

# ความไม่เป็นธรรมระหว่าง ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

สุพล ลิมวัฒนานนท์ MPHM, PhD

การประชุมวิชาการ การวิจัยระบบสุขภาพประจำปี 2556

“จัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”

25 เมษายน 2556

# ความไม่เป็นธรรมระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการสุขภาพ

## ตัวอย่าง โจทย์วิจัยระบบสุขภาพ

บริการแบบเอกชนใน รพ. รัฐ (private practice in public hospitals)

1. การผ่าท้องคลอด (Caesarean delivery)
2. บริการพิเศษ (เหนือสิทธิประโยชน์พื้นฐาน)

# ปัญหาทางเศรษฐศาสตร์

1. ความต้องการใช้บริการที่ถูกชักนำ (supplier-induced demand)

อุปสงค์ (demand) ของบริการที่เกิดจากการชักนำโดยผู้ให้บริการ

2. การให้บริการสองมาตรฐาน (two-tier provision)

บริการสองแบบ (หรือบริการแบบเดียวแต่ต่างราคา) โดยผู้ให้บริการรายเดียวกัน

# สาเหตุของปัญหา

## 1. Asymmetric information

ผู้ให้บริการรู้ข้อมูลมากกว่าผู้รับบริการ

## 2. Principal-agent relationship

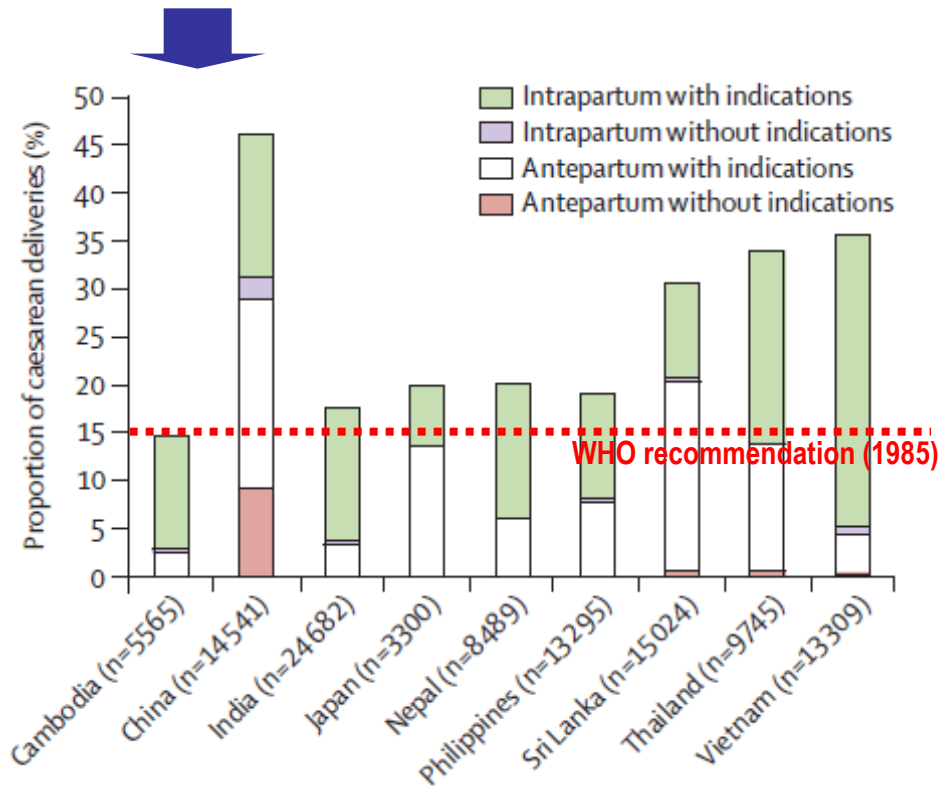
ผู้ให้บริการเป็นตัวแทน (agent) ตัดสินใจแก่ผู้รับบริการ (principal)

# 1. การผ่าท้องคลอด

Risk of maternal mortality and morbidity index (at least one of: maternal mortality, admission to intensive care unit [ICU], blood transfusion, hysterectomy, or internal iliac artery ligation)



WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health (2007-08)



