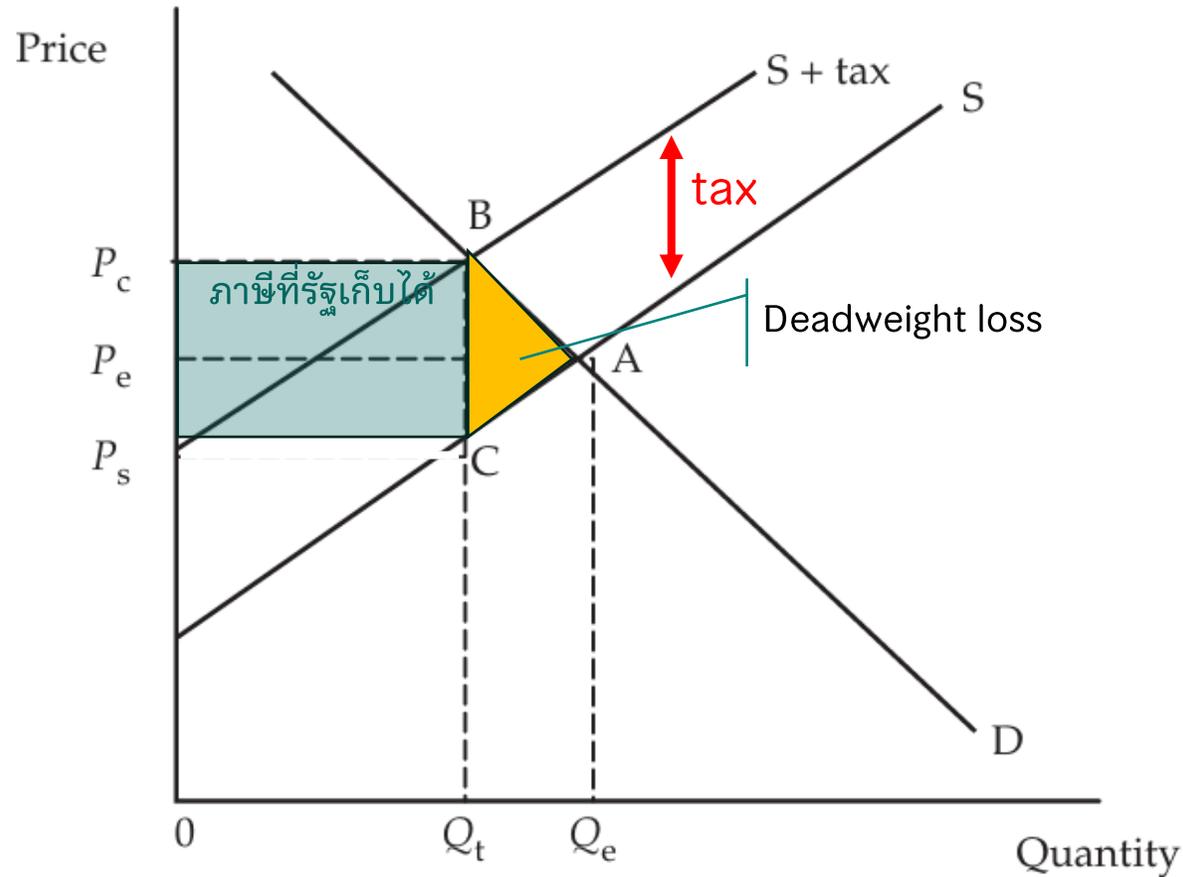
Henderson, W. J. (2015: p41). Health economics and policy 5th. Mason: South-Western, Cengage Learning



The Impact of an Excise Tax

ในตลาดแข่งขันสมบูรณ์
(Competitive market)

- การเก็บภาษีสรรพสามิตจำนวนคงที่จะเพิ่มต้นทุนสินค้าเข้าสู่ตลาด และเลื่อนเส้นอุปทานไปทางซ้ายไปยังเส้น $S + tax$ ภาษีขนาดของการเปลี่ยนแปลงในหน่วยดอลลาร์ ซึ่งวัดจากระยะห่างในแนวตั้งระหว่างเส้นอุปทานทั้งสองเส้น จะเท่ากับภาษีที่กำหนด



- $P_s P_c B C$ = ภาษีที่รัฐเก็บได้
- $A B C$ = การสูญเสียทางเศรษฐกิจ (Deadweight loss)

ผลกระทบของการสูญเสีย (deadweight loss) จะลดลงเมื่อเส้นอุปสงค์ไม่มีความยืดหยุ่น เช่น การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตสำหรับบุหรี่ยาสูบ แอลกอฮอล์ ประกันสุขภาพ และค่ารักษาตัวในโรงพยาบาลถูกเสนอเป็นทางเลือกทางการเงินสำหรับการปฏิรูปการดูแลสุขภาพต่างๆ

- ภาษีสำหรับแอลกอฮอล์ บุหรี่ ภาษีดังกล่าวมักถูกเรียกว่า ภาษีบาป (Sin tax)

Henderson, W. J. (2015: p42). Health economics and policy 5th. Mason: South-Western, Cengage Learning

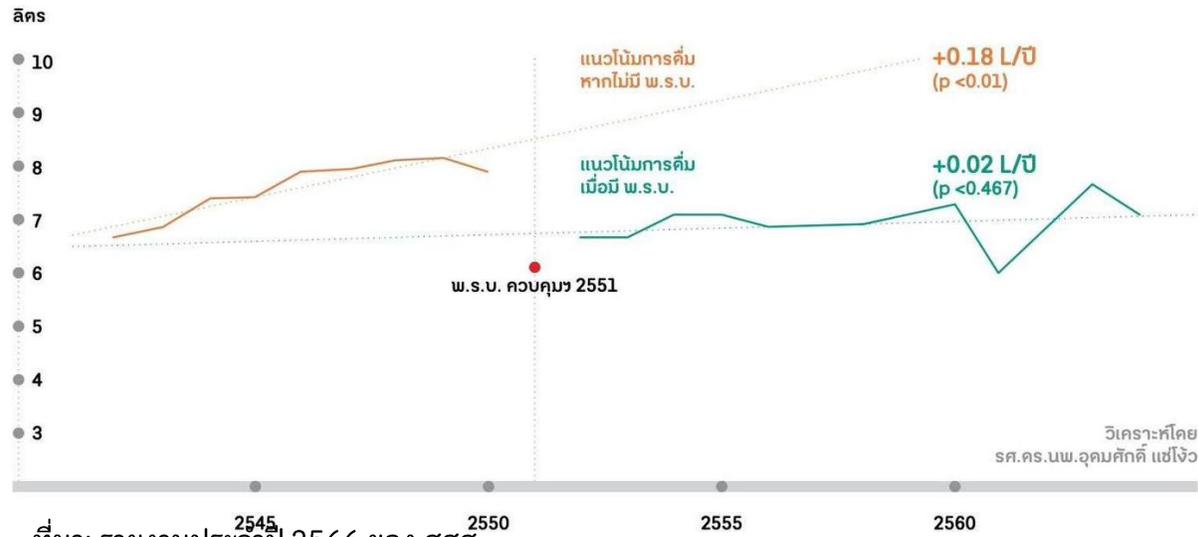


พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี 2551 ส่งผลให้การบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงจริงหรือ?

