



## 7. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

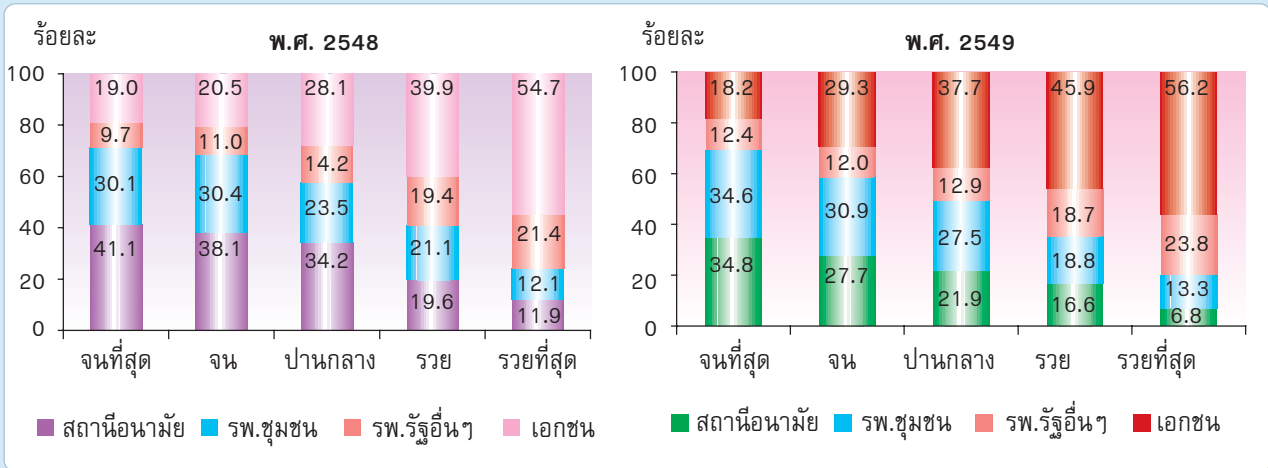
### 7.1 ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ

โอกาสในการเลือกใช้บริการระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมมีความแตกต่างกัน จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 พบว่าเมื่อคิดรวมเฉพาะการให้บริการที่สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป (รวมโรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่ากลุ่มที่ยากจนที่สุดมีการเลือกใช้บริการสถานีนอนามัยสูงสุด (ประมาณร้อยละ 35-40) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดใช้โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 50) แสดงให้เห็นว่าโอกาสในการเลือกใช้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนนั้นจำกัดอยู่เพียงกลุ่มที่มีรายได้สูง และเช่นเดียวกันกับการใช้บริการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่สูงสุดในกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดเช่นกัน (ภาพที่ 6.90) ลักษณะความแตกต่างของการเลือกใช้บริการ อาจส่งผลต่อคุณภาพของบริการที่ได้รับตามศักยภาพของสถานพยาบาล ซึ่งจะกระทบมากหากการเจ็บป่วยนั้นต้องรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง





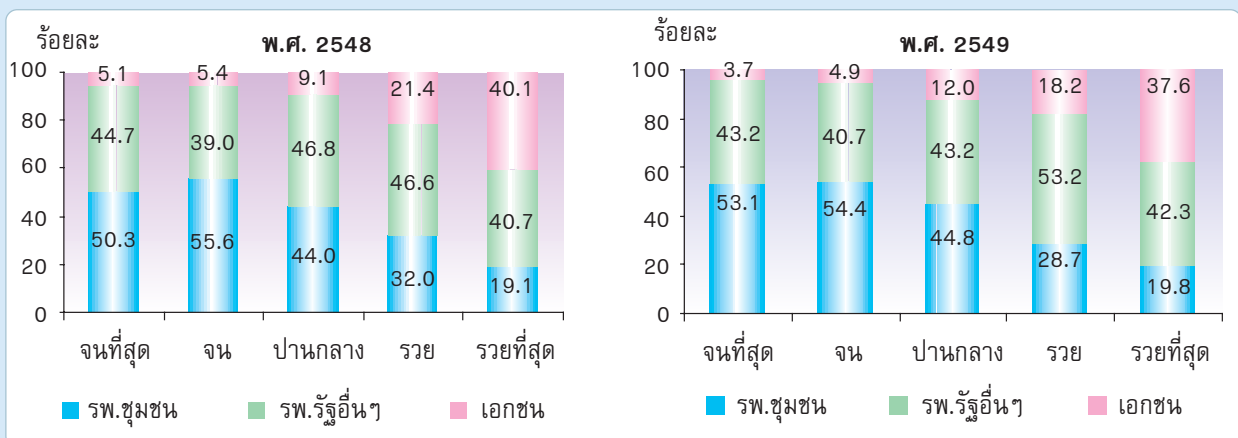
**ภาพที่ 6.90** ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อป่วยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549



