

Original Article

นิพนธ์ตีพิมพ์

# ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ?

ภูษิต ประคองสาย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

กัญจนา ติชยาธิคม

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามต่อสาธารณะว่า ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครคือผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในด้านการใช้บริการสุขภาพและการได้รับประโยชน์จากงบประมาณภาครัฐ ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกัน โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิธีการศึกษาประกอบด้วยการวิเคราะห์ Benefit incidence analysis ปีงบประมาณ 2544 (ก่อนมีหลักประกันฯ) และ 2546 (หลังมีหลักประกันฯ) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544 และ 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลต้นทุนการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐและทรัพยากรที่ภาครัฐสนับสนุนต่อการให้บริการของภาคเอกชน โดยจำแนกคนไทยตามเศรษฐกิจออกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ยากจนที่สุด ยากจนปานกลาง เศรษฐฐานะดี และดีที่สุด โดยใช้รายได้ต่อหัวประชากรของครัวเรือนที่ปรับแล้วเป็นตัวชี้วัดประเมินความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรภาครัฐโดยใช้ดัชนี concentration index (CI) ศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2547 ถึงตุลาคม 2548

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 95 ใน พ.ศ. 2546 โดยประชากรกลุ่มยากจนส่วนใหญ่ได้รับการคุ้มครองจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชากรกลุ่มเศรษฐกิจยากจนที่สุดสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพของภาครัฐในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเพิ่มมากขึ้น ทั้งบริการผู้ป่วยนอก (ที่ระดับสถานอนามัยเพิ่มจาก 1.20 ครั้งเป็น 1.90 ครั้งต่อคนต่อปี และที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจาก 0.71 ครั้งเป็น 1.84 ครั้งต่อคนต่อปี) และบริการผู้ป่วยใน (ที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจาก 0.036 ครั้งเป็น 0.063 ครั้งต่อคนต่อปี) ดัชนี CI ของการให้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีลักษณะ pro-poor เพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2546 เช่นเดียวกับการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประชาชนกลุ่มเศรษฐกิจยากจนได้รับประโยชน์จากทรัพยากรภาครัฐเพิ่มขึ้นโดยมี CI เพิ่มจาก -0.044 ในปี 2544 เป็น -0.123 ใน พ.ศ. 2546 (CI มีค่าระหว่าง +1 ถึง -1 โดยหาก CI มีค่าติดลบเพิ่มขึ้น แสดงว่ามีลักษณะ pro-poor เพิ่มขึ้น) และไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจนเมื่อใช้รายได้ต่อหัวประชากรกับดัชนีสินทรัพย์ในการจำแนกเศรษฐกิจของประชากร หรือเมื่อใช้ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการสุขภาพในระดับประเทศกับต้นทุนในระดับภาค การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระบบสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะ pro-poor ทั้งก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนได้รับประโยชน์จากทรัพยากรภาครัฐเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญคือการขยายการมีหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนยากจนและผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ การลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ค่อนข้างครอบคลุม และการกำหนดให้เครือข่ายระดับปฐมภูมิเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการสุขภาพซึ่งง่ายต่อการเข้าถึงของประชากรกลุ่มยากจนในชนบท

**คำสำคัญ:** ทรัพยากรภาครัฐ, การได้รับประโยชน์, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## บทนำ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ก่อให้เกิดคำถามจากนักวิชาการและสาธารณะว่า ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครคือผู้ที่ได้รับประโยชน์ จากทรัพยากรภาครัฐในการดำเนินนโยบายดังกล่าว<sup>(1,2)</sup> ทั้งนี้เนื่องจากใน พ.ศ. 2544 ก่อนการดำเนินนโยบายฯ ประชาชนที่มีฐานะยากจนได้รับการคุ้มครองจากสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ลี้ภัยความช่วยเหลือเกื้อกูล (บัตร สปร.) หรือบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจ 500 บาท หรือใช้ระบบสังคมสงเคราะห์ของสถานพยาบาล (สปร.ประเภท ข คือให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า โดยที่ไม่มีบัตร สปร.) อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่า ประชาชนที่มีฐานะยากจนจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับบัตร สปร.<sup>(3,4)</sup> หรือไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ<sup>(5,6)</sup> และต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้เนื่องจากอุปสรรคด้านค่ารักษาพยาบาล<sup>(7)</sup> นอกจากนี้ ประชาชนและครัวเรือนจำนวนหนึ่งที่เกิดการเจ็บป่วยต้องประสบกับภาวะสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่ารักษาพยาบาล<sup>(8,9)</sup> และสถานพยาบาลของรัฐเองก็ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เท่าที่ควร เนื่องจากต้องพึ่งพาทรัพยากรที่ประชาชนร่วมจ่ายเป็นแหล่งการคลังสุขภาพในการให้บริการ<sup>(10)</sup>

ภายหลังจากการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในด้านการคลังสุขภาพและการกระจายทรัพยากรสุขภาพภาครัฐ กล่าวคือ จากเดิมที่รัฐจัดสรรทรัพยากรให้กับสถานพยาบาลภาครัฐตามวงเงินงบประมาณในปีที่ผ่านมา เปลี่ยนเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (contracting unit of primary care - CUP) โดยมีแหล่งการคลังสุขภาพที่สำคัญจากภาษีทั่วไป (general tax) นอกจากนี้ การลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงสถานพยาบาลโดยการกำหนด

ให้ประชาชนร่วมจ่ายเพียง 30 บาทต่อครั้งในการใช้บริการสุขภาพ ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มลดลง<sup>(11)</sup> และทำให้การเข้าถึงรวมทั้งการใช้บริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจนมีแนวโน้มที่ดีขึ้น<sup>(6,12)</sup> ด้วยสภาพดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงในการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนไทยในกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงในการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐก่อนและหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของนโยบายฯ กับการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและการกระจายทรัพยากรสุขภาพภาครัฐ ซึ่งเป็นเป้าหมายหนึ่งในการแก้ไขปัญหาความยากจนและการลดช่องว่างความแตกต่างในด้านภาระค่ารักษาพยาบาลของประชาชนที่มีเศรษฐกิจฐานะแตกต่างกัน

## วิธีการศึกษา

ใช้การประเมิน Benefit Incidence Analysis<sup>(13-15)</sup> ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญคือ 1) การจำแนกประชากรเป็นกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมแตกต่างกัน โดยการศึกษาที่ใช้รายได้ต่อหัวประชากรของครัวเรือนที่ปรับด้วยขนาดของครัวเรือนและสมาชิกที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ตามวิธีการของ OECD-modified equivalence scale<sup>(16)</sup> และดัชนีสินทรัพย์ (asset index)<sup>(17)</sup> เป็นเครื่องมือชี้วัดเศรษฐกิจฐานะของแต่ละบุคคล 2) วิเคราะห์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของประชากรทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ 3) ประเมินต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยที่ภาครัฐต้องสนับสนุนในการให้บริการสุขภาพต่อครั้ง

