

ลักษณะความเหลื่อมล้ำในแต่ละมิติของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ข้อค้นพบจากข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2563

ทีปกร จิริฐิติกุลชัย*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) แต่ยังคงมีความท้าทายที่สำคัญด้านความไม่เสมอภาคของผู้ใช้บริการระบบสาธารณสุข ได้แก่ ความคุ้มครองภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่เท่าเทียมกันและความเหลื่อมล้ำในคุณภาพของการรักษาพยาบาล ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงได้ศึกษาความเหลื่อมล้ำในลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีมิติครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านประชากร ด้านค่าใช้จ่ายการใช้บริการ และด้านบริการสุขภาพ เพื่อประเมินสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรแต่ละกลุ่ม จำแนกกลุ่มประชากรตามระบบหลักประกันสุขภาพ 3 กองทุนหลัก ระดับเศรษฐกิจฐานะครัวเรือน เพศ กลุ่มอายุ ภูมิภาค และในเขตหรือนอกเขตเทศบาล โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยตัวแปรที่เกี่ยวข้องของข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2563 ผลการศึกษาพบว่า ความเหลื่อมล้ำที่สูงที่สุด คือ ด้านบริการสุขภาพ หรือ คุณภาพ ซึ่งเกิดจากความเหลื่อมล้ำระหว่างแต่ละกองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนั้น ข้อค้นพบจึงเน้นย้ำความสำคัญของการเร่งขับเคลื่อนแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว และคุณภาพการให้บริการ โดยการบูรณาการ 3 กองทุนหลักของระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, คุณภาพบริการ, ประสิทธิภาพ, หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

Inequity by the Universal Coverage Cube: Findings from the 2020 Household Socio-Economic Survey

Theepakorn Jithitikulchai,

theepakorn@econ.tu.ac.th

Faculty of Economics, Thammasat University and Harvard T.H. Chan School of Public Health

Abstract

Thailand could achieve the goals of the universal health coverage (UHC). But there are some remaining challenges on inequities in cost protection and quality of services. This study endeavored to report the country's inequity situation in terms of coverages of population, cost, and services. Using the

* คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ วิทยาลัยสาธารณสุข ที่ เฮซซาน ฮาร์วาร์ด

Received 30 April 2021; Revised 19 August 2021; Accepted 8 March 2022

Suggested citation: Jithitikulchai T. Inequity by the universal coverage cube: findings from the 2020 household socio-economic survey. Journal of Health Systems Research 2022;16(1):5-15.

ทีปกร จิริฐิติกุลชัย. ลักษณะความเหลื่อมล้ำในแต่ละมิติของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ข้อค้นพบจากข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2563. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(1):5-15.

2020 Household Socio-Economic Survey, the analysis covered disparities across health insurance schemes, household wealth quintile, sex, age group, region, and urban/rural area. The results show that the highest inequity was among different health insurance schemes of the UHC system. Therefore, it is essential to implement national health reform to solve the disparity issues by integration of the health insurance schemes.

Keywords: universal health coverage (UHC), quality of service (QoS), efficiency, universal coverage scheme (UCS), civil servant medical benefit scheme (CSMBS)

ภูมิหลังและเหตุผล

การพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) ตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดหลัก คือ สิทธิของประชาชนที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยปราศจากอุปสรรคทางเศรษฐกิจฐานะ ซึ่งสอดคล้องตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 บัญญัติให้เป็นหน้าที่ของรัฐตามมาตรา 47 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” และ มาตรา 55 ว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” และ “รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

โดยภาครัฐมีหน้าที่ใช้กลไกการบริหารการคลังสาธารณะในการจัดสรรงบประมาณที่มาจากเงินภาษี ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แสดงให้เห็นว่า สามารถช่วยลดค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจากกระเป๋าเงิน (out-of-pocket) คุ้มครองความเสี่ยงการล้มละลายทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล (catastrophic health spending) และแก้ไขปัญหาความยากจนที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาล (medical impoverishment)⁽¹⁾

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่า ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ยังมีความท้าทายที่สำคัญประการหนึ่งของระบบสาธารณสุข คือ ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการรับภาระค่าใช้จ่าย ทั้งระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน และ

ภายในระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกัน รวมทั้งยังมีช่องว่างทางการคลังในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด⁽²⁾

ซึ่ง ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (2556) ได้สรุปไว้ว่า การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแบบแยกส่วนขาดการบูรณาการ และมีการออกแบบแตกต่างกัน ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายไม่เท่าเทียมกัน มีสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน และมีความเหลื่อมล้ำในคุณภาพของการรักษาพยาบาล⁽³⁾

แผนภาพลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC cube) ขององค์การอนามัยโลก⁽⁴⁻⁶⁾ แสดงสถานะปัจจุบันหรือความสมบูรณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยนำเสนอในมิติที่ครอบคลุมระบบการประกันสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่

1) ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ โดยเพิ่มความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากระบบหลักประกันสุขภาพ

2) ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ โดยได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพเมื่อไปใช้บริการสุขภาพ (out-of-pocket expenditure) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชน ไม่ทำให้เกิดภาระทางการเงินจนต้องหลีกเลี่ยงการไปใช้บริการสุขภาพ

3) ความครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิประโยชน์ โดยขยายขอบเขตและประเภทบริการสุขภาพที่อยู่ในสิทธิประโยชน์

ซึ่งเมื่อวิเคราะห์รวมกันทั้ง 3 ด้านแล้ว จะสามารถประเมินถึงสถานการณ์ความครอบคลุมในด้านต่างๆ ของประเทศในรูปของค่าเฉลี่ย และสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการพิจารณาทางเลือกสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพได้ด้วย

Roberts และคณะ⁽⁷⁾ ได้เสนอให้พิจารณาความเหลื่อมล้ำเข้าไปในลักษณะของปริมาตรขั้นบันได ซึ่งจะช่วยให้สามารถเข้าใจสถานการณ์ที่แตกต่างกันสำหรับประชากรกลุ่มย่อย (subpopulation groups) แต่ละกลุ่ม ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถมุ่งเป้าขจัดความไม่เสมอภาค และสามารถเลือกมาตรการตามลำดับความสำคัญของเป้าหมายการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งานวิจัยนี้จะประยุกต์ใช้แนวคิดและตัวชี้วัดในการพิจารณาเรื่องความเหลื่อมล้ำจาก Roberts และคณะ⁽⁷⁾ เพื่อศึกษาความท้าทายด้านความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย โดยพิจารณาผู้ได้รับความคุ้มครองจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ จำแนกประชากรตามระบบหลักประกันสุขภาพ 3 กองทุนหลัก อันได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือระบบบัตรทอง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม จำแนกประชากรตามระดับเศรษฐกิจฐานะครัวเรือนที่แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม อันได้แก่ จนที่สุดจน ปานกลาง รวย และรวยที่สุด แต่ละกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนครัวเรือนไทยทั้งหมด จำแนกประชากรตามเพศ กลุ่มอายุ ภูมิภาค และถิ่นพำนักในเขตหรือนอกเขตเทศบาล

โดยในเชิงแนวคิดทฤษฎี Bump และคณะ⁽⁸⁾ เรียกร้องต่อรัฐบาลแต่ละประเทศที่มุ่งมั่นในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ดำเนินการตามหลักการ 3 ประการ อันเป็นรากฐานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (three key principles as the foundation of UHC) ได้แก่ มุ่งเป้าไปที่การช่วยเหลือคนยากจนแบบถ้วนหน้า จัดให้มีการควบคุมครองทางการเงินที่เพียงพอ และทำให้ระบบสุขภาพมีความเข้มแข็งที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนจนและกลุ่มที่เปราะบาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อเสนอของคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (2559)⁽²⁾ โดยคำนึงถึงความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และความมีประสิทธิภาพ (sustainability, adequacy, fairness, efficiency: SAFE)

งานวิจัยนี้จึงนำเสนอผลการคำนวณขั้นพื้นฐานของตัวชี้วัดลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ ระหว่างแต่ละกลุ่มย่อยประชากรหรือไม่และอย่างไร โดยคำนึงถึงกลุ่มคนจนและกลุ่มที่เปราะบาง และความแตกต่างของ 3 กองทุนหลัก ซึ่งผู้วิจัยปรารถนาที่จะร่วมสร้างองค์ความรู้จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาทางเลือกและกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาความเป็นธรรมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พิจารณาความแตกต่างทางด้าน (ก) ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ (ข) ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ และ (ค) ความครอบคลุมคุณภาพบริการสุขภาพ โดยจำแนกเป็นกลุ่มประชากรต่างๆ ได้แก่ กลุ่มประชากรตามระบบหลักประกันสุขภาพ 3 กองทุนหลัก กลุ่มประชากรตามระดับเศรษฐกิจฐานะครัวเรือน กลุ่มประชากรตามเพศ กลุ่มประชากรตามกลุ่มอายุ กลุ่มประชากรตามภูมิภาค และกลุ่มประชากรตามที่พักอาศัยในเขตหรือนอกเขตเทศบาล

ระเบียบวิธีศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตของการดำเนินงานวิจัยได้ศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำเสนอผลในระดับประชากร โดยจำแนกประชากรกลุ่มย่อย (subpopulation) ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ เศรษฐฐานะครัวเรือน เพศ กลุ่มอายุ ภูมิภาค และในเขตหรือนอกเขตเทศบาล

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2563 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ



จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 135,040 คน จาก 48,210 ครั้วเรือน ซึ่งมีค่าถ่วงน้ำหนักประชากรที่ทำให้สามารถนำเสนอค่าสถิติแบบถ่วงน้ำหนักที่อนุมาณในระดับประชากรได้ โดยมีประชากรเป้าหมายคือ ผู้อาศัยในครั้วเรือนของประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ตัวชี้วัดสำหรับแต่ละมิติของปิรามิดขั้นบันไดของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่ง Roberts และคณะ⁽⁷⁾ได้เสนอไว้ โดยงานวิจัยนี้ใช้วิธีคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรของแต่ละกลุ่มประชากร ดังนี้

1) ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ วัดจากสัดส่วนของประชากรที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครั้วเรือนมีข้อมูลความคุ้มครองด้วยสิทธิประกันสุขภาพของกองทุนต่างๆ

ดังนั้น ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ จึงนิยามโดยวัดจากสิทธิความคุ้มครองจากระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ

2) ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ วัดจากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพของเอกชน (out-of-pocket expenditure) ต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายสุขภาพของเอกชนจากข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครั้วเรือน จะครอบคลุมค่าซื้อยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ค่ารักษายาบาลคนไข้นอก และค่ารักษายาบาลคนไข้ใน ในขณะที่ค่าบริการสุขภาพของรัฐ จะใช้งบประมาณเฉลี่ยต่อหัวของแต่ละกองทุน ซึ่งข้อมูลจากรายงานการพิจารณาการศึกษาเรื่องการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยคณะกรรมการการสาธารณสุขของวุฒิสภา (2564)⁽⁹⁾ ระบุว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่าย 14,000 บาทต่อผู้มีสิทธิ ระบบประกันสังคมใช้งบประมาณ 3,800 บาท ต่อผู้มีสิทธิ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือระบบบัตรทองใช้งบประมาณ

3,700 บาท ต่อผู้มีสิทธิ

ดังนั้น ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ จึงนิยามโดยวัดจากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดที่ได้รับความคุ้มครองจากค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดระดับของค่าบริการสุขภาพที่ได้รับความคุ้มครองเมื่อไปใช้บริการสุขภาพ

3) ความครอบคลุมบริการสุขภาพ สะท้อนคุณภาพที่ได้รับโดยวัดจากค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ดีที่สุดของกลุ่มเป็นบรรทัดฐาน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม ครอบคลุมทั้งค่าใช้จ่ายสุขภาพของเอกชน และ ค่าใช้จ่ายสุขภาพของรัฐ

ดังนั้น ความครอบคลุมบริการสุขภาพ จึงนิยามโดยวัดจากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมของแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมที่ดีที่สุดภายในทุกกลุ่มประชากร ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (Quality of Service: QoS) โดยครอบคลุมขอบเขตและประเภทบริการสุขภาพที่ได้รับตามสิทธิประโยชน์

อนึ่ง งานวิจัยนี้ประเมินความเหลื่อมล้ำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะวัดจากความไม่เท่าเทียมกันของแต่ละมิติทั้ง 3 ข้างต้น ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างในความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ และความครอบคลุมด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

การประเมินตัวชี้วัดทั้ง 3 มิติ โดยจำแนกตามสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ 3 กองทุนหลัก ระดับเศรษฐกิจฐานะครั้วเรือนเพศ และ กลุ่มอายุ เป็นการประเมินความเหลื่อมล้ำตามแนวดิ่ง (vertical) หรือ การประเมินเปรียบเทียบระหว่างลักษณะประชากรต่างๆ ภายในพื้นที่เดียวกัน ในขณะที่การจำแนกตามกลุ่มประชากรตามภูมิภาค และที่พำนักอาศัยในเขตหรือนอกเขตเทศบาล เป็นการประเมินความเหลื่อมล้ำตามแนวนอน (horizontal) หรือการประเมินเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่

โดยงานวิจัยนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาในรูปของแผนภูมิแท่ง แทนที่จะเป็นปิรามิดขั้นบันได เพราะสามารถพิจารณาเข้าใจได้ง่ายและสะดวกกว่า โดยเปรียบเทียบระหว่างแต่ละกลุ่มของประชากร