**ที่มา :** วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การใช้บริการในกรณีที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ก็คือกลุ่มที่ยากจนที่สุดจะใช้นอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 50) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 40) เมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้อื่น แต่อย่างไรก็ดี การนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยทุกกลุ่มรายได้มีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ประมาณร้อยละ 40 ถึง 45 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ภาพที่ 6.91) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ยากจนยังมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงอยู่พอสมควร ถึงแม้จะมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุดก็ตาม

**ภาพที่ 6.91** ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อนอนในโรงพยาบาลตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549



**ที่มา :** วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบการใช้บริการตามสิทธิการรักษา จะพบว่า การดำเนินการตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 71.3 ใน พ.ศ. 2549 โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 55.1 ใน พ.ศ. 2549 และกลุ่มที่มีสวัสดิการข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อป่วย ที่สูงที่สุดกว่ากลุ่มอื่นๆ (ตารางที่ 6.22)

**ตารางที่ 6.22** อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547 - 2549

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
บัตรทอง 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	7.0	4.5	3.7	-	-	-	55	68	71	-	-	-
กระทรวงสาธารณสุข												
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

- ที่มา :**
1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
  2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

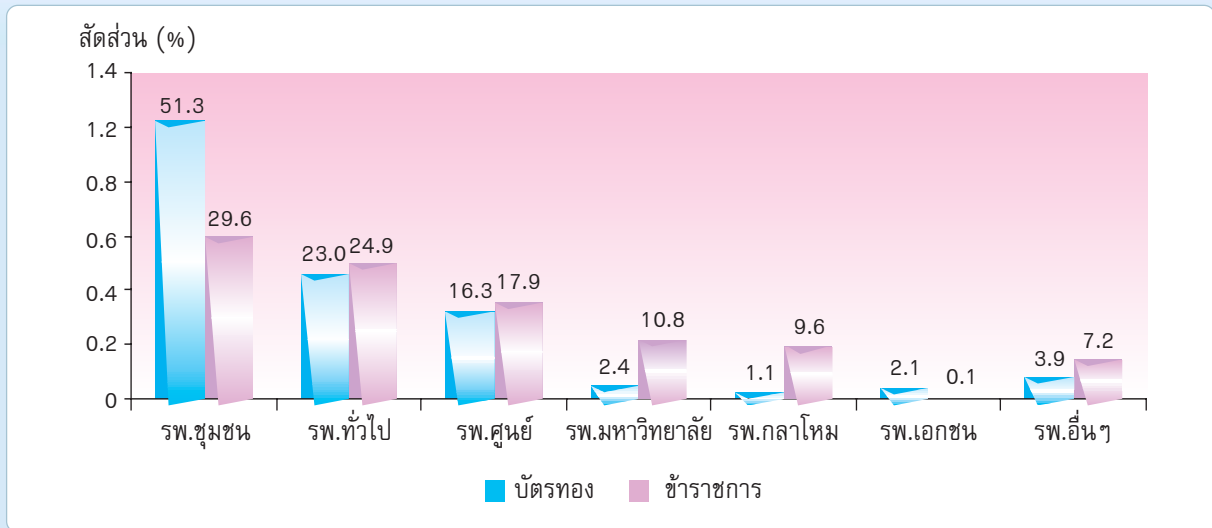
**หมายเหตุ :** จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

หากเปรียบเทียบสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลตามระดับและประเภทของโรงพยาบาล ระหว่างสิทธิการรักษา โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่เบิกจ่ายเงิน จะพบว่าผู้ป่วยบัตรทองมีสัดส่วนการนอนโรงพยาบาล ชุมชนสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลสังกัดกลาโหมที่สูงกว่าผู้ป่วยบัตรทอง สำหรับโรงพยาบาลเอกชน นั้นมีข้อมูลเพียงเล็กน้อย เนื่องจากข้อจำกัดในการเบิกจ่ายเงิน (ภาพที่ 6.92) สัดส่วนที่แตกต่างกันดังกล่าว แสดงถึงโอกาสในการเลือกใช้โรงพยาบาลที่ต่างกันของแต่ละสิทธิการรักษา





ภาพที่ 6.92 สัดส่วนการนอนรักษาในโรงพยาบาลแต่ละประเภทของผู้ป่วย 2 กองทุน



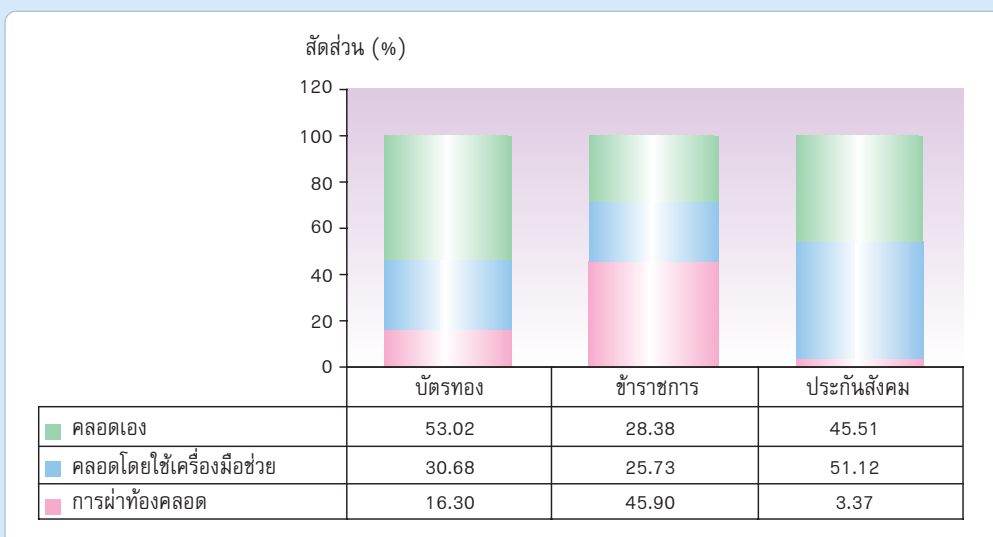
ที่มา : พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## 7.2 ความเป็นธรรมชาติของการให้บริการสุขภาพ

ลักษณะการให้บริการของผู้ให้บริการ หรือสถานพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ได้เลือกหัตถการบางอย่างมาใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาที่ต่างกัน ได้แก่ การผ่าท้องคลอด และการผ่าตัดคลอดเลือดหัวใจ โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และสิทธิประกันสังคม จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่ใช้เพื่อเบิกจ่ายเงิน พ.ศ. 2547

อัตราการผ่าท้องคลอด (C-section) สะท้อนการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของแพทย์ร่วมกับผู้คลอด ซึ่งถ้าตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ก็น่าจะมีอัตราการผ่าท้องคลอดที่ต่างกันไม่มากนัก จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า อัตราการผ่าท้องคลอดในผู้คลอดสิทธิข้าราชการสูงสุดถึง ร้อยละ 46 ในขณะที่บัตรทองมีอัตราผ่าท้องคลอด ร้อยละ 16 และประกันสังคมมีอัตราผ่าท้องคลอดเพียง ร้อยละ 3 (ภาพที่ 6.93)

