



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังเร่งรัดพัฒนา ปัญหาด้านสาธารณสุขยังคงเป็นปัญหาหลักที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยพื้นฐานอันได้แก่โรคระบบทางเดินหายใจ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2531 พบว่าโรคระบบทางเดินหายใจเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย¹ และโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract infection) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่าโรค URI เป็นโรคที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดในกลุ่มประชาชน ดังนั้นตามโรงพยาบาลต่าง ๆ หรือแม้แต่คลินิกของแพทย์ โรคที่พบบ่อยที่สุดก็คือโรค URI ซึ่งโรคดังกล่าวทำให้ต้องใช้จ่ายเงินเพื่อการรักษาเป็นจำนวนมหาศาลในแต่ละปี

โรค URI มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากเชื้อไวรัส บางส่วนมาจากเชื้อแบคทีเรีย และส่วนน้อยมาจากเชื้อรา การรักษาจะแตกต่างกัน ถ้าต้นเหตุเกิดจากเชื้อไวรัส การรักษาก็จะเป็นเพียงการรักษาตามอาการเท่านั้น เช่น ให้ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก ประกอบกับการพักผ่อน และดื่มน้ำให้มาก ส่วนในกรณีที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรานั้น พบว่าจำเป็นจะต้องใช้ยาที่ฆ่าเฉพาะเชื้อ เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาฆ่าเชื้อราทั้งเฉพาะที่และทั่วร่างกาย ซึ่งการวินิจฉัยแยกแยะระหว่างต้นเหตุการเกิดโรค URI นั้นค่อนข้างยากในช่วงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะแรก ๆ

¹ กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สรุปรายงานการป่วยประจำปี 2531 (อัดสำเนา), หน้า 98

แต่ในระยะหลังจะมีลักษณะแตกต่างที่เห็นได้ชัดเจนว่า เป็นโรคทางเดินหายใจส่วนบนอักเสบจากไวรัส แบคทีเรียและเชื้อรา โรค URI นี้ในระยะแรก ๆ มักมีสาเหตุจากเชื้อไวรัส ถ้าให้การรักษาแบบติดเชื้อไวรัสก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะหายได้ แต่ก็มีบางส่วนที่ไม่หายเพราะมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะตั้งแต่เริ่มแรก การให้การรักษาของแพทย์นั้นพบว่าถ้าให้ยาปฏิชีวนะด้วยจำนวนผู้ป่วยที่หายจากโรคนั้นสูงมากขึ้น แต่ก็จะพบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูญเปล่าในกรณีที่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก หากคิดเป็นจำนวนเงินที่ต้องใช้ไป ทั้งนี้ยังมีได้คิดถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา

การบริการทางการแพทย์ในรูปแบบของบริการ แพทย์มักเป็นผู้กำหนดทั้งสิ้น ทั้งชนิดจำนวนและคุณภาพ ลักษณะของบริการแบบนี้แพทย์จึงเปรียบเสมือนเป็นตัวแทนของผู้ป่วยซึ่งมีสามัญสำนึกที่จะต้องให้บริการที่ดีที่สุด เท่าที่จะหาได้ในขณะนั้น อย่างไรก็ตามแพทย์ในฐานะสมาชิกของสังคม จำเป็นต้องตระหนักถึงผลกระทบจากการให้บริการนั้น ๆ ต่อสังคมโดยรวมด้วย เช่น บางรายอาจสั่งการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะตัวใหม่ ๆ ที่มีราคาแพง ทั้ง ๆ ที่สามารถเลือกใช้ยี่ห้ออื่นที่มีราคาถูกกว่า แต่ประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน เพราะคิดว่าผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงินเองสามารถนำไปเสรีไปเบิกได้ ในปัจจุบันนี้แพทย์ต้องเผชิญกับปัญหาในการสั่งการรักษา หรือการสั่งตรวจพิเศษอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการรักษาโรคนั้นมีทางเลือกหลายทาง เช่น การรักษาโรค URI ทางเลือกในการสั่งการรักษาของแพทย์อาจมี 3 ทาง ทางเลือกที่หนึ่ง แพทย์อาจสั่งยารักษาตามอาการเท่านั้น ทางเลือกที่สอง แพทย์สั่งยาปฏิชีวนะราคาถูกและยารักษาตามอาการ ทางเลือกที่สาม แพทย์สั่งยาปฏิชีวนะราคาแพงและยารักษาตามอาการ แพทย์ส่วนมากจะใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจว่าการรักษาทางใดจะให้ผลดีที่สุดแก่ผู้ป่วยอยู่แล้ว ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวจะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ถ้าพิจารณาต่อไปว่าการรักษานั้นให้ผลคุ้มหรือไม่ เมื่อเทียบกับอีกวิธีหนึ่ง การตัดสินใจสั่งการรักษาของแพทย์นี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การตัดสินใจสั่งการรักษาโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการทางสังคมและประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการในชั้นหนึ่ง และอีกลักษณะหนึ่งก็คือ

