



# ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย บรรณาธิการ

เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทางวิชาการ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ดำเนินการโดย ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ ทลิ่งสี่ กรุงเทพมหานคร  
27-28 มิถุนายน 2548

WA  
540.JT3  
ค248ค  
[-]



# ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

## บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย บรรณาธิการ

เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทางวิชาการ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ดำเนินการโดย ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

27-28 มิถุนายน 2548

## สารจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ระบุไว้ว่า "บุคคลย่อมมี สิทธิเสมอกัน ในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้ มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ"

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไป อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ ฯลฯ "

บทบัญญัติดังกล่าว มีนัยในการเปลี่ยนแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพจาก "การสงเคราะห์" ไปเป็น "สิทธิ" อันเสมอภาคกันของปวงชนชาวไทย ปี 2544 มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญ คือการที่รัฐบาลของนายท. พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร ประกาศนโยบาย "30 บาทรักษาทุกโรค" และผลักดันให้เกิด "พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545" ได้มีผลบังคับใช้ จึงนับเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพครั้งใหญ่ของประเทศไทยที่ทั่วโลกจับตามอง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เห็นความสำคัญของเรื่องดังกล่าวจึงสนับสนุนให้ "ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ" ดำเนินการบริหารชุดโครงการวิจัย "ความเป็นธรรมทางสุขภาพ : องค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายติดตาม" เพื่อสร้างให้เกิดความเข้าใจแนวคิดนี้ให้มากขึ้นในกลุ่มผู้ให้บริการ นักวิชาการ สื่อมวลชน และประชาชน ตั้งแต่ปี 2542 จนถึงปัจจุบัน

ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย หัวหน้าศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้ศึกษาวิจัย และสร้างเครือข่ายนักวิจัย เรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่องมีความอดุสาหะพากเพียรเป็นอย่างยิ่ง เอกสารวิชาการ เรื่อง "ความเป็นธรรมทางสุขภาพ : บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย" เป็นหนึ่งในหลายๆ เล่มที่เป็นผลงานประจักษ์ และจะใช้ประกอบการสัมมนาทางวิชาการ ครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี

ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



## จุดมุ่งหมายของเอกสารประกอบการประชุม

เมื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจัดประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขครั้งที่ 3 ปี 2543 ได้จัดทำหนังสือชุด "สุขภาพคนไทยปี พ.ศ.2543" ประกอบด้วยหนังสือ 6 เล่ม หนึ่งในนั้นคือ ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานองค์ความรู้ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มอบหมายให้ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นผู้จัดการชุดโครงการวิจัย "ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: องค์ความรู้ และการสร้างเครือข่ายติดตาม" ในข้อตกลงระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2542-มิถุนายน 2543) หลังจากนั้น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มอบหมายให้ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพเป็นผู้ดำเนินงานต่อ ระยะที่ 2 (ตุลาคม 2543-กันยายน 2544) และระยะที่ 3 (กรกฎาคม 2545-มิถุนายน 2548) จึงสมควรรวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว

เพื่อให้องค์ความรู้เหล่านั้น มีจุดมุ่งหมายที่น่าสนใจมากขึ้น และตรงกับระยะของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งใหญ่ของประเทศไทย ที่มีรากฐานการเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประชุมสัมมนาวิชาการและเอกสารประกอบการประชุมครั้งนี้ จึงมีขอบเขตที่ "ความเป็นธรรมทางสุขภาพ" กับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า"

เนื้อหาขององค์ความรู้ด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพในเอกสารเล่มนี้ รวบรวมจากหลายแหล่ง ทั้งที่เป็นการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และการวิจัยอื่นๆ และส่วนที่ได้รับคำแนะนำจาก คณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการ ของชุดโครงการ ที่ ศ.พิเศษ น.พ.สุจินต์ อึ้งถาวร เป็นประธานกรรมการชุดแรก และ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธานกรรมการชุดที่ 2-3 และคำแนะนำจากคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้

โครงสร้างของเอกสาร ประกอบด้วยการทบทวนขอบเขตองค์ความรู้ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในระดับสากลอย่างย่อ และตรงเข้าสู่ประเด็นสถานการณ์ปัจจุบันของความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย องค์ความรู้ที่สรุปได้จากปรากฏการณ์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย และข้อเสนอแนะในการพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพ และเนื้อหาส่วนที่มากที่สุด คือบทคัดย่อที่รวบรวมจากงานวิจัยหลายๆ ชิ้น ที่เป็นพื้นฐานของการสรุปองค์ความรู้ ณ วันนี้

หวังว่า เอกสารนี้จะให้ประโยชน์ในด้านวิชาการ และการเคลื่อนไหว ให้ระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเป็นธรรมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของสังคมน่าอยู่ต่อไป

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

บรรณาธิการ

## สารบัญ

1. ขอบเขตองค์ความรู้ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในระดับสากล	7
2. สถานการณ์ปัจจุบันของความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย	10
3. องค์ความรู้จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย	14
4. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพ	20
เอกสารอ้างอิง	24
รวมบทคัดย่อ	26
กำหนดการประชุม	68
รายชื่อผู้เข้าประชุม	70
รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการชุดโครงการ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ	72

## รายชื่อบทคัดย่อ

1. แนวคิดของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย  
สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์ วิไลศักดิ์ บัวแย้ม สุวรรณภา ถาวรรุ่งโรจน์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 26
2. ผลกระทบของ 30 บาทต่อรายจ่ายครัวเรือนและการแก้ปัญหาความยากจนในประเทศไทย  
วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง ศศิวิมล วงษ์มณฑา 27
3. ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย  
สุกัลยา คงสวัสดิ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 28
4. การหมุนเวียนของบุคลากรในระบบบริการโดยเน้นในส่วนของภาครัฐ  
วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง 29
5. การเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อประชาชนหรือต่อแพทย์ไทยอย่างไร  
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ครรชิต สุขานาค 30
6. ระบบร้องเรียนของหลักประกันสุขภาพภาครัฐ  
วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง นิภา ศรีอนันต์ 31
7. ทางเลือกเพื่อการออกแบบระบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย  
ปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 32
8. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและความคาดหวัง: มุมมองประชาชนจาก 30 บาท รักษาทุกคน  
อัญชญา ณ ระนอง 33
9. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ปี 2545-2546  
วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง ครชัย เตริยมวลกุล ศศิวิมล วงษ์มณฑา 34
10. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงครัวเรือนไทยมากขึ้นเพียงใด: การประเมินครัวเรือนเดิมซ้ำรอบสอง  
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ สุกัลยา คงสวัสดิ์ 36
11. ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในเขต  
กรุงเทพมหานคร สุกัลยา คงสวัสดิ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 37
12. ความไม่เป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพเขตกรุงเทพมหานคร  
ศรินญา เบญจกุล ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 38
13. การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของประชาชนในพื้นที่อำเภอเมืองนครสวรรค์  
เดือนใจ เสือดี วราภรณ์ ยิ้มเจริญ วรรณศิริ ท่าโพธิ์ ละออง บัวดวง ลำเจียก ใจเที่ยงธรรม ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 39
14. ความไม่เป็นธรรมด้านคุณภาพบริการภายใต้โครงการ 30 บาท: มุมมองจากผู้บริโภค  
ศิริวรรณ ไกรสุพงษ์ 40
15. Universal access to Renal Replacement Therapy in Thailand: A policy analysis Viroj Tangcharoensathien, Vijj Kasemsup, Yot Teerawatananon, Thanom Supaporn, Chitpranee Vasavid, Phusit Prakongsai 41
16. Measuring the effects of reimbursement policy on utilization of high-cost health services in Thailand Yot Teerawatananon Supasit Pannarunothai 42
17. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการรังสีรักษาในประเทศไทยภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ภูษิต ประคองสาย สมศักดิ์ ชุณหวิกรม วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 43
18. ผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ต่อ ระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช: ภาพรวมระดับประเทศและกรณีศึกษาสถาน  
พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในภาคเหนือของประเทศไทย นุปรพรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ 44
19. การแพร่กระจายของยาใหม่กับการเติบโตของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:  
กรณีศึกษาความไม่เสมอภาคของการใช้ยาต้านการอักเสบประเภท COX-2 Inhibitors  
สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 45
20. ความไม่เท่าเทียมในการได้รับยาควบคุมโรคหอบหืดของผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน  
ในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 46



21. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: กรณีศึกษาการซื้อยากินเอง ในจังหวัดเชียงใหม่ นภาพรณ บัณกลาง ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	47
22. การประกันสุขภาพของปากในประเทศไทย: การเงินการคลังเพื่อความเป็นธรรม เพ็ญแข ลากยั้ง	48
23. การใช้บริการกับการให้บริการผู้ป่วยในของการบาดเจ็บในประเทศไทย พนิช โชคอนุวัฒน์	49
24. การใช้บริการกับการให้บริการในผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย เพิ่มพล ทองใหญ่	50
25. การใช้บริการกับการให้บริการของผู้ป่วยใน กลุ่มโรคมะเร็งในประเทศไทย กิจปพน ศรีธานี	51
26. การลดหนูนและเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานบริการในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาระนำร่อง ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย จินดา อมราสิงห์ กนกพร สุรณัฐกุล ศิริรัตน์ เกตุวัชร เมธาพร ปิยาภิชาติ ดนัย พายุพุทธ	52
27. ต้นทุนบริการผู้ป่วยแยกตามประเภทสิทธิ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพุทธชินราช กนกพร สุรณัฐกุล ศิริรัตน์ สนชัย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	53
28. ต้นทุนต่อคนต่อปีและอัตราต้นทุนหลักประกันสุขภาพตามประเภทสิทธิ: กรณีศึกษาระดับจังหวัด อรัญญ์ เขียวเจริญ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	54
29. ต้นทุนต่อคนต่อปีผู้ป่วยเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ: กรณีศึกษาระดับจังหวัด ศศิธร ธนะภพ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	55
30. การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสถานีอนามัยจังหวัดพิษณุโลก ภายใต้หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า กมลรัฐ คำเหลือง ทองพูล แต่สมบัติ นภาพร อ่อนดี พรพิมล คำเหลือง ศิริพรรณ วีระกาญจน์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	56
31. ต้นทุนต่อหัวประชากรของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ 2547 ซัชชัย ฟูมทอง ภณวัฒน์ คำสีสังข์ วิทยา จันทร์สมบัติ วิภา คำแห่งพล วิลาวรรณ ลิขิตวสินพงศ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	57
32. นโยบายกับผลการป้องกันโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์: กรณีศึกษา จังหวัดพิษณุโลกปี 2543-2547 สิรินาฏ นิภาพร ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย พิระพล วง	58
33. การวิเคราะห์หลายระดับ (multilevel analysis) เพื่อการประเมินความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ พินิจ พ้าอำนวยผล	59
34. การประเมินความเป็นธรรมในการใช้บริการและการกระจายจ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทย สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์	60
35. ความถูกต้องของการค้นหาคนจนด้วยข้อมูลลักษณะครัวเรือน สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ สุกัลยา คงสวัสดิ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	61
36. ดัชนีสินทรัพย์...เครื่องมือกำหนดเศรษฐฐานะของครัวเรือนไทย กัญญา ดิษยาธิคม ภูษิต ประคองสาย รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์ จิตปรานี วาควิฑู วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	62
37. Benchmarks of Fairness for Health: Development of quantitative and qualitative tools for civil society Piniy Faramnuayphol and Supasit Pannarunothai	63
38. Healthcare Database for Health Equity Research: the Data Standards Approach Boonchai Kijsanayotin, Supasit Pannarunothai	64
39. ฐานข้อมูลเพื่อส่งเสริมการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระยะที่ 1 ณธร์ ชัยญาคุณาพฤกษ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	65
40. กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก : ความเป็นไปได้จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพในประเทศไทย นิลวรรณ อยู่ภักดี ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	66
41. ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อวิเคราะห์การใช้จ่ายของโรงพยาบาล: เครื่องมือประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	67

หมายเหตุ หมายเลขบทความใช้เป็นหมายเลขอ้างอิงในบทที่ 1-4

## บทที่ 1 ขอบเขตองค์ความรู้ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในระดับสากล

ขอบเขตความหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพในปัจจุบัน คือ สภาพของสถานะสุขภาพที่เท่าเทียมกัน โดยไม่มีอิทธิพลอย่างเป็นระบบจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ฯลฯ หรือ สภาพการด้อยโอกาส เช่น ความยากจน ความเท่าเทียมกันของสถานะสุขภาพเช่นนี้ เป็นหลักจริยศาสตร์ ของระบบบริการสุขภาพและสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนที่ยอมรับกันในระดับสากล (Braveman and Gruskin 2003) กล่าวอย่างง่าย ๆ ในบริบทระบบบริการสุขภาพ คือ การได้รับบริการสุขภาพเพื่อหวังผลสุขภาพดี ควรเป็นไปตามความจำเป็นทางสุขภาพ ไม่ใช่เพราะฐานะทางสังคม ผู้มีความจำเป็นมากกว่าควรได้รับบริการสุขภาพที่มากกว่า

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายหลังจากประกาศ สุขภาพดีถ้วนหน้าที่เมือง อัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ปี 2521 องค์การอนามัยโลกยืนยันเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยตั้ง คณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Commission on Social Determinants of Health) ให้รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานภายในปี 2551 หรือ 30 ปีหลังคำประกาศ หรือ 60 ปีครบรอบการก่อตั้งองค์การอนามัยโลก คณะกรรมการฯ หวังลดความแตกต่างที่ยอมรับไม่ได้ เช่น อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดแตกต่างกันระหว่างประเทศถึง 48 ปี หรือแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากรในประเทศเดียวกันถึง 20 ปี คณะกรรมการฯ มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนองค์ความรู้สาธารณสุขศาสตร์ให้เป็นความจริงผ่านกลไกทางการเมือง (Marmot 2005)

คณะทำงานจัดลำดับความสำคัญของการวิจัยความเป็นธรรมทางสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team 2005) สรุปทิศทางการวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ความเป็นธรรมทางสุขภาพและการแก้ไข ในระดับสากลไว้อย่างกระชับ ดังต่อไปนี้

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ เป็นเป้าหมายนโยบายสุขภาพที่ประเทศต่างๆ รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศ ประกาศ พร้อมๆ กับ คำประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี 2521 (WHO 1981) ทวีปที่ให้ ความสำคัญต่อ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ มากจนทำให้ความหมายที่เป็นเชิงนโยบายที่ชัดเจนขึ้น คือ ยุโรป (WHO 1994) และให้ความสำคัญต่อเนื่องจนถึงศตวรรษที่ 21 (WHO 1998) องค์การอนามัยโลก สำนักใหญ่ เจนีวา ก่อตั้งกลุ่ม ความเป็นธรรมทางสุขภาพและระบบสุขภาพ ระหว่างปี 2538-2541 (Braveman et al 1996) กระแสเหล่านี้ทำให้มีมติ ความเป็นธรรม ปรากฏในเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal) ในคำประกาศสหัสวรรษของสหประชาชาติ (UN 2000) ผลลัพธ์ด้านตัวเลขคือ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอัตราการอยู่รอดของเด็กเพิ่มขึ้นมากในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 แต่เมื่อลงลึกถึงความไม่เป็นธรรมของสถานะสุขภาพ และระบบสุขภาพระหว่างกลุ่มได้โอกาสและกลุ่มด้อยโอกาสในแต่ละประเทศยังคงมีอยู่และบางประเทศกลับขยายกว้างขึ้น (EQUINET 2000, Evan et al 2001)

คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยความเป็นธรรมทางสุขภาพ องค์การอนามัยโลกฯ สรุปว่า ถ้าจะพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพ ควรดมช่องว่าง 5 ประการของงานวิจัยที่พบในปัจจุบัน ได้แก่

### กระแสโลกาภิวัตน์ที่มีผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่แพร่กระจายไปทั่วโลกด้วยกลไกทางการค้าและการลงทุนน่าจะช่วยให้ การเฝ้าระวังโรค การรักษาและการป้องกันโรคในประเทศต่างๆ ดีขึ้น รวมทั้งการเติบโตทางเศรษฐกิจน่าจะเป็นปัจจัย สำคัญทำให้ประเทศต่างๆ สามารถจัดสินค้าสาธารณะ เช่น บริการสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะบริการที่สร้างเสริมสุขภาพ และช่วยลดความยากจน ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้น (Dollar and Kraay 2000) ตรงกันข้าม หลักฐานที่พบในปัจจุบันแสดงว่า นโยบายโลกาภิวัตน์ ที่เน้นการค้าและการเปิดเสรีการลงทุน การ



ให้เอกชนทำหน้าที่แทนรัฐ และการตกลงทางการค้าของโลก ไม่ได้ช่วยลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพแต่อย่างใด (Wade 2002, Deaton 2004) และยังทำให้เกิดการแพร่ระบาดของรวดเร็วของโรคติดเชื้อ และวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อสุขภาพ (Comia 2001) ทำให้ระบบการจัดบริการของภาครัฐอ่อนแอลง ทั้งลดทอนอำนาจลง และทำให้ความสามารถในการทำงานของรัฐลดลง ซึ่งเป็นผลเสียต่อ สาธารณสุขวงกว้าง (Muroyi et al 2003)

การวิจัยเพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนจึงต้องเผชิญหน้ากับกระแสโลกาภิวัตน์ โดยไม่อาจจำกัดขอบเขตเพียงในประเทศหรือเขตย่อยในประเทศเท่านั้น ปัจจัยเศรษฐกิจและการเมืองรวมทั้งนโยบายแนวโน้มระหว่างประเทศที่มีผลเสียต่อสุขภาพสามารถข้ามพรมแดนประเทศได้อย่างแนบเนียนจนนโยบายของประเทศเจ้าบ้านไม่สามารถจัดการอะไรได้ การแก้ไขจึงไม่ควรแยกกันทำโดยไม่ประสานกัน (Labonte et al 2004, Padrath et al 2003, Chen and Berlinguer 2001)

### โครงสร้างสังคมการเมืองที่ขัดขวางการมีสุขภาพดีของประชาชน

สิ่งแวดล้อมหรือบริบททางสังคมเป็นตัวสร้างความไม่เท่าเทียมกันของอำนาจ ความมั่งมี และความเสี่ยงต่อสุขภาพ การจัดโครงสร้างของสังคมเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนและความไม่เป็นธรรม สิ่งสำคัญของโครงสร้างเหล่านี้ได้แก่ นโยบายแรงงาน การกระจายรายได้ สถานภาพทางเพศ การใช้ที่ดิน การเข้าถึงบริการทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย การรักษาสีงแวดล้อม น้ำ สุขาภิบาล การขนส่ง และความมั่นคง ฯลฯ การเปลี่ยนแปลงนโยบายเหล่านี้ (เช่น นโยบายขึ้นค่าเล่าเรียน) มีผลต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ แตกต่างกันไป

ความริบส่วนของ การวิจัยส่วนนี้ คือการพัฒนาดัชนี หรือวิธีวิจัยในการประเมินผลกระทบด้านความเป็นธรรมอย่างเป็นระบบ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพไม่ควรมองเพียงผลกระทบโดยรวมๆ แต่ต้องมองถึงผลกระทบต่อประชาชนแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน และไม่ควรมองเฉพาะผลกระทบจากนโยบายของระบบบริการสุขภาพ แต่ต้องครอบคลุมถึงผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายจากภาคส่วนอื่นๆ ด้วย (Lehto and Ritsatakis 1999, Whitehead et al 2000) การพัฒนาดัชนีและวิธีวิจัยนี้ ไม่ใช่เป็นเพียงการค้นหาทางวิชาการเท่านั้น แต่ควรเน้นความเข้าใจในคุณค่าของสังคม และทางเลือกทางการเมืองเพื่อเพิ่มกระบวนการตัดสินใจนโยบายที่มีความเป็นธรรม อันจะนำไปสู่การดำเนินนโยบายที่ดีจากการตัดสินใจที่ดี (WHO Task Force 2005)

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลและบริบทสังคม

มีผลวิจัยมากมายที่พิสูจน์ว่า การกระจายสถานะสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมเป็นจากปัจจัยความเสี่ยงส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมการกิน ระดับแรงดันเลือด ฯลฯ แต่ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มักสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ สถานะทางสังคมของแต่ละบุคคล ได้แก่ รายได้ ความมั่งมี ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ถิ่นที่อยู่ ชาติพันธุ์ การศึกษาและการงาน การหาความสัมพันธ์เชิงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้พบมากในการวิจัยเอ็ดส์ซึ่งได้รับคำวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็น "นักพฤติกรรมนิยมของนักสาธารณสุข" (public health behaviourism, Basu 2003) ที่ไม่นำไปสู่การค้นหาความสัมพันธ์แบบหลายสาเหตุ ทำให้มองไม่เห็นสาเหตุที่แท้จริงของความไม่เป็นธรรม รวมทั้งมองข้ามอิทธิพลสะสมที่มีตลอดช่วงชีวิตของแต่ละคน (Dean 1993) การวิจัยต่างๆ จึงยังไม่สามารถอธิบายเส้นทางของบริบทสังคมหรือ สถานะทางสังคม ต่อปัญหาสุขภาพของกลุ่มคนได้อย่างดีนักโดยเฉพาะในบริบทของแต่ละประเทศ (Evans et al 2001)

การวิจัยสำหรับความเข้าใจส่วนนี้ คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ อย่างไรในการทำให้เกิดความไม่เป็นที่พอใจทางสุขภาพในประเทศรายได้ระดับกลางและประเทศยากจน ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ปัญหาสุขภาพได้อย่างไรในระดับครัวเรือน และจะแก้ปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างไร

#### **ปัจจัยระบบบริการสุขภาพที่มีผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ**

แม้ว่าจะยอมรับกันว่าการแก้ปัญหาความไม่เป็นที่พอใจทางสุขภาพต้องแก้ไขในด้านกว้างด้วยนโยบายเศรษฐกิจและสังคม แต่ระบบบริการสุขภาพก็ยังเป็นจุดแก้ไขระยะสั้นที่ได้ผล โดยเฉพาะ การป้องกันความยากจนจากคำรักษาพยาบาล การปกป้องสถานภาพทางสังคมที่จะตกต่ำลงเพราะเป็นโรคเรื้อรัง (Mackenbach et al 2002) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ จึงเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการแก้ปัญหาความไม่เป็นที่พอใจทางสุขภาพ แต่พบว่า การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมักมีแรงจูงใจจากการเพิ่มประสิทธิภาพมากกว่าการแก้ปัญหาความเป็นธรรม (Gilson 1998) หลักฐานการวิจัยในหลายประเทศพบว่า การลดรายจ่ายสุขภาพภาครัฐทำให้มีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการและทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพลดลง (Kutzin 1995) การเพิ่มรายจ่ายจากกระเป๋าของครัวเรือนเชื่อว่าจะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีทรัพยากรมากพอที่จะพัฒนาคุณภาพ แต่ก็ไม่เห็นเป็นรูปธรรมนัก มีแต่จะทำให้ครัวเรือนตกอยู่ใน "กับดักความยากจนจากคำรักษาพยาบาล" (Russel and Gilson 1997, Pannarunothai and Mills 1997, Sen et al 2002, Whitehead et al 2001)

การวิจัยระบบบริการสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมจึงควรเน้นไปที่องค์ประกอบของมนุษย์ ในการพัฒนาระบบสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพ ความมุ่งมั่นของผู้ให้บริการต่อระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม ต่อสุขภาพที่เป็นธรรม และการพัฒนาที่เป็นธรรม

#### **การพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิผลที่ลดความไม่เป็นที่พอใจทางสุขภาพ**

การวิจัยความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ผ่านมามักอธิบายสภาพความไม่เป็นที่พอใจทางสุขภาพมากกว่าการอธิบายหรือนำเสนอมาตรการในการแก้ไข ดังนั้น จึงต้องเพิ่มการวิจัยที่ประเมินผลด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายและมาตรการที่มีผลกับประชาชนกลุ่มต่างๆ การวิจัยควรวางกรอบให้เห็นผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพจากทางเลือกต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเชิงนโยบาย การวิจัยแบบนี้สามารถทำได้หลายระดับ ตั้งแต่ ระดับระหว่างประเทศ เช่น วิเคราะห์ก่อนเกิดเหตุการณ์ว่า ผลกระทบจะเป็นอย่างไร ระหว่างเมื่อภาวะเศรษฐกิจดี กับภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ สำหรับการวิเคราะห์ระดับประเทศ เช่น ในประเทศอากาศหนาว ผลกระทบของนโยบายพลังงานต่อสุขภาพ จะมีผลเสียมากต่อคนจนที่มีอาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่เก่า ชื้น และเย็น ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านพลังงานมากกว่าเพื่อทำให้บ้านอุ่นพออยู่ได้ (Howden-Chapman 2004)

คณะทำงานเฉพาะกิจฯ สรุปว่า ความเข้าใจต่อกระบวนการพัฒนานโยบายว่าสำเร็จได้อย่างไร จึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่าผลลัพธ์ของนโยบาย การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายเป็นการทดลองทางธรรมชาติที่ให้โอกาสในการศึกษาเพื่อเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ กระบวนการทางนโยบายของแต่ละประเทศต่างก็มีบริบทเฉพาะของตนเอง ไม่มีพิมพ์เขียวหรือสูตรสำเร็จ การรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ของแต่ละประเทศจะทำให้ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายเรียนรู้ประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ได้มากขึ้นและจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างนโยบายที่มีประสิทธิผล (WHO Task Force 2005)



## บทที่ 2 สถานการณ์ปัจจุบันของความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย

ขอบเขตของตอนที่ 2 นี้ คือการนำเสนอ สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย โดยอิงกรอบหัวข้อใหญ่ ได้แก่ ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ คนจน-คนรวยมีสถานะสุขภาพต่างกันเพียงใด ความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพ การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยต่างกันเพียงใด หรือต้นทุนการรับบริการต่างกันเพียงใด การนำเสนอเน้นที่ข้อมูลเชิงปริมาณ มากกว่าข้อมูลเชิงคุณภาพ

### ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ

การวัดสถานะสุขภาพ ของประชาชนแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ สถานะสุขภาพเชิงบวกและสถานะสุขภาพเชิงลบ

#### ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพเชิงบวก

ฐานข้อมูลสถิติสุขภาพเชิงบวกที่ใช้กันบ่อยคือ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด แต่อาจมีข้อโต้แย้งว่า การมีอายุยืนอาจไม่สะท้อนชีวิตที่มีความสุข หรืออีกนัยหนึ่ง อายุในปีหลายๆ ของชีวิตอาจมีภาวะทุพพลภาพอยู่ทำให้เป็นช่วงที่ไม่มีความสุข ดังนั้นอายุขัยที่ปราศจากทุพพลภาพ (disability adjusted life expectancy, DALE) จึงเป็นตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นภายหลัง เช่นข้อมูลปี 2540-2542 องค์การอนามัยโลก (WHO 2000) รายงานไว้ว่า อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนไทย เพศชายเท่ากับ 66.0 ปี (ระหว่าง 64.9-67.0 ปี) และเพศหญิง 70.4 ปี (ระหว่าง 69.8-71.1 ปี) อายุขัยที่ปราศจากทุพพลภาพเมื่อแรกเกิดของคนไทย เพศชายเท่ากับ 58.4 ปี (ระหว่าง 57.1-59.6) เพศหญิงเท่ากับ 62.1 ปี (ระหว่าง 60.9-63.3 ปี) การเสนอค่าระหว่างต่ำสุดและสูงสุด แสดงให้เห็นการกระจายระหว่างบุคคลต่างๆ ซึ่งการกระจายยิ่งแคบแสดงว่า ความไม่เท่าเทียมกันมีขนาดไม่มากนัก (โดยการจัดลำดับทั่วโลก พบว่าการกระจายของสถานะสุขภาพได้ลำดับที่ต่ำกว่าอายุขัยเฉลี่ยที่ปราศจากทุพพลภาพที่นับเป็นปี) ปี 2546 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนไทยเท่ากับ 70 ปี เพศชาย 67 ปี และเพศหญิง 73 ปี (WHO 2005) แต่ไม่มีการนำเสนอจำนวนปีที่ปราศจากทุพพลภาพและการกระจายระหว่างบุคคล

นอกจากอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพเชิงบวกอีกตัวหนึ่งคือ คะแนนสถานะสุขภาพ ซึ่งยังไม่เป็นระบบข้อมูลปกติในการสำรวจครัวเรือน การวิจัยโดยการสำรวจครัวเรือนประมาณ 4,000 ครัวเรือน ใน 4 ภาคๆ ละ 1 จังหวัด ในปี 2544 และ 2546 ประเมินสถานะสุขภาพด้วยการให้คะแนนสถานะสุขภาพด้วยตนเองจากคะแนน 1 สุขภาพแย่ที่สุด จนถึงคะแนน 5 สุขภาพดีที่สุด พบว่ารายได้ครัวเรือนมีส่วนกำหนดคะแนนสถานะสุขภาพ กลุ่มประชาชนในครอบครัวรายได้สูงจะมีคะแนนสถานะสุขภาพสูงขึ้น นอกเหนือจากตัวแปรอื่นๆ เช่น ถ้าป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีโรคเรื้อรัง หรือนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา จะมีคะแนนสถานะสุขภาพลดลง ถ้ามีอายุมากขึ้น คะแนนสถานะสุขภาพลดลงด้วย แต่ถ้ามีงานทำ ก็จะมีคะแนนสถานะสุขภาพเพิ่มขึ้น

#### ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพเชิงลบ

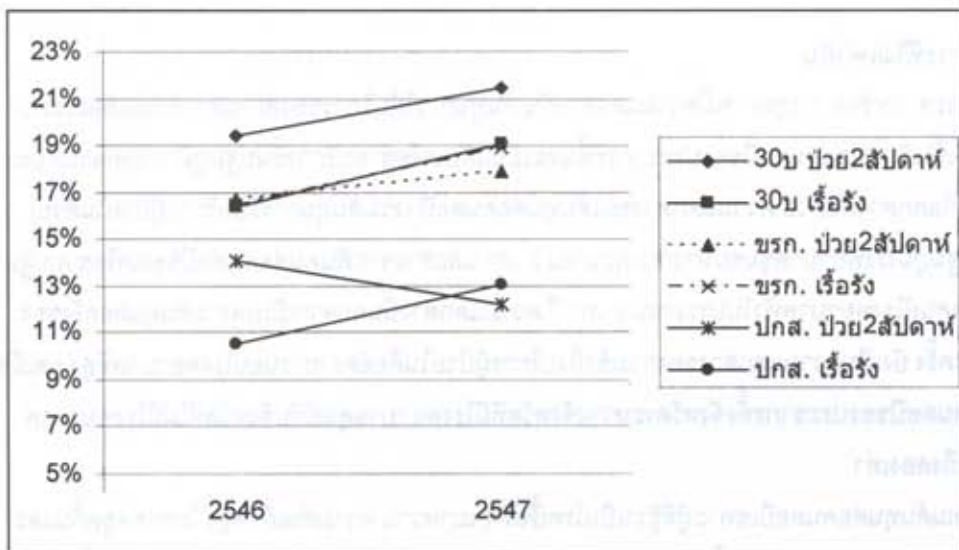
สถิติการตายของประชาชนไทย ปี 2543 เมื่อเทียบกับฐานประชากรจากการสำรวจสำมะโนประชากรปี 2543 พบความไม่เท่าเทียมกันของการตายที่วัดด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน (standardised mortality rate, SMR) ซึ่งลดความแตกต่างของโครงสร้างอายุประชากรของแต่ละพื้นที่ โดยภาคเหนือมีอัตราส่วนการตายมาตรฐานสูงมากกว่าจังหวัดในภาคอื่นๆ โดยภาคใต้มีอัตราส่วนการตายมาตรฐานต่ำกว่าภาคอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบตามสาเหตุ



การตายที่พบบ่อย พบว่า ความแตกต่างของการตายด้วยโรคมะเร็งตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคใต้ 8 เท่า การตายจากการบาดเจ็บทางจราจรจังหวัดในภาคกลางสูงกว่ากรุงเทพมหานคร 3 เท่า ถ้าเทียบอัตราส่วนการตายมาตรฐานเป็นรายจังหวัด พบว่าความต่างของอัตราส่วนการตายมาตรฐานด้วยโรคมะเร็งตับมีความต่างกันระหว่างจังหวัดสูงสุดและจังหวัดต่ำสุดถึง 181 เท่า และความต่างของอัตราส่วนการตายมาตรฐานด้วยโรคเอดส์ต่างกันถึง 66 เท่า ส่วนความต่างของอัตราส่วนการตายมาตรฐานจากการบาดเจ็บทางจราจรต่างกัน 6 เท่า (Faramnuayphol 2005)

เมื่อวิเคราะห์ความต่างระดับอำเภอโดยสร้างตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยวิเคราะห์ดัชนีการกระจาย (concentration index) ของการตายตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของอำเภอ พบว่า สาเหตุการตายที่พบมากในกลุ่มอำเภอยากจนคือ มะเร็งตับ จมน้ำตาย ไตวาย มะเร็งเม็ดเลือดขาว ตามลำดับ ส่วนโรคที่เป็นสาเหตุการตายในอำเภอร่ำรวยมากกว่าคือ โรคหัวใจ หัวใจขาดเลือด โรคเอดส์ มะเร็งปอด ดุลงมโปลิโอพอง เบาหวานและวัณโรค ตามลำดับ การวิเคราะห์หลายระดับ (multilevel analysis) เปรียบเทียบสถานะเศรษฐกิจและสังคมระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พบข้อสรุปคล้ายกันสำหรับโรคมะเร็งตับ และไตวาย สำหรับโรคที่พบมากในเขตยากจน และโรคหัวใจ สำหรับโรคที่พบมากในเขตร่ำรวย ส่วนโรคเอดส์ ให้ภาพที่ต่างออกไป คือ ในระดับอำเภอ คริวเรือนที่ร่ำรวยตายด้วยโรคนี้กันมาก แต่ในระดับจังหวัด จังหวัดที่ยากจนตายด้วยโรคนี้มาก (Faramnuayphol 2005)

การวัดสุขภาพเชิงลบ เปรียบเทียบการป่วยใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาและการเป็นโรคเรื้อรัง ด้วยการสำรวจคริวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2546-2547 พบว่า อัตราการรายงานว่าป่วยที่ปรับตามโครงสร้างอายุและเพศ (age-sex adjusted rate) การป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ป่วยมากที่สุดทั้ง 2 ปี การรายงานว่าเจ็บป่วยเรื้อรังเท่ากันทั้งผู้มีสิทธิ 30 บาทและสวัสดิการข้าราชการ ส่วนประกันสังคมรายงานว่าเป็นโรคทั้ง 2 กลุ่มต่ำที่สุด ซึ่งอธิบายได้ด้วยอิทธิพลของผู้มีงานทำยอมมีสุขภาพดี (healthy worker effect ดูรูปที่ 1)



รูปที่ 1 อัตราการรายงานว่าป่วยปรับโครงสร้างอายุและเพศ (%) จากการสำรวจอนามัยสวัสดิการคริวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2546-2547

ที่มา: Mills et al (2005)

## ความเป็นธรรมของการใช้บริการ

ความเป็นธรรมของการรับบริการ เปรียบเทียบ ระหว่างสิทธิรักษาพยาบาลต่างชนิดกัน อัตราการนอนโรงพยาบาลที่ปรับอายุและเพศ พบว่า สวัสดิการข้าราชการ มีอัตราการนอนโรงพยาบาลที่ปรับแล้วสูงที่สุดคือ ร้อยละ 8.4 ในปี 2547 โดยอัตรานอนโรงพยาบาลที่ปรับแล้วของ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นร้อยละ 7.3 และประกันสังคมต่ำที่สุด คือร้อยละ 5 ปัจจัยที่อธิบายการนอนโรงพยาบาลมากที่สุดคือการมีโรคเรื้อรัง ผู้มีโรคเรื้อรังมีโอกาสนอนโรงพยาบาลมากกว่าคนไม่มีโรคเรื้อรัง 3.8 เท่า ผู้มีรายได้ต่ำมีโอกาสนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้มีรายได้สูงกว่า (กลุ่มครัวเรือนรายได้ต่ำที่สุด เมื่อแบ่งเป็น 5 กลุ่มมีโอกาสนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มรวยที่สุด 1.3 เท่า ส่วนปัจจัยที่ทำให้นอนโรงพยาบาลน้อยคือ เพศชายนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าเพศหญิงร้อยละ 16 และผู้มีสิทธิ 30 บาทนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 27 (Mills et al 2005)

ทรัพยากรสุขภาพมีโอกาสช่วยให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น การวิเคราะห์ลอจิสติก โดยใช้ข้อมูลผู้รับบริการในโรงพยาบาล พบว่า การตายจากการบาดเจ็บจากรถ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่อยู่ในจังหวัดที่ตั้งของศูนย์เฉพาะโรคจะมีโอกาสรอดจากโรคเหล่านั้นมากกว่าประชาชนจังหวัดอื่น (พนิช โชคอนุวัฒน์ 2547 เพิ่มพล ทองไพบุลย์ 2547 กิจพจน ศรีธานี 2547) ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยอธิบายค่าอัตราส่วนการตายมาตรฐานของพื้นที่ย่อย ด้วยฐานข้อมูลการตายของมหาดไทย การสำมะโนประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติและการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข พบว่า ทรัพยากรสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการลดการตายของการบาดเจ็บทางจราจรลงได้มาก เช่น รถพยาบาล 1 คันลดการตายจากการบาดเจ็บจากรถลงได้ร้อยละ 12 เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (1 เครื่องต่อประชากร 5 แสนคน) ช่วยลดการตายร้อยละ 8.8 ประสาทศัลยแพทย์ (1 ต่อประชากร 5 แสนคน) ลดการตายจากการบาดเจ็บจากรถร้อยละ 6.9 นอกจากนี้ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (1 เครื่องต่อประชากร 5 แสนคน) ช่วยลดการตายจากโรคมะเร็งตับร้อยละ 11.3 แต่ทรัพยากรสุขภาพเหล่านี้กลับเพิ่มอัตราตายจากโรคหัวใจ (Faramnuyaphol 2005)

## ต้นทุนการรับบริการที่ไม่เท่ากัน

เมื่อการกระจายทรัพยากรสุขภาพมีความแตกต่างกัน ต้นทุนการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละระดับแตกต่างกัน<sup>26,27</sup> ดังนั้นต้นทุนต่อคนต่อปีของประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายบริการขั้นปฐมภูมิ (contractor unit for primary care) ก็แตกต่างกันด้วย ความแตกต่างของต้นทุนต่อคนต่อปี (รวมต้นทุนการรับบริการผู้ป่วยในด้วย) ระหว่างเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลชุมชนห่างกันประมาณ 2 เท่า และต่างจากต้นทุนต่อคนต่อปีของเครือข่ายปฐมภูมิของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปประมาณ 7 เท่า<sup>28</sup> ความแตกต่างนั้นนอกจากเป็นเพราะต้นทุนต่อครั้งของการรับบริการแต่ละครั้ง ยังเป็นความแตกต่างของการเข้าถึงบริการผู้ป่วยในคืออัตราการนอนโรงพยาบาลที่สูง แต่เมื่อคิดต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีของประชากรทั้งจังหวัดระหว่างจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์กับจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลศูนย์แตกต่างกันไม่ถึงสองเท่า

เมื่อคำนวณต้นทุนต่อคนต่อปีเฉพาะผู้ที่รู้ว่าเป็นโรคเรื้อรัง( เบาหวาน ความดันเลือดสูง โรคปอดอุดกั้นและไตวาย) พบว่าต้นทุนต่อคนต่อปีของผู้ป่วยเรื้อรังสูงกว่าประชากรทั่วไประหว่าง 10-100 เท่า<sup>29</sup> เพราะผู้ป่วยเรื้อรังอาจเป็นเพียงโรคเดียวที่ถือเป็นโรคเรื้อรังรุนแรงปานกลาง หรือเป็นโรคเรื้อรังรุนแรงหลายโรคพร้อมกัน อย่างไรก็ตามความแตกต่างนี้ ยังขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านั้นอยู่ในจังหวัดที่มีสถานพยาบาลขั้นสูงหรือไม่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์มีต้นทุนต่อคนต่อปีสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลศูนย์ แต่การติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพยังไม่ยืนยันว่า ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นช่วยให้สถานะสุขภาพดีขึ้น



### ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

การพัฒนาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ให้เกิดความเป็นธรรมเป็นเป้าหมายที่ต้องมีความมุ่งมั่นระยะยาว การคาดการณ์สถานการณ์ว่าปี 2548 ควรมีแพทย์ในประเทศไทย 31,100 แต่มีอยู่จริง 26,000 คน การขาดแคลนไม่ได้แก้ไขด้วยการเพิ่มการผลิตเพียงอย่างเดียว เพราะการกระจายที่ไม่เป็นธรรมยังไม่ได้รับการแก้ไข ข้อมูลการกระจายของแพทย์ตามภูมิภาคต่างๆ ในปี 2546 แสดงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เกือบ 14 เท่า กล่าวคือ อัตราแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานคร 586 คน แต่แพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7,239 คน (ทักษพล ธรรมรังสี 2548) การมองระบบสุขภาพโดยรวมมากกว่าระบบบริการสุขภาพจึงยังเป็นหนทางพัฒนาอีกไกล สำหรับประเทศไทยที่การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ส่วนท้องถิ่นยังไม่เห็นชัดเจน แต่ประชาคมสุขภาพต่างๆ ยังมีความตื่นตัวไม่เสื่อมคลาย

การประเมินระบบสุขภาพใน 10 จังหวัดโดยใช้ชุดดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ 9 กลุ่ม (สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ ปัจจัยนอกเหนือจากการเงิน ความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน และความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ) พบว่า การให้กลไกประชาคมรับรู้ข้อมูลเชิงปริมาณระบบสุขภาพของจังหวัดตนเองเปรียบเทียบกับข้อมูลจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศ ทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์อย่างบูรณาการ รวมทั้งประชาคมได้แสดงความคิดเห็นเชิงคุณภาพต่อระบบสุขภาพของจังหวัดตน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา กลไกนี้ ควรมีระบบรองรับทั้งกลไกทางสังคมและระบบข้อมูล เพื่อเป็นการขับเคลื่อนสังคม ให้ช่วยผลักดันระบบสุขภาพของจังหวัดต่างๆ ให้เกิดความเป็นธรรมภายใต้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพต่อไป (พินิจ พ้าอำนวนยผลและศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 2545)



### บทที่ 3 องค์ความรู้จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่ยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2544 เมื่อรัฐบาลพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะจากการเลือกตั้งและทำตามคำมั่นสัญญาที่หาเสียงไว้ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยฐานะการเงินไม่เป็นอุปสรรค การที่ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทันทีเมื่อปี 2544 เพราะมีหลักประกันสุขภาพที่ประกอบด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี ประกันสังคม ครอบคลุมผู้ประกันตนในสถานประกอบการ และ 30 บาทรักษาทุกคนที่ดำเนินการใหม่ให้ครอบคลุมประชาชนส่วนที่เหลือทั้งหมด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย สร้างปรากฏการณ์ใหม่กับระบบสุขภาพไม่เฉพาะกับประเทศไทยเท่านั้น แต่เป็นปรากฏการณ์ที่ทั่วโลกต่างเฝ้ามองอย่างเป็นห่วง การประชุมสัมมนาทางวิชาการ องค์ความรู้ความเป็นธรรมทางสุขภาพ บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงต้องการสรุปบทเรียนที่ประเทศไทยได้รับในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะความเป็นธรรมทางสุขภาพของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ประชาชนไทยทุกคนควรได้รับ

#### 4 ปีที่ผ่านมา ปรัชญาแนวคิดสังคมไทยเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย

ปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าวางบนฐานแนวคิด "สิทธิประชาชน" ตามหลักรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 แต่มีความกำหนัดกว่ารัฐธรรมนูญซึ่งกำหนดให้ ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยผู้ยากไร้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ส่วนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงจุดยืนของแนวคิดสวัสดิภาพนิยม (egalitarianism) ที่ให้โอกาสแก่คนทุกคนอย่างทั่วถึงกัน นั่นคือ รัฐควรมีบทบาทสูงสุดในด้านการคลังสาธารณะ (public finance) เพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนโดยเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะคนจนหรือคนรวย ไม่ต้องรับการระดมทุนตามต้นทุนเมื่อรับบริการ หลังจาก 4 ปีของ "30 บาทรักษาทุกคน" แนวคิดนี้ยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เพราะคนส่วนใหญ่ในประเทศไทย เคยชินกับการจ่ายเงินตอนเจ็บป่วย เมื่อได้จ่ายเงินเองจะมีความรู้สึกว่าได้รับบริการที่ดี หรือเมื่อผู้ป่วยจ่ายเงินเอง ผู้ให้บริการก็รู้สึกพอใจให้บริการที่ตอบสนองอย่างรวดเร็ว หรือ ผู้ให้บริการจะรู้สึกสูญเสียรายได้อย่างมากเมื่อคนรวยที่สามารถจ่ายค่ารักษาได้อย่างไม่เดือดร้อน กลับมาใช้สิทธิ 30 บาทรักษาทุกคน และตีตราว่า "เป็นการเอาเปรียบสังคม"

ความรู้สึกดังกล่าว อาจสะท้อนความเห็นของผู้ให้บริการมากกว่าความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป เพราะเมื่อประเมินผู้ป่วยกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคม ต่างก็ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อป่วย (โดยเฉพาะตอนเป็นผู้ป่วยใน) แต่ผู้ให้บริการก็รู้สึกพอใจให้บริการและให้บริการที่สูงกว่าจนได้คะแนนความพึงพอใจสูงกว่า 30 บาทรักษาทุกคน ความแตกต่างจึงเป็นจากวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการในระบบย่อยที่ต่างกัน การที่ปรัชญาแนวคิดของสังคม "สวัสดิภาพนิยม" ยังเปลี่ยนไม่มากนัก เนื่องจากยังเห็นวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกันอยู่ต่ำตา

#### แนวคิดทางสังคมเปลี่ยนมากในกลุ่มคนชั้นล่างของสังคม

เมื่อมองให้ละเอียด การเปลี่ยนแปลงปรัชญาแนวคิดอาจแตกต่างกัน ในบุคคลแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มประชาชนทั่วไปผู้ได้รับประโยชน์จาก 30 บาทรักษาทุกคน จะยินดีกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ แต่เมื่อถามถึงแนวคิดว่า รัฐหรือสังคมควรช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยไม่เลือกยากดีมีจนใช่หรือไม่ ส่วนใหญ่จะตอบว่า ใช่ ทุกคนควรได้รับประโยชน์จากรัฐเท่ากันไม่ว่ารวยหรือจน คนรวยก็สมควรได้รับบัตรทองเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพียง 30 บาท เช่นเดียวกันเนื่องจากได้เสียภาษีให้รัฐอย่างเต็มที่แล้ว ดังที่ประชาชนบางกลุ่มได้สัมผัสเมื่อไปขายแรงงานหรือศึกษา

งานในประเทศเจริญแล้วที่ให้สิทธิและสวัสดิการนี้แก่ประชาชนทุกคนเท่าเทียมกันโดยใช้ระบบภาษีอากรของประเทศ แต่เมื่อถามว่า สมควรนำเงินจากกองทุนประกันสังคมที่มีฐานะการเงินของกองทุนดีมารวมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อดูแลประชาชนทั้งหมดหรือไม่ ส่วนใหญ่จะตอบว่าไม่ควร เพราะเงินกองทุนประกันสังคมได้มาจากกลุ่มประชาชนผู้ใช้แรงงานเท่านั้น จึงควรใช้จัดสิทธิประโยชน์แก่ประชากรกลุ่มนี้ต่อไป' อย่างไรก็ตาม แนวคิดสวัสดิภาพนิยมในกลุ่มคนชั้นล่างในสังคม ยังไม่ชัดเจนนักว่า สิทธิที่ประชาชนทุกคนจะได้รับเหมาะสมกับหน้าที่ที่ประชาชนพึงกระทำ(คือการเสียภาษีให้แก่รัฐ)หรือไม่

ตรงข้าม กลุ่มคนรวยเปลี่ยนแปลงแนวคิดสวัสดิภาพนิยมน้อยกว่ากลุ่มคนจน เป็นเพราะคนรวยตระหนักถึงแหล่งที่มาของแหล่งเงินเพื่อนโยบายสวัสดิภาพนิยมว่าต้องมาจากเงินภาษีอากร เมื่อรัฐรับผิดชอบขยายนโยบาย รัฐต้องเก็บภาษีมากขึ้น ผู้ได้รับผลกระทบการเพิ่มภาษีคือคนรวยมากกว่าคนจน การแสดงจุดยืนแนวคิดจึงสะท้อนความเต็มใจของการจ่ายภาษีพร้อมกันไป เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาความต้องการงบประมาณมากขึ้นเพื่อแนวคิดสวัสดิภาพนิยม กลุ่มคนรวยยินดีที่จะ "สละสิทธิบัตรทอง" ของตนเองโดยไม่ต้องจ่ายภาษีเพิ่ม เงินที่มีอยู่จะได้เพียงพอกับกลุ่มคนที่ยากจนจริงๆ เท่านั้น ปรัชญาแนวคิดสังคมที่ผสมผสานกับความยินดีในการจ่ายภาษีจึงย้อนกลับไปอยู่ในยุค "เจาะกลุ่มเป้าหมายคนจน" ที่พบในสังคมเสรีนิยม ไม่ใช่แนวคิด "ถ้วนหน้า" ที่พบในสังคมสวัสดิภาพนิยม ผู้ให้บริการตกเป็นแพะรับบาปของปรัชญาแนวคิดความเป็นธรรม

เมื่อขั้นตอนการร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิเคราะห์ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยต้องปฏิรูปให้มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและตอบสนองต่อสังคมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงสำคัญจึงพุ่งเป้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีข้อมูลมากกว่าผู้รับบริการ และมีแนวโน้มว่าได้แสวงประโยชน์จากความได้เปรียบนี้ ตัวอย่างมาตราที่ 41 การชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยเป็นเบื้องต้นก่อนที่จะค้นหาผู้กระทำผิด กลายเป็นประเด็นประหว่งจากแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการที่แสดงความเห็นว่าจะทำงานยากขึ้นในระบบที่มีการฟ้องร้องเพื่อได้รับการชดเชยความเสียหาย และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยลดมิติคุณธรรมลงไป

สถานการณ์ภายหลัง 30 บาทรักษาทุกโรค สถานบริการต้องต่อสู้กับความคาดหวังสูงของสังคมและผู้ป่วยที่รับบริการเนื่องจากการประชาสัมพันธ์ว่ารักษาได้ทุกโรค การได้รับงบประมาณจำกัดทำให้ผู้ให้บริการต้องทำหน้าที่ผู้ "ปันส่วน" บริการสุขภาพอย่างเคร่งครัดขึ้น ผู้ให้บริการยอมรับว่า ต้องใช้ทรัพยากรหรืองบประมาณจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีกำลังจ่ายสูงกว่า เช่น สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่จ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการด้วยการจ่ายตามรายการ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ยินดีจ่ายเงินเอง มาอุดหนุนข้ามกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้บริการที่ให้กับผู้มีหลักประกันต่างชนิดกันยังคงแตกต่างกันต่อไป เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์พบความแตกต่างของบริการที่ให้ได้อย่างชัดเจน ผู้ให้บริการจึงกลายเป็นแพะของระบบที่ไม่สามารถให้บริการที่เท่าเทียมกันแก่ทุกๆ หลักประกัน

นอกจากนั้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์กับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการยิ่งรู้สึกถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการฟ้องร้องหรือไล่เบี้ยมากขึ้น ความคิดในวงจร ผู้ให้บริการ-ผู้รับบริการ ไม่ได้เนื้อเชื่อใจกันมีมากขึ้นเรื่อยๆ ความเชื่ออาทรในวงการแพทย์ลดน้อยลง แพทย์มีจิตใจพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยลง เพราะจะกลายเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ สมควรได้รับการชดเชยที่มากขึ้นด้วยการฟ้องร้อง ผู้ป่วยเมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะมองแพทย์ผู้ให้บริการในด้านลบมากขึ้น ความไม่ไว้เนื้อเชื่อใจกัน จะบั่นทอนความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพนี้ต่อไปในอนาคต ถ้าแต่ละฝ่ายยังไม่เข้าใจหลักการของการชดเชยค่าเสียหาย



ถ้าสถานบริการต่างๆ ใช้ข้อมูลในการจัดการระบบสุขภาพเพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพของระบบ จะพบจุดที่สมควรปรับปรุงและควรรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง 3 ฝ่าย คือ รัฐหรือสังคมที่สนับสนุนแนวคิดสวัสดิภาพนิยม ผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ดังกล่าว ข้อมูลบัญชีที่รับฟังจ่ายของสถานพยาบาลแยกตามหลักประกันสุขภาพ จะช่วยชี้ชัดเจนนว่า ผู้ให้บริการกำลังทำหน้าที่อุดหนุนข้ามกลุ่มประชากรตามความจำเป็นทางสุขภาพ เพราะหลักประกันสุขภาพต่างๆ มีวิธีปฏิบัติที่ต่างกัน ผู้ให้บริการนำข้อมูลการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกัน หรือผลลัพธ์ที่ต่างกัน เปิดเผยให้ผู้รับบริการทราบ เพื่อมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดบริการตามความจำเป็นทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพพร้อมกันไป ความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของแต่ละหลักประกันสุขภาพที่จะมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพก็จะลดน้อยลง

#### แหล่งการคลังที่เพียงพอและเป็นธรรม

สาเหตุที่รัฐบาลดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทันทีในปี 2544 มีหลายประการ แต่ที่สำคัญน่าจะเป็นการคาดการณ์ความต้องการงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขที่ลดความกังวลที่รัฐต้องจัดงบประมาณเพิ่มให้อีก 3 หมื่นล้านบาทตามข้อเสนอของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การดำเนินงานในครึ่งปีงบประมาณหลังสำหรับจังหวัดนำร่อง 21 จังหวัด และการขยายครอบคลุมทุกจังหวัดในปีงบประมาณ 2545 รัฐเพิ่มงบประมาณให้ในหมวดที่เรียกว่า งบเพื่อความมั่นคง (contingency fund) เพียง 5 พันล้านบาทเท่านั้น<sup>9</sup> โดยงบประมาณต่อคนต่อปีของปี 2546 ยังคงไว้ที่ 1,202 บาทเช่นเดียวกับปี 2545 ต่อมาปี 2547 จำนวนต้นทุนต่อคนต่อปีได้ 1,447 บาท แต่ก็ยังได้รับงบประมาณ 1,308 บาท ด้วยสำนักงบประมาณลดทอนลงตามอัตราการใช้สิทธิ ความขาดแคลนงบประมาณทำให้นักวิชาการพยายามหาแหล่งการคลังอื่นๆ ที่มีความเป็นธรรม และมีความเป็นไปได้ในการสนับสนุน 30 บาทรักษาทุกคน

สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ วิเคราะห์แหล่งเงินเข้าสู่ "กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 39 (ปัจจุบันยังไม่มีการบริหารในลักษณะ "กองทุน" เพราะแต่ละปีมีเงินไม่พอสำหรับค่าใช้จ่ายประจำปี) พบว่าแหล่งเงินที่ยังยอมรับว่าเป็นกระแสหลักของ 30 บาทคือ เงินที่ได้รับจากงบประมาณประจำปี แหล่งเงินที่อาจได้เพิ่มเติม คือเงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่สภาพปัจจุบันยังเป็นไปได้ยาก การเก็บค่าบริการโดยเพิ่มการร่วมจ่ายเมื่อรับบริการ เป็นแหล่งเงินที่ฝ่ายผู้ให้บริการเห็นด้วยมากที่สุด แต่จะเป็นแหล่งการคลังที่ไม่เป็นธรรมเพราะผู้ด้อยโอกาสหรือผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบมาก แต่แม้จะปรับอัตราการมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น จ่ายค่าธรรมเนียมที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เงินที่ได้รับก็ไม่เกินร้อยละ 3 ของรายจ่ายจากรัฐสำหรับ 30 บาทรักษาทุกคน (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2548) แหล่งเงินอื่นๆ ยังเป็นไปได้ยากที่จะดำเนินการ

ในเงินงบประมาณประจำปีจากรัฐ อาจแบ่งได้เป็นภาษีทั่วไป หรือภาษีเพื่อการเฉพาะ (earmarked tax) ซึ่งเป็นไปได้ 2 รูปแบบคือ แบ่งสัดส่วนภาษีบาป (จากบุหรี่และสุรา) มาให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเก็บภาษีสุขภาพจากรฐานผู้เสียภาษีรายได้ในปัจจุบัน พบว่า การเก็บภาษีสุขภาพไม่สามารถเป็นแหล่งเงินที่เพียงพอ เพราะฐานประชากรที่เสียภาษีไม่กว้างนัก ส่วนการแบ่งภาษีบาป ต้องแบ่งมาสูงถึงร้อยละ 50-75 ของภาษีที่เก็บได้จึงจะเพียงพอ (วัลย์พร พัทธนฤมลและคณะ 2548) แม้จะกล่าวว่าภาษีจากสินค้าดังกล่าวจะมีความเป็นธรรมเพราะผู้บริโภคมีส่วนร่วมที่จะเป็นโรคกันมากกว่าประชากรทั่วไป แต่การแบ่งเงินจากภาษีบาปหรือภาษีทั่วไป มีความหมาย



เท่ากันในด้านความเป็นธรรมของแหล่งเงิน เพราะภาษีบาปเป็นรายได้หลักส่วนหนึ่งของรายได้รัฐอยู่แล้ว หาก 30 บาทรักษาทุกโรคเป็น "สิทธิ" ของประชาชนไทยทุกคน เป็นภารกิจของรัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในการจัดงบประมาณให้ ประเด็นสำคัญคือ จัดงบประมาณสนับสนุนให้ในอัตราเท่าไร จึงจะเกิดคุณภาพของบริการอย่างทั่วถึง

**เมื่อมีนโยบายถ้วนหน้าแล้ว อีกนานเท่าไรสุขภาพจึงจะเป็นธรรม**

การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ทำได้อย่างรวดเร็ว เพราะรัฐเลือกใช้ระบบภาษีในการให้หลักประกัน ไม่ใช่ระบบ "ประกันสุขภาพภาคบังคับ" ซึ่งต้องใช้เวลาในการขยายฐานการเก็บเบี้ยประกันให้ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นการใช้ระบบภาษี หรือระบบประกันภาคบังคับ ต่างก็มีระบบการคลังที่มีความเป็นธรรมใกล้เคียงกัน ผิดกับระบบการคลังที่มาจากภาษีเงิน ฅ จุดรับบริการ ที่ไม่เป็นธรรม เพราะถดถอยต่อรายได้

