



4. ผลสำเร็จของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ

สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนนี้ ย่อสรุปจากรายงานการศึกษาความเป็นธรรมในระบบการคลังของประเทศไทย โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งวิเคราะห์จากฐานข้อมูลใน พ.ศ. 2547

4.1 ระบบหลักประกันสุขภาพ กับคนจน-คนรวย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 แสดงให้เห็นว่า เมื่อแบ่งประชากรเป็น 5 กลุ่มตามรายได้ครัวเรือน บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ต้องชำระเงิน 30 บาท เมื่อใช้บริการ (ประเภทบัตรมี “ท.”) ได้กระจายไปสู่ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดในสัดส่วนถึงร้อยละ 30 และกระจายไปสู่ประชากรกลุ่มรายได้สูงซึ่งมีสัดส่วนลดหลั่นลงไปตามลำดับ ทั้งนี้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระจายในหมู่คนจนมากกว่า สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ-พนักงานรัฐวิสาหกิจและกองทุนประกันสังคม

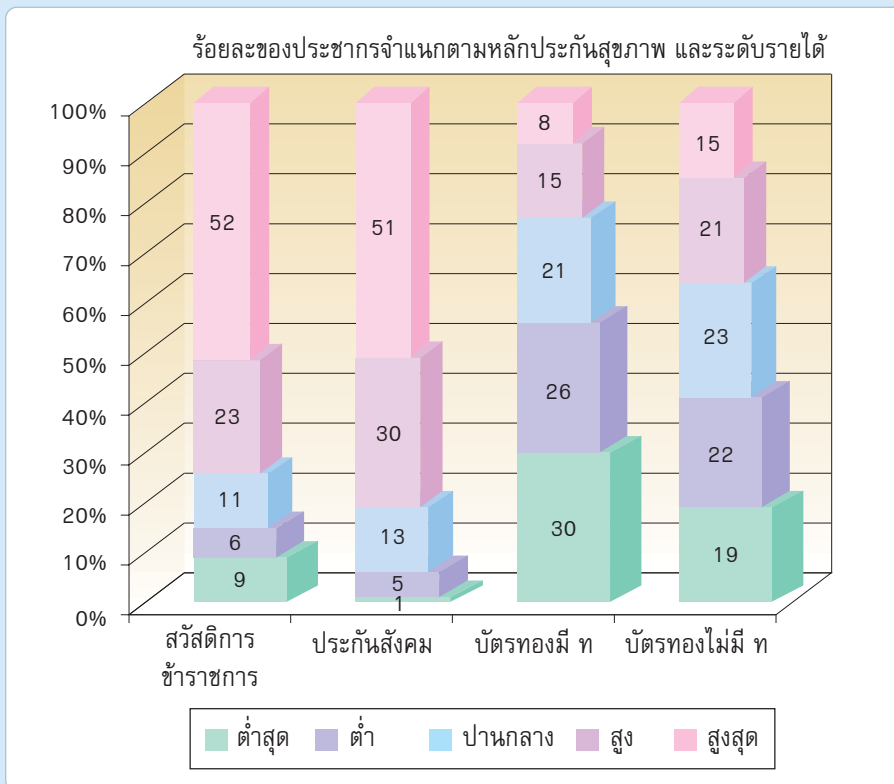




ส่วนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทที่ต้องชำระเงิน 30 บาทเมื่อไปใช้บริการ (บัตรไม่มี “ท.”) ได้กระจายไปสู่ประชากรตามกลุ่มรายได้ ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยส่วนใหญ่ (ดูภาพที่ 8.2)

อย่างไรก็ดี ยังมีคนที่มียาได้ต่ำสุด แต่ไม่ได้รับการยกเว้นในการร่วมจ่าย 30 บาท ในทางกลับกัน ยังมีคนรายได้สูงสุดได้รับการยกเว้นไม่ต้องร่วมจ่าย ทั้งนี้เป็นผลมาจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) เดิมของกระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่สามารถถ่วงถ่วงคนจนเข้ามาในโครงการ และคัดคนไม่จนจริงออกจากโครงการได้มีประสิทธิภาพมากนัก