แนวโน้มปริมาณการบริโภคเอทานอลบริสุทธิ์ (ลิตร) ต่อหัวประชากรต่อปี เปรียบเทียบก่อนและหลังพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑

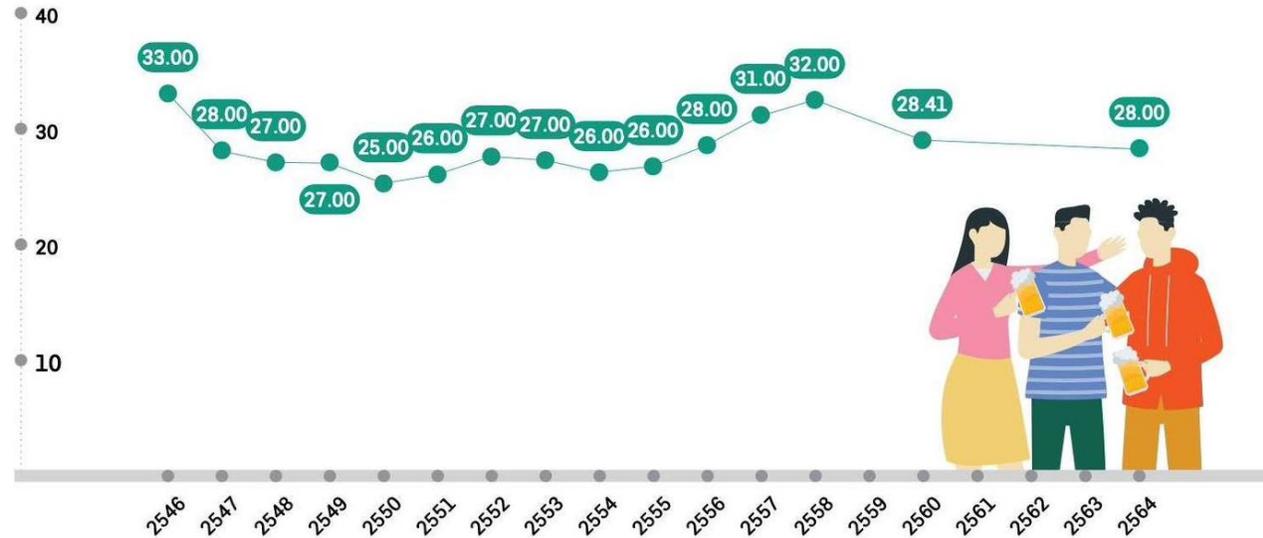
ความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบัน (ดื่มอย่างน้อยหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานใน 12 เดือนที่ผ่านมา)

ปริมาณบริโภคต่อหัวประชากรต่อปี คิคจากข้อมูลปริมาณการผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศ และปริมาณที่นำเข้าจากต่างประเทศ



ที่มา: รายงานประจำปี 2566 ของ สสส.

ร้อยละ



๑ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564) การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.๒๕๖๔. นนทบุรี: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

๒ World Health Organization (WHO). (2022). Definition of current drinkers. Retrieved from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3680#:~:text=Definition%3A,in%20the%20last%2012%20months.>

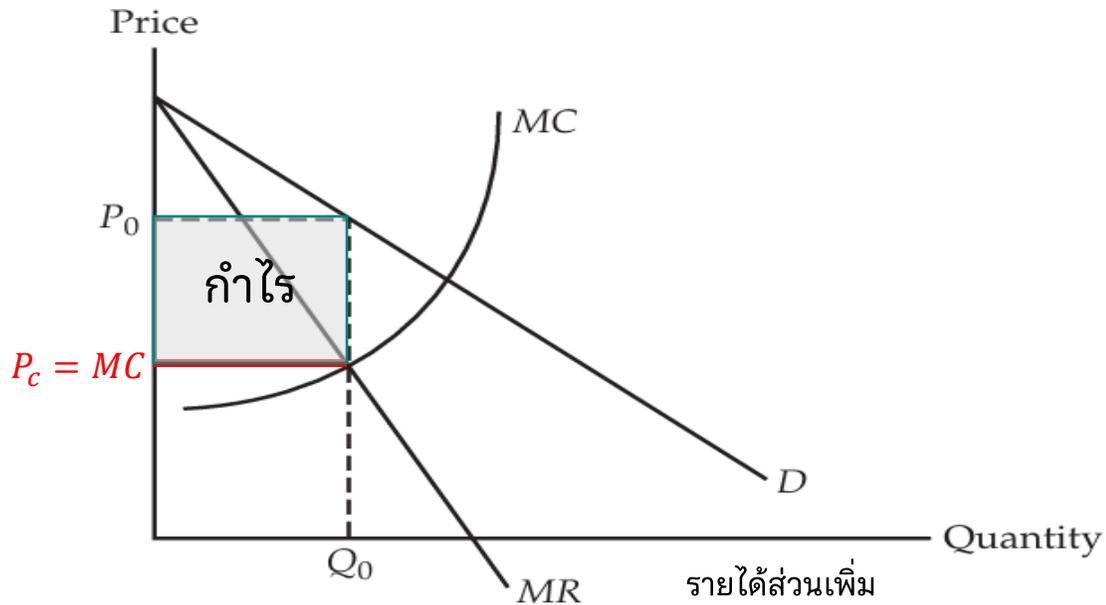
เมื่อเทียบเคียงกับงบประมาณของ สสส. ที่เก็บมาจากยอดขายจริงของเหล้า บุหรี่ ก็
จะเห็นว่าช่วงปี 2547 เพิ่มขึ้นแตะ 2 พันล้านบาทต่อปีจากปีก่อนๆ ยอดที่ปีละพัน
กว่าล้านบาท และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนในปี 2553 มีเงินเข้า สสส. ปีละเกิน 3 พันล้าน
บาท มาถึงหลังจากปี 2557 ยอดเงินของ สสส. ได้ปีละเกิน 4 พันล้านบาทโดย
ตลอด

Pricing and Output under Imperfect Competition

กรณีที่อุปทานเป็นแบบไม่สมบูรณ์ (Imperfections)