## Maternal mortality and morbidity index†

Spontaneous (reference)	1215/75 057 (1.6%)
Operative vaginal delivery	146/3465 (4.2%)
Antepartum CS without indications	9/1515 (0.6%)
Antepartum CS with indications	744/10 853 (6.9%)
Intrapartum CS without indications	40/554 (7.2%)
Intrapartum CS with indications	1947/16 506 (11.8%)

ที่มา: Lumbiganon et al. (2010)

# Implications of Private Practice in Public Hospitals on the Cesarean Section Rate in Thailand

*Piya Hanvoravongchai, M.D.,  
Jongkol Letiendumrong, M.D.,  
Yot Teerawattananon, M.D.,  
Viroj Tangcharoensathien, M.D., Ph.D.*

## Census on delivery pattern in 29 MOPH provincial hospitals, June 1998

Delivery Pattern	Private cases		Non-Private cases	
Normal Delivery (NL) Range*	1080	33.1% 8.4%- 75.2%	4233	76.9% 63.5%-100%
Cesarean Section (CS) Range*	1512	46.4% 11.9%-89.2%	873	15.9% 0%-26.7%
FE/VE/Breech Range*	670	20.5% 0-50%	396	7.2% 0-16%
Total	3262	100%	5502	100%

We conclude that private practice, whereby physicians feel obliged to provide personal delivery services, when triggered by leisure and time conflict, leads to higher and possibly unnecessary cesarean procedures.

# Analyzing the impact of private service on the cesarean section rate in public hospital Thailand

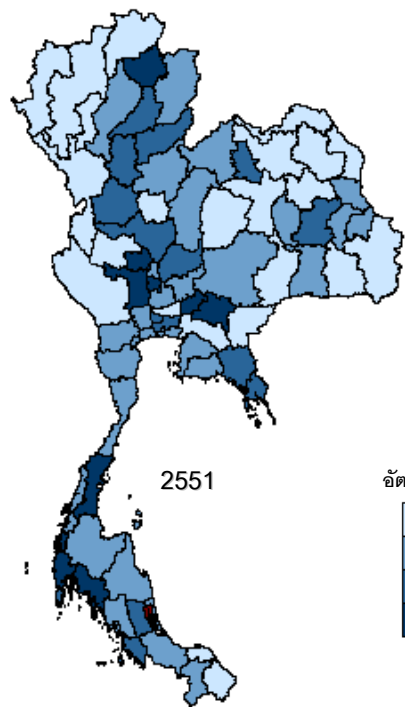
Podjane Phadungkiatwattana · Naiyana Tongsakul

Arch Gynecol Obstet (2011) 284:1375–1379

**Table 3** Time of cesarean delivery

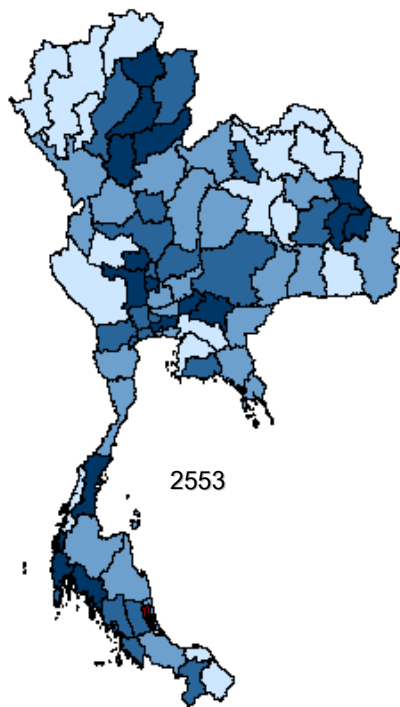
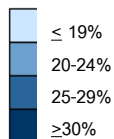
Time of day	Private ( <i>n</i> = 1,187) (100%)	Non-private service ( <i>n</i> = 1,654) (100%)
Office hours (8.00–16.00)	832 (70.1%)	691 (41.8%)
Outside office hours (16.00–8.00)	355 (29.9%)	963 (58.2%)

*Conclusions* Private patients had a significantly higher rate of cesarean section than non-private patients. NICU admission was significantly lower in the private group, but postpartum hemorrhage was significantly higher. There were no significant differences in maternal mortality, low Apgar score at 5 min, perinatal death in both group. This study suggests that a significant number of cesarean sections among private services may be unnecessary. To safely reduce a cesarean section rate, an appropriate policy and guideline for auditing cesarean section among private service should be developed.



