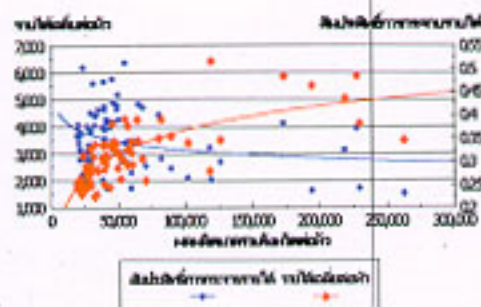


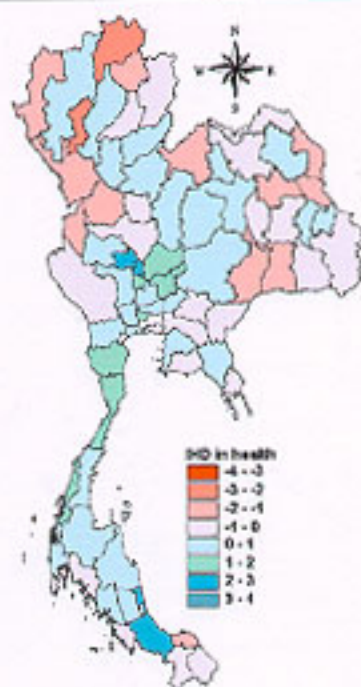
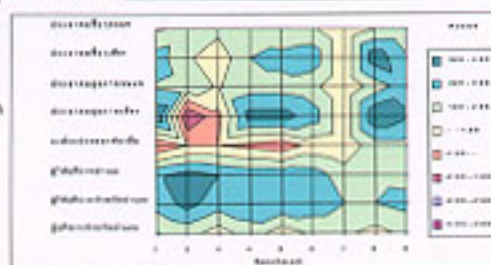
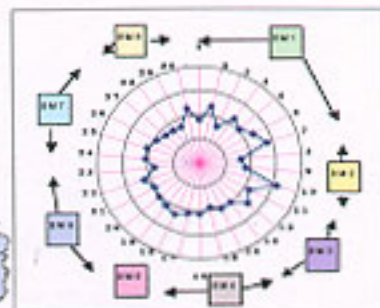
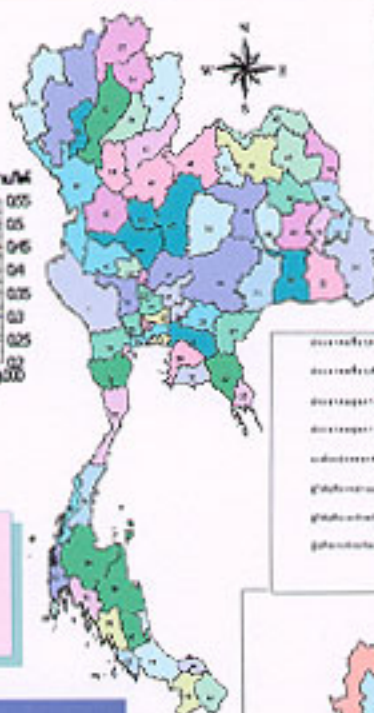
รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การพัฒนาชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยอาศัยกลไกประชาคม



สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

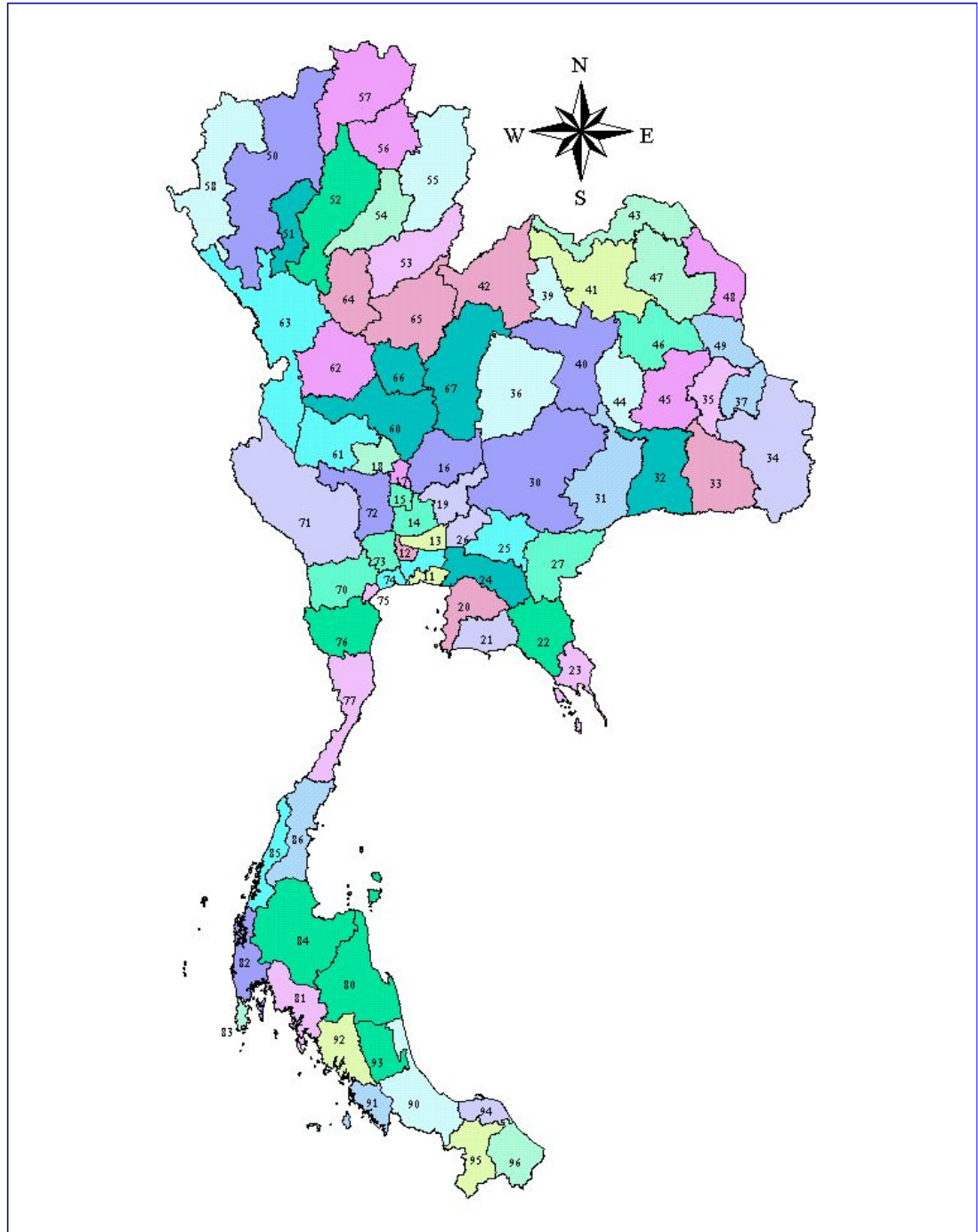


นพ.พิณิจ ทำอำนวยผล
รศ.นพ.สุกสิทธิ์ พรรณารุณทิว



- รหัส จังหวัด
- 11 สมุทรปราการ
 - 12 นนทบุรี
 - 13 ปทุมธานี
 - 14 พระนครศรีอยุธยา
 - 15 อ่างทอง
 - 16 ลพบุรี
 - 17 สิงห์บุรี
 - 18 ชัยนาท
 - 19 สระบุรี
 - 20 ชลบุรี
 - 21 ระยอง
 - 22 จันทบุรี
 - 23 ตราด
 - 24 ฉะเชิงเทรา
 - 25 ปราจีนบุรี
 - 26 นครนายก
 - 27 สระแก้ว
 - 30 นครราชสีมา
 - 31 บุรีรัมย์
 - 32 สุรินทร์
 - 33 ศรีสะเกษ
 - 34 อุบลราชธานี
 - 35 ยโสธร
 - 36 ชัยภูมิ
 - 37 อำนาจเจริญ
 - 39 หนองบัวลำภู
 - 40 ขอนแก่น
 - 41 อุดรธานี
 - 42 เลย
 - 43 หนองคาย
 - 44 มหาสารคาม
 - 45 ร้อยเอ็ด
 - 46 กาฬสินธุ์
 - 47 สกลนคร
 - 48 นครพนม
 - 49 มุกดาหาร
 - 50 เชียงใหม่
 - 51 ลำพูน
 - 52 ลำปาง
 - 53 อุตรดิตถ์
 - 54 แพร่
 - 55 น่าน
 - 56 พะเยา
 - 57 เชียงราย
 - 58 แม่ฮ่องสอน
 - 60 นครสวรรค์
 - 61 อุทัยธานี
 - 62 กำแพงเพชร
 - 63 ตาก
 - 64 สุโขทัย
 - 65 พิษณุโลก
 - 66 พิจิตร
 - 67 เพชรบูรณ์
 - 70 ราชบุรี
 - 71 กาญจนบุรี
 - 72 สุพรรณบุรี
 - 73 นครปฐม
 - 74 สมุทรสาคร
 - 75 สมุทรสงคราม
 - 76 เพชรบุรี
 - 77 ประจวบคีรีขันธ์
 - 80 นครศรีธรรมราช
 - 81 กระบี่
 - 82 พังงา
 - 83 ภูเก็ต
 - 84 สุราษฎร์ธานี
 - 85 ระนอง
 - 86 ชุมพร
 - 90 สงขลา
 - 91 สตูล
 - 92 ตรัง
 - 93 พัทลุง
 - 94 ปัตตานี
 - 95 ยะลา
 - 96 นราธิวาส

แผนที่ประเทศไทย



แผนที่ 75 จังหวัด

สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญแผนภูมิและตาราง

บทคัดย่อ

บทที่ ๑	บทนำ	๑
	๑.๑. ทำไมระบบสุขภาพจึงต้องมีความเป็นธรรม	๑
	๑.๒. หลักการและกระแสด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๓
	๑.๓. สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๖
	๑.๔. ความหลากหลายของการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๑๐
บทที่ ๒	ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้วัด	๑๑
	๒.๑. ชุดดัชนีวัดเป้าหมายความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ	๑๑
	๒.๒. ประสิทธิภาพการวัดความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ	๑๕
	๒.๓. เครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ และการวิเคราะห์	๑๖
บทที่ ๓	ความเป็นธรรม ด้านสถานะสุขภาพ : ข้อมูลเชิงปริมาณ	๑๙
	๓.๑. การกระจายของสถานะสุขภาพ	๑๙'
	๓.๒. การกระจายของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	๒๓
	๓.๓. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับสถานะสุขภาพ	๒๘
	๓.๔. บทสรุปความเป็นธรรม ด้านสถานะสุขภาพ	๒๙
บทที่ ๔	ความเป็นธรรม ด้านการจ่ายเงิน : ข้อมูลเชิงปริมาณ	๓๑
	๔.๑. อุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการ	๓๑
	๔.๒. ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพระหว่างประชาชนแต่ละกลุ่ม	๓๓
	๔.๓. บทสรุปความเป็นธรรม ด้านการจ่ายเงิน	๓๓
บทที่ ๕	ความเป็นธรรม ด้านบริการสุขภาพ : ข้อมูลเชิงปริมาณ	๓๕
	๕.๑. การกระจายของทรัพยากรสุขภาพ	๓๕
	๕.๒. การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ	๓๘
	๕.๓. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ	๔๔
	๕.๔. ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ	๕๐
	๕.๕. โอกาสในการเลือกบริการสุขภาพของประชาชน	๕๙'
	๕.๖. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆของบริการสุขภาพ	๖๐
	๕.๗. บทสรุปความเป็นธรรม ด้านบริการสุขภาพ	๖๑

บทที่ ๖	ความเชื่อมโยงระหว่างความเป็นธรรม	๖๕
	๖.๑. อิทธิพลข้ามกลุ่มความเป็นธรรม	๖๕
	๖.๒. นูรณ์การความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัด	๖๘
	๖.๓. บทสรุปความเชื่อมโยงระหว่างความเป็นธรรม	๖๙
	๖.๔. ผลรวมของคะแนนความเป็นธรรม	๗๐
บทที่ ๗	ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ๑๐ จังหวัด : ข้อมูลเชิงคุณภาพ	๗๓
	๗.๑. ข้อมูลความเป็นธรรมเชิงคุณภาพ ๑๐ จังหวัด	๗๔
	❖ ภาคเหนือ : จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา จังหวัดแพร่	๗๔
	❖ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : จังหวัดขอนแก่น จังหวัดนครราชสีมา	๙๒
	❖ ภาคใต้ : จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสงขลา จังหวัดปัตตานี	๑๐๔
	❖ ภาคกลาง : จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดราชบุรี	๑๒๒
	๗.๒. ภาพรวมของคะแนนความเป็นธรรม จากเครื่องมือเชิงคุณภาพ	๑๓๔
บทที่ ๘	วิเคราะห์ภาพรวมของความเป็นธรรม	๑๓๗
	๘.๑. จุดแข็งและจุดอ่อนของความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ	๑๓๗
	๘.๒. อิทธิพลขององค์ประกอบต่างๆต่อระบบสุขภาพ	๑๔๐
	๘.๓. ทิศทางและการกระจายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๑๔๑
บทที่ ๙	ข้อเสนอเชิงระบบ	๑๔๓
	๙.๑. ความเป็นธรรม ในฐานะเครื่องมือเชิงนโยบาย	๑๔๓
	๙.๒. ความเป็นธรรม ในฐานะเครื่องมือของการพัฒนาและติดตามระบบ	๑๔๗
	๙.๓. ความเป็นธรรม ในฐานะเครื่องมือสำหรับการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจ	๑๕๐
	๙.๔. ระบบข้อมูลเพื่อติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๑๕๑
บทที่ ๑๐	อภิปราย และสรุปผล	๑๕๓
	๑๐.๑. วิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๑๕๓
	๑๐.๒. จุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๑๕๗
	๑๐.๓. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๑๖๑
	๑๐.๔. ความเหมาะสมและประโยชน์ในการนำมาใช้เชิงนโยบายและการปฏิรูประบบสุขภาพ	๑๖๓
	๑๐.๕. การประยุกต์เครื่องมือเชิงปริมาณ	๑๖๕
	๑๐.๖. การประยุกต์เครื่องมือเชิงคุณภาพ	๑๖๗
	๑๐.๗. ขั้นตอนต่อไปของความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๑๗๒
	๑๐.๘. บทสรุปความเป็นธรรมทางสุขภาพ	๑๗๗
เอกสารอ้างอิง		๑๗๙
ภาคผนวก		๑๘๓

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1.1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (GNP) กับสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ (GINI)	1
แผนภูมิที่ 1.2	แสดงหลักการของความเป็นธรรมของการจ่ายเงินและการใช้บริการ โดยกลไกการเฉลี่ยความเสี่ยงและการเจือจางรายได้	4
แผนภูมิที่ 1.3	แสดงแนวโน้มของค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ (GINI coefficient) ของประเทศไทย	6
แผนภูมิที่ 1.4	แสดงอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ของภาคต่างๆในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542	7
แผนภูมิที่ 1.5	แสดงอัตราการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มรายได้ (Quintile 1 หมายถึงกลุ่มที่ยากจนที่สุด 20% แรก)	8
แผนภูมิที่ 1.6	แสดงดัชนีชี้ความยากของไทย ปีพ.ศ. 2539	8
แผนภูมิที่ 1.7	แสดงสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ระหว่างกลุ่มรายได้ 5 กลุ่ม	8
แผนภูมิที่ 1.8	แสดงสัดส่วนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพระหว่างกลุ่มรายได้ 5 กลุ่ม	9
แผนภูมิที่ 1.9	แสดงค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรระหว่างหลักประกันประเภท	9
แผนภูมิที่ 2.1	แสดงการกระจายตามลักษณะแผนที่ภูมิศาสตร์ (geographical distribution) ของคะแนน Z-score ใน 75 จังหวัด ของข้อมูลอัตราการตายปรับค่าตามโครงสร้างอายุ (Age-adjusted death rate)	17
แผนภูมิที่ 3.1	แสดงการเปรียบเทียบระหว่างอัตราการตายอย่างหยาบ กับอัตราการตายที่ปรับค่าตามโครงสร้างอายุ เรียงตามลำดับอัตราการตายอย่างหยาบ ของ 75 จังหวัด	19
แผนภูมิที่ 3.2	แสดงการกระจายของอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด	20
แผนภูมิที่ 3.3	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดกับอัตราการตายในช่วงอายุ 0-5 ปี และช่วงอายุ 30-40	20
แผนภูมิที่ 3.4	แสดงการกระจายของอัตราการเกิดอุบัติเหตุ	21
แผนภูมิที่ 3.5	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดอุบัติเหตุกับอัตราการตายในช่วงอายุ 30-40 ปี	21
แผนภูมิที่ 3.6	แสดงอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย	21
แผนภูมิที่ 3.7	แสดงการกระจายของอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก	22
แผนภูมิที่ 3.8	แสดงการกระจายของอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย	22
แผนภูมิที่ 3.9	แสดงการกระจายของความครอบคลุมในการฝากครรภ์	22
แผนภูมิที่ 3.10	แสดงการกระจายของครัวเรือนที่มีน้ำสะอาดดื่ม	23
แผนภูมิที่ 3.11	แสดงการกระจายของการจัดบ้านเรือนถูกหลัก	23
แผนภูมิที่ 3.12	แสดงการกระจายของขนาดของครัวเรือน	24
แผนภูมิที่ 3.13	แสดงการกระจายของอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง	24
แผนภูมิที่ 3.14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของครัวเรือน กับอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง	25
แผนภูมิที่ 3.15	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ย กับสัดส่วนคนจนและสัดส่วนการมีหนี้สิน	25
แผนภูมิที่ 3.16	แสดงการกระจายของรายได้เฉลี่ยต่อประชากร	26

