

ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ

เนื้อหา : สุขล ดิมวิมลภมมร, กัญจนา วิษยเสถียร, ภูษิต ประทองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วลัยพร พิษอนุลภน
สำนักพิมพ์อภินน โภภยสุขภาพระหว่างประเทศ

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ช่องว่างทางเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อความแตกต่างด้านสุขภาพระหว่างคนจนกับคนรวย ซึ่งเป็นไปตาม วัฏจักร “โง่-จน-เจ็บ” ถึงแม้ว่า ในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคนไทยเกือบทุกคนจะได้สิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า ยังคงมีคำถาม 2 ข้อเกี่ยวกับความเป็นธรรม (equity) ในระบบบริการสุขภาพไทย คือ คนจน-คนรวยเมื่อเจ็บป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ และใครได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณสาธารณสุขมากกว่ากัน

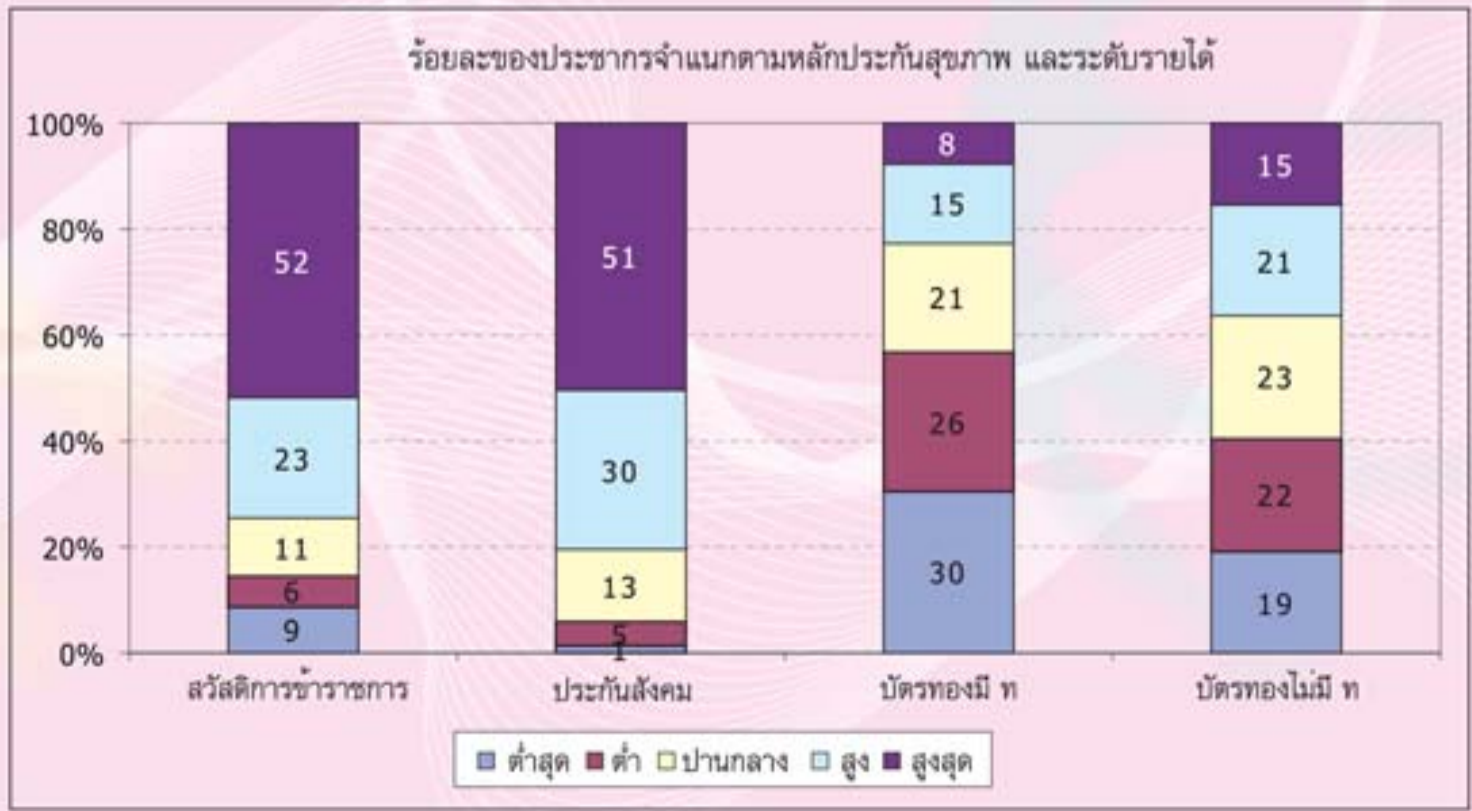
ฐานข้อมูลสำคัญในการศึกษาความเป็นธรรมระหว่างคนจน-คนรวย ด้านบริการสุขภาพ ได้แก่การสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในเดือนเมษายน 2547 โดยสำรวจครัวเรือนส่วนบุคคลจำนวน 26,502 ตัวอย่างจากทุกจังหวัดทั้งในและนอกเขตเทศบาล ทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับรายได้ (ในรูปของตัวเงินและสิ่งของ) ความเจ็บป่วยในช่วงเวลาที่ผ่านมา การใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลต่างๆ ค่ารักษาพยาบาลที่ครัวเรือนจ่าย สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลที่มีและการใช้สิทธิประโยชน์ ซึ่งข้อมูลจากการสำรวนำมาประมวลเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้โดยการถ่วงน้ำหนักตามระเบียบทางสถิติ ข้อมูลของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนได้รับการวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงลักษณะและจำนวนบริการสุขภาพที่ใช้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนซึ่งในที่นี้ทำการจำแนกประชากรไทยตามรายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อคน จัดแบ่งเป็น 5 กลุ่มๆละเท่าๆกัน (ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด) เรียงลำดับเป็นกลุ่มรายได้ต่ำสุด รายได้ต่ำ รายได้ปานกลาง รายได้สูง และรายได้สูงสุด