2551

อัตราค่าห้องคลอด

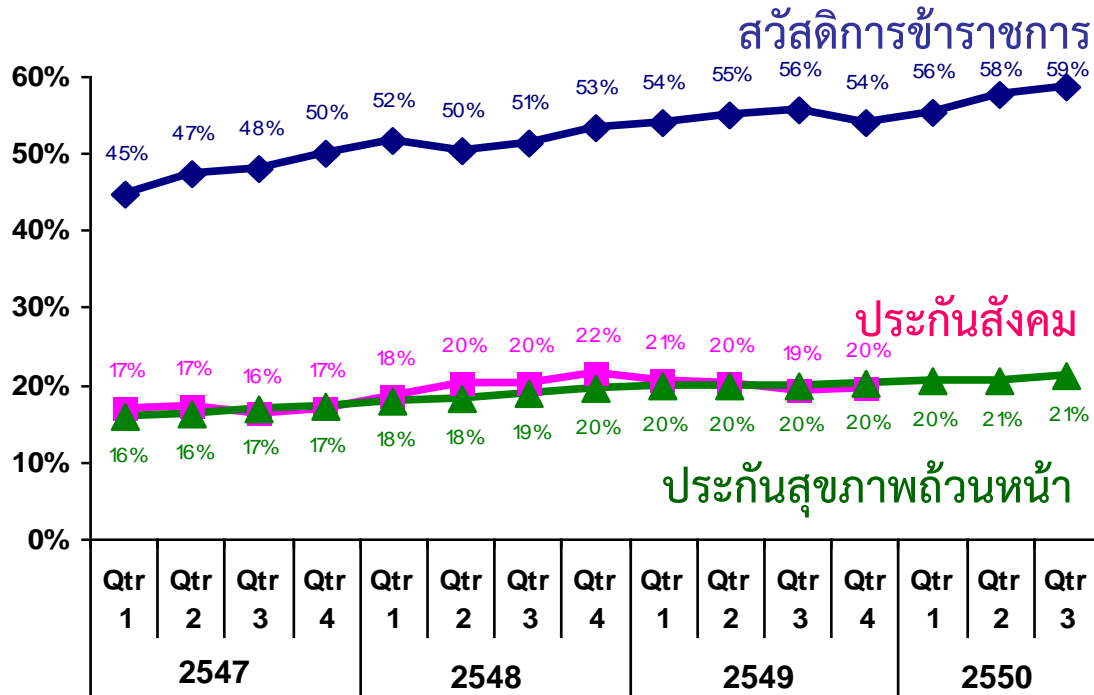


2553

# 1. ความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพ



# 2. ความแตกต่างระหว่างพื้นที่



ที่มา: Limwattananon et al. (2009, 2011)



# คำถามการวิจัย?

ปัญหาการฆ่าต้องคลอด เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล (ผู้ให้และผู้รับบริการ)  
หรือปัจจัยเชิงบริบท (องค์ประกอบของระบบสุขภาพ\*)?

\* WHO (2007) เช่น เงิน (finance) เทคโนโลยี ข้อมูล (information) การอภิบาล (governance)

## 2. บริการพิเศษ

### ความเชื่อ

รายได้จากบริการพิเศษโดยการร่วมจ่ายของผู้ป่วย (patient cost sharing)  
ช่วยอุดหนุน (cross-subsidy) การให้บริการ (ที่ดูต่ำกว่า) แก่ผู้ป่วยสามัญ

## โครงการความร่วมมือ

### ระหว่างรัฐบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) และเครือข่ายโรงพยาบาลในกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) เพื่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

---

ระบบร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการขยายทางเลือกการใช้บริการทางการแพทย์เพื่อความสะดวกรวดเร็วจากเทคนิคการรักษา อยู่ภายใต้หลักการที่เน้นความเป็นธรรมโดยคนรวยมีส่วนร่วมจ่ายมากกว่าคนจน (vertical equity) ยึดถือแนวทางการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน เป็นรูปแบบที่เอื้อต่อการพัฒนาสิทธิประโยชน์ของบริการทางการแพทย์ และการพัฒนาบริการทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีใหม่อย่างคุ้มค่า รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิเลือกใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกครั้ง เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ทำให้ compliance rate เพิ่มขึ้น และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนนิยมใช้ (system of choice) มิใช่ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีกำลังจ่ายสามารถเข้าถึงบริการพิเศษที่เป็นทางเลือกเพื่อความสะดวกรวดเร็วจากเทคนิคการรักษาได้ด้วยการร่วมจ่าย ซึ่งเดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไปใช้บริการจากภาคเอกชนโดยไม่อาจใช้สิทธิในระบบประกันสุขภาพได้

UHOSNET จึงขอเสนอให้พิจารณารูปแบบการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการร่วมจ่ายนอกเหนือจากส่วนร่วมจ่ายที่มีให้บริการทางการแพทย์ เช่น ค่าห้องพิเศษ ฯลฯ ที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายอยู่แล้วเพื่อใช้สำหรับผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 รายการ ดังนี้

## รูปแบบการร่วมจ่ายสำหรับบริการพิเศษ

### 1. ส่วนร่วมประกัน (co-insurance) ใช้ในกรณีผู้ป่วยเลือกใช้ห้องพิเศษ

ประเภทห้องพักผู้ป่วย ใน	ผู้ป่วยจ่ายส่วนร่วมประกัน
พิเศษรวม	ไม่เกินร้อยละ 30 ของค่า รักษาพยาบาล*
พิเศษเดี่ยว	ไม่เกินร้อยละ 60 ของค่า รักษาพยาบาล*
พิเศษ VIP	ไม่เกินร้อยละ 80 ของค่า รักษาพยาบาล*

2. การร่วมจ่ายส่วนเกินสิทธิประโยชน์ที่เป็นทางเลือกบริการด้านการแพทย์เพื่อความสะดวกสบายจากเทคนิคการรักษา ใช้ในผู้ป่วยทุกรายที่เลือกรับทางเลือกบริการด้านการแพทย์ นอกเหนือจากการรักษาตามมาตรฐาน

# บทเรียนจากต่างประเทศ

# การจัดสรรเตียงใน รพ. รัฐ ประเทศไอร์แลนด์

(Bed designation system, Health Services Regulations, 1991)

Year	Public (%)	* Private (%)	** Non-Designated (%)
1991	8,852 (73.1)	2,349 (19.4)	912 (7.5)
1993	9,016 (73.6)	2,500 (20.0)	739 (6.0)
1999	8,995 (73.2)	2,228 (20.6)	769 (6.3)

Source: Nolan & O'Connell, 2000.

In practice, however, nearly 30 per cent of elective procedures carried out in public hospitals are on private patients.

\* ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชน (private-insured)

\*\* เช่น intensive care, other specialist beds

# **Private wards in public hospitals: two-tier charging and the allocation of resources in tertiary hospitals in Zambia.**

## ข้อค้นพบ

The comparison of costs suggests that high cost patients have better access to hospital inputs.

Comparison of allocation of resources of clinical significance found disproportionate use of resources by high-cost patients in a number of areas of hospital activity, consistently favouring high-cost patients.

# Two-tier charging strategies in public hospitals: Implications for intra-hospital resource allocation and equity of access to hospital services

Barbara McPake<sup>a,\*</sup>, Kara Hanson<sup>b</sup>, Christopher Adam<sup>c</sup>

---

## Abstract

Two-tier charging, the practice of offering separate qualities of service at different prices, is a growing practice in public hospitals internationally. This paper models two-tier charging as a Stackelberg game in which the Ministry of Health leads by setting prices and a representative hospital follows by setting quality levels to maximise surplus in response. Whether or not two-tier charging will secure cross-subsidy from superior to basic service users depends on the own and cross-quality effects of the demand functions for the two services. Under a range of assumptions, the policy will evoke cross-subsidy from basic to superior services.

© 2006 Elsevier B.V. All rights reserved.

*JEL classification:* I11 Analysis of Health Care Markets; I18 Government policy, regulation, public health

*Keywords:* Two-tier charging; Public–private mix; Equity



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

 ScienceDirect

Journal of Health Economics 26 (2007) 447–462

---

JOURNAL OF  
HEALTH  
ECONOMICS

[www.elsevier.com/locate/econbase](http://www.elsevier.com/locate/econbase)





*It is not because of cost that some company or other has open third-class carriages with wooden benches ... what the company is trying to do is prevent the passengers who can pay the second-class fare from travelling third-class; it hits the poor not because it wants to hurt them, but to frighten the rich.*

Dupuit, 19th century

*ไม่ใช่ด้วยเหตุผลทางด้านค่าใช้จ่าย ที่ทำให้บริการรถโดยสารชั้นสามไม่มีหลังคาและที่นั่งทำด้วยไม้ แต่เจตนาของเจ้าของกิจการคือ ป้องกันไม่ให้ผู้โดยสารที่สามารถจ่ายค่าบริการในชั้นสองไปใช้ชั้นสาม ผลกระทบต่อคนจน ไม่ได้เกิดจากความประสงค์ร้ายต่อคนจน แต่เพราะต้องการทำให้คนรวยกลัว*

ที่มา: Philips, L., 1983. The Economics of Price Discrimination. Cambridge University Press, Cambridge.

# THE CASE FOR A Two-Tier Health System

BY JONATHAN GRUBER

ในสหรัฐอเมริกา

คนจำนวนไม่น้อยได้รับการคุ้มครองจากประกันสุขภาพที่มากเกินไป

จนชักนำให้เกิดการใช้บริการสุขภาพอย่างไม่มีคุณค่า

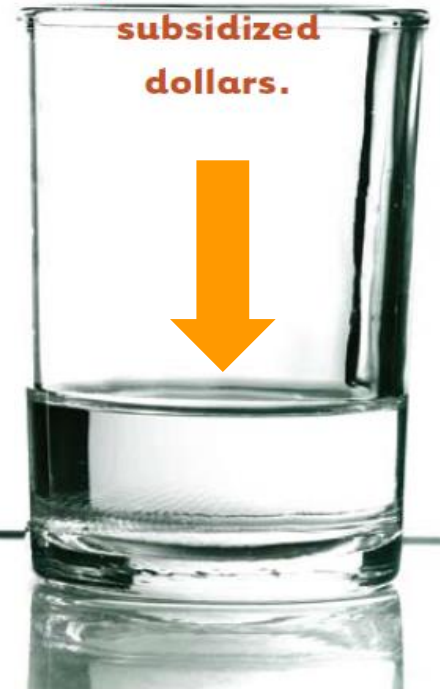
คงไม่เป็นไร ที่คนรวยอยากซื้อประกันสุขภาพชั้นดี

แต่ไม่ควร ที่จะใช้เงินจากการอุดหนุนโดยภาครัฐ

... the vast majority of the remaining Americans actually have too much insurance coverage, in that they are induced to use medical care beyond the point where it is cost effective.



If higher income individuals want to buy more generous coverage, they should be allowed to, but not with government-subsidized dollars.



Jonathan Gruber is Professor of Economics at the Massachusetts Institute of Technology and formerly Deputy Assistant Secretary for Economic Policy at the Treasury Department.