<u>แผนภูมิที่ 3.17</u>	แสดงการกระจายของสัดส่วนคนยากจน	26
<u>แผนภูมิที่ 3.18</u>	แสดงรายได้เฉลี่ยต่อประชากรต่อเดือน กับอัตราส่วนรายจ่ายต่อรายได้	26
<u>แผนภูมิที่ 3.19</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตมวลรวมจังหวัด กับรายได้เฉลี่ย และสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้	27
<u>แผนภูมิที่ 3.20</u>	แสดงการกระจายของดัชนีความขัดสนรวม	27
<u>แผนภูมิที่ 3.21</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก	28
<u>แผนภูมิที่ 3.22</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราตายปรับค่าตามโครงสร้างอายุ กับอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง	28
<u>แผนภูมิที่ 3.23</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง กับสัดส่วนของกลุ่มอายุ 0-15 ปี 15-65 ปี และมากกว่า 65 ปี	29
<u>แผนภูมิที่ 4.1</u>	แสดงการกระจายของสัดส่วนผู้ที่ไม่มีหลักประกัน	31
<u>แผนภูมิที่ 4.2</u>	แสดงการกระจายของสัดส่วนผู้ที่มีหลักประกันสิทธิสูง	31
<u>แผนภูมิที่ 4.3</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนผู้ที่ไม่มีหลักประกัน กับสัดส่วนผู้ที่มีหลักประกันสิทธิสูงและปานกลาง	32
<u>แผนภูมิที่ 4.4</u>	แสดงการกระจายของการกระจายด้านสุขภาพของครัวเรือน	32
<u>แผนภูมิที่ 4.5</u>	แสดงการกระจายของความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ไม่มีอาชีพ กับกลุ่มที่มีอาชีพธุรกิจเอกชน	33
<u>แผนภูมิที่ 5.1</u>	แสดงการกระจายของอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์	35
<u>แผนภูมิที่ 5.2</u>	แสดงการกระจายของอัตราส่วนประชากรต่อเตียง	36
<u>แผนภูมิที่ 5.3</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประชากรต่อแพทย์ กับประชากรต่อเตียง	36
<u>แผนภูมิที่ 5.4</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประชากรต่อแพทย์กับจำนวนเตียงต่อแพทย์ และกลุ่มจังหวัด 4 กลุ่ม	36
<u>แผนภูมิที่ 5.5</u>	แสดงการกระจายของอัตราส่วนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์	37
<u>แผนภูมิที่ 5.6</u>	แสดงการกระจายของอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อแพทย์	37
<u>แผนภูมิที่ 5.7</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ กับจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อแพทย์	37
<u>แผนภูมิที่ 5.8</u>	แสดงการกระจายของอัตราการใช้บริการรายใหม่	38
<u>แผนภูมิที่ 5.9</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ กับอัตราการใช้บริการรายใหม่	38
<u>แผนภูมิที่ 5.10</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนประชากรต่อเตียง กับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน	38
<u>แผนภูมิที่ 5.11</u>	แสดงการกระจายของอัตราการใช้บริการผ.ป.นอกภาครัฐ	39
<u>แผนภูมิที่ 5.12</u>	แสดงการกระจายของอัตราการใช้บริการผ.ป.ในภาครัฐ	39
<u>แผนภูมิที่ 5.13</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผ.ป.นอกและผ.ป.ในภาครัฐ	39
<u>แผนภูมิที่ 5.14</u>	แสดงการกระจายของอัตราส่วนการใช้บริการสถานเอนามัยต่อโรงพยาบาล	40
<u>แผนภูมิที่ 5.15</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการรวม กับอัตราการใช้บริการที่สถานเอนามัย	40
<u>แผนภูมิที่ 5.16</u>	แสดงการกระจายของสัดส่วนการใช้บริการที่รพ.จังหวัด	41
<u>แผนภูมิที่ 5.17</u>	แสดงการกระจายของอัตราส่วนการนอนรพ.ชุมชนต่อรพ.จังหวัด	41
<u>แผนภูมิที่ 5.18</u>	แสดงการกระจายของจำนวนครั้งเฉลี่ยต่อผู้ป่วยนอกรายใหม่	42

แผนภูมิที่ 5.19	แสดงการกระจายของสัดส่วนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพของสถานีนามัย	43
แผนภูมิที่ 5.20	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการให้บริการที่สถานีนามัย กับสัดส่วนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่สถานีนามัย	43
แผนภูมิที่ 5.21	แสดงอัตราการครองเตียงและอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป	44
แผนภูมิที่ 5.22	แสดงการกระจายของอัตราการครองเตียงรพ.จังหวัด	45
แผนภูมิที่ 5.23	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก กับอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน	45
แผนภูมิที่ 5.24	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยใน กับจำนวนวันนอนเฉลี่ย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	46
แผนภูมิที่ 5.25	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการผ.นอ กับค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการผ.ใน	47
แผนภูมิที่ 5.26	แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการผ.ใน	47
แผนภูมิที่ 5.27	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายต่อวันนอน กับต่อผ.ใน	48
แผนภูมิที่ 5.28	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอน กับค่าใช้จ่ายต่อผ.ใน	48
แผนภูมิที่ 5.29	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผ.ใน กับอัตราการตายผ.ใน และจำนวนวันนอนเฉลี่ย	49
แผนภูมิที่ 5.30	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผ.ใน กับอัตราการตายผ.ใน	49
แผนภูมิที่ 5.31	แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร ภาครัฐ	50
แผนภูมิที่ 5.32	แสดงค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรภาครัฐ และอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกรวมภาครัฐ	51
แผนภูมิที่ 5.33	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรภาครัฐ กับอัตราส่วนประชากรต่อเตียงรวม	51
แผนภูมิที่ 5.34	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนประชากร กับค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	52
แผนภูมิที่ 5.35	แสดงการกระจายของสัดส่วนค่าใช้จ่ายสถานีนามัย	53
แผนภูมิที่ 5.36	แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายรพ.จังหวัดต่อประชากร	53
แผนภูมิที่ 5.37	แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายประมาณการต่อประชากร	54
แผนภูมิที่ 5.38	แสดงการกระจายของอัตราส่วนค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	54
แผนภูมิที่ 5.39	แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายต่อเตียง รพ.จังหวัด	55
แผนภูมิที่ 5.40	แสดงการกระจายของสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร รพ.จังหวัด	56
แผนภูมิที่ 5.41	แสดงการกระจายของสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ รพ.จังหวัด	56
แผนภูมิที่ 5.42	แสดงการกระจายของสัดส่วนการเลือกใช้บริการของรัฐเมื่อเจ็บป่วย	58
แผนภูมิที่ 5.43	แสดงการกระจายของอัตราส่วนการเลือกเอกชนต่อรัฐ กรณีผ.นอ	59
แผนภูมิที่ 5.44	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับสัดส่วนการเลือกใช้เอกชน และรัฐ	59
แผนภูมิที่ 5.45	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายต่อประชากร กับอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน	60
แผนภูมิที่ 6.1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตมวลรวมจังหวัด กับอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์	65
แผนภูมิที่ 6.2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับความครอบคลุมหลักประกันสิทธิสูง	65
แผนภูมิที่ 6.3	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับอัตราการให้บริการผ.นอรายใหม่	66

<u>แผนภูมิที่ 6.4</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับสัดส่วนการเลือกใช้บริการเอกชน กรณีผป.ใน	66
<u>แผนภูมิที่ 6.5</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร กับสัดส่วนการให้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด	67
<u>แผนภูมิที่ 6.6</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร กับอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลจังหวัด	67
<u>แผนภูมิที่ 6.7</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร กับค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลจังหวัดต่อประชากร	67
<u>แผนภูมิที่ 6.8</u>	แสดงการเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ	68
<u>แผนภูมิที่ 6.9</u>	แสดงการเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มดัชนีชี้วัดทั้ง 30 กลุ่ม ของความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้ง 8 ข้อ (ยกเว้นข้อ 8) ของเครื่องมือเชิงปริมาณ	69
<u>แผนภูมิที่ 6.10</u>	แสดงกราฟแบบเรดาร์ ที่แสดงจุดแข็งจุดอ่อนของจังหวัด จากข้อมูลคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด	70
<u>แผนภูมิที่ 7.1</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.เชียงใหม่	75
<u>แผนภูมิที่ 7.2</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.เชียงใหม่	79
<u>แผนภูมิที่ 7.3</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.พะเยา	81
<u>แผนภูมิที่ 7.4</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.พะเยา	85
<u>แผนภูมิที่ 7.5</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.แพร่	87
<u>แผนภูมิที่ 7.6</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.แพร่	91
<u>แผนภูมิที่ 7.7</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ขอนแก่น	93
<u>แผนภูมิที่ 7.8</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.ขอนแก่น	97
<u>แผนภูมิที่ 7.9</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.นครราชสีมา	99
<u>แผนภูมิที่ 7.10</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.นครราชสีมา	103
<u>แผนภูมิที่ 7.11</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ภูเก็ต	105
<u>แผนภูมิที่ 7.12</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.ภูเก็ต	109
<u>แผนภูมิที่ 7.13</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.สงขลา	111

<u>แผนภูมิที่ 7.14</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.สงขลา	115
<u>แผนภูมิที่ 7.15</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ปัตตานี	117
<u>แผนภูมิที่ 7.16</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.ปัตตานี	121
<u>แผนภูมิที่ 7.17</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.พระนครศรีอยุธยา	123
<u>แผนภูมิที่ 7.18</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.พระนครศรีอยุธยา	127
<u>แผนภูมิที่ 7.19</u>	แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ราชบุรี	129
<u>แผนภูมิที่ 7.20</u>	แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.ราชบุรี	133
<u>แผนภูมิที่ 7.21</u>	แสดงความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ย ก่อนและหลังการสนทนากลุ่ม (คะแนนหลังสนทนา - ก่อนสนทนา)	136
<u>แผนภูมิที่ 8.1</u>	แสดงความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ระหว่างองค์ประกอบต่างๆของความเป็นธรรมทางสุขภาพ	140
<u>แผนภูมิที่ 9.1</u>	แสดงการกำหนดเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยการเพิ่มระดับและลดความแตกต่าง	144
<u>แผนภูมิที่ 9.2</u>	แสดงต้นทุนต่อประชากรสัมพัทธ์ทั้งผ.นอกลและผ.บ.ในของกลุ่มอายุต่างๆ	144
<u>แผนภูมิที่ 9.3</u>	แสดงค่าใช้จ่ายต่อประชากรของโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนประชากรต่างกัน ของ 4 จังหวัดภาคกลาง และวิธีการปรับ	145
<u>แผนภูมิที่ 9.4</u>	แสดงโอกาสของการเกิดภาวะเงินขาด และเงินเกิน ในกรณีที่แต่ละพื้นที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการภาคเอกชนต่างกัน	146
<u>แผนภูมิที่ 9.5</u>	แสดงการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนสำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยใช้คะแนนความเป็นธรรมเชิงปริมาณ	148
<u>แผนภูมิที่ 9.6</u>	แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเป็นธรรมเมื่อข้อมูลเปลี่ยนแปลงไป โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่คงที่	149
<u>แผนภูมิที่ 9.7</u>	แสดงคะแนนความเป็นธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ซึ่งควรมีการปรับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	149
<u>แผนภูมิที่ 9.8</u>	แสดงการใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมเชิงคุณภาพ ในฐานะที่เป็นจุดเริ่มต้นของความมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยประชาคม	150
<u>แผนภูมิที่ 9.9</u>	แสดงระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้ง 7 ระบบย่อย 4 ระดับ	151
<u>แผนภูมิที่ 10.1</u>	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสูงสุดและต่ำสุด กับค่าสัมประสิทธิ์ของความแปรปรวน ใน 81 ตัวชี้วัด	154

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	แสดงความหมายของความเป็นธรรมแนวราบและแนวตั้ง ในด้านการให้บริการและการจ่ายเงิน	3
ตารางที่ 1.2	แสดงค่าดัชนีความเสมอภาคของการอยู่รอดของเด็ก ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 9 ประเทศ	7
ตารางที่ 2.1	แสดงประเด็นย่อยของความเป็นธรรมทางสุขภาพ 46 ประเด็น จาก 9 ข้อ และความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายของการปฏิรูปฯ	13
ตารางที่ 2.2	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้ง 9 ข้อ ของจังหวัดพะเยาและยโสธร	15
ตารางที่ 2.3	แสดงข้อมูลอัตราตายปรับค่าตามโครงสร้างอายุ ของจังหวัด 3 อันดับแรก และ 3 อันดับสุดท้าย และ คะแนน Z-score	17
ตารางที่ 3.1	แสดงคะแนนความเป็นธรรมของกลุ่มดัชนีชี้วัด ในความเป็นธรรมที่ 1 เฉพาะ 3 ลำดับแรก และ 3 ลำดับสุดท้าย	29
ตารางที่ 4.1	แสดงคะแนนความเป็นธรรมของกลุ่มดัชนีชี้วัด ในความเป็นธรรมที่ 2 และ 5 เฉพาะ 3 ลำดับแรก และ 3 ลำดับสุดท้าย	34
ตารางที่ 5.1	แสดงคะแนนความเป็นธรรมของกลุ่มดัชนีชี้วัด ในความเป็นธรรมที่ 3, 4, 6, 7 และ 9 เฉพาะ 3 ลำดับแรก และ 3 ลำดับสุดท้าย	62
ตารางที่ 6.1	แสดงคะแนนรวมของความเป็นธรรมและลำดับที่ของจังหวัด โดยการใช้วิธีการคำนวณ 3 วิธี	71
ตารางที่ 7.1	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.เชียงใหม่	75
ตารางที่ 7.2	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดเชียงใหม่	78
ตารางที่ 7.3	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.พะเยา	81
ตารางที่ 7.4	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดพะเยา	84
ตารางที่ 7.5	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.แพร่	87
ตารางที่ 7.6	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดแพร่	90
ตารางที่ 7.7	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 ตัวชี้วัด จ.ขอนแก่น	93
ตารางที่ 7.8	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดขอนแก่น	96
ตารางที่ 7.9	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.นครราชสีมา	99
ตารางที่ 7.10	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดนครราชสีมา	102
ตารางที่ 7.11	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ภูเก็ต	105
ตารางที่ 7.12	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดภูเก็ต	108

ตารางที่ 7.13	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.สงขลา	111
ตารางที่ 7.14	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดสงขลา	114
ตารางที่ 7.15	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ปัตตานี	117
ตารางที่ 7.16	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดปัตตานี	120
ตารางที่ 7.17	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.พระนครศรีอยุธยา	123
ตารางที่ 7.18	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวมที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	126
ตารางที่ 7.19	แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ราชบุรี	129
ตารางที่ 7.20	แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวมที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดราชบุรี	132
ตารางที่ 7.21	แสดงคะแนนความเป็นธรรมแต่ละข้อและคะแนนรวมของแต่ละจังหวัด และคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 10 จังหวัด	134
ตารางที่ 7.22	แสดงคะแนนความเป็นธรรมรวมที่ให้โดยแต่ละกลุ่มของแต่ละจังหวัด และคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 10 จังหวัด	135
ตารางที่ 7.23	แสดงความแตกต่างของคะแนนหลังและก่อนสนทนาของแต่ละจังหวัด และความแตกต่างเฉลี่ยของทั้ง 10 จังหวัด	136
ตารางที่ 8.1	แสดงคะแนนเฉลี่ยของประเด็นความเป็นธรรมย่อยของแต่ละจังหวัด และคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 10 จังหวัด	138
ตารางที่ 8.2	แสดงจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละจังหวัด ในความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อ	141
ตารางที่ 10.1	แสดงวัตถุประสงค์และวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นดัชนีชี้วัดรวม	154
ตารางที่ 10.2	แสดงวัตถุประสงค์และวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการเปรียบเทียบ ตัวแปรระหว่างกลุ่มและระหว่างพื้นที่	156
ตารางที่ 10.3	แสดงวัตถุประสงค์และวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการให้คะแนน	157
ตารางที่ 10.4	แสดงจุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นดัชนีชี้วัดรวม	158
ตารางที่ 10.5	แสดงจุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการเปรียบเทียบ ตัวแปรระหว่างกลุ่มและระหว่างพื้นที่	159
ตารางที่ 10.6	แสดงจุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการให้คะแนน	160
ตารางที่ 10.7	แสดงข้อมูลที่เป็นของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นดัชนีชี้วัดรวม	161
ตารางที่ 10.8	แสดงข้อมูลที่เป็นของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการเปรียบเทียบ ตัวแปรระหว่างกลุ่มและระหว่างพื้นที่	162
ตารางที่ 10.9	แสดงข้อมูลที่เป็นของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการให้คะแนน	163
ตารางที่ 10.10	แสดงการเปรียบเทียบระหว่างวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ	164
ตารางที่ 10.11	แสดงคำถามที่เลือกมาจำนวน 22 คำถามและข้อมูลประกอบ	175

