

ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

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

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์

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 รายการตามบัญชียาเท่านั้น¹
- (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

¹ 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 หมายถึงเฉพาะส่วนที่ผู้ให้บริการต้องจ่าย 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 ในรูปแบบใด²

² 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 ไม่ควรถูกกำหนดด้วยสถานะทางเศรษฐกิจ³

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 จึงวางอยู่บนฐานคิดนี้⁴

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

³ Roberts, et al p 42, 124

⁴ Roberts, et al p 41-48



บุคคลควรดูแลตนเอง Libertarian เห็นว่า บุคคลมีสิทธิที่จะใช้ทรัพย์สินของตนในการให้ได้มาซึ่งบริการสุขภาพที่มากกว่าหรือดีกว่า อย่างน้อยก็ในส่วนที่เป็นส่วนต่าง (at the margin) นั่นคือ ตามความต้องการที่จะจ่าย (willingness to pay) และความสามารถในการจ่าย (ability to pay)⁵ 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

⁵ 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

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกำหนดรายการที่เบิกได้และอัตราที่เบิกได้ เช่น ค่าห้องรายการยาในบัญชียาหลัก หากใช้บริการในรายการใดนอกเหนือจากที่กำหนดหรือเกินอัตราที่กำหนด ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ระบบ 30 บาทกำหนดว่าผู้ให้บริการเก็บเงินเพิ่มไม่ได้ แต่ยังพบความแตกต่างในทางปฏิบัติอยู่ เช่นผู้ให้บริการบางรายเก็บค่ายาเพิ่มกรณีเลือกจ่ายบางรายการหรือยาต้นแบบ

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)⁶

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

⁶ 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.

