

ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพกับ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดร.วรรณ สมใจ

สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากบริการสุขภาพถือเป็นสินค้าจำเป็น มีประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม รัฐจึงต้องมาทำหน้าที่ในการจัดสรรรายจ่ายส่วนหนึ่งเพื่อผลิตสินค้าหรือให้บริการด้านสุขภาพโดยผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิ่งสำคัญคือต้องจัดสรรอย่างเป็นธรรม บทความนี้ แจกแจงแนวคิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งวิธีการวัดเรื่องนี้ เพื่อประเมินความเป็นธรรมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าในระยะ 10 ปีที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยแสดงแนวโน้มว่า ช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น ผลประโยชน์ยังคงตกในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย นั่นคือลดจำนวนคนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพลงได้ แสดงให้เห็นถึงว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่บรรลุเป้าหมาย คือ ต้องการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ความเป็นธรรม, ระบบสุขภาพ, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทนำ

จากแนวคิดของความเท่าเทียม (egalitarianism) ซึ่งเห็นว่าทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่มีโอกาสดูที่เท่าเทียมกัน รวมทั้งการได้รับสวัสดิการ การดูแลจากสังคมอย่างเท่าเทียมกัน และท้ายสุดควรมีสถานะสุขภาพในด้านผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน⁽¹⁾ แต่ตามความเป็นจริงแล้วแต่ละคนมีโอกาสไม่เท่าเทียมกัน ในสังคมยังมีผู้ที่ด้อยโอกาสอันเนื่องมาจากความแตกต่างในด้านรายได้ ซึ่งยังเหลื่อมล้ำกันมากในสังคมไทย ดังนั้นจึงมีผู้ที่ไม่สามารถในการจ่าย เมื่อเจ็บป่วย ส่งผลให้

เกิดความไม่เป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพ จึงเป็นหน้าที่ของภาครัฐที่จะต้องเข้ามาทำหน้าที่อุดหนุน (subsidy) เพื่อให้ผู้ที่ด้อยโอกาส หรือไม่มีความสามารถในการจ่ายสามารถได้รับบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน จากช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาเป็นยุคหลังจากการเกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดการระบบสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม บทความนี้จึงเป็นการทบทวนแนวคิดด้านความเป็นธรรม การวัดความเป็นธรรม และท้ายสุดเป็นการประเมินความเป็นธรรมในการจัดการ

ระบบสุขภาพของประเทศไทย

แนวความคิดด้านความเป็นธรรม

ความเป็นธรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเป็นธรรมในระดับสุขภาพ (equity of health)

ความเป็นธรรมในระดับสุขภาพที่เท่ากัน หมายถึง ทุกคนในสังคมมีระดับสุขภาพที่เท่าเทียมกัน ได้รับความสนใจในมุมมองของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ว่าเป็นผลตามมาจากนโยบายและการกระจายทรัพยากรสุขภาพด้านต่าง ๆ แม้ว่าความเสมอภาคด้านสุขภาพเป็นเรื่องดีและน่านิยม แต่มีนักวิชาการหลายท่านเห็นว่าความเป็นธรรมนี้ไม่อาจเป็นไปได้ เนื่องจาก ความเท่ากันของระดับสุขภาพของประชากรไม่ได้เป็นทางเลือกที่ปฏิบัติได้ จึงไม่อาจรับประกันได้ว่าทุกคนจะมีระดับสุขภาพเท่ากัน เนื่องจากระดับของสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลาย เช่น เจเนอไซทางพันธุกรรม หรือความเสื่อมถอยทางธรรมชาติของสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริงสองปัจจัยนี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดสุขภาพของบุคคล ตัวดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มักใช้ในการตรวจสอบความไม่เป็นธรรมทางสังคม เช่น อายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) อัตราตายทารก (infant mortality) รวมทั้งความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital anomalies) เป็นต้น นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO)⁽²⁾ ได้พิจารณาดัชนีการวัดสถานะสุขภาพ จาก

1. การเสียชีวิต ว่างจาก

อายุคาดเฉลี่ย เป็นข้อมูลที่แสดงถึงการดูแลรักษาสุขภาพ เนื่องจากการได้รับความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน และความก้าวหน้าในวิทยาการด้านการแพทย์ทำให้ประชากรในประเทศอายุยืนขึ้น