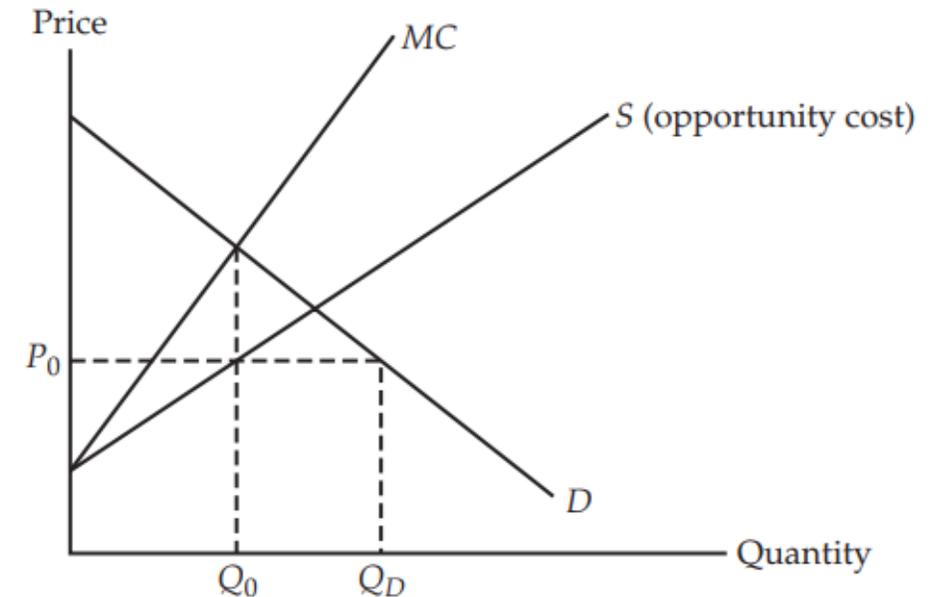
- ผู้ให้บริการจะได้รับผลตอบแทนจากการผูกขาด (monopoly returns)

ในการขายผลผลิตส่วนเกิน ผู้ให้บริการต้องลดราคาผลผลิตทั้งหมดที่สามารถขายได้ในราคาที่สูงกว่า กล่าวอีกนัยหนึ่ง เส้นรายได้ส่วนเพิ่มอยู่ต่ำกว่าเส้นอุปสงค์ มีค่าจุดตัดบนแกนราคาเท่ากันและมีความชันเป็นสองเท่า¹¹ แม้ว่ากฎเกณฑ์ทั่วไปสำหรับการเพิ่มผลกำไรสูงสุดจะเหมือนกัน คือ $MR = MC$ แต่จุดตัดนี้เกิดขึ้นใต้เส้นอุปสงค์ ดังนั้นผลผลิตที่เพิ่มผลกำไรสูงสุดจึงต่ำกว่าในกรณีของการแข่งขันอย่างสมบูรณ์ และราคาที่ได้จึงสูงกว่า



ในด้านอุปสงค์ของตลาด (Demand-side imperfection) - ผู้ซื้อจำนวนจำกัดและข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์เป็นสองทางเลือกที่เป็นไปได้ กรณีทั่วไปของข้อบกพร่องด้านอุปสงค์เรียกว่า การซื้อแบบผูกขาด (Monopsony) หรือผู้ซื้อรายเดียว เช่น ผู้ซื้อวัคซีนรวมกลุ่มกันเพื่อรวมอำนาจซื้อและรับราคาที่ถูกลงจากผู้ผลิตวัคซีน

- คุณภาพแบบผูกขาดผู้ซื้อเกิดขึ้นที่ระดับผลผลิตที่ต่ำกว่าและราคาที่ต่ำกว่าการแข่งขันอย่างสมบูรณ์ สังคมจะแย่ลงเนื่องจากมีการให้บริการน้อยลงในราคาที่ต่ำกว่า ปริมาณความต้องการ (Q_D) จะมากกว่าปริมาณการจัดหา (Q_0) ผู้ซื้อแบบผูกขาดผู้ซื้อใช้อำนาจตลาดและสร้างปัญหาการขาดแคลน ซึ่งการแข่งขันกับผู้ซื้อรายอื่นไม่สามารถขจัดออกไปได้ เนื่องจากไม่มีผู้ซื้อรายใดเลย

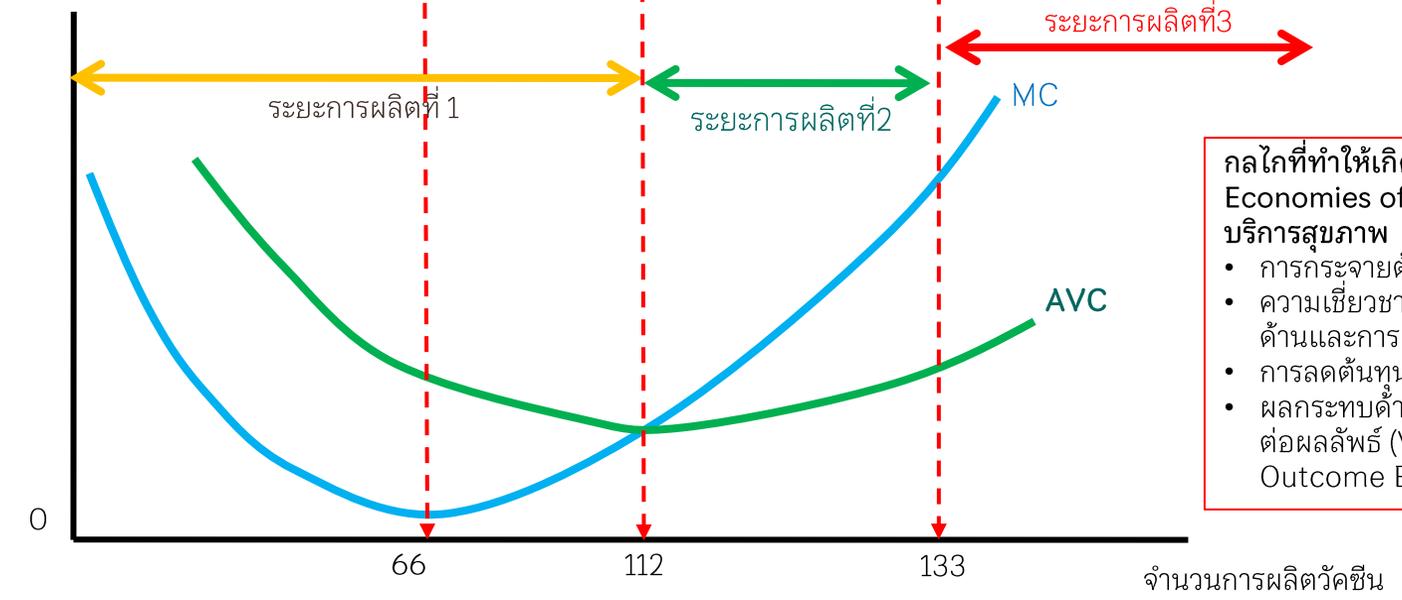
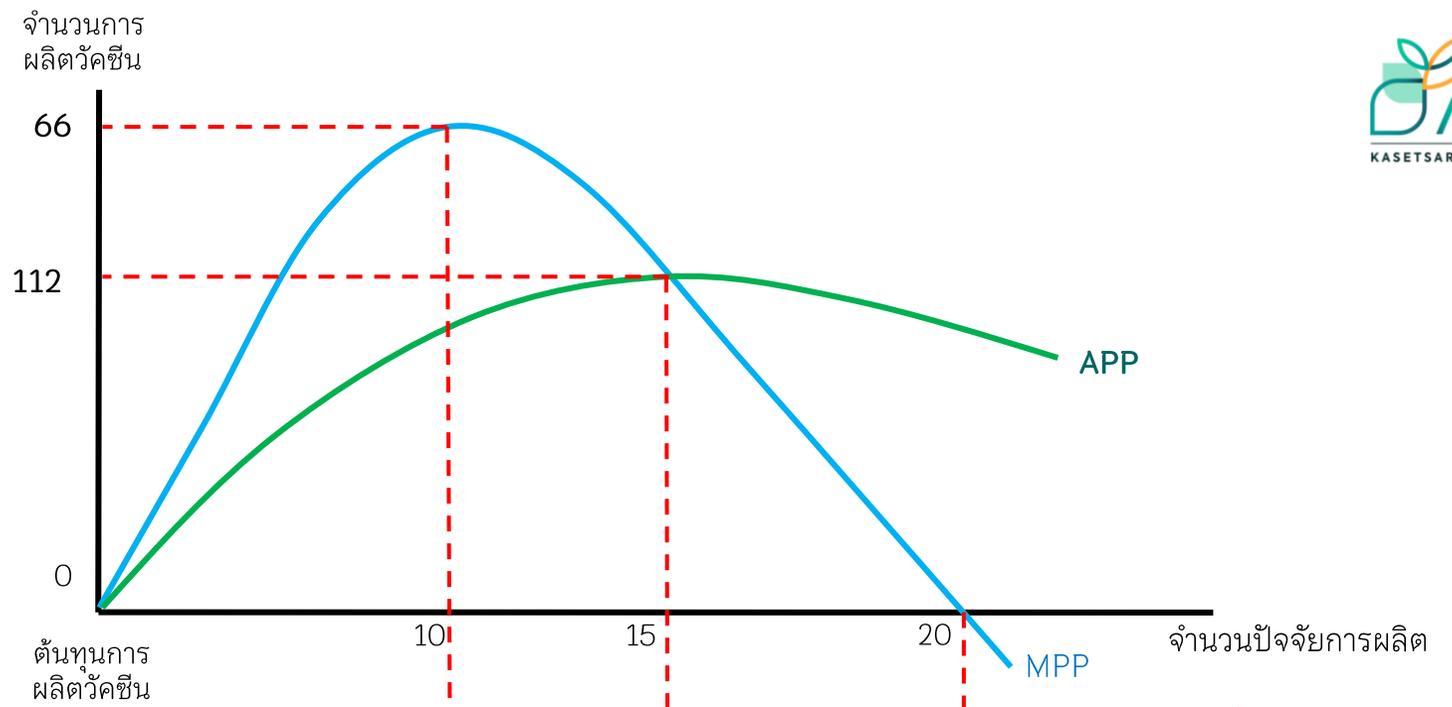