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2563 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยได้ใช้ข้อมูลอายุ เพศ ภูมิภาค และถิ่นพำนักในเขตหรือนอกเขตเทศบาล ของกลุ่มตัวอย่าง ในขณะที่ประเภทของความคุ้มครองได้นิยามจากสิทธิความคุ้มครองของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 กองทุนหลัก และการนิยามเศรษฐกิจฐานครัวเรือนจะคำนวณจากค่าใช้จ่ายในการบริโภคของครัวเรือนเฉลี่ยต่อหัวสมาชิกในครัวเรือน

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้รายงานผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำจากตัวชี้วัดของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC

cube) โดยประเมินมิติทางด้านความครอบคลุมประชากร ผู้มีสิทธิ ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ และความครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิประโยชน์ (หรือคุณภาพในการให้บริการโดยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของกลุ่มที่ดีที่สุด) ทั้งนี้ การคำนวณค่าเฉลี่ยทั้งหมดจะใช้วิธีถ่วงน้ำหนักประชากรเพื่อนำเสนอผลความเหลื่อมล้ำที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มย่อยประชากรของประเทศไทย

ตารางที่ 1 รายงานลักษณะพื้นฐานของประชากรและแต่ละกลุ่มประชากร โดยใช้ข้อมูลสำรวจภาวะสังคมเศรษฐกิจครัวเรือน พ.ศ. 2563 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายสุขภาพครัวเรือนเฉลี่ยต่อหัว ค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐเฉลี่ยต่อหัว ค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมเฉลี่ยต่อหัว ขนาดตัวอย่าง จำนวนประชากร และสัดส่วนประชากร

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและค่าเฉลี่ยตัวแปรหลักที่ใช้ในงานวิจัย

	Covered by any scheme (%)	Annual expenditure per capita			Sample size (N)	Approximated population from sampling weights	
		Out-of-pocket expenditure (THB)	Public health expenditure (THB)	Total health expenditure (THB)		Millions	%
All schemes	99	1,341	5,087	6,428	135,040	66.2	100
UCS	100	1,122	4,105	5,227	102,171	49.0	74
SSS	100	1,658	4,545	6,202	16,144	10.1	15
CSMBS	100	2,343	14,000	16,343	14,446	6.0	9
Wealth quintile							
Poorest	99	325	4,062	4,388	38,782	17.4	26
2	99	717	4,614	5,332	32,352	14.6	22
3	99	1,122	5,191	6,313	26,813	13.2	20
4	99	1,650	5,659	7,308	21,115	11.5	17
Richest	99	4,096	6,873	10,969	15,978	9.5	14
Gender							
Female	99	1,413	5,130	6,544	70,837	34.6	52
Male	99	1,262	5,039	6,301	64,203	31.6	48

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและค่าเฉลี่ยตัวแปรหลักที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)

	Covered by any scheme (%)	Annual expenditure per capita			Sample size (N)	Approximated population from sampling weights	
		Out-of-pocket expenditure (THB)	Public health expenditure (THB)	Total health expenditure (THB)		Millions	%
Age							
0-14	99	1,025	4,790	5,815	22,495	10.6	16
15-19	99	862	4,788	5,650	7,377	3.6	5
20-29	98	1,181	4,738	5,920	12,721	6.7	10
30-39	98	1,302	4,879	6,180	16,138	8.3	13
40-49	99	1,292	4,892	6,184	20,398	10.4	16
50-59	99	1,412	5,210	6,622	23,555	11.4	17
60-69	99	1,677	5,599	7,276	18,571	8.7	13
70-79	99	1,857	5,620	7,477	9,303	4.4	7
80-89	99	1,834	5,997	7,831	3,871	1.8	3
90+	99	1,766	6,391	8,156	611	0.3	0
Region							
Bangkok	99	2,454	5,461	7,915	7,420	8.1	12
Central	98	1,514	5,141	6,656	38,478	19.5	30
North	98	1,096	5,182	6,278	30,012	11.2	17
Northeast	100	853	4,743	5,596	36,616	18.2	27
South	99	1,257	5,214	6,472	22,514	9.2	14
Area							
Municipal	98	1,751	5,432	7,184	74,235	28.9	44
Nonmunicipal	99	1,023	4,822	5,845	60,805	37.3	56

Note: CSMBBS = civil servant medical benefit scheme, SSS = social security scheme, UCS = universal coverage scheme