1. ระบบหลักประกันสุขภาพ กับคนจน-คนรวย

ในบรรดาผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ต้องชำระเงิน 30 บาทเมื่อใช้บริการ (ประเภทบัตรมี “ท.”) เป็นประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดในสัดส่วนร้อยละ 30 ซึ่งเป็นส่วนแบ่งที่มากที่สุด โดยประชากรกลุ่มรายได้สูงชั้นมีสัดส่วนลดหลั่นลงไปตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่า ร้อยละ 8 ของผู้ที่ได้รับบัตรมี “ท.” เป็นประชากรกลุ่มรายได้สูงสุด

ภาพที่ 1 สัดส่วนคนจน-คนรวย จำแนกตามระบบสวัสดิการรักษายาบาล

สำหรับประชากรไทย อีกกลุ่มหนึ่งที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทที่ต้องชำระเงิน 30 บาทเมื่อไปใช้บริการ (บัตรไม่มี “ท.”) พบว่า สัดส่วนของประชากรกลุ่มรายได้ต่ำ-รายได้สูง ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 23) เป็นกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางและส่วนน้อย (ร้อยละ 15) เป็นกลุ่มรายได้สูงสุด (ภาพที่ 1)



ผู้ถือบัตรไม่มี ท. ถึงร้อยละ 19 ซึ่งเป็นกลุ่มรายได้ต่ำสุดนั้น ควรจะได้รับบัตรมี ท. เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการออกบัตร มี ท. เพื่อช่วยเหลือครัวเรือนที่มีรายได้น้อย รวมทั้งผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ตามโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ซึ่งจากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า โครงการสปร. ไม่สามารถกลั่นกรองคนจนเข้ามาในโครงการ และคัดคนไม่จนจริงออกจากโครงการฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก

เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ-พนักงานรัฐวิสาหกิจ และกองทุนประกันสังคมพบว่า ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุดเป็นคนส่วนใหญ่ของผู้ที่ได้รับสิทธิดังกล่าว (ร้อยละ 52 ของกลุ่มสวัสดิการข้าราชการ-พนักงานรัฐวิสาหกิจ และ ร้อยละ 51 ของกลุ่มประกันสังคม)

ข้อเท็จจริงนี้ สรุปได้ว่า ผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ-พนักงานรัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม เป็นผู้มีรายได้สูงกว่า ผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังมีความล้าสมัยของการให้ บัตร มี ท. และไม่มี ท. เนื่องจากประวัติศาสตร์ของการขาดประสิทธิภาพในการออกบัตรสงเคราะห์ฯ ให้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

ตารางที่ 1 สัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย (ร้อยละ)

ระดับรายได้	การเจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก)	การเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)
ต่ำสุด	26.4	25.6
ต่ำ	21.0	21.1
ปานกลาง	20.4	19.3
สูง	17.2	19.0
สูงสุด	15.0	15.0
รวม	100	100

2. คนจนหรือคนรวยมีการเจ็บป่วยมากกว่ากัน

สัดส่วนของประชากรตามระดับรายได้ ที่รายงานการเจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล มีลักษณะใกล้เคียงกับการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กล่าวคือ ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุด มีสมาชิกรายงานว่าเจ็บป่วยทั้งสองลักษณะในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 26) ในขณะที่ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุด มีสัดส่วนการรายงานว่าเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 15 (ตารางที่ 1)

3. คนจนหรือคนรวยใช้บริการสุขภาพมากกว่ากัน

จากข้อมูลการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดและรายได้ต่ำมีการใช้บริการสุขภาพในสัดส่วนที่มากกว่าประชากรกลุ่มรายได้สูง ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดมีจำนวนครั้งของการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกด้วยสัดส่วนร้อยละ 37 และ 35 ของการใช้บริการทั้งหมดที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนตามลำดับ ในขณะที่ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุด ใช้บริการดังกล่าวในสัดส่วนเพียงร้อยละ 4 และร้อยละ 7

ตารางที่ 2 สัดส่วนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามระดับสถานพยาบาลภาครัฐ (ร้อยละ)

ระดับรายได้	สถานีอนามัย	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลระดับสูง
ต่ำสุด	37	35	21
ต่ำ	26	25	19
ปานกลาง	22	18	18
สูง	11	14	21
สูงสุด	4	7	22
รวม	100	100	100

สำหรับการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลภาครัฐระดับที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่สังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัย สัดส่วนการใช้บริการของประชากรกลุ่มรายได้สูงและสูงสุดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 และ 22 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มรายได้ต่ำมีสัดส่วนการใช้บริการลดลงเมื่อเทียบกับในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ เนื่องจากประชากรกลุ่มรายได้ต่ำส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทและมีความยากลำบากในการเข้าถึงสถานบริการระดับสูงซึ่งมักตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ดังนั้นเมื่อเทียบกับระดับความเจ็บป่วยที่ต้องการเพียงบริการแบบผู้ป่วยนอก ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำจึงเลือกบริการในระดับตำบลหรืออำเภอมากกว่า (ตารางที่ 2)

เมื่อทำการวิเคราะห์การใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน พบว่าการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน มีลักษณะคล้ายคลึงกับกรณีผู้ป่วยนอก คือประชากรกลุ่มรายได้ต่ำ เข้าถึงและได้ใช้บริการสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรกลุ่มรายได้สูง โดยจำนวนครั้งในการเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของกลุ่มรายได้ต่ำสุด มีสัดส่วนถึงร้อยละ 35 ในขณะที่ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุดมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 7 สำหรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับสูง พบว่าประชากรกลุ่มรายได้สูง มีสัดส่วนของการใช้บริการแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับในโรงพยาบาลชุมชน แต่ประชากรรายได้ต่ำสุดยังมีสัดส่วนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในสูงกว่ากลุ่มรายได้สูงสุด คือร้อยละ 22 และร้อยละ 15 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

สำหรับการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งได้แก่ คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำมีสัดส่วนของการใช้บริการในภาคเอกชน ต่ำกว่าประชากรกลุ่มรายได้สูงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 13 ของจำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มรายได้สูงสุดมีสัดส่วนการใช้บริการสูงถึงร้อยละ 36 (ตารางที่ 4) ทั้งนี้ ภาวะด้านค่ารักษาพยาบาลน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลภาคเอกชน

4. คนจนหรือคนรวยได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากรัฐ

การประมาณประโยชน์ที่ได้รับจากเงินอุดหนุนจากงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐ ทั้งสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถวิเคราะห์จาก ผลต่างระหว่างต้นทุนการให้บริการสุขภาพโดยสถานพยาบาลภาครัฐระดับต่างๆ และรายจ่ายค่ารักษาฯ ที่ครัวเรือนจ่ายเอง ผลต่างคือต้นทุนที่ผู้รับบริการไม่ได้รับภาระ อีกนัยหนึ่งคือการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพโดยรัฐ คำถามคือ (1) คนจนหรือคนรวยได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนนั้นมากกว่ากัน และ (2) การอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลช่วยลดช่องว่างของการกระจายรายได้ระหว่างคนจน-คนรวยที่มีอยู่ได้หรือไม่

ความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกับสัดส่วนจำนวนประชากรที่เรียงลำดับห้ากลุ่ม (จากจนที่สุดถึงรวยที่สุด) ตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน สามารถแสดงได้ด้วยเส้น concentration curve โดยแกนนอนแทนจำนวนสะสมของประชากรเรียงตามลำดับ เศรษฐฐานะจากจนที่สุดถึงรวยที่สุด และแกนตั้งแทนปริมาณสะสมของการอุดหนุนงบประมาณสำหรับประชากรดังกล่าว หากการอุดหนุนมีความเป็นธรรมเต็มที่ (perfect equity) ระหว่างคนจน-คนรวย ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่บนเส้นแห่งความเป็นธรรม (equity line) ซึ่งเป็นเส้นทแยงมุม 45 องศา ระหว่างแกนทั้งสอง นั่นคือ ปริมาณการอุดหนุนเป็นสัดส่วนที่เท่ากับจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มเศรษฐกิจ เช่น คนจนที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 แรกของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของปริมาณการอุดหนุนทั้งหมด และ คนรวยที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 สุดท้ายของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 เช่นกัน เป็นต้น

ตารางที่ 3 สัดส่วนการใช้รักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามระดับสถานพยาบาลภาครัฐ

ระดับรายได้	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลระดับสูง
ต่ำสุด	35	22
ต่ำ	24	23
ปานกลาง	22	20
สูง	11	20
สูงสุด	7	15
รวม	100	100

ตารางที่ 4 สัดส่วนการใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลภาคเอกชน จำแนกตามประเภทการรักษาพยาบาล

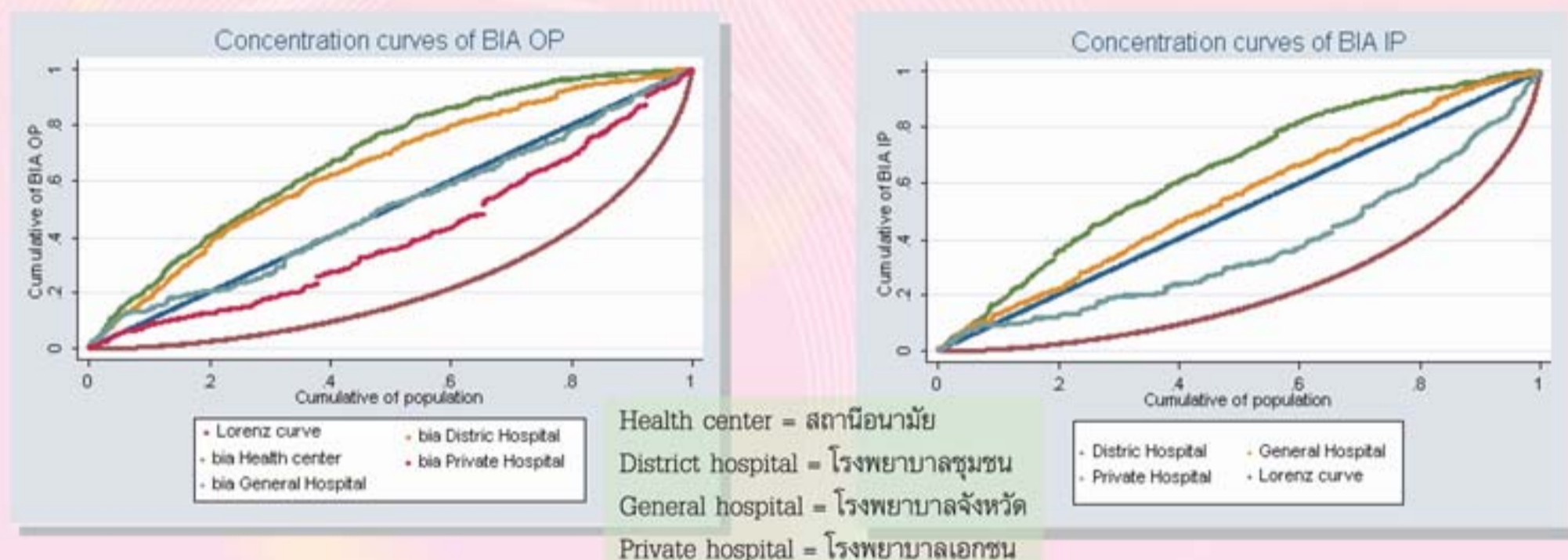
ระดับรายได้	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
ต่ำสุด	17	13
ต่ำ	16	12
ปานกลาง	19	14
สูง	22	25
สูงสุด	25	36
รวม	100	100

หากคนจนได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนที่มากกว่าคนรวย Concentration curve จะเป็นเส้นโค้งที่อยู่เหนือเส้นทแยงมุม 45 องศา นั่นคือ ประชากรที่จนที่สุด (ร้อยละ 20 แรกของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของปริมาณการอุดหนุนทั้งหมด และ ประชากรที่รวยที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 สุดท้ายของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 20 ของการอุดหนุนทั้งหมด ในทางตรงข้าม หากการอุดหนุนดังกล่าวกระจุกตัว (Concentrate) อยู่ที่คนรวยเป็นส่วนใหญ่ concentration curve ก็จะมีลักษณะเป็นเส้นโค้งอยู่ใต้เส้นทแยงมุม 45 องศา นั่นคือ ประชากรที่จนที่สุดได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 20 ของการอุดหนุนทั้งหมด และ ประชากรที่รวยที่สุดได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของการอุดหนุนทั้งหมด

นอกจาก Concentration curve แล้ว การเปรียบเทียบสัดส่วนปริมาณการอุดหนุนกับสัดส่วนประชากรกลุ่มต่างๆ ทั้งห้ากลุ่ม 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-คนรวยได้มากเท่านั้น ในกรณีเช่นนี้ ดัชนีวัดความเป็นธรรมเชิงสัมพัทธ์ (relative equity) คือ Kakwani index มีค่าติดลบ

ภาพที่ 2 เส้น Concentration curve ของการอุดหนุนบริการกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในระดับสถานพยาบาลต่างๆ



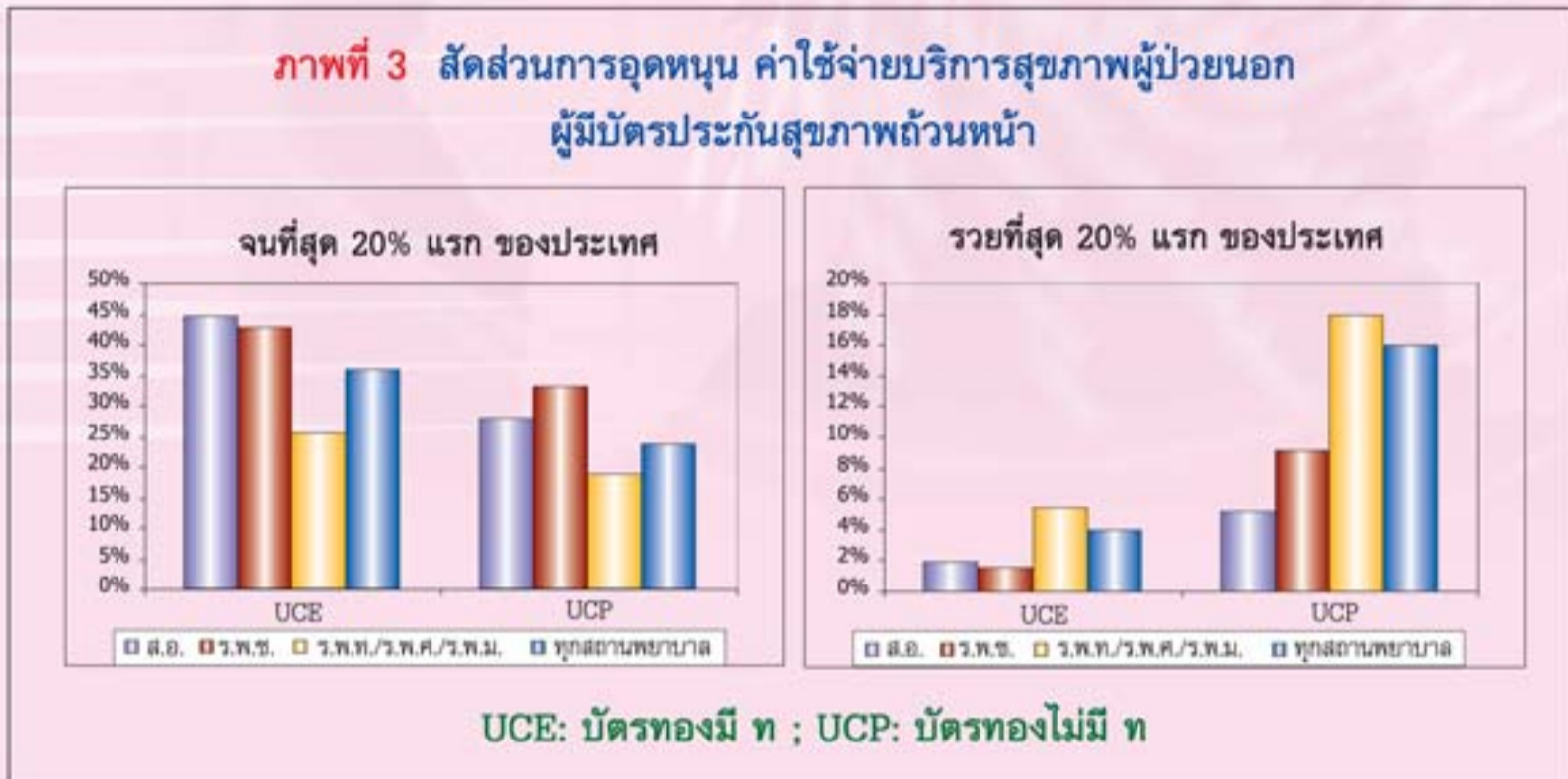
การวิเคราะห์ข้อมูล การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2547 ด้านการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกรณีผู้ป่วยนอก ที่สถานพยาบาลภาครัฐ พบว่า ที่ระดับสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน CI มีค่าเป็นลบ แสดงว่าอุดหนุนกลุ่มรายได้ต่ำในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มรายได้สูง (CI ที่สถานีอนามัย เท่ากับ -0.357 และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ -0.276) สำหรับโรงพยาบาลรัฐในระดับที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพแก่กลุ่มรายได้ต่ำใกล้เคียงกับกลุ่มรายได้สูง (CI เท่ากับ 0.003 หรือ concentration curve เกือบอยู่ชิดกับเส้นทแยงมุม หรือเส้นแห่งความเสมอ)

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

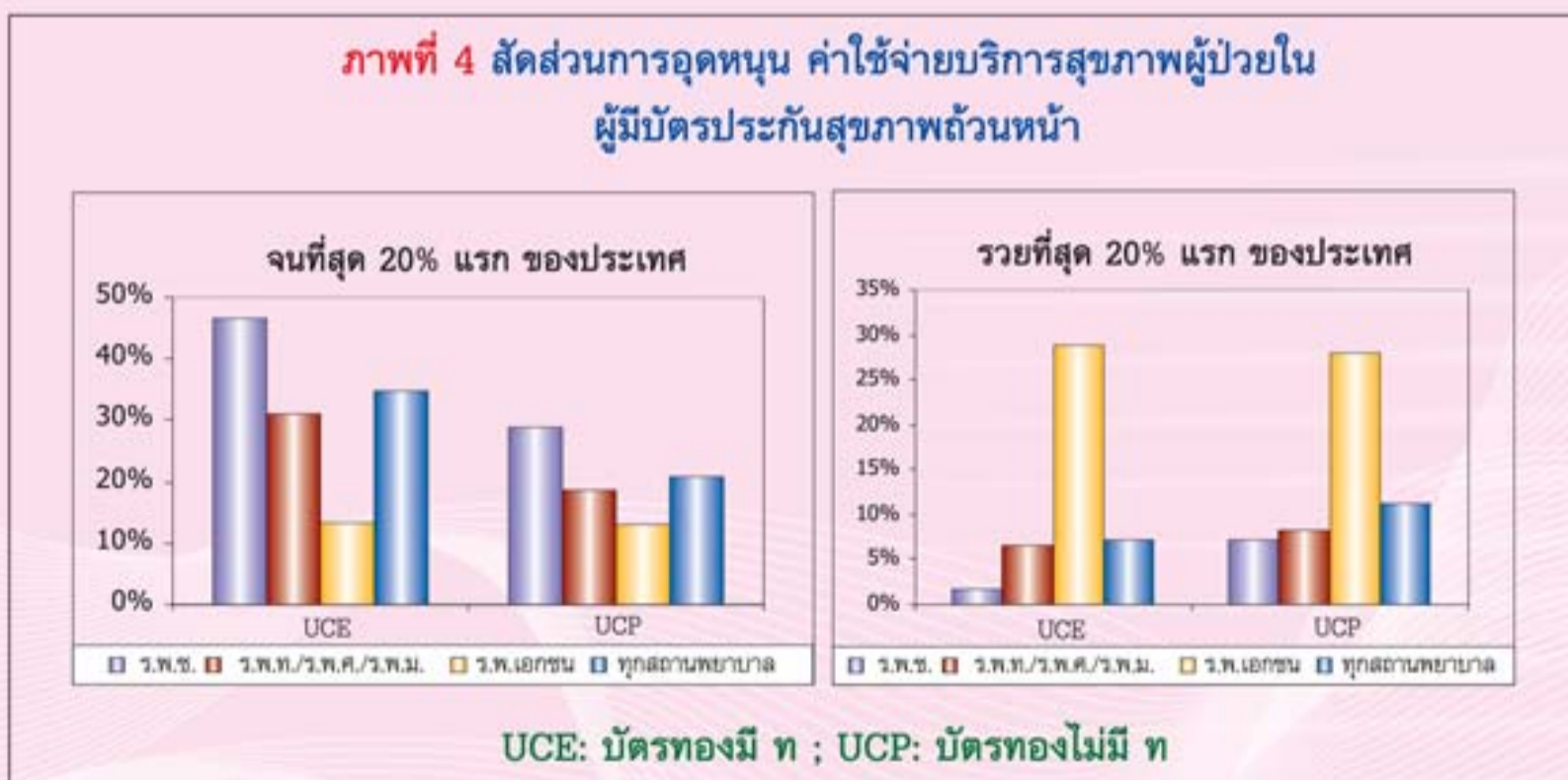
ในทางตรงข้าม การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนมีลักษณะกระจุกตัวอยู่ที่ประชาชนที่มีรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่ (CI สำหรับผู้ป่วยนอกเท่ากับ 0.184 และสำหรับผู้ป่วยในเท่ากับ 0.256) เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าค่า CI ของโรงพยาบาลเอกชนจะมีค่าบวก แต่ concentration curve ก็ยังอยู่ใกล้เส้นแห่งความเป็นธรรมมากกว่าเส้นกระจายรายได้ Lorenz curve อาจกล่าวได้ว่า การคลังและการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยช่วยลดความไม่เป็นธรรมกันทางเศรษฐกิจในเชิงสัมพัทธ์ได้ แม้กระทั่งในโรงพยาบาลเอกชน โดยที่ Kakwani index มีค่าเท่ากับ -0.352 สำหรับผู้ป่วยนอก และ -0.277 สำหรับผู้ป่วยใน (ภาพที่ 2)

5. การได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนบริการสุขภาพของรัฐ ในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนปริมาณการอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่สถานบริการระดับต่างๆ ในภาครัฐ กับสัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มรายได้ เฉพาะผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนกลุ่มรายได้ต่ำได้รับการอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนสูงที่สุด ทั้งผู้ถือบัตรที่มี ท. (UCE: UC Exempted) และผู้ถือบัตรไม่มี ท. (UCP: UC Pay) โดยที่กลุ่มรายได้สูงได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนที่ต่ำกว่า (ภาพที่ 3)



สำหรับการใช้บริการกรณีผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลชุมชน สมาชิกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มรายได้ต่ำก็ได้รับการอุดหนุนการใช้บริการในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มรายได้สูงเช่นกัน (ภาพที่ 4) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า หากรัฐต้องการลดช่องว่างระหว่างกลุ่มรายได้ต่ำ-รายได้สูง ด้วยการอุดหนุนค่าบริการรักษาพยาบาล ควรมุ่งเน้น ที่ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district health systems - DHS) ซึ่งประกอบด้วยสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน มากกว่าในระดับจังหวัด เนื่องจากประชากรกลุ่มรายได้ต่ำเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ DHS ได้ดีกว่า



6. บทสรุป

การพัฒนา และขยายระบบบริการไปสู่ชนบทตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 3 โดยมุ่งเน้นขยายบริการในชนบท โดยเฉพาะระดับตำบลและอำเภอ การมีระบบบริการสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุข ยาและเวชภัณฑ์ ในชนบทอย่างทั่วถึง และการมีระบบการคลังภาครัฐในการอุดหนุนคนจน (targeting the poor) ตั้งแต่ปี 2518 เป็นต้นมา จนกระทั่งประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545 ทำให้การศึกษาความเป็นธรรมในระบบการคลังของประเทศไทยใน 2547 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า การอุดหนุนบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยงบประมาณภาครัฐ ได้ให้ประโยชน์อย่างมากต่อกลุ่มรายได้ต่ำมากกว่ากลุ่มรายได้สูง การอุดหนุนภาครัฐ เป็นการลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมของการกระจายรายได้โดยตรง บริการสุขภาพที่ระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นจุดยุทธศาสตร์ของการกระจายความเป็นธรรมไปสู่ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำ เนื่องจากเข้าถึงสถานพยาบาลและใช้บริการได้สะดวกกว่า

กิตติกรรมประกาศ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

(International Health Policy Program-IHPP) ขอขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ที่ร่วมกันพัฒนาแบบสำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เป็นประโยชน์ต่อนโยบายสาธารณสุข สกว. สำหรับการสนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว. 2541-2547 สหภาพยุโรป สำหรับการวิจัยเรื่อง EQUITAP ใน 13 ประเทศ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

ผู้รับผิดชอบข้อมูล

กัญจนา ดิษยาริคม kanjana@ihpp.thaigov.net

สุพล ลิมนัดมานนท์ supon@ihpp.thaigov.net

ภูษิต ประคองสาย Phusit.prakongsai@lshtm.ac.uk

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร viroj@ihpp.thaigov.net

วัลย์พร พัชรนฤมล Walaipom.Patcharanarumol@lshtm.ac.uk

ข้อเสนอต่อการศึกษาวิจัย	ข้อเสนอต่อนโยบาย	ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล
<ol style="list-style-type: none">ควรศึกษาความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพระหว่างภาคทางภูมิศาสตร์ และระหว่างเมืองและชนบทควรติดตามแนวโน้มความเป็นธรรม และผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชน ภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<ol style="list-style-type: none">ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเข้มแข็งสามารถแสดงศักยภาพ ในการเป็นยุทธศาสตร์การกระจายความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพควรอุดหนุนงบประมาณแก่ระบบบริการสุขภาพที่ระดับอำเภออย่างเพียงพอ เพื่อให้มีบุคลากรสุขภาพที่เพียงพอ ในการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนในชนบทมีความเชื่อถือและใช้บริการอย่างทั่วถึง โดยที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดทำหน้าที่รับการส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยในอย่างเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none">ควรพัฒนาข้อมูลที่บ่งชี้ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ อย่างต่อเนื่อง

ชั้น 4 อาคารเอไอเอนท์ เลขที่ 70/7

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร 02-5800931-2 Fax 02-5800933 www.hiso.or.th

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)