สาเหตุการเสียชีวิต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต เพื่อใช้กำหนดนโยบายเพื่อการป้องกันสาเหตุดังกล่าว เช่น โรค อุบัติเหตุ การฆ่า

ตัวตาย

การเสียชีวิตของมารดาและเด็กทารก เป็นข้อมูลวัดประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านการผดุงครรภ์ และความรู้ความเข้าใจของมารดาในการดูแลครรภ์

2. การเจ็บป่วย ว่างจาก

สุขภาพเด็กทารก ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนักของเด็กทารกและโรคที่เกิดมาพร้อมกับเด็กทารก สุขภาพฟัน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคในช่องปาก

โรคติดต่อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรคติดต่อต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

โรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรคไม่ติดต่อประเภทต่าง ๆ

การบาดเจ็บ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยที่เกิดจากการบาดเจ็บด้วยสาเหตุต่าง ๆ

3. ความพิการ ว่างจากจำนวนผู้ที่เกิดความพิการ

2. ความเป็นธรรมในการใช้บริการ (equity of use) แบ่งเป็น

2.1 ความเป็นธรรมในแนวตั้ง (vertical equity)

หมายถึง การได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นไม่เท่ากัน เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยมากกว่าควรได้รับการดูแล มากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยน้อยกว่า

2.2 ความเป็นธรรมในแนวนอน (horizontal equity)

หมายถึง การได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเท่ากัน เช่น คนที่เป็นโรคเดียวกัน ควรได้รับการปฏิบัติในการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงฐานะ หรือการศึกษาที่ดีกว่า มีหลักการสำคัญ⁽³⁾ ได้แก่

1) ค่าใช้จ่ายทางด้านบริการสุขภาพที่เท่ากัน สำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน เช่น มีสัดส่วนต้นทุนของบริการจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเท่ากันต่อเตียงในโรงพยาบาลทุกแห่ง เป็นต้น

2) การใช้บริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความ

จำเป็นที่เท่ากัน เช่น ระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลที่เท่ากันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเหมือนกัน เป็นต้น

3) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน เช่น ระยะเวลาการรอรับบริการที่เท่ากันสำหรับคนไข้ที่มีอาการเหมือนกัน เป็นต้น

3. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ (equity of access)

เป็นแนวคิดที่เน้นให้ทุกคนสามารถบริโภคบริการสุขภาพหรือเข้าถึงบริการสุขภาพได้ในปริมาณที่เท่ากัน ดังนั้นจากการที่มีกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ จึงต้องลดราคาค่าบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความสามารถในการจ่าย (ability to pay) หรือรัฐต้องเข้ามาอุดหนุน (subsidy) เพื่อที่จะให้กลุ่มคนจนสามารถบริโภคบริการสุขภาพได้เท่ากับกลุ่มคนรวย

การวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จากแนวคิดของความเป็นธรรมข้างต้นสามารถแบ่งดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมได้ 2 ข้อ ได้แก่

1. การวัดความเป็นธรรมโดยใช้สถานะสุขภาพ (health status)

ในแนวคิดแรก การวัดความเป็นธรรมจากระดับสุขภาพ โดยใช้สถานะสุขภาพเป็นตัววัด ซึ่งสถานะสุขภาพ มีความหมายถึง ระดับของสุขภาพของคน กลุ่มหรือประชากร ซึ่งยากต่อการประเมิน และในปัจจุบันก็ยังไม่มีความชัดเจนที่เป็นสากลที่เป็นดัชนีชี้วัด สถานะสุขภาพของประชากร โดยปกติมักจะใช้อัตราตายเป็นตัวชี้วัดสุขภาพของประชากร ดัชนีนี้ถ้าลดลงจะแสดงถึงการมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากร⁽⁴⁾ รวมทั้งการวัดโดยอาศัยการพิจารณาจากอายุคาดเฉลี่ย อัตราการตายคลอดของมารดา และทารกปริกำเนิด อัตราการตายของทารก (0-1) ขวบ รวมทั้งอุบัติการณ์และความชุกของโรคบางโรค เช่น ท้องร่วง วัณโรค เป็นต้น

2. การวัดความเป็นธรรมโดยใช้ความจำเป็น

ด้านสุขภาพ (health needs) การเข้าถึงบริการ (access) และประโยชน์ที่ได้รับ (benefit)