ภาพที่ 6.93 อัตราการผ่าท้องคลอดของผู้คลอด 3 กองทุน

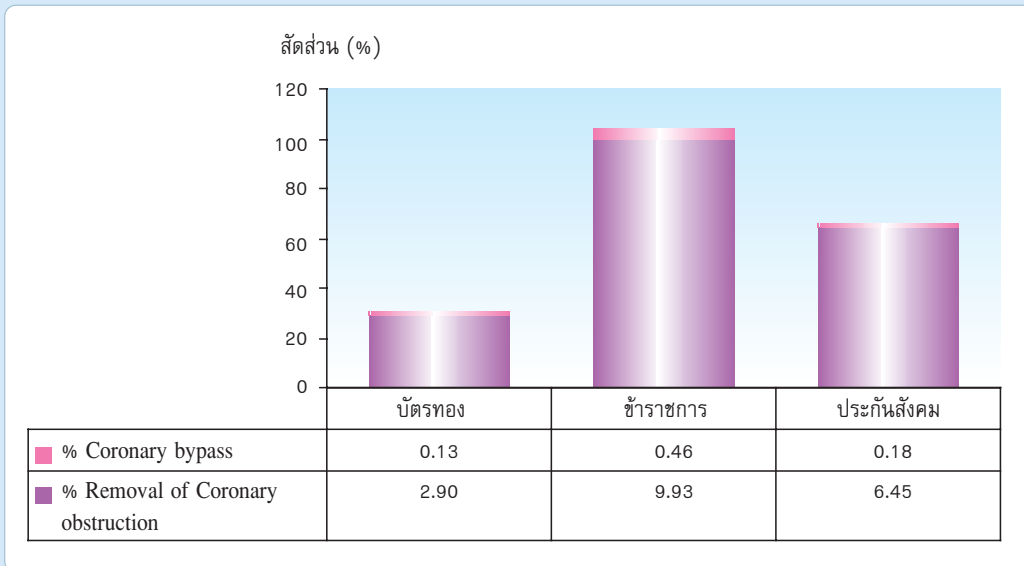


ที่มา : พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ กรณีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น จะมีการผ่าตัดสำคัญ ได้แก่ การผ่าตัด Coronary artery bypass graft (CABG) ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ และการขยายหลอดเลือดหัวใจ จากข้อมูลพบว่าอัตราการผ่าตัดในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยประกันสังคม และบัตรทอง (ภาพที่ 6.94) แสดงถึงโอกาสในการผ่าตัดที่แตกต่างกันระหว่างกองทุน โดยเฉพาะในผู้ป่วยบัตรทอง

ภาพที่ 6.94 อัตราการผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใน 3 กองทุน