# การวิเคราะห์ความเป็นธรรม เพื่อตอบคำถามการวิจัย

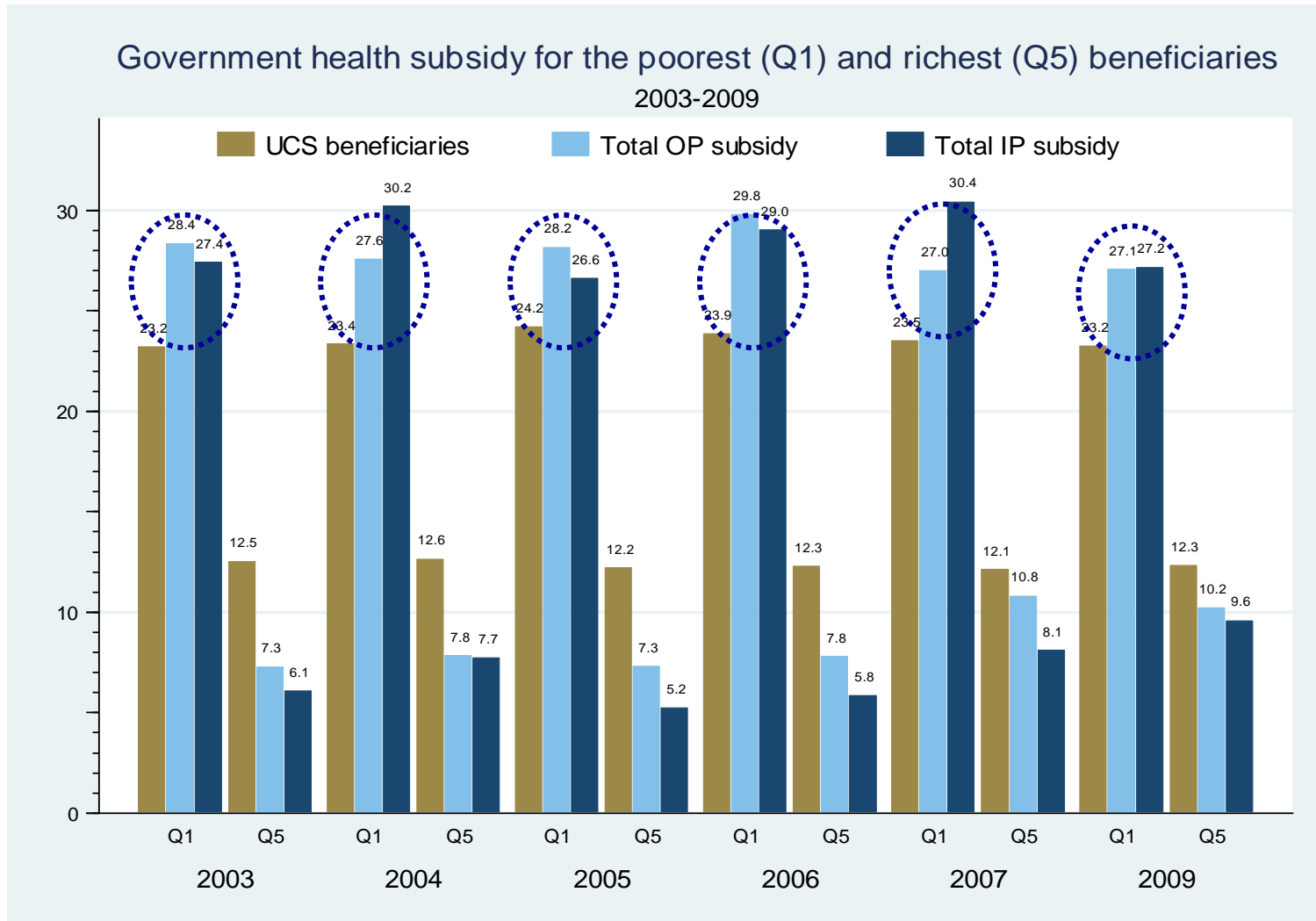
## 1. Benefit incidence analysis (BIA)

*คนจน-คนรวย ใครได้รับประโยชน์ในรูปการอุดหนุนบริการสุขภาพจากรัฐมากกว่ากัน?*

## 2. Horizontal equity (HI, ความเป็นธรรมแนวนอน)

*คนจน-คนรวย ใครได้รับบริการสุขภาพมากกว่ากัน เมื่อกำหนดถึงความจำเป็น?*

# คนจนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการอุดหนุนบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OP) และผู้ป่วยใน (IP) ของ รพ. รัฐ ในสัดส่วนสูงกว่าคนรวย