มาจากแนวคิดความเป็นธรรมในเรื่องของการใช้บริการ (equity of use) และการเข้าถึงบริการ (equity of access) เนื่องจากระบบบริการสุขภาพควรจะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดคือใช้ตามความจำเป็นเท่านั้น ซึ่งหลักของความจำเป็นสามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ normative need, felt need, expressed need และ comparative need⁽⁵⁾

1. Normative Need หมายถึง ความจำเป็นที่ควรมี ที่ควรจะเกิดขึ้น เป็นความจำเป็นที่ผู้บริโภคต้องได้รับบริการรักษาพยาบาลเมื่อระดับสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งถือว่าไม่ปกติ ความจำเป็นประเภทนี้ถูกกำหนดจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่ แพทย์เป็นผู้ประเมิน โดยกำหนดมาตรฐานที่ควรจะเป็นขึ้นก่อน แล้วเปรียบเทียบกับที่ปรากฏอยู่จริง หากพบปรากฏจริงว่าสังคมต่ำกว่ามาตรฐาน ก็จะถูกประเมินว่าบุคคลหรือสังคมนั้น ๆ มีความจำเป็น

2. Felt Need หมายถึง ความต้องการที่ผู้บริโภครู้สึกหรือตระหนักว่าตนเองมีสุขภาพไม่ปกติ และจำเป็นต้องรับบริการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์หรืออาจกล่าวว่า ความจำเป็น (need) มีความหมายเช่นเดียวกับความต้องการ (want)

3. Expressed Need หมายถึงการที่ผู้บริโภคมีความรู้สึกว่าสุขภาพไม่ปกติ และจำเป็นต้องได้รับบริการรักษาพยาบาล โดยแสดงออกด้วยการไปพบแพทย์ นั่นก็คืออุปสงค์ของบุคคลหรือสังคมนั้น ๆ โดยอาจจะกล่าวว่า เมื่อตระหนักถึงความจำเป็นและมีกำลังซื้อ (purchasing power) จึงเกิดเป็นอุปสงค์ที่มีการแสดงออกมา

4. Comparative Need หมายถึงการที่ผู้บริโภคคิดว่าตนมีสุขภาพไม่ปกติ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ในประเภทหรือปริมาณที่ตนคิดว่าจำเป็นโดยอาศัยเปรียบเทียบกับผู้บริโภครายอื่น

ความจำเป็นทางด้านสุขภาพ มิได้หมายความว่าความจำเป็นในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม หากมีแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกมาประเมินว่าบุคคลหรือสังคมใด ๆ ควรมีปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่ได้จัดให้มีขึ้นมา นั่นคือสังคมนั้นมี normative need หากสังคมหรือ บุคคลที่ขาดปัจจัยที่จะส่งเสริมการมีสุขภาพสมบูรณ์นั้น และตระหนักถึงความขาดนั้น ๆ ถือว่าสังคมหรือ บุคคลนั้น ๆ มี felt need และเมื่อสังคมแสดงออกของการจัดให้มีปัจจัยดังกล่าว จึงถือว่าเกิด expressed need ซึ่งจะเห็นว่า ความจำเป็นด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ประเมินได้ยาก โดยส่วนมากจะหมายถึง normative need ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ควรมี ที่ควรเกิดขึ้น เป็นความจำเป็นที่ผู้บริโภคต้องได้รับบริการรักษาพยาบาลเมื่อระดับสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ถ้าแนวคิดของความจำเป็นเป็นสิ่งที่ยอมรับได้นั้นแสดงว่า บุคคลจะรับบริการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความจำเป็นขึ้น ดังนั้นแนวทางในการวัดความเป็นธรรมต่อมาคือ พิจารณาว่าเมื่อบุคคลไปรับบริการรักษาพยาบาลในยามจำเป็น การเข้าถึงบริการ (access) และประโยชน์ที่ได้รับ นั้นเป็นไปอย่างเป็นธรรมหรือไม่ ซึ่งการวัดความเป็นธรรมโดยใช้การเข้าถึงบริการ น่าจะเป็นตัวชี้วัดที่ดีตัวหนึ่ง เพราะระบบที่ดีควรจะเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค เมื่อมีความจำเป็น⁽⁶⁾

นอกจากตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการแล้ว ตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์บทบาทของภาครัฐด้านสาธารณสุข คือการวัดประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้จ่ายของภาครัฐ (benefit incidence analysis) เนื่องจากบทบาทของภาครัฐมีผลอย่างมากต่อการกระจายความเป็นธรรมในบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมผลประโยชน์จากภาครัฐควรมีการกระจายลงสู่กลุ่มเป้าหมายซึ่งก็คือกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย ดังนั้นการวิเคราะห์ถึงความเป็นธรรมของรายจ่ายภาครัฐ

จึงควรพิจารณาว่าประชาชนที่มีรายได้น้อยซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายนั้นได้รับประโยชน์หรือไม่ ซึ่งการวัดโดยวิธีนี้เป็นวิธีที่พยายามวัดประโยชน์ที่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ (ตามเศรษฐกิจต่าง ๆ) ได้รับจากโครงการของภาครัฐ โดยคำนวณประโยชน์ที่ได้รับโดยการคูณปริมาณการใช้บริการ ด้วยต้นทุนเฉลี่ยของการจัดบริการนั้น ๆ และแสดงเป็น concentration curve ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งทางเศรษฐศาสตร์การคลัง (public finance) ใช้ในการวัดผลที่เกิดจากการแทรกแซงของภาครัฐ⁽⁶⁾

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

สำหรับกรณีของประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของความเป็นธรรม โดยรัฐได้เข้าแทรกแซงเนื่องจากบริการสุขภาพถือเป็นสินค้าสาธารณะ มีประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม รัฐจึงต้องทำหน้าที่จัดสรรรายจ่ายเพื่อผลิตสินค้าหรือให้บริการด้านสุขภาพ โดยผ่านนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพในพ.ศ. 2544 ไม่ปล่อยให้ระบบตลาดดำเนินการไปอย่างเสรีโดยอาศัยกลไกราคาเพราะทำให้ผู้บริโภคเสียเปรียบ นั่นคือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายจะไม่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ ขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลครอบคลุมประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ ของภาครัฐในขณะนั้น โดยมีเป้าประสงค์เพื่อครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า และให้คนไทยทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในขณะเดียวกันก็ปฏิรูปในด้านการจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาล โดยนำระบบเหมาจ่ายรายหัวให้หน่วยงานรับผิดชอบซึ่งได้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ทำหน้าที่ซื้อประกันสุขภาพแทนประชาชนผู้มีสิทธิในโครงการ และกำหนดค่าใช้จ่ายต่อหัวที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.0 ในพ.ศ. 25497 (ตารางที่ 1) ทั้งนี้เพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการ

สุขภาพเมื่อเกิดความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน และสร้างความเสมอภาคในการให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชนมากขึ้น

ความเป็นธรรมกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากเป้าหมายของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยภาครัฐเข้ามาทำหน้าที่ในการจัดสรรรายจ่ายส่วนหนึ่งเพื่อประชาชน สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือต้องมีการจัดสรรอย่างเป็นธรรม ซึ่งการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพจากที่กล่าวมาข้างต้นมี 2 แนวคิด ได้แก่ การวัดความเป็นธรรมโดยใช้สถานะสุขภาพ และการวัดความเป็นธรรมโดยใช้ความจำเป็นด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และประโยชน์ที่ได้รับ

แนวคิดแรก การวัดความเป็นธรรมจากระดับสุขภาพ โดยใช้สถานะสุขภาพเป็นตัววัด พบว่าจากรายงานวิจัยของ พินิจ พ้าอำนวนยผล⁽⁸⁾ ได้วิเคราะห์ความเป็นธรรมในระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิ 3 แบบ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ โดยวัดจากสถานะสุขภาพคืออัตราการป่วยตายของผู้ป่วยในเป็นตัววัด พบว่าในแต่ละช่วงอายุผู้ป่วยบัตรทอง มีอัตราป่วยตายสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ และผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งจากงานวิจัยแสดงถึงการมีความไม่เป็นธรรมในระหว่างสิทธิของผู้ป่วย แต่ทั้งนี้การวัดความเป็นธรรมจากการใช้ดัชนี