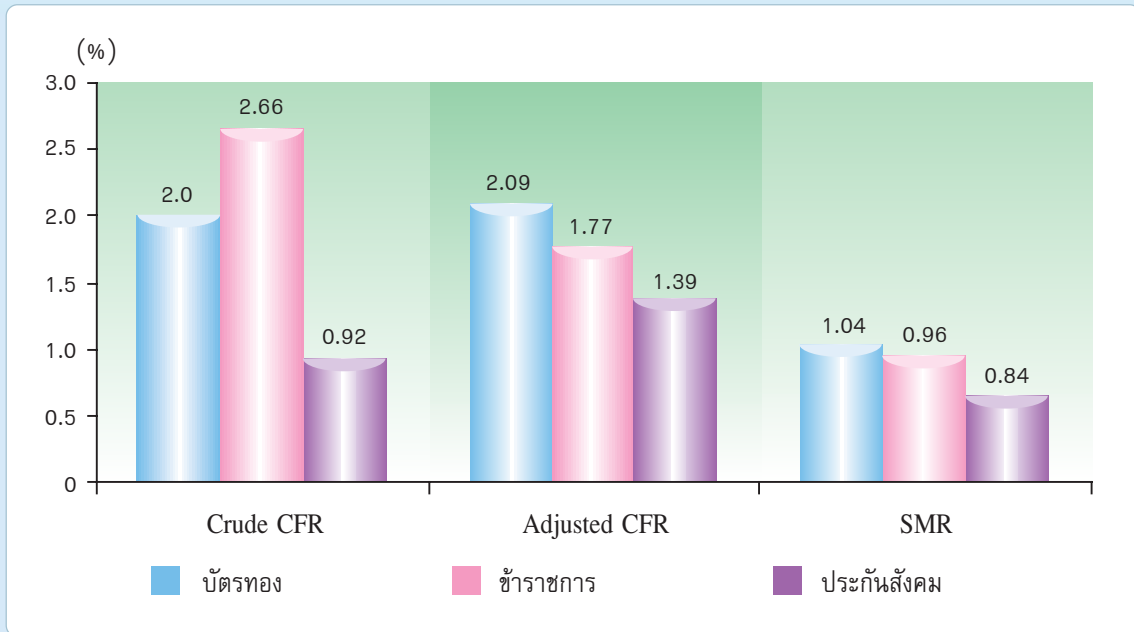


ที่มา: พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 7.3 ความเป็นธรรมของผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ

อัตราป่วยตายของผู้ป่วยใน นับว่าเป็นผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ หากความรุนแรงของโรคเท่ากัน โอกาสเสียชีวิตของผู้ป่วยก็จะใกล้เคียงกัน จากการวิเคราะห์อัตราป่วยตายรายอายุของ 3 กองทุน โดยวิเคราะห์เป็นอัตราป่วยตายที่ปรับค่าตามอายุ (Age-adjusted case-fatality rate) จะพบว่าผู้ป่วยบัตรทองมีอัตราป่วยตายสูงสุด 2.09% แทนที่จะเป็นผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ ซึ่งมีอัตราป่วยตายที่ปรับค่าแล้วเท่ากับ 1.77% และผู้ป่วยประกันสังคมมีอัตราป่วยตายที่ปรับค่าแล้วเพิ่มขึ้นเป็น 1.39% เช่นเดียวกับเมื่อวิเคราะห์เป็นอัตราส่วนการตายมาตรฐาน หรือ Standardized mortality ratio (SMR) ก็พบว่าผู้ป่วยบัตรทองมี SMR เท่ากับ 1.04 (การตายเป็น 1.04 เท่าของที่ควรจะเป็น) ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ (0.96) และผู้ป่วยประกันสังคม (0.64) (ภาพที่ 6.95) ทั้งนี้หมายความว่าเมื่อปรับตามโครงสร้างอายุแล้ว ผู้ป่วยบัตรทองมีอัตราป่วยตายสูงสุด ตามมาด้วยผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ และผู้ป่วยประกันสังคม ลักษณะเช่นนี้ อาจจะเกี่ยวข้องกับลักษณะโรคที่ต่างกันของผู้ป่วย การเลือกใช้บริการ และศักยภาพของสถานพยาบาล

ภาพที่ 6.95 อัตราป่วยตายอย่างหยاب อัตราป่วยตายที่ปรับค่าตามอายุ และ SMR ของผู้ป่วย 3 กองทุน