ความสัมพันธ์ระหว่างฟังก์ชันการผลิตกับฟังก์ชันต้นทุนการผลิต

เมื่อราคาปัจจัยการผลิตคงที่ ต้นทุนเฉลี่ย (AVC) จะมีค่าลดลงเรื่อยๆ ถ้าผลผลิตเฉลี่ย (APP) มีค่าเพิ่มขึ้น จนกระทั่ง APP มีค่าสูงสุดแล้วก็จะมีการลดลง เมื่อ APP มีการลดลง จะส่งผลให้ AVC มีค่าสูงขึ้น

การประหยัดอันเนื่องมาจากการขยายขนาดการผลิต (Economy of scale)

- การที่ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วย (AVC) ของบริการทางการแพทย์หรือผลผลิตด้านสุขภาพลดลง เมื่อมีการเพิ่มปริมาณการผลิตหรือขนาดของการให้บริการนั้น ๆ
- ในบริบทของโรงพยาบาลหรือระบบบริการสุขภาพ การประหยัดต่อขนาดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและทำให้การจัดสรรทรัพยากรคุ้มค่ามากขึ้น
 - เช่น หน่วยงานที่มีขนาดใหญ่ (เช่น กลุ่มโรงพยาบาล หรือระบบสาธารณสุขของรัฐ) มีอำนาจต่อรองที่สูงกว่าในการซื้อยา, เวชภัณฑ์, และเครื่องมือแพทย์จากผู้ผลิต/ผู้จัดจำหน่ายในปริมาณมาก ทำให้ได้ราคาต่อหน่วยที่ต่ำลง (Volume Discount)
 - โรงพยาบาลที่มีปริมาณการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกสูง มีความชำนาญในการดูแลหลังการผ่าตัดและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (Length of Stay) ทำให้ต้นทุนรวมต่อผู้ป่วยลดลง



กลไกที่ทำให้เกิด Economies of Scale ในบริการสุขภาพ

- การกระจายต้นทุนคงที่
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและการแบ่งงาน
- การลดต้นทุนการจัดซื้อ
- ผลกระทบด้านปริมาณต่อผลลัพธ์ (Volume-Outcome Effect)

Positive and Normative Analysis

เศรษฐศาสตร์พรรณนา (Positive Analysis)

- เศรษฐศาสตร์แบบพรรณนา (Positive Economics) มุ่งเน้นไปที่การอธิบายและทำนาย ปรากฏการณ์ทางเศรษฐกิจ ตามความเป็นจริง โดยอาศัยข้อเท็จจริงและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Empirical Evidence) เป็นหลัก สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นจริงหรือเป็นเท็จจากการสังเกตและการวิเคราะห์ข้อมูล

ประเด็น	ตัวอย่าง
การใช้บริการ (Utilization)	การเพิ่มเบี้ยประกันร่วมจ่าย (Co-payment) ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ ความถี่ในการมาพบแพทย์ ลดลง 15% ในกลุ่มผู้มีรายได้สูง
อุปสงค์และอุปทาน	อัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรที่สูงขึ้นในพื้นที่หนึ่ง มีความสัมพันธ์กับ อัตราการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น (Supplier-Induced Demand) ที่สูงขึ้น
ประสิทธิภาพ	การจัดซื้อยาโดยรวมศูนย์ (Centralized Procurement) ส่งผลให้ ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของยาพื้นฐานลดลง 5%