คำนำ

การขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยพัฒนาการด้านองค์ความรู้ ที่นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำพากระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ได้ ด้านหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพให้ความสำคัญกับประเด็นด้านประสิทธิภาพ ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรม การรักษาซึ่งสมมูลของประเด็นทั้ง 2 เป็นสิ่งที่มองข้ามมิได้ ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนาเพียงประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ย่อมจะมีผลกระทบกับอีกประเด็นหนึ่ง หากไม่ได้รับการคำนึงถึงอย่างรอบคอบ ดังนั้น ในด้านของการออกแบบระบบ จึงจำเป็นต้องยกระดับเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายขององค์ประกอบต่างๆของระบบสุขภาพ และในขณะเดียวกันก็ต้องรักษาความสมมูลระหว่างองค์ประกอบต่างๆของระบบสุขภาพเอาไว้ให้ได้ จึงจะนับได้ว่าเป็นระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ในด้านของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Fairness in health) เป็นเป้าหมายหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยมิติย่อยหลายมิติด้วยกัน อาทิเช่น ความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพ ความเป็นธรรมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเป็นธรรมด้านการใช้บริการสุขภาพ และความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน มิติต่างๆดังกล่าวมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆที่แวดล้อมระบบบริการสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยมากมายที่ทำให้สังคมขาดความเป็นธรรม แต่ว่าการออกแบบระบบสุขภาพที่ดี ก็จะช่วยลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพดังกล่าวได้ หากมีการจัดการที่นำไปสู่การกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เป็นธรรม และมีระบบบริการที่เน้นความเสมอภาคของประชาชน ประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องที่ต้องเฝ้าติดตามและประเมินเพื่อให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบจากการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรที่จะเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการประเมินความเป็นธรรมดังกล่าวด้วย

ประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพมีวิธีการประเมินที่หลากหลาย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ใช้ชุดดัชนีประเมินความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ (Benchmarks of fairness) ที่มีองค์ประกอบที่ค่อนข้างกว้าง ครอบคลุมประเด็นด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ ความมีส่วนร่วม และความอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดบูรณาการของการประเมินด้านความเป็นธรรม ในเอกสารรายงานผลการวิจัยฉบับนี้ จะประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 10 บท โดยในบทที่ 1 จะเกริ่นนำถึงความสำคัญและความหมายของความเป็นธรรม รวมทั้งสถานการณ์ความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ บทที่ 2 จะกล่าวถึงองค์ประกอบของความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ใช้ในการศึกษานี้ รวมทั้งประสพการณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ บทที่ 3 ถึง 6 จะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความเป็นธรรมทางสุขภาพจากเครื่องมือเชิงปริมาณ บทที่ 7 เป็นการนำเสนอข้อมูลความเป็นธรรมจากเครื่องมือเชิงคุณภาพที่ได้จากประชาคม 10 จังหวัด บทที่ 8 เป็นการวิเคราะห์ภาพรวมของความเป็นธรรมทางสุขภาพ บทที่ 9 เป็นข้อเสนอแนะเชิงระบบ จากข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพ และบทที่ 10 เป็นการอภิปรายและสรุปผล การศึกษาครั้งนี้เป็นหนึ่งในหลาย ๆ ความพยายามที่อยากจะเห็นระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนชาวไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดีอย่างเท่าเทียมกัน

คณะวิจัยพัฒนาชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยอยู่ภายใต้ชุดโครงการวิจัย “ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: องค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายติดตาม” (Equity in Health : Knowledge and network for monitoring) โดยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจาก รศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญชัย ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้คำปรึกษา และร่วมทำวิจัย เพื่อขยายเครือข่ายในการติดตามด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ งานวิจัยนี้ได้รับข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่งจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการของชุดโครงการดังกล่าว อันประกอบด้วย ศ.ดร.อัมมาร์ สยามวาลา ศ.ดร.อมรา พงศาพิชญ์ รศ.ดร.ดาว มงคลสมัย รศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ นพ.ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล และ รศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญชัย ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการช่วยเหลือในด้านข้อมูลจากหลายหน่วยงานด้วยกัน อาทิเช่น สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานประกันสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น สำหรับการเก็บข้อมูลระดับจังหวัด โดยการสนทนากลุ่มกับประชาคมและกลุ่มเป้าหมาย 10 จังหวัด ก็ได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้ประสานงานระดับจังหวัด และกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้แก่ จังหวัด เชียงใหม่ พะเยา แพร่ ขอนแก่น นครราชสีมา ภูเก็ต สงขลา ปัตตานี พระนครศรีอยุธยา และราชบุรี คณะวิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มา ณ โอกาสนี้

คณะวิจัยพัฒนาชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บทคัดย่อ

กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังขับเคลื่อนอยู่ในปัจจุบัน เน้นให้ความสำคัญกับประเด็นด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด จึงควรจัดการให้กระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม โดยมีประเด็นสำคัญอยู่ 2 ประการ ในด้านของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้แก่ ความเป็นธรรมทางด้านบริการ และความเป็นธรรมทางการเงิน โดยในปัจจุบันนี้มีข้อมูลหลักฐานจากวิธีการวัดต่างๆ ที่หลากหลาย ที่แสดงให้เห็นว่า ยังคงมีความไม่เป็นธรรมอยู่ในระบบสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นการพัฒนาและทดลองใช้ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Benchmark of fairness) ในการติดตามผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ โดยใช้กลไกของประชาคมเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน โดยความเป็นธรรมดังกล่าวนี้มีขอบเขตที่ค่อนข้างกว้าง อันประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 9 องค์ประกอบ ครอบคลุมทั้งด้านสถานะสุขภาพ ความเท่าเทียมทางการเงินและบริการ ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ การมีส่วนร่วมของประชาชน รวมไปถึงความอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ เครื่องมือเชิงปริมาณพัฒนามาจากการกำหนดดัชนีชี้วัดเชิงปริมาณจำนวน 81 ตัวชี้วัด จัดกลุ่มได้ 30 กลุ่ม ครอบคลุม 8 องค์ประกอบของความเป็นธรรม ดัชนีชี้วัดดังกล่าวใช้ข้อมูลทุติยภูมิมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ นำมาเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดจำนวน 75 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) สำหรับการแปลงข้อมูลให้เป็นคะแนนนั้น ใช้ Z-score (เป็นการแปลงข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ 75 จังหวัด) ร่วมกับการแสดงลำดับที่ของแต่ละจังหวัดในแต่ละตัวชี้วัด เพื่อชี้ให้เห็นประเด็นที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของจังหวัดในด้านต่างๆ รวมทั้งแสดงลักษณะการกระจายของความเป็นธรรมในระดับประเทศ โดยใช้ข้อมูลการกระจายทางภูมิศาสตร์ นอกจากนั้นยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างประเด็นต่างๆ ของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าว จะถูกนำไปใช้ร่วมกับการติดตามประเมินความเป็นธรรมเชิงคุณภาพระดับจังหวัด โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 8 กลุ่มใน 10 จังหวัด ความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าว จะถูกผู้ร่วมสนทนาวิเคราะห์ วิพากษ์ ประเมินและให้คะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 องค์ประกอบ (46 ประเด็นย่อย) โดยให้คะแนนตั้งแต่ -5 ถึง +5 เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่แล้ว โดยที่ 0 หมายถึงเหมือนเดิม +5 และ -5 หมายถึงดีขึ้นมากที่สุดและแย่ลงมากที่สุด ตามลำดับ ผลของการให้คะแนนรวมของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ใน 10 จังหวัด พบว่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง +1.08 ถึง +2.25 แสดงให้เห็นถึงทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมดีขึ้นในระดับปานกลาง จากการศึกษาพบว่าข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพ สามารถที่จะนำไปใช้ได้ทั้งในระดับนโยบาย ระดับบริหารจัดการ และระดับปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม ชุดเครื่องมือดังกล่าว ควรที่จะมีการพัฒนาและนำไปใช้ประโยชน์ในระดับต่างๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อสะท้อนความเป็นธรรมทางสุขภาพได้อย่างเที่ยงตรงต่อไป

คำรหัส : ความเป็นธรรม, ความเท่าเทียม, ประสิทธิภาพ, คุณภาพ, ประชาคม

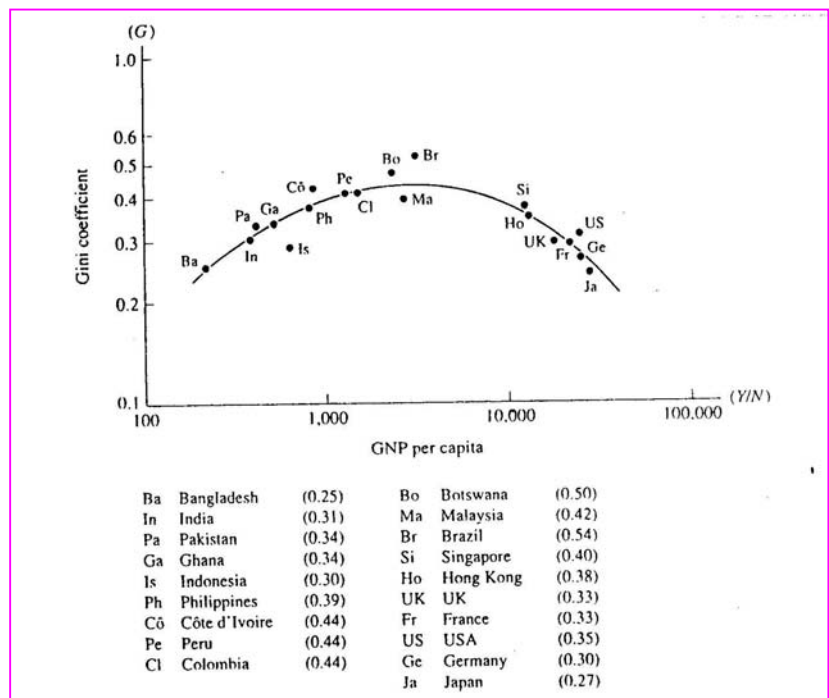
๑

บทนำ

ในบทนี้จะเกริ่นนำถึงความหมายและความสำคัญของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่มีองค์ประกอบทั้งด้านบริการและด้านการเงิน โดยจะนำเสนอถึงวิธีการประเมินความเป็นธรรมด้วยดัชนีชี้วัดต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ อันจะนำไปสู่การสร้างเครื่องมือในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้

1.1. ทำไมระบบสุขภาพจึงต้องมีความเป็นธรรม

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า หากประเทศใดขาดความเป็นธรรมในการกระจายรายได้ การพัฒนาเศรษฐกิจแม้จะดีเพียงใด ก็จะไม่ยั่งยืน จากหลักฐานดังกล่าวทำให้ประเทศต่างๆหันมาสนใจกับประเด็น “ความเป็นธรรม” มากขึ้น ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศถึงขั้นวิกฤต ตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา⁽¹⁾ มีข้อสังเกตจากนักเศรษฐศาสตร์ว่า ประเทศต่างๆที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน จะมีการกระจายรายได้ของประชาชนที่แตกต่างกัน จากการนำเอาค่าผลผลิตมวลรวมประชาชาติหรือ GNP มาเปรียบเทียบกับสัมประสิทธิ์ของการกระจายรายได้ หรือ Gini coefficient พบว่า ประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ และประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่สูง จะมีการกระจายของรายได้ที่ดี คือคนยากจนและคนร่ำรวยมีรายได้ไม่แตกต่างกันมากนัก ในขณะที่ ประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจปานกลาง กลับมีความแตกต่างของรายได้สูง คือมีค่าสัมประสิทธิ์ของการกระจายรายได้สูงนั่นเอง⁽²⁾ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.1 ดังนั้นการเพิ่มรายได้ประชาชาติ แต่เพียงอย่างเดียว ก็ไม่ได้หมายความว่าความเป็นธรรมทางรายได้ จะต้องเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในทางตรงกันข้าม ความเป็นธรรมดังกล่าวอาจจะลดลง ถ้าหากรายได้ประชาชาติที่เพิ่มขึ้นนั้น มิได้สูงเพียงพอที่จะกระจายไปยังประชาชนทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน



แผนภูมิที่ 1.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (GNP) กับสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ (GINI)

ความเป็นธรรมในสังคมมีความหมายยิ่งกว่าการกระจายรายได้ ดังในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมไว้หลายด้าน ตั้งแต่ความเท่าเทียมกันทางสิทธิมนุษยชนของประชาชนชาวไทยทุกคน ความเท่าเทียมกันทางการเมือง ความเท่าเทียมของโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยรัฐธรรมนูญ มาตรา 52 ในหมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ได้ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ⁽¹⁾ แต่ถึงแม้รัฐธรรมนูญจะระบุเช่นนี้ หากความไม่ เป็นธรรมของการกระจายรายได้ยังคงอยู่ ก็จะมีผลทำให้ความไม่ เป็นธรรมทางสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย หากประชาชนยังต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเองในการไปใช้บริการสุขภาพ คนยากจนก็จะเข้าไม่ถึงบริการ เนื่องจากไม่มีความสามารถในการจ่าย หากรัฐไม่มาช่วยแบกรับภาระรายจ่ายด้านสุขภาพนี้แทนประชาชน

ประเด็นด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพดังกล่าวจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด ดังนั้นการกระจายทรัพยากร และการใช้ทรัพยากรจึงควรมีความเหมาะสม เพื่อที่จะช่วยให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกัน ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม (equity) ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การได้รับบริการสุขภาพควรขึ้นอยู่กับความจำเป็นด้านสุขภาพ และการจ่ายเงินควรขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย รวมทั้งการใช้ทรัพยากรต่างๆ ก็ควรจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และควรมีการกระจายที่เป็นธรรมและทั่วถึง องค์การอนามัยโลกได้ระบุการวัดผลสัมฤทธิ์ของระบบสุขภาพโดยแบ่งออกเป็นระดับ (level) และการกระจาย (distribution) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้น้ำหนักความสำคัญที่มากขึ้นในประเด็นของความเป็นธรรม (Fairness) ควบคู่ไปกับ ประเด็นของ ประสิทธิภาพ (Goodness) ในระบบสุขภาพ ⁽³⁾

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ ที่กำลังดำเนินไปอย่างรวดเร็วขณะนี้ จำเป็นที่จะต้องมีการติดตามและประเมินระบบสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทั้งด้านบวกและด้านลบ ต่อสุขภาพของประชาชน และต่อองค์ประกอบที่สำคัญต่างๆ ของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ ความเท่าเทียมและเป็นธรรม (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และคุณภาพของบริการ (Quality) รวมทั้งการตรวจสอบได้และความมีส่วนร่วมของประชาชน (Social accountability) เป้าหมายต่างๆ ระบบสุขภาพเหล่านี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายทางสุขภาพที่สำคัญ ทั้งในระดับประเทศ และระหว่างประเทศ ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

ในด้านของความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้น ยังมีข้อจำกัดในด้านของเครื่องมือที่จะใช้วัด ซึ่งอาจจะมีทั้งเครื่องมือที่เป็นการวิเคราะห์จากข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative method) และเครื่องมือที่มีการใช้ความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative method) โดยข้อมูลทั้ง 2 ลักษณะนี้มีความสำคัญและมีข้อจำกัดด้วยกันทั้งคู่ ดังนั้นหากนำมาใช้ร่วมกันอาจจะช่วยอธิบายความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ชัดเจนมากขึ้น การศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ๑) พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้งที่เป็นเครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ ๒) ศึกษาลักษณะการกระจายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นธรรม จากข้อมูลเชิงปริมาณ ๓) ศึกษาคะแนนและความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากเครื่องมือเชิงคุณภาพ ที่ใช้กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาคมกลุ่มต่างๆ ๔) ศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้เครื่องมือ ในการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ และศึกษาแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวเพื่อไปประยุกต์ใช้ในระยะต่อไป

1.2. หลักการและกระแสด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ

มีข้อถกเถียงกับบางประการเกี่ยวกับความหมายของความเสมอภาค (equality) กับความเป็นธรรม (equity) หากพิจารณาในแง่ของความเสมอภาค น่าจะหมายความว่าความเท่ากันในประเด็นต่างๆของคนในสังคม เช่นการมีรายได้เท่ากัน การมีโอกาสที่เท่ากัน แต่หากมองในแง่ของความเป็นธรรม ในบางครั้งการที่บุคคลมีโอกาสนี้ไม่เท่ากัน อาจจะมีความเป็นธรรมแล้วก็ได้ ทำให้ความเป็นธรรมกินความหมายรวมถึง ความเท่ากันและไม่เท่ากันระหว่างบุคคล ที่สอดคล้องกับหลักการบางอย่าง หลักการของความเป็นธรรมทางสุขภาพ วางอยู่บน 2 ประเด็น นั่นคือ 1) การให้บริการ (delivery of care) ซึ่งควรขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางสุขภาพ (need) และ 2) การจ่ายเงิน (financial contribution) ซึ่งควรขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายเงิน (ability to pay) โดยสามารถแสดงความเป็นธรรมได้ 2 แนว คือความเป็นธรรมในแนวราบ (horizontal equity) และความเป็นธรรมในแนวตั้ง (vertical equity) โดยที่ความเป็นธรรมในแนวราบแสดงถึงความเท่ากัน และความเป็นธรรมในแนวตั้งแสดงถึงความไม่เท่ากัน⁽⁶⁾ ดังนี้

ความเป็นธรรม (equity)	การให้บริการ (delivery)	การจ่ายเงิน (financial)
แนวราบ (horizontal)	ผู้ที่มีความจำเป็นทางสุขภาพเท่ากัน ได้รับบริการเท่ากัน (equal treatment for equal need)	ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายเท่ากัน จ่ายเงินเท่ากัน (equal payment for equal ability to pay)
แนวตั้ง (vertical)	ผู้ที่มีความจำเป็นทางสุขภาพไม่เท่ากัน ได้รับบริการไม่เท่ากัน (unequal treatment for unequal need)	ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายไม่เท่ากัน จ่ายเงินไม่เท่ากัน (unequal payment for unequal ability to pay)

ตารางที่ 1.1 แสดงความหมายของความเป็นธรรมแนวราบและแนวตั้ง ในด้านการให้บริการและการจ่ายเงิน

ในทางปฏิบัติมีหลักเกณฑ์สำคัญที่พึงพิจารณาในเรื่องความเป็นธรรมแนวราบ และแนวตั้ง⁽⁷⁾ ดังนี้