สถานะสุขภาพเป็นตัววัดนั้นทำได้ยาก เนื่องจากการที่บุคคลจะมีสถานะสุขภาพดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัยที่นอกเหนือจากการได้รับการบริการสุขภาพ เช่น ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความแตกต่างของฐานะมีผลต่อสถานะสุขภาพที่ต่างกัน จากงานวิจัยของ Lindert HP⁽⁹⁾ พบว่าสถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์ใกล้เคียงอย่างมากกับรายได้ การเป็นผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อยเป็นสาเหตุหลักของการมีสถานะสุขภาพที่ไม่ดี โดยความยากจนจะก่อให้เกิดผลต่อสถานะสุขภาพ 3 ประการ ได้แก่ 1) สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยลง 2) ไม่สามารถซื้อบริการสุขภาพเพิ่มเติมได้ 3) มีโอกาสในการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองได้น้อย และได้มีบทพิสูจน์ในหลาย ๆ ประเทศ พบว่า ความยากจนของประชากรในประเทศส่งผลให้ประชาชนมีอายุขัยสั้น โดยทำให้อายุขัยเฉลี่ยสั้นลงเนื่องจากไม่มีรายได้ที่จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง⁽¹⁰⁾ รวมทั้งด้านการศึกษาที่มีผลต่อสถานะสุขภาพด้วย จากการที่ประชาชนที่มีความรู้สามารถนำความรู้ไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย หรือแม้กระทั่งสิ่งแวดล้อมที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่ก็ก่อให้เกิดระดับของสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

แนวคิดที่สอง การวัดความเป็นธรรมโดยใช้ความจำเป็นด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และประโยชน์ที่ได้รับ

จากการวัดความเป็นธรรมในแนวคิดนี้ พบว่าบทบาทของภาครัฐในการเข้ามาแทรกแซงโดยปรับเปลี่ยนนโยบายด้านสาธารณสุขจากมิติของการพัฒนา

ตารางที่ 1 ประชากรที่มีและไม่มีหลักประกันสุขภาพ⁷

ระบบประกันสุขภาพ	ก่อนมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			เมื่อมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549
มีหลักประกันสุขภาพ	33.5	45.5	71.0	94.9	94.3	95.1	96.0
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	66.5	54.5	29.0	5.1	5.7	4.9	4.0

ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แต่เพียงอย่างเดียว นำไปสู่มิติของการสร้างหลักประกัน ทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม นั่นคือหลังจากมีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65 ในพ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 71.3 ในพ.ศ. 2549⁽⁷⁾ ดังตารางที่ 2

นอกจากการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนแล้ว การพิจารณาถึงบทบาทการแทรกแซงของภาครัฐในการกระจายผลประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญ ศุภลิตี พรธนา-รุโณทัยและคณะได้วิจัยในช่วงหนึ่งปีแรกของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า เมื่อมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 นั้นยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ารัฐมีกลไกการแทรกแซงกลไกตลาดที่ดีพอ⁽¹¹⁾ นั่นคือการกระจายผลประโยชน์รายจ่ายของภาครัฐยังคงอยู่ในกลุ่มของผู้ที่มีรายได้สูงเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อย

จากตารางที่ 3 พบว่ารายจ่ายด้านสุขภาพก่อนหักส่วนที่เบิกคืนได้ (จากสิทธิต่าง ๆ) เป็นตัวสะท้อนการ

บริโภคสินค้าสุขภาพ ซึ่งพบว่ารายจ่ายจากครัวเรือนมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ได้อย่างชัดเจน ครัวเรือนที่มีรายได้น้อย โดยดูจากการเรียงลำดับรายได้จากจนที่สุด (quintile ที่ 1) ไปจนถึงรวยที่สุด (quintile ที่ 5) มีสัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพสูงที่สุด ถึงแม้ได้หักส่วนที่เบิกคืนได้ออกไปแล้ว ภาระการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยรวมยังสูงถึงร้อยละ 7.4 ของรายได้ครัวเรือนต่อปี⁽¹¹⁾ แสดงให้เห็นว่าการกระจายผลประโยชน์ของรายจ่ายภาครัฐยังคงไม่เป็นธรรม

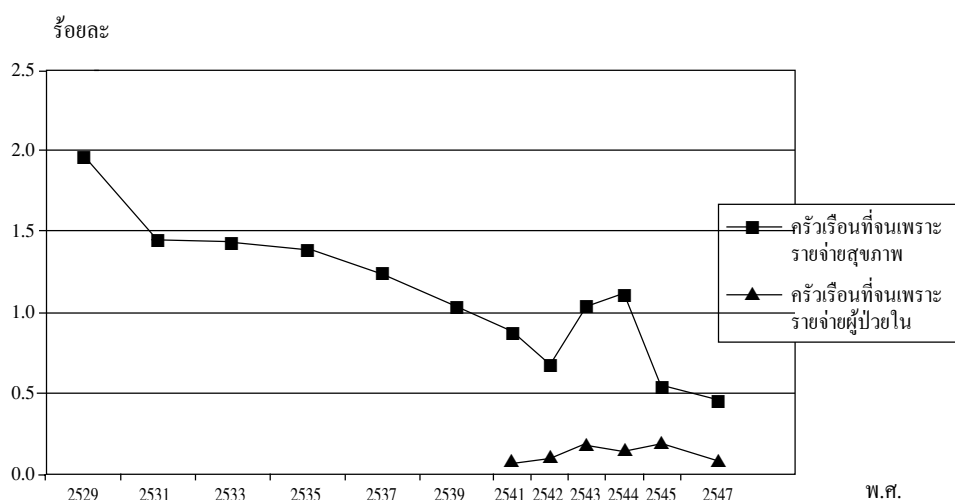
การศึกษาต่อมาในพ.ศ. 2547 จากงานวิจัยของ อัญชญา ณ ระนอง และวิโรจน์ ณ ระนอง⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพิจารณาจากผลกระทบที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน และการลดความยากจน โดยการวิเคราะห์สัดส่วนของครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัดใน พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2547 รวมทั้งครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายที่เกิดจากการเป็นผู้ป่วยในใน

ตารางที่ 2 อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และพ.ศ. 2547-2549⁷

ประเภทสวัสดิการ	อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)						ร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาล					
	2534	2539	2544	2547	2548	2549	2534	2539	2544	2547	2548	2549
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	5.7	3.5	3.3	3.2	3.4	2.6	47	62	61	60.6	66.6	55.1
มีบัตรทอง 30 บาท / บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	3.4	5.1	4.8	3.4	-	-	62	72.8	76.5	72.1
สปร.	7.2	6.9	5.3	-	-	-	50	67	74	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	7.0	4.5	3.7	-	-	-	55	68	71	-	-	-
สวัสดิการข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5.4	3.7	3.6	4.8	4.5	4.1	60	71	75	73.1	75.1	75.8
ประกันสังคม	-	2.5	2.5	3.0	2.7	1.9	-	58	66	63.0	68.6	66.8
ประกันเอกชน	4.4	3.5	3.0	1.9	2.1	2.4	42	72	65	60.2	77.0	50.6
รวมทั้งประเทศ	5.9	4.0	3.9	4.7	4.4	3.3	49	65	70	71.6	75.3	71.3

ตารางที่ 3 รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีเปรียบเทียบกับรายได้ครัวเรือนต่อคนต่อปี

ชั้นรายได้ Quintile	n	รายได้/ คน/เดือน	รายจ่ายก่อนหักส่วนเบิกคืน			รายจ่ายสุทธิหลังหักส่วนเบิกคืน		
			ค่าเฉลี่ย	SD	%	ค่าเฉลี่ย	SD	%
1	2,987	994	980	14,152	8.2	878	14,064	7.4
2	3,049	2,661	1,002	10,291	3.1	783	8,913	2.5
3	3,335	4,057	952	9,006	2.0	786	7,172	1.6
4	3,698	6,117	1,294	12,988	1.8	830	6,188	1.1
5	3,529	14,220	2,650	29,424	1.6	2,164	27,931	1.3
รวม	16,598	5,869	1,403	17,141	2.0	1,105	15,336	1.6

รูปที่ 1 สัดส่วนของครัวเรือนที่เงินเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ และครัวเรือนที่เงินเพราะรายจ่ายสุขภาพด้านผู้ป่วยใน : แนวคิดด้านรายจ่าย¹²

พ.ศ. 2547 ก็ลดลงเช่นกัน จะเห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลในการลดจำนวนคนที่เงินเพราะรายจ่ายสุขภาพอย่างชัดเจน

นอกจากนั้น Ponlapat Buracom⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการกระจายผลประโยชน์จากรายจ่ายด้านสาธารณสุขของภาครัฐโดยพิจารณาตามเศรษฐฐานะ ใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมครัวเรือน (SES) ใน พ.ศ. 2550 โดยแบ่งรายจ่ายด้านสาธารณสุขของภาครัฐออกเป็นรายจ่ายย่อย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล และรายจ่ายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ พบว่ารายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะตกอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้สูง (highest income) มากที่สุดร้อยละ

23.25 ตกอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย (lowest income) ร้อยละ 18.03 ส่วนรายจ่ายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตกอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย (lowest income) มากที่สุดร้อยละ 24.0 ตกอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้สูง (highest income) น้อยที่สุดร้อยละ 16.0 โดยเมื่อรวมรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐทั้งหมด พบว่าตกอยู่ที่กลุ่มผู้มีรายได้สูงมากที่สุด (highest income) ร้อยละ 22.69 ถึงแม้ว่ารายจ่ายสุขภาพของภาครัฐในด้านการรักษาพยาบาลผลประโยชน์จะตกอยู่กับผู้ที่ร่ำรวยเป็นส่วนใหญ่ (pro-rich) ก็ตาม แต่รายจ่ายสุขภาพของภาครัฐในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ผลประโยชน์ตกอยู่กับผู้มีรายได้น้อย (pro-poor) เป็นสัดส่วนที่สูงกว่า

ตารางที่ 4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของภาครัฐ (benefit incidence analysis) จำแนกตามชั้นรายได้^{1,3}

Income class	Benefit incidence of public spending on health (percent of total spending)		
	Health services	Disease prevention and health promotion	All ¹
Lowest income	18.03	24.0	18.49
Low	18.68	21.5	18.90
Middle income	19.62	20.2	19.66
High income	20.42	18.3	20.26
Highest income	23.25	16.0	22.69
Total	100.00	100.00	100.00

(ตารางที่ 4)

แต่เมื่อพิจารณาการกระจายผลประโยชน์จากการใช้จ่ายของภาครัฐ (benefit incidence) ในตาราง จะเห็นได้ว่าตัวเลขของสัดส่วนผลประโยชน์ระหว่างชั้นของเศรษฐกิจต่าง ๆ ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก แสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะยังไม่เห็นผลที่ชัดเจน แต่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็สามารถส่งผลให้การกระจายผลประโยชน์ตกสู่ครัวเรือนที่ยากจน รวมทั้งสามารถลดจำนวนครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้

สรุป

จากแนวคิดด้านความเป็นธรรม ได้แก่ ความเป็นธรรมในระดับสุขภาพ (equity of health) ความเป็นธรรมในการใช้บริการ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการน่าจะเป็นไปได้มากที่สุด ดังนั้น การดูแลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ เมื่อเกิดความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยต้องจัดสรรอย่างเป็นธรรม นั่นคือไม่ใช่จัดสรรให้เท่าเทียมกันทุกคน แต่ต้องจัดสรรให้ผู้ที่ไม่สามารถจ่าย คือกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยสามารถบริโภคบริการสุขภาพได้เท่ากับกลุ่มผู้ที่มีรายได้มาก โดยผ่านการบริหารจัดการระบบ

สุขภาพที่ดี นั่นคือเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาค ในยามจำเป็น ซึ่งเป็นบทบาทของภาครัฐที่ต้องเข้ามาแทรกแซงในการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม และกระจายผลประโยชน์ของรายจ่ายภาครัฐอย่างเป็นธรรม โดยกระจายผลประโยชน์ลงสู่กลุ่มเป้าหมายซึ่งก็คือกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยอย่างทั่วถึงนั่นเอง จากบทบาทที่สำคัญของภาครัฐแสดงออกมาในรูปแบบของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม จากเส้นทาง 10 ปีของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้าพิจารณาการวัดความเป็นธรรมจากสถานะสุขภาพอาจจะยังไม่ชัดเจน นั่นคือยังไม่ได้ส่งผลให้สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น แต่ถ้ามองการวัดความเป็นธรรมในด้านการเข้าถึงบริการจะเห็นได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพได้ โดยลดภาระการใช้จ่ายในด้านสุขภาพของผู้ที่ยากจนได้อย่างชัดเจน นั่นคือผู้ที่มีรายได้น้อย เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นนั่นเอง

ส่วนมุมมองความเป็นธรรมในด้านการกระจายผลประโยชน์ พบว่าเมื่อพิจารณาการกระจายผลประโยชน์จากมุมมองรายจ่ายของภาครัฐโดยแยกเป็นรายจ่ายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และรายจ่ายด้าน

การรักษายาบาลพบว่า รายจ่ายสุขภาพของภาครัฐในด้านการรักษายาบาลผลประโยชน์ตกอยู่กับผู้ที่ร่ำรวยเป็นส่วนใหญ่ ส่วนรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ผลประโยชน์ตกอยู่กับผู้มีรายได้น้อย เป็นสัดส่วนที่สูงกว่า ดังนั้นถ้าพิจารณาจากการกระจายผลประโยชน์จึงอาจยังไม่ชัดเจนว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเป็นธรรมหรือไม่ แต่การที่ผลประโยชน์ด้านการรักษายาบาลตกอยู่กับผู้ที่ร่ำรวย หรือผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายเป็นส่วนใหญ่ อาจเนื่องมาจากการกระจุกตัวของโรงพยาบาลแห่งใหญ่ ๆ รวมทั้งเครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ยังคงอยู่ในเมืองใหญ่เป็นจำนวนมาก จึงอาจจะทำให้ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายสูงเข้าถึงการรักษายาบาลได้มากกว่า ส่วนการที่รายจ่ายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ผลประโยชน์ตกอยู่กับผู้มีรายได้น้อยเป็นส่วนใหญ่อาจเนื่องมาจากการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของภาครัฐ เช่น โครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของสถานีนามัย ซึ่งเป็นโครงการที่เข้าถึงประชาชนได้ในวงกว้าง รวมทั้งเน้นในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีต้นทุนต่ำกว่าการรักษาพยาบาล แต่ในภาพรวมแล้ว 10 ปีที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยสามารถกล่าวได้ว่า ได้ช่วยเหลือผู้ที่มีรายได้น้อยให้เข้าถึงบริการได้ตามความจำเป็น นั่นคือผลประโยชน์ยังคงตกในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยสามารถลดจำนวนคนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพลงได้ แสดงให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายของการเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สุกสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
2. World Health Organization. Regional macroeconomics and health framework. New Delhi: WHO; 2004.
3. สมชาย สุขศิริเสรีกุล. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2552.
4. Kathleen D. Health spending, health outcomes, and per capita income in Canada: a dynamic analysis. Ottawa: University of Ottawa; 2005.
5. Ewles L, Simnett I. Promoting health: a practical guide. Edinburgh: Baillière Tindall; 2003.
6. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชานา ณ ระนอง. ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย; 2550.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
8. พินิจ ฟ้าอำนวยการผล. รายงานการพัฒนาดัชนีชี้วัดเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของ 3 กองทุน พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
9. Lindert HP. Why the welfare state looks like a free lunch. [serial online] 2002 [2010 Mar 1]; Available from: URL: <http://www.wcfia.harvard.edu/sites/default/files/Lindert2002.pdf>
10. Firat B. The determinants of Canadian provincial health expenditures: evidence from dynamic panel University of Saskatchewan. [serial online] 1994 [2010 Mar 1]; Available from: URL: <http://economics.ca/2004/papers/0088.pdf>.
11. สุกสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สุกัลยา คงสวัสดิ์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วิรัชดา สุทธยาคม, พิษณุ รอดแสวง. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ การประเมินระดับครัวเรือน. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2544.
12. อัญชานา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง. ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2550.
13. Ponglapat B. The determinant and distributional effects of public education, health and welfare spending in Thailand. Asian Affairs: An American Review 2011; 38:3-38.

Abstract **Equity in Health System and Universal Coverage**

Darunwan Somjai

Hospital Administration Department, Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

Journal of Health Science 2012; 21:194-203.

Equity is one of the most important issues in health system since healthcare is a public service that affects society as a whole. To ensure that equity in health system is in place, state has to allocate some of its budget through Social Security System Program. This article was aimed at describing a concept and a measurement of equity in health system so that the health system could be evaluated in terms of its equity. It was found that after 10 years of program implementation, low-income groups were able to access to healthcare service more easily. Moreover, the program assisted a number of people who suffered high healthcare costs. Hence, it could be argued that the Social Security System Program achieved its purpose by ensuring the equitable accessibility to necessary healthcare services for people.

Key words: **equity, health system, Universal Coverage**