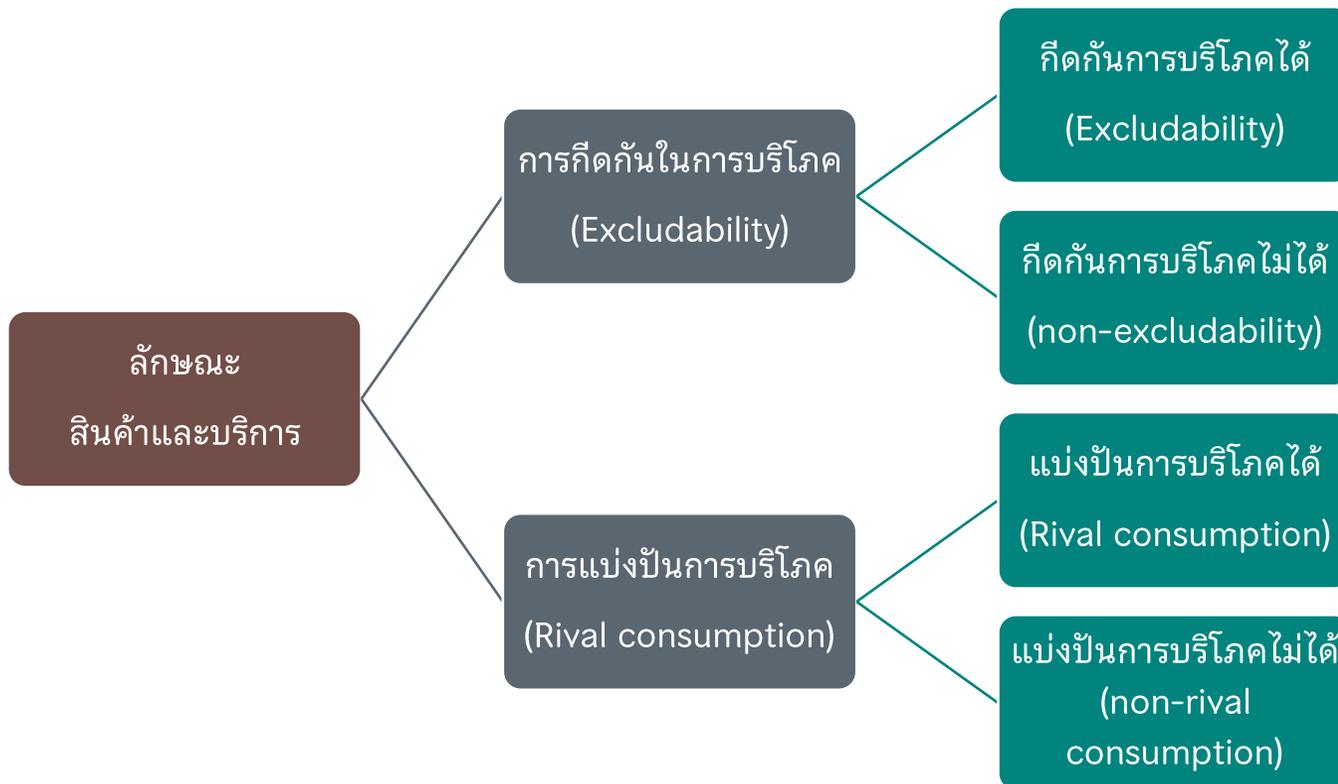
เศรษฐศาสตร์อัตตวิสัย (Normative Analysis)

- เศรษฐศาสตร์แบบอัตตวิสัย (Normative Economics) มุ่งเน้นไปที่การตัดสินคุณค่า (Value Judgments) และการเสนอแนะว่า ควรจะเกิดอะไรขึ้น โดยมีพื้นฐานมาจากค่านิยม จริยธรรม หรือ เป้าหมายทางสังคม หากแต่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นจริงหรือเท็จ ด้วยข้อเท็จจริงเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการเสนอ "สิ่งที่ควรทำ"

ประเด็น	ตัวอย่าง
ความเป็นธรรม (Equity)	รัฐบาล ควรจะ จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้เพียงพอเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาโรคที่ร้ายแรงได้ โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางการเงิน
ความคุ้มค่า (Efficiency)	โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีใหม่ที่ราคาถูกลงกว่า ควรจะ นำมาใช้แทนวิธีเดิมทั่วประเทศ เนื่องจากมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากกว่า
เป้าหมายนโยบาย	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ รัฐบาล ไม่ควร อนุญาตให้มีการเก็บเงินร่วมจ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

ประเภทสินค้าและบริการ

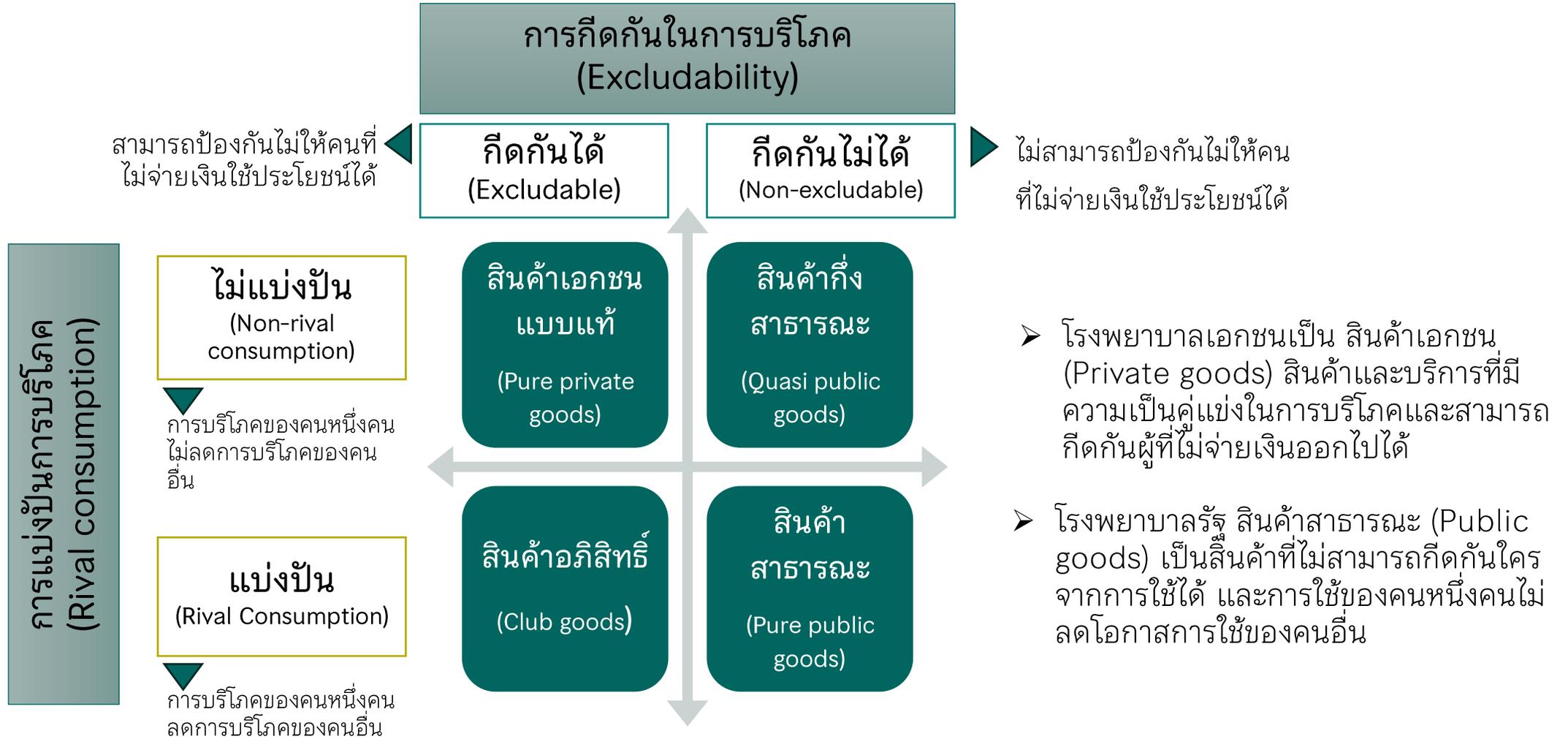
แนวคิดของ พอล แอนโทนี นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล



- กลไกราคาเป็นเครื่องมือการกีดกันการบริโภคได้
- กลไกราคา/มาตรการอื่น ไม่สามารถกีดกันการบริโภคของผู้ใดผู้หนึ่งได้ ไม่ว่าผู้หนึ่งจะจ่ายค่าบริการหรือไม่ก็ตาม
- สินค้าและบริการนั้นเมื่อถูกบริโภคโดยคนหนึ่งแล้ว ทำให้ผู้อื่นที่ร่วมใช้สินค้าและบริการนั้นได้รับความพึงพอใจลดลง
- สินค้าและบริการนั้นเมื่อถูกบริโภคโดยคนหนึ่งแล้ว ไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้อื่นที่ร่วมใช้สินค้าและบริการนั้น



สินค้าสาธารณะ



ตัวอย่างสินค้าด้านสุขภาพ

สินค้าสาธารณะ (public goods)

- **การควบคุมโรคระบาด:** เมื่อมีการควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดสำเร็จ ประชากรทุกคนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการลดความเสี่ยงโดยรวม ไม่ว่าจะจ่ายภาษีหรือไม่ก็ตาม (คิดกันไม่ได้) และการที่คนหนึ่งคนปลอดภัยจากการระบาด ไม่ได้ลดความปลอดภัยของคนอื่น (ไม่เป็นคู่แข่ง)
- **สุขภาพในชุมชน:** ระบบน้ำประปาที่สะอาด หรือการจัดการขยะที่ดีในพื้นที่สาธารณะ ซึ่งทุกคนได้รับประโยชน์ร่วมกัน
- **งานวิจัยพื้นฐานทางแพทย์ (Basic Medical Research):** ผลการวิจัยเป็นความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างได้โดยไม่หมดไป

สินค้าเอกชน (private goods)

- **การผ่าตัดเฉพาะบุคคล:** เมื่อผู้ป่วยรายหนึ่งเข้ารับการผ่าตัด ห้องผ่าตัดและบุคลากรถูกใช้ไปในเวลานั้น ทำให้ไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยรายอื่นได้ (เป็นคู่แข่ง) และโรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการและคิดกันผู้ที่ไม่สามารถจ่ายได้ (คิดกันได้)
- **ยารักษาอาการ:** ยาที่ผู้ป่วยซื้อไปบริโภคหมดไปในการใช้งานครั้งนั้นๆ
- **บริการทันตกรรม:** การตรวจสุขภาพฟันโดยทันตแพทย์ที่คลินิก

สินค้าเอกชนสามารถจัดหาได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่าน กลไกตลาด เพื่อทำกำไรได้ แต่เนื่องจาก**บริการสุขภาพเป็นสินค้าจำเป็น** รัฐบาลยังคงเข้ามาแทรกแซง เช่น การควบคุมราคา การอุดหนุน หรือการจัดตั้งระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการเอกชนที่จำเป็นได้อย่างเป็นธรรม (ลดผลกระทบของการคิดกันได้)

สินค้าสาธารณะมักจะประสบปัญหา "**ผู้โดยสารฟรี**" (Free-rider Problem) เนื่องจากไม่สามารถคิดกันคนที่ไม่จ่ายเงินได้

รัฐบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการจัดหาเงินทุนและดำเนินการบริการเหล่านี้เพื่อประโยชน์ของสังคมโดยรวม

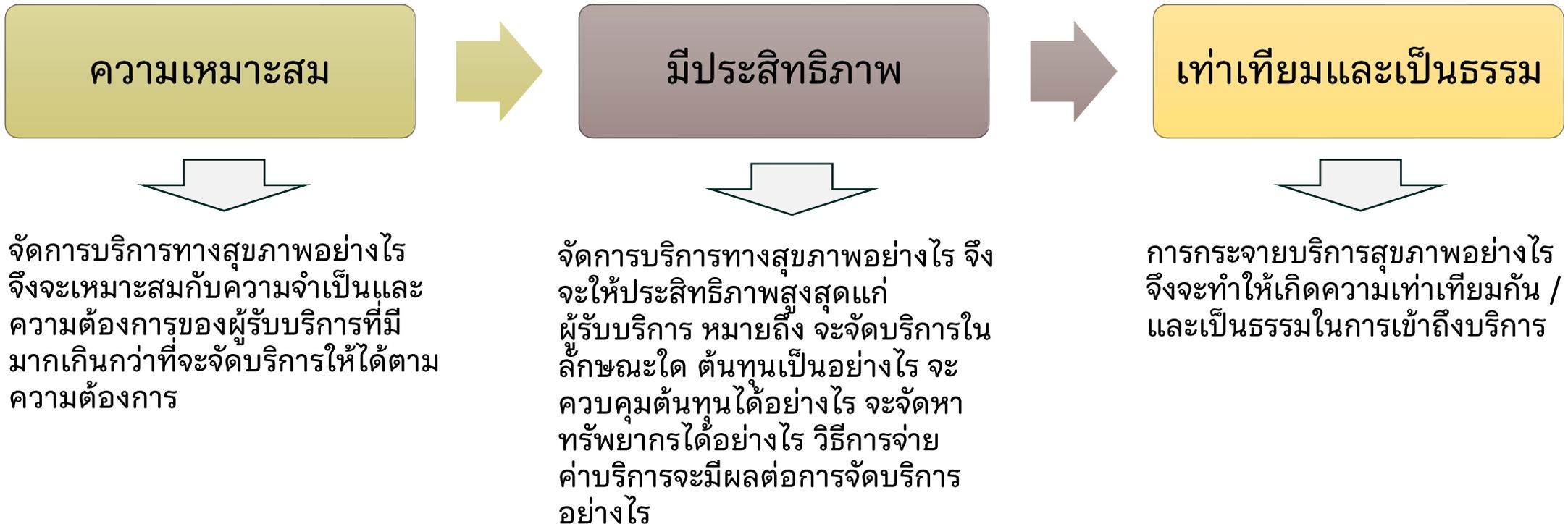
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ เศรษฐศาสตร์ด้านสาธารณสุข



การประเมินทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economic Evaluation)

- เป็นการใช้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อแก้ไขปัญหาพื้นฐานทางสาธารณสุขที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่



คำถามสำคัญในการตัดสินใจรักษาและจัดบริการทางการแพทย์

การตัดสินใจในการให้การรักษาและจัดบริการทางการแพทย์ มีคำถามสำคัญ 4 ข้อ คือ

➔ ใช้การประเมินความเสมอภาค (Equity) เพื่อตอบคำถามว่า ยา หรือการรักษานั้น มีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชนหรือไม่ ?

- ศึกษาว่ายานั้นสามารถให้บริการครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกคน ไม่ว่าจะเป็ใคร อยู่ที่ไหน ใช้สิทธิการรักษาใด ก็สามารถเข้าหรือบริการนั้นได้

มีความเสมอภาคหรือไม่

➔ ใช้การประเมินสัมฤทธิ์ผล (Efficacy) เพื่อตอบคำถามว่า ดีจริงหรือไม่ ?