ภาพที่ 8.2 สัดส่วนคนจน-คนรวย จำแนกตามระบบสวัสดิการรักษายาบาล



ที่มา : รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

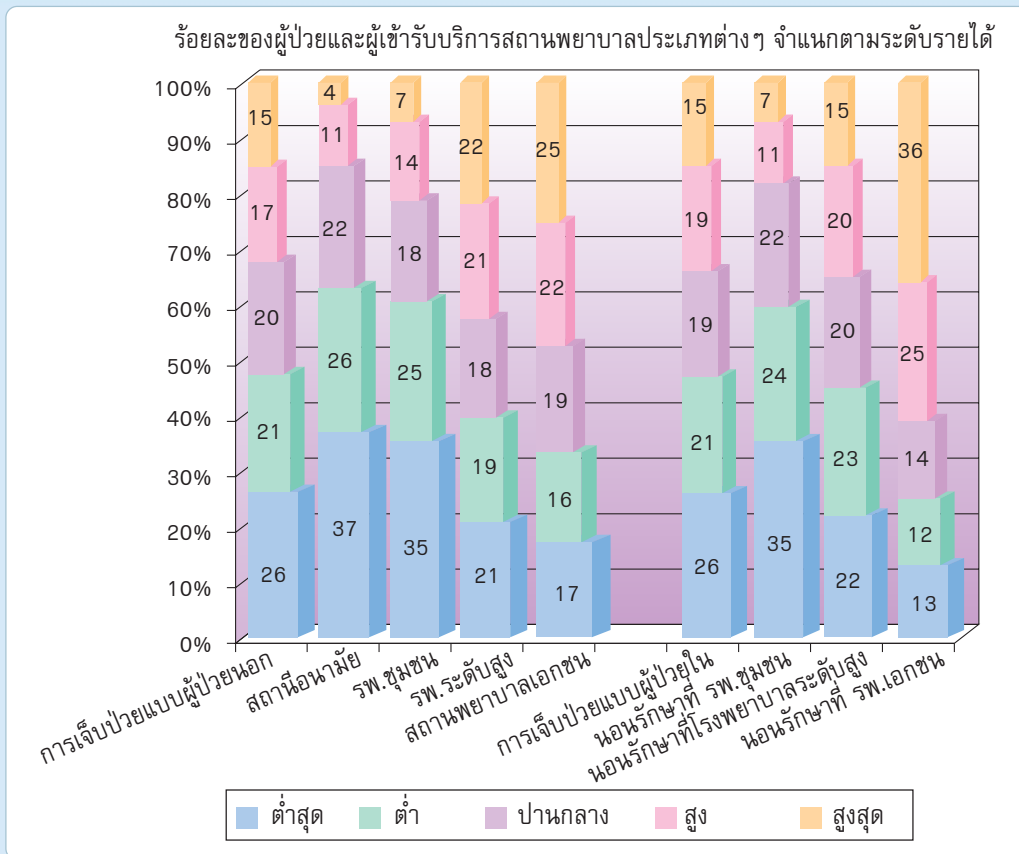
4.2 การเจ็บป่วยและการใช้บริการของคนจน-คนรวย

ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดมีการเจ็บป่วยสูงสุด ที่ร้อยละ 26 ของผู้เจ็บป่วยทั้งหมด ในขณะที่ผู้เจ็บป่วยเพียงร้อยละ 15 อยู่ในกลุ่มประชากรรายได้สูงสุด (ภาพที่ 8.3) การกระจายของผู้เจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมีลักษณะใกล้เคียงกับการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด มีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 26 แต่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัย ร้อยละ 37, ที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 35, ที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง ร้อยละ 21, และที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 17 ในขณะที่ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุดมีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 15 แต่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการ ที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง ร้อยละ 22 ทั้งนี้เนื่องจากประชากรกลุ่มรายได้ต่ำส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทและมีความยากลำบากในการเข้าถึงสถานบริการระดับสูงซึ่งมักตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ดังนั้นเมื่อเทียบกับระดับความเจ็บป่วยที่ต้องการเพียงบริการแบบผู้ป่วยนอก ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำจึงเลือกบริการในระดับตำบลหรืออำเภอมากกว่า



ภาพที่ 8.3 สัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย (หน่วยเป็นร้อยละ)