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วยกระตุ้นแนวคิดความเป็นธรรมทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี อย่างน้อยที่สุดหลังการประกาศนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความแตกต่างของงบประมาณด้านสุขภาพที่รัฐอุดหนุนแก่ประชาชนไทยในหลักประกันสุขภาพที่แพงที่สุด กับหลักประกันที่ถูกที่สุด ลดจากที่ต่างกัน 8-10 เท่า เหลือต่างกันประมาณ 3-4 เท่า นอกจากนี้ ความแตกต่างระหว่างหลักประกันสุขภาพใหญ่ 3 ชนิดยังเห็นได้ชัด รวมทั้งผู้รับผิดชอบหลักประกันสุขภาพที่มีกระแสเงินต่อประชากรมากกว่า ยังคิดว่าความแตกต่างนี้เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น เพราะกลัวว่า ถ้ายอมรับให้เกิดความเท่าเทียมกันระหว่าง 3 หลักประกันสุขภาพ จะหมายถึงคุณภาพของสิ่งที่ตนได้รับอยู่จะลดลง

**หลักฐานเชิงประจักษ์กับการพัฒนานโยบาย**

การพัฒนานโยบาย เป็นกระบวนการสำคัญในการแก้ปัญหาทุกระดับ นโยบายที่ดีควรพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์อันหนึ่ง มักได้รับการตีความที่แตกต่างกันไปตามบริบท เนื้อหา และความเข้าใจของผู้ตีความ เช่น "ความเป็นธรรม" เป็นการ "ให้คุณค่า" ดังนั้น ข้อมูลหลักฐานหนึ่งๆ จึงมีคุณค่าที่แตกต่างกันไป และได้รับความสนใจเป็นนโยบายในระดับที่แตกต่างกันไป การสร้างองค์ความรู้ด้านการพัฒนาและติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ของนโยบายความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงมีความสำคัญและนำไปสู่ความพยายามในการพัฒนาวงจรมติที่ส่งเสริมความเป็นธรรมต่อไปในอนาคต

ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา การพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐ เป็นการผสมผสานระหว่างการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ โอกาสของการพัฒนา กับความพร้อมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกส่วน การพัฒนานโยบายอยู่บนฐานความเป็นไปได้ทางวิชาการ บริบท และความเป็นไปได้ทางการเมือง เมื่อช่วงของการพัฒนานโยบายผ่านไป ความสำคัญของระดับนโยบายจึงอยู่ที่การประเมินผลกระทบของนโยบายเพื่อสะท้อนการปฏิบัติตามนโยบาย หรือเพื่อปรับนโยบายถ้าตัวนโยบายไม่ตอบสนองต่อปัญหาตามความเป็นจริง ความต่อเนื่องของกลไกนโยบายจึงมีความสำคัญ รวมทั้งความสนใจต่อเป้าหมายของนโยบาย เช่น ความสนใจต่อเป้าหมาย "ความเป็นธรรมทางสุขภาพ" จึงเป็นปัจจัยผลักดันนโยบายอย่างมีประสิทธิผลหรือไม่ต่อไป

**การใช้สิทธิบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ควรนำไปสู่สถานะสุขภาพที่เท่าเทียมกันมากขึ้น**

หลักฐานเชิงประจักษ์จากการสำรวจครัวเรือนหลายครั้งยืนยันว่า ผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคสามารถเข้าถึงกลุ่มคนที่ยากจนที่สุดในสังคม คือ คนจนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น และใช้สิทธิ 30 บาทฯ ที่

ตนเองมีมากขึ้น แต่เมื่อประเมินสถานะสุขภาพด้วยการให้คะแนนสถานะสุขภาพด้วยตนเองจากคะแนน 1 สุขภาพแย่มากที่สุด จนถึงคะแนน 5 สุขภาพดีที่สุดในที่สุด พบว่าคนจนมีคะแนนสถานะสุขภาพต่ำกว่าคนรวย และเมื่อเวลาเปลี่ยนไป แต่ละคนมีอายุมากขึ้น คะแนนสถานะสุขภาพของคนจนเสื่อมลงเร็วกว่าคนรวย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยกลางคนขึ้นไป ดังนั้น ทิศทางของการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่เพียงแค่ ทำอย่างไร จะทำให้คนทุกระดับรายได้ เห็นคุณค่าของหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อยืนยันว่า หลักประกันสุขภาพ เป็น "สิทธิ" ของประชาชนทุกคน และพิสูจน์ว่า แนวคิดสวัสดิภาพนิยมเป็นที่ยอมรับทั้งคนจน คนรวย และผู้ให้บริการ นอกจากนี้ ควรคิดถึงวัตถุประสงค์สูงสุดของการให้โอกาสกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เมื่อได้โอกาสเหล่านั้นแล้ว ประชาชนทุกคนที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน น่าจะมีระดับสถานะสุขภาพที่เท่าเทียมกัน ความเป็นธรรมทางสุขภาพจึงมีมากขึ้น

*ปรากฏการณ์ คนรวยยิ่งได้ประโยชน์มากขึ้น คนยากจนที่สุดยังเข้าไม่ถึงระบบบริการ*

การวิเคราะห์ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มต่างๆ (benefit incidence) จากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค โดยใช้ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังพบความก้าวหน้าของประโยชน์ที่ได้รับจากสวัสดิการของรัฐ คือคนรวยได้รับประโยชน์มากกว่าคนจน (วิจารณ์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2547) ในขณะที่การสำรวจครัวเรือน ที่เจาะเฉพาะกลุ่มคนจนที่ยากจนที่สุดในสังคมเปรียบเทียบกับคนไม่จนที่อาศัยอยู่ในละแวกเดียวกัน พบปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ สาเหตุหลักของการเข้าไม่ถึงบริการ<sup>3, 11</sup> ได้แก่ วิธีกีดกันด้วยระเบียบหลักฐานการมีสิทธิ เช่น ผู้ด้อยโอกาสไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสำเนาทะเบียนบ้าน ไม่ได้ย้ายทะเบียนที่อยู่ การอ้างระเบียบขั้นตอนการรับบริการ เช่น ต้องแสดงบัตรสิทธิ ต้องผ่านระบบส่งต่อ และการปันส่วนตามพิจารณาของผู้ให้บริการ เช่น คนจนไม่สมควรได้รับวิธีรักษาด้วยยาราคาแพง ฯลฯ ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้<sup>6-14</sup> สมควรนำไปสู่การพัฒนานโยบาย ปรับวิธีการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินที่มีความเป็นธรรม คือก้าวหน้าต่อรายได้ และ การปรับลดกฎระเบียบที่คนจนไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่สมควรได้รับ ทั้งคนจนและคนรวยต่อไป

*บริการส่งเสริมสุขภาพ ยังเข้าไม่ถึงทุกกลุ่มคน แต่บริการที่ไม่แน่ใจในประโยชน์เจาะกลุ่มคนรวย*

การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่า เช่นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยังมีหลักฐานว่าไม่สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายในระดับที่น่าพึงพอใจไม่ว่าจะเป็นกลุ่มคนจนหรือคนรวย จึงไม่ใช่สาเหตุจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ ในขณะที่เดียวกัน การมีหลักประกันสุขภาพชนิดที่ไม่มีภาระเงินค่าตอบแทน จะเสี่ยงต่อการให้บริการที่ได้รับประโยชน์น้อยแต่ราคาสูง นอกจากนั้น คุณภาพบริการสุขภาพที่คนจนเข้าถึงได้ง่าย เช่น ร้านยา ยังเป็นปัญหาที่สมควรได้รับการแก้ไข

*ระเบียบวิธีวิจัยได้มาตรฐานแล้วหรือ*

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ทำให้เกิดความตื่นตัวอย่างสูงในการวิจัยประเมินผลนโยบาย ทั้งการประเมินปรัชญาแนวคิดของสังคม ไปจนถึงการประเมินผลที่เกิดกับประชาชนแต่ละกลุ่ม ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้มีทั้งวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ การสำรวจครัวเรือน เป็นวิธีวิจัยเชิงปริมาณอันหลักที่ใช้ประเมินผลสัมฤทธิ์ระดับครัวเรือน นอกจากนั้นยังมีวิธีวิจัยที่ใช้ฐานข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ ทั้งฐานข้อมูลการมีสิทธิของประชาชน ฐานข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งจ่ายยา เพื่อประเมินความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ



วิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต การประชุมกลุ่มสนทนา หรือการประชุมสุดยอดโดยผู้  
ประชาชน เพื่อหาทัศนคติของประชาชน ล้วนเป็นวิธีวิจัยที่เสริมข้อมูลซึ่งกันและกัน

การสำรวจครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นวิธีค้นหาข้อมูลสำคัญ ภายหลังจากนโยบายหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนปีละครั้ง ข้อถามที่เพิ่มขึ้น ได้แก่  
ตัวแปรรายได้ การมีสิทธิสวัสดิการ การใช้สิทธิชนิดใดเมื่อรับบริการ มีการพิสูจน์ความเชื่อมั่นของการสำรวจครัวเรือน  
ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสัมภาษณ์ครัวเรือนบางส่วน และสัมภาษณ์ข้อมูลจากบุคคลทุกคนใน  
ครัวเรือนโดยตรงโดยไม่อนุญาตให้ผู้อื่นให้ข้อมูลแทน นอกจากนี้ การสำรวจครัวเรือนเดิมซ้ำในระยะเวลาห่างกัน 2 ปี  
(panel household survey) สามารถตอบคำถามวิจัยผลกระทบของนโยบายได้ดียิ่งขึ้น

### ระเบียบวิธีวิจัยหรือคำถามวิจัย

ทั้งระเบียบวิธีวิจัย และคำถามวิจัย มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลที่ได้จากการ  
วิจัย การตั้งคำถามที่เฉพาะเจาะจงในการประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพจะช่วยให้ผู้วิจัยเลือกระเบียบวิธีวิจัย  
และการวิเคราะห์ที่เหมาะสมและน่าเชื่อถือมากขึ้น

ฐานข้อมูลบริการที่นำไปสร้างนโยบายได้

การสร้างระบบการไหลเวียนของข้อมูลการเบิกจ่ายเงินที่แม่นยำและครบถ้วน ก่อให้เกิดฐานข้อมูลขนาดใหญ่  
ใหญ่ที่มีลักษณะต่อเนื่องเป็นระยะยาว เป็นฐานข้อมูลที่สำคัญอย่างหนึ่งของการตอบคำถามวิจัยที่ประเมินผลกระทบ  
นโยบายระยะยาวได้ นอกจากนี้ การที่สถานพยาบาลต่างๆ ใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อบริการ เช่น การจ่ายยา  
ฯลฯ ข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินนโยบายในระยะยาวได้



#### บทที่ 4 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ชุดโครงการวิจัย "ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: องค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายติดตาม" ได้ทบทวนสถานการณ์สากล รวมทั้งวิจัยในประเทศไทย มีข้อสรุปและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพต่อไป ดังนี้

##### การรู้สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ข้อมูลจากระบบปัจจุบัน คือ การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลสถานพยาบาล พบว่า สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทยภายหลังจากมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีขึ้น โดยเฉพาะด้านระบบบริการสุขภาพ สถานะสุขภาพที่วัดด้วยสถิติการตายพบว่า เขตด้อยโอกาสมีปัญหาการตายด้วยโรคของความยากจนมากกว่า เช่น มะเร็งตับ โรคเอดส์ สถานะสุขภาพด้านบวกคือคะแนนสถานะสุขภาพ คนจนต่ำกว่าคนรวย สิ่งที่ยังไม่ได้แสดงหลักฐานในที่นี้อย่างชัดเจนคือ การกระจายของอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อัตราตายทารกตามกลุ่มประชากรต่างๆ ดีขึ้นกว่าเดิมมาน้อยเพียงใด

นอกจากนี้ สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพยังไม่เห็นชัดเจนระหว่างนโยบายมหภาค เช่น การกระจายรายได้ การพัฒนาเศรษฐกิจ ผลกระทบของสิ่งแวดล้อมจากการพัฒนาอุตสาหกรรม หรือ ข้อตกลงทางการค้า ด้านสุขภาพ ต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพของประชาชนคนยากจน

ควรมีการประมวลข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องที่สามารถติดตามรู้สถานการณ์ สถานะสุขภาพของประชาชนในเขตต่างๆ ทั้งสถานะสุขภาพเชิงบวกและสุขภาพเชิงลบ การเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดต่างๆ เขตเมืองและชนบท คนจนและคนรวย และควรเชื่อมโยงผลกระทบของนโยบายระดับมหภาคต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มด้อยโอกาส เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ประชาคมระบบสุขภาพนำไปเป็นประเด็นแก้ไขต่อไป

##### การสร้างกระแสแนวคิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

แม้สังคมไทยจะเริ่มอ่อนไหวต่อประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น แต่การตีความ "ความเป็นธรรมทางสุขภาพ" ยังแตกต่างกัน โดยเฉพาะฝ่ายผู้ให้บริการ ฝ่ายกองทุนประกันสุขภาพ มีข้อจำกัดในการตีความมากกว่าฝ่ายประชาชน หรือฝ่ายนักวิชาการ ความเชื่อในโลกภาครัฐว่าวัตถุประสงค์เพื่อความเป็นธรรมยังมีสูง แต่ยังพัฒนาได้ช้าในภาคเอกชน การตีความข้อมูลที่ประเมินพบว่าผลประโยชน์ที่ประชาชนกลุ่มคนรวยได้รับจากระบบสวัสดิการของรัฐมากกว่าคนจน ต้องระมัดระวังว่าจะมีการนำไปใช้ไม่ถูกต้อง เพราะการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมต้องใช้ระยะเวลายาวร่วมกับความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายจัดความไม่เป็นธรรม ความคิดที่ยึดกลไกตลาดเพื่อความอยู่รอดโดยการตั้งเป้าหมายคืนทุน หรือให้ได้ทรัพยากรเพิ่มเติมจากรัฐจัดให้ ยังเป็นกระแสแนวคิดที่เชื่อถือกันมากในหมู่ผู้ให้บริการ เพราะความไม่มั่นใจในการดำเนินงานของระบบใหญ่

ควรพัฒนาวิธีได้ข้อมูลแนวคิดประชาชนไทยอย่างเป็นระบบ ทั้งการได้ข้อมูลตรงจากประชาชนโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ การประชุมประชาคม หรือสังเกตแนวโน้มสังคมจากผู้มีประสบการณ์

ควรสร้างโอกาสให้สังคมได้ถกเถียงและเรียนรู้ถึงแนวคิดที่ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพและความเป็นธรรมในสังคมมากขึ้น โดยการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพในข้อแรก กับความคิดเห็นของประชาคม เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแนวคิดและเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในที่สุด

### กลไกระดับมหภาคเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การแก้ไขความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ถือเป็นกลไกนโยบายระดับมหภาคอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพขนาดใหญ่ ขณะเดียวกัน นโยบายเปิดเสรีทางการค้าบริการสุขภาพ ที่สนับสนุนให้ไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพนานาชาติ อาจเป็นนโยบายที่บั่นทอนความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลการประเมินผลของนโยบายการพัฒนาเขตอุตสาหกรรมว่าเกิดผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างไร มีแต่ข้อมูลว่าผู้อยู่ในการจ้างงานมีสถานะสุขภาพดีกว่าประชาชนทั่วไปเนื่องจากอคติของการมีงานทำ ยังขาดการประเมินความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายมหภาคกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ควรศึกษาบทบาทของกลไกระดับมหภาคในการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในแง่มุมต่างๆ เพื่อนำแนวทางการวิจัยสู่การแก้ปัญหาทั้งระดับนโยบายและปฏิบัติการจริงมากขึ้น

### กลไกของระบบบริการสุขภาพเพื่อความเป็นธรรม

ระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงมากภายหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ให้บริการสุขภาพได้รับผลกระทบด้านลบมากที่สุด ขณะที่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสได้รับผลกระทบด้านบวกเพิ่มขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น คนจนหรือผู้ด้อยโอกาสมีโอกาสใช้บริการในระดับ "ปฐมภูมิ" มากกว่าประชาชนผู้ได้โอกาส ผลลัพธ์ของบริการที่สถานพยาบาลขนาดเล็กด้อยกว่าที่สถานพยาบาลระดับใหญ่กว่า คุณภาพของร้านยาในชนบทยังต้องพัฒนาอีกมาก

กองทุนประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ยังคงรักษาความแตกต่างของสิทธิประโยชน์และวิธีการจัดการ โดยเฉพาะหลักประกันที่ไม่มีข้อจำกัดด้านวงเงินสนับสนุนพยายามขยายสิทธิประโยชน์มากขึ้น "กองทุน 30 บาท รักษาทุกโรค" มีปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่ได้งบประมาณสนับสนุนจากรัฐตามที่คำนวณจากอัตราการใช้บริการและต้นทุนสถานพยาบาล แต่สำนักงบประมาณกลับปรับลดลงด้วยอัตราการใช้สิทธิ อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังของประชาชนต่อการรักษาพยาบาลสูง ทำให้เกิดความตึงเครียดระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

ข้อมูลของระบบบริการ 30 บาท รักษาทุกโรค เห็นชัดมากขึ้นว่า ต้นทุนบริการผู้ป่วยเรื้อรังสูงกว่าประชากรทั่วไป 10-100 เท่า การคำนึงถึงอัตราคืนทุนของผู้ให้บริการมีผลทำให้บริการที่ผู้ป่วยได้รับลดลงถ้าวิธีการจ่ายเงินจากกองทุนไม่เป็นธรรมแก่ผู้ให้บริการ ผลเสียคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเปลี่ยนสถานะสุขภาพแยลงรวดเร็วขึ้น การเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้เข้าถึงบริการราคาแพงได้เพื่อให้เท่าเทียมกับหลักประกันอื่น เช่น การรักษาทดแทนไต โดยไม่แก้ไขการจ่ายเงินเพื่อดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงอาจเป็นการแก้ปัญหาแบบตั้งรับ และจะเป็นปัญหากับผู้ด้อยโอกาสที่มีความสามารถในการต่อรองต่ำ

ความพยายามค้นหาแหล่งการคลังที่เป็นธรรมสำหรับ 30 บาท รักษาทุกโรค เกิดความขัดแย้งที่ต้องหาทางแก้ไข เช่น การแบ่งสัดส่วนของภาษีบาป (จากนุหรี่และสุรา) จำนวนหนึ่งเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดข้อสงสัยว่าเป็นการแก้ปัญหาความเพียงพอของเงินเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้หรือ การเพิ่มอัตราการร่วมจ่ายเมื่อรับบริการ เป็นแหล่งเงินที่ไม่เป็นธรรมเพราะคนจนได้รับผลกระทบมากกว่า แต่การปรับเพิ่มอัตราการร่วมจ่ายสามารถเพิ่มยอดเงินได้ไม่สูงกว่าร้อยละ 3 ของงบประมาณที่ใช้ในปัจจุบัน หากคำนึงถึงเป้าหมายความเป็นธรรม อาจมีนโยบายยกเลิกการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาทสำหรับผู้ป่วยใน โดยให้เพิ่มการร่วมจ่ายสำหรับบริการที่นอกเหนือความจำเป็นทางการแพทย์



กองทุนหลักประกันสุขภาพที่เป็นนโยบายของรัฐ ควรมีความอ่อนไหวต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสมักได้รับผลกระทบสะสมระยะยาว นโยบายหรือระเบียบเข้มงวดใดๆ จะเกิดผลต่อคนที่ด้อยโอกาสมากที่สุด

กองทุนหลักประกันสุขภาพ ควรตั้งเป้าหมายทั้งประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ โดยให้ความเป็นธรรมกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้แก่ ควรจัดสรรเงินแก่สถานพยาบาลให้เหมาะสมกับต้นทุนหรือผลลัพธ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้รับ คำนึงถึงผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้รับบริการอันเป็นผลมาจากการออกแบบระบบการจ่ายเงิน หรือระบบบริการที่ไม่จูงใจ

ควรส่งเสริมให้สถานบริการ วิเคราะห์ประสิทธิผลและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพที่จัดอยู่ในปัจจุบัน ว่าเกิดผลมากน้อยเพียงใด กับกลุ่มประชากรต่างๆ กัน เท้าเทียมกันหรือไม่ เพื่อสถานบริการ เข้าใจถึงปัญหาการด้อยประสิทธิภาพ ความครอบคลุมของบริการ และประสิทธิผลที่ควรเกิดกับผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ตามความจำเป็นทางสุขภาพ

ควรส่งเสริมให้ผู้ให้บริการมีความอ่อนไหวต่อประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตั้งแต่การเปลี่ยนกระบวนการป้องกันโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ควรส่งเสริมให้ประชาชน เข้าใจถึงความคุ้มค่าและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่เป็นผลดีต่อระบบบริการสุขภาพที่สามารถให้บริการกับประชาชนทุกคนได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม

ควรส่งเสริมให้องค์กรวิชาชีพ วางเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมไทย และให้องค์กรเหล่านี้ติดตามประเมินสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นกลาง เพราะ กองทุน ผู้ให้บริการ และประชาชน อาจมีทัศนคติที่ติดกับผลประโยชน์ของกลุ่ม

ควรสนับสนุนการพัฒนาให้ระบบบริการปฐมภูมิมียุคคุณภาพมากขึ้น เพราะเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส เข้ารับบริการมากที่สุด การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิน่าจะมีส่วนทำให้คะแนนสถานะสุขภาพของประชาชนผู้ด้อยโอกาสเพิ่มสูงขึ้น

#### กลไกของระบบสุขภาพเพื่อความเป็นธรรม

ระบบสุขภาพมีความหมายที่กว้างกว่าระบบบริการสุขภาพ ความเป็นธรรมทางสุขภาพเป็นเพียงภาพสะท้อนของระบบสังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ฯลฯ ที่เป็นธรรม ระบบใดๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจึงหมายถึงระบบสุขภาพ และกลุ่มประชาชนรวมทั้งนักวิชาการที่มีได้สังกัดอยู่กับการบริการสุขภาพอาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

องค์ประกอบทุกส่วนของระบบสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการเชื่อมต่อระหว่าง องค์ความรู้ กับการนำไปสู่การปฏิบัติ หรือการนำไปสู่นโยบายเพื่อให้สังคมมีความเป็นธรรมมากขึ้น

แวดวงวิชาการควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระเบียบวิธีในการสร้างองค์ความรู้ ให้มีรากฐานของความรู้ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างได้ผล

ประชาคมสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการติดตามวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อสุขภาพ  
ของประชาชน ไม่เพียงเฉพาะด้านการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล แต่รวมถึงด้านการรักษาสุขภาพให้เป็น  
เครื่องมือพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม



## เอกสารอ้างอิง

- กัจพพน ศรีธานี (2547) การใช้บริการกับการให้บริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ทักษพล ธรรมรังสี (2548) การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พนิช โชคอนุวัฒน์ (2547) การใช้บริการกับการให้บริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคการมาดเจ็บในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- พินิจ พ้าอำนวยผล ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2545) การพัฒนาชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยอาศัยกลไกประชาคม. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เพิ่มพล ทองไพบูลย์ (2547) การใช้บริการกับการให้บริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- วลัยพร พัชรนฤมล จิตปราณี วาศวิท กัญจนา ติชยาธิคม วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2548) ความเป็นไปได้ของแหล่งเงินต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข (กำลังตีพิมพ์).
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท กัญจนา ติชยาธิคม วลัยพร พัชรนฤมล ภูษิต ประคองสาย (2547). การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ในเอกสารทางวิชาการเพื่อนำเสนอสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร วลัยพร พัชรนฤมล จิตปราณี วาศวิท ภูษิต ประคองสาย กัญจนา ติชยาธิคม (2548) การเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข (กำลังตีพิมพ์).

- Basu S (2003). Aids, empire, and public health behaviourism. *Equinet-newsletter*, August 2003.
- Braveman P, Tarimo E, Creese A, et al (1996). Equity in health and health care: a WHO initiative. Geneva: World Health Organization, October 1996 (WHO/ARA/96.1), 51 pages.
- Braveman P, Gruskin S (2003). Defining equity in health. *J Epid Community Health*;57(4):254-8.
- Chen C.L, Berlinguer G (2001). Health Equity in a Globalizing World. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. (eds). *Challenging inequities in health : from ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Cornia G.A (2001). Globalization and health: results and options. *Bull World Health Organ*;79:834-841.
- Dean K (1993). Integrating theory and methods in population health research. In: Dean K. *Population health research: linking theory and methods*. Thousands Oaks, California: Sage.
- Deaton, Angus (2004). *Health in an age of globalization*. Washington, DC: Brookings Institution.
- Dollar D, Kraay A (2000). *Growth is good for the poor*. Washington D.C.: World Bank.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. (2001). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- EQUINET steering committee (2000). *Turning values into practice: Equity in Health in Southern Africa EQUINET Policy Series No.7*, Harare, Zimbabwe: Benaby Printers.
- Faramnuayphol P (2005). *Determinants of Mortality Inequalities in Thailand*. Unpublished PhD Thesis, Epidemiology Unit, Prince of Songkla University.
- Gilson L (1998). In defence and pursuit of equity. *Soc Sci Med*;47: 1891-96.
- Griffin D (1992). Welfare gains from user charges for government health services. *Health Policy Plan*;7:177-180.
- Howden-Chapman, P (2004). Housing standards: a glossary of housing and health. *J Epid Community Health*;58:162-168.
- Kutzin J (1995). Experience with organizational and financing reform of the health sector. Current concerns SHS paper 8 (SHS/CC/94.3) Geneva: World Health Organization.
- Labonte R, Schrecker T, Sanders D, Meeus W (2004). *Fatal Indifference: The G8, Africa and Global Health*. Cape Town: University of Cape Town Press.

- Lehto J, Ritsatakis A (1999). Health impact assessment as a tool for intersectoral health policy. Brussels: European Centre for Health Policy/WHO Regional Office for Europe.
- Mackenbach, J., Bakker, M.J., Kunst, AE & Diderichson, F (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In Mackenbach, J.P. & Bakker, MJ. (Eds) *Reducing Inequalities in Health: a European perspective*. London: Routledge.
- Marmot M (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*; 365: 1099-104.
- Mills A, Tangcharoensathien V, Pannarunothai S. (2005). Harmonization of Health Insurance Schemes: A Policy Analysis. Report to the National Health Security Office.
- Muroyi R, Tayob R, Loewenson R (2003). Trade protocols and Health: Issues for Health Equity in Southern Africa, Paper produced for the EQUINET/GEGA/SADC Parliamentary Forum Regional Meeting on Parliamentary Alliances for Equity in Health South Africa, August 2003 EQUINET Discussion Paper 17. [www.EQUINETAfrica.org](http://www.EQUINETAfrica.org)
- Padrath A, Chamberlain C, McCoy D, Ntuli A, Rowson M, Loewenson R (2003). Equity in Health Personnel distribution in Southern Africa, EQUINET discussion document 4, Harare: Benaby Printers.
- Russel S, Gilson L (1997). User fee policies to promote health service access for the poor: a wolf in sheep's clothing? *Int J Health Services*;27:359-79.
- Pannarunothai S, Mills A (1997). The poor pay more: health-related inequality in Thailand. *Soc Sci Med*; 44:1781-1790.
- Sen G, Iyer A, George A (2002). Class, gender, and health equity: lessons from liberalizing India. In: Sen G, George A, Östlin P, eds. *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge, MIT Press.
- United Nations, The General Assembly (2000). United Nations Millenium Declaration, A/RES/55/2).
- Wade RH (2002). Globalisation, poverty and income distribution: does the liberal argument hold? In Gruen D, O'Brien T, Lawson J, eds. *Globalisation, Living Standards and Inequality: Recent Progress and Continuing Challenges*, Proceedings of a Conference held in Sydney, 27-28 May 2002, pp 37-65. Canberra: Reserve Bank of Australia.
- World Health Organization (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1985). *Targets for Health for All*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1998). *Health21 – Health for All in the 21<sup>st</sup> Century*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2000). *The World health report: 2000 Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *The World health report: 2005 : make every mother and child count*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team (2005). *Priorities for research to take forward the health equity policy agenda*. *Bull World Health Organ* (forthcoming).
- Whitehead M, Burström B, Diderichsen F (2000). Social policies and the pathways to inequalities in health. A comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Soc Sci Med*;50;255-270.
- Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*;358;833-36.