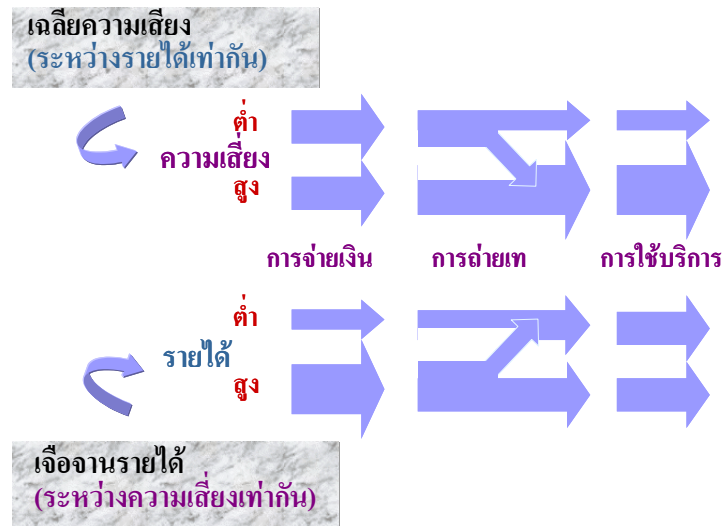
หลักเกณฑ์ความเป็นธรรมแนวราบ (Horizontal-equity criteria)

- ๑) ค่าใช้จ่ายที่เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเท่ากัน (equal expenditure for equal need)
- ๒) การใช้บริการที่เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเท่ากัน (equal utilization for equal need)
- ๓) การเข้าถึงบริการที่เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นที่เท่ากัน (equal access for equal need)
- ๔) การมีสุขภาพที่เท่ากัน (equal health)

หลักเกณฑ์ความเป็นธรรมแนวตั้ง (Vertical-equity criteria)

- ๑) การให้การรักษาที่ไม่เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นที่ไม่เท่ากัน (unequal treatment for unequal need)
- ๒) การจ่ายเงินมีลักษณะก้าวหน้าต่อรายได้ (progressive financing based on ability to pay)

จะเห็นว่าในแง่ของความเป็นธรรมในการจ่ายเงินนั้น จะเน้นไปที่ความเป็นธรรมในแนวดิ่งมากกว่า คือผู้ที่รายได้มากควรจ่ายเงินเข้าสู่ระบบสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ในสัดส่วนต่อรายได้ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นหลักการเดียวกับการจ่ายเงินในระบบภาษีรายได้แบบก้าวหน้า (progressive income tax rate) นั้นเอง แต่สำหรับการได้รับบริการสุขภาพนั้นให้ขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางสุขภาพ ในประเทศที่พัฒนาระบบประกันสุขภาพยังไม่สมบูรณ์นั้น การได้รับบริการยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย มากกว่าความจำเป็นด้านสุขภาพ ทำให้คนจนเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสวนทางกับหลักการดังกล่าวข้างต้น การเฉลี่ยความเสี่ยงและการเจือจานรายได้ในลักษณะดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้แสดงเป็นแผนภูมิไว้⁽³⁾ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.2



แผนภูมิที่ 1.2 แสดงหลักการของความเป็นธรรมของการจ่ายเงินและการใช้บริการ โดยกลไกการเฉลี่ยความเสี่ยงและการเจือจานรายได้

จากแผนภูมิดังกล่าวจะเห็นว่า การได้รับบริการเป็นไปตามความเสี่ยง หรือความจำเป็น ส่วนการจ่ายเงิน เป็นไปตามรายได้ โดยอาศัยกลไกการถ่ายเท จากผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำกว่าไปยังผู้ที่มีความเสี่ยงสูงกว่า และจากผู้ที่มีรายได้มากกว่า ไปยังผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า เป็นต้น

ความหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ยังมีคำจำกัดความที่ให้ไว้โดย Mooney นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ที่นำเอาคณิตศาสตร์ของการมีส่วนร่วมเท่ากัน (equality) มาเป็นเกณฑ์วัดความเป็นธรรม⁽⁸⁾ ตามความหมาย 7 ข้อ ดังนี้

- ๑) ความเสมอภาคของรายจ่ายต่อหัว (Equality of expenditures per capita)
- ๒) ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าต่อหัว (Equality of inputs per capita)
- ๓) ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of inputs for equal need)
- ๔) ความเสมอภาคของการเข้าถึงสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of access for equal need)
- ๕) ความเสมอภาคของการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of utilization for equal need)
- ๖) ความเสมอภาคของความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล (Equality of marginal met need)
- ๗) ความเสมอภาคของสุขภาพ (Equality of health)

นอกจากนี้ Culyer ยังได้แบ่งระดับของความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้งแนวนอนและแนวตั้งออกเป็นอย่างละ 3 ระดับ⁽⁹⁾ ดังนี้

ความเป็นธรรมในแนวนอน (Horizontal equity)

- ระดับ H1 การได้รับการดูแลที่เท่ากันสำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกเท่ากัน
(Equal treatment of those with equal initial health)
- ระดับ H2 การได้รับการดูแลเท่ากันเมื่อมีความต้องการเท่ากัน (Equal treatment for equal need)
- ระดับ H3 การได้รับการดูแลเท่ากัน สำหรับผู้ที่คาดว่าจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เท่ากัน
(Equal treatment for those with equal expected final health)

ความเป็นธรรมในแนวตั้ง (Vertical equity)

- ระดับ V1 การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกที่ย่ำแย่กว่า
(More favourable treatment for those with worse initial health)
- ระดับ V2 การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีความต้องการที่มากกว่า
(More favourable treatment for those with greater need)
- ระดับ V3 การได้รับการดูแลที่มากกว่าสำหรับผู้ที่จะมีสถานะสุขภาพสุดท้ายที่ต่ำกว่า
(More favourable treatment for those with worse expected final health)

จะเห็นได้ว่าการให้คำจัดความของ Mooney และ Culyer จะเน้นไปที่การให้บริการสุขภาพ มากกว่าการจ่ายเงิน และ Mooney เน้นเฉพาะความเป็นธรรมในแนวนอน ซึ่งการอธิบายทั้ง 2 ลักษณะนี้ เป็นการขยายความมาจากหลักการความเป็นธรรม ซึ่งจะมีทั้งด้านบริการและด้านการเงิน ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

กระแสความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยกระแสของนักสาธารณสุขศาสตร์ ที่ได้นำหลักการความเป็นธรรมทางสุขภาพมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณ โดยมีหลักการว่างประมาณของแต่ละพื้นที่ควรจะแปรไปตามความจำเป็นของพื้นที่นั้น โดยคณะทำงานจัดสรรงบประมาณของอังกฤษ (Resource Allocation Working Party, RAWP) ได้เสนอตัวชี้วัดความจำเป็นทางสุขภาพหลายตัว ได้แก่ โครงสร้างอายุ/เพศ ของประชากร อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized mortality ratio) อัตราการเจริญพันธุ์ (Fertility rate) การข้ามเขตบริการ ฯลฯ มาใช้ทำนายงบประมาณที่ควรได้รับ แต่กระแสความสนใจเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพได้แผ่เบาไประยะหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากกระแสปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้เน้นไปที่การปฏิรูปประสิทธิภาพมากกว่าการปฏิรูปความเป็นธรรม⁽¹⁾ แต่อย่างไรก็ดีองค์การอนามัยโลกก็ได้ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมทางสุขภาพอีกครั้ง โดยการใช้ **ดัชนีวัดความเสมอภาคของการอยู่รอดในเด็ก (Equality of child survival)** และ**ดัชนีความเป็นธรรมในการจ่ายเงิน (Fairness of financial contribution)** มาเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินระบบสุขภาพ⁽³⁾ สำหรับกระแสของนักเศรษฐศาสตร์นั้น ใช้ความเป็นธรรมในการถ่วงดุลกับประสิทธิภาพ และได้มีการพัฒนาดัชนีวัดอัตราก้าวหน้าของระบบภาษี ชื่อ **ดัชนีคักวานี (Kakwani index)** โดยนักเศรษฐมิติชื่อ Kakwani ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญในการนำมาใช้กับการประเมินความเป็นธรรมของระบบการคลังสาธารณสุข⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾ ร่วมกับการใช้ **ดัชนีการกระจาย (Concentration index, CI)** ในการประเมินความเป็นธรรมในแนวนอนของการให้บริการสาธารณสุข⁽¹²⁾ และสำหรับกระแสของนักสังคมศาสตร์ก็มีความเชื่อในสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ว่าทุกคนย่อมมีสิทธิเท่าเทียมกัน ซึ่งหมายถึงสิทธิทางด้านสุขภาพด้วย

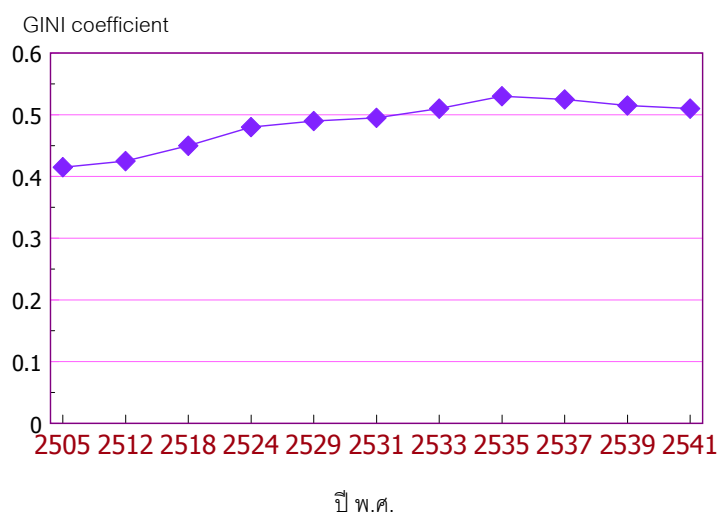
จะเห็นได้ว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพเริ่มเข้ามาเป็นกระแสหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ประเทศต่างๆ ต่างให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้น สำหรับประเทศไทย การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health care reform) ก็ได้กำหนดเอาความเป็นธรรมทางสุขภาพมาเป็นหนึ่งในเป้าหมายทั้ง 4 ของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข อันได้แก่ ความเป็นธรรม (equity) คุณภาพ (quality) ประสิทธิภาพ (efficiency) และการตรวจสอบได้ของสังคม (Social accountability)⁽¹³⁾

1.3. สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

สถานการณ์ความเป็นธรรมในด้านต่างๆ นั้น มีผู้ที่ทำการศึกษาเอาไว้บางส่วนแล้ว หากจะลองพิจารณาข้อมูลบางอย่างที่มีอยู่ จะพบว่ายังมีความไม่เป็นธรรมอยู่ในสังคม อันได้แก่ ความไม่เป็นธรรมในการกระจายรายได้ การกระจายทรัพยากรสุขภาพ สถานะสุขภาพของประชาชน การคลังสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่แสดงถึงความไม่เป็นธรรมดังกล่าว บางส่วนสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่ (Inter-area) และบางส่วนสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมระหว่างบุคคล หรือกลุ่มบุคคล (Inter-individual) ดังนี้

การกระจายรายได้

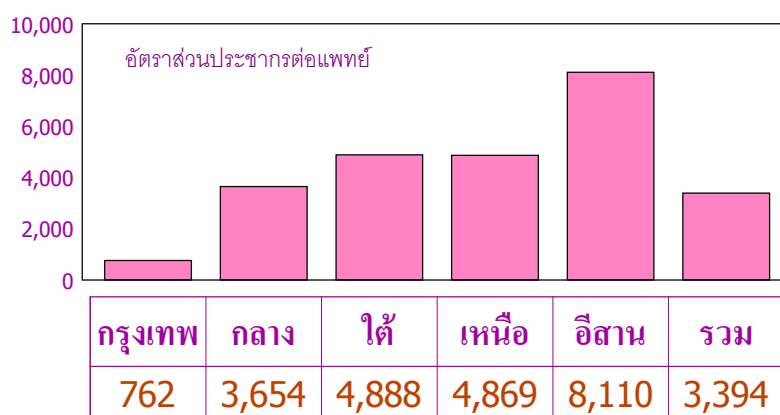
ถึงแม้ตัวเลขคนจนภายใต้เส้นแบ่งความยากจนจะดูดีขึ้น คือลดลงจาก 22% (หรือ 17.9 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2531 เหลือ 13% (หรือ 7 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2535 แต่ปัญหาการกระจายของรายได้กลับเพิ่มมากขึ้น โดยดูจากค่าสัมประสิทธิ์จีนิของการกระจายรายได้ (Gini coefficient) ที่เพิ่มขึ้น ค่าจีนิที่เพิ่มขึ้น แสดงว่าการกระจายรายได้อาจมีความไม่เท่าเทียมกันมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 0.41 ในปี พ.ศ. 2505 เป็น 0.54 ในปี พ.ศ. 2535 แล้วจึงค่อยๆ ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2535 คนรวยที่สุด 20% แรก มีรายได้เป็น 59% ของรายได้ทั้งหมด ในขณะที่คนจนที่สุด 20% สุดท้าย มีสัดส่วนรายได้เพียง 3.9% เท่านั้น⁽¹⁾ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.3 ดัชนีดังกล่าวนี้เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล หรืออาจจะตีความหมายเป็นความไม่เสมอภาคของปัจจัยนำเข้าต่อหัว ตามความหมายของ Mooney ก็ได้



แผนภูมิที่ 1.3 แสดงแนวโน้มของค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ (GINI coefficient) ของประเทศไทย

การกระจายทรัพยากรสุขภาพ

การกระจายทรัพยากรสุขภาพ ค่อนข้างจะมีความชัดเจนมาก ในเรื่องของความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่ โดยความแตกต่างในแง่ของอัตราส่วนจำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร จะมีความห่างกันมากระหว่างจังหวัด กรุงเทพมหานคร กับต่างจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยที่อัตราส่วนจำนวนแพทย์ต่อประชากร ระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แตกต่างกันถึง 13.8 เท่า ในปี พ.ศ. 2540 และอัตราส่วนจำนวนเตียงต่อประชากร แตกต่างกันถึง 4.0 เท่า ในปี พ.ศ. 2540⁽¹⁾ แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำกันทางด้านทรัพยากรสุขภาพ ข้อมูลในปี พ.ศ. 2542 แสดงอัตราส่วนจำนวนประชากรต่อแพทย์ ทั้งประเทศเท่ากับ 3,394 คน: แพทย์ 1 คน โดยในกรุงเทพฯ มีอัตราส่วนประชากร 762 คน: แพทย์ 1 คน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แพทย์ 1 คนต้องดูแลประชากรถึง 8,110 คน⁽¹⁴⁾ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.4



แผนภูมิที่ 1.4 แสดงอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ของภาคต่างๆในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542

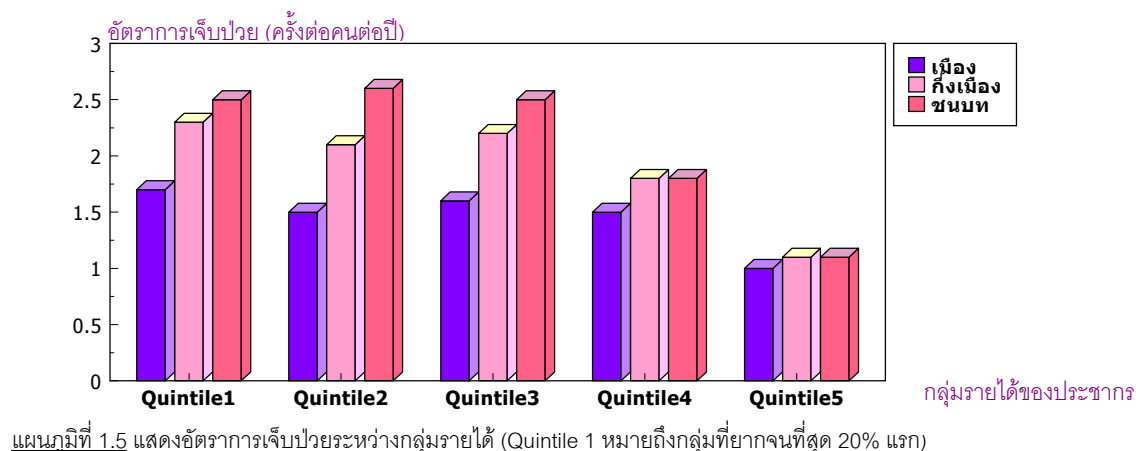
สถานะสุขภาพของประชาชน

ข้อมูลความแตกต่างทางด้านสถานะสุขภาพที่องค์การอนามัยคำนวณ โดยใช้ค่าดัชนีความเสมอภาคของการอยู่รอดในเด็ก (Equality of child survival) พบว่าประเทศไทยมีค่าดัชนีดังกล่าวเท่ากับ 0.845 เป็นอันดับที่ 74 ในจำนวนทั้งหมด 191 ประเทศ โดยที่ค่าดัชนีที่สูงจะแสดงถึงความเสมอภาคที่มากขึ้นนั่นเอง หากเปรียบเทียบการกระจายของสถานะสุขภาพดังกล่าวกับประเทศอื่นๆ ในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยกัน จะพบว่าประเทศไทยอยู่อันดับที่ 4 รองจากสิงคโปร์ มาเลเซีย และฟิลิปปินส์⁽³⁾ ดังตารางที่ 1.2 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว อาจจะแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ว่า ความเสมอภาคทางสุขภาพ กับสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ น่าจะมีความสัมพันธ์กัน ประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีความไม่เสมอภาคทางสุขภาพสูง

	สิงคโปร์	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	ไทย	เวียดนาม	ลาว	กัมพูชา	อินโดนีเซีย	พม่า
ค่าดัชนี	0.971	0.901	0.892	0.845	0.779	0.624	0.606	0.599	0.579
ลำดับที่	29	49	50	74	104	147	150	156	162