\*OECD-modified equivalence scales เป็นวิธีการคำนวณขนาดของครัวเรือนโดยคำนึงถึง economies of scale ในการใช้ทรัพยากรร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือน วิธีการนี้กำหนดให้หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเท่ากับ 1 และสมาชิกที่เป็นผู้ใหญ่คนถัดไปมีค่าเท่ากับ 0.5 และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีมีค่าเท่ากับ 0.3 ของผู้ใหญ่

ของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน 4) เปรียบเทียบปริมาณและสัดส่วนของทรัพยากรสุขภาพที่ประชากรแต่ละกลุ่มเศรษฐกิจจะได้รับจากรัฐ

แหล่งข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย

- ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของประชากรไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544 (ก่อนมีหลักประกันฯ) และ พ.ศ. 2546 (หลังการมีหลักประกันฯ) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีจำนวนครัวเรือนตัวอย่าง 78,363 และ 26,520 ครัวเรือนตามลำดับ

- ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐกับผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2544 และ 2546 โดยใช้ข้อมูลitudinal รายจ่ายของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ ร่วมกับปริมาณการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐ ดำเนินการวิเคราะห์ต้นทุนแบบลัด (quick method)<sup>(18)</sup>

- ข้อมูลการสนับสนุนทรัพยากรสุขภาพภาครัฐกับสถานพยาบาลภาคเอกชนของสำนักงานประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2544 และ 2546 โดยใช้ข้อมูลitudinal ด้านค่าใช้จ่ายและผลงานการให้บริการของภาคเอกชนในการประมาณการต้นทุนของภาคเอกชนในการให้บริการสุขภาพกับผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพ พ.ศ. 2544 และ 2546 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

- รายได้ต่อหัวประชากรของครัวเรือนที่ปรับแล้วด้วย OECD-modified equivalence scales และดัชนีสินทรัพย์ (asset index) ของครัวเรือนเป็นตัวแปรที่ใช้ในการจำแนกประชากรไทยเป็นกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน โดยมีแหล่ง

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2546

หลังจากนั้น ประเมินสถานการณ์ความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพและการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรภาครัฐโดยใช้ค่า concentration index<sup>#(19)</sup>

ระยะเวลาที่ศึกษา คือ เดือนพฤศจิกายน 2547 ถึง ตุลาคม 2548

## ผลการศึกษา

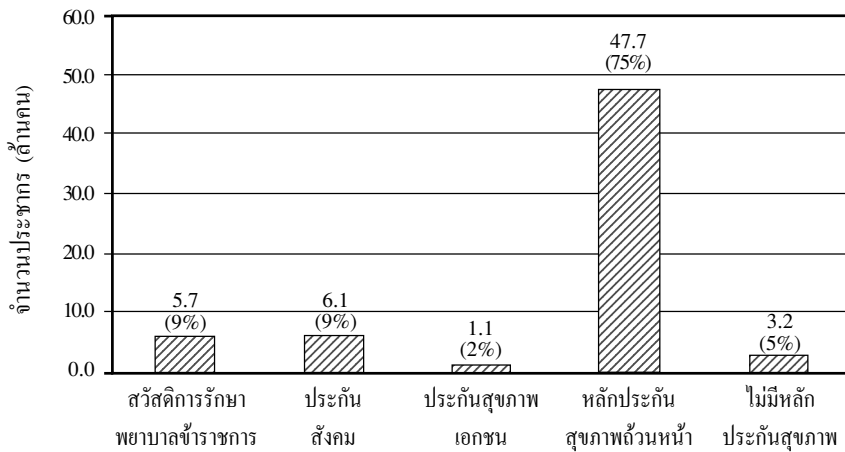
1. ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2546

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2544 ส่งผลให้ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยเพิ่มจากร้อยละ 71 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 95 ใน พ.ศ. 2546 โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่คือประมาณร้อยละ 75 ของประเทศ ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 9 และ ร้อยละ 10 ตามลำดับ นอกจากนี้ประชากรอีกประมาณร้อยละ 5 หรือประมาณ 3.2 ล้านคนยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ใน พ.ศ. 2546 (รูปที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์เศรษฐกิจฐานะของผู้มีสิทธิในแต่ละระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2546 พบว่า ร้อยละ 53 ของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประชากรที่อยู่ในกลุ่มยากจนถึงยากจนที่สุด ในขณะที่ร้อยละ 45 และ 53 ของผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม

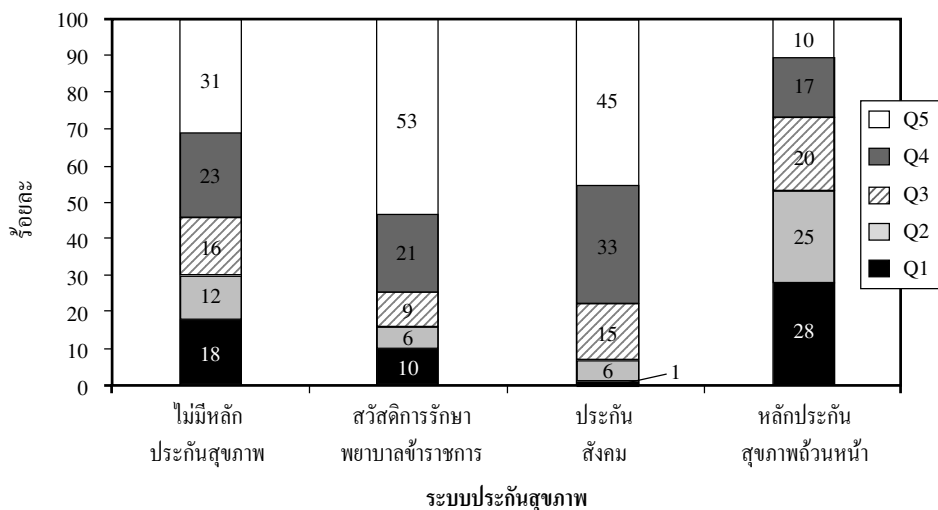
#Concentration index (CI) หมายถึง ค่าดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพซึ่งมีค่าเท่ากับ 2 เท่าของพื้นที่ระหว่าง Concentration curve กับเส้นทแยงมุม 45 องศา เมื่อทำการ plot แบบสะสม (cumulative) ระหว่างตัวแปรด้านสุขภาพกับประชากรที่เรียงตามเศรษฐกิจฐานะจากยากจนที่สุดไปถึงร่ำรวยที่สุดโดย CI มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 หาก CI มีค่าเป็นลบ หมายความว่า ตัวแปรด้านสุขภาพที่ทำการวัดนั้นมีลักษณะ pro-poor และหาก CI มีค่าเป็นบวก หมายความว่า ตัวแปรนั้น pro-rich

ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ?