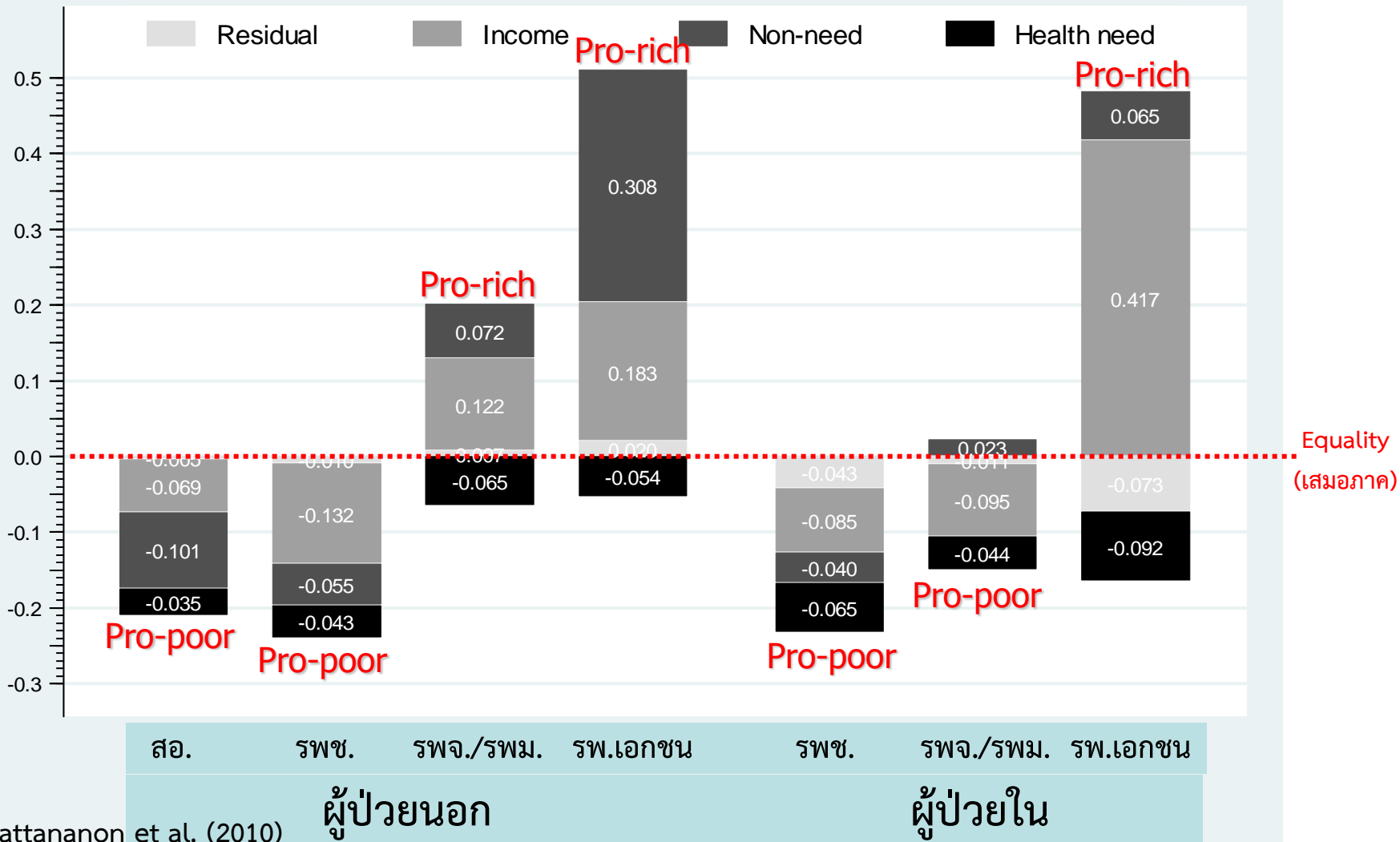
ที่มา: Limwattananon et al. (2012)

# บริการรักษาพยาบาลในระดับอำเภอและตำบลเป็นที่พึงของคนจน (ความเป็นธรรมแนวราบ Horizontal equity)

Inequity in health care utilization and contributing factors

2009

(ดัชนีการกระจุกตัว)



ที่มา: Limwattananon et al. (2010)

# บทสรุป

1. บริการแบบเอกชนใน รพ. รัฐ อาจทำให้เกิดการใช้บริการสุขภาพที่มากเกินไปจน  
หากเกิดจากการชักนำเพื่อเพิ่มรายได้โดยผู้ให้บริการ (SID) ซึ่งมีความรู้มากกว่าผู้รับบริการ
2. บริการพิเศษซึ่งอุดหนุนโดยระบบประกันสุขภาพของรัฐ มีแนวโน้มทำให้คุณภาพของ  
บริการปกติดูด้อยลง และอาจไม่เป็นธรรม (ต่อคนจน) หากผู้รับบริการมีข้อมูลไม่เพียงพอ  
ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