การรักษาที่มุ่งเน้นเสริมภาพผู้ป่วยในการแสวงหาบริการที่ดีที่สุดสำหรับตน ซึ่งค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและการรักษาทั้ง 2 แบบนี้ในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคเดียวกันก็ไม่เท่ากัน เพราะแนวคิดต่างกัน โดยการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ อาจไม่มีการตรวจพิเศษ หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการมากนัก และอาจใช้ยาพวก ผลิตเองในประเทศ ส่วนการรักษาให้หายแบบมีคุณภาพ โดยอาจใช้ยาพวกต้นตำรับ ซึ่งเป็นยาที่มีการแตกตัวทางชีวภาพ² มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย อาจสั่งฉีดยาหรือมีการนัดให้กลับมาดูอาการอีกภายหลัง ซึ่งทั้งหมดนี้แพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจโดยคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยว่าจะมีอำนาจในการซื้อบริการ แคโทลหรือมีบุคคลที่สามซึ่งอาจจะเป็นส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัทหรือสถาบันประกันสุขภาพจ่ายค่ารักษายาบาลให้หรือไม่ ซึ่งถ้ามีความแตกต่างในเรื่องการรักษายาบาลระหว่างผู้ป่วยที่มีบุคคลที่สามจ่ายค่ายาบาลให้กับผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษายาบาลเองแล้ว อาจจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาทางด้านสาธารณสุขในขั้นต่อไป โดยเฉพาะในกรณีที่รัฐบาลมีนโยบายจะให้ประกันสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งอาจจะพิจารณาถึงเรื่องค่าใช้จ่ายที่อาจสูงขึ้นกว่าความจำเป็นในด้านค่ารักษายาบาลในส่วนของยาได้เพราะเมื่อแพทย์เห็นว่าคนไข้มีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษายาบาลให้ก็จะใช้ยาในระดับที่สูงขึ้นแทน จะทำให้รัฐต้องเตรียมงบประมาณที่สูงขึ้นไปอีก

² ยาสำเร็จรูปที่มีตัวยาเท่ากันและเป็นตัวยาชนิดเดียวกัน ทำเป็นรูปแบบเดียวกัน มีความรุนแรง คุณภาพ ความบริสุทธิ์ อัตราการละลาย การกระจายเท่ากัน อาจกล่าวได้ว่ามีการแตกตัวทางเคมี เหมือนกันแต่ยานี้ อาจจะมีการแตกตัวทางชีวภาพ ต่างกันก็ได้ เพราะการดูดซึมเข้าไปในร่างกายต่างกัน ทั้งนี้เพราะในการผลิตยาสำเร็จรูป กรรมวิธีในการผลิต เทคโนโลยีในการผลิตต่างกัน ประสิทธิภาพในการรักษาก็อาจต่างกันได้ (สุนิพนธ์ ภูมมางกูรและคณะ เอกสารโรเนียวประกอบการศึกษา)

ในประเทศญี่ปุ่น ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการบริการด้านแพทย์และพบว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 443 พันล้านเยนในปี พ.ศ. 2503 เป็น 10,048 พันล้านเยนในปี พ.ศ. 2521 ค่าใช้จ่ายนี้รวมถึงเอาค่าใช้จ่ายในด้านการประกันสุขภาพ การบริการทางแพทย์โดยรัฐ และค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายเองโดยตรงเข้าไว้ด้วยกัน โดยไม่รวมรายจ่ายเกี่ยวกับการตรวจร่างกายทั่วไป การให้วัคซีน ทั้ง ๆ ที่ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีขั้นตอนการตรวจ และระบบควบคุมราคาที่ค่อนข้างจะรัดกุมพอควร แต่ก็ยังคงมีปัญหาอยู่ค่อนข้างมาก เช่น อัตราการใช้บริการทางการแพทย์สูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายซึ่งเป็นโรคที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ก็มาใช้บริการ เช่น โรคหวัด ทำให้ค่าใช้จ่ายที่ไม่ค่อยจำเป็นเพิ่มขึ้น และยังทำให้ประชาชนพึ่งพาแพทย์มากเกินไป นอกจากนี้ยังพบว่ามีการจ่ายโดยไม่จำเป็นเสมอ ๆ เช่น การจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยใช้หวัดจะพบได้บ่อยมาก³

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐบาลได้มีนโยบายกำหนดระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลในแต่ละโรค ซึ่งก็คล้ายกับเป็นการบังคับให้ผู้ป่วยต้องรีบกลับบ้าน แม้ว่ายังไม่ใช่เวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องการการดูแลรักษาที่บ้านมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ผู้ป่วยกลับมารักษาตัวนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น บริษัทประกันสุขภาพจึงต้องจ่ายค่ารักษาตามใบสั่งยาของแพทย์เพิ่ม เป็นเหตุให้เบี้ยประกันในส่วนของการรักษาตัวนอกโรงพยาบาลแพงขึ้น ดังนั้น การที่แพทย์ได้อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้นนั้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการจ่ายคืนเต็มจำนวนลดลง แต่จะมาเพิ่มเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษานอกโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการจ่ายค่ารักษาตามใบสั่งยาแพทย์เท่านั้น ผลที่เห็นไม่สามารถที่จะบอกได้อย่างแน่นอน และผลที่ไม่ดีบางครั้งก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แม้จะให้การดูแลอย่างดีที่สุด แพทย์จึงมักจะกลัว

³ ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์, "สาธารณสุขในประเทศไทย," วารสารแพทย์ชนบท ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 : 24.