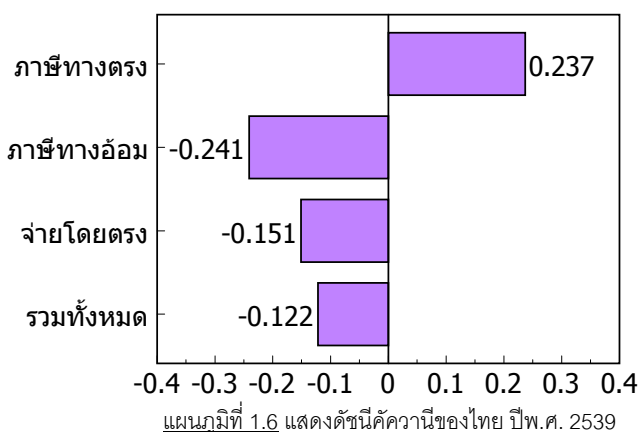
ตารางที่ 1.2 แสดงค่าดัชนีความเสมอภาคของการอยู่รอดของเด็ก ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 9 ประเทศ

และจากข้อมูลการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน และการสำรวจสภาวะอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พบว่าครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า จะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า ทั้งที่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง สุขาภิบาล และเขตชนบท⁽¹⁾ ดังแผนภูมิที่ 1.5

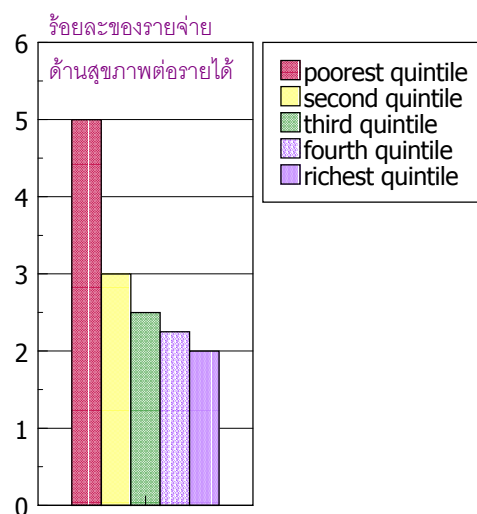


ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ

ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพจะหมายถึง แหล่งเงินที่นำมาใช้เพื่อการบริหารสุขภาพต้องมีความก้าวหน้าต่อรายได้ จึงจะเป็นธรรม ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยดัชนีคัควานี (Kakwani index) ถ้าค่าดัชนีมีค่าเป็นบวก แสดงว่าลักษณะการคลังมีความก้าวหน้าต่อรายได้ หรือ Progressive แต่ถ้าค่าดัชนีมีค่าเป็นลบ แสดงว่าลักษณะการคลังมีความถดถอยต่อรายได้ หรือ Regressive ดัชนีคัควานีของภาษีทางตรงมีค่าเป็นบวก ในขณะที่ดัชนีคัควานีของภาษีทางอ้อม และจ่ายโดยตรง มีค่าเป็นลบ ส่งผลให้ค่าดัชนีคัควานีรวม ของประเทศไทย มีค่าเป็นลบ (-0.122) ในปี พ.ศ. 2539⁽¹¹⁾ ซึ่งแสดงว่าการคลังสุขภาพรวมยังมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ อยู่ ดังแผนภูมิที่ 1.6



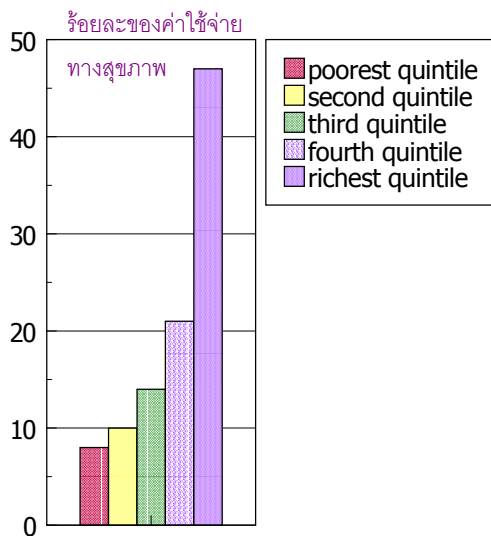
หากจะพิจารณาให้ง่ายขึ้น โดยการแสดงให้เห็นว่าประชากรที่มีฐานะการเงินที่แตกต่างกัน มีรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต่างกันหรือไม่ จากข้อมูลการระดมรายจ่ายด้านสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้แล้ว พบว่าผู้ที่มียาได้ต่ำจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สูงกว่าผู้ที่มียาได้สูง ดังแผนภูมิ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มียาได้ต่ำ 20% แรกมีการระดมรายจ่ายประมาณ 5% ของรายได้ครัวเรือน ในขณะที่ผู้ที่มียาได้สูง 20% สุดท้ายมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพียง 2% ของรายได้ครัวเรือน⁽¹⁵⁾ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.7



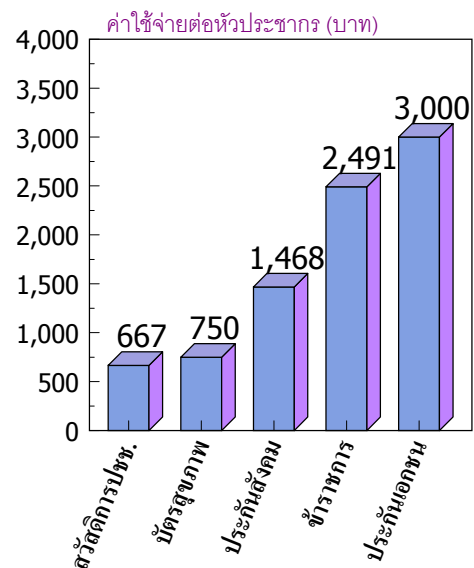
องค์การอนามัยโลก ได้คำนวณดัชนีความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน (Fairness of financial contribution) สำหรับประเทศไทยไว้ มีค่าเท่ากับ 0.913 อยู่ในลำดับที่ 128-130 จาก 191 ประเทศสมาชิก⁽³⁾ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังมีปัญหาความไม่เป็นธรรมในการจ่ายเงินอยู่ ถึงแม้จะมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมถึง 80.3% ในปี พ.ศ. 2541 แล้วก็ตาม ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการที่คนไทยยังมีรายจ่ายด้านสุขภาพ ที่ต้องจ่ายจากกระเป๋าโดยตรงที่ยังคงสูงอยู่นั่นเอง โดยในปี พ.ศ. 2541 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจากการจ่ายจากกระเป๋าโดยตรง สูงถึง 63.9% ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด⁽¹⁶⁾

ความเป็นธรรมของการใช้บริการ

ในแง่ของการใช้บริการ หากเปรียบเทียบถึงสัดส่วนของค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพ พบว่าคนที่ร่ำรวยมีการใช้บริการสุขภาพด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าคนจน คนที่ร่ำรวย 20% แรกใช้บริการด้วยค่าใช้จ่ายประมาณ 47% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ในขณะที่คนยากจน 20% สุดท้ายใช้บริการด้วยค่าใช้จ่ายเพียง 8% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2538⁽¹⁵⁾ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของโอกาสในการใช้บริการสุขภาพ คนรวยใช้บริการในสัดส่วนที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายมากกว่าคนจน ตามแผนภูมิที่ 1.8 และถ้าพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างหลักประกันสุขภาพในระบบต่างๆแล้ว พบว่ามีความเหลื่อมล้ำกันพอสมควร โดยค่าใช้จ่ายของสิทธิข้าราชการจะมีค่าประมาณ 2,491 บาทต่อคนต่อปี สิทธิประกันเอกชนประมาณ 3,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งมากกว่าประกันสังคม ประมาณ 2 เท่า และมากกว่าบัตรสวัสดิการประชาชน และบัตรประกันสุขภาพประมาณ 4-5 เท่า⁽¹⁶⁾ ดังแผนภูมิที่ 1.9



แผนภูมิที่ 1.8 แสดงสัดส่วนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพระหว่างกลุ่มรายได้ 5 กลุ่ม



แผนภูมิที่ 1.9 แสดงค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรระหว่างหลักประกันประเภท

จากความไม่เป็นธรรมในลักษณะต่างๆดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความแตกต่างด้านรายได้ อาจจะเหนี่ยวนำไปสู่การกระจายทรัพยากรสุขภาพที่ไม่เท่ากันระหว่างพื้นที่ ทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการและใช้บริการต่างกัน และถ้ามองในแง่ของความแตกต่างระหว่างบุคคลก็พบว่าคนรวยมีโอกาสนในการใช้บริการสุขภาพ และทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าคนจน ในขณะที่คนจนกลับมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพที่มากกว่าคนรวย เมื่อเทียบกับรายได้ของตนเอง ความไม่เป็นธรรมเหล่านี้เองที่อาจจะส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมของสถานะสุขภาพระหว่างประชาชนได้

1.4. ความหลากหลายของการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จะเห็นได้ว่ามีความหลากหลายของวิธีการในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ส่วนหนึ่งเป็นลักษณะของดัชนีชี้วัดรวม ที่ใช้ตัวเลขเดียวในการอธิบายความเป็นธรรม ในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นดัชนีความเสมอภาคของสถานะสุขภาพ (Equality index) ซึ่งวัดความเท่ากันระหว่างบุคคลในด้านสถานะสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกใช้ การอยู่รอดของเด็ก (Child survival) เป็นตัวเปรียบเทียบ และมีการพยายามคำนวณลักษณะการกระจายของการมีสุขภาพดี (distribution of health expectancy) ในประชากร โดยการดูความแตกต่างรวมระหว่างค่าของแต่ละบุคคลกับค่าเฉลี่ย (Individual / mean differences) และความแตกต่างระหว่างบุคคลแต่ละคนในกลุ่มประชากร (Inter-individual differences)⁽¹⁷⁾ สำหรับดัชนีวัดความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ ที่เป็นดัชนีเดียวกัน มีดัชนีคักวานี (Kakwani) ที่วัดการกระจายของรายจ่ายด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับรายได้ และดัชนีความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน (Fairness of Financial distribution) ขององค์การอนามัยโลก และสำหรับดัชนีวัดความเป็นธรรมของการใช้บริการนั้น มีดัชนีการกระจาย (Concentration index) ที่วัดความไม่เอียงของการเจ็บป่วยและความไม่เอียงของการใช้บริการ ว่าเอียงเข้าข้างคนจนหรือคนรวย อย่างไรก็ตามดัชนีชี้วัดเหล่านี้ล้วนแล้วมีความสลับซับซ้อน และยากในการคำนวณหรืออธิบายให้เข้าใจได้โดยง่าย นอกจากนั้นยังเป็นการเปรียบเทียบความไม่เท่าเทียมกันในระดับบุคคลกับบุคคล ไม่สามารถแสดงความไม่เท่ากันระหว่างพื้นที่ได้ อีกทั้งดัชนีตัวเดียวก็ไม่สามารถอธิบายถึงปัญหาอยู่ที่ซ่อนอยู่ภายในนั้นว่าประเด็นใดคือประเด็นที่เป็นปัญหา และไม่สามารถครอบคลุมประเด็นอื่นๆ ในแนวกว้างทั้งหมด

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาดัชนีวัดความเป็นธรรมในภาพรวมในลักษณะอื่นของประเทศไทย โดย UNDP ได้ศึกษาดัชนีความขาดสนรวม (Composite index of human deprivation, IHD) ซึ่งประกอบด้วยดัชนีย่อย 8 กลุ่ม คือ ดัชนีรายได้ สุขภาพ การศึกษา การจ้างงาน ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การสื่อสารคมนาคม การอุปโภคบริโภค และสถานภาพผู้หญิง รวมทั้งสิ้นมีตัวชี้วัด 48 ตัว ตัวอย่างของดัชนีความขาดสนด้านสุขภาพนั้น มีตัวชี้วัดย่อย 10 ตัว ได้แก่

ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพทั่วไป ได้แก่ อัตราการตาย อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อัตราฆาตกรรม อัตราการขาดสารอาหารระยะเริ่มแรกในเด็ก อัตราโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ อัตราป่วยโรคมาลาเรีย อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตัวชี้วัดการบริการสุขภาพ ได้แก่ จำนวนประชากรต่อแพทย์ จำนวนประชากรต่อพยาบาล จำนวนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล

โดยมีการเปรียบเทียบระดับจังหวัด ว่าแต่ละจังหวัดมีความขาดสนมากน้อยอย่างไร พบว่าจังหวัดที่มีความขาดสนมากทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา ลำพูน ตาก กำแพงเพชร เลย กาฬสินธุ์ นครพนม มุกดาหาร บัรรัมย์ และสุรินทร์ ส่วนจังหวัดที่มีความขาดสนรวมมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ตาก แม่ฮ่องสอน สุรินทร์หนองคาย กำแพงเพชร นครพนม บัรรัมย์ สกลนคร ศรีสะเกษ และมหาสารคาม จะเห็นว่าจังหวัดที่มีความขาดสนมากทางด้านสุขภาพ มักจะมีเป็นจังหวัดที่มีความขาดสนรวมสูงด้วย⁽¹⁸⁾

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาชุดดัชนีชี้วัดเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพ (Benchmarks of Fairness) ที่มีความครอบคลุมประเด็นเป้าหมายต่างๆ ของระบบสุขภาพอย่างค่อนข้างครบถ้วน กรอบของเครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในการศึกษานี้ จะใช้ชุดดัชนีชี้วัดเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพนี้เป็นหลัก ดังจะได้กล่าวถึงในบทต่อไป

๒

ความเป็นธรรมทางสุขภาพและเครื่องมือที่ใช้วัด

ในบทนี้จะเสนอความเป็นมาและองค์ประกอบ ของตัวชี้วัดเป้าหมายความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า และนำเสนอถึงประสบการณ์การนำชุดดัชนีชี้วัดนี้มาใช้ในประเทศไทย รวมทั้งแสดงเครื่องมือที่จะใช้วัดความเป็นธรรมในการศึกษาค้นคว้า ซึ่งมีทั้งเครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ

2.1. ชุดดัชนีวัดเป้าหมายความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ

การพัฒนาตัวชี้วัดเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ หรือที่เรียกว่า Benchmarks of fairness เริ่มต้นมาจาก Norman Daniels ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พยายามสร้างตัวชี้วัดขึ้นมาใช้ในการประเมินนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ในปีพ.ศ. 2535 และถึงแม้ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาจะไม่ประสบผลสำเร็จ แต่เครื่องชี้วัดดังกล่าวก็ถูกนำมาปรับปรุงและประยุกต์ใช้ในประเทศต่างๆที่กำลังพัฒนา โดยมีการประชุมร่วมกันระหว่าง 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศโคลัมเบีย แม็กซิโก ปากีสถาน และประเทศไทย องค์ประกอบของความเป็นธรรมมีทั้งสิ้น 9 องค์ประกอบ ซึ่งมีลักษณะที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆของระบบสุขภาพ⁽¹⁹⁾

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Fairness) ในการศึกษาค้นคว้า มีความหมายค่อนข้างกว้าง และกว้างกว่า คำว่า equity ทั้งนี้เนื่องจากได้รวมไปถึงมิติของประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการเข้ามาไว้ด้วย นอกเหนือจากนั้นยังได้รวมไปถึงการมีส่วนร่วม และความเป็นอิสระในการใช้บริการและการให้บริการ องค์ประกอบของความเป็นธรรมทางสุขภาพดังกล่าวนี้ประกอบไปด้วย 9 องค์ประกอบดังนี้^{(19) (20)}

1) สถานสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter-sectoral public health)

หมายถึงผลลัพธ์ต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจจะหมายถึงการป่วย การตาย สภาวะสุขภาพโดยรวม รวมไปถึงปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อสุขภาพที่นอกเหนือไปจากระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ สภาวะเศรษฐกิจ การศึกษา สิ่งแวดล้อม และความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆในการแก้ไขปัญหา

2) อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม (Financial barrier to equitable access)

หมายถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีหลักประกันสุขภาพ รวมไปถึงภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากค่ารักษาพยาบาล

3) ปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Non-financial barrier to access)

หมายถึงปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงิน ที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ อาทิเช่น การขาดแคลนทรัพยากรสุขภาพ อันเนื่องมาจากการกระจายที่ไม่ทั่วถึง หรือปัญหาด้านการยอมรับในการไปใช้สถานบริการ ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อของประชาชน

4) **ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการให้บริการ (Comprehensiveness of care and tiering)**

หมายถึงความครบถ้วนทั่วถึงของการจัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะรวมไปถึงความต่อเนื่องของบริการและระบบส่งต่อ นอกจากนั้นยังเน้นไปที่ความเท่าเทียมในการใช้บริการทางการแพทย์ ที่ไม่มีการแบ่งแยกประชาชนให้ได้รับบริการที่แตกต่างกัน

5) **ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน (Equitable financing)**

หมายถึงการจ่ายเงินเข้าสู่ระบบสุขภาพ ที่ควรจะแปรไปตามความสามารถในการจ่ายของประชาชน ผู้ที่มีรายได้น้อย ควรจ่ายเงินเข้าสู่ระบบสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้มาก เพื่อเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงทางการเงิน

6) **ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ (Efficiency and quality of care)**

หมายถึงการให้บริการมีความเหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีกลไกในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ดี และบริการที่ให้ความสมเหตุสมผลและคุ้มค่า ภายใต้งบค่าใช้จ่ายของบริการที่เหมาะสม

7) **ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)**

หมายถึงการลดต้นทุนในด้านบริหารจัดการที่ไม่จำเป็น และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อต้นทุนโดยรวมของบริการสุขภาพ

8) **การตรวจสอบได้และความมีส่วนร่วมของชุมชน (Democratic accountability and empowerment)**

หมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ทั้งด้านการรับรู้ข้อมูล การเสนอแนะต่อบริการ การร่วมจัดบริการ และการร่วมตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งการส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของตนเอง

9) **ความเป็นอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy)**

หมายถึงการมีโอกาสในการเลือกใช้บริการของประชาชน และความอิสระของสถานบริการในการบริหารและจัดบริการที่เหมาะสม

จากองค์ประกอบของความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้ง 9 ข้อนั้น สามารถแจกแจงลงไปในรายละเอียดให้มีความปลีกย่อย และชัดเจนมากขึ้น โดยการกำหนดเป็นประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้องได้ทั้งหมด 46 ประเด็นย่อย และหากจะพิจารณาเปรียบเทียบกับองค์ประกอบของเป้าหมายการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพ และการตรวจสอบได้ของชุมชน ก็พบว่าในประเด็นย่อยของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Benchmarks of fairness) นั้น อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายของการปฏิรูปหลายข้อด้วยกัน ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงประเด็นย่อยของความเป็นธรรมทางสุขภาพ 46 ประเด็น จาก 9 ข้อ และความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายของการปฏิรูปฯ

ความเป็นธรรมที่ 1 : สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		ความเป็นธรรมทาง				ประสิทธิภาพ	คุณภาพ	การตรวจสอบได้
	ประเด็นความเป็นธรรม	สุขภาพ	การเข้าถึง	การบริการ	การเงิน			
1.1	สถานะสุขภาพโดยรวม	✓						
1.2	สถานะสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	✓						
1.3	ความครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐาน	✓	✓	✓				
1.4	สภาพแวดล้อม	✓						
1.5	สภาวะทางประชากร	✓						
1.6	สภาวะทางเศรษฐกิจ	✓	✓					
1.7	สภาวะทางการศึกษา	✓	✓	✓				
1.8	ภาวะการขาดแคลนทรัพยากร	✓	✓					
1.9	ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน	✓						✓
ความเป็นธรรมที่ 2 : อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม								
2.1	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ		✓		✓			
2.2	ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์		✓	✓				
2.3	ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน		✓		✓			
ความเป็นธรรมที่ 3 : ปัจจัยนอกเหนือการเงินที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ								
3.1	การกระจายทรัพยากรสุขภาพ		✓	✓			✓	
3.2	ความเหมาะสมระหว่างปริมาณบริการกับทรัพยากร		✓	✓			✓	
3.3	ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ		✓	✓			✓	
3.4	การใช้บริการโดยรวม		✓	✓				
ความเป็นธรรมที่ 4 : ความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ								
4.1	ความทั่วถึงของการใช้บริการ		✓	✓				
4.2	การใช้บริการระดับต้น		✓	✓		✓		
4.3	ความต่อเนื่องของบริการและการส่งต่อ		✓	✓			✓	
4.4	ความผสมผสานของบริการ			✓			✓	
4.5	ความเท่าเทียมของบริการ			✓			✓	
ความเป็นธรรมที่ 5 : ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน								

5.1	การสนับสนุนงบประมาณของรัฐ				✓			
5.2	ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน				✓			
5.3	การจ่ายเงินจากกระเป๋าโดยตรง				✓			
ความเป็นธรรมที่ 6 : ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ								
6.1	ประสิทธิภาพของบริการ			✓		✓	✓	
6.2	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ				✓	✓		
6.3	มาตรฐานทางวิชาชีพของบริการ			✓			✓	
6.4	คุณภาพบริการโดยรวม			✓			✓	
6.5	กระบวนการพัฒนาคุณภาพ			✓			✓	
ความเป็นธรรมที่ 7 : ประสิทธิภาพด้านบริหารจัดการ								
7.1	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวม					✓		
7.2	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น					✓	✓	
7.3	ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ					✓		
7.4	กลไกการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น					✓		
7.5	การใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่เหมาะสม			✓		✓	✓	
ความเป็นธรรมที่ 8 : การตรวจสอบได้และความมีส่วนร่วมของชุมชน								
8.1	การเผยแพร่รายงานสาธารณะ							✓
8.2	ความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากร					✓		✓
8.3	โอกาสในการแสดงความคิดเห็นต่อบริการ						✓	✓
8.4	การเคารพสิทธิและปกป้องความเป็นส่วนตัว						✓	✓
8.5	การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกฎหมาย							✓
8.6	การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่องค์กรชุมชน							✓
ความเป็นธรรมที่ 9 : ความอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ								
9.1	โอกาสในการเลือกใช้บริการระดับต้น		✓					
9.2	โอกาสในการเลือกใช้บริการเฉพาะทาง		✓					
9.3	โอกาสในการเลือกใช้บริการของรัฐ		✓					
9.4	โอกาสในการเลือกใช้บริการของเอกชน		✓					
9.5	โอกาสในการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือก		✓					
9.6	ความอิสระของผู้ให้บริการ					✓		

จะเห็นว่าประเด็นย่อยของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Benchmarks of fairness) ซึ่งใช้ในการติดตามเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายในด้านของความเป็นธรรม (Equity) ทั้ง

ในส่วนของสถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ การบริการ และการเงินสุขภาพ แต่ก็มีบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายด้าน ประสิทธิภาพ คุณภาพ และการตรวจสอบได้ของชุมชน

2.2. ประสบการณ์การวัดความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ

สำหรับประสบการณ์การใช้ชุดดัชนีวัดเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ ในประเทศไทยนั้น รศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรหมารุณทัย และคณะ ได้นำตัวชี้วัดความเป็นธรรมดังกล่าว ไปใช้ใน 2 จังหวัด ที่อยู่ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ พะเยา และยโสธร โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับจังหวัด และการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารระดับอำเภอ แล้วให้ผู้บริหรดังกล่าวให้คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้ง 9 ประเด็น โดยเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่แล้ว โดยให้คะแนนอยู่ระหว่าง -5 ถึง +5 จากการศึกษาครั้งนั้น พบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความเป็นไปได้ที่จะประยุกต์ใช้กับประเทศไทย⁽²⁰⁾ คะแนนความเป็นธรรมจากการศึกษาครั้งนั้นเป็นดังนี้

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ	พะเยา	ยโสธร
1. Intersectoral public health	1.8	2.0
2. Financial barriers to equitable access	2.6	2.2
3. Non-financial barriers to access	2.7	2.0
4. Comprehensiveness of benefits and tiering	1.4	2.1
5. Equitable health financing	1.5	1.5
6. Efficiency and quality of health care	2.1	2.0
7. Administrative efficiency	1.8	1.5
8. Democratic accountability and empowerment	3.8	1.9
9. Patient and provider autonomy	1.6	0.8
Overall score	2.1	1.8

ตารางที่ 2.2 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้ง 9 ข้อ ของจังหวัดพะเยาและยโสธร

จะเห็นว่าส่วนใหญ่แล้วมีความเห็นว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพดีขึ้นในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือมีคะแนน ระหว่าง +1 ถึง +2 โดยจังหวัดพะเยาให้คะแนนสูงสุดในความเป็นธรรมด้านการตรวจสอบได้และมีส่วนร่วมของชุมชน (3.8) ในขณะที่จังหวัดยโสธรให้คะแนนในความเป็นธรรมด้านความอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการต่ำสุด (0.8)

ในการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นการขยายผลและพัฒนาเพิ่มเติมในการใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมดังกล่าว โดยการพัฒนาหลักฐานอ้างอิงเชิงตัวเลขมาประกอบ ร่วมกับการพูดคุยกับกลุ่มเป้าหมายในระดับจังหวัด ที่นอกเหนือไปจากกลุ่มผู้บริหารสาธารณสุข โดยความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้ง 9 ข้อ รวม 46 ประเด็นย่อย จะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาชุดเครื่องมือต่อไป

2.3. เครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ และการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ เครื่องมือวัดความเป็นธรรมเชิงปริมาณ และเครื่องมือวัดความเป็นธรรมเชิงคุณภาพ โดยเครื่องมือทั้ง 2 ชนิดมีหลักการและที่มาที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) เครื่องมือเชิงปริมาณ (Quantitative tool)

เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยอาศัยข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งส่วนใหญ่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบตามปกติอยู่แล้ว (secondary data) โดยนำข้อมูลดังกล่าวมาเรียบเรียงและจัดกลุ่ม ให้มีความสอดคล้องกับ 46 หัวข้อย่อย ของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ชุดดัชนีชี้วัดเชิงปริมาณดังกล่าว มีจำนวนทั้งสิ้น 81 ตัวชี้วัด สามารถจัดกลุ่มได้ 30 กลุ่ม โดยที่กลุ่มดัชนีชี้วัดทั้ง 30 กลุ่มมีความสอดคล้องกับ 46 หัวข้อย่อย ของความเป็นธรรมทางสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันยังมีหัวข้อย่อยบางหัวข้อ ที่ไม่สามารถหาข้อมูลเชิงปริมาณมาสนับสนุนได้ โดยมีตัวชี้วัดจำนวน 30 ตัวที่ถูกเลือกเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม ดัชนีชี้วัดที่เป็นตัวแทนดังกล่าว จะถูกนำไปใช้ในขั้นตอนของการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในเชิงคุณภาพต่อไป

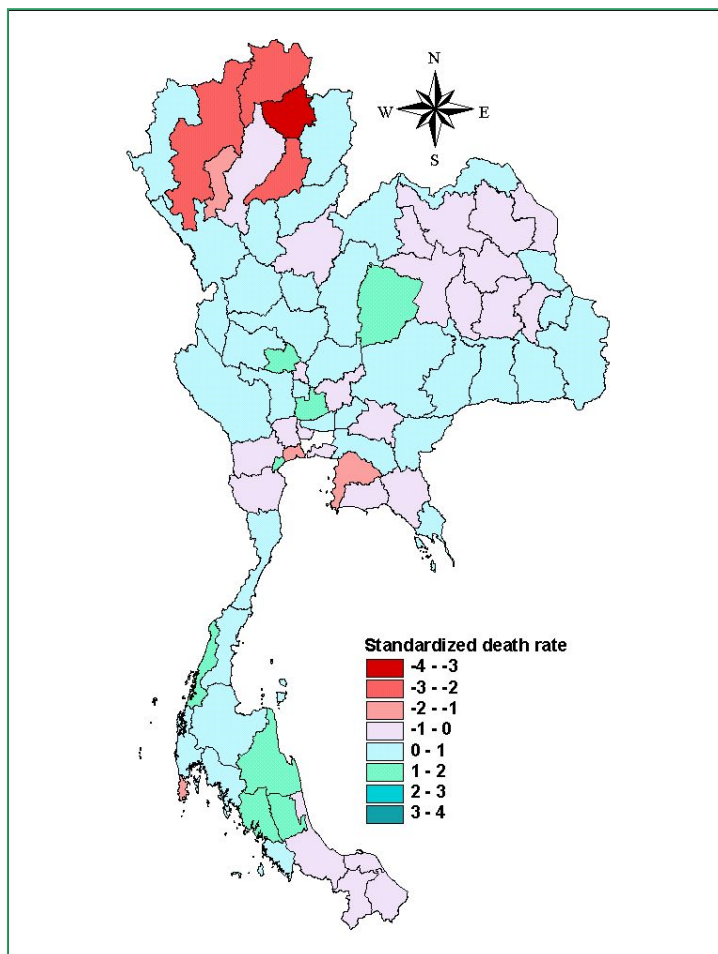
ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าว ได้มาจากหลายแหล่งข้อมูลด้วยกัน ทั้งจากรายงานประจำ จากฐานข้อมูล และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย ของกระทรวงสาธารณสุข⁽²¹⁾ รวมทั้งข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ อาทิเช่น การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽²²⁾⁽²³⁾ ข้อมูลทะเบียนราษฎรและข้อมูลปศุ.ของกระทรวงมหาดไทย⁽²⁴⁾ เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลของทุกจังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานคร (จำนวน 75 จังหวัด) ข้อมูลของทั้ง 75 จังหวัด จะถูกนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation S.D.) เพื่อนำมาใช้ในการคำนวณหาค่า คะแนน Z-score ของแต่ละจังหวัด ในแต่ละตัวชี้วัด คะแนน Z-score สามารถคำนวณได้ดังนี้

สำหรับตัวชี้วัดหนึ่งๆ

$$\text{คะแนน Z-score ของจังหวัด} = \frac{(\text{ข้อมูลของจังหวัดนั้น} - \text{ค่าเฉลี่ยของ 75 จังหวัด})}{\text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน}}$$

คะแนน Z-score ดังกล่าวจะเป็นตัวแสดงว่า ค่าของจังหวัดนั้นๆ มีความเบี่ยงเบนไปจากค่าเฉลี่ยมากน้อยเพียงใด ถ้าหากว่าตัวเลขของจังหวัดนั้นมีค่ามากกว่า ค่าเฉลี่ย คะแนน Z-score จะเป็น ค่าบวก ในขณะเดียวกัน ถ้าหากตัวเลขของจังหวัดนั้นมีค่าน้อยกว่า ค่าเฉลี่ย คะแนน Z-score ก็จะเป็นลบ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับทิศทางของการแปรค่าตัวชี้วัดนั้นๆด้วยว่า เป็นไปในทิศทางบวกหรือลบ หมายความว่า บางตัวชี้วัด ตัวเลขยิ่งมากก็ยิ่งไม่ดี ในกรณีเช่นนั้น ถ้าหากตัวเลขของจังหวัดนั้นมีมากกว่าค่าเฉลี่ย ก็จะมีคะแนน Z-score เป็นลบ อาทิเช่น อัตราการตาย ฯลฯ คะแนน Z-score ดังกล่าวจะถูกใช้เป็นคะแนน ของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (benchmark score) ข้อมูลความเป็นธรรมเชิงปริมาณดังกล่าว สามารถแสดงได้ใน 2 ระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ และระดับจังหวัด สำหรับในระดับประเทศนั้น สามารถดูลักษณะการกระจายของปัญหาในแต่ละตัวชี้วัด ตามแผนที่ภูมิศาสตร์ (Mapping with geographical distribution) และสามารถดูลำดับที่ของทั้ง 75 จังหวัด (Ranking) ได้ สำหรับในระดับจังหวัดนั้นสามารถดูรายละเอียดของคะแนนทั้งหมด 81 ตัวชี้วัด หรือคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด ซึ่งจะแสดงถึงจุดแข็ง และจุดอ่อนของจังหวัดนั้นๆได้ว่า ตัวชี้วัดใดที่มีคะแนนเป็นลบ หรือตัวชี้วัดใดมีคะแนนเป็นบวก

การแสดงลักษณะการกระจายทางภูมิศาสตร์ของความเป็นธรรมทางสุขภาพในแต่ละตัวชี้วัดนั้น จะแสดงให้เห็นว่าพื้นที่ส่วนใดของประเทศที่มีจุดแข็งหรือจุดอ่อนในเรื่องนั้น อาจจะช่วยในการวางแผนระดับนโยบายได้ โดยพื้นที่ ที่แสดงจะถูกจัดกลุ่มโดยใช้คะแนน Z-score โดยการแบ่งเป็นลำดับชั้น ตั้งแต่ -4 จนถึง +4 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 ตัวอย่างข้างต้นนี้ เป็นข้อมูลอัตราการตาย ปรับค่าตามโครงสร้างอายุ (Age-adjusted death rate) ซึ่งอยู่ในความเป็นธรรมที่ 1 ว่าด้วยสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลอัตราการตาย ปรับค่าตามโครงสร้างอายุนี้ ได้มาจากข้อมูลการตายของปีพ.ศ. 2543 ซึ่งต้องอาศัยฐานข้อมูลการตาย และฐานข้อมูลประชากรกลางปี มาประกอบในการคำนวณ จากแผนภูมิที่ 2.1 จะเห็นว่าพื้นที่ที่มีคะแนน Z-score ต่ำกว่า -2 จะอยู่ในจังหวัดบริเวณภาคเหนือตอนบน ซึ่งข้อมูล ในลักษณะการกระจายทางภูมิศาสตร์นี้ อาจจะต้องดูควบคู่ไปกับข้อมูลจริง คะแนน Z-score และลำดับที่ของจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของข้อมูลระหว่างจังหวัดด้วย ดังแสดงในตารางที่ 2.3



แผนภูมิที่ 2.1 แสดงการกระจายตามลักษณะแผนที่ภูมิศาสตร์ (geographical distribution) ของคะแนน Z-score ใน 75 จังหวัดของข้อมูลอัตราการตายปรับค่าตามโครงสร้างอายุ (Age-adjusted death rate)

ลำดับที่	จังหวัด	อัตราการตาย (ต่อพัน)	คะแนน Z-score
1	ชัยนาท	4.46	1.48
2	พัทลุง	4.53	1.40
3	นครศรีธรรมราช	4.57	1.36
73	เชียงราย	8.14	-2.53
74	เชียงใหม่	8.44	-2.86
75	พะเยา	9.11	-3.59

ตารางที่ 2.3 แสดงข้อมูลอัตราการตายปรับค่าตามโครงสร้างอายุ ของจังหวัด 3 อันดับแรก และ 3 อันดับสุดท้าย และ คะแนน Z-score

2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ (Qualitative tool)

เครื่องมือเชิงคุณภาพที่ใช้ในการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพของตนเอง สำหรับเครื่องมือที่ใช้ นั้น ใช้ข้อคำถามที่สอดคล้องกับหัวข้อย่อยของความเป็นธรรม ทั้ง 46 หัวข้อ กลุ่มเป้าหมายจะให้คะแนนความเป็นธรรม โดยการเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง -5 และ +5 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่เปลี่ยนแปลง -5 หมายถึง แย่ลงมากที่สุด +5 หมายถึง ดีขึ้นมากที่สุด สำหรับคะแนนโดยรวมของความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อ รวมทั้งคะแนนความเป็นธรรมโดยรวมนั้น ให้สมาชิกในกลุ่ม ให้คะแนนรวมเองตามดุลยพินิจของตน หรือจากการเจตุน้ำหนักรวมจากข้อย่อยที่ตนเองได้ให้ไว้ อย่างอิสระ⁽²⁰⁾

การสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการของการวิเคราะห์ วิเคราะห์ความเป็นธรรมในด้านต่างๆ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม โดยกลุ่มเป้าหมายใน 10 จังหวัดนั้น ประกอบด้วยกลุ่มทั้งหมด 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ 2) กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ 3) กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับตำบล 4) กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) -6) กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมืองและชนบท และ 7) -8) กลุ่มประชาคมด้านอื่นๆเขตเมืองและชนบท

การให้คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้นเป็นการให้คะแนนระดับบุคคล อย่างอิสระต่อกัน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันถึงแม้จะอยู่ในกลุ่มเดียวกัน และจะมีการให้คะแนน 2 ครั้ง ทั้งก่อนและหลังการสนทนากลุ่ม เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของคะแนนหลังจากได้รับความเห็นของกลุ่มเพิ่มเติม ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะถูกนำมาแสดงให้แก่กลุ่มเป้าหมายดู เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสนทนาหากมีการอ้างอิงถึง ซึ่งการให้คะแนนของกลุ่มก็ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการเปรียบเทียบระหว่างจังหวัด ในขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นเป็นการเปรียบเทียบกับอดีตในจังหวัดของตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนของคะแนนนั้นใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละข้อย่อย และคะแนนรวม โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทั้ง 8 กลุ่ม นอกจากนั้นยังมีการเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนและหลังการสนทนา และเปรียบเทียบคะแนนจากการสนทนากับคะแนนจากข้อมูลเชิงปริมาณ เนื้อหาของการสนทนาก็จะถูกนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์เช่นกัน เพื่อให้เข้าใจบริบทและเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังคะแนนเหล่านั้น

การนำเสนอคะแนนเฉลี่ยของความเป็นธรรมทางสุขภาพในแต่ละข้อ ของแต่ละกลุ่มเป้าหมายนั้น สามารถนำเสนอในเวลาเดียวกันได้ โดยใช้รูปแบบของกราฟพื้นผิว 3 มิติ (3-D surface graph) ที่แสดงข้อมูลเป็น 3 แกน คือแกนแรกเป็นความเป็นธรรมทางสุขภาพแต่ละข้อ ทั้ง 9 ข้อ แกนที่ 2 เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ให้คะแนน ทั้ง 8 กลุ่ม แกนที่ 3 เป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนความเป็นธรรมที่ให้โดยแต่ละกลุ่มในแต่ละข้อ ซึ่งก็จะสามารถบอกได้ถึงแนวโน้มการให้คะแนนความเป็นธรรมในแต่ละข้อของแต่ละกลุ่มได้ และบอกได้ถึงภาพรวมของความเป็นธรรม ซึ่งหมายความว่า ถ้าพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในแดนบวก ก็จะหมายถึงการมีความเป็นธรรมโดยรวมที่ดี รวมทั้งสามารถแสดงจุดแข็งและจุดอ่อนของความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ โดยดูจากพื้นที่ที่มีคะแนนอยู่ในทางบวกและลบ ว่าอยู่ในกลุ่มของความเป็นธรรมในข้อใด นอกจากนี้ ยังสามารถเปรียบเทียบคะแนนที่ให้ระหว่างกลุ่มต่างๆทั้ง 8 กลุ่ม ด้วยว่าแต่ละกลุ่มมีแนวโน้มการให้คะแนนแตกต่างกันอย่างไร และสามารถเปรียบเทียบคะแนนที่ให้ก่อนและหลังการสนทนา ด้วยว่าอิทธิพลของการสนทนากลุ่มต่อการให้คะแนนของแต่ละบุคคลนั้น มีผลมากน้อยเพียงใด

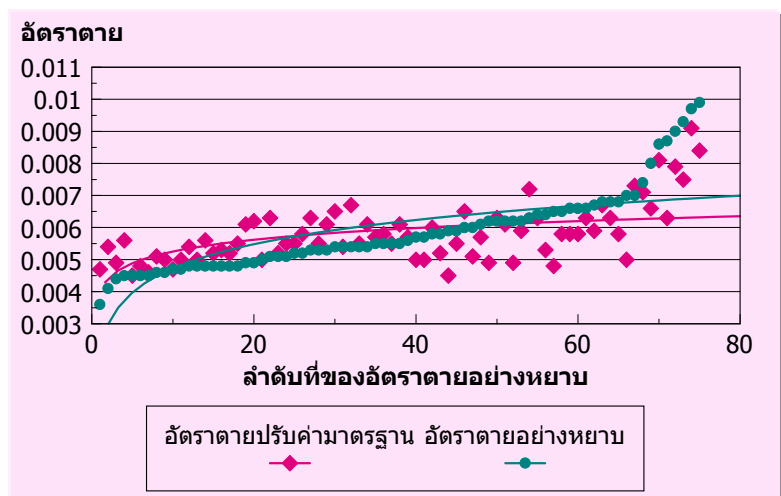
๓

ความเป็นธรรม ด้านสถานะสุขภาพ : ข้อมูลเชิงปริมาณ

ในบทที่ 3 ถึงบทที่ 6 นี้ จะเป็นการแสดงข้อมูลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพ ด้านการเงิน และด้านบริการ สำหรับความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่จะอยู่ในความเป็นธรรมที่ 1 ที่ว่าด้วยสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของสถานะสุขภาพนั้นเป็นได้ทั้งความจำเป็นทางสุขภาพ และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ ซึ่งมักจะไม่ได้เป็นผลมาจากระบบสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆด้วย อาทิเช่นภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ในบทนี้จะเป็นการแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของสถานะสุขภาพโดยรวม สถานะสุขภาพเฉพาะเรื่อง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ลักษณะประชากร ระหว่างจังหวัดทั้งสิ้น 75 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของดัชนีต่างๆ เพื่ออธิบายความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสถานะสุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้คำนวณคะแนนความเป็นธรรมนั้น มาจากหลายแหล่งด้วยกัน อาทิเช่น ฐานข้อมูลการตายและข้อมูลประชากรกลางปี ของสำนักทะเบียนราษฎร ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผลการสำรวจสุขภาพประชาชน ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานการพัฒนามนุษย์ ของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ฯลฯ

3.1. การกระจายของสถานะสุขภาพ

สำหรับสถานะสุขภาพรวมของประชาชน สามารถดูได้จากสถานการณ์การตายของคนในจังหวัด จากข้อมูลการตายและประชากรกลางปี ปี พ.ศ. 2543 พบว่าอัตราตายอย่างหยาบของ 75 จังหวัด มีค่าตั้งแต่ 3.6 ต่อพันประชากร (จังหวัดระนอง) จนถึง 9.9 ต่อพันประชากร (จังหวัดเชียงใหม่) จะเห็นได้ว่าอัตราตายของจังหวัดที่ตายมากที่สุดต่างจากจังหวัดที่ตายน้อยที่สุดถึง 3 เท่า แต่เนื่องจากอัตราตายอย่างหยาบมีปัญหาคือ จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุจำนวนมาก อาจจะมีอัตราตายอย่างหยาบสูงเนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสตายมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ทำให้เปรียบเทียบอัตราตายระหว่างจังหวัดได้ลำบาก แต่ถ้าหากนำเอาอัตราตายดังกล่าว มาปรับค่าตามโครงสร้างอายุของประชากร ก็จะได้ค่าอัตราตายมาตรฐานที่ปรับค่าแล้ว ซึ่งจะช่วยให้สามารถ เปรียบเทียบอัตราตายระหว่างจังหวัดได้ดียิ่งขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3.1

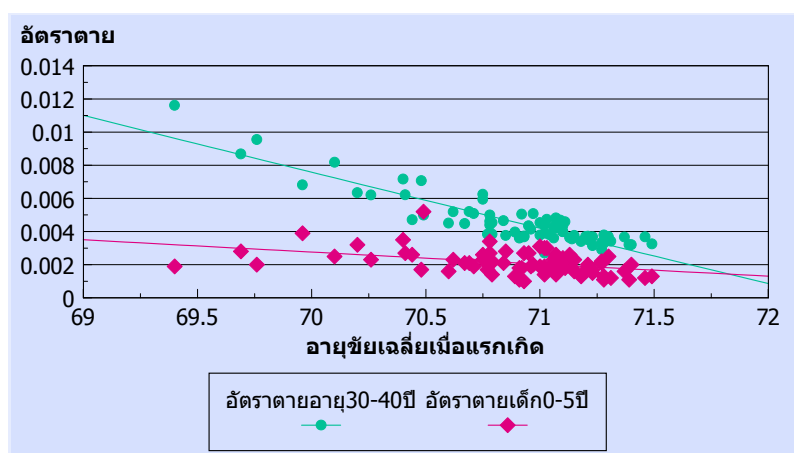
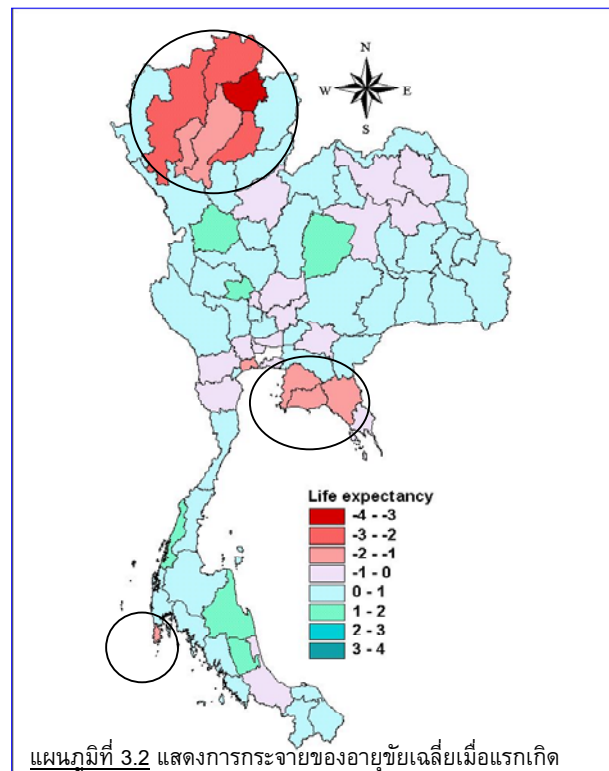


แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างอัตราการตายอย่างหยาบ กับอัตราการตายที่ปรับค่าตามโครงสร้างอายุ เรียงตามลำดับอัตราการตายอย่างหยาบ ของ 75 จังหวัด

จากแผนภูมิจะเห็นว่าอัตราตายที่ปรับค่าตามโครงสร้างอายุของประชากร มีค่าสูงกว่าอัตราตายอย่างหยาบในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราตายอย่างหยาบต่ำกว่า 5.5 ต่อพันประชากร แต่จะมีค่าที่ต่ำลงในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราตายอย่างหยาบสูงกว่า 5.5 ต่อพันประชากร แสดงว่าในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันทางโครงสร้างประชากรพอสมควร โดย 5 จังหวัดที่มีอัตราตายที่ปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุสูงสุด ได้แก่ จังหวัดพะเยา (9.11) เชียงใหม่ (8.44) เชียงราย (8.14) แพร่ (7.89) และลำพูน (7.49) และ 5 จังหวัดที่มีอัตราตายต่ำสุด ได้แก่ จังหวัดชัยนาท (4.46) พัทลุง (4.53) นครศรีธรรมราช (4.57) ชัยภูมิ (4.71) และระนอง (4.71)

และเมื่อนำเอาอัตราตายในแต่ละกลุ่มอายุมาทำเป็นตารางชีพ แล้วคำนวณค่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อเกิดก็พบว่า มีลักษณะการกระจายที่คล้ายคลึงกับอัตราตายที่ปรับค่ามาตรฐาน จังหวัดที่มีอัตราตายสูงจะมีอายุเฉลี่ยที่สั้นลงนั่นเอง เมื่อนำเอาอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมาคำนวณเป็นคะแนน Z-score แล้วนำมาแสดงในแผนที่แสดงลักษณะการกระจายทางภูมิศาสตร์ พบว่ากลุ่มจังหวัดทางภาคเหนือ จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าจังหวัดอื่น รองลงมาคือจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ดังแผนภูมิที่ 3.2

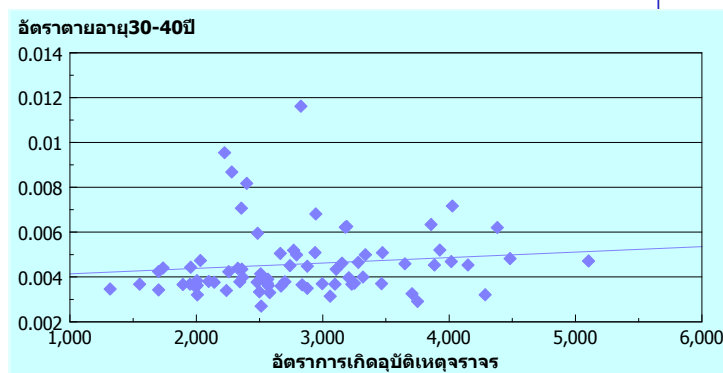
หากจะพิจารณาว่าการตายในกลุ่มอายุใดมีผลต่ออายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมากกว่ากัน สามารถดูได้จากความสัมพันธ์ ระหว่างอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดกับอัตราตายในกลุ่มอายุต่างๆ พบว่าอัตราตายในช่วงอายุ 30-40 ปี มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และมีความสัมพันธ์ที่สับสนกับอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด สูงสุด โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และมีความสัมพันธ์ที่สับสนกับอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (แผนภูมิที่ 3.3) แสดงว่าการตายในช่วงอายุ 30-40 ปี ที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัดนั้น เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้สถานะสุขภาพรวมได้แก่อัตราตาย และอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด มีความแตกต่างกัน ดูจากการกระจายของพื้นที่แล้ว น่าจะมีสาเหตุมาจากการตายด้วยโรคเอดส์ เป็นสำคัญ



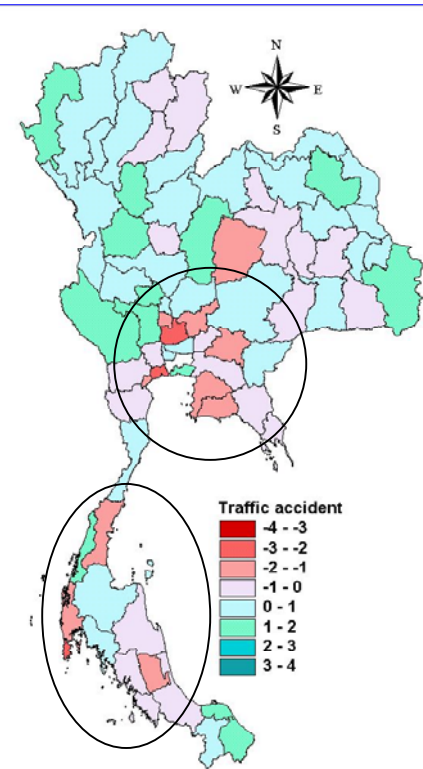
แผนภูมิที่ 3.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดกับอัตราการตายในช่วงอายุ 0-5 ปี และช่วงอายุ 30-40 ปี

ถึงแม้ว่าจะอัตราตายในช่วงอายุ 0-5 ปีจะมีความแตกต่างกันตั้งแต่ 1.0 ต่อพันประชากร (มหาสารคาม) ถึง 5.18 ต่อพันประชากร (สิงห์บุรี) แต่ความแตกต่างดังกล่าวก็ไม่ได้ผลมากมายต่ออายุขัยเฉลี่ย ทั้งนี้เนื่องจากอัตราตายในช่วงอายุดังกล่าวค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นนั่นเอง

และเมื่อพิจารณาข้อมูลปัญหาสุขภาพเฉพาะบางอย่างอาทิเช่นอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจร⁽²⁵⁾ อัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี และอัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย พบว่ามีลักษณะการกระจายที่ต่างกัน ปัญหาอุบัติเหตุจราจรจะพบมากในจังหวัดภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ โดยภูมิภาคที่มีอัตราการอุบัติเหตุจราจรสูงสุด คือ 5,103 ต่อแสนประชากร ในขณะที่สมุทรปราการมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรต่ำสุด คือ 1,318 ต่อแสนประชากร แต่อัตราการเกิดอุบัติเหตุที่ต่างกันของแต่ละจังหวัด ก็ไม่ได้ทำอัตราตายในช่วงอายุ 30-40 ปี มีความแตกต่างกัน ซึ่งจะสนับสนุนว่า โรคเอดส์น่าจะเป็นสาเหตุของความแตกต่างในอัตราตายในช่วงอายุดังกล่าวมากกว่าอุบัติเหตุ

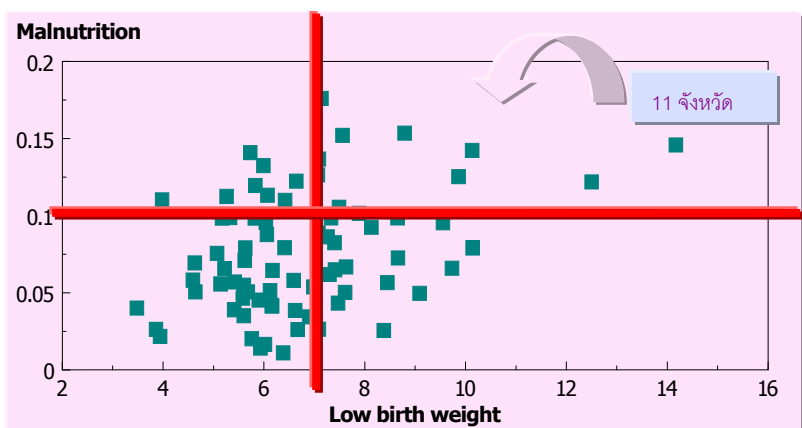


แผนภูมิที่ 3.5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดอุบัติเหตุกับอัตราตายในช่วงอายุ 30-40 ปี