ที่มา: การสำราจอนามัยและสวัสดิการปี 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ 1 ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2546



ที่มา: การสำราจอนามัยและสวัสดิการปี 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

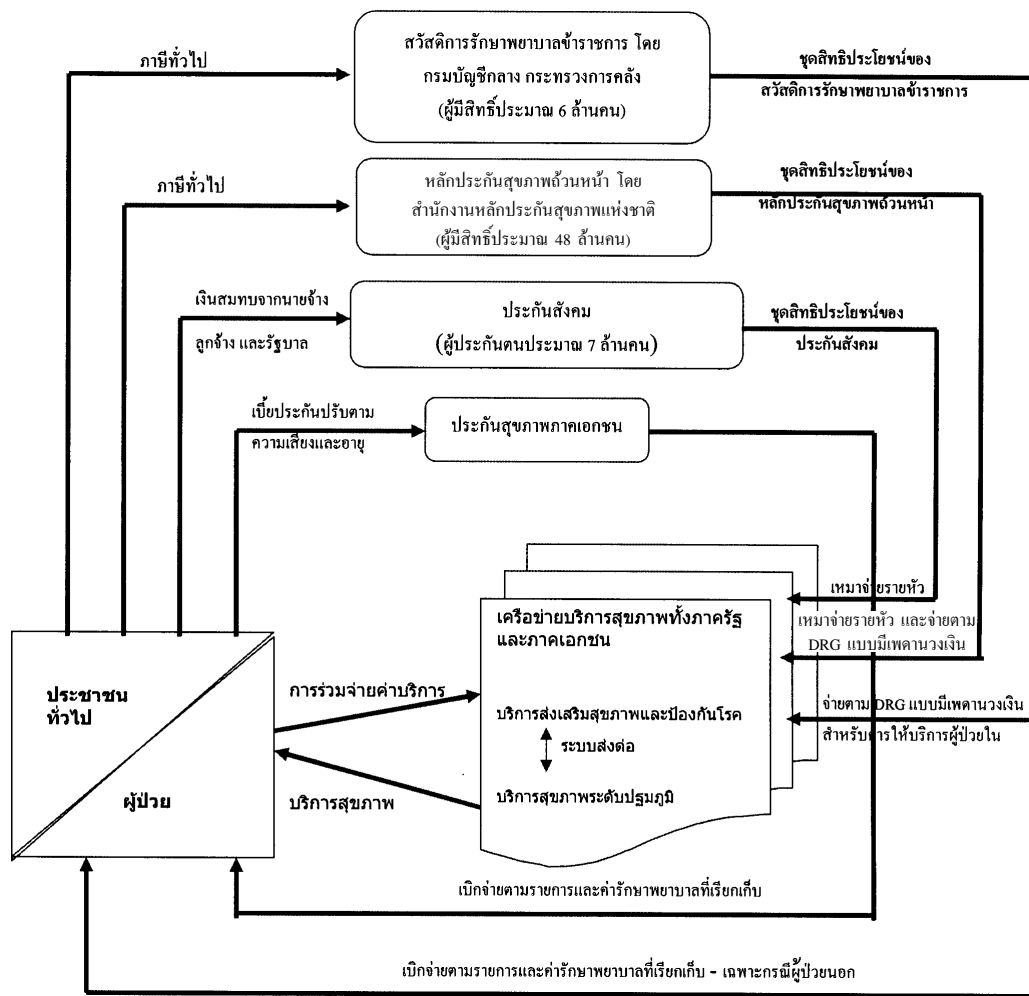
หมายเหตุ: Q1 = กลุ่มประชากรที่ยากจนที่สุด Q5 = กลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจร่ำรวยที่สุด

รูปที่ 2 สัดส่วนกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่อหัวประชากรที่แตกต่างกันในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ปี 2546

และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจร่ำรวยที่สุด (รูปที่ 2) สำหรับกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ มีสัดส่วนของผู้ที่มีเศรษฐกิจในกลุ่มต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน

ภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสุขภาพและการคลังสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบหลักของการประกันสุขภาพ

ภาครัฐ ซึ่งได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการประกันสุขภาพของภาคเอกชน ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภาพได้ดังรูปที่ 3 ทั้งนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพหลักของรัฐทั้ง 3 ประเภทยังมีความแตกต่างกันในด้านแหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ ชุดสิทธิประโยชน์ และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล



รูปที่ 3 ระบบประกันสุขภาพและการคลังสุขภาพภายหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแหล่งการคลังสุขภาพจากภาษีทั่วไป มีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครายบุคคล โดยมีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ สำหรับบริการผู้ป่วยใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลตามผลงานซึ่งวัดด้วยน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคแบบมีเพดานงบประมาณเป็นตัวกำกับยอดรายจ่าย (Diagnostic related group - DRG with global budget)

## 2. การใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันระหว่าง พ.ศ. 2544 และ 2546

เมื่อวิเคราะห์อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันระหว่าง พ.ศ. 2544 และ 2546 พบว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 0.75, 0.44, 0.42 และ 0.14 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เป็น 0.99, 1.03, 0.66 และ 0.23 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2546 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) โดยการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนมี

ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ?

ตารางที่ 1 อัตราการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันระหว่างปี 2544 และ 2546

ประเภทสถานพยาบาล	ค่าเฉลี่ยอัตราการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี)					เฉลี่ย
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
<b>1. สถานีอนามัย</b>						
2544	1.20	1.01	0.75	0.45	0.14	0.75
2546	1.90	1.29	0.71	0.57	0.20	0.99
ความเปลี่ยนแปลง (%)	58.7	27.6	-4.8	26.7	46.0	32.2
<b>2. โรงพยาบาลชุมชน</b>						
2544	0.71	0.57	0.43	0.23	0.16	0.44
2546	1.84	1.27	0.89	0.66	0.25	1.03
ความเปลี่ยนแปลง (%)	159.2	122.8	107.0	187.0	56.3	133.6
<b>3. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป</b>						
2544	0.72	0.62	0.69	0.69	0.61	0.67
2546	0.39	0.40	0.33	0.39	0.26	0.36
ความเปลี่ยนแปลง (%)	-45.8	-35.5	-52.2	-43.5	-57.4	-46.9
<b>4. คลินิกเอกชน</b>						
2544	0.34	0.37	0.43	0.45	0.56	0.42
2546	0.71	0.61	0.62	0.73	0.62	0.66
ความเปลี่ยนแปลง (%)	108.8	64.9	44.2	62.2	10.7	57.1
<b>5. โรงพยาบาลเอกชน</b>						
2544	0.05	0.05	0.09	0.17	0.37	0.14
2546	0.14	0.09	0.15	0.19	0.63	0.23
ความเปลี่ยนแปลง (%)	202.2	70.4	64.8	10.1	71.5	70.4
<b>6. สถานพยาบาลประเภทอื่น ๆ (PCU, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย)</b>						
2544	-	-	-	-	-	-
2546	0.32	0.22	0.17	0.25	0.46	0.28
ความเปลี่ยนแปลง (%)	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ: Q1 = กลุ่มประชากรที่ยากจนที่สุด Q5 = กลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจร่ำรวยที่สุด

อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นสูงสุดคิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 134 โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจยากจนที่สุดและยากจน (Q1 และ Q2) ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปลดลงจาก 0.67 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เหลือเพียง 0.36

ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2546

เป็นที่น่าสังเกตว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกของคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราที่เพิ่มขึ้นภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จาก 0.42 และ 0.14 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เป็น 0.66 และ

0.23 ครั้งต่อคนต่อปีตามลำดับ) โดยประชากรที่มีฐานะยากจนที่สุดมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลภาคเอกชนเพิ่มขึ้น

สำหรับความเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการผู้ป่วยใน เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า คนไทยมีการใช้บริการประเภทผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเล็กน้อยภายหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ เพิ่มจาก 0.079 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เป็น 0.082 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2546 โดยประชากรที่มีฐานะยากจนที่สุดและยากจน (Q1 และ Q2) มีการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 0.095 และ 0.081 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ.

2544 เป็น 0.105 และ 0.093 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2546 ตามลำดับ ในขณะที่ประชากรที่มีฐานะร่ำรวย (Q4 และ Q5) มีการใช้บริการผู้ป่วยในลดลง เมื่อพิจารณาตามประเภทของสถานพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น จาก 0.021 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เป็น 0.037 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2546 หรือมีอัตราเพิ่มร้อยละ 79 ในขณะที่อัตราการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนลดลงจาก 0.047 และ 0.011 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เหลือเพียง 0.022 และ 0.010 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2546 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจฐานะแตกต่างกันระหว่างปี 2544 และ 2546

ประเภทสถานพยาบาล	ค่าเฉลี่ยอัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน (ครั้งต่อคนต่อปี)					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	รวมทั้งหมด
1. โรงพยาบาลชุมชน						
2544	0.036	0.027	0.019	0.011	0.005	0.021
2546	0.063	0.049	0.034	0.023	0.011	0.037
ความเปลี่ยนแปลง (%)	75.3	78.8	79.5	108.3	113.5	78.9
2. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป						
2544	0.052	0.047	0.049	0.048	0.034	0.047
2546	0.023	0.033	0.021	0.018	0.012	0.022
ความเปลี่ยนแปลง (%)	-55.9	-30.4	-57.0	-62.6	-64.9	-53.6
3. โรงพยาบาลเอกชน						
2544	0.006	0.005	0.007	0.012	0.026	0.011
2546	0.005	0.004	0.010	0.008	0.022	0.010
ความเปลี่ยนแปลง (%)	-15.6	-31.5	38.4	-33.9	-15.4	-12.8
4. รวมสถานพยาบาลทุกประเภท						
2544	0.095	0.081	0.076	0.072	0.066	0.079
2546	0.105	0.093	0.079	0.068	0.060	0.082
ความเปลี่ยนแปลง (%)	10.5	15.6	3.8	-4.7	-9.3	4.3

หมายเหตุ: Q1 = กลุ่มประชากรที่ยากจนที่สุด Q5 = กลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจฐานะร่ำรวยที่สุด

ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ?

เป็นที่น่าสังเกตว่า ประชากรกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดี (Q4) และดีที่สุดใน (Q5) มีการใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราเพิ่มร้อยละ 108 และร้อยละ 114 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มดังกล่าวมีการใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนลดลงใน พ.ศ. 2546

เมื่อวิเคราะห์ดัชนีความเป็นธรรมทางสุขภาพ (concentration index) ของการให้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ใน พ.ศ. 2544 และ 2546 พบว่า การให้บริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐก่อนที่จะมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีลักษณะ pro-poor และการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลดังกล่าวมีลักษณะ pro-poor มากยิ่งขึ้นภายหลังจากการดำเนินนโยบายฯ ใน พ.ศ. 2546 ยกเว้น การรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน (ตารางที่ 3) ทั้งนี้เนื่องจาก ประชาชนในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดี (Q4) และดีที่สุดใน (Q5) มีการใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นดังแสดงในตารางที่ 2 นอกจากนี้ พบว่าการให้บริการประเภท

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนมีลักษณะ pro-rich น้อยลง ภายหลังจากการดำเนินนโยบายฯ ในปี 2546 เนื่องจาก ประชาชนกลุ่มที่มีเศรษฐกิจยากจนและยากจนที่สุดมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดีและดีที่สุดใน มีการใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนลดลง

**3. ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการสุขภาพปี 2544 และ 2546**

เนื่องจากการวิเคราะห์ Benefit Incidence Analysis (BIA) สำหรับการศึกษารั้งนี้ ใช้มูลค่าทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐที่แต่ละบุคคลได้รับในการใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ดังนั้น การคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐ และทรัพยากรภาครัฐที่สนับสนุนให้กับบริการสุขภาพของภาคเอกชนในปี 2544 และ 2546 จึงมีความจำเป็นสำหรับการคำนวณ BIA นอกจากนี้ วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยดังแสดงในรูปที่ 3 ทำให้ต้นทุนการให้บริการสุขภาพของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งเป็นการเบิกจ่าย

**ตารางที่ 3** ดัชนีความเป็นธรรมทางสุขภาพ ของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในปี 2544 และ 2546

ประเภทสถานพยาบาล	Concentration indexes ของการ รักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก		Concentration indexes ของการ รักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน	
	2544	2546	2544	2546
สถานีอนามัย	- 0.2944	- 0.3650	-	-
โรงพยาบาลชุมชน	- 0.2698	- 0.3200	- 0.3157	- 0.2934
โรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป	- 0.0366	- 0.0802	- 0.00691	- 0.1375
คลินิกเอกชน	0.0931	- 0.0140	-	-
โรงพยาบาลเอกชน	0.4313	0.3484	0.3199	0.3094



ตามรายการและค่ารักษาที่เรียกเก็บ (fee-for-service) มีแนวโน้มสูงกว่าผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพอื่น<sup>(20,21)</sup> ซึ่งจ่ายโดยการเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรและ DRG with global budget