ความผิดพลาดและผลร้ายที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงมักจะเพิ่มการสังเกตตรวจสอบ และเพิ่มการขอ
 ค่าปรึกษาจากแพทย์อื่น ซึ่งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายของการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่าง
 ยิ่งค่าใช้จ่ายในการประกันความผิดพลาดในการรักษาได้เพิ่มสูงขึ้น ทำให้แพทย์หลายคนกลัว
 และมีความจำเป็นที่จะต้องทำการให้รอบคอบ การที่รัฐบาลมีนโยบายให้แพทย์ลดค่าใช้จ่าย
 ในการรักษาสุขภาพลงนั้น ไม่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายลงไปได้ เพราะมากกว่า 70%
 ของค่าใช้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานตามปกติ การบังคับมากจนเกินไปอาจมีผลเป็นการบังคับ
 แพทย์ที่ให้การรักษายาบาลที่ผิดแปลกไป และก็ไม่เป็นการลดค่าใช้จ่ายด้วย การควบคุม
 ต่าง ๆ มีผลต่อการลดคุณภาพของการรักษาที่คนไข้ได้รับ⁴

อดุลย์ วิริยเวชกุล ได้อ้างถึงการศึกษาของ Myers และคณะ⁵ ซึ่งพบว่า
 ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพและการรักษาทั้งหมดของประเทศไทยนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมาก
 มายโดยเพิ่มขึ้นจากจำนวนเงิน 29,183 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2522 เป็นเงิน 41,771
 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2526 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นไปถึง 93,320 ล้านบาท ใน พ.ศ.
 2534 ที่สำคัญอย่างยิ่งจากการศึกษานี้คือ 2 ประการ ก็คือ ประการแรก การที่พบว่า
 ค่าใช้จ่ายในด้านการบริการสุขภาพและการรักษาที่ตกอยู่กับประชาชนเองถึงประมาณร้อยละ
 70 หรืออีกนัยหนึ่งมากกว่า 2 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของประเทศ และประการ
 ที่ 2 ค่าใช้จ่ายนี้เพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วกว่ารายได้

⁴ Alexander L. Strasser, "Medicare Premiums Are Rising; Physicians Should Not Be Blamed", Occupational Health & Safety: 57 (January 1988) : 26-28.

⁵ อดุลย์ วิริยเวชกุล, "การแพทย์ทางคลินิกของไทยในทศวรรษหน้า", แพทยสภาร 17 (สิงหาคม 2531) : 473.

ตาราง 1.1 แสดงงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2521 มีมูลค่า 30,174.5 ล้านบาท (ในราคาปี 2530) และเมื่อปี 2530 ได้เพิ่มเป็น 67,771.3 ล้านบาท ซึ่งเป็น การเพิ่มขึ้นถึง 2.25 เท่า (ในมูลค่าแท้จริง) หากแนวโน้มเป็นเช่นนี้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย (ในราคาปี 2530) จะเพิ่มเป็น 99,043.7 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2543 ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยกว่าสองในสามเป็นการจ่ายโดยประชาชนเอง สัดส่วนค่าใช้จ่ายโดยภาคเอกชน ซึ่งจ่ายโดยประชาชนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2530 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 73.23 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่สัดส่วนค่าใช้จ่ายจกงบประมาณของรัฐลดลงจาก 30.30% ในปี 2521 (ในราคาปี 2530) เป็น 24.15% ในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งมีผลจากนโยบายจำกัดงบประมาณในปี พ.ศ. 2529 และการเพิ่มขึ้นของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในภาคเอกชนโดยประชาชนเองเพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว แต่ถึงแม้สัดส่วนงบประมาณของรัฐในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมจะลดลง แต่สัดส่วนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐกลับเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 1.97 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2521 เป็นร้อยละ 4.13 ใน พ.ศ. 2530^๑ สำหรับค่าใช้จ่ายสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับพนักงานรัฐวิสาหกิจจากการสำรวจของสุชาติ กิระนันท์ พบว่าค่าใช้จ่ายส่วนนี้มีอัตราการเพิ่มสูงมาก โดยเพิ่มจาก 129.4 ล้านบาท

^๑ เทียนฉาย กิระนันท์, "การจัดหาการกระจายและการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขตลอดจนการเงินการคลังเพื่อสาธารณสุขของประเทศไทย", ใน การประชุมสัมมนาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1, อัมพล จินดาวัฒน์ และสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2531), หน้า 221-222.

ตาราง 1.1 : แผลงเงินเพื่อสุขภาพของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ 2521-2530
(ในราคาปี 2530 หน่วย : ล้านบาท)