## รวมบทคัดย่อ

### 1. แนวคิดของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์\* วิไลศักดิ์ บัวแย้ม\*\* สุวรรณภา ถาวรรุ่งโรจน์\*\*\* ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*\*\*

\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร \*\* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

\*\*\* คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร \*\*\*\* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาแนวคิดของบุคคลกลุ่มต่างๆ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้ผู้รับผิดชอบด้านนโยบายพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพให้ตรงความต้องการของประชาชนมากที่สุด **วิธีวิจัย** การประชุมสุดยอดในกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนตัวแทนจากครัวเรือนที่ได้รับการสุ่มอย่างง่ายใน 4 จังหวัด คือสุโขทัย, อุบลราชธานี, สมุทรสาคร และภูเก็ต สุ่มครัวเรือน 100 ครัวเรือน ครอบคลุมอำเภอเมืองและอำเภอใกล้เคียงอำเภอเมืองอีก 2 อำเภอ เพื่อความสะดวกในการเดินทางเข้าประชุมของแต่ละจังหวัด ประชุมหาฉันทามติเริ่มจากประชุมกลุ่มย่อยและสรุปความเห็นในที่ประชุมกลุ่มใหญ่ การประชุมสุดยอดใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 5-6 ชั่วโมง

**ผลการศึกษา** มีประชาชนเข้าร่วมประชุมร้อยละ 21-82 ของผู้ได้รับเชิญ พบว่าประชาชนเห็นด้วยกับการเก็บภาษีรายได้เพิ่มขึ้น เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แต่กลุ่มคนฐานะดีไม่เห็นด้วย) และไม่เห็นด้วยกับการนำเงินประกันสังคมมารวมเข้ากับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนบางส่วนไม่เห็นด้วยกับการเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคนจน หรือคนที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเท่านั้นในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนมีแนวคิดที่ทุกคนควรมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในด้านหลักประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเศรษฐกิจฐานะเป็นเช่นไร ทุกคนควรมีสิทธิเท่าเทียมกัน ประเด็นการเก็บค่าบริการแพงขึ้น โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยข้ามเขต ไม่ใช่สิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตนประชาชนเชื่อว่ารัฐสามารถดำเนินการให้เกิดความเท่าเทียมกันและถ้วนหน้าได้ โดยไม่ควรลงโทษกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่ข้ามเขต เพราะกลุ่มที่ข้ามเขตย่อมมีเหตุผลและมีความจำเป็นที่จะข้ามเขตการรักษา สุดท้ายประเด็นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรรักษาเฉพาะโรคที่มีราคาแพง หรือโรคราคาถูกนั้น ประชาชนเชื่อในบทบาทของรัฐ และเชื่อว่ารัฐสามารถจัดการบริการทางสังคมให้กับประชาชนทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะรวยหรือจน ทุกคนต้องมีสิทธิในการได้รับการรักษาให้หายจากโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ทั้งแพงและถูกได้ **สรุป** แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนที่สุ่มตัวอย่าง ผลผสมผสานระหว่างแนวคิดสวัสดิการนิยม เสรีนิยม ประโยชน์นิยม และประชาคมนิยม

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การประชุมสุดยอด, แนวคิดสวัสดิการนิยม, แนวคิดเสรีนิยม, แนวคิดประโยชน์นิยม, แนวคิดประชาคมนิยม

## 2. ผลกระทบของ 30 บาทต่อรายจ่ายครัวเรือนและการแก้ปัญหาความยากจนในประเทศไทย

วิโรจน์ ณ ระนอง\* อัญชญา ณ ระนอง\*\* ศศิวิมล วงษ์มณฑา\*

\*สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย \*\*สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลกระทบระยะแรกของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และ "30 บาทรักษาทุกโรค") ที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน โดยเปรียบเทียบภาระของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในปัจจุบันเทียบกับในอดีต **วิธีศึกษา** ข้อมูลหลักของการศึกษาคือการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคม และการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เปรียบเทียบข้อมูลช่วงก่อนและหลังโครงการ 30 บาท **วัดผลกระทบ** ของโครงการ 30 บาทที่มีต่อประชาชนในภาพรวม เปรียบเทียบสัดส่วนรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายและรายรับของครัวเรือน

**ผลการศึกษา** สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับของครัวเรือนระหว่างปี 2542-2545 พบว่า สัดส่วนลดลงจากที่เคยค่อนข้างคงที่ (ร้อยละ 2.14-2.17 ระหว่างปี 2542 ถึง 2544 ลดลงเหลือร้อยละ 1.84 ในปี 2545) สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือนก็ลดลง (จากร้อยละ 2.66-2.67 ระหว่างปี 2542-2543 เหลือร้อยละ 2.32 ในปี 2545) คิดเป็นยอดค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนสามารถประหยัดได้ 8,178-9,432 ล้านบาท ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับงบที่รัฐบาลจัดสรรเพิ่มให้กับกระทรวงสาธารณสุข ถ้าสมมุติว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับหรือรายจ่ายของครัวเรือนในระหว่างปี 2542-2544 (ที่ต่ำกว่าช่วงปี 2529-2531 ค่อนข้างมาก) เป็นการลดจากหลักประกันสุขภาพต่างๆ ของรัฐบาล (การขยายความครอบคลุมของการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุและเด็ก จากปี 2532 ถึง 2537 การเกิดของประกันสังคมในระยะเดียวกัน) สัดส่วนรายจ่ายที่ลดจากร้อยละ 3.56 (ค่าเฉลี่ยของปี 2529 และ 2531) มาเป็นร้อยละ 1.83 ในปี 2545 หรือลดลงเท่ากับร้อยละ 1.72 ของรายได้ ถือได้ว่าครัวเรือนประหยัดได้ ขึ้นตัว จากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท และประกันสังคม) สูงถึง 50,831 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 84 ของยอดเงินที่น้อยกว่ากับเงินที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาท ในปีงบประมาณ 2545 บวกกับเงินประกันสังคมด้านสุขภาพในปี 2545) แต่ถ้าสมมุติว่าสัดส่วนรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือนมีค่าคงที่ (ลดลงจากร้อยละ 3.46 ในช่วงระหว่างปี 2529-2531 เป็นร้อยละ 2.31 ในปี 2545 หรือลดลงร้อยละ 1.15 ของรายจ่าย) ตัวเลขที่คำนวณได้จะลดลงมาเหลือประมาณ 27,000 ล้านบาท ในแง่ผลกระทบต่อลดความยากจน ศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล รายได้สุทธิตกอยู่ใต้เส้นความยากจน พบว่าสัดส่วนของครัวเรือนกลุ่มนี้มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2535-2539 (จากร้อยละ 2.15 เหลือร้อยละ 1.84 ในปี 2537 และ 1.53 ในปี 2539) ลดเหลือร้อยละ 1.1-1.3 ระหว่างปี 2541-2543 และเหลือร้อยละ 0.7 ในปี 2545 แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนในชนบท แต่ก็มีผลที่คล้ายคลึงกันในเขตเมือง

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เส้นแบ่งความยากจน รายรับครัวเรือน รายจ่ายสุขภาพครัวเรือน



### 3. ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย

สุกัลยา คงสวัสดิ์\* สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุธินท์\*\*

\* กลุ่มประเมินผล สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

\*\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินผลกระทบของความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพต่อคนยากจนในด้านการประเมินสุขภาพตนเอง อัตราการใช้บริการสุขภาพ การเข้าถึงและความสามารถในการตอบสนองของระบบสุขภาพ และศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการหลักประกันสุขภาพต่อคนยากจน **วิธีวิจัย** วิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ สุ่มครัวเรือน จาก 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสุโขทัยและ จังหวัดอุบลราชธานี และวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม การสำรวจครัวเรือนต้องการเน้นกลุ่มคนจน ทั้งในเมืองและในชนบท เลือกกลุ่มประชากรสุ่มแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินเมื่อรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นจุดเริ่มต้น ทำการค้นหาครัวเรือนยากจนในละแวกเดียวกันนั้นเพิ่มเติมอีก (poor neighbourhood) สุ่มตัวอย่างครัวเรือนไม่ยากจนในละแวกนั้นพร้อมกันไปด้วย (neighbourhood control) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยประชุมกลุ่มย่อย ผู้แทนครัวเรือนที่ยากจนในละแวกเดียวกัน กลุ่มละ 4-8 คน

**ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่าง 2,077 ครัวเรือน (8,332คน) กลุ่มคนจนมีคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่จนทุกกลุ่มอายุ (คะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ 3.58 เทียบกับ 3.85 ตามลำดับ) กลุ่มคนจนรายงานว่ามีผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามากกว่าและรายงานว่ามีเจ็บป่วยเรื้อรังและพิการ สูงกว่ากลุ่มไม่จน (ประชากร 30 บาทฯ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง-พิการ ร้อยละ 2.9 กับร้อยละ 1.2 ตามลำดับ) การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาสำหรับกลุ่มคนจนมากกว่ากลุ่มไม่จน (ประชากร 30 บาทฯ นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 11.4 และ ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ) การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพของคนจนน้อยกว่าคนไม่จน บริการผู้ป่วยนอก กลุ่มคนจน ใช้บริการน้อยกว่า (เนื่องจากรายงานว่ามีผู้ป่วยมากกว่า) กลุ่มคนไม่จน โดย ร้านขายยา และสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของรัฐ เป็นที่ที่นิยมใช้บริการเป็นอันดับต้นเหมือนกันทั้งกลุ่มจนและไม่จน การใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย กลุ่ม 30 บาทฯยากจนใช้สิทธิของตนเมื่อใช้บริการผู้ป่วยนอก ประมาณร้อยละ 83 แต่ใช้สิทธิกรณีผู้ป่วยในเพียงร้อยละ 75 เทียบกับกลุ่มไม่จนใช้สิทธิร้อยละ 62 สำหรับผู้ป่วยนอก และร้อยละ 64 สำหรับผู้ป่วยใน การสำรวจครัวเรือนครั้งนี้ยังพบปัญหาการเงินและปัญหาด้านบริการเมื่อรับบริการสุขภาพ โดยกลุ่มคนจนพบปัญหาด้านการเงินมาก คือร้อยละ 26 ของคนจนจะตอบว่ามีปัญหาต้องกู้เงินเพื่อรับบริการ และร้อยละ 0.5 บอกว่าต้องขายทรัพย์สินเพื่อรับบริการ เทียบกับกลุ่มไม่จน มีปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 3 ส่วนปัญหาด้านบริการ กลุ่มคนจนพบปัญหานี้ร้อยละ 24 แต่กลุ่มไม่จนพบปัญหานี้ร้อยละ 29 คะแนนความพึงพอใจต่อบริการ คนจนประเมินต่ำกว่าคนไม่จนอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการรับบริการเมื่อเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ การรับบริการจากการป่วยเรื้อรัง และการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล **สรุป** คนจนมีสถานะสุขภาพด้อยกว่าคนไม่จน มีการส่งเสริมสุขภาพต่ำกว่าเจ็บป่วยมากกว่า ใช้บริการมากกว่า พบปัญหาด้านการเงินมากกว่ากลุ่มคนไม่จน และพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับต่ำกว่ากลุ่มคนไม่จน

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสำรวจครัวเรือน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โรคเรื้อรัง การใช้สิทธิ

#### 4. การหมุนเวียนของบุคลากรในระบบบริการโดยเน้นในส่วนของภาครัฐ

วิโรจน์ ณ ระนอง\* อัญชณา ณ ระนอง\*\*

\*สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย \*\*สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการหมุนเวียนของบุคลากรในระบบบริการโดยเน้นในส่วนของภาครัฐรวมทั้งประเด็นเรื่องการลาออกจากราชการของแพทย์ **วิธีศึกษา** วิจัยเอกสารครอบคลุมบุคลากรสี่กลุ่มคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยมีจุดเน้นที่แพทย์และทันตแพทย์ ซึ่งเป็นสาขาที่ขาดแคลนมากเป็นพิเศษ

**ผลการศึกษา** ตั้งแต่ปี 2520 มีการขยายการผลิตแพทย์ครั้งใหญ่สองครั้ง จากปีละ 400 คนเป็น 800 คน และ 1200 คน ปัจจุบันมีแพทย์ 23,000-27,000 คน 18,000 คนทำงานในโรงพยาบาล อยู่ในระบบราชการ 14,000 คน คิดเป็นอัตราส่วนประชากรประมาณ 3,600 คนต่อแพทย์ในโรงพยาบาลหนึ่งคน กรุงเทพมหานคร อัตราส่วนต่ำกว่า 1,000 ภาคเหนือและภาคใต้มีอัตราส่วนสูงกว่าค่าเฉลี่ย (4,500 และ 5,000) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศสองเท่า ระหว่างปี 2537-2545 แพทย์ลาออกจากราชการสูงในช่วงพองสบู่ (2537-40) ลดลงหลังพองสบู่แตก และเริ่มเพิ่มกลับขึ้นมาในปี 2543-2545 ปี 2545-46 มีแพทย์ลาออกสูงกว่าช่วงพองสบู่ปีละประมาณ 200 คน มีแพทย์เพิ่มขึ้นสุทธิประมาณ 100 คนต่อปี การผลิตแพทย์เพิ่มปีละ 400 คนมีผลเพิ่มจำนวนแพทย์ให้โรงพยาบาลรัฐเพียงหนึ่งในสี่ สาเหตุการลาออกได้แก่ภาระงาน ค่าตอบแทนและโอกาสในการศึกษาต่อ บัณฑิตสังคมและประชากรเช่น (ภูมิธนากร กรุงเทพมหานคร เพศหญิง) และบัณฑิตการเมือง (เช่น โครงการ 30 บาท และ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) อาจเป็นบัณฑิตเสริมในการตัดสินใจลาออกของแพทย์

ทันตแพทย์มีปัญหาขาดแคลนและกระจุกตัว ปี 2545-2546 มีทันตแพทย์อยู่ในโรงพยาบาลราว 3,600 คน ประมาณ 3,200 คนอยู่ในระบบราชการ อัตราส่วนประชากรประมาณ 17,600 คนต่อทันตแพทย์หนึ่งคน ในเขตกรุงเทพมหานคร อัตราส่วนอยู่ที่ประมาณ 6,600 ภาคกลางมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ ภาคเหนือและภาคใต้มีอัตราส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย (18,000-21,000) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนสูงสุด (27,000-28,000) การผลิตทันตแพทย์ประมาณปีละ 400 คน ไม่ได้เปลี่ยนแปลงนักในช่วง 11 ปี มีสัญญาใช้ทุนแต่จำนวนทันตแพทย์ภาครัฐเพิ่มสุทธิน้อยมาก (ปี 2546 เพิ่ม 34 คน) แต่การเพิ่มจำนวนทันตแพทย์ในภาครัฐถึง 460 คนในปี 2541 บ่งชี้ว่าเศรษฐกิจของประเทศเป็นตัวแปรที่มีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจลาออกจากราชการของทันตแพทย์ ฝ่ายการเมืองให้ความสำคัญน้อยกว่าปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์

เภสัชกรเคยเป็นสาขาขาดแคลน ปัจจุบันยกเลิกมาตรการบังคับใช้ทุน ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาการกระจุกตัวในกรุงเทพมหานครเช่นเดียวกับวิชาชีพอื่น แต่ความแตกต่างระหว่างภาคไม่รุนแรงเท่ากับแพทย์ โดยอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นเดียวกับแพทย์และทันตแพทย์ จำนวนเภสัชกรภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยไม่ได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจมากนัก การผลิตเภสัชกร เพิ่มจากปีละ 600 คน ในปี 2538 เป็นปีละ 1,000 คน ในปี 2546 สถานการณ์ปัจจุบันยังไม่บังคับเภสัชกรไปประจำที่ร้านยา

พยาบาลเคยเป็นสาขาขาดแคลน แต่ยกเลิกสัญญาใช้ทุนก่อนเภสัชกร ปี 2546 มีพยาบาลในโรงพยาบาลมากกว่า 110,000 คน คิดเป็นอัตราส่วนประชาชน 560 คนต่อพยาบาลหนึ่งคน การกระจายตัวของพยาบาลมีแบบแผนคล้ายบุคลากรอีกสามวิชาชีพที่กล่าวมาแล้ว แต่ความแตกต่างระหว่างพื้นที่มีน้อยกว่า การผลิตพยาบาลประมาณ 6,000-7,000 คนต่อปีตั้งแต่ก่อนปี 2540 มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ทันตแพทย์เป็นกลุ่มที่ขาดแคลนที่สุด โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บุคลากรอื่นๆ ขาดแคลนไม่รุนแรงเท่ากับทันตแพทย์เพราะมาตรฐานที่ตั้งต่ำ เช่น แพทย์ ต่อประชาชน 10,000 คน ถ้าแพทย์ทำงานสัปดาห์ละ 5 วัน และประชาชนมาพบแพทย์เฉลี่ยปีละ 2.5 ครั้ง แต่แต่ละวันแพทย์ต้องตรวจคนไข้ 100 คน ยากที่จะทำให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างคงเส้นคงวา



5. การเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อประชาชนหรือต่อแพทย์ไทยอย่างไร

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\* วรรชิต สุชนาค\*\*

\*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ \*\*คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย และเสนอแนะท่าทีต่อการเปิดเสรีดังกล่าว **วิธีวิจัย** การประเมินผลกระทบเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ การสำรวจจรรยาบรรณและสวัสดิการครูวีรชนปี 2546 และการลาออกของแพทย์

**ผลการศึกษา** การประเมินผลกระทบเชิงปริมาณสร้างเหตุการณ์สมมติว่า มีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาใช้บริการปีละ 1 แสนคน จะส่งผลให้แพทย์สูญเสียไปสู่อีกนอกชน 200-400 คน นอกจากนี้ การสูญเสียแพทย์ยังทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคุณภาพด้อยลง ทำให้ประชาชนเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชนมากขึ้น ทำให้สูญเสียแพทย์สู่อีกนอกชนเพิ่มขึ้นอีก 40-300 คน รวมเป็นการสูญเสียแพทย์ 240-600 คน หรือสูญเสียการลงทุนผลิตแพทย์ 420-1,260 ล้านบาท นอกจากนั้นยังมีผลถึง สวัสดิการด้านสุขภาพที่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสไม่ได้รับอีกด้วย **สรุป** รัฐบาลไม่ควรเร่งเชิญชวนให้ผู้ป่วยต่างชาติเดินทางเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย จนกว่าอุปทานของระบบบริการสุขภาพของไทยจะมีมากเพียงพอ และไม่มีปัญหาการกระจายเช่นในปัจจุบัน นอกจากนั้นควรคำนึงถึงนโยบายว่า เมื่อให้อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพของไทยเพิ่ม ต้องคำนึงถึงสมดุลที่เหมาะสม เช่น การนำเข้าบุคลากรสุขภาพจากต่างชาติ แต่ทั้งหมดนี้ควรเป็นไปด้วยการไม่เอาัดเอาเปรียบซึ่งกันและกัน ควรมีระบบพัฒนาคนและโครงสร้างพื้นฐานให้แต่ละประเทศได้รับประโยชน์ตามหลักการความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบให้มากที่สุด

**คำสำคัญ** การเปิดเสรีทางการค้า องค์การการค้าโลก การสูญเสียแพทย์ ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ

## 6. ระบบร้องเรียนของหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

วิโรจน์ ณ ระนอง\* อัญชณา ณ ระนอง\*\* นิภา ศรีอนันต์\*

\*สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย \*\*สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

**วัตถุประสงค์** ศึกษากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย รวมทั้งการพัฒนามาตรการและกลไกการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

**ผลการศึกษา** สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ดูแลโดยกรมบัญชีกลาง ใช้กลไกการเบิกจ่ายเงินตามสิทธิ การดำเนินงานเน้นที่การดูแลตรวจสอบเรื่องการเบิกจ่ายเงิน โดยไม่มีกลไกควบคุมคุณภาพบริการหรือการจัดการกับปัญหาและการร้องเรียน การให้เบิกค่ารักษายาบาลตามรายการ (fee for service) ทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการให้การรักษามากกว่าในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ แต่ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีปัญหาคุณภาพบริการ สวัสดิการข้าราชการกำลังปฏิรูปกลไกการจ่ายเงิน ซึ่งจะทำได้คล้ายคลึงกับประกันสุขภาพอื่นๆ มากขึ้น ทำให้มี**เหตุผลที่สมควรพัฒนาระบบการจัดการกับเรื่องร้องเรียนสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการควบคู่ไปกับการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินด้วย**

ประกันสังคมดำเนินการตามพ.ร.บ.ประกันสังคมและพ.ร.บ.เงินทดแทน แม้พรบ.ทั้งสองฉบับไม่กำหนดการร้องเรียน แต่เมื่อเริ่มดำเนินการก็เริ่มระบบรับเรื่องร้องเรียน คณะกรรมการการแพทย์ทำการสอบสวนรวมถึงเสนอบทลงโทษสถานพยาบาลในกรณีที่เกิดคณะกรรมการฯ ตัดสินว่าสถานพยาบาลเป็นฝ่ายผิด เครื่องมือหลักที่ใช้ลงโทษสถานพยาบาลที่ไม่ทำตามเงื่อนไขหรือจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์คือ โควตาจำนวนผู้ประกันตนซึ่งเป็นรายได้พื้นฐานของสถานพยาบาลจากประกันสังคม การลงโทษเริ่มจาก ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์โรงพยาบาลและแพทย์ผู้รักษา 1 ปี ตัดโควตาผู้ประกันตน ห้ามแพทย์รักษาผู้ประกันตน ส่งเรื่องให้แพทย์สภาพิจารณาทางจริยธรรม ความเข้มงวดรุนแรงคือพิจารณายกเลิกสัญญา มีสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับการต่อสัญญาแทบทุกปีระหว่างปี 2541-44 แต่ปี 2543-44 มีจำนวนลดลงและไม่มีการลงโทษสถานพยาบาลในปี 2545-46 การลงโทษสถานพยาบาลโดยลดโควตามีจำนวนมากขึ้นระหว่างปี 2543-44 และลดลงในปี 2545-46

โครงการ 30 บาทฯ มีความสำคัญกับการร้องเรียนเป็นอย่างมาก โดยคาดหวังว่าการเปิดช่องทางการร้องเรียนจะมีส่วนช่วยควบคุมมาตรฐานการรักษายาบาล แต่ทำให้นุ้บุคลากรจำนวนมากไม่พอใจทั้งนโยบายและวิธีการจัดการกับการร้องเรียน ไปจนถึง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ.2545 มาตรา 41 และ 42 หลังการประกาศใช้พรบ.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งสำนักงานบริการประชาชน หน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากหน่วยให้บริการ ทำหน้าที่รับเรื่องร้องทุกข์ในส่วนกลาง สำหรับส่วนภูมิภาคสปสข.ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเครือข่ายรับเรื่องร้องทุกข์ ในปี 2545 และ 2546 จำนวนเรื่องร้องเรียนที่สำนักงานบริการประชาชนระหว่างเพิ่มขึ้นหนึ่งเท่าตัวจาก 1,815 ราย เป็น 3,688 ราย (ไม่รวมการร้องเรียนสสจ.ทั่วประเทศ) ในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2547 มีการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ 40 รายจาก 56 ราย โดย 26 รายเป็นกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร ในส่วนของผู้ให้บริการปี 2547 มีผู้ให้บริการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 16 ราย ผู้ที่ขอรับการช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นพยาบาล สาเหตุที่พบมากที่สุดคือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ขณะส่งต่อผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ถ้าปฏิบัติตามลายลักษณ์อักษรที่เขียนเข้มงวดเกินไป เงินช่วยเหลือจ่ายได้เฉพาะในกรณีที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ผิด ซึ่งน่าจะขัดกับเจตนารมณ์ของ**การมีมาตรา 41 ซึ่งกำหนดให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ไม่มีผู้กระทำผิดเอาไว้ด้วย** ถ้าการตัดสินให้จ่ายหรือไม่จ่ายเงิน และยอดเงินที่ตัดสินให้จ่าย สัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการที่ผู้ให้บริการเป็นฝ่ายผิดหรือไม่ ในที่สุดการตัดสินของคณะอนุกรรมการฯ จะกลายเป็นสัญญาณให้ผู้เสียหายนำไปฟ้องร้องตามที่ฝ่ายผู้ให้บริการกลัวว่าจะเกิดขึ้น



## 7. ทางเลือกเพื่อการออกแบบระบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์\* ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*

\*ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, \*\*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับการออกแบบระบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย ในประเทศไทย **วิธีศึกษา** สังเคราะห์บทเรียนที่ได้จากการทบทวนเอกสาร การศึกษาดูงานและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานในบางประเทศ และอภิปรายกับผู้ทรงคุณวุฒิในมหาวิทยาลัย

**ผลการศึกษา** ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา ได้แก่ 1. การแสดงถึงปรัชญาหรือคุณค่าพื้นฐานที่ชัดเจนและการกำหนดวัตถุประสงค์หลักของระบบที่สอดคล้องกับปรัชญาพื้นฐาน 2. การออกแบบระบบในด้านลักษณะองค์กร แหล่งที่มาของเงิน เกณฑ์การจ่ายชดเชย กระบวนการพิจารณาตัดสิน การดำรงสิทธิฟ้องศาล เป็นสิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของทุกฝ่าย และทำให้พฤติกรรมของระบบโดยรวมของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน และ 3. แนวทางการประเมินผลการทำงานของระบบที่เน้นเรื่องความเป็นธรรม ความมีประสิทธิภาพ คุณภาพ และการรับผิดชอบต่อสังคมของระบบ

**คำสำคัญ** การออกแบบระบบ, การชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย

## 8. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและความคาดหวัง: มุมมองประชาชนจาก 30 บาท รักษาทุกคน

อัญชานา ณ ระนอง

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาลักษณะในระยะแรกของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และโครงการ “30 บาท รักษาทุกคน”) ที่มีต่อประชาชนจากมุมมองของประชาชนเอง โดยคำนึงถึงพฤติกรรมการเลือกวิธีรักษาพยาบาลและการเลือกใช้สถานพยาบาลของประชาชนและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาล รวมทั้งความต้องการ ความคาดหวัง และปัญหาที่ประชาชนประสบในการรักษาพยาบาล **วิธีศึกษา** การวิจัยเชิงคุณภาพโดยสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เจาะลึกในพื้นที่ 10 จังหวัดครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย (รวมกรุงเทพมหานคร) ทั้งชุมชนเมือง และชนบท

**ผลการศึกษา** ปัจจัยรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาพวะและอาการของโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วย และข้อมูลที่ประชาชนมี มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล และปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันด้วย รายได้มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาล (เช่น การเลือกไปที่คลินิกเพราะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการที่โรงพยาบาลมีผลกระทบต่อรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้) สิทธิในการรักษาพยาบาลมีผลในการเลือกสถานพยาบาล ประชาชนมักจะทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีจะไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของสิทธิที่ตนเองมี ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (รวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) มักจะมีผลต่อการเลือกวิธีและสถานที่รักษาพยาบาล เช่น ประชาชนในชนบทมักซื้อยาแก้หวัดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในหมู่บ้าน ประชาชนจำนวนหนึ่งเลือกไปคลินิกเพราะไม่ต้องรอนาน ทำให้ไม่ต้องเหมารถกลับบ้านเมื่อไปโรงพยาบาล ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานอนามัยมักใช้บริการของสถานอนามัย ประชาชนที่อยู่ไกลซื้อยาที่ร้านขายยาหรือไปคลินิก ประชาชนที่มีพาหนะเองมักจะใช้บริการของสถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเป็นของตัวเอง สภาพวะและอาการของโรค ประชาชนพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนเองอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะตัดสินใจว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าคิดว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หายเองได้ ก็อาจปล่อยให้หายเอง ถ้ามีอาการที่คิดว่าไม่หายเองจะเริ่มพึ่งยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยา แต่ถ้ายังรักษาไม่หายหรือมีอาการมากขึ้นก็จะไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หายหรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร กลุ่มอายุของผู้ป่วย เมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองมักพาเด็กไปรับการรักษาในที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว เช่นที่คลินิก แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มักไปที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน โดยให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุมักเป็นอาการที่ค่อยเป็นค่อยไป รอได้ และไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินแก่ลูกหลาน ข้อมูลที่ประชาชนมี การรับรู้สิทธิของตนทำให้อลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล โครงการ 30 บาททำให้ประชาชนมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น รว “30 บาทรักษาทุกคน” จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไปและไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้อื่นๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอและการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการให้มีโครงการนี้ต่อไปเพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับตนเองในกรณีป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาค สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการต้อนรับขับสู้ของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม ยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ไว้วางใจคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มรายได้อ่อนและปานกลางซึ่งไม่ใช้บริการในปัจจุบัน



## 9. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ปี 2545-2546

วิโรจน์ ณ ระนอง\* อัญญา ณ ระนอง\*\* ศรัชัย เตรียมวรกุล\* ศศิอุษ วงษ์มณฑาทา\*

\*สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย \*\*สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

**วัตถุประสงค์** เพื่อติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระหว่างปี 2544-2547 **วิธีศึกษา** ใช้วิธีศึกษาหลายวิธี ได้แก่ การทบทวนงานวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ การสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม การสังเกตการประชุมและสัมมนาของฝ่ายต่างๆ การติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การใช้แบบสอบถาม

**ผลการศึกษา** สวัสดิการข้าราชการด้านการรักษาพยาบาลให้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางโดยไม่มีเพดาน ในระยะเวลา 13 ปีก่อนปี 2545 ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหกเท่าตัว (เฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี) ปี 2545 กรมบัญชีกลางเริ่มแผนปฏิรูปสวัสดิการข้าราชการซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีมาตั้งแต่ปี 2543 แผนปฏิรูปเสนอให้เปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินผู้ป่วยในจากวิธีเบิกจ่ายตามบริการ เป็นเบิกจ่ายตามราคาที่กำหนดตามกลุ่มโรค มีการตั้งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) บริหารข้อมูลการเบิกจ่ายเงิน แต่ประสบปัญหาในด้านข้อกฎหมายเนื่องจากคณะกรรมการกฤษฎีกาตีความว่าวิธีนี้เป็นการลิดรอนสิทธิของข้าราชการ แต่ระบบข้อมูลการเบิกจ่ายมีส่วนช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน นอกจากนี้กรมบัญชีกลางยังมีแผนปฏิรูประบบการเบิกจ่ายยา (ปี 2546 โครงการนี้ครอบคลุมประชากรสี่ล้านคนเศษ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 26,000 ล้านบาท)

ประกันสังคมให้สิทธิประโยชน์เจ็ดด้านซึ่งรวมสิทธิการรักษาพยาบาลนอกงานรวมอยู่ด้วย สำหรับการเจ็บป่วยจากงานอยู่ในกองทุนเงินทดแทน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 ลูกจ้างในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการทุกรายที่ต้องเข้าโครงการประกันสังคม ลงทะเบียนเพิ่มเพียงเจ็ดแสนคนเศษ (ประมาณไว้ 2.5-3.3 ล้านคน) ทำให้มีประชากรเหลืออยู่ในโครงการ 30 บาทมากกว่าที่ควรจะเป็น ปี 2546 กองทุนเงินทดแทนปรับเพิ่มเพดานค่าใช้จ่ายการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเพิ่มระยะเวลาจ่ายเงินทดแทนจาก 15 ปีเป็นตลอดชีวิตเหมือนประกันสังคม

กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถมีจุดเริ่มจากพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถพ.ศ. 2535 เพื่อแก้ปัญหาผู้ประสบภัยถูกปฏิเสธจากสถานพยาบาล กองทุนนี้คุ้มครองความเสียหายกับประชาชนทุกคน ซึ่งเป็นสิทธิซ้ำซ้อนกับหลักประกันอื่นๆ ผู้ประสบภัยไม่ยอมใช้สิทธินี้เพราะมีความยุ่งยาก (เช่น ต้องไปแจ้งความ) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2545 พยายามแก้ปัญหานี้โดยกำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียกเก็บค่าสินไหมแทนผู้เสียหาย แต่ยังไม่มียุติบัญญัติว่าโครงการทั้งสองได้ร่วมมือใดๆ ปี 2546 มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีผู้ประสบภัยเสียชีวิต และกลางปี 2547 กองทุนฯ ร่วมกับกรมการขนส่งทางบกบังคับให้เจ้าของรถที่จะต่อทะเบียนนำกรมธรรม์ที่มีวันหมดอายุมาแสดงด้วย แต่พบปัญหาร้องเรียนต้องเปลี่ยนเป็นขอความร่วมมือ

"30 บาทรักษาทุกโรค" เริ่มโครงการกลางปี 2544 โดยออก "บัตรทอง" ให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิ 2 ชนิดข้างต้น แม้ว่าภาพลักษณ์ของ "30 บาท" เป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่ปี 2545 เป็นการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบสาธารณสุข เปลี่ยนวิธีจัดงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งน่าจะทำให้เกิดความเสมอภาคมากขึ้น ปี 2546-2547 จัดสรรโดยแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว ทำให้งบต่อหัว (ส่วนที่นอกเหนือจากเงินเดือน) ไปยังโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเหลือเพียงสิริ้อยบาทเศษต่อคน (ใกล้เคียงบเดิมก่อนเริ่มโครงการ 30 บาท) ปี 2545 มีผู้ป่วยนอกใช้บริการเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่าตัว และยังคงเพิ่มขึ้นในปี 2546 (แต่จำนวนที่โรงพยาบาลลดลงจากปี 2545 เล็กน้อย) จำนวนผู้ป่วยในและวันนอนก็เพิ่มขึ้นในทั้งสองปีเช่นกัน (ต่างจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยในลดลงในปี 2545) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จำนวนการใช้บริการและการส่งต่อที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นผลจากการที่บังคับให้ผู้ที่ใช้สิทธิต้องไปเริ่มต้นใช้สิทธิที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตร



อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ถือบัตรทองต่ำกว่ากลุ่มอื่นทุกกลุ่ม ถัดมาได้แก่กลุ่มประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ขณะที่กลุ่มบัตรทอง "ท" (ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิเดิม ผู้สูงอายุและเด็ก) มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกสูงที่สุดในด้านสถานที่ให้บริการนั้น กลุ่มข้าราชการและประกันสังคม ใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในอัตราที่สูงกว่าที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน กลุ่มบัตรทอง 30 บาท มีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนไม่ต่างกัน และกลุ่มบัตรทอง "ท" มีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน (และเครือข่าย) สูงกว่าที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ในปี 2546 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของทุกกลุ่มเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 การใช้บริการของผู้ป่วยใน กลุ่มประกันสังคมมีอัตราการใช้บริการต่ำสุด กลุ่มสวัสดิการข้าราชการมีอัตราการใช้บริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศอย่างชัดเจน (ร้อยละ 14-15 เทียบกับร้อยละ 11) รองลงมาได้แก่กลุ่มบัตรทอง "ท" ส่วนกลุ่มบัตรทอง 30 บาทมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่ต่ำใกล้เคียงกับกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมในด้านสถานที่ให้บริการ อัตราส่วนการใช้บริการของทุกกลุ่มที่โรงพยาบาลใหญ่สูงกว่าที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจนทุกพื้นที่และทุกสิทธิ์ (มากกว่าหนึ่งถึงสองเท่าตัว) กลุ่มสวัสดิการข้าราชการมีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยในปี 2546 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสิทธิ์ 30 บาท ที่รายงานโดยสถานพยาบาลในปี 2545 และ 2546 สูงกว่าอัตราที่ใช้คำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณปี 2544-2546 ถึงร้อยละ 40 และสูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณสำหรับปี 2548 ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่รายงานโดยสถานพยาบาลในปี 2545 ต่ำกว่าอัตราที่ใช้คำนวณงบประมาณจ่ายเกือบร้อยละ 20 ในปี 2546 อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกที่รายงานโดยสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจนเกือบเท่ากับอัตราที่ใช้คำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวปี 2544-2546 และสูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณสำหรับปี 2548 การคำนวณงบประมาณของโครงการ 30 บาท โดยใช้ตัวเลขอัตราการใช้บริการที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ย่อมมีโอกาสอย่างมากที่จะคำนวณได้ตัวเลขงบที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

อัตราการตายที่โรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลตัวหนึ่งที่ไม่ไว้นักและมีข้อจำกัดในการตีความ เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายผู้ป่วยนอกปี 2543-2546 พบว่าอัตราตายต่อจำนวนครั้งของการให้บริการในปีงบประมาณ 2545 ลดลงจากปีก่อนๆ เกือบครึ่งหนึ่ง สาเหตุสำคัญเกิดจากจำนวนครั้งเพิ่มขึ้น อัตราตายผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลต่อประชากรแสนคน ปี 2545 เพิ่มขึ้นจากในปี 2543-44 เล็กน้อย อัตราตายผู้ป่วยในปี 2545 ไม่ต่างจากปี 2543 และ 2544 มากนัก ทั้งต่อจำนวนผู้ป่วยในและต่อประชากรแสนคน เมื่อแยกตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่าอัตราตายผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจากปี 2544 และ 2543 ประมาณร้อยละ 29 และ 16 (โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดที่จัดสรรเงินทั้งก่อนมีอัตราตายผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากปี 2544 และ 2543 ร้อยละ 45 และ 22 ตามลำดับ) และอัตราตายผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนที่โรงพยาบาลชุมชนปี 2545 เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 17-20 (โรงพยาบาลชุมชนในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรงบทั้งก่อนเพิ่มขึ้นชัดเจนมากกว่าในจังหวัดที่เหลือ) เมื่อเทียบอัตราตายที่โรงพยาบาลต่อประชากรปี 2545 กับปี 2546 (ทุกจังหวัดเปลี่ยนใช้วิธีแยกงบผู้ป่วยในรวมเป็นกองทุนจังหวัด) พบว่าอัตราลดลงทั้งกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ปี 2547 รัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายสำหรับสามโครงการหลักประมาณ 1.1 แสนล้านบาท (สวัสดิการข้าราชการประมาณ 6,000 บาท ประกันสังคม รวมทุกกรณี 2,115 บาท และ 30 บาท 1,331 บาทต่อคนต่อปีตามลำดับ) มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินของทั้งสามโครงการที่จ่ายให้สถานพยาบาลให้มีความใกล้เคียงกันเพื่อลดปัญหาแรงจูงใจของสถานพยาบาลที่จะให้บริการในลักษณะสองหรือหลายมาตรฐาน



## 10. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงครัวเรือนไทยมากขึ้นเพียงใด:

### การประเมินครัวเรือนเดิมซ้ำรอบสอง

ศุภสิทธิ์ พวรรณารุโณทัย\* ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์\*\* สุกัลยา คงสวัสดิ์\*\*\*

\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

\*\* คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก 65000

\*\*\* สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000

**วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2546 **วิธีการศึกษา** สํารวจซ้ำ ครัวเรือนเดิมที่ทำการสำรวจครั้งแรกในปี 2544 ครอบคลุมครัวเรือนประมาณ 4,000 ครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาคร ภูเก็ต

**ผลการศึกษา** อัตราการพบครัวเรือนเดิมประมาณร้อยละ 77 และพบสมาชิกครัวเรือนคนเดิมร้อยละ 70 จังหวัดที่พบครัวเรือนเดิมและสมาชิกคนเดิมมากที่สุดคืออุบลราชธานี จังหวัดที่พบต่ำที่สุดคือภูเก็ต อัตราการมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น คือผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ลดจากร้อยละ 8.8 ปลายปี 2544 เหลือร้อยละ 4.3 ในปี 2546 อัตราการรับบริการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมต่ำมาก เมื่อใช้อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงของนโยบายในระดับครัวเรือน พบว่า การใช้สิทธิของกลุ่มบัตรทอง(จ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท) กรณีผู้ป่วยนอก เพิ่มจากร้อยละ 47 ปี 2544 เป็นร้อยละ 58 ปี 2546 การใช้สิทธิกลุ่มบัตรทอง(จ่าย 30 บาท) กรณีผู้ป่วยใน เพิ่มจากร้อยละ 52 เป็นร้อยละ 69 กรณีโรคเรื้อรังพบการเข้าถึงบริการลดลง แต่ความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพ พบว่า การจ่ายเงินเองของผู้มีโรคเรื้อรังมีความไม่เป็นธรรมลดลง (การถดถอยต่อรายได้ของรอบสองลดลงกว่ารอบแรก) การสำรวจครัวเรือนทั้งสองรอบนี้ สรุปว่าการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของกลุ่มบัตรทองมากขึ้น นโยบายการคลังสาธารณะนี้ ช่วยลดความไม่เป็นธรรมของการคลังสุขภาพได้โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ต้องระวังอัตราการเข้าถึงบริการในอนาคต

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสำรวจครัวเรือนเดิมซ้ำ การใช้สิทธิ ผลกระทบนโยบาย

## 11. ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในเขตกรุงเทพมหานคร

สุกัลยา คงสวัสดิ์\* สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*

\* สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข \*\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

**วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านความครอบคลุม ภาวะการเจ็บป่วย และอัตราการใช้สิทธิในโครงการ ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ สถานะสุขภาพจากการประเมินตนเอง และผลกระทบทางการเงินและบริการสุขภาพที่ได้รับ **วิธีศึกษา** ทำการสำรวจครัวเรือนจำนวน 502 ครัวเรือน จำนวนสมาชิก 2,077 คน พบว่าคนจนส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ มีอัตราส่วนวัยพึ่งพิงร้อยละ 67 มากกว่ากลุ่มไม่จน ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในคนจนเท่ากับ ร้อยละ 89 การไม่มีหลักประกันสุขภาพพบในคนจนมากกว่าคนไม่จนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุการไม่มีบัตรทองเนื่องจากไม่มีทะเบียนบ้านพบในคนจน 5.3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่จน

**ผลการศึกษา** อัตราการรับบริการส่งเสริมสุขภาพของคนจนมากกว่ากลุ่มไม่จน ยกเว้น การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจไขมันในเลือด อัตราป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ของคนจน 5.57 ครั้งต่อคนต่อปี และอัตราการใช้บริการ 2.03 ครั้งต่อคนต่อปี พบมากกว่าคนไม่จน อัตราที่คนจนไปใช้บริการตามสิทธิเท่ากับร้อยละ 41 อัตราการนอนโรงพยาบาลในรอบปีของคนจนร้อยละ 7.5 มากกว่าคนไม่จน คนจนไปนอนในโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนร้อยละ 62 มากกว่าคนไม่จน คนจนที่เป็นโรคเรื้อรังใช้บริการเพียงร้อยละ 44 น้อยกว่าคนไม่จน แต่มีความถี่ในการไปใช้บริการ 8 ครั้งต่อคนต่อปี บ่อยกว่าคนไม่จน และอัตราการใช้บริการตามสิทธิร้อยละ 100 สูงกว่าคนไม่จน ความพึงพอใจในการไปใช้บริการของคนจนมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าคนไม่จนทุกประเภทการเจ็บป่วย การประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองของคนจนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยกว่าคนไม่จนในทุกกลุ่มอายุ

คนจนได้รับผลกระทบด้านการเงินจากการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 91 เมื่อเปรียบเทียบกับคนไม่จน หรือร้อยละ 57 เมื่อเทียบกับคนจนด้วยกัน (ผลกระทบปัญหาด้านการเงินของคนจนมีเท่ากับร้อยละ 39 จากผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด) คนจนพบปัญหาด้านบริการร้อยละ 70 เมื่อเปรียบเทียบกับคนไม่จน หรือร้อยละ 9 เมื่อเปรียบเทียบกับคนจน (ผลกระทบปัญหาด้านบริการของคนจนมีเท่ากับร้อยละ 8 จากผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด) ความต้องการของคนจนถ้าสามารถใช้สิทธิได้ทุกที่ น่าจะช่วยลดการไม่ได้ใช้สิทธิของคนจนลงได้ และช่วยลดภาระการกู้หนี้ยืมสินเพื่อรับบริการสุขภาพ

**คำสำคัญ** ความยากจน ผลกระทบทางสุขภาพ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร



## 12. ความไม่เป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพเขตกรุงเทพมหานคร

ศรัณญา เบญจกุล\* ศุภสิทธิ์ พรรณาอุไร\*\*

\* กลุ่มประเมินผล สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข \*\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินความไม่เป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร **วิธีศึกษา** วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ รวมทั้งสิ้น 5 รอบ โดย 3 รอบแรก (ปี พ.ศ. 2534 2539 และ 2544) เป็นช่วงก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ 2 รอบสุดท้าย (ปี พ.ศ. 2546 และ 2547) เป็นช่วงหลังนโยบายฯ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเจาะจงเฉพาะ ประชาชนเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ความเป็นธรรมด้วยดัชนีการกระจาย วัดความเป็นธรรมแนวราบ การเจ็บป่วยและใช้บริการสาธารณสุข ปรับมาตรฐานด้วยวิธีทางอ้อม (indirect standardization)

**ผลการศึกษา** เมื่อปรับการคำนวณอัตรามาตรฐานตามอายุ-เพศ การมีหลักประกันสุขภาพ และความจำเป็นทางสุขภาพไม่ต่างกัน ความไม่เป็นธรรมแนวราบของการใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก กรณีเจ็บป่วยปัจจุบันมีดังนี้ 1) ประชาชนในครัวเรือนฐานะดี ยังคงใช้บริการสุขภาพโดยรวมมากกว่าประชาชนในครัวเรือนฐานะด้อยกว่า และช่องว่างการใช้บริการระหว่างประชาชนที่มีฐานะต่างกันขยายกว้างขึ้น 2) เมื่อพิจารณาการใช้บริการ จำแนกตามสถานบริการพบว่า การชื้อยากินเองและการใช้บริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน น้อยยิ่งขึ้นจากนโยบาย ขณะที่การใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ยังคงน้อยยิ่งขึ้นจากราย กรณีเจ็บป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า สถานบริการภาครัฐยังคงเป็นพื้นสถานพยาบาลของประชาชนในครัวเรือนยากจนทั้งก่อน-หลังนโยบาย การวิจัยบ่งชี้ว่า การลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพมิใช่คำตอบสุดท้ายของการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ **ข้อเสนอแนะ** ควรค้นหาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนการวิเคราะห์เส้นทางการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของประชาชนเขตกรุงเทพมหานคร จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับหรือจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดัชนีการกระจาย การใช้บริการ กรุงเทพมหานคร

13. การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของประชาชนในพื้นที่อำเภอเมืองนครสวรรค์  
เดือนใจ เสือดี\* วราภรณ์ ยิ้มเจริญ\*\* วรรณศิริ ท่าโพธิ์ † ละออง บัวดวง ‡ สำเร็จ ใจเที่ยงธรรม#  
ศุภสิทธิ์ พรรณาจุโณทัย§

\*โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ \*\*สถานีนามัยบ้านเกาะหงษ์ † สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติบ้านหนองเบน ‡ สถานีนามัยท่าขอน  
เบน §สถานีนามัยตำบลปอทอง ฐานวิจัยและติดตามความเป็นธรรมมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาถึงขนาด ความรุนแรง ลักษณะทางประชากร สาเหตุและผลกระทบของผู้เข้าถึง  
หลักประกันสุขภาพ **วิธีศึกษา** วิจัยเชิงปริมาณและเชิงกึ่งปฏิบัติการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2546 ถึง  
มีนาคม 2547 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 382 คน ครัวเรือน กระจายความครอบคลุมอำเภอเมืองนครสวรรค์  
**ผลการศึกษา** พบประชากรตัวอย่าง 1,560 คน มีผู้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพร้อยละ 6.6 สูงกว่ารายงานของ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ซึ่งพบเพียงร้อยละ 2 ลักษณะผู้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ การเป็น  
ประชากรเขตเมือง มีโอกาสเข้าถึงหลักประกันสุขภาพมากกว่าผู้อยู่นอกเขตเมือง (P-value < 0.01) การอยู่ใน  
เครือข่ายของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีโอกาสเข้าถึงหลักประกันสุขภาพมากกว่าเครือข่ายบริการสุขภาพอื่น  
(P-value = 0.01) พบเพศหญิงเข้าถึงหลักประกันสุขภาพมากกว่าเพศชาย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา และมี  
อาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ สาเหตุคือไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้านมีจำนวนสูงสุด ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเมื่อรับการ  
รักษาผู้ป่วยนอกต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 323 บาท/ครั้ง เมื่อรักษาตัวในโรงพยาบาลค่ารักษาผู้ป่วยในเฉลี่ย 13,768  
บาท/ครั้ง การวิจัยกึ่งปฏิบัติการเพื่อแก้ไขและติดตามประเมินผลทั้ง 3 ครั้งพบว่ามีปัญหาหลายประการที่ไม่สามารถ  
ดำเนินการแก้ไขให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุมได้ ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบการให้หลักประกัน  
สุขภาพและพัฒนาบุคลากรในระบบบริการสุขภาพให้ตระหนักในเป้าหมาย คือ ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง  
โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

**คำสำคัญ** การเข้าถึง, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, อำเภอเมืองนครสวรรค์



14. ความไม่เป็นธรรมด้านคุณภาพบริการภายใต้โครงการ 30 บาท: มุมมองจากผู้บริโภค  
ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์,

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม 73170

**วัตถุประสงค์** เพื่อวิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านคุณภาพบริการภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จากมุมมองของผู้บริโภค **วิธีศึกษา** เก็บรวบรวมข้อมูลจากอำเภอ 2 แห่งในจังหวัดนครปฐม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากหัวหน้าหรือตัวแทนของครัวเรือน ซึ่งมีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งในเขตเมืองและชนบท จำนวน 650 คน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมนอกจากข้อมูลทั่วไป สถานะทางสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุข เป็นข้อมูลการรับรู้ต่อคุณภาพบริการโดยประเมินจากความพอใจต่อบริการ ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการในอนาคต การมีแพทย์ประจำตัว การมีทางเลือกสำหรับบริการ การใช้บริการแพทย์ทางเลือก ความเข้าใจต่อคำแนะนำที่ได้รับและการใช้จ่าย รวมถึงส่วนที่สำคัญที่สุดคือ คุณภาพในด้านการสื่อสารกับแพทย์

**ผลการศึกษา** มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำและรายได้สูง ถึงความรู้สึกว่าตนมีทางเลือกสำหรับการไปใช้บริการ โดยคนที่มียาได้ต่ำจะรู้สึกว่ามีทางเลือกสำหรับการไปใช้บริการน้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะเข้าใจคำแนะนำที่ได้รับและคำสั่งการใช้น้อยกว่า ในส่วนของคุณภาพการสื่อสารมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มคนที่มียาได้ต่างกัน ในเรื่องความเข้าใจต่อคำอธิบายที่ได้รับจากแพทย์ การมีโอกาสได้ซักถามและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับแพทย์ ข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า แม้โครงการ 30 บาท จะช่วยทำให้เกิดการเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน แต่การประกันความเป็นธรรมด้านคุณภาพบริการอาจจะเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพิจารณาต่อไปสำหรับโครงการนี้

**Key words:** ความเป็นธรรมด้านการดูแลสุขภาพ, คุณภาพบริการ, โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

### 15. Universal access to Renal Replacement Therapy in Thailand: A policy analysis

Viroj Tangcharoensathien\*, Viji Kasemsup\*\*, Yot Teerawatananon\*, Thanom Supaporn\*\*\*, Chitpranee Vasavid\*, Phusit Prakongsai\*

\*IHPP-Thailand, \*\*Ramathibodi Faculty of Medicine, \*\*\*Nephrology Society of Thailand

**Objective:** to investigate the demand for renal replacement therapy (RRT) and 20-year financial projection, cost effectiveness analysis between peritoneal dialysis (PD) and haemodialysis (HD), supply side assessment, and rationing criteria in view of resource constraints as requested by the National Health Security Office. **Method:** The study applied multiple methodological approaches.

**Result:** The incidence rate of end stage renal disease (ESRD) patients requiring RRT ranges from 100 to 300 per million population (PMP). If the government decides to provide universal access to RRT, assuming the incidence of 300 PMP, the number of ESRD patients receiving RRT will increase to more than 50,000 cases in the fifth year after implementation and more than 100,000 cases in the tenth year.

PD is better than HD for all age groups in terms of cost-effectiveness and cost-utility. The costs of PD and HD per life year saved and quality-adjusted life year (QALY) were so huge that they are not worth investing (higher than the benchmark of three times of GNP per capita for a life year saved). Other than cost-effectiveness, policy decision should consider equity and ethical dimensions, such as protecting households from financial catastrophe.

Poll survey indicated full support of universal RRT, financed by government. Key criteria for selecting some ESRD patients for RRT are: those who have urgent health needs, being poor and under-privileged, being bread-winner with several child dependants. Criteria should be applied to all public insurance schemes. Physicians and a panel of referees are the most appropriate body for patient selections.

Inequitable distribution of HD and human resources for RRT are observed, favouring affluent areas. Most nephrologists prefer to provide HD than PD because of the lack of incentive and high complications of PD. Supply side constraint is a major programmatic concern for scaling up RRT.

To prevent catastrophic expenditure, and two rationing principles, health maximization and fair-inning, the Project steering committee recommended NHSO a limited access to RRT for only those who are fit for kidney transplantation and have no comorbidity.

An adequate and sustainable financing for RRT is needed, with active management to promote PD. Copay for RRT is discouraged, as it can cause poor household a financial catastrophe. Program logistic requires bulk purchasing and central negotiation that bring down prices of essential commodities for RRT services.

**Key words:** renal replacement therapy, end-stage renal disease, universal access, universal coverage, catastrophic health expenditure



## 16. Measuring the effects of reimbursement policy on utilization of high-cost health services in Thailand

Yot Teerawattananon\* Supasit Pannarunothai\*\*

\*IHPP-Thailand \*\* Centre for Health Equity Monitoring, Naresuan University

**Objective** To assess immediate impact of the reimbursement policy on service provision of particular expensive interventions, comparing provision of one year before and after the introduction of the high-cost package, focused on the treatments of ischaemic heart disease and gallbladder stone (percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA), coronary artery bypass grafting (CABG), open cholecystectomy (OC), and laparoscopic cholecystectomy (LC). **Method** Using hospital discharge data from the Centre for Health Equity Monitoring, Naresuan University, October 2000 to September 2002, descriptive statistical analyses were used for simple comparison over years. Regression analysis was used to measure effects of the introduction of the high-cost package by comparing odds of undergoing the high-cost services across health insurance schemes before and after the implementation of the policy.

**Results** The inclusion of CABG and PTCA in the high-cost package, led to 171 cases of CABG and PTCA (0.67% 25,398) in 2001 and 200 (0.78% 25,481) in 2002. Self pay patients had the highest proportion, followed by patients with the civil servant medical benefit (CSMB) and the 30baht scheme (UC). Multivariate regression analysis showed no significant difference of age group and gender on the odds of receiving CABG or PTCA, but the underlying illness, type of health care providers, and health insurance coverage did significantly change the odds of undergoing CABG or PTCA. Chronic MI was the causes of significant higher odds of undergoing CABG or PTCA compared to acute MI. The odds were also higher among patients admitted in specialist hospitals and medical schools. Before the inclusion of CABG and PTCA in the high-cost package, patients with CSMBs had higher odds of obtaining CABG or PTCA compared to patients with UC and out-of-pocket, but after that there was no evidence of significant difference between different health insurance schemes. In 2001, the LC operations saw an increase of 76% (1,197 cases from 680 in 2000). LC accounted for 9% of the total gall bladder operations in 2000 and increased to 17% in 2001. The CSMB patients had the highest percentage of receiving laparoscopic surgery, followed by the self pay patients. Logistic regression found that patients in the oldest age group had lower odds of undergoing LC compare to the younger; female patients and patients admitted in medical school had higher odds of receiving LC operation. Patients with CSMBs had higher odds of treatment with less invasive procedure than the UC patients both before and after the introduction of high-cost package.

**Key words:** universal health insurance; health care service package; high-cost services; public reimbursement



## 17. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการรังสีรักษาในประเทศไทยภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภูษิต ประคองสาย สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์การเข้าถึงบริการรังสีรักษา การให้บริการของหน่วยรังสีรักษา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า **วิธีการศึกษา** การทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติภูมิการให้บริการของหน่วยรังสีรักษาและผู้ป่วยที่รับบริการ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รับบริการและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแพทย์รังสีรักษาอาวุโสและคณะกรรมการสมาคมรังสีรักษาแห่งประเทศไทย 12 ราย ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2544 ถึง กันยายน 2545

**ผลการศึกษา** หน่วยรังสีรักษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 10 แห่ง (จากภาครัฐและเอกชน 25 แห่งทั่วประเทศ) ไม่มีหน่วยใดผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำในด้านจำนวนแพทย์รังสีรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณจำนวนผู้รับบริการฯ มีเพียงร้อยละ 20 ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำจำนวนนักฟิสิกส์การแพทย์ และเมื่อประเมินหน่วยรังสีรักษาทั้ง 25 แห่งพบว่า มีหน่วยรังสีรักษาเพียง 7 แห่ง หรือร้อยละ 28 ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านบุคลากรทั้งสองประเภท ด้านเครื่องมือรังสีรักษาพบว่า ภาครัฐมีเครื่องมือครบตามเกณฑ์ขั้นต่ำเกือบทั้งหมด ภาคเอกชนส่วนใหญ่ตกเกณฑ์กรณีไม่มีเครื่องฝังแร่ เนื่องจากการชะลอตัวในการลงทุนภายหลังจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ด้านการเข้าถึงบริการรังสีรักษา พบว่ามีความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านรังสีรักษา ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดที่มีหน่วยรังสีรักษาตั้งอยู่และจังหวัดใกล้เคียงมีแนวโน้มการเข้าถึงบริการรังสีรักษามากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในจังหวัดห่างไกล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการมีทั้งทางกายภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกรณีที่ไม่มีประกันสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ามารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจยากจนและไม่ได้ประกอบอาชีพ การสัมภาษณ์แพทย์รังสีรักษาอาวุโสและคณะกรรมการสมาคมรังสีรักษาพบว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขและแพทย์สภาจะต้องเร่งรัดแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์รังสีรักษาและนักฟิสิกส์การแพทย์ โดยต้องเร่งผลิตบุคลากรเพิ่มขึ้น มีมาตรการสร้างแรงจูงใจแก่แพทย์จบใหม่ให้ศึกษาต่อสาขานี้รวมทั้งป้องกันการสูญเสียบุคลากรจากระบบบริการฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการ ควรมีกลไกกลางเพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยรังสีรักษา โดยสมาคมรังสีรักษาแห่งประเทศไทยเป็นองค์กรที่ความเหมาะสมมากที่สุด นอกจากนี้ ต้องหาแหล่งงบประมาณในการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อทดแทนเครื่องมือเดิมที่ชำรุดหรือไม่สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ การแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ควรกระจายหน่วยบริการรังสีรักษาที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ควรแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง นอกจากนี้สนับสนุนให้มีมาตรการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งและการสืบค้นโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นมากกว่าการให้การรักษาในระยะสุดท้าย เป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจะต้องให้ความสำคัญ **สรุป** การแก้ไขปัญหาบริการรังสีรักษาต้องอาศัยนโยบายแก้ไขปัญหาด้านอุปสงค์ (demand) และอุปทาน (supply side) หมายถึง ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งในด้านกายภาพและภาระทางการเงิน ประสานงานเพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาทั้งด้านจำนวนและการกระจายของบุคลากรและเครื่องมือรังสีรักษาในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านรังสีรักษาที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีเศรษฐกิจยากจน

**คำสำคัญ:** รังสีรักษา, โรคมะเร็ง, ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



## 18. ผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ต่อ ระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช: ภาพรวมระดับประเทศและกรณีศึกษา สถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในภาคเหนือของประเทศไทย

บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ

โรงพยาบาลสวนปรุง

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบาย 30 บาทวิเคราะห์แบบแผนการให้และการใช้บริการจิตเวชของผู้ป่วยในของประเทศไทย และผลกระทบตลอดจนการปรับตัวของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 **วิธีศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาค้นย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2544-2545 ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ สถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมดที่มีบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน ระบบฐานข้อมูล 12 แฟ้ม หรือระบบอื่นๆ ที่เหมือนกัน และแบบรายงานการรับและจ่ายเงินเงินงบประมาณ สจ.ร.ง.1031, เงินบำรุง สจ.ร.ง. 1032 และ เงิน สป.ร.ง.102