- ศึกษาว่า ยาหรือการรักษานั้น ให้ผลการรักษาที่ดีจริงหรือไม่ ในสถานการณ์ที่ถูกควบคุมไว้ เช่น ในการศึกษาที่ผู้รับการรักษาทุกคนต้องได้รับยาหรือการรักษาทุกครั้งตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ และภายหลังโปรแกรมการรักษาต้องมีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ดีจริงหรือไม่

➔ ใช้การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency) เพื่อตอบคำถามว่า ยา หรือการรักษานั้น คุ่มหรือไม่ ?

- ศึกษาว่า หากยานั้นสามารถใช้ได้ดีทั้งในสถานการณ์ที่ถูกควบคุมและในสถานการณ์จริง ยานี้จะมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ เมื่อเทียบกับผลลัพธ์การรักษาที่ได้ กับ ค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณที่ต้องสูญเสียไป

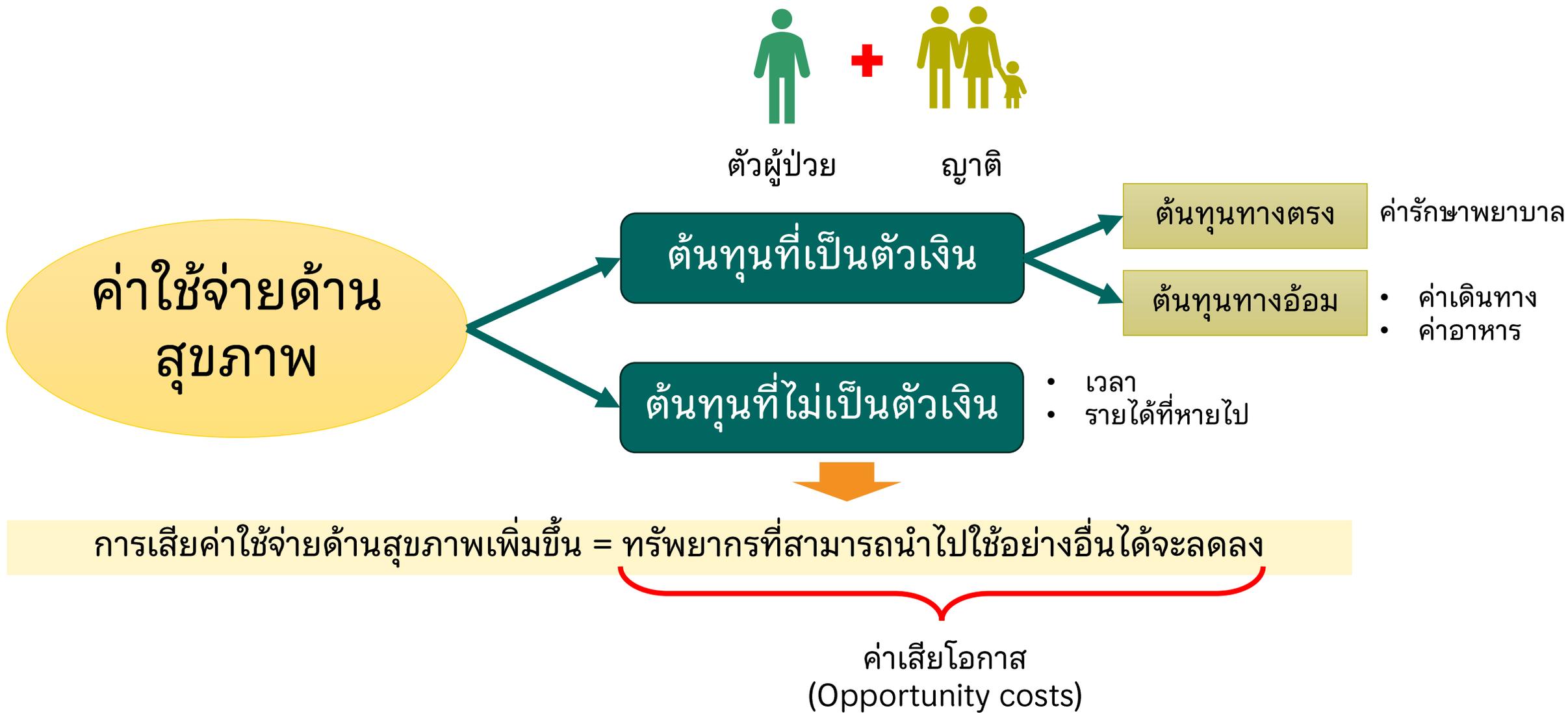
คุ้มหรือไม่

➔ ใช้การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) เพื่อตอบคำถามว่า ยาหรือการรักษานั้น ใช้ได้ทางปฏิบัติหรือไม่ ?

- ศึกษาว่า ยา หรือการรักษานั้น สามารถให้ผลการรักษาที่ดีหรือไม่ ถ้าปล่อยให้ไปตามสถานการณ์ปกติตามชีวิตจริงไม่มีการควบคุม
 - เช่น การรักษาวัณโรคปอดด้วยยาที่ใช้เป็นมาตรฐานในการรักษา โดยทั่วไปจะใช้เวลารักษาประมาณ 1 ปีครึ่ง ถ้ามีการติดตามควบคุมให้ผู้ป่วยกินยาตามที่กำหนด ยานี้ก็จะมีประสิทธิภาพดีพอสมควร (70-80%) แต่เมื่อใช้ในสถานการณ์จริง ผู้ป่วยต้องนำยาไปกินเอง ปรากฏว่าประสิทธิภาพลดลงมาก เหลือเพียง 50% เพราะต้องใช้เวลารักษากินยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และมีผลข้างเคียง โดยไม่มีใครคอยติดตามแนะนำ การดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนหยุดยาเอง ดังนั้นในทางปฏิบัติ ผลลัพธ์ของการรักษาที่ได้จึงลดลงจากที่ควรจะเป็น

ใช้ได้ทางปฏิบัติหรือไม่

มิติของค่าใช้จ่ายสุขภาพ



ประสิทธิผลจากมุมมองที่แตกต่างกัน



มุมมอง	ต้นทุน	ผลลัพธ์
ผู้ป่วย (Patient)	<ul style="list-style-type: none"> ต้นทุนทางตรง (charges) ต้นทุนทางอ้อม – ค่าเดินทาง ค่าอาหาร รายได้ที่หายไป ฯลฯ 	<ul style="list-style-type: none"> สุขภาพดี ? คุณภาพชีวิตที่ดี ? อายุยืนยาว ?
ผู้ให้บริการ (Provider)	ต้นทุนทางตรงที่เกิดกับผู้ให้บริการ (direct costs)	ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นตามเป้าหมายในแต่ละโรค?
ผู้จ่ายเงิน (Healthcare payer)	เงินที่จ่ายจากการตั้งเบิก (reimbursement)	เป้าหมายตามตัวชี้วัดแต่ละวัตถุประสงค์ของเงินที่เบิกจ่าย?
สังคม (Societal)	ผลรวมของต้นทุนที่เกิดขึ้นในสังคม (total cost)	<ul style="list-style-type: none"> อายุยืน (longevity) ? สุขภาพที่ดีตามแบบอุดมคติภายใต้ความเชื่อของสังคม ? คุณภาพชีวิตที่ดีตามทัศนคติของคนในสังคมนั้น ๆ ?

กิจกรรม

กิจกรรม 1: พยายามกับการตัดสินใจทางเศรษฐศาสตร์

ให้นิสิตจับคู่/กลุ่มเล็ก 2-3 คน แล้วระดมความคิดตอบคำถาม:

Q1

"ในฐานะพยาบาล/นิตพยาบาล คุณเคยต้อง 'เลือก' หรือเผชิญกับ 'ความขาดแคลน' อะไรบ้างในการทำงาน? (เช่น เวลา, ทรัพยากร, บุคลากร, งบประมาณ ยา/เวชภัณฑ์)

Q2

ให้นิสิตยกตัวอย่างสถานการณ์ที่การเลือกของคุณมี "ต้นทุนค่าเสียโอกาส" (เช่น การเลือกใช้เวลาดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งนานขึ้น ทำให้เสียโอกาสในการดูแลผู้ป่วยอีกราย)



กิจกรรม 2: “ความแออัดและการจัดการทรัพยากร ในคลินิกผู้ป่วยนอก”

สถานการณ์

คลินิกผู้ป่วยนอก (OPD) ของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำกัด (5 คนต่อเวร) แต่มีผู้ป่วยนอกจำนวนมากในแต่ละวัน (เฉลี่ย 150 คน/วัน) ทำให้เกิดความแออัด พยาบาลมีเวลาให้ผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉลี่ยเพียง 5 นาที ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้สุขศึกษาที่ครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

การบริหารจัดการ ปัจจุบัน

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องรอคิวพบแพทย์นาน และพยาบาลมักต้อง "เลือก" ที่จะจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม ดังนี้:

1. ประเมินอาการ/คัดกรองเบื้องต้น
2. เตรียมเอกสาร/ยา
3. ให้สุขศึกษาแบบรวบรัด (ใช้แผ่นพับ)

ทางเลือกที่กำลัง พิจารณา

1. **จ้างพยาบาลเพิ่ม:** เพิ่มพยาบาลวิชาชีพ 2 คน (ต้นทุนเพิ่ม: เงินเดือนพยาบาล)
2. **ปรับระบบการดูแล:** จัดตั้ง "คลินิกพยาบาลเฉพาะโรคเรื้อรัง" โดยให้พยาบาลที่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง 1 คน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและสุขศึกษาแบบกลุ่ม/รายบุคคล โดยใช้เวลานานขึ้น (15-20 นาที/คน) แต่ช่วยลดภาระงานของพยาบาลใน OPD ปกติ

นิสิตแบ่งกลุ่มย่อย (5-6 คน/กลุ่ม) และให้วิเคราะห์กรณีศึกษาตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์

D&S

- อะไรคือปัจจัยที่ทำให้ อุปสงค์ ต่อการบริการที่ OPD เพิ่มขึ้น?
- อะไรคือปัจจัยที่จำกัด อุปทาน ในการบริการที่มีคุณภาพ?
- ภาวะความแออัดนี้สะท้อนภาวะอุปสงค์และอุปทานที่ไม่สมดุลอย่างไร?

Opportunity cost

- หากพยาบาลมีเวลาน้อยลงในการให้บริการที่ OPD "ผลเสีย" ที่อาจตามมาคืออะไร? "ผลเสีย" เหล่านี้คิดเป็น "ต้นทุนค่าเสียโอกาส" ทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยและสังคมได้อย่างไร?
- หากเลือกดำเนินมาตรการที่ 2 (จัดตั้งคลินิกพยาบาลเฉพาะโรคเรื้อรัง) ต้นทุนค่าเสียโอกาสของการนำพยาบาล 1 คนไปทำหน้าที่นี้คืออะไร?

Decision

- จากมุมมองทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ กลุ่มของคุณจะเลือกทางเลือกที่ 1 หรือ 2 หรือมีทางเลือกที่ 3 ที่ดีกว่า?
- ทางเลือกใดที่ใช้ทรัพยากรน้อยกว่าแต่ได้ผลลัพธ์สุขภาพโดยรวมที่ดีกว่า/เท่ากัน? ทางเลือกใดที่ให้ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ?

สรุปกิจกรรม

พยาบาล

กับ

การตัดสินใจทางเศรษฐศาสตร์



Questions

1. ความขาดแคลนหมายถึงอะไร เหตุใดแนวคิดนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจ
2. กฎของอุปสงค์ (law of demand) แตกต่างจากกฎของอุปทาน (law of supply) อย่างไร
3. การเปลี่ยนแปลงของราคาวัคซีนไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อความเต็มใจหรือความสามารถของผู้บริโภคในการตัดสินใจฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่อย่างไร
4. การเปลี่ยนแปลงของราคาปัจจัยการผลิตหลักและจำเป็นต้องใช้ในกระบวนการผลิตเพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ผลิตอย่างไร
5. ในตลาดบริการโรงพยาบาล กำหนดเกณฑ์เป็น “ราคาให้บริการของโรงพยาบาล” และเกณฑ์อื่นเป็น “ปริมาณบริการโรงพยาบาล” ให้วาดเส้นอุปสงค์และอุปทาน และระบุราคาดุลยภาพและปริมาณบริการโรงพยาบาล สมมติให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาล เงินเดือนพยาบาลโดยเฉลี่ยจึงเพิ่มขึ้น 10 เปอร์เซ็นต์ ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นนี้จะส่งผลต่อตลาดบริการโรงพยาบาลอย่างไร
6. ภาครัฐส่วนร่วมอย่างไรบ้างในการให้บริการด้านสาธารณสุข
7. ให้อธิบายว่าเหตุใดบริการสาธารณสุขจึงมีลักษณะของข้อมูลข่าวสารไม่สมมาตร (Asymmetric Information) พร้อมยกตัวอย่างประกอบ
8. องค์ความรู้ทางเศรษฐศาสตร์สามารถใช้จัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อแก้ไขปัญหาพื้นฐานทางสาธารณสุขที่สำคัญ 3 ประการ อะไรบ้าง

ระบุว่าข้อความต่อไปนี้เป็นเชิงบวก (Positive) หรือเป็นบรรทัดฐาน (Normative)

- 1) ผู้สูบบุหรี่ควรจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่
- 2) รัฐบาลควรออกแผนประกันสุขภาพที่ครอบคลุมซึ่งให้ความคุ้มครองถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคนโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่าย
- 3) เหตุผลหลักของการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาคือการพัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง
- 4) ค่าใช้จ่ายที่สูงในการให้บริการดูแลสุขภาพแก่พนักงานเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้บริษัทเอกชนในประเทศไม่สามารถแข่งขันกับบริษัทต่างประเทศได้
- 5) บุคคลที่เกิดมาพร้อมกับความบกพร่องทางพันธุกรรมบางประการ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าตลอดชีวิต ควรถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความบกพร่องเหล่านั้น