แหล่งเงิน	2521	2523	2525	2527	2529	2530
1. งบประมาณของรัฐ	9,143.9	9,735.7	12,185.2	14,795.5	16,167.7	16,363.0
	(30.30)	(28.41)	(29.09)	(27.90)	(25.03)	(24.15)
1.1 กระทรวง	5,994.2	5,892.4	7,570.3	9,220.8	9,515.8	9,525.1
สาธารณสุข	(19.87)	(17.20)	(18.07)	(17.39)	(15.32)	(14.06)
1.2 กระทรวงอื่น ๆ	2,554.5	2,986.6	3,234.5	3,675.6	4,021.1	4,036.8
	(8.47)	(8.72)	(7.72)	(6.93)	(6.48)	(5.96)
1.3 สวัสดิการข้าราชการ	595.2	856.7	1,380.4	1,899.1	2,630.8	2,801.1
	(1.97)	(2.50)	(3.30)	(3.58)	(4.24)	(4.13)
2. กองทุนเงินทดแทน	109.5	128.9	172.2	264.5	224.2	267.7
	(0.36)	(0.38)	(0.41)	(0.50)	(0.36)	(0.39)
3. รัฐวิสาหกิจ	129.4	242.8	354.6	406.9	532.4	564.1
	(0.43)	(0.71)	(0.85)	(0.77)	(0.86)	(0.83)
4. บ.ประกันสุขภาพ	373.1	302.8	363.0	399.7	432.2	445.2
	(1.24)	(0.88)	(0.87)	(0.75)	(0.70)	(0.66)
5. เงินช่วยเหลือต่างประเทศ	294.6	492.8	433.5	417.1	513.0	500.0
	(0.98)	(1.44)	(1.03)	(0.79)	(0.83)	(0.73)
6. นายจ้างและประชาชนทั่วไป	20,124.0	23,360.7	26,381.8	36,748.6	44,230.4	49,631.3
	(66.69)	(68.18)	(67.75)	(69.30)	(71.23)	(73.23)
รวม	30,174.5	34,263.7	41,890.3	53,032.9	62,099.9	67,771.3
	(100.00)	(100.00)	(100.00)	(100.00)	(100.00)	(100.00)

ที่มา : การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2531

หมายเหตุ : ในราคาปี 2530 หมายถึง มูลค่าที่ได้นำปรับให้อยู่ในรูปมูลค่าปัจจุบัน (present value)

โดยพิจารณาปี พ.ศ. 2530 เป็นปีฐาน

: บัญชีกล่าวถึง หมายถึง บัญชีงบประมาณ

ใน พ.ศ. 2521 เป็น 564.1 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2530 หรือเพิ่มขึ้น 4.3 เท่า⁷ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอีกส่วนหนึ่งมาจากกองทุนเงินทดแทน ใน พ.ศ. 2530 กองทุนจ่ายเงินชดเชยและค่ารักษาพยาบาลเป็นมูลค่า 267.7 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วน 0.4% ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2521 เป็น 0.41% ในพ.ศ. 2525 สุตท้ายคือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในส่วนที่จ่ายโดยบริษัทประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายส่วนนี้คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 0.7% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยมีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนลดลงเรื่อย ๆ

เนื่องจากแนวโน้มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้าง นั้นจะเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้าราชการและลูกจ้างที่มีรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้จึงมีการใช้บริการสาธารณสุขเกินความจำเป็น จึงคิดว่าน่าจะต้องมีการศึกษาข้อมูลหาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และแพทย์ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย เพราะเป็นผู้ตัดสินใจสั่งการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วย การศึกษานี้จะมุ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจสั่งการรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเอาข้อมูลที่ได้มาประกอบการพิจารณาในการวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่จะเพิ่มขึ้นมากในอนาคต

⁷ สุชาติ ภิระนันท์, อังถึงใน สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, "การเงินเพื่อการสาธารณสุข", เอกสารประกอบการฝึกอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531), บทที่ 6 หน้า 9.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรม⁸ ของแพทย์ในการสั่งการรักษาผู้ป่วยโรค URI เมื่อแพทย์ไม่รู้ประเภทของผู้ป่วยและรู้ประเภทของผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของแพทย์ในการสั่งการตรวจ และรักษาผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีบุคคลที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้⁹ กับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง¹⁰ ว่าแตกต่างกันหรือไม่
3. เพื่อทราบถึงความแตกต่างเป็นตัวเงินในการสั่งการตรวจ และรักษาระหว่างผู้ป่วยที่มีบุคคลที่สามารถจ่ายค่ารักษาให้กับผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาเอง
4. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการสั่งการรักษาของแพทย์ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแพทย์และตัวผู้ป่วย

⁸ พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่แสดงออกอันมีผลมาจากการเรียนรู้ทัศนคติ ประสบการณ์ การขัดเกลาของสังคม

⁹ การที่มีบุคคลที่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้ (third party payment) หมายถึง การที่มีบุคคลอันซึ่งมิใช่แพทย์ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยให้ ในที่นี้อาจเป็นรัฐบาล รัฐวิสาหกิจหน่วยงานที่มีสวัสดิการให้ผู้ป่วยปฏิบัติงาน

¹⁰ ผู้ป่วยที่รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเอง หมายถึง ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง หรือ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง สามี ภรรยา บุตร หรือผู้เกี่ยวข้องจ่ายให้และไม่สามารถนำไปเบิกได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรค URI เมื่อแพทย์ไม่รู้ประเภทของผู้ป่วยจะแตกต่างกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เมื่อแพทย์รู้ประเภทของผู้ป่วย
2. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรค URI ที่มีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ จะสูงกว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรค URI ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
3. ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรค URI มีสาเหตุจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวแพทย์ ตัวผู้ป่วย