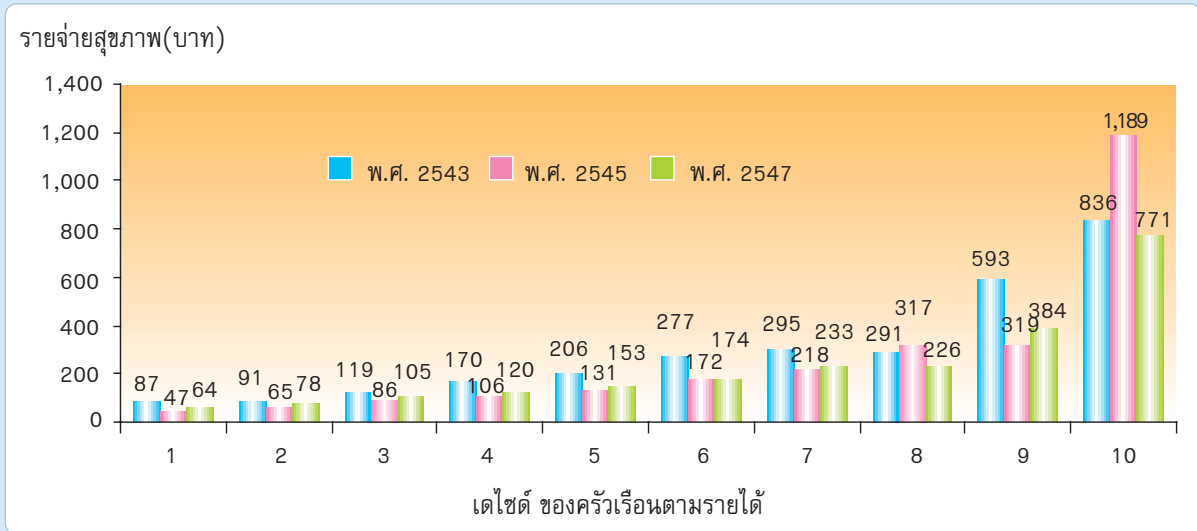
ที่มา: พินิจ ฟ้าอำนาจผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### 7.4 ความเป็นธรรมของภาระรายจ่ายสุขภาพ

รายจ่ายของครัวเรือนตามระดับเศรษฐกิจสังคม ควรจะมีความเป็นธรรม หมายความว่า ครัวเรือนที่ยากจนควรจ่ายเงินเข้าสู่ระบบน้อยกว่าครัวเรือนที่ร่ำรวย โดยคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของครัวเรือน ผลกระทบจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง โดยใน พ.ศ. 2545 พบว่า กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายลดลงมากที่สุดคือ กลุ่มยากจน (กลุ่มเดซีด์ที่ 1-4) ลดลงถึงร้อยละ 27-45 แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่รวยที่สุด (กลุ่ม 10) มีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 42 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเลือกใช้บริการที่นอกเหนือสิทธิประโยชน์หรือการไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีรายจ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้น แต่ใน พ.ศ. 2547 พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในกลุ่มยากจน (กลุ่มเดซีด์ที่ 1-4) เพิ่มขึ้นร้อยละ 10-30 แต่ก็ถือว่าลดลงหากเทียบกับ พ.ศ. 2543 และมีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่รวย (กลุ่มเดซีด์ 8-10) มีรายจ่ายด้านสุขภาพลดลง ร้อยละ 7-30 (ภาพที่ 6.96)



**ภาพที่ 6.96** เปรียบเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดซิล์ก่อนและหลังมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



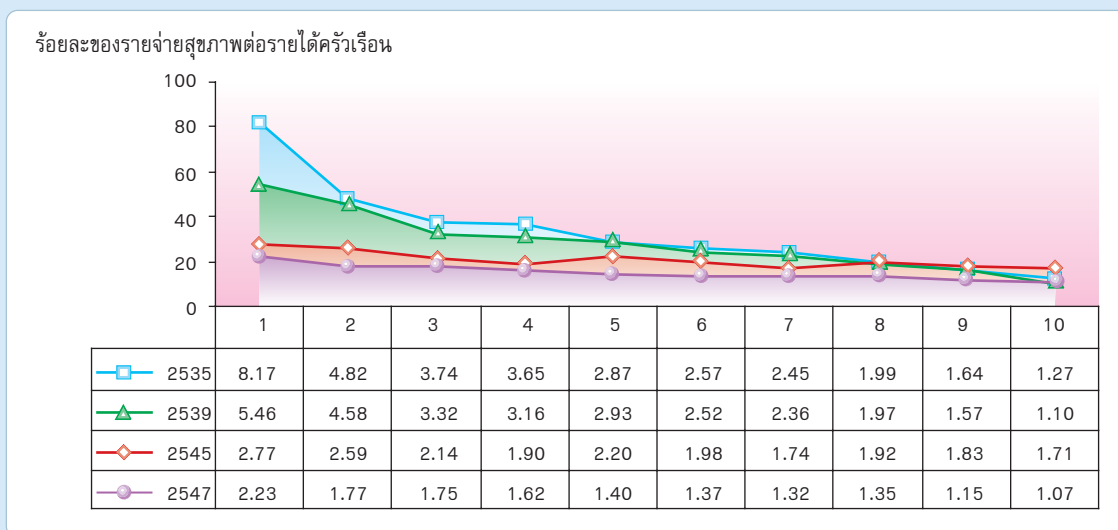
- ที่มา:**
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2547
  - สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