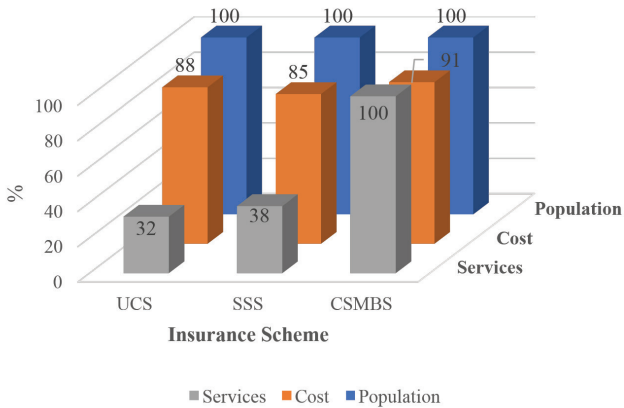
Source: The 2020 Household Socio-Economic Survey (SES), National Statistical Office

เมื่อพิจารณาจำแนกตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชนทั้งสามกองทุน พบว่าครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการพบว่า สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ ได้รับความคุ้มครองมากกว่า สิทธิประกันสังคม และ สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เล็กน้อย

ความครอบคลุมบริการสุขภาพซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ

การให้บริการ (QoS) ครอบคลุมขอบเขตและประเภทบริการสุขภาพที่ได้รับตามสิทธิประโยชน์ มีความแตกต่างกันมากที่สุดคือ สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ มีคุณภาพของบริการสูงกว่าสิทธิประกันสังคมและสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการแตกต่างจากสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณร้อยละ 70 และแตกต่างจากระบบประกันสังคมประมาณร้อยละ 60



ภาพที่ 1 ตัวชี้วัดของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

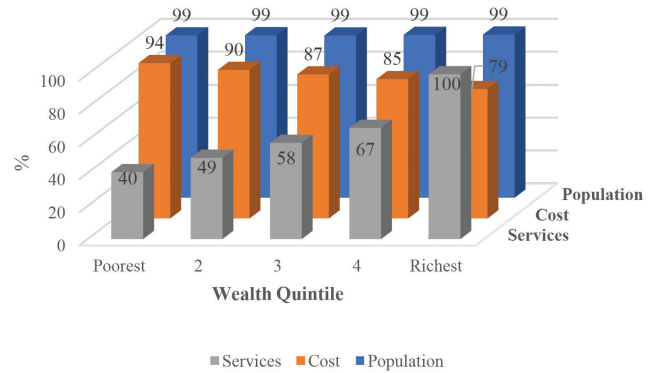
เมื่อพิจารณาจำแนกตามเศรษฐกิจครัวเรือน โดยแบ่งครัวเรือนออกเป็น 5 กลุ่ม มีจำนวนกลุ่มละเท่า ๆ กัน เรียงตามลำดับเศรษฐกิจครัวเรือนโดยใช้ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเฉลี่ยต่อหัวสมาชิกในครัวเรือน ภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิมีความใกล้เคียงกันมาก

ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการมีสูงกว่าสำหรับกลุ่มครัวเรือนยากจน ซึ่งเป็นความสมเหตุสมผลตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข เป็นนโยบายรัฐสวัสดิการสำหรับประชาชน โดยกลุ่มครัวเรือนที่ยากจนจะได้รับความคุ้มครองจากงบประมาณภาครัฐสำหรับค่าใช้จ่ายสุขภาพกรณีเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมบริการสุขภาพ มีความแตกต่างจากกลุ่มครัวเรือนที่รวยที่สุด และ กลุ่มครัวเรือนที่ยากจนที่สุด ประมาณร้อยละ 60 จึงเป็นตัวชี้วัดสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่สมควรจะได้รับความสนใจจากผู้กำหนดนโยบาย เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีความเป็นธรรมมากขึ้น

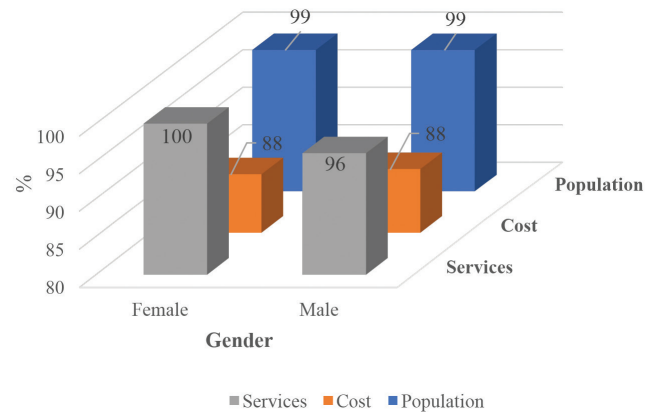
เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศของประชากร ภาพที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิและความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการมีความใกล้เคียงกันมาก

ความแตกต่างกันในด้านความครอบคลุมบริการสุขภาพ จะพบว่า เพศหญิงมีสูงกว่าเพศชาย ซึ่งเมื่อพิจารณาความ



ภาพที่ 2 ตัวชี้วัดของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามเศรษฐกิจฐานะของครัวเรือน

ครอบคลุมของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคมแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการได้รับสิทธิคุ้มครองด้วยแต่ละระบบประกันสุขภาพ ดังนั้นความแตกต่างจึงเป็นผลมาจากค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือน

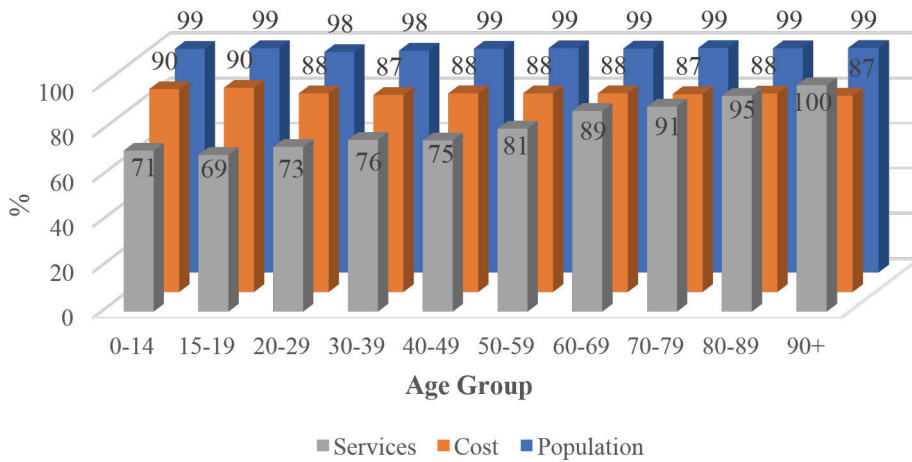


ภาพที่ 3 ตัวชี้วัดของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกตามเพศของประชากร

เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุของประชากร ภาพที่ 4 แสดงให้เห็นว่า มีความใกล้เคียงกันมากสำหรับความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ แต่ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เมื่ออายุมากขึ้น

ในขณะที่ ความครอบคลุมบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งสะท้อนค่าใช้จ่ายสุขภาพที่จะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อมีผู้สูง

อายุในครัวเรือน โดยแตกต่างกันมากที่สุด ประมาณร้อยละ 30



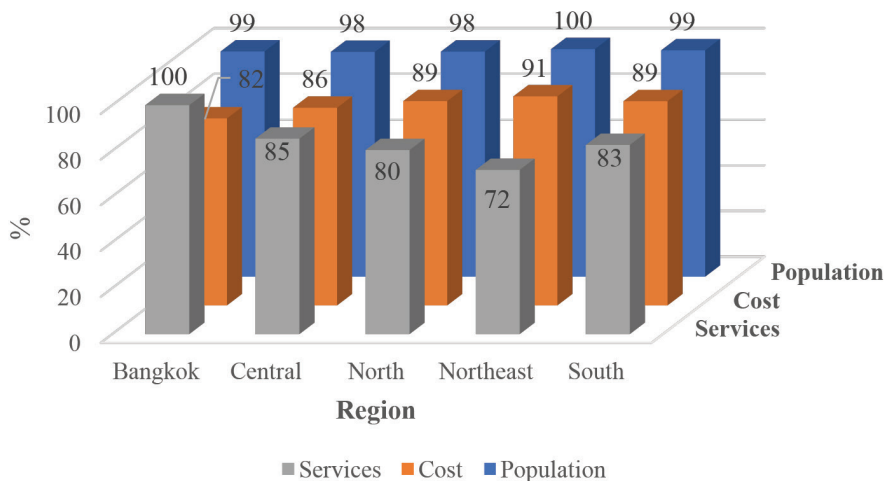
ภาพที่ 4 ตัวชี้วัดของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกตามกลุ่มอายุของประชากร

เมื่อพิจารณาจำแนกตามภูมิภาค ภาพที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิมีความใกล้เคียงกันมากในแต่ละภูมิภาค

ในขณะที่ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ มีค่าน้อยที่สุดใน กทม. และภาคกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง มีค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัว

เรือน (out-of-pocket expenditure) คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าประชาชนในภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งน่าจะสะท้อนปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพภาครัฐของประชากร

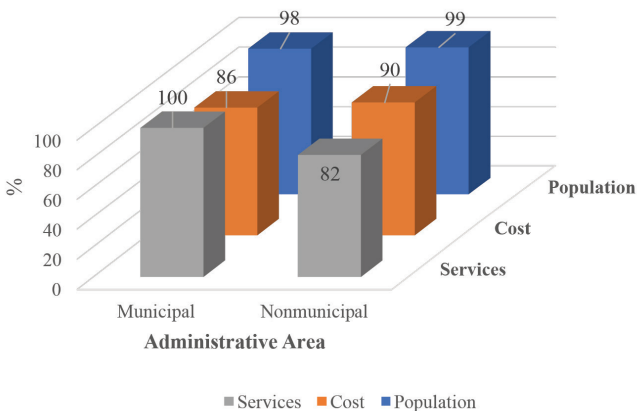
ทั้งนี้ โดยเฉลี่ยแล้ว กทม. มีคุณภาพของบริการสุขภาพ (QoS) สูงกว่าภูมิภาคอื่น เช่น สูงกว่าภาคอีสานประมาณร้อยละ 30



ภาพที่ 5 ตัวชี้วัดของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกตามภูมิภาค

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเขตเทศบาล/นอกเขตเทศบาล ภาพที่ 6 แสดงให้เห็นว่า มีความใกล้เคียงกันมากสำหรับความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยมีความแตกต่างกันเล็กน้อยสำหรับความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ

อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมบริการสุขภาพหรือคุณภาพของบริการ สำหรับประชาชนในเขตเทศบาล สูงกว่าประชาชนนอกเขตเทศบาล ประมาณร้อยละ 20



ภาพที่ 6 ตัวชี้วัดของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกตามเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

วิจารณ์และข้อยุติ

งานวิจัยนี้ได้ศึกษาความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ ของลูกบาศก์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีองค์ประกอบความครอบคลุม 3 ด้าน คือ ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ และความครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิประโยชน์ ซึ่งสะท้อนคุณภาพบริการ (QoS) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2563 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ความเหลื่อมล้ำในระดับสูง ส่วนมากจะอยู่ในมิติด้านบริการสุขภาพหรือคุณภาพ ซึ่งใช้ตัวแทน (proxy) คือ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมที่ดีที่สุด กับค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมของแต่ละกลุ่มในประชากรกลุ่มย่อย (subpopulation)

ความเหลื่อมล้ำในมิติด้านคุณภาพของบริการ มีความเหลื่อมล้ำสูงสุด คือ ระหว่างระบบสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีความแตกต่างกันประมาณร้อยละ 70 ดังนั้น ในการออกแบบนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย จึงควรที่จะมุ่งเป้าไปที่การบูรณาการ 3 กองทุนหลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะช่วยให้เกิด “การพัฒนาประสิทธิภาพทางการคลังที่ยั่งยืนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ”⁽¹⁰⁾

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ ค่าใช้จ่ายสุขภาพของเอกชนเป็นค่าใช้จ่ายในระดับครัวเรือน ไม่ได้ระบุเป็นรายบุคคล ดังนั้น ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายสุขภาพของเอกชนนี้ จึงถูกนำมาเฉลี่ยเป็น proxy สำหรับแต่ละกลุ่มประชากร จึงมีข้อจำกัดในการตีความ อย่างไรก็ตาม การใช้รายได้หรือค่าใช้จ่ายบริโภคของครัวเรือน มาสร้างตัวแปรและคำนวณเป็นรายหัวของสมาชิกในครัวเรือน แล้วนำเสนอค่าสถิติที่เกี่ยวข้อง เช่น อัตราความยากจน ในระดับค่าเฉลี่ยของบุคคลในแต่ละกลุ่มประชากร เป็นวิธีปกติทั่วไปที่ใช้ในการทำวิจัย⁽¹¹⁻¹²⁾

ข้อจำกัดอีกประการ คือ ค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐจำแนกแต่ละระบบ เป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว จึงไม่สามารถนำเสนอความหลากหลายตามแต่ละลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมและโครงสร้างประชากร ซึ่งส่งผลกลายเป็นข้อจำกัดด้านข้อมูลในแง่การวัดคุณภาพที่ประเมินจากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม

งานวิจัยที่จะทำต่อไปในอนาคต สามารถพิจารณาประยุกต์ใช้ข้อมูลระดับย่อย (microdata) ของแต่ละกองทุนเพื่อสร้างตัวชี้วัดที่สะท้อนความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ เพื่อให้สามารถพิจารณาโดยจำแนกออกเป็นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นต้น โดยคำนึงถึงอัตราการใช้บริการและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจำแนกตามกลุ่มเพศและอายุ