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาโรค URI เฉพาะกรณีที่เป็นโรคหวัด (common cold), คออักเสบ (pharyngitis), เจ็บคอ (sore throat) เพราะ
 - 1.1 เป็นโรคที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน เป็นโรคที่จัดอยู่ในโรคพื้นฐานของการเจ็บป่วย พบทุกฤดูกาลและเป็นกันมาก เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจแก่ประเทศเป็นอย่างมาก
 - 1.2 เป็นโรคที่ไม่มีอันตรายถึงชีวิต การตัดสินใจในการสั่งการรักษาผู้ป่วยจึงแสดงถึงพฤติกรรมของแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในตัวแพทย์และผู้ป่วยอย่างชัดเจน
 - 1.3 เป็นโรคที่มีระดับความรุนแรง (degree) ของโรคแตกต่างกันน้อยที่สุด
2. สถานที่ที่ใช้ในการศึกษาเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่เปิดบริการทั่วไป 1 แห่ง เพราะการศึกษาเรื่องของผู้ป่วยและแพทย์ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับอนุญาตจากทางโรงพยาบาลก่อนจึงสามารถเก็บข้อมูลได้ และการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทางราชการ ผู้วิจัยจึงได้รับอนุญาตจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้ศึกษา

จากกรณีของโรงพยาบาลราชวิถีได้ สาเหตุที่เลือกโรงพยาบาลราชวิถีเพราะเป็น
 โรงพยาบาลใหญ่มีประชาชนหลายระดับมารับบริการ แต่เนื่องจากทำการศึกษาเพียงแห่ง
 เดียว ดังนั้นพฤติกรรมของแพทย์ในการสั่งการรักษาอาจไม่ใช่ตัวแทนของพฤติกรรมแพทย์
 ทั่วประเทศสำหรับโรงพยาบาล เอกชนอื่น ไม่ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจึงไม่สามารถศึกษาใน
 ส่วนนี้ได้

3. การศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะผู้ป่วยนอกเท่านั้น เพราะผู้ป่วย URI ส่วน
 ใหญ่ไม่ต้องนอนอยู่ในโรงพยาบาลจะมีส่วนน้อยที่แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล
 ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงไม่เก็บส่วนนี้ เพราะจะทำให้ค่าใช้จ่ายแตกต่างกันมาก

4. การเลือกผู้ป่วย

4.1 การศึกษาครั้งนี้เลือกผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15-45 ปี เนื่องจากหาก
 ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ยาที่ใช้อาจเป็นชนิดของเด็ก ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายต่างกันมาก ดังนั้น
 จึงเลือกผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และเลือกผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 45 ปี เนื่องจากหาก
 ผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี อาจเริ่มมีโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อนได้

4.2 ประเภทผู้ป่วยที่มีบัตรส่งเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยจะไม่นำมาเก็บข้อมูล
 ในครั้งนี้ด้วย ทั้งนี้ไม่ถือว่ามิบุคคลที่สามจ่ายให้ แต่เป็นการส่งเคราะห์ช่วยเหลือประ
 ชาชนผู้มีรายได้น้อยให้เข้าถึงบริการ ณ ระดับหนึ่ง

4.3 ผู้ป่วยที่อยู่ในข่ายได้รับความคุ้มครองจากกองทุนเงินทดแทนจะถือว่าเป็น
 เป็นผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เนื่องจากกองทุนเงินทดแทนไม่ครอบคลุมถึงการเจ็บ
 ป่วยนอกงานซึ่งโรค URI ถือเป็น การเจ็บป่วยนอกงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ทำการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1** ทำการศึกษาย้อนหลัง เพื่อหาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรค URI ในเดือนมกราคม - มีนาคม 2532 ซึ่งเป็นช่วงก่อนที่โรงพยาบาลจะมีการแจ้งแบ่งแยกประเภทผู้ป่วยลงบนบัตรเวชระเบียนผู้ป่วย (Out Patient Department Card : O.P.D. Card)
- ขั้นตอนที่ 2** ทำการศึกษาในเวลาปัจจุบัน เพื่อหาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรค URI เมื่อมีการแบ่งแยกประเภทผู้ป่วยลงบนเวชระเบียนผู้ป่วยแล้ว ซึ่งทำในเดือนกันยายน 2533 - มกราคม 2534 โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ในขั้นตอนนี้ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยเกี่ยวกับตัวแพทย์และตัวผู้ป่วยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสั่งการรักษาของแพทย์ด้วย

เมื่อทำการศึกษาเสร็จทั้งสองขั้นตอนแล้ว จึงนำค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรค URI ในขั้นตอนที่ 1 มาเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรค URI ในขั้นตอนที่ 2 เพื่อดูว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่เมื่อแพทย์ไม่รู้ประเภทของผู้ป่วยกับเมื่อแพทย์รู้ประเภทของผู้ป่วย แต่เนื่องจากการศึกษาขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 มีตัวแปรด้านระยะเวลาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย จึงอาจไม่สามารถนำค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 มาเปรียบเทียบกับกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจะทำการศึกษาผู้ป่วยโรค URI ในขั้นตอนที่ 1 และในขั้นตอนที่ 2 ว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเพิ่มขึ้นหรือไม่ หากเพิ่มขึ้นก็ต้องนำค่าใช้จ่ายในสองขั้นตอนมาเปรียบภายใต้พื้นฐานเดียวกัน โดยจะใช้ปีในขั้นตอนที่ 2 (พ.ศ. 2533) เป็นปีฐาน สำหรับการเปรียบเทียบค่าของเงิน เป็นมูลค่าในปีฐาน อัตราผลตอบแทนจากราคาขายของโรงพยาบาลราชวิถี การเพิ่มขึ้นหรือลงของราคาขายโรงพยาบาลราชวิถี