ที่มา : รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อทำการวิเคราะห์การใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน พบว่า ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำครองส่วนแบ่งการใช้บริการการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลรัฐ มีลักษณะคล้ายคลึงกับกรณีผู้ป่วยนอก และพบว่าโรงพยาบาลรัฐระดับสูง มีสัดส่วนผู้ป่วยในที่อยู่ในกลุ่มประชากรรายได้สูงสุดสอดคล้องกับสัดส่วนการเจ็บป่วย กล่าวคือ กลุ่มรายได้สูงสุดมีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 15 และครองส่วนแบ่งการใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง เป็นร้อยละ 15 เช่นกัน ในขณะที่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลรัฐระดับสูงถึง ร้อยละ 22 ทั้งนี้เพราะประชากรกลุ่มรายได้สูงสุดไปใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งกลุ่มรายได้สูงสุดมีสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน สูงถึงร้อยละ 36

4.3 คนจนหรือคนรวยได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากรัฐ

การศึกษาี้ ประเมินประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากเงินอุดหนุนจากงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐ โดยวิเคราะห์จากผลต่างระหว่างต้นทุนการให้บริการสุขภาพโดยสถานพยาบาลภาครัฐระดับต่างๆ และรายจ่ายค่ารักษา ที่ครัวเรือนจ่ายเอง เส้น Concentration Curve สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกับสัดส่วนจำนวนประชากรที่เรียงลำดับห้ากลุ่ม (จากจนที่สุดถึงรวยที่สุด) ตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยแกนแนวนอนแทนจำนวนสะสมของประชากรเรียงตามลำดับ เศรษฐฐานะจากจนที่สุดถึงรวยที่สุด และแกนตั้งแทนปริมาณสะสมของการอุดหนุนงบประมาณสำหรับประชากรดังกล่าว หากการอุดหนุนมีความเป็น



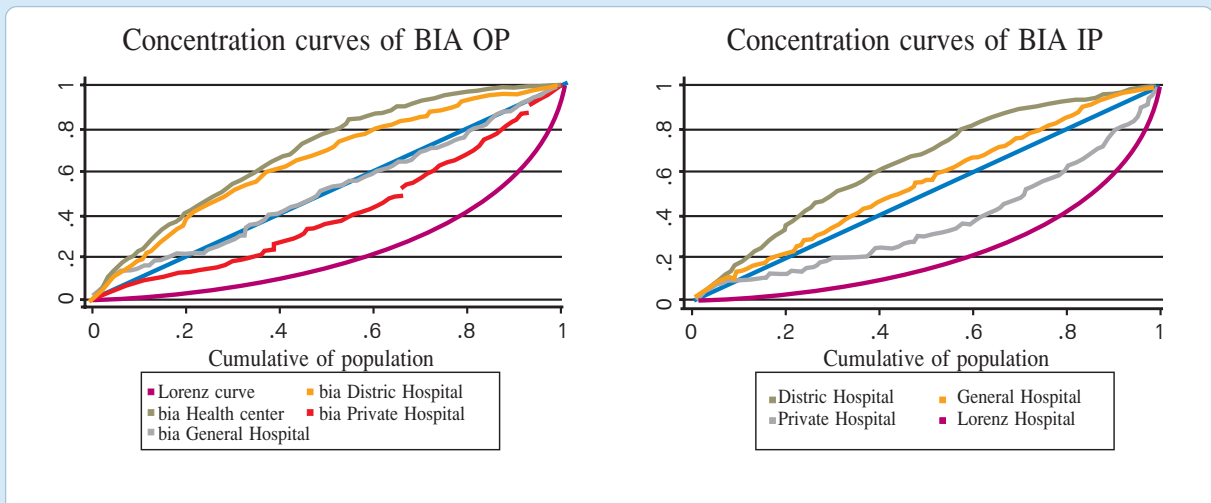
ธรรมเต็มที่ (Perfect Equity) ระหว่างคนจน-คนรวย ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่บนเส้นแห่งความเป็นธรรม (Equity Line) ซึ่งเป็นเส้นทแยงมุม 45 องศา ระหว่างแกนทั้งสอง นั่นคือ ปริมาณการอุดหนุนเป็นสัดส่วนที่เท่ากับจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มฐานะ เช่น คนจนที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 แรกของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของปริมาณการอุดหนุนทั้งหมด และ คนรวยที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 สุดท้ายของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 เช่นกัน เป็นต้น (ภาพที่ 8.4)