**ผลการศึกษา** แบบแผนการให้และการให้บริการทางจิตเวชของไทย ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 พบว่า ประเทศไทยมีสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศที่ให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชประมาณ 720 และ 985 แห่ง ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยในทางจิตเวชปีละกว่า 70,000 ราย ส่วนใหญ่ใช้บริการของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิสูงถึงร้อยละ 57 รองลงมาใช้บริการของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต, สถานพยาบาลที่ให้บริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และโรงเรียนแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 36, 6 และ 1 ตามลำดับ จิตแพทย์ของไทยในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนทั้งหมด 387 คน เป็นจิตแพทย์สังกัดภาครัฐประมาณร้อยละ 80 ที่เหลืออยู่ในภาคเอกชน จิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของภาครัฐที่มีการให้บริการผู้ป่วยในมีจำนวน 211 คน คิดเป็นจิตแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 0.34 คน ต่อ 100,000 ประชากร การกระจายตัวของจิตแพทย์ไม่เท่าเทียม เห็นได้จากจำนวนจิตแพทย์มากกว่าครึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร การให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชมีการให้บริการข้ามเขตระดับจังหวัดสูงร้อยละ 30 ในขณะที่มีการใช้ข้ามเขตระดับเขตสาธารณสุขและเขตมหาดไทยมีค่าใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 14 จังหวัดที่มีการใช้และให้บริการสูงมักเป็นจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการทางจิตเวชได้ และ/หรือ มีจิตแพทย์อยู่ กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตชนิดจิตเภท (SCHIZOPHRENIA AND ACUTE PSYCHOTIC DISORDERS) รองลงมาเป็น ความผิดปกติจากการติดยาและสารเสพติดชนิดต่างๆ (SUBSTANCE-RELATED DISORDERS), โรคประสาทชนิดวิตกกังวล (ANXIETY DISORDERS) และ โรคความผิดปกติของอารมณ์ (MOOD DISORDERS) ตามลำดับ โดยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าบริการที่เรียกเก็บต่อรายเพิ่มขึ้น ในขณะที่สถานพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มมีจำนวนผู้ป่วยลดลง และมีการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อรายลง

การศึกษามูลค่าผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 พบว่า มีสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ สถานพยาบาลเหล่านี้มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงถึงร้อยละ 90-80 มีอัตราคืนทุนที่คิดจากค่าบริการที่เรียกเก็บได้จากค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งหมดตั้งแต่ร้อยละ 37-14 โดยภาพรวมมีเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้น ในช่วงที่ทำการศึกษสถานพยาบาลได้รับเงินงบประมาณไม่แตกต่างกัน สถานพยาบาลมีการปรับตัวต่อนโยบาย 30 บาทโดยจัดระบบติดตามเร่งรัดหนี้สินและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง โดยเฉพาะการลดจำนวนวันนอน

19. การแพร่กระจายของยาใหม่กับการเติบโตของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาความไม่เสมอภาคของการใช้ยาต้านการอักเสบประเภท COX-2 Inhibitors  
สุพล ลิ้มวัฒนานนท์\* จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์\* ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไธย\*\*

\* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น \*\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายกับแบบแผนการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ประเภทต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันตามลักษณะการใช้สิทธิประกันสุขภาพของผู้ป่วยในโรงพยาบาล **วิธีศึกษา** วิเคราะห์ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน ที่ได้รับการสั่งใช้ระหว่างปี 2543 - 2545 จำนวน 1,558,633 ใบสั่ง ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ รวม 18 แห่ง วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ generalized linear model (family: gamma distribution และ link function: logarithm) สำหรับข้อมูลค่าใช้จ่ายในรอบปีของกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในผู้ป่วยแต่ละราย และใช้ logistic regression สำหรับข้อมูลการสั่งใช้และไม่สั่งใช้ COX-2 inhibitor ในผู้ป่วยแต่ละราย

**ผลการศึกษา** ค่าใช้จ่ายโดยรวมของยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเพิ่มขึ้นในอัตรา 47.2% จาก 23.4 ล้านบาทในปี 2543 เป็น 34.5 ล้านบาทในปี 2544 แล้วลดลงเล็กน้อยภายหลังการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 เป็น 30.2 ล้านบาท พบว่า ส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ยา COX-2 inhibitors เติบโตอย่างรวดเร็วจาก 6.4% ในไตรมาสแรกของปี 2543 เป็น 45.9% ในไตรมาสสุดท้ายของปี 2545 ในขณะที่ส่วนแบ่งของใบสั่งยาดังกล่าวเพิ่มขึ้นจาก 0.5% เป็น 4.6% ในระยะเวลาเดียวกัน เมื่อคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างผู้ป่วย ปีที่ใช้ยา และโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาแล้ว พบว่า การใช้ COX-2 inhibitors ทำให้ค่าใช้จ่ายในรอบปีต่อรายผู้ป่วยเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยถึง 1,215% ( $P < 0.001$ ) ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการมีโอกาสได้รับยาที่มีราคาแพงดังกล่าวสูงเป็น 18.8 เท่า ( $P < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคมซึ่งมีเพศเดียวกัน อยู่ในกลุ่มอายุที่เท่ากัน และได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลที่เหมือนกันและในปีเดียวกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการได้รับยาในปริมาณการใช้ที่นานมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ **สรุป** การเติบโตอย่างรวดเร็วของยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านราคา ซึ่งเกิดจากการแพร่กระจายของยาใหม่ที่มีราคาแพง เช่น COX-2 inhibitors เป็นสำคัญ ปัจจัยด้านการคลังสุขภาพมีความสำคัญต่อแบบแผนการใช้ยาที่มีราคาแพงดังกล่าว เนื่องจากเป้าหมายหลักของการใช้ยาใหม่อยู่ที่กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายได้ เช่น ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาข้าราชการ การเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านยาและแบบแผนการใช้ยาที่สัมพันธ์กับสิทธิประกันสุขภาพภายหลังการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะยาวเป็นเรื่องที่ควรได้รับการติดตามศึกษาต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพื่อศึกษาลักษณะการอุดหนุนข้ามกลุ่มจากระบบการคลังสุขภาพแบบปลายเปิดที่มีการชดเชยค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลตามรายบริการ ไปสู่สิทธิประกันสุขภาพแบบปลายปิด เช่น ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ว่าเกิดขึ้นจริงหรือไม่

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายด้านยา ยาต้านการอักเสบ



## 20. ความไม่เท่าเทียมในการได้รับยาควบคุมโรคหอบหืดของผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จุฬารัตน์ ลิมวัฒนานันท์ สุพล ลิมวัฒนานันท์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว

\* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น \*\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบโอกาสในการได้รับการสั่งใช้ยาพ่นเสตีรอยด์ระหว่างสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล **วิธีศึกษา** วิเคราะห์ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการใช้ยาและการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 6,176 ราย ที่ได้รับยารักษาโรคหอบหืดติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปี (พ.ศ. 2543 - 2545) จากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 4 ภาค รวม 17 แห่ง

**ผลการศึกษา** ในปี 2544 - 2545 การใช้ยาพ่นเสตีรอยด์ในภาพรวมมีอัตราค่อนข้างคงที่ประมาณหนึ่งในสามของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการใช้ยารักษาหอบหืด อย่างไรก็ตาม อัตราการใช้ยามีความแตกต่างเป็นอย่างมากระหว่างสิทธิประกันสุขภาพ ได้แก่ ต่ำที่สุด (25.0% ในปี 2544 - 25.3% ในปี 2545) ในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สป.) ในปี 2544 หรือประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทบัตรทองในปี 2545 กลุ่มที่มีอัตราการสั่งใช้ยาพ่นเสตีรอยด์สูงกว่าค่าเฉลี่ย ได้แก่ ผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภท 30 บาท (47.7 - 50.0%) สวัสดิการข้าราชการ (40.5 - 41.2%) และกองทุนประกันสังคม (39.3 - 39.4%) ผู้ที่ได้รับการสั่งใช้ยาพ่นเสตีรอยด์มีประวัติการเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (12.8 - 14.2%) และการใช้ยาช่วยฉุกเฉิน (28.8 - 33.4%) ในปีก่อนหน้า สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติ (4.4 - 4.6% และ 24.7 - 22.2% ตามลำดับ) ในขณะเดียวกัน กลุ่มผู้ใช้สิทธิประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภท 30 บาทก็มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปีก่อนหน้า (9.5% - 9.5% และ 11.1 - 11.7% ตามลำดับ) สูงกว่ากลุ่มประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทบัตรทอง (6.1 - 6.7%) และสวัสดิการข้าราชการ (6.6 - 7.2%) เมื่อทำการควบคุมความแตกต่างในด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยและประวัติการเคยใช้บริการสุขภาพเพื่อรักษาโรคหอบหืดโดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยสมการถดถอยลอจิสติกแล้ว พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภท 30 บาท มีโอกาสได้ใช้ยาพ่นเสตีรอยด์มากที่สุด (adjusted OR 1.51, P<0.001 และ 1.47, P<0.001 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทบัตรทองมีโอกาสน้อยที่สุด (adjusted OR 0.84, P=0.026) เมื่อใช้กลุ่มประกันสังคมเป็นกลุ่มอ้างอิง **สรุป** ปัจจัยด้านการคลังสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญต่อความสามารถในการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีราคาแพง เช่น ยาพ่นเสตีรอยด์ แม้ว่าจะได้คำนึงถึงความจำเป็นทางคลินิกตามความรุนแรงของโรคแล้ว ระบบการคลังสุขภาพแบบปลายเปิด เช่น สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่ชดเชยค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลตามรายบริการทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาพ่นเสตีรอยด์ได้มากที่สุด ความไม่เสมอภาคในการใช้ยาพ่นเสตีรอยด์ของผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างกลุ่มที่ใช้บัตรทองและประเภท 30 บาท ภายหลังจากประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงเปลี่ยนผ่าน (2445) เป็นเรื่องที่ควรได้รับการติดตามศึกษาต่อไป

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้ยา ยาพ่นรักษาหอบหืด

## 21. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: กรณีศึกษาการซื้อยากินเอง ในจังหวัดเชียงใหม่

นภาพกรณ์ บั่นกลาง\* ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์\*\* ศุภสิทธิ์ พรธนาภูโณทัย\*\*\*

\*โรงพยาบาลไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่, \*\*โครงการจัดตั้งสาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, \*\*\*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความเป็นธรรมทางสุขภาพ กรณีศึกษาการซื้อยากินเอง ของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ โดยพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มทางสังคมที่ต่างกันในการเลือกในการรักษาความเจ็บป่วย, การเข้าถึงบริการด้านยา, การใช้บริการจากแหล่งกระจายยา และคุณภาพบริการด้านยา **วิธีศึกษา** การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง 200 คน และการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างผู้ให้ข้อมูลจำนวน 21 คน หน่วยของการวิเคราะห์คือหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีการซื้อยากินเองใน 1 ปีที่ผ่านมา

**ผลการศึกษา** การซื้อยากินเองเป็นทางเลือกอันดับแรกเมื่อเจ็บป่วยไม่รุนแรง (ร้อยละ 43.5 ของผู้ตอบแบบสอบถาม) และเป็นทางเลือกของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 10.3 ของทั้งผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำและสูง) โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เหตุผลว่าสถานพยาบาลรัฐใกล้บ้านไม่มียาที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วยเหมือนร้านขายยา, การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐไม่คำนึงถึงวัฒนธรรมชาย-หญิง การรอนาน รวมไปถึงกรณีที่ต้องจ่ายเงินเองเพื่อซื้อยาและไม่สามารถเบิกคืนได้ การซื้อยาจากร้านขายยามีราคาถูกกว่าโรงพยาบาล พบความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพด้านทางเลือกในการรักษาพยาบาล คนที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำถูกจำกัดทางเลือกตามประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล, รายได้ และการจัดบริการในระดับปฐมภูมิของภาครัฐ ในการศึกษาครั้งนี้ แม้พบความเป็นธรรมทางสุขภาพในการเข้าถึงบริการด้านยา แต่พบความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในการใช้บริการ จากการที่คนจนต้องจ่ายค่ายาเป็นสัดส่วนต่อรายได้ (ร้อยละ 1.54) มากกว่าคนรวย (ร้อยละ 0.64) อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) นอกจากนี้ ยังพบความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในคุณภาพบริการจากร้านขายยา ทั้งด้านบุคลากร, ยา และบริการด้านยาที่ควรได้รับ โดยคนที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำไม่แน่ใจว่าได้รับบริการจากเภสัชกรหรือผู้ได้รับการอบรม และคนที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำยังได้รับยาที่ห้ามจำหน่ายจากร้านขายยา ทั้งจากร้านขายยาแผนปัจจุบันและร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ ซึ่งพบว่าร้านขายยาดังกล่าวไม่มีเภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในช่วงเวลาที่ระบุเวลาปฏิบัติงาน ส่วนด้านบริการที่ควรได้รับจากร้านขายยาตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพ (ได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับเวลาที่เหมาะสมในการกินยา, การเก็บรักษา, การสอบถามประวัติการแพ้ยา, การบอกอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น, การเขียนฉลากยา และคำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วย) พบว่าคนที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำได้รับบริการเหล่านี้ น้อยกว่าคนที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ข้อเสนอแนะ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพกรณีการซื้อยากินเองเป็นสิ่งที่ภาครัฐและผู้มีหน้าที่รับผิดชอบควรเร่งพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของร้านขายยา รวมถึงพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อสร้างบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะคนที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำ

**คำสำคัญ:** EQUITY IN HEALTH, SELF-MEDICATION, DRUG STORE



## 22. การประกันสุขภาพช่องปากในประเทศไทย: การเงินการคลังเพื่อความเป็นธรรม

เพ็ญแข ลามยิ่ง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

**วัตถุประสงค์** เพื่อทบทวนความเป็นธรรมของบริการสุขภาพช่องปาก เมื่อประเทศไทยเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิธีการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม

**ผลการศึกษา** ตั้งแต่ปี 2544 การประกันสุขภาพภาครัฐในประเทศไทยประกอบด้วย 1) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2) ประกันสังคม และ 3) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค หลักประกันเหล่านี้มีความแตกต่างกันในด้านสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก จำนวนเงินงบประมาณ เงื่อนไขการใช้บริการ และกลไกการจ่ายค่าตอบแทน บริการสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่เป็น "หัตถการ" ต่างจากบริการแพทย์ที่เป็น "เวชกรรม" ยิ่งกว่านั้น โรคฟันผุและปริทันต์มีความชุกสูง และระยะท้ายๆ ของโรคสามารถรักษาได้หลายวิธีซึ่งมีต้นทุนต่างกัน ลักษณะดังกล่าวมีผลทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ การจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้าที่ใช้ใน 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นที่ยอมรับทางทฤษฎีว่าให้บริการที่มีต้นทุนต่ำหรือบริการน้อยเมื่อเทียบกับการจ่ายตามบริการ กลุ่มทันตแพทย์ให้ข้อมูลว่าภาระบริการในโครงการนี้ เพิ่มขึ้นมากเนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางว่า ไม่ใช่โครงการคนจนเพราะมีสิทธิประโยชน์ทันตกรรมมากกว่าโครงการอื่นๆ ประชาชนรู้สึก และเปิดโอกาสให้มีการร้องเรียนได้หลายรูปแบบ การปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขทำให้ระบบสนับสนุนเฉพาะสายงาน ผ่นวกรวมเข้าด้วยกันภายใต้การจัดการระบบเดียว ซึ่งการจัดสรรทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรของสายงานทันตสาธารณสุขมักถูกละเลย เมื่อขาดระบบสนับสนุนอย่างพอเพียงและขาดการจัดการที่ดีพอในระดับจังหวัดและเครือข่ายบริการ รวมทั้งมาตรการสนับสนุนระดับเครือข่ายบริการก็ไม่เป็นจริงในทางปฏิบัติ ภาระงานบริการเพิ่มขึ้นมาก เครือข่ายบริการเอกชนซึ่งมุ่งบริการผู้มีสิทธิวัยผู้ใหญ่มากกว่าบริการเชิงรุกแก่กลุ่มเด็ก ในระยะเปลี่ยนผ่าน มีข่าวลือว่ารัฐบาลไม่มีเงินพอที่จะสนับสนุนโครงการนี้ ผู้ให้บริการจึงแสวงหารายได้ทั้งในรูปแบบคลินิกทันตกรรมนอกและในเวลา ผลงานปี 2544 และ 2545 พบกลุ่มที่จ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาลได้รับบริการเพิ่มขึ้น กลุ่มเด็ก นักเรียนกลับได้รับบริการรวมและบริการป้องกันโรคในอัตราและความถี่ลดลง กิจกรรมส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (อายุ 9 เดือน 1.5-2 ปี 6-12 ปี หญิงมีครรภ์และผู้สูงอายุ) ลดลง ยกเว้นกิจกรรมแปรงฟันของกลุ่มอายุ 3-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้สูงอายุได้รับบริการในอัตราและความถี่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการใส่ฟันปลอม ตามวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การไม่มีบริการเนื่องจากไม่มีทันตบุคลากรยังเป็นปัญหาพื้นฐาน แนวคิดซื้อบริการจากภาคเอกชนเป็นไปได้ในเครือข่ายส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีทันตแพทย์เอกชนเต็มเวลา แม้ว่าจะได้รับงบประมาณมากเพราะมีประชากรรับผิดชอบมากก็ตาม ส่วนเครือข่ายบริการที่สถานะการคลังมีปัญหาจึงไม่สามารถขยายบริการได้ ผู้บริหารเครือข่ายบริการและทันตแพทย์มักกังวลถึงต้นทุนบริการที่สูง ปี 2546 ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากในประชาชนทุกกลุ่มสิทธิเท่ากับร้อยละ 6.8 ของต้นทุนทั้งหมดของโรงพยาบาล (เท่ากับ 276 บาท/ครั้ง) ประมาณเป็นต้นทุน 51.58 บาทต่อคนต่อปีตามอัตราการใช้บริการปี 2545 117.8 ต่อประชากร 1000 คน กลุ่มบัตรทอง ต้นทุน 41.59 บาท/คน/ปี อัตราการใช้บริการ 95.0 ต่อประชากร 1000 คน (เฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีต้นทุนเพียง 2.19 บาท)

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุขภาพช่องปาก

## 23. การให้บริการกับการให้บริการผู้ป่วยในของการบาดเจ็บในประเทศไทย

พนิช ไชคอนวัฒน์

โรงพยาบาลราชวิถี ศรีสะเกษ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการให้บริการ การข้ามเขตรับบริการและการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มการบาดเจ็บ ปี 2544 ถึง ปี 2547 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับการเข้าถึงบริการในด้านการแพทย์ขั้นสูง การข้ามเขตรับบริการและการตายในโรงพยาบาล **วิธีวิจัย** วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ผู้ป่วยใน กลุ่มการบาดเจ็บ ในปี 2544-47 จำนวน 334,227; 333,342; 354,463; 317,147 รายตามลำดับ เก็บข้อมูลโดยใช้ชุดข้อมูลมาตรฐานของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมโดยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิเคราะห์หาการเข้าถึงบริการ โดยใช้อัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลมาตรฐาน การข้ามเขตรับบริการด้วยอัตราการใช้บริการข้ามเขตสิทธิ การตายในโรงพยาบาลด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้สถิติความถดถอยลอจิสติก

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยกลุ่มการบาดเจ็บในเขต 2, 5, 6, 7, 8 และ 9 สามารถเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยในได้ดี (อัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลมาตรฐานมากกว่า 100) จังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยในได้ดี ได้แก่ ราชบุรี นครราชสีมา ส่วนจังหวัดอื่น ๆ พบว่าจังหวัดภูเก็ต ระนอง ตรัง สมุทรสาคร พังงา มีอัตราการใช้บริการได้มากที่สุด ตามลำดับ การข้ามเขตรับบริการ พบว่า เขต 3, 4 และ 6 เป็นเขตส่งออกผู้ป่วย ส่วนเขต 1, 2, 7 และ 9 เป็นเขตนำเข้าผู้ป่วย จังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่เป็นจังหวัดนำเข้าได้แก่ จังหวัดชลบุรี นครราชสีมา อุบลราชธานี ขอนแก่น พิษณุโลก และราชบุรี ส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดส่งออกผู้ป่วย ปัญหาการตายด้วยสาเหตุการบาดเจ็บ และคุณภาพบริการไม่ดี พบในเขต 2, 6, 7 และ 8 (อัตราส่วนการตายมาตรฐานมากกว่า 100) จังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง พบในจังหวัดชลบุรี นครราชสีมา อุบลราชธานี และ พิษณุโลก ส่วนจังหวัดอื่น ๆ พบในจังหวัดภูเก็ต ปราจีนบุรี ระยอง ชัยนาท สิงห์บุรี กำแพงเพชร สมุทรสาคร อุทัยธานี และนครสวรรค์ มากที่สุดตามลำดับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย กับการเข้าถึงบริการในด้านการแพทย์ขั้นสูง การข้ามเขตรับบริการ การตายในโรงพยาบาล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนาที่แตกต่างกัน มีการเข้าถึงบริการในด้านการแพทย์ขั้นสูงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}<0.05$ ) เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา ความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน มีการข้ามเขตรับบริการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}<0.05$ ) เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา ความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน มีการตายในโรงพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}<0.05$ )

**คำสำคัญ** : การบาดเจ็บ การให้บริการ การเข้าถึงบริการ การข้ามเขตรับบริการ บริการด้านการแพทย์ขั้นสูง



## 24. การใช้บริการกับการให้บริการในผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย

เพิ่มพล ทองไพบูลย์

สถานีอนามัยบ้านมะเดะ ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการให้บริการ การข้ามเขตรับบริการและ การตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย ปี 2544 และ ปี 2545 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเจ็บป่วย กับการเข้าถึงบริการในแง่การให้บริการด้านการแพทย์ขั้นสูง การข้ามเขตรับบริการและการตายในโรงพยาบาล **วิธีศึกษา** วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิผู้ป่วยใน โรคหัวใจ ในประเทศไทย ปี 2544 จำนวน 212,702 ราย ปี 2545 จำนวน 255,441 ราย เก็บ ข้อมูลโดยใช้ชุดข้อมูลมาตรฐานของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมโดย ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิเคราะห์การเข้าถึงบริการโดยใช้อัตราส่วน การนอนโรงพยาบาลมาตรฐาน วิเคราะห์การข้ามเขตรับบริการด้วยอัตราส่วนการข้ามเขตสุทธิ วิเคราะห์การตายในโรงพยาบาลด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ โดยใช้สถิติลอจิสติก **ผลการศึกษา** การเข้าถึงบริการได้ดีในแง่การให้บริการด้านการแพทย์ขั้นสูงในระดับเขตได้แก่เขต 5, 6, 9, 8 และ 1 ตามลำดับ ในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของศูนย์โรคหัวใจ ได้แก่ ยะลา ขอนแก่น เชียงใหม่ นครราชสีมา และสงขลา ตามลำดับ ในจังหวัดอื่น ๆ ได้แก่ พังงา น่าน ระนอง แพร่ และสมุทรสงคราม ตามลำดับ การข้ามเขตรับบริการ พบว่า เขต 2, 3, 6 และ 8 เป็นเขตส่งออกผู้ป่วย เขต 1, 4, 5, 7 และ 9 เป็นเขตนำเข้าผู้ป่วย และจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของศูนย์โรคหัวใจทุกจังหวัดเป็นจังหวัดนำเข้าผู้ป่วย การตายในโรงพยาบาลและคุณภาพบริการไม่ดี (อัตราส่วนการตายมาตรฐานมากกว่า 100) ในระดับเขต ได้แก่ เขต 6, 1, 8 และ 2 ตามลำดับ ในจังหวัดที่ตั้งของศูนย์โรคหัวใจ ได้แก่ พิษณุโลก นครราชสีมา ชลบุรีและสงขลา ตามลำดับ ในจังหวัดอื่น ๆ ได้แก่ ระนอง, สิงห์บุรี, ภูเก็ต, ชัยนาท และระยอง ตามลำดับ สำหรับการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเจ็บป่วย กับการเข้าถึงบริการในแง่การให้บริการด้านการแพทย์ขั้นสูง การข้ามเขตรับบริการ และการตายใน โรงพยาบาล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ขั้นสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการข้ามเขตรับบริการและการตายในโรงพยาบาล อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ )

**คำสำคัญ** : ผู้ป่วยโรคหัวใจ การใช้บริการ การเข้าถึงบริการ การข้ามเขตรับบริการ บริการด้านการแพทย์ขั้นสูง

## 25. การใช้บริการกับการให้บริการของผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งในประเทศไทย

กิจปพน ศรีธานี

โรงพยาบาลโสธร

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการให้บริการ การข้ามเขตรับบริการและการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปี 2544-2547 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเจ็บป่วยการเข้าถึงบริการในด้านการแพทย์ขั้นสูง การข้ามเขตรับบริการ และการตายในโรงพยาบาล **วิธีศึกษา** วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิผู้ป่วยในโรคมะเร็ง ในปี 2544 จำนวน 100,519 ราย ปี 2545 จำนวน 95,264 ราย ปี 2546 จำนวน 105,766 ราย และปี 2547 จำนวน 154,596 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้ชุดข้อมูลมาตรฐานของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมโดยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิเคราะห์หาการเข้าถึงบริการโดยใช้อัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลมาตรฐาน การข้ามเขตรับบริการด้วยอัตราส่วนการข้ามเขตสุทธิ การตายในโรงพยาบาลด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ โดยใช้สถิติลอจิสติก **ผลการศึกษา** ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขต 3, 4, 5, และ 6 สามารถเข้าถึงบริการได้ดี (อัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลมาตรฐานมากกว่า 100) จังหวัดที่เป็นที่ตั้งของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดี ได้แก่ ลพบุรี อุบลราชธานี อุตรธานี และสุราษฎร์ธานี ส่วนจังหวัดอื่น ๆ พบว่า จังหวัดแพร่ พะเยา ภูเก็ต แม่ฮ่องสอน และน่าน มีอัตราการใช้บริการได้มากที่สุด ตามลำดับ การข้ามเขตรับบริการ พบว่า เขต 2, 3 และ 6 เป็นเขตส่งออกผู้ป่วย ส่วนเขต 4, 7 และ 9 เป็นเขตนำเข้าผู้ป่วย จังหวัดที่เป็นที่ตั้งของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ที่เป็นจังหวัดนำเข้าผู้ป่วย ได้แก่ ชลบุรี อุบลราชธานี อุตรธานี ลำปาง และสุราษฎร์ธานี ส่วนจังหวัดลพบุรีเป็นจังหวัดส่งออก ผู้ป่วย ปัญหาการตายและคุณภาพบริการไม่ดีพบในเขต 1, 2, 5, 6 และ 7 (อัตราส่วนการตายมาตรฐานมากกว่า 100) จังหวัดที่ตั้งของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งพบในจังหวัดลพบุรี สุราษฎร์ธานี และชลบุรี ส่วนจังหวัดอื่น ๆ พบใน จังหวัดน่าน ภูเก็ต ตรวศ สมุทรสงคราม และสิงห์บุรีมากที่สุด ตามลำดับ สำหรับการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย กับการเข้าถึงบริการในประเด็นด้านการให้บริการด้านการแพทย์ขั้นสูง การข้ามเขตรับบริการ และการตายในโรงพยาบาล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส และสิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านการแพทย์ขั้นสูง อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการข้ามเขตรับบริการ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการตายในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ )

**คำสำคัญ** : ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง การใช้บริการ การเข้าถึงบริการ การข้ามเขตรับบริการ บริการการแพทย์ขั้นสูง



26. การอุดหนุนและเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานบริการในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระชนำร่อง ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\* จินดา อมราสิงห์\*\* กนกพร สุรนัฐกุล\*\* ศิริรัตน์ เกตุรักษ์\*\* เมธพร ปิยาภิชาติ\*\* ดนัย พาหุยุทธ\*\* \*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ \*\*คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**วัตถุประสงค์** ค้นหาวิธีศึกษาต้นทุนการให้บริการ และประมาณการความเสี่ยงทางการเงินของสถานพยาบาลในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระชนำร่อง เพื่อสร้างกลไกการอุดหนุนการจัดบริการของสถานพยาบาลอย่างเหมาะสม **วิธีการศึกษา** 1. ศึกษาต้นทุนสถานบริการด้วยวิจัยสำรวจด้วยแบบสอบถามส่งถึงโรงพยาบาลทุกประเภทใน 21 จังหวัดนำร่องปี 2542-44 คำนวณต้นทุนต่อหน่วยตามวิธีลัด 2. วิเคราะห์ต้นทุนบริการและการเรียนการสอนจากเอกสารงบประมาณของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง ปี 2535-2544 3. สร้างสมการอุดหนุนสำหรับบริการผู้ป่วยในของสถานบริการระดับต่างๆ จากฐานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ใน 21 จังหวัด 4. วิจัยปฏิบัติการแปลงระบบบัญชีเงินสด เป็นระบบบัญชีคงค้าง ใน 2 โรงพยาบาล **ผลการศึกษา** อัตราการตอบแบบสอบถามกลับอยู่ในระดับต่ำ ระหว่างร้อยละ 3-6 ตามประเภทโรงพยาบาล ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 100-200 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ประมาณ 2,000-6,000 บาท ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปประมาณ 200-400 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ประมาณ 3,000-7,000 บาท ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ประมาณ 300-500 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ประมาณ 5,000-8,000 บาท ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ประมาณ 800-900 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ประมาณ 17,000-18,000 บาท การมีต้นทุนที่ต่างกัน เป็นความเสี่ยงทางการเงินสำคัญของสถานพยาบาล ถ้าได้รับเงินอุดหนุนที่เท่ากัน เมื่อทดสอบสมการอุดหนุนแก่สถานบริการ ที่ต้องการคำนึงทั้งปริมาณผลงานและองค์ประกอบประสิทธิภาพ คุณภาพและความเป็นธรรมของสถานบริการพบว่า การใช้วิธีจัดอันดับด้านประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมและคุณภาพ เป็นตัวแปรของสมการ มีส่วนจัดเงินอุดหนุนเพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้น แต่ถ้าใช้ตัวเลขจริงด้านประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมและคุณภาพ การมีส่วนจัดเงินอุดหนุนตามสมการเพิ่มเป็นร้อยละ 51-75 การวิจัยปฏิบัติการแปลงระบบบัญชีพบว่า บุคลากรด้านการเงินการบัญชีมีจำนวนและความรู้ความชำนาญต่อภารกิจใหม่ในระดับไม่พอเพียง เนื่องจากระบบใหม่ต้องรับรู้และแยกประเภทรายรับพึงรับและรายจ่ายพึงจ่าย ระบบสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน สรุป การศึกษาครั้งนี้ ยืนยันความแตกต่างของต้นทุนการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละระดับ ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลรวมทั้งผลงานบริการยังมีปัญหาความเที่ยงตรง การสร้างสมการเพื่ออุดหนุนและให้เฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานพยาบาล ต้องคำนึงถึงปัจจัยตัวแปรทั้งประสิทธิภาพ คุณภาพบริการและความเป็นธรรมของแต่ละสถานพยาบาลในระดับที่มีความสำคัญ การปรับระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ควรให้ความสนใจกับความสามารถและปริมาณบุคลากรด้านการเงินการบัญชี รวมทั้งระบบข้อมูลเพื่อสอบยืนยันรายรับและรายจ่ายอย่างถูกต้อง

**คำสำคัญ** ต้นทุนบริการ สมการอุดหนุน ระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง

## 27. ต้นทุนบริการผู้ป่วยแยกตามประเภทสิทธิ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพุทธชินราช

กนกพร สุรมัญญกุล\* ศิริรัตน์ สนชัย\* ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*

\*คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร \*\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาต้นทุนการให้บริการต่อครั้งผู้ป่วยนอกและต่อรายผู้ป่วยในแยกตามประเภทสิทธิ วิธี  
**การศึกษา** เก็บข้อมูลย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลจากฐานการบันทึกบัญชีตามเกณฑ์คงค้าง ฐานข้อมูลการจ่ายยาและ  
ผู้ป่วยที่รับบริการของโรงพยาบาลพุทธชินราช ตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤษภาคม 2546 ขั้นตอนแรก กระจายต้นทุน  
ทั้งหมดให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยวิธีสัดส่วนให้ต้นทุนผู้ป่วยใน 1 รายมีต้นทุนเท่ากับผู้ป่วยนอก 18 ราย  
ขั้นตอนที่ 2 กระจายต้นทุนการให้บริการเฉพาะต้นทุนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ต้นทุนค่ายาให้ผู้ป่วยแต่ละประเภทสิทธิ (สวัสดิการ  
ข้าราชการ ประกันสังคม และ 30 บาทรักษาทุกโรค) โดยผู้ป่วยนอกใช้จำนวนครั้งในการกระจาย ส่วนผู้ป่วยในใช้  
คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเกณฑ์กระจาย ขั้นตอนที่ 3 กระจายต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่  
ยาตามแต่ละประเภทสิทธิโดยใช้ฐานข้อมูลการจ่ายยาของผู้ป่วยแต่ละคน เกิดขึ้นในแต่ละประเภทสิทธิ คำนวณ  
ต้นทุนต่อหน่วย โดยหารต้นทุนสุดท้ายของผู้ป่วยแต่ละสิทธิด้วยจำนวนผู้ป่วยของสิทธินั้นๆ

**ผลการศึกษา** ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกเฉลี่ยเท่ากับ 1,039 บาท และต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน เฉลี่ยเท่ากับ 14,968  
บาท และเมื่อกระจายต้นทุนดำเนินการไปแต่ละประเภทสิทธิ พบว่า ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกประชากร 30 บาท และ  
ประกันสังคม มีค่าที่ใกล้เคียงกัน (ผู้ป่วยสิทธิ 30 บาทมีต้นทุน 874 บาทต่อครั้ง ส่วน ประกันสังคมมีต้นทุน 832  
บาทต่อครั้ง) และสวัสดิการข้าราชการ มีต้นทุนที่สูงกว่ามากคือ 1,951 บาทต่อครั้ง สำหรับต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน  
พบว่าต้นทุนที่ต่ำที่สุดคือประกันสังคม เท่ากับ 10,576 บาท ประชากร 30 บาท เท่ากับ 15,068 บาท และสวัสดิการ  
ข้าราชการ เท่ากับ 23,655 บาท ตามลำดับ **สรุป** ต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับสวัสดิการข้าราชการมี  
ค่าสูงกว่าประชากร 30 บาท และประกันสังคมมาก ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ส่วนต้นทุน  
การให้บริการที่ต่างกันระหว่างประชากร 30 บาท และประกันสังคมจะมีสาเหตุมาจากต้นทุนการให้บริการอื่น  
มากกว่าค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

**คำสำคัญ** ต้นทุนต่อหน่วย, บัญชีเกณฑ์คงค้าง, สิทธิประกันสุขภาพ



## 28. ต้นทุนต่อคนต่อปีและอัตราคืนทุนหลักประกันสุขภาพตามประเภทสิทธิ: กรณีศึกษาระดับจังหวัด อรัญชัย เจริญ\* ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*

\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก \*\*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาดำเนินการให้บริการต่อคนต่อปี และอัตราคืนทุนหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิ  
**วิธีการศึกษา** ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากฐานการบันทึกบัญชีตามเกณฑ์คงค้าง และฐานข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการ ณ  
โรงพยาบาลและสถานีอนามัยตามเพิ่มข้อมูลบริการสุขภาพ 12 แห่งและ 18 แห่ง 2 จังหวัด (พิษณุโลก และพิจิตร)  
ปี 2547 ขั้นตอนแรก กระจายต้นทุนทั้งหมดให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยวิธีลัด โดยใช้อัตราส่วนต้นทุนผู้ป่วย  
ในต่อผู้ป่วยนอก ขั้นตอนที่ 2 กระจายต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ 3  
ชนิดหลัก(สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และ 30 บาทรักษาทุกโรค) โดยกระจายตามคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์  
กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมผู้ป่วยใน เปรียบเทียบต้นทุนการให้บริการทั้งปีที่สถานพยาบาลกับ  
จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน เพื่อคำนวณต้นทุนต่อคนต่อปี และเปรียบเทียบรายรับของแต่ละสิทธิของแต่ละ  
สถานพยาบาลกับต้นทุนการให้บริการแต่ละสิทธิของสถานพยาบาลนั้นเป็นอัตราคืนทุนหลักประกันสุขภาพที่  
สถานพยาบาลได้รับจากกองทุนฯ

**ผลการศึกษา** ต้นทุนบริการสุขภาพต่อคนต่อปี สำหรับประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายบริการสุขภาพ  
(contractor unit for primary care) ที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน ประมาณ 900-1,643 บาทต่อคนต่อปี (อัตราการใช้  
บริการผู้ป่วยนอก 0.25 ครั้งต่อคนต่อปี อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 3.6-4.0 รายต่อ 100 คน) ต้นทุนต่อคนต่อปีของ  
ประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายบริการสุขภาพที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เท่ากับ 3,500-3,675  
บาทต่อคนต่อปี (อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก 0.37 ครั้งต่อคนต่อปี อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 12.6-13.2 รายต่อ  
100 คน) อัตราคืนทุนโดยรวมของ 30 บาทของจังหวัดต่างๆ เท่ากับร้อยละ 81-94 โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล  
ศูนย์มีอัตราคืนทุนโดยรวมต่ำที่สุดร้อยละ 73 อัตราคืนทุนของโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งต่ำกว่า 100 และมากกว่า 100  
สวัสดิการข้าราชการมีอัตราคืนทุนให้กับสถานพยาบาลสูงที่สุด ประกันสังคมมีอัตราคืนทุนสูงเป็นอันดับต่อมา 30  
บาทรักษาทุกโรคมีอัตราคืนทุนต่ำกว่าร้อยละ 70 ที่โรงพยาบาลศูนย์ ต่ำกว่าร้อยละ 80 ที่โรงพยาบาลทั่วไป และต่ำ  
กว่าและมากกว่า 100 ที่โรงพยาบาลชุมชน สาเหตุของอัตราคืนทุนต่ำของ 30 บาท คือ การชดเชยตามน้ำหนัก  
สัมพัทธ์ผู้ป่วยในต่ำเกินไป **สรุป** ต้นทุนต่อคนต่อปีควรนำไปประกอบการของงบประมาณของ 30 บาทรักษาทุกโรค  
และการจัดสรรเงินตามผลงานบริการ

**คำสำคัญ** ต้นทุนต่อคนต่อปี อัตราคืนทุน บัญชีเกณฑ์คงค้าง สิทธิประกันสุขภาพ กลุ่มโรคร่วม กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

## 29. ต้นทุนต่อคนต่อปีผู้ป่วยเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ: กรณีศึกษาระดับจังหวัด

ศศิธร อนุภาพ\* ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*

\*คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ \*\*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาต้นทุนการให้บริการต่อคนต่อปีสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันเลือดสูง โรคปอดอุดกั้น และไตวาย) และการเปลี่ยนสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ **วิธีการศึกษา** ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลและสถานอนามัยตามแฟ้มข้อมูลบริการสุขภาพ 12 แฟ้มและ 18 แฟ้ม 2 จังหวัด (พิษณุโลก พิษจิตร) ปี 2545-2547 และใช้หลักการของกลุ่มเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk group) ประเมินต้นทุนและการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 ชนิด ใช้บริการมากถึงร้อยละ 11 ถึงร้อยละ 16 ของการใช้บริการของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต้นทุนบริการสุขภาพต่อคนต่อปี สำหรับประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 1 ชนิดในจังหวัดพิษจิตร ประมาณ 20,500-29,000 บาทต่อคนต่อปี (เป็นต้นทุนผู้ป่วยนอกประมาณ 1,800-4,200 บาทต่อคนต่อปี) ต้นทุนต่อคนต่อปีของประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 1 ชนิดในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีโรงพยาบาลศูนย์ เท่ากับ 61,000-95,000 บาทต่อคนต่อปี (เป็นต้นทุนผู้ป่วยนอกประมาณ 500-4,600 บาทต่อคนต่อปี) ต้นทุนบริการสุขภาพต่อคนต่อปี สำหรับประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 ชนิดในจังหวัดพิษจิตร ประมาณ 24,000-34,000 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนต่อคนต่อปีของประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 ชนิดในจังหวัดพิษณุโลก เท่ากับ 73,000-140,000 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนบริการสุขภาพต่อคนต่อปี สำหรับประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 3 ชนิดในจังหวัดพิษจิตร ประมาณ 31,000-46,000 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนต่อคนต่อปีของประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 3 ชนิดในจังหวัดพิษณุโลก เท่ากับ 64,000-129,000 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนบริการสุขภาพต่อคนต่อปี สำหรับประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 4 ชนิดในจังหวัดพิษจิตร ประมาณ 50,000 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนต่อคนต่อปีของประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 4 ชนิดในจังหวัดพิษณุโลก ประมาณ 149,000 บาทต่อคนต่อปี การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดพิษจิตร 5,601 คนจากปี 2545 ถึง 2547 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียว ลดลงจากร้อยละ 74 เป็นร้อยละ 70 ในปี 2546 และร้อยละ 66 ในปี 2547 เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรคพบเพิ่มจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 28 และร้อยละ 31 ตามลำดับ และผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป จากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 2 และร้อยละ 3 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดพิษณุโลกการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3,230 คนจากปี 2545 ถึง 2547 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียว ลดลงจากร้อยละ 72 เป็นร้อยละ 66 ในปี 2546 และร้อยละ 60 ในปี 2547 โดยที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรคพบเพิ่มจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 32 และร้อยละ 37 ตามลำดับ และผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป จากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 2 และร้อยละ 3 ตามลำดับ **สรุป** ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมีต้นทุนต่อคนต่อปีสูง ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน จะมีต้นทุนเพิ่มขึ้น ในแต่ละปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเปลี่ยนสถานะมาจากโรคเรื้อรังจำนวนน้อยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมากขึ้น ควรนำข้อมูลนี้ไปประกอบการประเมินความคุ้มค่าของการมีหลักประกันสุขภาพ

**คำสำคัญ** ต้นทุนต่อคนต่อปี สิทธิประกันสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ



### 30. การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสถานีนอนามัย ในจังหวัดพิษณุโลก ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กมลรัฐ คำเหลือง ทองพูล แต่สมบัติ นภาพร อ่อนดี พรพิมล คำเหลือง สิริพรรณ อธิระกาญจน์  
ศุภสิทธิ์ พรธนาคุณ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานีนอนามัย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2545 และปีงบประมาณ 2546 ศึกษาปัจจัยด้านอุปสงค์ และปัจจัยด้านอุปทานที่มีความสัมพันธ์ต่อจำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรร และเพื่อเปรียบเทียบจำนวนงบประมาณที่ได้จากการประมาณการตามแบบจำลอง กับงบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรจริง **วิธีศึกษา** วิจัยแบบย้อนหลัง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ปีงบประมาณ 2545 และ 2546 ของสถานีนอนามัย จำนวน 145 แห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธีถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง คัดเลือกตัวแปรอิสระที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านอุปสงค์และปัจจัยด้านอุปทาน ด้วยวิธี stepwise selection

**ผลการศึกษา** รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ ปีงบประมาณ 2545 และปีงบประมาณ 2546 มีความแตกต่างกันในวิธีการจัดสรร และการกำหนดหลักเกณฑ์ โดยในปีงบประมาณ 2545 กำหนด ค่าใช้จ่ายคงที่ (Fixed Cost) เกณฑ์จัดสรรตามปริมาณงาน (Workload) จำนวนบัตรโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ขึ้นทะเบียน และเพิ่มเติมให้กับสถานีนอนามัยที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตามหน่วยน้ำหนักปริมาณงาน ในปีงบประมาณ 2546 ใช้เกณฑ์การจัดสรรตามปริมาณงาน เป็นเกณฑ์หลัก และสามารถเบิกยา และเวชภัณฑ์ จากสถานพยาบาลหลัก โดยไม่หักค่าใช้จ่ายจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรร และปัจจัยที่ได้รับเลือกตามแบบจำลองในปีงบประมาณ 2545 และปีงบประมาณ 2546 สามารถอธิบายความผันแปรของการจัดสรรงบประมาณได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยปีงบประมาณ 2545 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่องบประมาณที่ได้รับจัดสรร ลำดับตามค่าความสำคัญของตัวแปร คือ จำนวนครั้งผู้รับบริการผู้ป่วยนอก จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนรวมบุคลากรด้านสาธารณสุข (Adjust R<sup>2</sup>= 0.27) และปีงบประมาณ 2546 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่องบประมาณที่ได้รับจัดสรรลำดับตามค่าความสำคัญของตัวแปร คือ จำนวนครั้งผู้รับบริการผู้ป่วยนอก และต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Adjust R<sup>2</sup>= 0.64) ในปีงบประมาณ 2545 การจัดสรรงบประมาณให้กับสถานีนอนามัยอยู่ในระดับที่มีความเหมาะสม จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 17.2) และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 41 แห่ง (ร้อยละ 28.3) ในปีงบประมาณ 2546 การวิเคราะห์ความเพียงพอของงบประมาณโดยพิจารณา รายรับต่อรายจ่าย พบว่าปีงบประมาณ 2545 สถานีนอนามัยที่มีงบประมาณเพียงพอต่อการจัดบริการ (I/E Ratio >1) จำนวน 131 แห่ง (ร้อยละ 90.3) ปีงบประมาณ 2546 ลดลงเป็น 50 แห่ง (ร้อยละ 34.5) **สรุป** การจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสถานีนอนามัยปี 2545 และ 2546 เป็นการกำหนดเกณฑ์โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอุปสงค์น้อย ควรหารูปแบบการจัดสรรที่คำนึงถึงทั้งปัจจัยด้านอุปสงค์และปัจจัยด้านอุปทาน ซึ่งจะทำให้สถานีนอนามัยสามารถจัดบริการ ได้อย่างเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพในระยะยาว

**คำสำคัญ** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดบริการสถานีนอนามัย ปัจจัยด้านอุปสงค์ ปัจจัยด้านอุปทาน

### 31. ต้นทุนต่อหัวประชากรของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ 2547

ชัชชัย พุ่มทอง ภณวัฒน์ คำสีสังข์ วิทยา จันทร์สมบัติ วิชา คำแห่งพล วิลาวรรณ ลิขิตวสินพงศ์  
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหัวประชากรของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอุทัยธานี และศึกษาต้นทุนต่อหัวประชากรของศูนย์สุขภาพชุมชนที่พึ่งประสงค์ **วิธีศึกษา** การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งนอกโรงพยาบาล 20 แห่ง ครอบคลุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 119 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล รายงาน 0110 รง.5 และรายงานบัญชีเกณฑ์คงค้าง วิเคราะห์ข้อมูลคำนวณตามสูตรการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานีนอนามัย ต้นทุนต่อหัวประชากรคิดจากต้นทุนทั้งหมดต่อจำนวนประชากร คำนวณต้นทุนทั้งหมดของแต่ละหน่วยต้นทุนหารด้วยจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ การประเมินศูนย์บริการสุขภาพชุมชนที่พึ่งประสงค์ ใช้กลไกการประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

**ผลการศึกษา** กิจกรรมรักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงสุด คือ 168.5 บาท/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 52.0 ของค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร รองลงมาเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายรวม 129.8 บาท/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ของค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยที่กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานและกิจกรรมสุขศึกษามีค่าใช้จ่ายสูงกว่ากิจกรรมอื่นๆ ในกลุ่มนี้คิดเป็น 23.1 บาท/คน/ปี และ 22.5 บาท/คน/ปี ตามลำดับ รวมเป็นต้นทุนทุกบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน 324 บาทต่อคนต่อปี เมื่อประเมินศูนย์สุขภาพชุมชนที่พึ่งประสงค์โดยใช้เกณฑ์การประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประเมินโดยคณะกรรมการประเมินผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่าผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง ต้นทุนต่อหน่วยของศูนย์สุขภาพชุมชนที่พึ่งประสงค์เป็นดังนี้ กิจกรรมรักษาพยาบาล มีต้นทุนเฉลี่ย 107 บาท/คน/ปี กิจกรรมอนามัยแม่และเด็ก มีต้นทุนเฉลี่ย 383 บาท/คน/ปี กิจกรรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีต้นทุนเฉลี่ย 375 บาท/คน/ปี กิจกรรมวางแผนครอบครัว มีต้นทุนเฉลี่ย 65 บาท/คน/ปี กิจกรรมอนามัยโรงเรียน มีต้นทุนเฉลี่ย 122 บาท/คน/ปี รวมเป็นต้นทุนทุกบริการ 490 บาทต่อคนต่อปี

**ข้อเสนอแนะ** ควรใช้ผลการศึกษาด้านต้นทุนของศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นแนวทางหนึ่งในการปรับปรุงการบริหารทรัพยากร ทั้งในด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ เพื่อวางแผนการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความเป็นธรรม(Equity) คุณภาพ (Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และในการจัดสรรงบประมาณให้ศูนย์สุขภาพชุมชน ควรจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวประมาณ 490 บาท/คน/ปี ตามต้นทุนที่เหมาะสมของศูนย์สุขภาพชุมชนที่พึ่งประสงค์ เพื่อให้ตรงตามสภาพที่แท้จริงของสถานการณ์ปัจจุบัน

**คำสำคัญ** ต้นทุนต่อประชากร ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ต้นทุนที่พึ่งประสงค์



32. นโยบายกับผลการป้องกันโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์: กรณีศึกษา จังหวัดพิษณุโลกปี 2543-2547  
สิรินาฏ นิภาพร\* ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุโณทัย\* พีระพล ว่อง\*\*  
\*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น \*\*หน่วยวิจัยธาลัสซีเมีย สถาบันวิจัยทาง  
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ในหญิงตั้งครรภ์ของ  
จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างปี 2543 - 2547 **วิธีศึกษา** วิจัยเอกสารและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตาม  
นโยบาย จำนวน 20 คน เดือนธันวาคม 2547

**ผลการศึกษา** จังหวัดพิษณุโลกจัดทำโครงการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย โดยการคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์  
ตามนโยบายของกรมอนามัยมาตั้งแต่ปี 2540 โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมอนามัย ปี 2543 อัตราการคัด  
กรองโดยการตรวจเลือดเบื้องต้นในหญิงตั้งครรภ์ ครอบคลุมร้อยละ 53.6 ของหญิงที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการ  
ของรัฐ ปี 2544 อัตราการคัดกรองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.8 และลดลงในปี 2546 และ 2547 เมื่อเข้าสู่การ  
บริหารงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ร้อยละ 62.5 และ 53.4 ตามลำดับ ปัญหา  
และอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ การที่ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เมื่อเข้าสู่โครงการหลัก  
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองเบื้องต้นลดลง และส่งผลต่อการทำงานในระดับต่างๆ ขาด  
หน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ และขาดการประสานงานในเครือข่าย **ข้อเสนอแนะ** ควรมีหน่วยงานรับผิดชอบ  
และประสานเครือข่ายทั้งทางวิชาการ การบริการ และการบริหารอย่างชัดเจน ทั้งในภาคเอกชนและภาครัฐ เพื่อให้  
การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียประสบความสำเร็จ

**คำสำคัญ:** นโยบาย การป้องกัน ธาลัสซีเมีย หญิงตั้งครรภ์

### 33. การวิเคราะห์หลายระดับ (multilevel analysis) เพื่อการประเมินความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ

พินิจ พ้าอำวนวยผล

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาหลักการ วิธีการของการวิเคราะห์หลายระดับ เพื่อประเมินความไม่เสมอภาคของสถานะสุขภาพที่วัดด้วยอัตราตาย เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ต่อการตายในพื้นที่ขนาดเล็ก (small area) โดยการวิเคราะห์หลายระดับ (multilevel analysis) **วิธีศึกษา** วิเคราะห์ข้อมูลอัตราตายและอัตราส่วนการตายมาตรฐาน (SMR) ของพื้นที่ขนาดเล็ก (อำเภอ) โดยใช้ฐานข้อมูลจากมรณบัตร และฐานข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะปี พ.ศ. 2543 เพื่อแสดงความแปรปรวนของการตายระหว่างพื้นที่ขนาดเล็ก และวิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ พัฒนาดัชนีภาวะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ (socio-economic index) จากตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม 5 ตัวแปรจากฐานข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะปี พ.ศ. 2543 โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) นำมาวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ต่อการตายโดยการวิเคราะห์หลายระดับ โดยใช้โปรแกรม MLwin วิเคราะห์สถานะสุขภาพของการตายรวมและสาเหตุการตายเฉพา 5 สาเหตุ ได้แก่ โรคเอดส์ มะเร็งตับ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย และอุบัติเหตุจากรถ

**ผลการศึกษา** การวิเคราะห์หลายระดับ สามารถประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสถานะสุขภาพระหว่างกลุ่ม (cluster) โดยเฉพาะระหว่างพื้นที่ภูมิศาสตร์ได้ การแบ่งระดับของพื้นที่เป็นระดับอำเภอ (ระดับที่ 1) จังหวัด (ระดับที่ 2) และภาค (ระดับที่ 3) ทำให้ทราบอิทธิพลที่แท้จริงของปัจจัยเศรษฐกิจสังคมต่อการตายในระดับอำเภอ โดยคำนึงถึงความแปรปรวนของการตายระหว่างภาค (Inter-regional variation) หรือระหว่างจังหวัด (Inter-provincial variation) และสามารถแสดงอิทธิพลที่แตกต่างกันระหว่างภาวะเศรษฐกิจสังคมของอำเภอและของจังหวัดต่อการตายได้ ทำให้เข้าใจกลไกที่ภาวะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่อำเภอและจังหวัด มีอิทธิพลต่อการตาย อิทธิพลของภาวะเศรษฐกิจสังคมต่อการตายในแต่ละสาเหตุนั้น มีลักษณะที่แตกต่างกัน และมีความแตกต่างกันระหว่างอิทธิพลของเศรษฐกิจสังคมของอำเภอและของจังหวัด ต่อการตายในระดับอำเภอ **สรุป** ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพที่วัดด้วยข้อมูลการตายอย่างน้อย 2 กลไก คือผ่านอิทธิพลปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค และผ่านอิทธิพลทรัพยากรบริการสุขภาพ ซึ่งมีน้ำหนักของอิทธิพลที่ต่างกันในระดับอำเภอและระดับจังหวัด การวิเคราะห์หลายระดับจะช่วยในการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการตายระหว่างพื้นที่ภูมิศาสตร์ และความแปรปรวนของอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อการตายระหว่างพื้นที่ได้

**คำสำคัญ:** การใช้บริการ การเข้าถึงบริการ อัตราการตาย multilevel analysis



### 34. การประเมินความเป็นธรรมในการใช้บริการและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทย สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**วัตถุประสงค์** เพื่อการทบทวนระเบียบวิธีในการสำรวจครัวเรือนเพื่อประเมินความเป็นธรรมในการใช้บริการทางการแพทย์และภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการดังกล่าวของกลุ่มผู้สูงอายุ ในจังหวัดหนึ่งทางภาคอีสาน **วิธีศึกษา** ทบทวนวรรณกรรมการศึกษาครัวเรือนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 956 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน (2-stage cluster sampling) ในเขตเมืองและชนบทในทุกอำเภอทั่วทั้งจังหวัด

**ผลการศึกษา** การใช้บริการผู้ป่วยนอกรวมของผู้สูงอายุมีความเป็นธรรม ทั้งด้านโอกาสใช้บริการและความถี่ของการใช้บริการ และขึ้นกับความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพเป็นหลัก คือการมีโรคเรื้อรังทั้งที่มีและไม่มีภาวะทุพพลภาพ ส่วนการให้บริการผู้ป่วยในนั้นยังคงมีความไม่เป็นธรรม โดยผู้สูงอายุในเมืองและผู้รายงานว่าจะเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนมีความถี่ในการนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุในชนบทและที่รายงานว่าจะไม่เดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่ามีความแตกต่างของประเภทสถานพยาบาลที่ใช้ของคนในเขตเมืองและชนบทและระหว่างชั้นรายได้ การขาดข้อมูลด้านคุณภาพและประสิทธิผลของบริการทำให้ยากที่จะบอกได้ว่าการใช้บริการดังกล่าวมีความเป็นธรรมหรือไม่ ในด้านภาระค่าใช้จ่ายนั้นพบว่าภาระค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีเมื่อเทียบกับรายได้ต่อคนของผู้สูงอายุนั้นยังคงสูงมากโดยเฉพาะในกลุ่มคนจนและไม่เป็นธรรม โดยภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์นั้นมีบทบาทสำคัญ

**ข้อเสนอแนะ** การประเมินความเป็นธรรมในการใช้บริการจำเป็นต้องมีข้อมูลด้านคุณภาพและประสิทธิผลของการรักษาพยาบาล และการศึกษาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีค่าที่ได้สูงกว่าปกติเนื่องจากไม่ได้กระจายภาระค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือนกับกลุ่มอายุอื่น

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ การใช้บริการ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ

### 35. ความถูกต้องของการค้นหาคนจนด้วยข้อมูลลักษณะครัวเรือน

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์\* สุกัลยา คงสวัสดิ์\*\* ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*\*

\*คณะเภสัชศาสตร์ \*\* สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข \*\*\*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

**วัตถุประสงค์** การศึกษานี้นำเสนอการพัฒนามาตรวัดเพื่อการคัดกรองความยากจนแบบใหม่โดยไม่อาศัยรายได้ในรูปของตัวเงินเป็นเกณฑ์ตัดสิน แต่ใช้คำถามเกี่ยวกับลักษณะความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนจำนวน 8 ข้อ **วิธีศึกษา** ข้อมูลที่ใช้ในการสร้างมาตรวัดได้จากการสำรวจชุมชนแบบภาคตัดขวางในจังหวัดสุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาคร และกรุงเทพมหานคร ระหว่างตุลาคม 2546-มีนาคม 2547 รวม 2,030 ครัวเรือน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ซึ่งเริ่มจากผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดที่ศึกษานำไปสู่ครัวเรือนยากจนอีก 6 ครัวเรือนและที่ไม่ยากจนอีก 6 ครัวเรือนในละแวกใกล้เคียง การค้นหาและแยกกลุ่มยากจน-ไม่ยากจนทำโดยผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนามซึ่งใช้วิธีสังคมช่วยซึ่งร่วมกับประเมินจากสภาพที่อยู่อาศัย แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามแบบสองทาง (ใช่-ไม่ใช่) จำนวน 26 ข้อ ซึ่งสะท้อนลักษณะที่ยากจนของครัวเรือน 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ ภาวะหนี้สินและทรัพย์สิน การหาเลี้ยงชีพ ภาวะครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ชีวิต การคัดเลือกข้อคำถามที่บ่งถึงความยากจนใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยลอจิสติก และการหาเกณฑ์จุดตัดที่เหมาะสมในช่วงคะแนนรวมที่เป็นไปได้ อาศัยพื้นที่ใต้เส้น receiver operating characteristic (ROC)

**ผลการศึกษา** จากการวิเคราะห์สมการถดถอยลอจิสติก สามารถคัดเลือกคำถามที่มีความสัมพันธ์มากกับความยากจน (odds ratio > 2.0) เหลือ 8 ข้อ ได้แก่ (1) รายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว (2) คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย (3) หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (4) ไม่มีคนให้กู้/ไม่ยอกกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้ (5) ไม่มีทรัพย์สิน (6) หาเข้ากินค่า (7) ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม และ (8) มีภาระลูกหลาน เมื่อคำนวณค่าเฉลี่ยของมาตรวัดรวม 8 ข้อในลักษณะคะแนนแบบต่อเนื่อง (ข้อละ 1 คะแนน) ในผู้ตอบคำถามซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ดัชนีการสำรวจระบุว่า เป็นครัวเรือนยากจน พบว่า มีค่าสูงกว่าในกลุ่มครัวเรือนที่ไม่ยากจนอย่างชัดเจนในทุกจังหวัด โดยในจังหวัดสุโขทัยมีค่าสูงที่สุด ( $6.5 \pm 1.3$ ) รองลงมา ได้แก่ สมุทรสาคร กรุงเทพมหานคร และอุบลราชธานี ตามลำดับ ในขณะที่ในกลุ่มครัวเรือนที่ไม่ยากจน ค่าเฉลี่ยของจังหวัดสุโขทัยก็มีค่าต่ำที่สุด ( $0.4 \pm 0.6$ ) เมื่อใช้คะแนนรวมดังกล่าวในการทำนายโอกาสที่ผู้ตอบคำถามจะถูกดัชนีการสำรวจจัดอยู่ในกลุ่มครัวเรือนยากจน จากข้อมูลรวมของทั้งสี่จังหวัด พบว่า คะแนนรวมที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้มีโอกาสถูกจัดเป็นครัวเรือนยากจนประมาณ 4 เท่า (adjusted OR=4.30,  $P<0.001$ ) สำหรับการพิจารณาจุดตัดความยากจน โดยแปลงจากค่าคะแนนเดิมแบบต่อเนื่อง (คะแนนรวม 0-8) เป็นแบบสองทาง (0-1: จน-ไม่จน) พบว่า การใช้เกณฑ์จุดตัดความยากจนที่ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 3 ขึ้นไปพบว่า มีความแม่นยำที่สุดในการทำนายครัวเรือนยากจน (พื้นที่ใต้เส้น ROC 93.6%) เมื่อเทียบกับที่จุดตัดอื่นๆ โดยเกณฑ์จุดตัดที่คะแนน 3 ขึ้นไปทำให้ค่าความจำเพาะในการทำนายมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 85.0 (สมุทรสาคร) ถึงร้อยละ 99.6 (สุโขทัย) ในขณะที่ค่าความไวลดลงไม่มากนัก คือ ร้อยละ 81.8 (อุบลราชธานี) ถึงร้อยละ 97.0 (สุโขทัย) **สรุป** ครัวเรือนที่มีลักษณะตามข้อบ่งชี้อย่างน้อย 3 ใน 8 ข้อจึงควรจัดเป็นครัวเรือนยากจน ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดใหม่ในการค้นหาคนจน ถ้าต้องการหลีกเลี่ยงข้อจำกัดความที่ใช่มีติของรายได้เพียงด้านเดียว การค้นหาคนจนโดยใช้คำถามลักษณะครัวเรือนทั้ง 8 ข้อดังกล่าวสามารถใช้ได้ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง สมควรได้รับการขยายเพื่อพิจารณาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองในระดับประเทศต่อไป

**คำสำคัญ:** การค้นหาคนจน รายได้ครัวเรือน ความแม่นยำ



### 36. ดัชนีสินทรัพย์..เครื่องมือกำหนดเศรษฐกิจของครัวเรือนไทย

กัญญา ตีษยาธิคม ภูษิต ประคองสาย รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์ จิตปราวณี วาศวิท วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร  
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ดัชนีสินทรัพย์ (asset index) สำหรับการบ่งชี้เศรษฐกิจของครัวเรือนเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ข้อมูลรายได้หรือรายจ่ายเฉลี่ยรายหัวของครัวเรือน การคำนวณค่าดัชนีสินทรัพย์มีวัตถุประสงค์เพื่อหาเครื่องชี้วัดกำหนดเศรษฐกิจของครัวเรือนแทนข้อมูลรายได้ หรือรายจ่ายครัวเรือนซึ่งการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศบางอย่าง เช่น การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัย (Health and Welfare survey) ไม่มีข้อมูลรายได้ **วิธีศึกษา** ใช้ฐานข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Survey - SES) จำนวน 4 ปี คือ ปีพ.ศ. 2541-2543 และ 2545 ในการวิเคราะห์ ฐานข้อมูลที่ใช้กำหนดดัชนีความสินทรัพย์คือข้อมูลการครอบครองสินทรัพย์รายการที่สำคัญ ลักษณะของที่อยู่อาศัย การใช้น้ำดื่มและน้ำใช้ของแต่ละครัวเรือน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญ (principal component analysis) ประเมินค่าน้ำหนักของแต่ละสินทรัพย์ถ่วงน้ำหนัก

**ผลการศึกษา** ดัชนีสินทรัพย์ของครัวเรือนทั้ง 4 ปี มีความสอดคล้องกันอย่างชัดเจน (internal coherence) โดยครัวเรือนที่มีระดับเศรษฐกิจยากจน จะมีสินทรัพย์ที่มีค่าดัชนีสูง น้อยกว่าครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจระดับที่ดีกว่า ในทุกๆค่าของแต่ละสินทรัพย์ สินทรัพย์ที่มีค่าดัชนีสูง 3 อันดับแรกระหว่างปี 2541-2543 ได้แก่ คอมพิวเตอร์ เครื่องปรับอากาศ และ เครื่องทำน้ำร้อน ในขณะที่ปี 2545 สินทรัพย์ที่มีค่าดัชนีสูง 3 อันดับแรกคือ เครื่องซักผ้า โทรทัศน์ และเครื่องเล่นวีดีโอ ในปี 2541พบว่า ครัวเรือนที่มีระดับเศรษฐกิจด้อยที่สุด จะไม่มีครัวเรือนใดที่มีคอมพิวเตอร์เลย ส่วนครัวเรือนที่มีระดับเศรษฐกิจดีที่สุดจะมีคอมพิวเตอร์ร้อยละ 13 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18, 24 และ 34 ในปี 2542, 2543 และ 2545 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบครัวเรือนตามระดับเศรษฐกิจที่จำแนกโดยดัชนีสินทรัพย์ กับระดับเศรษฐกิจที่จำแนกโดยระดับรายได้ และระดับรายจ่ายของครัวเรือน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ระหว่าง 0.53 ถึง 0.69 โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีสินทรัพย์กับรายจ่ายของครัวเรือน สูงกว่าความสัมพันธ์กับรายได้ ทั้งนี้ ดัชนีสินทรัพย์เป็นเครื่องมือที่สามารถจำแนกครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจด้อยที่สุดและเศรษฐกิจดีที่สุดได้ดีกว่าการจำแนกกลุ่มครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจปานกลาง **สรุป** การแบ่งระดับเศรษฐกิจของครัวเรือนสามารถใช้ดัชนีสินทรัพย์เป็นตัวบ่งชี้ระดับเศรษฐกิจของแต่ละครัวเรือนโดยวิธีการให้ค่าน้ำหนักของแต่ละสินทรัพย์ถ่วงน้ำหนักของแต่ละครัวเรือนครอบครอง หากมีการสำรวจสินทรัพย์ที่มีความต่างกันระหว่างแต่ละเศรษฐกิจจะทำให้ ค่าดัชนีสินทรัพย์สามารถแบ่งแยกระดับเศรษฐกิจได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ** : ดัชนีสินทรัพย์ , ระดับเศรษฐกิจ, รายได้ของครัวเรือน , รายจ่ายของครัวเรือน, สินทรัพย์ถ่วงน้ำหนัก, การวิเคราะห์องค์ประกอบ

### 37. Benchmarks of Fairness for Health: Development of quantitative and qualitative tools for civil society

Pinij Faramnuayphol and Supasit Pannarunothai

**Objective** To assess the health system reform by the “benchmarks of fairness”. As a tool, the benchmarks cover not only health outcomes or health services but also intersectoral determinants related to health and broad sense of social accountability. Nine benchmarks represent a trade-off between health outcomes, equitable access to care, equity in health care and in financing, quality and efficiency of service, accountability, and patient and provider autonomy. **Method** Quantitative and qualitative techniques were used.

Quantitative tool was derived from a set of indicators collected from various sources of data. 81 indicators covered 8 benchmarks except accountability (benchmark 8). The formulae for each indicator had been developed. The results indicated variations of data among 75 provinces. Various techniques of analysis were applied such as z-scoring, ranking, mapping and zoning, and calculating area inside the spider graph. The overall benchmarks of fairness in 75 provinces were represented and ranked by summation of z-scores, of ranks, and of area inside spider graph. The qualitative tool was based on participant scoring after focus group discussion. Ten provinces underwent health decentralization project were selected for using this tool covering four regions. 8 groups of participants were invited into the focus group discussion. The target participants were health managers, health care providers, local governments, and civil societies. The qualitative contents from the discussion were as important as the scores from the discussion. A set of 48 questions covered 9 benchmarks of fairness asked the participants to assess fairness improvement compared with the situation before the reform. The scales of -5 to +5 were used to represent the very worst (-5) to the very best (+5) improvement and 0 represented status quo.

**Result** There were two dimensions of assessing benchmarks of fairness, one is the benchmarks across the provinces from quantitative data and the other is the benchmarks along the time from qualitative discussion and scoring. Different perceptions from different target groups were observed from focus group discussions. A balance between two sources of scores may make this evaluation tool more scientific, reasonable and acceptable. However these tools should be developed continuously to be more sensitive, effective and provide comparative contexts in both cross-sectional and longitudinal dimensions.

**Keyword:** health system reform, benchmarks, fairness, equity, efficiency, quality, accountability, autonomy



### **38. Healthcare Database for Health Equity Research: the Data Standards Approach**

Boonchai Kijsanayotin<sup>1</sup>, Supasit Pannarunothai<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bureau of Planning and Strategy, Ministry of Public Health, Thailand and Health Informatics program, University of Minnesota, Minnesota, USA

<sup>2</sup> Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand

Research in the equity in health can be simply conceptualized as health service and policy research emphasizing on studying health and key social determinant of health in people with disparity of social group. Health service research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organization structures and processes, health technologies, and personal behaviors affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately our health and well being. The scope of the health service research includes individuals, families, organization, institutions, communities and populations at large. Health equity research utilizes health and social data from both primary and secondary data sources. The primary data, such as survey data, are collected for specific purposes. The secondary data sources are mostly from healthcare providers' operational information system. These data sources are more frequently utilized by researchers. The operational information systems which support day to day healthcare services are classified as the administrative data and clinical data. Administrative data cover billing, reimbursement, management and logistics. Clinical data concern patient conditions and treatment, such as laboratory, radiology, prescription, physician and nurses' documentation. One of the hurdles inhibiting the efficient use of healthcare databases is the non-integrated healthcare information systems both intra-organization and inter-organization. Developing integrated healthcare information systems which can serve all users including health providers, administrators, policy makers, researchers and population is a visionary goal of many countries' healthcare system including Thailand. Having health data standards is one of the essential components and important challenges of creating integrated healthcare information systems. Health data standards include 1) the personal identifier, 2) standardized data sets (e.g. national minimal data set), 3) messaging standards (e.g. X12, HL7, DICOM, NCPDP), 4) medical coding (e.g. ICD 10, procedure codes, NDC), 5) medical terminology standards (e.g. SNOMED-CT, LOINC). Thailand has agreed on creating the national personal identifier (13-digit citizen ID) to enhance inter-organization integration. As for health data standards, Thailand should have a national agency working on developing higher levels of data standards. The national health minimal data sets which correspond with the country's healthcare system strategy are the first thing to be established.

Note: X12N = American National Standard Institute messaging standards for electronic interchange of financial and administrative transaction, HL7 = Health Level 7, DICOM = Digital Imaging and Communication in Medicine, NCPDP = National Council of Prescription Drug Programs, ICD-10 = International Classification of Disease version 10, NDC = National Drug Code, SNOMED-CT = Systemized Nomenclature of Medicine- Clinical Term, LOINC = Logical Observations Identifier Names and Codes

### 39. ฐานข้อมูลเพื่อส่งเสริมการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระยะที่ 1

ณธร ชัยญาคุณาพฤษ\* ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*

\*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ \*\*ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**วัตถุประสงค์** เพื่อรวบรวมและทำแผนที่ (mapping) ฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ และประเมินศักยภาพของฐานข้อมูลต่อการนำไปใช้วิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes research) ความเป็นธรรมทางสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง **วิธีวิจัย** ทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ สืบหาฐานข้อมูลสุขภาพในประเทศไทย และวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ฐานข้อมูลในการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ **ผลการศึกษา** การพัฒนาฐานข้อมูลประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในต่างประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาเพิ่มเติมระเบียบอิเล็กทรอนิกส์แต่วางแผนเป้าหมายประสบผลสำเร็จอีกนานถึง 10 ปีข้างหน้าแสดงถึงความยากของการพัฒนา ประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพแห่งชาติมีความครอบคลุมของข้อมูลสุขภาพเพื่อประเมินผลลัพธ์มากกว่าประเทศที่เจริญทางเทคโนโลยีสารสนเทศทัดเทียมกันแต่ไม่มีระบบนี้ ฐานข้อมูลเพื่อการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพจึงเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ

สถานการณ์ในประเทศไทยหลังมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระบบข้อมูลสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน การส่งข้อมูลผ่านสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ทำให้การรวบรวมข้อมูลรวดเร็วขึ้น แต่คุณภาพของข้อมูลเพื่อนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพยังไม่ดีนัก และยังมีข้อมูลสำคัญไม่เพียงพอต่อการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ

**สรุปและข้อเสนอแนะ** ฐานข้อมูลในประเทศไทยควรพัฒนามาตรฐานให้ครอบคลุมถึงระดับบริการขั้นปฐมภูมิ และควรพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานให้สามารถสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ

**คำสำคัญ** ระบบข้อมูล พัฒนข้อมูลมาตรฐาน ผลลัพธ์ทางสุขภาพ



#### 40. กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก : ความเป็นไปได้จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพในประเทศไทย

นิลวรรณ อยู่ภักดี\* ศุภสิทธิ์ พรรณาธุโยทัย\*\*

\* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ \*\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**วัตถุประสงค์** เพื่อหาความเป็นไปได้ของการจัดกลุ่มผู้ป่วยนอกจากฐานข้อมูลประกันสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้แนวคิดการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก Ambulatory Patient Group ของบริษัท 3M เป็นต้นแบบในการจัดกลุ่ม **วิธีศึกษา** ข้อมูลทุติยภูมิผู้ป่วยนอกจากฐานข้อมูลประกันสุขภาพปี ๒๕๔๕

**ผลการศึกษา** จำนวนผู้รับบริการ ๓๙.๑ ล้านครั้ง สามารถจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกเฉพาะกลุ่ม medical APG ทั้งหมด ๘๒ กลุ่ม ได้จำนวน ๒๑.๒ ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๓ ของข้อมูลทั้งหมด กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกที่พบจำนวนมาก คือ APG 542 กลุ่มไข้หวัดใหญ่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน และโรคติดเชื้อหู จมูก คอ ร้อยละ ๑๕.๕ รองลงมา คือ APG 541 กลุ่มโรคฟัน ร้อยละ ๗.๓ APG 572 กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖.๙ และ APG 651 กลุ่มโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕.๘ เมื่อวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกที่พบจำนวนมาก คือ APG 542 มีค่า ๑๓๒ บาทต่อครั้ง APG 541 มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย ๒๓๘ บาทต่อครั้ง APG 572 มีค่า ๓๒๗ บาทต่อครั้ง และ APG 651 มีค่า ๔๖๗ บาทต่อครั้ง การจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกครั้งนี้ไม่สามารถจัดกลุ่ม significant procedure APG และกลุ่ม ancillary APG ได้ เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของรหัสหัตถการและการไม่มีรหัสสำหรับบริการเสริม แต่ข้อมูลเท่าที่มีอยู่ในฐานข้อมูลประกันสุขภาพมีความเป็นไปได้ในการนำมาจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ผลการจัดกลุ่มทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคเพื่อนำมาพัฒนาการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก และใช้เป็นทางเลือกสำหรับการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกที่เหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** ระบบการจัดกลุ่มผู้ป่วยนอก, กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยนอก, ฐานข้อมูลประกันสุขภาพ

41. ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อวิเคราะห์การใช้ยาของโรงพยาบาล: เครื่องมือประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ \* จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ \* ศุภสิทธิ์ พรธนาคุณันท์ \*\*

\* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น \*\* ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์ลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นเครื่องมือประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต **วิธีศึกษา** วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากหลายฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ ฐานข้อมูลของการจ่ายยาในระดับรายการยา และของการวินิจฉัยโรคและการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ชุดข้อมูลมาตรฐาน 12 แฟ้ม) ที่ได้รับการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รวม 5 แห่ง ในระหว่างปีงบประมาณ 2542 - 2544 ได้อธิบายลักษณะโครงสร้างของฐานข้อมูลที่ใช้ และวิธีการจัดการข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความพร้อมสำหรับนำไปใช้ในการวิเคราะห์

**ผลการศึกษา** เป้าหมายที่ใช้ในการวิเคราะห์การใช้ยาสามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามลักษณะของผู้ป่วยที่ใช้เป็นฐาน คือ (1) ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่สนใจศึกษา (2) ผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่มเดียวกับยาที่สนใจศึกษา (3) ผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการรักษาด้วยโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ของยาที่ศึกษา และ (4) ผู้ป่วยที่เคยมาได้รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในด้วยโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ของยาที่ศึกษา ได้แสดงตัวอย่างของผลการวิเคราะห์ข้อมูลใน 3 ประเด็น คือ (1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติของยาในกลุ่มเดียวกัน รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น; (2) การใช้ยาในผู้ป่วยนอกที่เป็นไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และ (3) การใช้ยาในผู้ป่วยนอกที่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรค acute myocardial infarction และหัวใจล้มเหลว ประเด็นการวิเคราะห์ที่ได้รับจากการจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้เห็นว่า วิสัยทัศน์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถบรรลุได้ด้วยการกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานเพื่อให้โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพรายงานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีลักษณะเชื่อมโยงกัน ข้อมูลการจ่ายยาซึ่งใช้ระบบรหัสยาเดียวกันจะช่วยให้การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในระดับประเทศ และเพื่อไม่ให้เกิดภาระต่อโรงพยาบาล ระบบการคลังสุขภาพหลักทั้ง 3 แผน ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรกำหนดมาตรฐานของข้อมูลร่วมกันเพื่อให้ได้ชุดข้อมูลมาตรฐานกลางที่ใช้ได้กับแผนประกันสุขภาพทุกๆ แผน



**กำหนดการประชุมสัมมนาวิชาการ**  
**องค์ความรู้ความเป็นธรรมทางสุขภาพ บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

จันทร์ที่ 27 มิถุนายน 2548	<b>ปรัชญาและแนวคิดสังคมด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ</b>
เวลา 9.00-10.00 น.	ปาฐกถา <b>ปรัชญาแนวคิดสังคมไทย ถ้วนหน้าก่อนเป็นธรรม</b> ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา
เวลา 10.00-10.30 น.	<b>การพัฒนานโยบายความเป็นธรรมทางสุขภาพ อดีตและปัจจุบัน</b> ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
เวลา 10.45-12.00 น.	อภิปรายนำ <b>ปรัชญาความเป็นธรรมในสายตาผู้ให้บริการ กองทุนและประชาชน</b> นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคสุวลา นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ คุณสุวีรัตน์ ตริมิตรดา นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาดล ดำเนินการอภิปราย
	<b>ประจักษ์หลักฐานกับนโยบายความเป็นธรรมทางสุขภาพ</b>
เวลา 13.30-14.30	อภิปรายนำ <b>หลักฐานอะไรนำไปสู่นโยบายสุขภาพที่เป็นธรรม</b> ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ นพ.วิพุธ พูลเจริญ
เวลา 14.30-16.30 น.	กลุ่มย่อยที่ 1 <b>ระบบการคลัง สถานพยาบาลและประชาชน</b> ประธาน ศ.ดร.อานันท์ กาญจนพันธ์ ผลกระทบของ 30 บาทต่อรายจ่ายครัวเรือนและการแก้ปัญหาความยากจนในประเทศไทย วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ พหุติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและความคาดหวัง: มุมมองประชาชนจาก 30 บาท รักษาทุกโรค อัญชญา ณ ระนอง ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย สุกัลยา คงสวัสดิ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ความเป็นธรรมด้านคุณภาพบริการภายใต้โครงการ 30 บาท: มุมมองจากผู้บริโภค ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ <b>Universal access to Renal Replacement Therapy in Thailand: A policy analysis Viroj Tangcharoensathien</b> ต้นทุนต่อคนต่อปีผู้ป่วยเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ: กรณีศึกษา ระดับจังหวัด ศศิธร ธนะภพ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ต้นทุนต่อคนต่อปีและอัตราคืนทุนหลักประกันสุขภาพตามประเภทสิทธิ: กรณีศึกษา ระดับจังหวัด อรทัย เขียวเจริญ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

<p>เวลา 14.30-16.30 น.</p>	<p><b>กลุ่มย่อยที่ 2 ระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม</b>  <b>ประธาน รศ.ดร.ดาว มงคลสมัย</b></p> <p>การแพร่กระจายของยาใหม่กับการเติบโตของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาความไม่เสมอภาคของการใช้ยาต้านการอักเสบประเภท COX-2 inhibitors สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ</p> <p>ความไม่เท่าเทียมในการได้รับยาควบคุมโรคหอบหืดของผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  <b>จุฬารัตน์ ลิมวัฒนานนท์ และคณะ</b></p> <p>ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: กรณีศึกษาการซื้อยาเกินเอง ในจังหวัดเชียงใหม่ นภาพรณี ปั่นกลาง และคณะ</p> <p>การประกันสุขภาพช่องปากในประเทศไทย: การเงินการคลังเพื่อความเป็นธรรม  <b>เพ็ญแข ลากยิ่ง</b></p>
<p><b>อังคารที่ 28 มิถุนายน 2548</b></p>	<p><b>วิธีวิทยากับประจักษ์หลักฐานความเป็นธรรมทางสุขภาพ</b></p>
<p>เวลา 9.00-10.00 น.</p>	<p>อภิปรายนำ  <b>วิธีวิจัยกับการพัฒนานโยบายสุขภาพ</b>  <b>ศ.ดร.นพ. วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงค์</b>  <b>นพ.สมศักดิ์ ชุนหรัศมี</b></p>
<p>เวลา 10.00-12.00 น.</p>	<p><b>กลุ่มย่อยที่ 1 การสำรวจครัวเรือน ชุมชน และเชิงคุณภาพ</b>  <b>ประธาน ศ.ดร.อมรา พงศาพิชญ์</b></p> <p>การวิเคราะห์หลายระดับ (multilevel analysis) เพื่อการประเมินความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ พินิจ พ้าอำนวยผล</p> <p>ความถูกต้องของการค้นหาคนจนด้วยข้อมูลลักษณะครัวเรือน. สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ</p> <p>ดัชนีสินทรัพย์..เครื่องมือกำหนดเศรษฐกิจฐานของครัวเรือนไทย <b>กัญญา ดิษยาธิคม</b></p> <p>ความเป็นธรรมของการใช้บริการผู้สูงอายุ ศรีธัญญา เบญจกุล</p> <p>การประเมินความเป็นธรรมในการใช้บริการและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทย <b>สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์</b></p>
<p>เวลา 10.00-12.00 น.</p>	<p><b>กลุ่มย่อยที่ 2 ฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ</b>  <b>ประธาน นพ.ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล</b></p> <p><b>Healthcare Database for Health Equity Research: the Data Standards Approach</b>  <b>Boonchai Kijsanayotin Supasit Pannarunothai</b></p> <p>กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก : ความเป็นไปได้จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพในประเทศไทย. <b>นิลวรรณ อยู่ภักดี ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย</b></p> <p>ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อวิเคราะห์การใช้จ่ายของโรงพยาบาล: เครื่องมือประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. <b>สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ</b></p>



รายชื่อผู้เข้าประชุมสัมมนาวิชาการ วันที่ 27-28 มิถุนายน 2548

ลำดับ	ชื่อ สกุล	หน่วยงาน
1	ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา	TDR
2	ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง	TDR
3	ดร.วรวรรณ ขาวด้วยวิทย์	TDR
4	นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์	สปสร.
5	นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สปสร.
6	นพ.ประสิทธิ์ วังสิดานารัตนกุล	สปสร.
7	นพ.สัมพันธ์ ศรีอำรงค์สิทธิ์	สปสร.
8	นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคสุทผลา	สำนักปลัดกระทรวงฯ กระทรวงสาธารณสุข
9	นพ.สุวัชรีย์ เขียววัฒนา	ผอ.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
10	นพ.ชาตวิทย์ ทรัพย์เทพ	สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
11	นางสาวสุกัลยา คงสวัสดิ์	สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข
12	ดร.ศรัณญา เบญจกุล	สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข
13	นายพีระ พันธุ์งาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
14	นายแพทย์วิรัช เกียรติเมธา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
15	นายอาเนช โอบิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
16	นายบุญส่ง ชำนาญไพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
17	ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	IHPP
18	ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์	IHPP
19	ดร.พญ.จงกล เลิศเสียรดำรง	IHPP
20	นางสุวรรณี คำมั่น	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมฯ
21	นางสุกัญญา สิริฤกษ์พิพัฒน์	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมฯ
22	น.ส. วรวรรณ พลคำมบ	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมฯ
23	น.ส.สุวิภา สุวณิชนันท์	กรมบัญชีกลาง
24	น.ส. นฤมล บุญวัฒนากุล	กรมบัญชีกลาง
25	ดร.ภญ.อุษดี ศิริสินสุข	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
26	ศ.ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
27	รศ.ดร.สุทนต์ ลิ้มวัฒนานนท์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
28	รศ.ดร.จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
29	นพ.สมศักดิ์ ชูณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
30	นพ.วิฑูร พูลเจริญ	
31	นพ.ศิริวัฒน์ พิทยธรรมา	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
32	นางสมใจ ประมาณพล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
33	นางกุลธิดา จันทร์เจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
34	คุณกาญจนา ป่านุราช	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
35	คุณนิภาพร ศรีณรงค์สุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
36	นพ.เกษม เวรสุทธานนท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
37	นพ.สุระเดช วลีอิทธิกุล	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
38	นางสาวพัชนี ธรรมวันนา	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
39	นางสาวบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
39	นพ.สุกกร บัวสาย	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
40	ศ.ดร.อมรา พงศาพิชญ์	คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
41	ดร.ดาวิกา ศรีรัตนบัลล์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
42	ศ.ดร.อานันท์ กาญจนพันธ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
43	รศ.ดาว มงคลสมัย	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
44	นพ.เกรียงศักดิ์ วีระบุญถนเกียรติ	โรงพยาบาลอุบลราชธานี
45	ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์	คณะวิทยาการศึกษาระหว่างมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ลำดับ	ชื่อ สกุล	หน่วยงาน
46	นพ.สุชาติ สรณสถาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
47	ดร.ทพญ.เพ็ญฯ ลาภอิง	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
48	ทพญ.สุพัชรา ศรีวณิชากร	สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
49	รศ.ดร.ศิริวรรณ ไกรสุวพงษ์	คณะสังคมศาสตร์มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
50	ภญ.นภาพรณี ปิ่นกลาง	โรงพยาบาลโรยปรากร จ.เชียงใหม่
51	นางสาวสุวีร์รัตน์ ศรีมรรคา	มูลนิธิเจ้าตั้งเฮลส์
52	ภญ.นิลวรรณ อยู่กักดี	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
53	นายประสิทธิ์ ช่อนดี	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
54	นางเพชรีย์ เวียงก้อน	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
55	นางดวงหทัย จันทร์เชื้อ	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
56	ผศ.อำนาจ พิภูณสาร	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
57	นางอรทัย เขียวเจริญ	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
58	นางสิรินาฏ นิภาพร	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
59	นายวัฒนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
60	นายเจน วีระพงษ์	นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
61	นางสาวพารุณี อิ่มสบาย	ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
62	นายแพทย์พรเพชร บัญญะปิยะกุล	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
63	นางสุพร ผดุงศุภโลย	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
64	นางวลัยพร เคียวพิพิธพร	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
65	นางจินตนา เป็ยสวน	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
66	นางสาววิจิตร โรจนเนืองนิตย์	กลุ่มพัฒนากิจการบริการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
67	นางธิลาวัฒน์ นาคทอง	กลุ่มพัฒนากิจการบริการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
68	นางกรรณกานต์ บุญใจใหญ่	กลุ่มสารสนเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
69	นางบุษบา บุคยพลากร	กลุ่มแผนงานและบริหารประสิทธิภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
70	นางสาวพัชรา เสถียรพิภคร์	กลุ่มแผนงานและบริหารประสิทธิภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
71	นางธัญญาภักดิ์ อีร์กานต์อนันต์	กลุ่มติดตามและประเมินผล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
72	นายสันต์ เวียงเสี้ยว	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
73	นางสาวชุตินาถ ทัดจันทร์	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
74	นางสาวสุภาพร เขยทิม	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
75	นางสาวเพ็ญพิศ กาญจนบุรณ์	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
76	นางสุกัญญา เศรษฐวิวัฒน์	กลุ่มบริการวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
77	นางศศิธร ธนะภ	นศ.ปริญญาเอก หน่วยระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
78	นางสาวกัญจนา ดิษยาธิคม	โรงพยาบาลตรัง
79	รศ.ดร.ธัญธนา ณ ระนอง	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
80	นพ.ณรงค์ กษิติประเสริฐ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
80	ทพ.กฤษดา เจริญอารีรัตน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
80	นพ.ไชยยศ ประสานวงศ์	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
80	นพ.ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
46	ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณมางกูไณท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
80	นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน	นศ.ปริญญาเอก มหาวิทยาลัย Minnesota