เป็นไปตามรุ่นของยา ผู้วิจัยจึงใช้อัตราส่วนร้อยละ การเปลี่ยนแปลงของราคาขายเป็นอัตราลด โดยการคำนวณดังนี้¹¹

$$PV = P \times (1+r)^t$$

$$PV = Y32(1+r)^1$$

โดยที่ PV = ค่าปัจจุบันของ Y32 ในปี 2533
 Y32 = ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรค URI ในปี 2532
 r = อัตราลด
 t = ระยะเวลาซึ่งทำการเปรียบเทียบค่าของเงิน

หลังจากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 มาหาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของกลุ่มที่มีบุคคลที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างหรือไม่ พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวแพทย์ และตัวผู้ป่วย ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสั่งการรักษาของแพทย์ โดยนำตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการผันแปรของค่าใช้จ่ายมาทำการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เป็นการทดสอบสมมติฐานในเบื้องต้นก่อน ด้วยวิธีการวิเคราะห์เส้นทาง หลังจากนั้นจะนำผลการวิจัยเชิงสำรวจมาทำการศึกษาวิเคราะห์หาอิทธิพลของตัวแปรที่มีผลต่อการผันแปรค่าใช้จ่าย ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน

¹¹ ประสิทธิ์ ตงยั้งศิริ, การวิเคราะห์และประเมินโครงการ, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2524), หน้า 50.

1. การศึกษาแบบย้อนหลัง

1.1 กลุ่มประชากรและตัวอย่าง

การศึกษามุ่งที่กลุ่มแพทย์และกลุ่มผู้ป่วยโรค URI

1.1.1 กลุ่มแพทย์ ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งได้แก่แพทย์ประจำบ้าน, แพทย์เฉพาะทาง, แพทย์เวชปฏิบัติ, แพทย์ฝึกหัด

1.1.2 กลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค URI ทั้งหมด

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เลือกใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยจุดเลขที่ป่วยของโรงพยาบาล (Hospital Number : H.N) ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค URI ในแต่ละวัน โดยดูอายุของผู้ป่วยด้วยจะเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15-45 ปี การเก็บจะทำการเก็บ ณ แผนกตรวจโรคทั่วไป แผนกอายุรศาสตร์ แผนกหู คอ จมูก ระยะเวลาการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน คือ ตั้งแต่เดือน มกราคม - มีนาคม 2532 สำหรับจำนวนตัวอย่างนั้นพิจารณาถ่วงน้ำหนักของอัตราความชุกของโรคไว้ด้วย¹² กล่าวคือ

¹² ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, การวิจัยชุมชนทางการแพทย์ (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522) หน้า 222.

$$n = \frac{q}{a^2 p} \dots (1)$$

โดยที่ n = จำนวนตัวอย่าง

p = อัตราความชุกของโรค (prevalence rate) หรือ % คนเป็นโรค

q = $1-p$ หรือ $100 - p =$ % คนไม่เป็นโรค

a = ค่าการยอมให้มีความผิดพลาดของโอกาสที่จะ

พบโรคได้ในที่นี้ ใช้ 5% หรือ .05

ซึ่งการประยุกต์วิธีการกำหนดจำนวนตัวอย่างดังกล่าวนี้ขึ้นได้ด้วยเหตุที่ข้อมูลที่เก็บนั้นเป็นการสังเกตอาการ หรือพิจารณาลักษณะของโรค ซึ่งมีความเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้

1.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเก็บจากบัตรบันทึกอาการผู้ป่วย โดยเก็บทุกบัตรผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค URI โดยกำหนดระยะเวลาไว้ 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม - มีนาคม 2532 ข้อมูลที่ได้จากการเก็บวิธีนี้คือ ข้อมูลที่แพทย์สั่งการรักษาให้ผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งประกอบด้วย ประเภทของยาปฏิชีวนะ ยาที่รักษาตามอาการ จำนวนชนิดของยาที่ให้ ระยะเวลาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทานยา การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมยาฉีด การนัด การนัดกลับมาตรวจดูอาการอีกและข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยบางอย่าง เช่น อายุผู้ป่วย อาชีพผู้ป่วย

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการรักษา แบบสัมภาษณ์

1.4 ตัวแปร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ดังนั้น ตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค URI ที่พอเก็บได้จะมี อาชีพผู้ป่วย, อายุผู้ป่วย

1.5 เครื่องมือที่ใช้วัด คือ การวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย

1.6 สิ่งที่ต้องการหา คือ ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรค URI

2. การศึกษาในเวลาปัจจุบัน

2.1 กลุ่มประชากรและตัวอย่าง

การศึกษาและสำรวจมุ่งที่กลุ่มแพทย์และกลุ่มผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีบุคคลที่สาม จ่ายค่ารักษาให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