จากข้อมูลรายจ่ายดำเนินการทั้งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณของสถานพยาบาลภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและข้อมูลการให้บริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2544 และ 2546 สามารถนำมาคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยการวิเคราะห์ต้นทุนแบบลัด<sup>(18)</sup> พบว่า ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการผู้ป่วยนอก ณ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในปีงบประมาณ 2544 สำหรับผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเท่ากับ 149 บาท, 628 บาท และ 906 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยสำหรับบริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมและประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ณ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปเท่ากับ 62 บาท, 262 บาท และ 378 บาท ตามลำดับ สำหรับค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยสำหรับบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในปีงบประมาณ 2544 สำหรับผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเท่ากับ 11,939 บาทและ 22,166 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ต้นทุนต่อหน่วยสำหรับบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปของผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมและประชาชนกลุ่มอื่น ๆ มีค่าเท่ากับ 3,669 บาทและ 6,812 บาท ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยต้นทุนการให้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐและทรัพยากรที่ภาครัฐสนับสนุนให้กับภาคเอกชนในการให้บริการสุขภาพ ณ สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในปีงบประมาณ 2546 นั้น ได้แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4 ทั้งนี้แหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่ใช้ในการคำนวณและวิธีการวิเคราะห์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับการคำนวณต้นทุน

เฉลี่ยในปีงบประมาณ 2544 โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างต้นทุนในการให้บริการกับผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

#### 4. การได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจฐานะแตกต่างกันระหว่าง พ.ศ. 2544 และ 2546

เมื่อนำข้อมูลการให้บริการสุขภาพของแต่ละบุคคล ณ สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี คูณด้วยต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการ (หรือทรัพยากรที่ภาครัฐสนับสนุนต่อหน่วยการให้บริการสุขภาพในกรณีภาคเอกชน) ลบด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายในการใช้บริการ จะได้มูลค่าผลประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐที่ประชาชนแต่ละบุคคลได้รับ ซึ่งเมื่อนำไปรวมกันตามแต่ละกลุ่มเศรษฐกิจของประชาชน จากยากจนที่สุดจนถึงเศรษฐกิจที่ดีที่สุด จะทำให้สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างของการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของรัฐระหว่างกลุ่มเศรษฐกิจต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมมูลค่าทรัพยากรสุขภาพที่ประชาชนไทยได้รับประโยชน์จากรัฐใน พ.ศ. 2544 มีมูลค่าประมาณ 58,733 ล้านบาท (มูลค่าปี 2544) และทรัพยากรสุขภาพที่ประชาชนได้รับประโยชน์ในพ.ศ. 2546 มีมูลค่าประมาณ 80,678 ล้านบาท (มูลค่าปี 2544) โดยกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนที่สุดได้รับประโยชน์จากรายการสุขภาพเป็นสัดส่วนสูงที่สุดทั้งก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 28 ใน พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 31 ใน พ.ศ. 2546) ในขณะที่ประชากรในกลุ่มเศรษฐกิจปานกลางได้รับประโยชน์จากรายการสุขภาพเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 17 และร้อยละ 15 ใน พ.ศ. 2544 และ 2546 ตามลำดับ) ดังแสดงในรูปที่ 4 เมื่อวิเคราะห์อัตราการเพิ่มของทรัพยากรสุขภาพที่ประชาชนแต่ละกลุ่มเศรษฐกิจได้รับ

ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ?

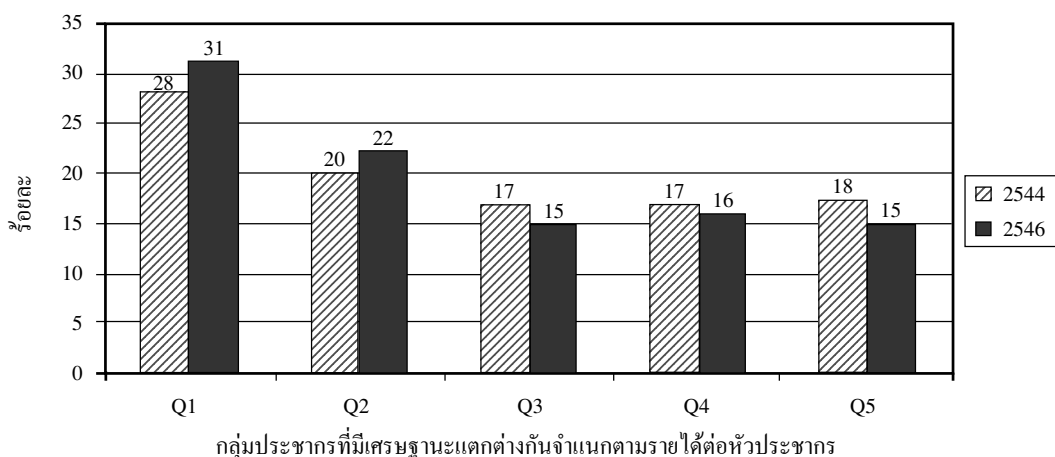
ตารางที่ 4 ต้นทุนการให้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐและทรัพยากรที่ภาครัฐสนับสนุนต่อการให้บริการสุขภาพของภาคเอกชน ณ สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ปี 2546

ประเภทสถานพยาบาล	ค่าเฉลี่ยทรัพยากรที่ภาครัฐสนับสนุนและต้นทุนการให้บริการสุขภาพ					
	ผู้ป่วยนอก (บาทต่อครั้ง)			ผู้ป่วยใน (บาทต่อครั้ง)		
	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ประกันสังคม
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
สถานีอนามัย	61	97	61	-	-	-
โรงพยาบาลชุมชน	310	491	310	4,960	10,078	4,960
โรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไป	525	832	525	9,974	20,266	9,974
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	772	1,224	772	13,889	28,221	13,889
โรงพยาบาลเฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข	772	1,224	772	13,889	28,221	13,889
โรงพยาบาลเอกชน	409	-	238	7,788	20,266	9,686

หมายเหตุ: (1) จากการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยแบบลัด (quick method) ในการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐในปี 2546 โดยใช้ข้อมูลรายจ่ายของสถานพยาบาลทั้งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ ร่วมกับปริมาณการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐในปี 2546 โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสำรวจให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศและตรวจสอบกับฐานข้อมูลในระบบรายงาน 0110 รง 5 ของกระทรวงสาธารณสุขและข้อมูลบัญชีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) ปริมาณการโดยใช้ข้อมูลบัญชีมาใช้จ่ายสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ที่จ่ายให้กับสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกับผลการให้บริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี 2546