**หมายเหตุ :** วิเคราะห์เฉพาะไตรมาสสุดท้ายของ พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2545

เมื่อวิเคราะห์เป็นสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มรายได้ จะพบว่า ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ไม่ได้เป็นไปตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มรายได้ พบว่า คนที่มีรายได้ต่ำมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่มากกว่าคนที่มีรายได้สูง (ภาพที่ 6.97) หลังจากที่รัฐมีการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่ควรเกื้อกูลประเภทต่างๆ และดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ความแตกต่างของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนรวยกับคนจนมีแนวโน้มลดลงจาก 6.4 เท่า ใน พ.ศ. 2535 เหลือ 1.6 เท่า ใน พ.ศ. 2545 และกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 2.1 เท่าใน พ.ศ. 2547 (ตารางที่ 6.23)



ภาพที่ 6.97 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน ตามกลุ่มเดโชด์ของรายได้อ พ.ศ. 2535, 2539, 2545 และ 2547



ที่มา : สุลล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ, วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2535 - 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6.23 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้อครัวเรือน ตามกลุ่มเดโชด์ของรายได้อ พ.ศ. 2535 - 2547

พ.ศ.	เดโชด์ของรายได้อ										ความแตกต่าง ของลุ่ม 1 และลุ่ม 10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2535	8.17	4.82	3.74	3.65	2.87	2.57	2.45	1.99	1.64	1.27	6.4
2537	7.56	4.75	4.49	3.60	3.26	3.03	2.53	2.32	2.03	1.26	6.0
2539	5.46	4.58	3.32	3.16	2.93	2.52	2.36	1.97	1.57	1.10	5.0
2541	4.22	3.07	2.95	2.90	2.59	2.43	1.94	2.00	1.57	1.23	3.4
2543	4.58	3.67	3.29	2.78	2.38	2.22	2.06	1.68	1.55	1.27	3.6
2545	2.77	2.59	2.14	1.90	2.20	1.98	1.74	1.92	1.83	1.71	1.6
2547	2.23	1.77	1.75	1.62	1.40	1.37	1.32	1.35	1.15	1.07	2.1

ที่มา : สุลล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2535 - 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2547 ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ รวมทั้งคนที่มีรายได้อน้อยมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้อที่ค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 82.2 ของผู้ยากจนที่สุด มีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้อครัวเรือน และร้อยละ 94 ของผู้ที่ร่ำรวยที่สุด มีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้อครัวเรือน (ตารางที่ 6.24)



ตารางที่ 6.24 ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามร้อยละของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ใน 10 กลุ่มเดซีล์ พ.ศ. 2547

กลุ่มเดซีล์	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน						
	0-5%	6-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	มากกว่า 50%
1	82.2	7.3	4.7	1.2	0.3	0.1	0.8
2	91.4	5.2	1.9	0.7	0.2	0.4	0.4
3	92.2	4.6	2.2	0.3	0.1	0.1	0.5
4	92.2	5.0	1.7	0.4	0.3	0.2	0.2
5	92.2	4.8	1.9	0.4	0.3	0.2	0.2
6	92.5	4.7	1.8	0.6	0.2	0.04	0.1
7	94.2	3.1	1.7	0.4	0.2	0.03	0.4
8	94.6	2.9	2.0	0.3	0.1	0.1	0.03
9	94.5	2.8	1.6	1.0	0.02	0.0	0.1
10	94.0	3.9	1.5	0.4	0.1	0.0	0.1
รวม	92.0	4.4	2.1	0.6	0.2	0.1	0.3

ที่มา : สุปล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2535 - 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