2.1.1 กลุ่มแพทย์ ในโรงพยาบาลซึ่งได้แก่ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติและแพทย์ฝึกหัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างแพทย์เก็บข้อมูลจากแพทย์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรค URI ซึ่งก็คือ แพทย์ที่ออกตรวจ ณ แผนกตรวจโรคทั่วไป แผนกหู คอ จมูก แผนกตรวจโรคฉุกเฉิน

2.1.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ คือ กลุ่มข้าราชการ กลุ่มพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพไว้กับบริษัทประกัน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีสวัสดิการการรักษาจากหน่วยงาน

2.1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

การกำหนดจำนวนตัวอย่างผู้ป่วย ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจากคนที่ได้รับการพยากรณ์โรค (Diagnosis) ว่าเป็นโรค URI ณ แผนกตรวจโรคทั่วไป แผนกหู คอ จมูก แผนกตรวจโรคฉุกเฉินระยะเวลาการเก็บข้อมูล 5 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2533 - มกราคม 2534

2.2 วิธีการรวบรวมข้อมูล

2.2.1 รวบรวมข้อมูลจากบัตรบันทึกอาการผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการเก็บวิธีนี้คือ ข้อมูลที่แพทย์สั่งการรักษาให้ผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งประกอบด้วย ประเภทของยา ปฏิชีวนะ ยาที่รักษาตามอาการจำนวนชนิดของยาที่ให้ ระยะเวลาที่ให้ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วม ยาฉีด การนัดกลับมาตรวจดูอาการอีก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยบางส่วน

2.2.2 รวบรวมข้อมูลโดยวิธีใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลความเจ็บป่วยบางส่วน

2.2.3 รวบรวมข้อมูลโดยวิธีที่ใช้แบบสัมภาษณ์กับแพทย์ เพื่อเก็บข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ สถานศึกษา อายุการทำงาน สถานะภาพสมรส ความเป็นแพทย์เฉพาะทาง การทำงานพิเศษส่วนตัว

2.2.4 รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกต คือ สังเกตเวลาที่แพทย์ใช้ในการรักษาผู้ป่วย

2.3 วิธีการเก็บข้อมูล

ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับโรค URI ดีพอสมควร เริ่มต้นแบ่งแยกคนไข้ ด้วยวิธีซักถามตามประวัติการเจ็บป่วยอย่างคร่าว ๆ หากผู้ป่วยรายใดมีอาการเข้าข่ายเป็นโรค URI ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะติดตามผู้ป่วยอยู่ห่าง ๆ เมื่อแพทย์พิจารณาประวัติผู้ป่วยจากบัตรเวชระเบียนผู้ป่วย และรหัสแพทย์จะทราบว่าผู้ป่วยคนนั้นเบิกได้ค่าใช้จ่ายหรือไม่ (ณ สถานที่เก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลราชวิถี) มีการลงรหัสบนบัตรเวชระเบียนผู้ป่วย หลังจากนั้นก็แพทย์จะซักถามอาการผู้ป่วยพร้อมทั้งตรวจร่างกาย และสั่งการรักษาลงบนบัตรเวชระเบียน หากแพทย์วินิจฉัยเป็นโรค URI ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยทำการบันทึกการสั่งการรักษาของแพทย์ลงในแบบบันทึกการรักษาและติดตามผู้ป่วยต่อเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลบางส่วน พร้อมทั้งผู้วิจัยทำการจดชื่อแพทย์ผู้สั่งการรักษาไว้เพื่อกลับมาสัมภาษณ์แพทย์ผู้ตรวจหลังจากที่เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ แบบบันทึกการรักษาและแบบสัมภาษณ์

2.5 ตัวแปร

ในการศึกษารั้งนี้ ดูความแตกต่างของพฤติกรรมแพทย์ในการสั่งการรักษาผู้ป่วย URI ระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ และผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสั่งการรักษาของแพทย์ซึ่งตัวแปรสำคัญที่คาดว่าจะเป็นตัวอธิบายพฤติกรรมของแพทย์ในการสั่งการรักษาคือ ผู้ป่วยมีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้หรือไม่ และนอกจากนี้ยังมีตัวแปรอื่น ๆ ซึ่งคิดว่าจะเกี่ยวข้องอีกเป็นอันมาก คือ ข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวกับตัวแพทย์ เช่น

เพศ อายุ อายุการทำงาน ความเป็นแพทย์เฉพาะทาง เวลาที่ใช้ในการรักษา เป็นต้น และข้อมูลตัวแปรด้านผู้ป่วย เช่น การมีบุคคลที่สามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้หรือไม่ ความต้องการบริโภคยาของผู้ป่วย เวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ประวัติการแพ้ยาตระกูลเพนิซิลิน รายได้ การศึกษา อายุ ระยะเวลาที่ป่วยก่อนมาพบแพทย์ เป็นต้น

2.6 เครื่องมือที่ใช้

2.6.1 วิเคราะห์ค่าใช้จ่าย และทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่าง ค่าใช้จ่ายโดยพิจารณาจากค่า t -statistics เมื่อ

2.6.1.1 แพทย์สั่งการตรวจรักษาผู้ป่วย โดยไม่รู้ประเภทของ
ผู้ป่วย กับรู้ประเภทของผู้ป่วย

