

ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ

ดร. สมชาย สุขสิริเสรีกุล*

แนวความคิดเรื่องความเสมอภาคตามหลักเศรษฐศาสตร์ มี 3 หลักการ และแนวทางในการพิจารณาต่างๆ กัน ไม่ได้มีความหมายหนึ่งเดียวที่เป็นสากล ระบบบริการสุขภาพแต่ละประเทศต้องตัดสินใจถึงจุดประสงค์ของความเสมอภาคของตนเอง ที่สำคัญคือ ความเสมอภาคขึ้นอยู่กับการให้คุณค่าของคนในสังคม ความเสมอภาคที่สอดคล้องกับคุณค่าที่สังคมยึดถือจึงจะเป็นความเสมอภาคที่เหมาะสม

บทความนี้มีจุดประสงค์หลักเพื่อรวบรวมแนวความคิดและความหมายของความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพที่ได้มีการพัฒนาอย่างมากมาย รวมทั้งเพื่ออธิบายแนวความคิดและความหมายต่างๆ ให้เข้าใจได้ง่าย โดยเฉพาะเพื่อผู้ที่ไม่ได้เชี่ยวชาญทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องนี้แก่ผู้ที่ใช้ความหมายของความเสมอภาคอย่างสับสนบ่อยๆ

คำนิยามของความเสมอภาค

ความเสมอภาค (equity) ได้พัฒนาในวิชาปรัชญาเป็นส่วนใหญ่ มีนักวิชาการหลายคน que เรียกว่า ความเสมอภาคเป็นความยุติธรรม (justice) และความเป็นธรรม (fairness) เป็นต้น หลักเศรษฐศาสตร์ได้พัฒนาแนวความคิดนี้เป็นสามหลักการที่สำคัญคือ

ก. Utilitarianism (หลักประโยชน์นิยม) คือ การกระจายทรัพยากรในสังคมที่ถือได้ว่าเกิดความเสมอภาคก็ต่อเมื่อผลลัพธ์ของการกระจายนั้นเป็นไปตามไปในลักษณะที่ได้ประโยชน์สูงสุด

ข. Rawlsian (Maximin) Principle สมมุติให้แต่ละคนในสังคมสนใจการครอบครองสินค้าพื้นฐานโดยมีจุดประสงค์หลักคือผลประโยชน์ส่วนตน ในสภาวะการณ์นี้เนื่องจากการยากที่จะบรรลุถึงหลักการความเสมอภาคที่ยอมรับได้โดยทุกคนซึ่งจะทำให้ทุกคนมีโอกาส

อภิปรายจุดประสงค์ของตนเอง ดังนั้นจึงต้องสมมุติให้ทุกคนอยู่ภายใต้ “ม่านแห่งความไม่รู้” (veil of ignorance) ซึ่งหมายถึงความรู้เกี่ยวกับตนเองว่าจะมีลักษณะเป็นอย่างไร มีพื้นเพเป็นอย่างไร อยู่ในฐานะใดในสังคมรวมทั้งประเทศและความเป็นมาในอดีตที่เขาต้องเกิดและเติบโตขึ้นมา แต่เขาจะรู้ความจริงทั่วไปของโลกอย่างสมบูรณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเลือกหลังจากดำเนินการตามวิธีนี้จะได้รับความเสมอภาคที่สมเหตุสมผลที่สุดเพียงหนึ่งเดียวคือ การเลือกหลักการ maximin rule ซึ่งเป็นไปเพื่อทำให้ตำแหน่งของผู้(กลุ่ม)ที่มีสภาพแย่ที่สุดในสังคมดีที่สุด เนื่องจากคนแต่ละคนไม่อาจรู้ว่าตนเองจะกลายเป็นผู้ที่อยู่ในสภาพที่แย่ที่สุดในสังคมก็ได้

ค. Egalitarianism กล่าวว่าการเสมอภาคเกิดขึ้นได้เมื่อสมาชิกในสังคมได้รับสิ่งที่กำลังพิจารณาอยู่เป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ มาเป็นข้อจำกัด ในปัจจุบัน Egalitarianism ไม่ได้กล่าวถึงในวิชาเศรษฐศาสตร์อย่างเห็นเด่นชัด เนื่องจากหลักการนี้ได้ถูกแทนที่ด้วยนิยามของความเสมอภาคที่พัฒนามาจากหลักการนี้จนมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว และได้รับการปฏิบัติอย่างแพร่หลาย

นอกจากนี้ ความเสมอภาคยังแยกพิจารณาได้ 3 แนวทาง คือ

1. ความเสมอภาคในแนวนอน (Horizontal equity) คือ ผู้ที่เหมือนกันใน “ทุกด้านที่เกี่ยวข้อง” (in

* คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

all relevant senses) ควรได้รับการปฏิบัติเหมือนกัน นิยามนี้มีปัญหาในการปฏิบัติหลายประการด้วยกัน หนึ่งในความหมายของ “ทุกด้านที่เกี่ยวข้อง” จะรวมอะไรไว้บ้าง ซึ่งต่างคนก็อาจมีความคิดเห็นต่อความหมายนี้ต่างกันไปสอง การปฏิบัติเหมือนกันในด้านหนึ่งก็อาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ต่างกันได้ในด้านอื่น

2. ความเสมอภาคในแนวตั้ง (Vertical equity) คือ ผู้ที่ไม่เหมือนกันใน “ด้านที่เกี่ยวข้อง” (in relevant senses) ควรได้รับการปฏิบัติต่างกัน หลักการนี้ได้พบกับปัญหาที่เกิดขึ้นในหลักการความเสมอภาคในแนวนอนที่ได้กล่าวมาแล้วเช่นกัน

3. ความเสมอภาคจากความเท่าเทียมกันของตัวเลือก (Equality of choices) กล่าวว่า หากเรานิยามปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของปัจเจกชนว่าเป็น “ขีดจำกัด” (constraints) ขีดจำกัดเหล่านี้จะจำกัดช่วงของความเป็นไปได้ที่ปัจเจกชนจะเลือกตัวเลือก (ซึ่งเรียกว่า “กลุ่มตัวเลือก” หรือ choice set) การกระจายทรัพยากรจะถือว่าเสมอภาค ถ้าปัจเจกชนที่เป็นผู้รอบรู้ (informed individuals) เหล่านี้เผชิญกับกลุ่มตัวเลือกที่เหมือนกัน

ความเสมอภาคในแนวนอนของบริการสุขภาพ

ความเสมอภาคในแนวนอนของบริการสุขภาพมีหลักการสั้นๆ ว่า “ปฏิบัติให้เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็น (need) เท่ากัน” หลักการนี้สามารถนำไปใช้ได้ ในขั้นตอนใดของการผลิตบริการสุขภาพก็ได้ เช่น ปัจจัยการผลิต ขบวนการ หรือผลลัพธ์ เป็นต้น

- 1) ค่าใช้จ่ายทางด้านบริการสุขภาพที่เท่ากัน สำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
- 2) การใช้บริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
- 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
- 4) ระดับสุขภาพที่เท่ากัน

ความเสมอภาคในแนวตั้งของบริการสุขภาพ

ความหมายของความเสมอภาคในแนวตั้งของบริการสุขภาพที่สำคัญ 2 ประการคือ

- 1) การให้บริการสุขภาพที่ไม่เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นที่ไม่เท่ากัน เช่น การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ที่ป่วยน้อยไม่เท่ากับการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ที่ยุ่วยมาก
- 2) การจ่ายค่าบริการสุขภาพในระดับก้าวหน้า (progressive financing) ด้วยความสามารถที่จะจ่ายได้ เช่น การระดมเงินสำหรับระบบบริการสุขภาพที่ใช้ภาษีรายได้แบบก้าวหน้า เป็นต้น

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากัน (Equality of access)

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันมีหลายความหมายด้วยกัน ความหมายหนึ่งที่นิยมคือ ทุกคนควรเผชิญกับราคาเดียวกันสำหรับบริการสุขภาพประเภทเดียวกัน (ทั้งในรูปตัวเงินและรูปที่มีใช้ตัวเงิน) เช่น ถ้าคนกลุ่มหนึ่งต้องถูกเรียกเก็บค่าบริการสุขภาพสูงกว่าคนอีกกลุ่มหนึ่ง หรือต้องเดินทางไปสถานพยาบาลที่ไกลกว่า หรือต้องรอนานกว่าสำหรับบริการสุขภาพประเภทเดียวกัน เราก็กล่าวได้ว่าคนกลุ่มแรกมีต้นทุนส่วนบุคคลของการรับบริการสุขภาพสูงกว่าคนอีกกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นก็มีความไม่เท่ากันของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ความหมายอีกทางหนึ่งของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันคือ ทุกคนสามารถที่จะบริโภคบริการสุขภาพในปริมาณที่เท่ากัน การที่จะบรรลุเงื่อนไขนี้ได้ต้องลดค่าบริการสำหรับคนที่จนเพื่อที่จะทำให้คนกลุ่มนี้สามารถบริโภคบริการสุขภาพได้มากเท่ากับคนกลุ่มที่รวยกว่า แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ความหมายแบบนี้ขัดแย้งกับความหมายแบบแรก (ราคาเท่ากันสำหรับทุกคน)

ระดับสุขภาพที่เท่ากัน (Equality of health)

ระดับสุขภาพที่เท่ากันคือทุกคนในสังคมมีระดับสุขภาพที่เท่ากัน

ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ

ความเสมอภาคของความเท่ากันของตัวเลือก ในบริการสุขภาพ (Equality of choice)

ความเสมอภาคของความเท่ากันของตัวเลือกในบริการสุขภาพกำหนดว่า ถ้าทุกคนในระบบบริการสุขภาพเผชิญกับตัวเลือกที่เท่ากัน การกระจายบริการสุขภาพก็เป็นไปอย่างเสมอภาค

การเลือกความหมายของความเสมอภาคในบริการสุขภาพ

นักวิชาการส่วนใหญ่เห็นว่า ไม่มีนิยามหรือความหมายของความเสมอภาคหนึ่งเดียวที่เป็นสากล ระบบบริการสุขภาพแต่ละแห่งหรือแต่ละประเทศต้องตัดสินใจถึงจุดประสงค์ของความเสมอภาคของตนเอง วิธีปฏิบัติเพื่อบรรลุจุดประสงค์นั้น เผชิญกับปัญหาและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของความเสมอภาคที่ใช้ และความขัดแย้งของความหมายต่างๆ ของความเสมอภาค (หากใช้มากกว่าหนึ่งนิยาม) รวมทั้งตรวจสอบผลการปฏิบัติงานตามนิยามที่ใช้เพื่อปรับปรุงแก้ไขนิยามให้เหมาะสมกับสังคมต่อไป

สิ่งที่สำคัญคือ ความเสมอภาคขึ้นอยู่กับการให้คุณค่า (value judgement) ของคนในสังคม ความเสมอภาคที่เหมาะสมสำหรับสังคมหนึ่งจึงอาจแตกต่างไปจากความเสมอภาคที่เหมาะสมสำหรับอีกสังคมหนึ่ง ความเสมอภาคที่สอดคล้องกับคุณค่าที่สังคมยึดถืออยู่จึงเป็นความเสมอภาคที่เหมาะสม

ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพของประเทศที่พัฒนาแล้ว

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้สุทธิ (disposable income) กับเงินสมทบระบบบริการสุขภาพ (health service contribution) เป็นแนวทางหนึ่งที่จะดูความเสมอภาคในแนวตั้งของการชำระค่าบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการศึกษากันมาก เนื่องจากผลของ

การศึกษาสามารถนำไปปฏิบัติได้เลยในการกำหนดวิธีการชำระเงินของโครงการประกันสุขภาพ (financing health insurance scheme)

Gottschalk et al (1989) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์นี้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์ โดยแบ่งประชากรออกเป็น 10 กลุ่มตามระดับรายได้สุทธิ (จากน้อยไปมาก) หรือแบ่งเป็น 10 deciles ผลการศึกษาที่รายงานไว้ในตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษมีวิธีการจ่ายค่าบริการสุขภาพที่ก้าวหน้าที่สุด (นั่นคือกลุ่มรายได้ต่ำจ่ายค่าบริการสุขภาพในระดับที่ต่ำ ขณะที่กลุ่มรายได้สูงจ่ายค่าบริการสุขภาพในระดับที่สูง) กลุ่มที่ยากจนที่สุดของประเทศอังกฤษครอบครองรายได้เพียง 2.7% ของรายได้ทั้งประเทศได้จ่ายเงินสมทบบริการสุขภาพแค่ 1.7% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของระบบบริการสุขภาพ ขณะเดียวกันกลุ่มที่ร่ำรวยที่สุดของประเทศมีรายได้ถึง 23.7% จ่ายเงินสมทบบริการสุขภาพ 25.6%

วิธีการจ่ายค่าบริการของระบบบริการสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์จัดได้ว่าเป็นแบบสัดส่วนเท่ากัน (proportional) 7 ใน 10 กลุ่มมีร้อยละของรายได้สุทธิเกือบเท่ากับร้อยละของเงินสมทบบริการสุขภาพ

วิธีการจ่ายค่าบริการของระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐ จัดได้ว่าเป็นแบบถดถอย (regressive) ใน 9 กลุ่มแรกของประชากร ร้อยละของค่าบริการสุขภาพสูงกว่าร้อยละของรายได้สุทธิ ในทางตรงกันข้าม กลุ่มที่รวยที่สุดซึ่งมีรายได้สูงถึง 33.1% จ่ายค่าบริการสุขภาพเพียง 21.8%

ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาของผู้วิจัยกลุ่มนี้ในงานอื่นพบว่า กลุ่มคนชราเป็นกลุ่มที่มีความถดถอยในการชำระค่าบริการสุขภาพเป็นอย่างมากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น นั่นคือคนชราในกลุ่มรายได้ต่ำสุดต้องจ่ายเงินสมทบบริการสุขภาพในรูปของการจ่ายโดยตรงและเบี่ยประกันเป็นร้อยละ 64.7% ของรายได้สุทธิ

แต่อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ด้วยวิธีการนี้ไม่อาจ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพทั้งหมดกับรายได้สุทธิของกลุ่มประชากร 10 กลุ่มตามเศรษฐกิจฐานะของประเทศ เนเธอร์แลนด์ อังกฤษ และสหรัฐ ในปีพ.ศ. 2524

กลุ่มตามเศรษฐกิจฐานะ	เนเธอร์แลนด์		อังกฤษ		สหรัฐ	
	ร้อยละของรายได้สุทธิ	ร้อยละของเงินสมทบบริการสุขภาพ	ร้อยละของรายได้สุทธิ	ร้อยละของเงินสมทบบริการสุขภาพ	ร้อยละของรายได้สุทธิ	ร้อยละของเงินสมทบบริการสุขภาพ
1	0.4	1.9	2.7	1.7	1.4	3.9
2	5.2	4.3	4.0	2.5	2.9	4.9
3	6.6	6.1	5.3	4.0	4.4	5.5
4	7.9	8.3	6.8	6.2	5.7	7.0
5	8.9	9.8	8.2	7.9	7.1	8.6
6	10.1	11.5	9.6	9.8	8.5	9.7
7	11.5	12.3	11.1	11.5	10.1	10.9
8	13.1	13.9	13.0	13.5	11.9	12.8
9	15.5	15.4	15.6	17.1	14.9	15.0
10	20.8	16.7	23.7	25.6	33.1	21.8

แหล่งข้อมูล : Gottschalk et al (1989)

จะเปรียบเทียบความเสมอภาคในแนวตั้งของการชำระค่าบริการสุขภาพระหว่างระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ ได้ ทั้งนี้เพราะไม่มีตัวเชื่อมระหว่างระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ ที่จะปรับให้อยู่บนฐานเดียวกันได้

ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

จากข้อมูลการสำรวจครัวเรือนระหว่างปีพ.ศ. 2531-2535 M. Krongkaew (1995) พบว่าการกระจายรายได้ของครัวเรือนและบุคคลในประเทศไทยมีความไม่เท่าเทียมกันเพิ่มขึ้น (ดูตารางที่ 2) เนื่องจากในปัจจุบันประชาชนได้จ่ายค่าบริการสุขภาพจากรายได้ของตนเองสูงถึงร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ความไม่เสมอภาคในการกระจายรายได้ย่อมแสดงถึงความไม่เสมอภาคในความสามารถของการซื้อบริการสุขภาพ

นอกจากนี้ การวิจัยหลายๆ เรื่องของนักวิชาการของคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ยังได้มีการพบความไม่เสมอภาคในด้านที่สำคัญของบริการสุขภาพดังต่อไปนี้คือ

ก. ความเสมอภาคในการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลของรัฐ การใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจสูงกว่าอาชีพอื่น เนื่องจากสามารถเบิกจ่ายด้วยสวัสดิการที่มีอยู่ แม้ว่ารายได้ของกลุ่มนี้จะสูงกว่าอาชีพอื่นๆ ด้วย (นั่นแสดงให้เห็นว่า ความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการสุขภาพสูงกว่า แต่กลับมีการจ่ายด้วยเงินของตนเองน้อยกว่า) (ดูตารางที่ 3-4)

การให้บริการสุขภาพจากแผนกคนไข้ใน (ระยะเวลาที่พักในโรงพยาบาล) ไม่ได้ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้รับบริการสุขภาพ แต่ขึ้นอยู่กับแหล่งของการชำระเงินค่าบริการ

ข. ความเสมอภาคในการชำระเงินค่ารักษาของ

ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 2 การกระจายรายได้ระหว่างปีพ.ศ. 2518 และ 2529

กลุ่มระดับรายได้	25 18-25 19	2524	2529
กลุ่มที่มีรายได้เป็น 20% แรกของประชากร (จนที่สุด)	6.1	5.4	4.6
กลุ่มที่มีรายได้เป็น 20% ที่สองของประชากร	9.7	9.1	7.9
กลุ่มที่มีรายได้เป็น 20% ที่สามของประชากร	14.0	13.4	12.1
กลุ่มที่มีรายได้เป็น 20% ที่สี่ของประชากร	21.0	20.6	19.9
กลุ่มที่มีรายได้เป็น 20% ที่ห้าของประชากร (รวยที่สุด)	49.3	51.5	55.6

แหล่งข้อมูล : M. Krongkaew (1995)

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยตามกลุ่มอาชีพที่สำคัญจำแนกตามแหล่งการชำระค่ารักษาพยาบาล (แผนกคนไข้นอก)

แหล่งของการชำระค่ารักษาพยาบาล	อาชีพ							รวม
	ชาวนา	ผู้เลี้ยงสัตว์	ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	ลูกจ้างทั่วไป	พนักงานบริษัท	ค้าขาย	อื่นๆ	
	(52,508)	(74,805)	(114,680)	(56,499)	(86,032)	(75,441)	(65,955)	
1. จ่ายด้วยตนเอง	11.8	1.0	1.7	6.7	5.5	3.0	0.8	30.5
2. จ่ายโดยญาติ	4.0	0.4	0.7	3.2	0.8	2.5	0.6	12.2
3. เบิกจ่ายด้วยสวัสดิการข้าราชการ	2.9	0.4	18.3	1.7	1.7	2.1	1.3	28.4
4. สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	0.0	0.0	1.1	0.2	0.8	0.0	0.8	2.9
5. บัตรสุขภาพ	5.7	1.1	0.4	2.5	0.0	0.6	0.0	10.3
6. สงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย	4.4	0.0	0.4	2.9	0.4	0.0	0.4	8.5
7. สวัสดิการอื่นๆ	1.8	0.2	0.7	1.5	1.0	1.3	0.7	7.2

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บแสดงถึงรายได้เฉลี่ยต่อปี (บาท)

แหล่งข้อมูล : Khoman (1995)

ผู้ใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ ความไม่เสมอภาคในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลเกิดขึ้นระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ โดยที่ระบบการเรียกเก็บเงินในปัจจุบันได้ให้ประโยชน์ต่อกลุ่มอายุ 15-59 ปีมากกว่ากลุ่มอายุ 1-4 และ 5-14 ปี

ค. ความเสมอภาคในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลของรัฐ คุณภาพของการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการฯ ต่างๆ แตกต่างกันไป นั่นคือ

ได้มีการพบว่ากลุ่มผู้ใช้บริการสุขภาพที่เข้าข่ายโครงการสงเคราะห์ต่างๆ มักจะได้รับยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งถูกมองว่าเป็นยาที่ดีกว่ายาอื่น หากผู้ป่วยต้องการยานอกบัญชียาหลักฯ จะต้องจ่ายค่ายาเหล่านั้นเอง

นักวิชาการกลุ่มที่กล่าวถึงข้างต้นได้ให้ความเห็นว่าการเพิ่มความเสมอภาคของบริการสุขภาพในประเทศไทยอาจทำได้ด้วยการเปลี่ยนรูปแบบการชำระเงินค่า

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยตามกลุ่มอาชีพที่สำคัญจำแนกตามแหล่งการชำระค่ารักษาพยาบาล (แผนกคนไข้ใน)

แหล่งของ การชำระ ค่ารักษา พยาบาล	อาชีพ							รวม
	ชาวนา	ผู้เลี้ยงสัตว์ และประมง	ข้าราชการ และพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	ลูกจ้าง ทั่วไป	พนักงาน บริษัท	ค้าขาย	อื่นๆ	
	(52,508)	(74,805)	(114,680)	(56,499)	(86,032)	(75,441)	(65,955)	
1. จ่ายด้วยตนเอง	9.5	0.4	0.6	9.1	2.6	3.2	0.6	26.0
2. จ่ายโดยญาติ	9.4	0.6	0.5	8.4	2.2	2.2	1.2	24.5
3. เบิกจ่ายด้วย สวัสดิการข้าราชการ	4.6	0.2	9.2	2.2	1.0	2.8	0.6	20.6
4. สวัสดิการ รัฐวิสาหกิจ	0.2	0.0	0.2	0.0	0.4	0.0	0.2	1.0
5. บัตรสุขภาพ	8.9	0.4	0.6	2.4	0.4	0.4	0.0	13.1
6. สงเคราะห์ ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย	4.0	0.2	0.8	4.0	0.8	0.8	0.0	10.6
7. สวัสดิการอื่นๆ	1.2	0.2	0.2	2.0	0.6	0.0	0.0	4.2

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บแสดงถึงรายได้เฉลี่ยต่อปี (บาท)

แหล่งข้อมูล : Khoman (1995)

บริการสุขภาพ

แม้ว่าความเสมอภาคถูกยอมรับว่าเป็นเรื่องสำคัญลำดับต้นๆ แต่การศึกษาวิจัยกลับมีจำนวนน้อยมาก การเพิ่มงานวิจัยอาจเริ่มต่อไปจากนี้ด้วยการวัดความเสมอภาคตามแนวความคิดต่างๆ เพื่อให้รู้ว่าความไม่เสมอภาคมีขนาดเป็นเท่าไรและรุนแรงแค่ไหน รวมถึงการประเมินถึงศักยภาพของโครงการบริการสุขภาพที่อาจลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคลงได้

บรรณานุกรม

1. Gottschalk et al (1989) "Health care financing in the U.S., U.K. and Netherlands: Distributional consequences" in A. Chiancone and K. Messere (eds.) *Changes in Revenue Structures*. (Wayne State University Press):

2. Khoman, S. (1995) *Equity and the Pricing of Government Hospital Services in Thailand*. Paper presented at the Second Canadian Conference on International Health, November 12-15, 1995.
3. Krongkaew, M. (1995) *Thailand: Poverty Assessment Update, An Interim Report*. Monograph.
4. Mongkolsmai, D. et al (1989) *Public-Sector Health Financing in Thailand: The Structure of the Health Financing*. System Report No.93-03. The Faculty of Economics, Thammasat University.