(3) ใช้ตัวเลขต้นทุนเดียวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลภาครัฐ เนื่องจากประกันสังคมมีวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่คล้ายคลึงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คือเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการของภาคเอกชน ใช้วิธีการประมาณการจากข้อมูลบัญชีของสำนักงานประกันสังคมและปริมาณการให้บริการของภาคเอกชน ในการคำนวณทรัพยากรสุขภาพที่ภาครัฐให้การสนับสนุนการให้บริการต่อหน่วยของภาคเอกชน



หมายเหตุ: มูลค่าทรัพยากรสุขภาพที่ประชาชนไทยได้รับประโยชน์จากรัฐในปี 2544 และ 2546 มีมูลค่าประมาณ 58,733 ล้านบาท และ 80,678 ล้านบาท (มูลค่าปี 2544) ตามลำดับ โดยมีค่า concentration index ของการได้รับประโยชน์จากรายการสุขภาพในปี 2544 และ 2546 เท่ากับ -0.0440 และ -0.1233 ตามลำดับ

รูปที่ 4 การได้รับประโยชน์จากรายการสุขภาพภาครัฐในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันระหว่างปี 2544 และ 2546

ตารางที่ 5 มูลค่าทรัพยากรสุขภาพที่ประชาชนแต่ละกลุ่มเศรษฐกิจได้รับประโยชน์จากรัฐในปี 2544 และ 2546 และอัตราเพิ่มระหว่างปี 2544 กับ 2546

ประชากร	มูลค่าทรัพยากรสุขภาพที่ประชาชนแต่ละกลุ่มเศรษฐกิจได้รับประโยชน์จากรัฐ, ล้านบาท (ร้อยละ)			ร้อยละของอัตราเพิ่มระหว่างปี 2544 และ 2546 (มูลค่า ณ ปี 2544)
	2544	2546 (มูลค่า ณ ปี 2546)	2546 (มูลค่า ณ ปี 2544)	
Q1	16,494.26 (28.1)	25,874.63 (31.3)	25,240.44 (31.3)	53
Q2	11,865.63 (20.2)	18,442.29 (22.3)	17,990.27 (22.3)	52
Q3	9,899.08 (16.8)	12,169.31 (14.7)	11,871.04 (14.7)	20
Q4	10,195.04 (17.4)	13,592.64 (16.4)	13,259.48 (16.4)	30
Q5	10,278.94 (17.5)	12,625.85 (15.3)	12,316.39 (15.3)	20
รวมทั้งหมด	<b>58,732.95</b> <b>(100)</b>	<b>82,704.72</b> <b>(100)</b>	<b>80,677.61</b> <b>(100)</b>	<b>37</b>
Concentration index	-0.0440	-0.1233	-	-

หมายเหตุ: ดัชนีราคาผู้บริโภค (the consumer price index - CPI) ของประเทศไทยในปี 2545 และ 2546 มีค่า 0.7 และ 1.8 ตามลำดับ

ประโยชน์ระหว่าง พ.ศ. 2544 และ 2546 พบว่า กลุ่มเศรษฐกิจยากจนที่สุด (Q1) และยากจน (Q2) ได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพเพิ่มขึ้นในอัตราเพิ่มร้อยละ 53 และร้อยละ 52 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราเพิ่มของทรัพยากรสุขภาพระหว่าง พ.ศ. 2544 และ 2546 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 37 (ตารางที่ 5) นอกจากนี้ concentration index ของการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐมีลักษณะ pro-poor มากขึ้นภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (มีค่า - 0.0440 ใน พ.ศ. 2544 และ - 0.1233 ใน พ.ศ. 2546)

เมื่อเปรียบเทียบการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐใน พ.ศ. 2546 ของกลุ่มประชากรที่มี

เศรษฐกิจแตกต่างกัน ระหว่าง

- การใช้รายได้ต่อหัวประชากรที่ปรับแล้วกับดัชนีสินทรัพย์ (asset index) ในการจำแนกเศรษฐกิจของประชากร หรือ
- การใช้ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการสุขภาพในระดับประเทศกับต้นทุนการให้บริการสุขภาพในระดับภาค

พบว่า ไม่มีความแตกต่างในการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐ โดยกลุ่มที่มีฐานะยากจนที่สุดได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพเป็นสัดส่วนสูงที่สุดในการวิเคราะห์เพิ่มเติมทั้งสองรูปแบบ

## วิจารณ์

นโยบายการขยายหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยก่อน พ.ศ. 2544 เป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพในลักษณะเจาะจงเฉพาะกลุ่ม เช่น กรณีบัตร สปร. หรือบัตรผู้สูงอายุ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าวิธีการดังกล่าวไม่สามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มยากจนหรือกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีประชาชนบางกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายแต่ได้รับสิทธิในการสงเคราะห์ดังกล่าว<sup>(3,4)</sup>

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเริ่มดำเนินการในปี 2544 ส่งผลให้ความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพมีสภาพดีขึ้น โดยประชาชนที่มีฐานะยากจนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เนื่องจาก

- การขยายความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพไปสู่กลุ่มประชากรที่ยากจนและขาดหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งกว่าร้อยละ 50 มีเศรษฐกิจอยู่ในกลุ่มยากจนและยากจนที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทของประเทศ

- การลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยให้ประชาชนร่วมจ่ายเพียง 30 บาท หรือไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลหากได้รับการยกเว้น (ซึ่งในปัจจุบัน รัฐบาลได้ยกเลิกการร่วมจ่ายดังกล่าวแล้ว) ทำให้ประชาชนที่มีเศรษฐกิจยากจนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น ได้เพิ่มขึ้น

- ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและไม่ต้องแบกรับความเสี่ยงในด้านค่ารักษาพยาบาลหากเกิดการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง ยกเว้นบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย<sup>(22)</sup>

- การกำหนดให้หน่วยบริการหลักสำหรับระบบ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งทำให้ประชาชนที่ยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้บริการสุขภาพทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐมีลักษณะ pro-poor ทั้งก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) และระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) มีลักษณะ pro-poor มากกว่าสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย) และภาคเอกชน นอกจากนี้การใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) มีอัตราลดลง ทั้งนี้ค่า concentration indexes ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐมีค่าเป็นลบมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการให้บริการสุขภาพที่มีลักษณะ pro-poor มากขึ้นภายหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม พบว่าการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะ pro-poor น้อยลง เนื่องจากกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดี (Q4) และดีที่สุด (Q5) เปลี่ยนมาใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดีและดีที่สุดในโรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แนวคิดบริการสุขภาพใกล้บ้าน (close-to-client services) และการสนับสนุนระบบบริการระดับปฐมภูมิ/ทุติยภูมิของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ นอกจากนี้ปรากฏการณ์ดังกล่าวยังแสดงให้เห็นว่า การให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิใช่ระบบที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีฐานะยากจนเพียงเท่านั้น แต่ประชาชนที่มีเศรษฐกิจที่ดีสามารถใช้สิทธิและยินดีไปใช้บริการที่โรงพยาบาล

ชุมชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นตาข่ายแห่งความปลอดภัย (social safety net) สำหรับประชาชนทุกคน รวมทั้งชนชั้นกลางเมื่อจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น อุบัติเหตุ หรือโรคมะเร็ง

การเพิ่มขึ้นของการใช้บริการผู้ป่วยนอก ณ คลินิก เอกชนและโรงพยาบาลเอกชนของกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนและยากจนที่สุดเป็นข้อค้นพบที่น่าสนใจของการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดจากความไม่สะดวกของประชาชนในการไปใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในภาครัฐหรือปัญหาเรื่องของคุณภาพในการให้บริการฯ อย่างไรก็ตาม หากเป็นปัญหาในด้านคุณภาพของการให้บริการ อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนควรจะลดลงและไม่ควรเพิ่มมากขึ้นดังที่ปรากฏอยู่ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีความเป็นไปได้ที่ประชาชนในกลุ่มที่มีฐานะยากจนเลือกไปใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาคเอกชน เนื่องจากความสะดวกและสามารถไปใช้บริการภายหลังจากการทำงานในแต่ละวันแล้ว อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นที่จะต้องทำการติดตามและศึกษาความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มดังกล่าว รวมทั้งควรมีการสืบหาสาเหตุการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพของประชากรกลุ่มดังกล่าวในอนาคต

สำหรับการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะ pro-poor ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และภายหลังจากการดำเนินนโยบายฯ ประชาชนกลุ่มที่มีฐานะยากจนที่สุด (Q5) และยากจน (Q4) ได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้นในอัตราเพิ่มร้อยละ 53 และ 52 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนช่วยลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสังคมและทำให้ประชาชนที่มีฐานะยากจนได้รับประโยชน์จากทรัพยากรของภาครัฐเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่

สำคัญคือ การเพิ่มขึ้นของความสามารถในการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจยากจนในสถานพยาบาลระดับสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน โดยอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนให้สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิเป็นคู่สัญญาและผู้ให้บริการหลัก (main contractor) และการลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมบริการสุขภาพเกือบทุกประเภทโดยมีข้อยกเว้นน้อยมาก ทำให้ประชาชนกลุ่มที่มีฐานะยากจนซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐมากยิ่งขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความแตกต่างในการคำนวณการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐ เมื่อใช้ต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพในระดับประเทศกับระดับภาค หรือการใช้รายได้ต่อหัวประชากรของครัวเรือนที่ปรับแล้วกับดัชนีสินทรัพย์ (asset index) ในการจำแนกประชากรเป็นกลุ่มที่มีฐานะแตกต่างกัน ดังนั้น ข้อถกเถียงได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนที่เป็นเงินและทรัพย์สิน รวมทั้งข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ ของครัวเรือนซึ่งใช้ในแบบสอบถามอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างประชาชนหรือครัวเรือนที่มีฐานะแตกต่างกันได้ในระดับที่น่าพอใจ

#### ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ พบความแตกต่างของข้อคำถามในแบบสอบถามครัวเรือนของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2544 และ 2546 ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการสุขภาพและการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐระหว่าง พ.ศ. 2544 และ 2546 เนื่องจากข้อคำถามด้านรายได้และตัวเลือกในการตอบประเภทสถานพยาบาลที่ประชาชน

ไปใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งลักษณะรายได้ของครัวเรือนมีตัวเลือกในการตอบข้อคำถามที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ความแปรปรวนของข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการสุขภาพระหว่างพื้นที่และระหว่างประเภทของสถานพยาบาลของรัฐ รวมทั้งความแม่นยำในการประมาณการต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการสุขภาพกับผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ทำให้การคำนวณการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐมีความไม่แน่นอนในระดับหนึ่ง

ข้อจำกัดในการจำแนกกลุ่มประชากรก่อนการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่สามารถประเมินความเปลี่ยนแปลงในการใช้บริการสุขภาพและการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐเฉพาะผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษานี้จึงจำเป็นต้องประเมินความเปลี่ยนแปลงในภาพรวมของประชากรทั้งประเทศซึ่งรวมทั้งผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่สามารถประเมินความต้องการทางสุขภาพ (health needs) และคุณภาพบริการสุขภาพที่ประชากรในกลุ่มเศรษฐกิจต่าง ๆ ได้รับ

### สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ประชากรไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจนเกือบถ้วนหน้า โดยประชากรกลุ่มยากจนส่วนใหญ่ได้รับการคุ้มครองจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชากรกลุ่มเศรษฐกิจยากจนสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยดัชนี concentration index ของผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีลักษณะ pro-poor เพิ่มมากขึ้นใน พ.ศ. 2546 เช่นเดียวกับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนและ

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประชากรกลุ่มเศรษฐกิจยากจนได้รับประโยชน์จากทรัพยากรภาครัฐเพิ่มมากขึ้น โดยมี concentration index เพิ่มจาก -0.044 ใน พ.ศ. 2544 เป็น -0.123 ใน พ.ศ. 2546 และไม่พบความแตกต่าง เมื่อใช้รายได้ต่อหัวประชากรที่ปรับแล้วกับดัชนีสินทรัพย์ในการจำแนกเศรษฐกิจของประชากรหรือเมื่อใช้ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการสุขภาพในระดับประเทศกับต้นทุนในระดับภาค การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะ pro-poor ทั้งก่อนและหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีลักษณะ pro-poor เพิ่มมากขึ้นภายหลังจากการดำเนินนโยบายฯ ทั้งนี้ ประชากรที่มีเศรษฐกิจยากจนได้รับประโยชน์จากทรัพยากรภาครัฐเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญคือ การขยายการมีหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนยากจนและผู้ที่ไม่ได้มีหลักประกันสุขภาพ การลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมการรักษายาบาลที่มีราคาแพงโดยมีช้อยกเว้นเพียงเล็กน้อย และการกำหนดให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการสุขภาพซึ่งง่ายต่อการเข้าถึงของประชากรกลุ่มยากจนในชนบท

### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้พิสูจน์ให้เห็นว่า ก่อให้เกิดประโยชน์ในการสร้างความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพและการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชาชนที่มีเศรษฐกิจยากจนใน 40 เปอร์เซ็นต์แรกของประชากรไทย ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) และระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) ได้แสดงบทบาทในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สามารถลดความยากจนที่เกิดจากรายจ่ายทางด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี ด้วยเหตุดังกล่าว สถานพยาบาลหลักที่ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องได้รับงบประมาณที่เพียงพอ

เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทเป็นบริการสุขภาพที่ pro-poor และใกล้บ้านใกล้ใจ (close-to-client services) ในระยะยาวต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ องค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านโปรแกรม Long-term fellowship for capacity strengthening ขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติในการอนุเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544 และ 2546 และเจ้าหน้าที่ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลรายรับ-รายจ่ายและต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการของสถานพยาบาล ขอขอบพระคุณ Professor Anne Mills and Dr. Natasha Palmer ณ London School of Hygiene and Tropical Medicine ประเทศอังกฤษ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนบทความดังกล่าว ทำಯที่สุด ขอขอบพระคุณกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำหรับการสนับสนุนสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญญา ณ ระนอง. จากการสังเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
2. อัมมาร สยามวาลา. คนจน คนรวย กับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2546.

3. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล: การคลังและการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย. ใน: จเด็จ ธรรมชัชอารี, บรรณาธิการ. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
4. สุกัลยา คงสวัสดิ์, พิชญ์ รอดแสง, สนิทธี โจนงนุช, วรณา จารุสมบุญ. ประสิทธิภาพและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543). นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
5. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
6. จิตปรางค์ วาศวิท, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, นวรัตน์ โอปนพันธ์. อนามัยและสวัสดิการของคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตอนที่ 1 เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13 (3): 428-39.
7. สารี อ่องสมหวัง, สุภรนต์ โรจนไพรวงศ์, อภิญญา ต้นทวีวงศ์. 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.
8. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments - results from the national household surveys in Thailand. Bull World Health Organ 2007; (in press).
9. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. Lancet 2003; 362: 111-7.
10. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปรางค์ วาศวิท, วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2549.
11. จิตปรางค์ วาศวิท, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กุลลัษณ์ เลิศภัทรพงษ์. รายจ่ายด้านสุขภาพของคนไทย ก่อนและหลังมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14 (2): 317-25.
12. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปรางค์ วาศวิท, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, ภูมิต ประคองสาย. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต - เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา ผู้พัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า". นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
13. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? Bull World Health Organ 2000; 78(1): 66-74.
14. The World Bank. Who benefits from health sector subsidies? Benefit incidence analysis - Technical Note #12 [online]. 2007 [cited 2007 Feb 3]; Available from: URL: [http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/Quantitative-Techniques/health\\_eq\\_tn12.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/Quantitative-Techniques/health_eq_tn12.pdf)

## ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ?

---

15. Mahal A, Singh J, Afridi F, Lamba V, Gumber A, Selvaraju V. Who Benefits from Public Health Spending in India? New Delhi: National Council of Applied Economic Research (NCAER); 2000.
16. OECD Social Policy Division. What are equivalence scales? [online]. 2005 September 27 [cited 2007 Feb 5]; Available from: URL:<http://www.oecd.org/dataoecd/61/52/35411111.pdf>
17. Prakongsai P. An application of the asset index for measuring household living standards in Thailand. Proceedings of the 1st National Conference of Economics; 2005 October 28; Bangkok, Thailand. Bangkok: Thammasat University; 2006.
18. กัญจนา ดิษยาริคม, วลัยพร พัทธนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. วิธีวิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลแบบมาตรฐานและแบบลด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10(3): 359-67.
19. The World Bank. The concentration index. Quantitative techniques for health equity analysis-technical note #7 [online]. 2007 [cited 2007 Feb 3]; Available from: URL: [http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/Quantitative-Techniques/health\\_eq\\_tn07.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/Quantitative-Techniques/health_eq_tn07.pdf)
20. สุพล ลิมวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิมวัฒนานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย. ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการวิเคราะห์การใช้ยาของโรงพยาบาล เครื่องมือประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 169-84.
21. เพียงฤทัย มงคลชาติ. การสำมะโนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกปี 2543 โรงพยาบาลบรรพตพิสัย นครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
22. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ถนนอม สุภาพร, จิตปราวณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย. การเข้าถึงบริการทดแทนได้อย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2548.



**Abstract**    **Who Benefits from Government Health Spending before and after Universal Coverage in Thailand?**

**Phusit Prakongsai, Viroj Tangcharoensathien, Kanjana Tisayatikom**

International Health Policy Program (IHPP) - Thailand

*Journal of Health Science* 2007; 16:S20-36.

This study was aimed to answer public concern over a question on “who benefits from government health spending?” after implementation of the policy on universal coverage (UC) of health care in 2001. Changes in health service use and net government subsidies for health gained by different socio-economic groups of Thais prior to and after UC were investigated. The research employed benefit incidence analysis (BIA) which included the analyses of health service use and out-of-pocket payments of nationally representative households from the 2001 and 2003 Health and Welfare Survey (HWS) conducted by the National Statistical Office, and the amount of government subsidies for ambulatory services and hospitalization at both public and private facilities. Socio-economic status of Thais were categorized into five groups ranging from the richest to the poorest quintiles by using equivalent household income per capita and the asset index. Concentration index (CI) was used as a measure to assess equity in health service use and the distribution of government health subsidies. CI ranges from plus to minus 1, whereas minus indicates preferential benefit the poor, and the more minus value, the more pro-poor nature, and vice versa. This study was conducted from November 2004 to October 2005.

Results revealed that after implementation of the UC policy, health insurance coverage of Thais increased from 71 percent in 2001 to 95 percent in 2003. The majority of the poor in rural areas were covered by the UC scheme. From 2001 to 2003, ambulatory service use of the poorest quintile at health centers increased from 1.20 to 1.90 visits per capita per year, and that of community hospitals rose from 0.71 to 1.84 visits per capita per year. Hospitalization at community hospitals of the poorest category increased from 0.036 to 0.063 admissions per capita per year. The CI of ambulatory service use at health centres, district hospitals, and provincial hospitals were more pro-poor after implementing UC (changing from -0.29, -0.26, and -0.04 in 2001 to -0.36, -0.32, and -0.08 in 2003, respectively). The CI of overall hospitalization increased their negative values from -0.079 in 2001 to -0.121 in 2003. Also, the distribution of net government subsidies for health showed a more pro-poor nature with a change in the concentration indices from -0.044 in 2001 to -0.123 in 2003. There was no significant difference in the distribution of government subsidies when equivalent household income per capita and the asset index were used as classifiers, or using national aggregated and regional unit costs of health services. In conclusion, the UC policy further improved equity in access to and utilization of health services, and the distribution of net government subsidies. Key factors influencing the improvements of equity in the Thai health care system include 1) the expansion of health insurance coverage, 2) the removal of financial barriers, and 3) the promotion of primary care as the main contractor of the scheme.

**Key words:**    **government resource, benefit incidence, access to care, universal coverage**