2.6.1.2 แพทย์รู้ประเภทของผู้ป่วย และตัดสินใจสั่งการตรวจ
รักษาผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีบุคคลที่สามจ่ายค่า
รักษาพยาบาลให้ กับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบค่า
ใช้จ่ายเอง

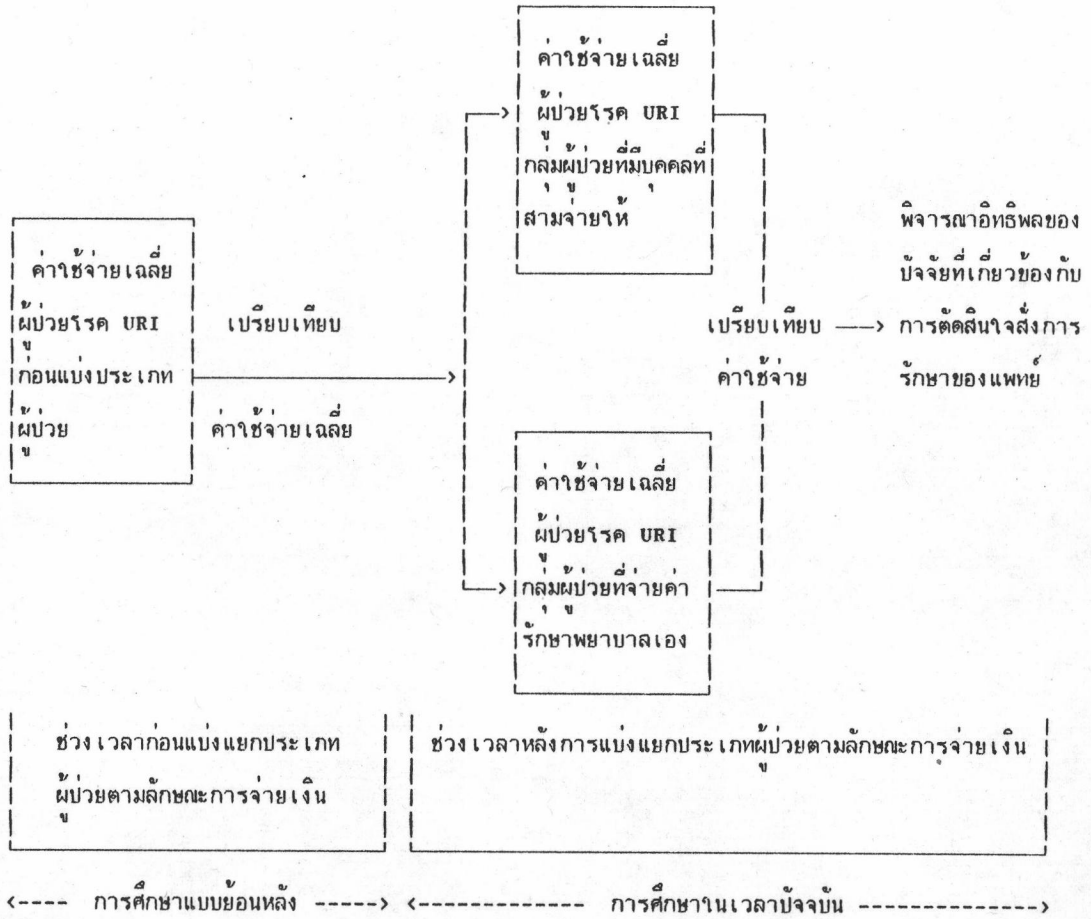
2.6.2 วิเคราะห์พฤติกรรมของแพทย์ผู้ให้บริการ เพื่อดูว่าปัจจัยใด
ที่เกี่ยวข้องกับตัวแพทย์ และตัวผู้ป่วยจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่เนื่องจาก
การศึกษาพฤติกรรมของแพทย์ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ทำการศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำ
การศึกษาตามขั้นตอนดังนี้

2.6.2.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพล
ต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์เส้นทาง
โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง การ
วิเคราะห์เส้นทางนอกจากจะทำให้ทราบความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแล้ว ยังทำให้
ทราบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง
ความสัมพันธ์ในลักษณะสาเหตุและผล ซึ่งการ
วิเคราะห์เส้นทางได้พยายาม

เชื่อมหลักทฤษฎีและวิธีการวิเคราะห์เข้าด้วยกัน

2.6.2.2 หาอิทธิพลของตัวแปรที่มีผลต่อการผันแปรของค่า
ใช้จ่ายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน
โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ ข้อ
ดีของการวิเคราะห์ด้วยวิธีถดถอยแบบขั้นตอน
ก็คือ มีการพิจารณาบทวนแต่ละตัวแปรที่เข้าสู่
การวิเคราะห์ ว่ายังคงมีความสำคัญต่อการอธิบาย
ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามในระดับที่มีนัย
สำคัญและมีความหมายอีกต่อไปหรือไม่

แผนภูมิ 1.1 : กรอบแนวคิดการศึกษา



ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจในการสั่งการรักษาของแพทย์ระหว่างผู้ป่วยที่มีบุคคลที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเอง
2. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแพทย์และตัวผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในการสั่งการรักษาโรค URI ในผู้ป่วย 2 กลุ่ม
3. ข้อมูลที่ได้นำไปประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของรัฐ