

## ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

### สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม (Compulsory Equitable Benefit) หรือ สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย (Consumer Choice with Cost Sharing)

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

#### ประเด็นที่น่าสนใจ

- สิทธิประโยชน์ที่มีความแตกต่างกัน จะแสดงถึง “ความไม่เท่าเทียม” ในสังคม หรือจัดให้ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเหมือนกันแล้วเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ และผู้ให้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (ถ้ามี) ย่อมถือว่ามีความเท่าเทียมกันได้เช่นกัน
- การให้เลือกรูปแบบ (1) มีบริการสุขภาพแบบบังคับแบบเดียว ไม่มีแบบอื่นให้เลือกทั้งประเทศ (2) มีชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียวไม่มีให้เลือก แต่สามารถซื้อบริการได้จากนอกระบบประกันสุขภาพ (3) มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานภาคบังคับ แต่เปิดให้มีทางเลือกเพิ่มเติมได้ เป็นแบบต่อยอด
- ปรัชญาสำนักต่าง ๆ ตีความค่านิยม “ความเท่าเทียม” แตกต่างกันไป จึงควรระบุให้ชัดเจนว่า ความเท่าเทียมที่ต้องการ เป็นความเท่าเทียมของอะไร ในรูปแบบใด
- กลุ่ม Egalitarian เชื่อว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน เป็นสิทธิมนุษยชน ไม่ควรถูกกำหนดด้วยสถานะทางเศรษฐกิจ หากเปิดให้ผู้ป่วยเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมและจ่ายเองได้ อาจมีผลกระทบให้มีความไม่เท่าเทียมกัน
- “ทางเลือก” (choice) เป็นสาระสำคัญของปรัชญาสำนักอรรถประโยชน์นิยม ซึ่งให้ความสำคัญต่อผลประโยชน์โดยรวมของสังคม โดยไม่ให้ความสนใจมากนักกับความเท่าเทียมระหว่างสมาชิกในสังคม
- สำนัก Libertarian เห็นว่า บุคคลมีสิทธิที่จะใช้ทรัพย์สินของตนในการให้ได้มาซึ่งบริการสุขภาพที่มากกว่าหรือดีกว่า อย่างน้อยก็ในส่วนชายขอบ (at the margin) นั่นคือ ตามความต้องการที่จะจ่าย (willingness to pay) และความสามารถในการจ่าย (ability to pay)
- การมีสิทธิประโยชน์แบบเดียวน่าจะนำไปสู่คุณภาพบริการในระดับเดียวกัน โดยไม่มีเหตุปัจจัยเรื่องการจ่ายค่าบริการมาเกี่ยวข้อง (อาจมีเหตุปัจจัยอย่างอื่น) หากมีสิทธิประโยชน์หลายแบบ อาจมีความกังวลในเรื่องคุณภาพ ฉะนั้นควรคำนึงว่าสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมดังกล่าว จะไม่มีผลต่อคุณภาพทางการแพทย์หรือคุณภาพทางคลินิก แต่เป็นการเพิ่มความสะดวกต่าง ๆ
- ระบบที่มีทางเลือกย่อมมีโอกาสนำไปสู่ระดับความพึงพอใจโดยรวมที่มากกว่าการมีระบบที่มีสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียว ในขณะที่การเปิดทางเลือกพร้อมกับการให้มีส่วนร่วมจ่ายน่าจะส่งผลดีต่อความยั่งยืนของระบบมากขึ้น



## 1. ความสำคัญของประเด็น

คำถามเชิงนโยบายประเด็นหนึ่งของการออกแบบสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยรัฐ คือ สิทธิประโยชน์ที่จัดให้ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ควรเป็นสิทธิประโยชน์ชุดเดียวที่เหมือนกันสำหรับผู้มีสิทธิทุกคน เป็นสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ หรือเปิดให้สามารถมีสิทธิประโยชน์แตกต่างกันได้มากกว่า 1 แบบ

แง่คิดต่อประเด็นนี้ ในด้านหนึ่งเป็นแง่คิดที่ว่า สิทธิประโยชน์ที่มีความแตกต่างกัน จะแสดงถึง “ความไม่เท่าเทียม” ในสังคม จึงต้องจัดให้มีสิทธิประโยชน์แบบเดียวสำหรับทุกคน ส่วนแง่คิดอีกด้านหนึ่ง เห็นว่า หากจัดให้ชุดสิทธิประโยชน์ขึ้นพื้นฐานเหมือนกันแล้ว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ และการที่ผู้ใช้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) ของสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมดังกล่าว ย่อมมีความเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น หากมีชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียว และผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งไม่ใช้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพนั้น (opt out) รัฐจะมีนโยบายต่อปรากฏการณ์นี้หรือไม่ อย่างไร และหากมีชุดสิทธิประโยชน์มากกว่า 1 แบบ จะมีแบบใด จึงไม่ส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อคุณภาพของระบบสุขภาพ เป็นต้น

## 2. ความหมายเชิงปฏิบัติการ

### 2.1 ขอบเขตของการเลือก

การให้เลือกหรือไม่ให้เลือก “บริการสุขภาพ” สามารถแจกแจงได้หลายระดับ

- (1) มีบริการสุขภาพแบบบังคับแบบเดียว ไม่มีแบบอื่นให้เลือกทั้งประเทศ ในทางปฏิบัติหาตัวอย่างแบบนี้ได้ยาก ตัวอย่างที่น่าจะเทียบเคียงได้มีกรณีบังคลาเทศ หลังการรัฐประหารของนายพล Ershad ในปีค.ศ. 1982 มีการจัดทำบัญชียาจำเป็นขึ้น และให้ถอนทะเบียนยาที่อยู่นอกรายการยาจำเป็นออก จึงสามารถหาซื้อได้เพียงยา 250 รายการตามบัญชียาเท่านั้น<sup>1</sup>
- (2) ระบบประกันสุขภาพมีชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียว ไม่มีให้เลือก แต่หากจะใช้บริการสุขภาพอื่น สามารถซื้อได้จากนอกระบบประกันสุขภาพดังกล่าว ตัวอย่างเช่นระบบ 30 บาทของไทย
- (3) ระบบประกันสุขภาพมีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานภาคบังคับ แต่เปิดให้มีทางเลือกเพิ่มเติมได้ เป็นแบบต่อยอด ในประเภทนี้ การมีระบบสิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เหมือนกัน กับการมีระบบสิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกและเก็บส่วนร่วมจ่าย ไม่ใช่ข้อขัดแย้งที่คงอยู่ร่วมกันไม่ได้ (mutually exclusive) ตัวอย่างของระบบประกันสุขภาพที่ออกแบบสิทธิประโยชน์มากกว่า 1 ระดับแบบนี้พบในระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ ดังตัวอย่างในหัวข้อ 4.2 ข้างล่าง

<sup>1</sup> Reich (1995)



สำหรับบริบทของประเทศไทย การพิจารณาข้อโต้แย้งสำหรับแบบ (2) และ (3) น่าจะมีประโยชน์ ส่วนข้อโต้แย้งสำหรับแบบ (1) ไม่น่าจะมีประโยชน์ เพราะไม่ได้เป็นทางเลือกเท่าที่เห็นในปัจจุบัน

## 2.2 สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม

ในที่นี้หมายความว่า กำหนดให้มีสิทธิประโยชน์แบบเดียว ที่ผู้มีสิทธิทุกคนใช้เหมือนกันหมด ไม่มีทางเลือกชนิดและประเภทของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

สำหรับเอกสารนี้ใช้คำว่า “ความเท่าเทียม” ในความหมายอย่างกว้างๆ โดยจะไม่แจกแจงรายละเอียดที่แตกต่างกันของหลักคิดว่าด้วย equity, equality, social justice, etc. ที่ใช้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้

## 2.3 สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย

ในที่นี้หมายความว่า กำหนดให้มีสิทธิประโยชน์ที่หลากหลายมากกว่า 1 แบบหรือ 1 ระดับ เปิดให้ผู้มีสิทธิสามารถเลือกได้ว่าจะใช้สิทธิประโยชน์แบบพื้นฐานหรือแบบอื่นได้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยที่หากเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม ผู้ใช้บริการจะต้องจ่ายค่าบริการส่วนต่างนั้นเอง

กรณีที่ผู้ป่วยเลือกที่จะใช้บริการอื่นๆที่ไม่ได้ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพโดยรัฐ และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง (opt out) ไม่จัดอยู่ในประเภทนี้

คำว่า “ส่วนร่วมจ่าย” (cost sharing) ในที่นี้ใช้ในความหมายแคบ หมายถึงเฉพาะส่วนที่ผู้ใช้บริการต้องจ่าย สำหรับบริการสุขภาพในส่วนของสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติม ซึ่งเลือกได้เท่านั้น ไม่รวมถึงส่วนร่วมจ่ายในกรณีที่ต้องจ่ายภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ทั้งนี้ ส่วนร่วมจ่ายสำหรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานกับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมอาจมีลักษณะเป็น deductible, copayment, หรือ coinsurance ทำนองเดียวกันก็ได้

## 3. ปรัชญาและฐานคิดที่สนับสนุนแต่ละค่านิยม

### 3.1 ความเท่าเทียม

ก่อนที่จะกล่าวถึงฐานคิดของแต่ละค่านิยมในคู่ประเด็นนี้ ควรพิจารณามุมมองต่อ “ความเท่าเทียม” ก่อน

ปรัชญาสำนักต่างๆตีความค่านิยม “ความเท่าเทียม” แตกต่างกันจาก ดังที่ Amartya Sen ชี้ว่า แต่ละสำนักคิดมองความเท่าเทียมด้วยตัวแปรที่ถือเป็นฐานคิดหลักของสำนักตน กลุ่ม income egalitarian ให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมในการกระจายรายได้ กลุ่มนักประชาธิปไตย (democrat) ให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมในสิทธิทางการเมือง กลุ่ม property-right conservative ให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมในสิทธิเหนือทรัพย์สินของตน ฉะนั้นหากกล่าวว่าการให้มีความเท่าเทียม จึงควรระบุให้ชัดเจนว่า ความเท่าเทียมที่ต้องการ เป็นความเท่าเทียมของอะไร ในรูปแบบใด<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Sen (2004), p 22.



### 3.2 สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม

แนวคิดเรื่องความเท่าเทียมทางด้านสุขภาพ มีรากฐานมาจากแนวคิดเรื่องสิทธิ ประชาชนสำนัก liberalism เน้นเรื่องสิทธิของบุคคล โดยมองว่านโยบายที่ดี คือ นโยบายที่ปกป้องสิทธิของบุคคล ส่งเสริมให้บุคคลมีสิทธิเท่าเทียมกัน

ภายใต้กรอบคิดเกี่ยวกับสิทธินี้ มีมุมมองเกี่ยวกับเรื่องสิทธิแยกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่ม libertarian กับกลุ่ม egalitarian liberal ค่านิยมที่เชื่อว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิ เป็นมุมมองของ egalitarian liberal ซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อนี้ ส่วนกลุ่ม libertarian จะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป (3.3)

กลุ่ม egalitarian liberal หรือมักเรียกสั้นๆว่ากลุ่ม egalitarian เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคมควรได้รับโอกาสพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน สังคมจึงควรปกป้องคุ้มครองสิทธิที่จะมีโอกาสเท่าเทียมกัน แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการยกสถานะทางเศรษฐกิจและสถานะทางสุขภาพของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม (เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม) Egalitarian เชื่อว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน เป็นสิทธิมนุษยชน ไม่ควรถูกกำหนดด้วยสถานะทางเศรษฐกิจ<sup>3</sup>

นอกจากแง่มุมความเท่าเทียมในเรื่องสิทธิแล้ว ผู้สนับสนุนแนวคิดนี้ยังเห็นว่า หากมีการเปิดให้ผู้ป่วยเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมและจ่ายเองได้ อาจมีผลกระทบให้มีความไม่เท่าเทียมกันในคุณภาพบริการสุขภาพที่ผู้มีสิทธิแต่ละคนได้รับ ตามกำลังการจ่ายค่าบริการอีกด้วย

### 3.3 สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย

แนวคิดเรื่อง “ทางเลือก” (choice) เป็นสาระสำคัญของปรัชญาสำนักอรรถประโยชน์นิยมที่เน้นความต้องการของบุคคล (subjective utilitarianism)

สำนักอรรถประโยชน์นิยม (utilitarianism) ให้ความสำคัญต่อผลประโยชน์โดยรวมของสังคม โดยไม่ให้ความสำคัญมากนักกับความเท่าเทียมระหว่างสมาชิกในสังคม ภายใต้กรอบคิดของสำนักนี้ ทางกลุ่ม objective utilitarian เน้นการเพิ่มอรรถประโยชน์รวม เช่น สถานะสุขภาพรวมของประชากร ด้วยการจัดสรรทรัพยากรที่สมเหตุสมผล (rational resource allocation) ใช้มาตรการนโยบายซึ่งคุ้มค่า (cost-effective) โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้กำหนดแทนบุคคลกลุ่มอื่นๆในสังคม เพราะถือว่าผู้เชี่ยวชาญสามารถตัดสินใจเลือกได้ดีกว่าปัจเจกบุคคลทั่วไป ในขณะที่ subjective utilitarian เห็นว่าความพึงพอใจของบุคคลถือเป็นประโยชน์หลัก ปัจเจกบุคคลแต่ละคนย่อมสามารถตัดสินใจได้ หากเปิดโอกาสให้ปัจเจกบุคคลตัดสินใจเลือกในสิ่งที่เห็นว่าเป็นอรรถประโยชน์สูงสุด เมื่อรวมกันแล้วสังคมย่อมได้รับอรรถประโยชน์สูงสุด การให้ปัจเจกบุคคลมีทางเลือก จึงวางอยู่บนฐานคิดนี้<sup>4</sup>

ส่วนความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเลือก มาจากฐานคิดของปรัชญา libertarian ซึ่งเป็นสำนักที่เน้นเรื่องสิทธิดังที่กล่าวข้างต้น Libertarian มองเรื่องสิทธิในขอบเขตที่แคบกว่า egalitarian โดย libertarian เชื่อว่าสิทธิพื้นฐานเป็นสิทธิตามกำเนิด อาทิ ร่างกาย ทรัพย์สิน และเรื่องส่วนบุคคล สังคมควรปกป้องคุ้มครองสิทธิตามกำเนิดเหล่านี้ ส่วนสิทธิอื่นๆที่มีใช้สิทธิตามกำเนิด ปัจเจก

<sup>3</sup> Roberts, et al p 42, 124

<sup>4</sup> Roberts, et al p 41-48



บุคคลควรดูแลตนเอง Libertarian เห็นว่า บุคคลมีสิทธิที่จะใช้ทรัพย์สินของตนในการให้ได้มาซึ่งบริการสุขภาพที่มากกว่าหรือดีกว่า อย่างน้อยก็ในส่วนที่เป็นส่วนต่าง (at the margin) นั่นคือ ตามความต้องการที่จะจ่าย (willingness to pay) และความสามารถในการจ่าย (ability to pay)<sup>5</sup> ฉะนั้น ในกรณีนี้ที่เลือกใช้สิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพเกินจากสิทธิพื้นฐาน บัณฑิตบุคคลควรรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

นอกจากนี้ การเปิดให้จ่ายเพิ่มเติม เป็นการจัดหาทรัพยากรเพิ่มเติมเข้าสู่ระบบสุขภาพสำหรับการบริการภายใต้ระบบประกัน ซึ่งสามารถกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้บริการตามที่กำหนดได้ เช่น เงื่อนไขเรื่องความเท่าเทียมของคุณภาพการรักษา แทนการปล่อยให้ผู้ป่วยใช้บริการนอกระบบประกันเอง

#### 4. รูปแบบที่มีใช้ในระบบประกันสุขภาพ

##### 4.1 สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม

ตัวอย่างเช่นระบบ 30 บาทของไทย

##### 4.2 สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย

ในที่นี้นำเสนอตัวอย่างของทางเลือกในสิทธิประโยชน์ 3 ด้าน จาก 3 ประเทศ โดยที่สิทธิประโยชน์ทั้ง 3 ด้านในตัวอย่างต่อไปนี้เป็นสิทธิประโยชน์ส่วนเพิ่ม หรือส่วนต่อยอด จากสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่มีเท่ากันสำหรับผู้มีสิทธิทุกคนในระบบดังกล่าวอยู่แล้ว สิทธิประโยชน์ในทั้ง 3 ตัวอย่างนี้เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพหลัก

##### 4.2.1 ออสเตรเลีย: ทางเลือกชนิดของยาผู้ป่วยนอก

ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา (Pharmaceutical Benefit Scheme, PBS) ของประเทศออสเตรเลีย กำหนดรายการยาที่จะเบิกจ่ายตามชื่อสามัญทางยา (generic name) โดยกำหนดราคายาที่จะเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพ (reimbursement) สำหรับยาแต่ละรายการตาม generic name นั้นด้วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกใช้ยาจากผู้ผลิตได้หลายราย หากผู้ป่วยเลือกยาตามชื่อการค้าจากผู้ผลิตใดที่มีราคาสูงกว่าอัตราราคาของยาที่ PBS เบิกจ่าย PBS ก็จะจ่ายเพียงอัตราที่กำหนด และผู้ป่วยรับผิดชอบจ่ายส่วนที่สูงกว่าอัตราเบิกจ่ายเอง

นอกจากการกำหนดราคาที่จะเบิกจ่ายสำหรับยาแต่ละ generic name แล้ว PBS ยังใช้ระบบ reference price ในการกำหนดราคาเบิกจ่ายตาม pharmacological group และ therapeutic group สำหรับยากลุ่มด้วย หมายความว่า ในกรณีที่มียาในกลุ่มเดียวกันหลายตัว ซึ่งมีผลการรักษาที่เทียบเคียงได้เท่ากัน จะเบิกจ่ายให้เท่ากับยารายการ (ตาม generic name) ที่ต่ำสุดเท่านั้น หากผู้ป่วยใช้ยาตัวอื่น (ต่าง generic name) ในกลุ่มนั้นซึ่งมีราคาสูงกว่า ให้จ่ายส่วนต่างเอง

<sup>5</sup> Wagstaff, et al p 10 and Roberts, et al p 49



#### 4.2.2 สิงคโปร์: ทางเลือกประเภทห้องสำหรับผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยที่ต้องรับบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์ สามารถเลือกประเภทของห้องผู้ป่วยแบบต่างๆในโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ คือ A, B1, B2, และ C ตามสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของบริการในระดับที่แตกต่างกัน โดยระดับ A เป็นระดับพิเศษซึ่งมีราคาสูงสุด แล้วลดหลั่นกันลงมา ระบบประกันสุขภาพกำหนดอัตราค่าบริการของแต่ละระดับแตกต่างกันอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการห้องในระดับที่สูงกว่าอัตราที่เบิกจ่ายภายใต้ระบบประกันต้องจ่ายส่วนเพิ่มเอง

#### 4.2.3 ไต้หวัน: ทางเลือกการใช้บริการในระดับต่างๆ

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวัน ส่งเสริมให้เกิดระบบการส่งต่อโดยใช้วิธีกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่แตกต่างกันในแต่ละระดับ แทนการใช้วิธีบังคับว่าต้องไปใช้บริการระดับใดก่อนดังเช่นระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ในยุโรป

ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะไปใช้บริการในระดับใดก่อนก็ได้ หากผู้ป่วยเลือกไปใช้บริการระดับสูงกว่าเอง โดยไม่ได้รับการส่งต่อ ผู้ป่วยจะต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายที่สูงกว่าการไปใช้บริการในระดับที่ต่ำกว่า แต่ถ้าหากว่าผู้ป่วยไปใช้บริการระดับสูงกว่าจากการส่งต่อของแพทย์ในระดับล่าง ส่วนร่วมจ่ายก็จะเก็บในอัตราที่ลดลง ดังในตารางข้างล่าง

**ตารางที่ 1** อัตราส่วนร่วมจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในระดับต่างๆ โดยมีการส่งต่อและไม่มีการส่งต่อ (NT\$)

ระดับหน่วยบริการ	บริการผู้ป่วยนอก	
	ไม่ส่งต่อ	ส่งต่อ
1. ศูนย์การแพทย์ (Medical Center)	360	210
2. โรงพยาบาลภาค (Regional hospitals)	240	140
3. โรงพยาบาลอำเภอ (District hospitals)	80	50
4. คลินิก (Primary Care Clinics)	50	50

## 5. ผลกระทบต่อค่านิยมอื่น ๆ

### 5.1 คุณภาพ

หนึ่งในเป้าหมายของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายของระบบประกันสุขภาพด้วย คือการจัดให้มีบริการที่มีคุณภาพ

การมีสิทธิประโยชน์แบบเดียว ก็น่าจะนำไปสู่คุณภาพบริการในระดับเดียวกัน โดยไม่มีเหตุปัจจัยเรื่องการจ่ายค่าบริการมาเกี่ยวข้อง (อาจมีเหตุปัจจัยอย่างอื่น)



หากมีสิทธิประโยชน์หลายแบบ อาจมีความกังวลในเรื่องคุณภาพ ฉะนั้น การกำหนดสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติม ควรคำนึงว่าสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มดังกล่าว ไม่มีผลต่อคุณภาพทางการรักษา หรือคุณภาพทางคลินิก (clinical quality) แต่เป็นการเพิ่มความสะดวกต่าง ๆ

## 5.2 ความพึงพอใจ

ความพึงพอใจจัดเป็นเป้าหมายหนึ่งของระบบสุขภาพ

การมีสิทธิประโยชน์แบบเดียว โดยไม่มีทางเลือกใดๆ ย่อมสร้างความพึงพอใจน้อยกว่าการมีทางเลือก ดังจะเห็นได้จากการที่มีผู้มีสิทธิจำนวนมากเลือกที่จะไม่ใช้บริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพบางระบบ (opt out)

## 5.3 ความยั่งยืน

การออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ย่อมช่วยให้นำทรัพยากรเพิ่มเติมเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ (ไม่ว่าจะส่วนที่เป็นผู้บริหารระบบหรือผู้ให้บริการก็ตาม เพราะหากส่วนอื่นไม่เพียงพอ ทรัพยากรส่วนนี้จะไหลเข้าสู่ส่วนของการจัดบริการ)

## 6. สถานการณ์ในประเทศไทยโดยย่อ

ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกำหนดรายการที่เบิกได้และอัตราที่เบิกได้ เช่น ค่าห้องรายการยาในบัญชียาหลัก หากใช้บริการในรายการใดนอกเหนือจากที่กำหนดหรือเกินอัตราที่กำหนด ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ระบบ 30 บาทกำหนดว่าผู้ให้บริการเก็บเงินเพิ่มไม่ได้ แต่ยังพบความแตกต่างในทางปฏิบัติอยู่ เช่น ผู้ให้บริการบางรายเก็บค่ายาเพิ่มกรณีเลือกจ่ายบางรายการหรือยาต้นแบบ

## 7. ข้อโต้แย้ง (arguments) ประกอบการตัดสินใจ

### 7.1 ความเท่าเทียมในแง่สิทธิประโยชน์และการใช้บริการสุขภาพที่เหมือนกัน

ในมุมมองที่เห็นว่ามีการจัดสิทธิประโยชน์หรือบริการสุขภาพแบบเดียวเหมือนกันหมดเท่านั้น จึงถือเป็นความเท่าเทียม (เช่น Marxist) หรือหากเปิดให้มีความแตกต่างจะส่งผลต่อ "ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์" ในแง่นี้ ความเท่าเทียมอยู่ที่การมีชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันหรือได้รับบริการสุขภาพที่เหมือนกัน (ไม่ใช่ที่สภาวะสุขภาพหรือความพึงพอใจ)

ในสังคมที่ทุกคนมีฐานะในระดับเดียวกัน การจัดสิทธิประโยชน์หรือบริการแบบเดียวเหมือนกันหมดคงถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ในสังคมที่บุคคลมีฐานะแตกต่างกัน จะมีคำถามในแง่การจัดสรรทรัพยากร / ทรัพยากรสินของบุคคลในกิจกรรมต่างๆตามมา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

สมมติว่านายดำกับนายแดงมีสถานะทางสุขภาพเหมือนกัน และทั้งสองเป็นโรคเดียวกันโรคหนึ่ง นายดำร่ำรวยมากและสามารถรักษาโรคดังกล่าวให้หายได้ด้วยวิธีการรักษาที่แพงมาก ส่วนนายแดงฐานะยากจน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาแบบเดียวกันได้ จึงยังคงเป็นโรคนี้อยู่





หากทรัพยากรที่ใช้ในการรักษานายดำสามารถนำมาแบ่งใช้รักษานายแดงด้วย ก็น่าจะมีโอกาสช่วยบรรเทาอาการของโรคของทั้งสองคนได้ หรือหากแบ่งไม่ได้ ก็น่าจะมีวิธีการตัดสินใจว่าใครควรได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ได้ผลแต่แพงนั้น โดยที่ให้ทั้งสองคนมีโอกาสเท่าๆ กันในการรับเลือก เช่น จับฉลากเพื่อให้มี "ความเท่าเทียม"

แต่ถ้ามีนโยบายรัฐที่ต้องการสร้างความเท่าเทียมให้เกิดขึ้นโดยการห้ามไม่ให้นายดำซื้อบริการการรักษาโรคที่มีราคาแพงเกินกว่าที่นายแดงจะสามารถจ่ายได้ นายแดงจะไม่ได้รับผลกระทบจากนโยบายนี้ เพราะถึงอย่างไรก็ไม่สามารถจ่ายเงินซื้อบริการการรักษานั้นอยู่แล้ว ส่วนนายดำก็ต้องรับความทุกข์จากโรคดังกล่าวต่อไป เพราะนโยบายไม่ให้ซื้อ และหากนายดำซึ่งมิได้ใช้เงินไปในการจ่ายค่ารักษาโรคนี้ ใช้เงินก้อนเดียวกันนี้ไปซื้อเรือยอร์ชแทน ก็จะได้ไม่ทำให้ความเจ็บป่วยนั้นหายไป

ผลที่ได้จากนโยบายในกรณีดังกล่าวมีหลายประการ : (1) นับได้ว่าสามารถลดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพลง (2) แต่ความเท่าเทียมทางสุขภาพก็มีได้เพิ่มขึ้น (3) ในขณะที่เดียวกัน สถานการณ์สุขภาพโดยรวมก็มีได้ดีขึ้น และ (4) ไม่ได้สร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้น (เป็นการเปลี่ยนแปลงที่แย่งตามหลักของ Pareto)<sup>6</sup>

ฉะนั้น ประเด็นความเท่าเทียมทางสุขภาพไม่ควรมองเพียงในขอบเขตของระบบสุขภาพเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงประเด็นที่กว้างขึ้น เช่น การจัดสรรทรัพยากรในสังคมด้วย

## 7.2 คุณภาพและความเท่าเทียม

ความกังวลสำคัญที่เกี่ยวกับการจัดสิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่ายคือ หากมีระบบทางเลือกดังกล่าว อาจเกิดผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพ เนื่องจากการจ่ายเงินที่มีความแตกต่างกัน เช่น การที่เมื่อผู้ที่มีความสามารถในการจ่าย (able to pay) และเลือกที่จะจ่ายเพิ่ม (willing to pay) จะส่งผลให้ผู้ให้บริการจัดสรรทรัพยากร เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือราคาแพง ไปให้การดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ จนเป็นเหตุให้มีทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประโยชน์พื้นฐาน จนทำให้ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพด้อยกว่า หรืออาจให้การรักษาด้วยหัตถการหรือจ่ายยาที่เป็นตัวเลือกรองลงมา เนื่องจากมีราคาถูกกว่า

ฉะนั้น สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือ ในการจัดให้สิทธิประโยชน์ทางเลือก ควรจะมีเงื่อนไขว่า ผลของการเลือกนั้น จะต้องไม่มีผลต่อคุณภาพของการรักษาหรือคุณภาพทางคลินิก (clinical quality) แต่อาจมีความต่างของคุณภาพของบริการ (service quality) และความพึงพอใจของผู้ป่วย (patient satisfaction) ได้

## 7.3 ความเท่าเทียม ความพึงพอใจ และการนำทรัพยากรเพิ่มเติมเข้าสู่ระบบ

หากจุดเน้นของความเท่าเทียมหรือตัวแปรในการวัดความเท่าเทียมอยู่ที่สุขภาวะหรือคุณภาพของการดูแลรักษาทางด้านคลินิก ระบบที่ออกแบบโดยให้การเลือกในส่วนของสิทธิประโยชน์ไม่มีผลต่อ

<sup>6</sup> ดัดแปลงจาก Sen (2004)





คุณภาพทางคลินิก แต่ต่างกันเพียงในแง่สิ่งแวดล้อมของบริการ จะจัดได้ว่ามีความเท่าเทียม และสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการได้เพิ่มขึ้น ทำให้มีอัตราประโยชน์สูงขึ้น

นอกจากนี้ การที่ผู้ใช้บริการจ่ายส่วนเพิ่ม ยังเป็นการนำทรัพยากรเข้าสู่ส่วนของการจัดบริการ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพด้วย และเป็นการใช้ตามเงื่อนไขและกลไกภายในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบนโยบายที่สามารถกำหนดและติดตามตรวจสอบได้ง่ายกว่า ทั้งสามารถปรับปรุงเพื่อตอบสนองเป้าหมายของนโยบายได้ง่ายกว่า

## 8. เอกสารอ้างอิง

- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, and Reich MR. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. NY: Oxford University Press. 2004.
- Anand S, Peter F, Sen A. Public health, ethics, and equity. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Wagstaff A and Van Doorslaer E. "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions," Health Care: An International Perspective. NY: Oxford University Press. 1993.
- Reich, MR. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. Health Policy 32(1995): 47-77.
- กฤษณ์ พงศพิรุฬห์. การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. รายงานเสนอสำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย พ.ศ. 2551.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ และคณะ. ส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ. รายงานเสนอสำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย พ.ศ. 2551.