หากคนจนได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนที่มากกว่าคนรวย Concentration Curve จะเป็นเส้นโค้งที่อยู่เหนือเส้นทแยงมุม 45 องศา นั่นคือ ประชากรที่จนที่สุด (ร้อยละ 20 แรกของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของปริมาณการอุดหนุนทั้งหมด และ ประชากรที่รวยที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 สุดท้ายของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 20 ของการอุดหนุน ทั้งหมด ในทางตรงข้าม หากการอุดหนุนดังกล่าวกระจุกตัว (Concentrate) อยู่ที่คนรวยเป็นส่วนใหญ่ Concentration Curve ก็จะมีลักษณะเป็นเส้นโค้งอยู่ใต้เส้นทแยงมุม 45 องศา

นอกจาก Concentration Curve แล้ว การเปรียบเทียบสัดส่วนปริมาณการอุดหนุนกับสัดส่วนประชากรกลุ่มต่างๆทั้งห้ากลุ่ม สามารถแสดงได้ด้วยดัชนี Concentration Index (CI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 2 เท่าของพื้นที่ระหว่างเส้นทแยงมุม (เส้นแห่งความเป็นธรรม) กับ Concentration Curve โดยมีค่าระหว่าง -1.0 ถึง 1.0 (หาก Concentration Curve อยู่เหนือเส้นทแยงมุม โดยที่คนจนมีสัดส่วนการอุดหนุนมากกว่าคนรวย CI มีค่าติดลบ และหาก Concentration Curve อยู่ใต้เส้นทแยงมุม โดยที่การอุดหนุนกระจุกตัวที่คนรวยมากกว่าคนจน ค่า CI มีค่าเป็นบวก)

นอกจากนี้ หากต้องการดูว่าการอุดหนุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพช่วยลดช่องว่างทางเศรษฐกิจระหว่างคนจน-คนรวยหรือไม่ ก็อาจเปรียบเทียบระหว่างเส้น Concentration Curve กับ Lorenz Curve ซึ่งเป็นเส้นแสดงการกระจายรายได้ ในประชากร ซึ่งมักจะกระจุกตัวในกลุ่มคนรวย ดังนั้น เส้น Lorenz Curve มักจะอยู่ใต้เส้นทแยงมุม 45 องศา หาก Concentration Curve ของการอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลวางอยู่เหนือ Lorenz Curve มากเท่าใด ก็แสดงว่าการอุดหนุนดังกล่าวช่วยลดช่องว่างทางเศรษฐกิจระหว่างคนจน-คนรวย ได้มากเท่านั้น ในกรณีเช่นนี้ ดัชนีวัดความเป็นธรรมเชิงสัมพัทธ์ (Relative Equity) คือ Kakwani Index มีค่าติดลบ

ภาพที่ 8.4 เส้น Concentration Curve ของการอุดหนุนบริการกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในระดับสถานพยาบาลต่างๆ

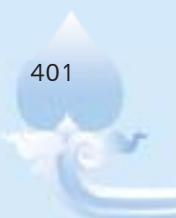




การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2547 ด้านการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพ กรณีผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลภาครัฐ พบว่า ที่ระดับสถานื่อนามัย และโรงพยาบาลชุมชน CI มีค่าเป็นลบ แสดงว่าอุดหนุนกลุ่มรายได้ต่ำในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มรายได้สูง (CI ที่สถานื่อนามัย เท่ากับ -0.357 และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ -0.276) สำหรับโรงพยาบาลระดับสูงของรัฐ การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพแก่กลุ่มรายได้ต่ำใกล้เคียงกับกลุ่มรายได้สูง (CI เท่ากับ 0.003 หรือ Concentration Curve เกือบอยู่ชิดกับเส้นทแยงมุม หรือเส้นแห่งความเสมอ)

การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกรณีผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะคล้ายกับกรณีผู้ป่วยนอก กล่าวคือ กลุ่มรายได้ต่ำได้รับประโยชน์ในสัดส่วนมากกว่ารายได้สูง (CI เท่ากับ -0.272) ในขณะที่การอุดหนุนบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลรัฐอื่นยังให้ประโยชน์กลุ่มรายได้ต่ำมากกว่ากลุ่มรายได้สูง แต่ในระดับที่น้อยกว่าที่โรงพยาบาลชุมชน (CI เท่ากับ -0.087)

ในทางตรงข้าม การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนมีลักษณะกระจุกตัวอยู่ที่ประชาชนที่มีรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่ (CI สำหรับผู้ป่วยนอกเท่ากับ 0.184 และสำหรับผู้ป่วยในเท่ากับ 0.256) เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าค่า CI ของโรงพยาบาลเอกชนจะมีค่าบวก แต่ Concentration Curve ก็ยังอยู่ใกล้เส้นแห่งความเป็นธรรมมากกว่าเส้นกระจายรายได้ Lorenz Curve อาจกล่าวได้ว่า การคลังและการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยช่วยลดความไม่เป็นธรรมกันทางเศรษฐกิจในเชิงสัมพัทธ์ได้ แม้กระทั่งในโรงพยาบาลเอกชน โดยที่ Kakwani Index มีค่าเท่ากับ -0.352 สำหรับผู้ป่วยนอก และ -0.277 สำหรับผู้ป่วยใน





5. แลไปข้างหน้า

เมื่อได้ทบทวนสัมฤทธิ์ผลของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว พบว่า เป็นโครงการที่ดี และได้ประโยชน์ต่อประชาชนโดยเฉพาะที่อยู่ใน Income Quintile ที่ 1 คือกลุ่มคนที่จนที่สุด และที่ 2 คือกลุ่มคนจน โดยระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่าย ทำหน้าที่แปลงนโยบายไปสู่ การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และได้ผลดีต่อสมาชิก เนื่องจากเป็นบริการที่เข้าถึงสะดวก ใกล้บ้าน และมีคุณภาพดีระดับหนึ่ง การจะคงบทบาท และเพิ่มขยายบทบาทของบริการระดับอำเภอให้ทำหน้าที่เพิ่มความเสมอภาคในระบบสาธารณสุข จำเป็นจะต้องได้รับงบประมาณที่เพียงพอ และการจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอ และเหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่

ใน พ.ศ. 2550 บริการทดแทนไต (ได้แก่ การฟอกเลือด- Hemodialysis, บริการ Peritoneal Dialysis และการผ่าตัดเปลี่ยนไต) ยังไม่ได้จัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งๆ ที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการประกันสังคม ได้คุ้มครองบริการทดแทนไตอย่างครบถ้วน ทั้งนี้เนื่องจาก บริการทดแทนไต มีราคาแพงประมาณ 2 ถึง 3 แสนบาทต่อปี รัฐไม่ได้อยู่ในวิสัยทางงบประมาณที่จะให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยทุกคนได้ อย่างไรก็ตาม หากสมาชิกหลักประกันสุขภาพฯ ดิ้นรนที่จะใช้เงินของตนเองซื้อบริการทดแทนไต ก็จะทำให้ ครอบครัวประสบกับภาวะสิ้นเนื้อประดาตัว เนื่องจากค่ารักษาค่อนข้างแพงมาก จึงมีความจำเป็นต้องกู้หนี้ยืมสิน หรือขายทรัพย์สิน ปัจจัยการผลิต เพื่อการรักษาทดแทนไต ทำให้ครอบครัวขาดความมั่นคงทางการเงิน และจนลงอย่างชัดเจน รัฐบาลจึงจะต้องตัดสินใจทำอะไรบางอย่าง เพื่อลด หรือแบ่งเบาภาระทางการเงินของครอบครัว เช่น การให้บริการทดแทนไต แก่ผู้ป่วยบางคน ที่น่าจะได้ผลตอบแทนสุขภาพที่ดี เช่น อายุสั้น เป็นหัวหน้าครัวเรือน หรือ การหาแหล่งการคลังหลากหลาย เพื่อจัดบริการทดแทนไต เช่น รัฐ, มูลนิธิ หรือเงินบริจาค และผู้ป่วย มีส่วนร่วมจ่ายบ้างเป็นต้น การจะให้บริการ และไม่ให้บริการแก่ผู้ป่วยใดหนึ่งนั้น มีข้อวิพากษ์ด้านความเป็นธรรมในสังคม และจริยธรรมของการจัดสรรทรัพยากรอยู่อีกมาก