นอกจากนี้ งานวิจัยที่จะทำต่อไปในอนาคต ยังสามารถใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันกับงานวิจัยนี้ เพียง

แต่ผู้วิจัยจะต้องเปรียบเทียบระหว่างข้อดีข้อเสียของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการที่มีข้อมูลการใช้บริการและค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในระดับบุคคล กับข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนที่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ซึ่งเหมาะสมสำหรับการอนุมานในระดับประชากร และมีข้อมูลที่มีรายละเอียดน่าเชื่อถือกว่าสำหรับการสร้างตัวแปรด้านเศรษฐกิจฐานะครัวเรือน

แม้จะมีข้อจำกัดบางประการก็ตาม ผู้วิจัยคิดว่า ผลวิจัยเบื้องต้นนี้ จะเป็นข้อมูลในการพิจารณาขยายพัฒนาระบบสาธารณสุข และเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคตเกี่ยวกับการพัฒนาความเป็นธรรมสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นความเป็นธรรม เป็นเรื่องที่ถูกกำหนดนโยบายระบบสาธารณสุข ควรจะจัดลำดับความสำคัญเป็นเป้าหมายการพัฒนาประสิทธิภาพ เพราะกำลังเผชิญกับแนวโน้มงบประมาณรัฐมีจำกัด แต่ภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากสังคมผู้สูงอายุ

โดย “ความเป็นธรรม” เป็น “ภาพพึงประสงค์” ตามที่ได้กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 คือ “มีการร่วมจ่ายที่ไม่มีผลกระทบต่อประชาชน โดยไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น หรือก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจ โดยคำนึงถึงการสร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจเป็นหลัก”⁽¹³⁾

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้โครงการ “การพัฒนาประสิทธิภาพทางการคลังที่ยั่งยืนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ และแบบจำลองการจัดสรรทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพ” โดยได้รับการสนับสนุนจากโครงการ Takemi Program in International Health ของ Harvard T.H. Chan School of Public Health ด้วยความรู้สึกขอบคุณต่อบุคลากร

สาธารณสุข ผู้ที่ติดตามในทุกกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัย สนใจศึกษาการจัดสรรทรัพยากรของระบบสาธารณสุข ทั้งนี้ เหตุผล ทักษะ หรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในงานวิจัยนี้เป็นส่วนบุคคลของผู้วิจัย

References

1. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet* 2018;391(10126):1205-23.
2. Committee on Resource Mobilization for Sustainable Universal Health Coverage. National health financing for sustainable universal health coverage: goals, indicators and targets. Thailand; 2016.
3. Nikomborirak D, Paibunjitt-aree W, Srisuwannaket T, Linhavess P. Governance of Thailand's national health system. Report to Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health. Nonthaburi; 2013. (in Thai)
4. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. Limwattananon S. Household expenditure and inequality in health in the universal health coverage era. 1st ed. Khon Kaen: Faculty of Pharmaceutical Science, Khon Kaen University; 2018. (in Thai)
6. National Health Security Office. NHSO Annual report fiscal year 2020. Bangkok: National Health Security Office; 2021. (in Thai)
7. Roberts MJ, Hsiao WC, Reich MR. Disaggregating the universal coverage cube: putting equity in the picture. *Health Systems & Reform* 2015;1(1):22-7.
8. Bump J, Cashin C, Chalkidou K, Evans D, González-Pier E, Guo Y, et al. Implementing pro-poor universal health coverage. *The Lancet Global Health* 2016;4(1):14-6.
9. Senate Standing Committee on Public Health. 2021. Thai universal health coverage reform for sustainable development. Nonthaburi: The Secretariat of the Senate; 2021. (in Thai)
10. Jithitikulchai T. Questing for sustainable fiscal space of universal health coverage and simulation of health worker network redistribution. Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health, Nonthaburi; 2021. (in Thai)
11. Brixi H, Jitsuchon S, Skoufias E, Sondergaard L, Tansanguanwong P, Wiener M. Reducing elderly poverty in Thailand : the role of

Thailand's pension and social assistance programs. Washington, D.C.: World Bank; 2012. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/26767>.

12. Sondergaard L, Luo X, Jithitikulchai T, Poggi C, Lathapipat D, Kuriakose S, et al. Thailand-systematic country diagnostic: getting back on track-reviving growth and securing prosperity for all. Washington, D.C.: World Bank; 2016. Available

from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/855161479736248522/thailand-systematic-country-diagnostic-getting-back-on-track-reviving-growth-and-securing-prosperity-for-all>.

13. National Health Security Office. National Health Security Office Action Plan (2018-2022). Bangkok: National Health Security Office; 2020. (in Thai)