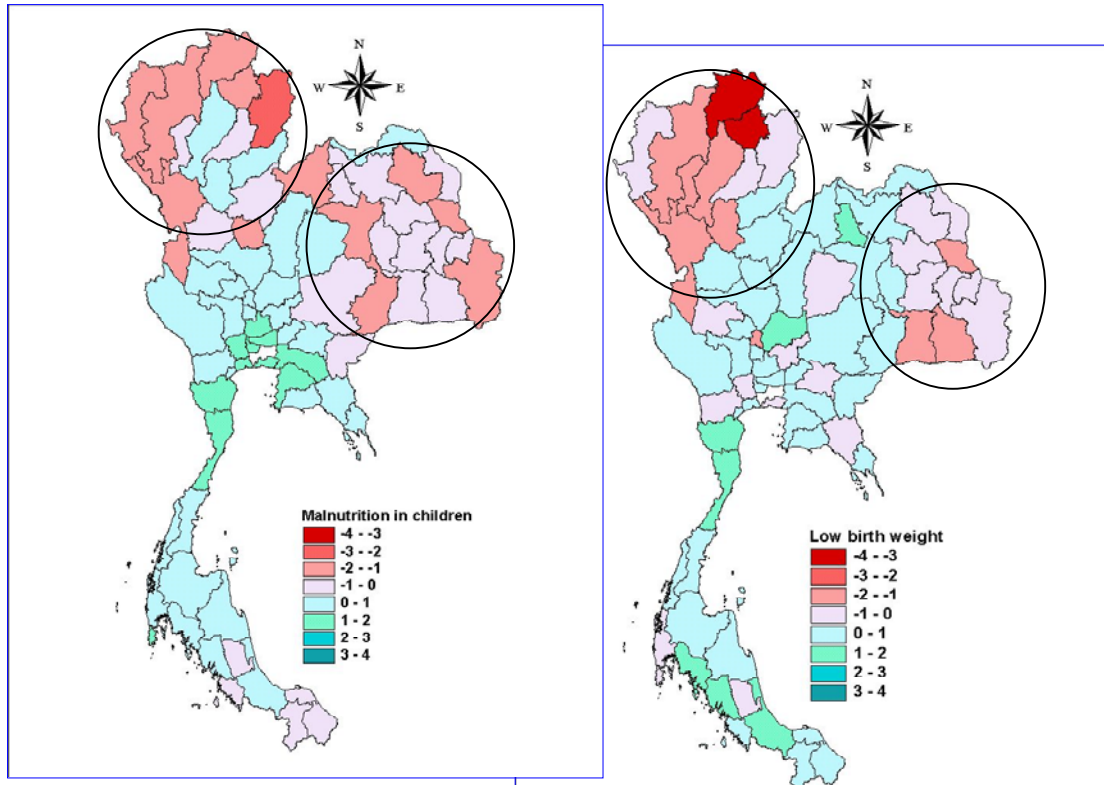
แผนภูมิที่ 3.4 แสดงการกระจายของอัตราการเกิดอุบัติเหตุ

ลักษณะการกระจายของปัญหาการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี และอัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย กว่า 2,500 กรัม⁽²¹⁾ นั้น มีความใกล้เคียงกัน คือจะมีปัญหาในเขตภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มากกว่าภาคกลางและภาคใต้ และไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างอัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย กับภาวะขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี แต่ก็มีอยู่ 11 จังหวัดที่มีทั้งเด็กขาดสารอาหารเกิน 10% และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย เกิน 7% ดังแผนภูมิที่ 3.6



แผนภูมิที่ 3.6 แสดงอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก และอัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย

11 จังหวัดนั้นได้แก่ จังหวัด น่าน, ตาก, แม่ฮ่องสอน, เชียงราย, มุกดาหาร, อุบลราชธานี, สกลนคร, เชียงใหม่, พะเยา, อำนาจเจริญ และร้อยเอ็ด โดยเด็กขาดสารอาหารพบมากที่สุดที่จังหวัดน่าน (17.61%) ตาก (15.36%) และแม่ฮ่องสอน (15.21%) ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยพบมากที่สุดที่จังหวัดเชียงราย (14.17%) และพะเยา (12.5%)

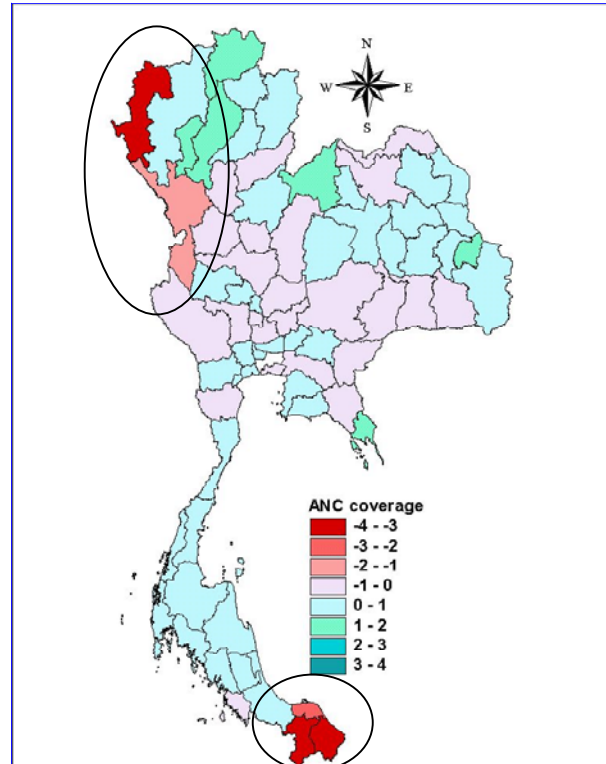


แผนภูมิที่ 3.7 แสดงการกระจายของอัตราขาดสารอาหารในเด็ก

แผนภูมิที่ 3.8 แสดงการกระจายของอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

สำหรับปัญหาด้านความครอบคลุมของบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งและความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน⁽²¹⁾ นั้นยังมีปัญหาเฉพาะในบางจังหวัด อาทิเช่น จังหวัดชายแดนภาคใต้ และจังหวัดชายแดนภาคเหนือ ได้แก่ แม่ฮ่องสอน นราธิวาส ยะลา ปัตตานี ตาก เป็นต้น

จากทั้งหมดจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันของสถานะสุขภาพระหว่างพื้นที่ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่ายังมีความไม่เป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางพื้นที่ยังมีความเสี่ยงต่อการมีสถานะสุขภาพที่ไม่ดี สูงกว่าพื้นที่อื่น ถึงแม้ว่าการตายที่แตกต่างกันนั้นจะไม่ได้มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เหล่านี้ทั้งหมด แต่ผลรวมของการสุขภาพที่ดีก็ย่อมจะได้รับผลกระทบจากปัจจัยเหล่านี้ไม่มากนักน้อย



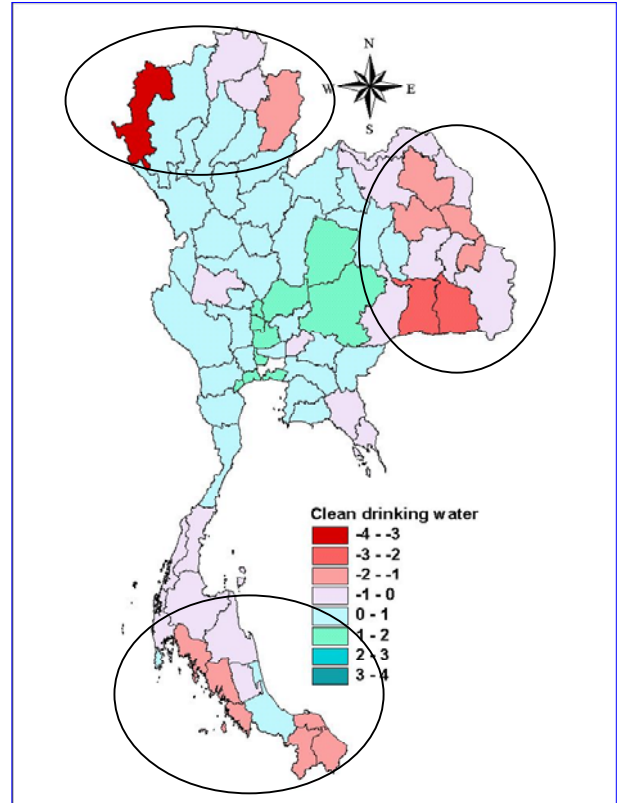
แผนภูมิที่ 3.9 แสดงการกระจายของความครอบคลุมในการฝากครรภ์

3.2. การกระจายของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

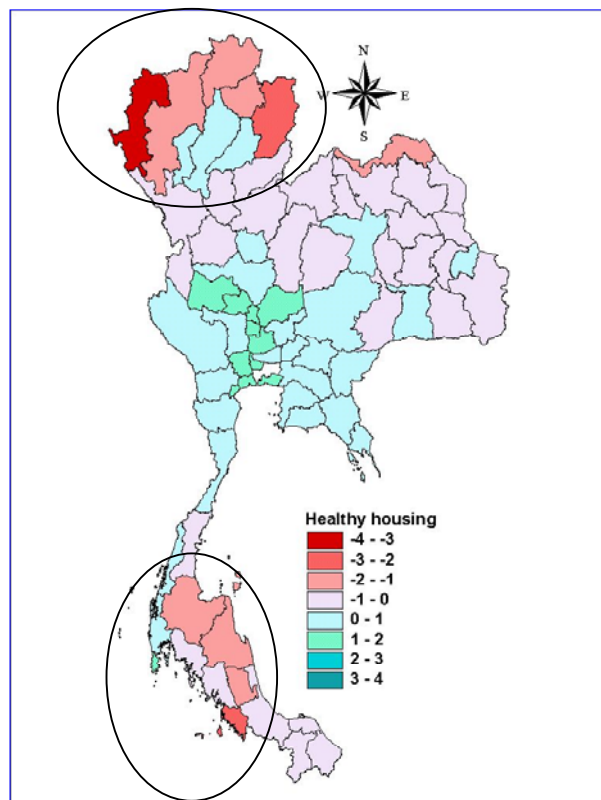
นอกเหนือจากปัจจัยด้านบริการสุขภาพแล้ว ปัจจัยอื่นๆก็อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยได้มีการพยายามวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยเหล่านี้ ระหว่างจังหวัดว่ามีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่มากก็น้อย ถึงแม้ว่าจะไม่มีผลถึงขนาดทำให้เสียชีวิต แต่อาจจะทำให้ป่วย ซึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจได้ ดังนั้นการดูแลให้ประชาชนแต่ละพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่ดีใกล้เคียงกัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อปัญหาที่จะมีผลต่อสุขภาพได้ ตัวอย่างข้อมูลได้แก่ สัดส่วนครัวเรือนที่มีน้ำสะอาดดื่ม จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนปี 2539 พบว่ามีถึง 21 จังหวัดที่มีสัดส่วนของครัวเรือนที่มีน้ำสะอาดดื่ม ไม่ถึง 70% ส่วนใหญ่อยู่ที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือบางจังหวัด และภาคใต้ จังหวัดที่มีสัดส่วนครัวเรือนที่มีน้ำสะอาดดื่มต่ำกว่า 50% ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน (35.44%) ศรีสะเกษ (41%) และสุรินทร์ (47.93%)



แผนภูมิที่ 3.10 แสดงการกระจายของครัวเรือนที่มีน้ำสะอาดดื่ม



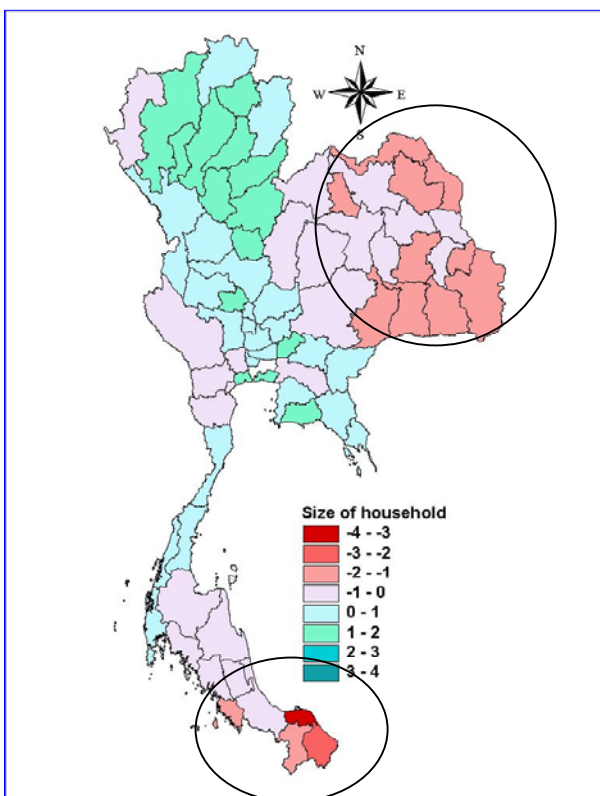
สำหรับข้อมูลสัดส่วนครัวเรือนที่จัดบ้านถูกหลักสุขภาพิบาล และสัดส่วนครัวเรือนที่ปลอดภัยจากสารพิษนั้น ได้มาจากการสำรวจจปฐ.ปี 2542 จังหวัดที่มีการจัดบ้านถูกหลักน้อยที่สุด ได้แก่จังหวัดแม่ฮ่องสอน (63.3%) ส่วนจังหวัดที่มีครัวเรือนปลอดภัยจากสารพิษน้อยที่สุด ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร (82.7%) การจัดบ้านเรือนถูกหลักสุขภาพิบาลจะมีปัญหาอยู่ที่จังหวัดภาคเหนือตอนบน และภาคใต้ ในขณะที่ปัญหามลพิษอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่างและภาคใต้ แต่อย่างไรก็ดีการแปลผลข้อมูลชุดนี้ควรกระทำอย่างระมัดระวัง เนื่องจากเป็นการสำรวจและรายงานโดยประชาชนเอง ข้อมูลอาจจะมีความคลาดเคลื่อนได้

แผนภูมิที่ 3.11 แสดงการกระจายของการจัดบ้านเรือนถูกหลัก

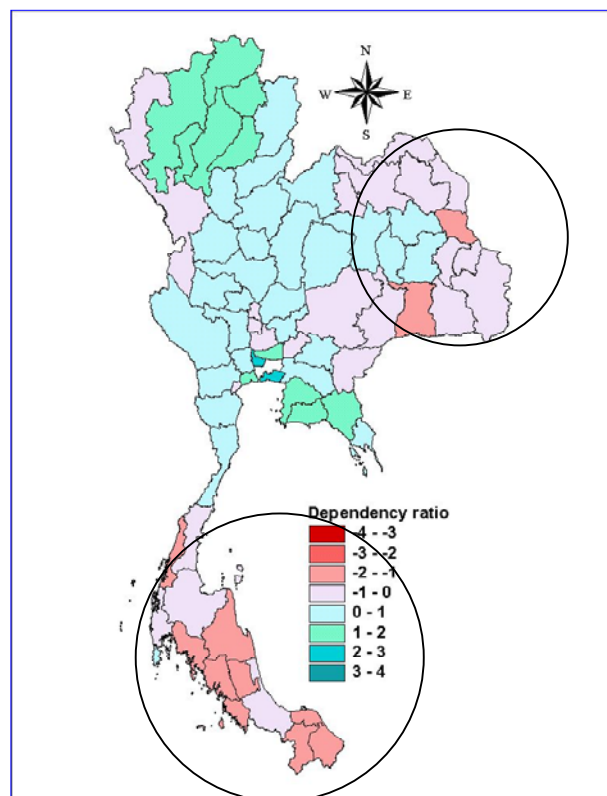
ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากรจะส่งผลต่อสุขภาพได้ ถ้าหากมีความแออัดของประชากร เนื่องจากการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกัน รวมทั้งมีความเสี่ยงที่จะเกิดมลภาวะจากครัวเรือนได้ง่ายขึ้น ปัญหาความแออัดในแง่ของความหนาแน่นประชกรนั้น ส่วนใหญ่จะมีปัญหาอยู่ที่จังหวัดรอบๆกรุงเทพมหานคร และจังหวัดภูเก็ต โดยมี 7 จังหวัดที่มีคะแนน Z-score ต่ำกว่า -1.00 สำหรับ 5 จังหวัดที่มีความหนาแน่นประชากรสูงสุดได้แก่ นนทบุรี (1,302 คนต่อตารางกิโลเมตร Z-score = -5.79) สมุทรปราการ (1,010 คนต่อตารางกิโลเมตร Z-score = -4.31) สมุทรสาคร (524 คนต่อตารางกิโลเมตร Z-score = -1.83) สมุทรสงคราม (489 คนต่อตารางกิโลเมตร Z-score = -1.65) และภูเก็ต (440 คนต่อตารางกิโลเมตร Z-score = -1.40) ส่วนจังหวัดที่มีความหนาแน่นน้อยที่สุดได้แก่ แม่ฮ่องสอน ตาก และกาญจนบุรี (16.5, 29.5 และ 37.6 คนต่อตารางกิโลเมตร ตามลำดับ) จะเห็นว่าความหนาแน่นประชากรแตกต่างกันมาก จังหวัดที่มีความหนาแน่นมากที่สุดและน้อยที่สุดต่างกันถึง 80 เท่า⁽²²⁾

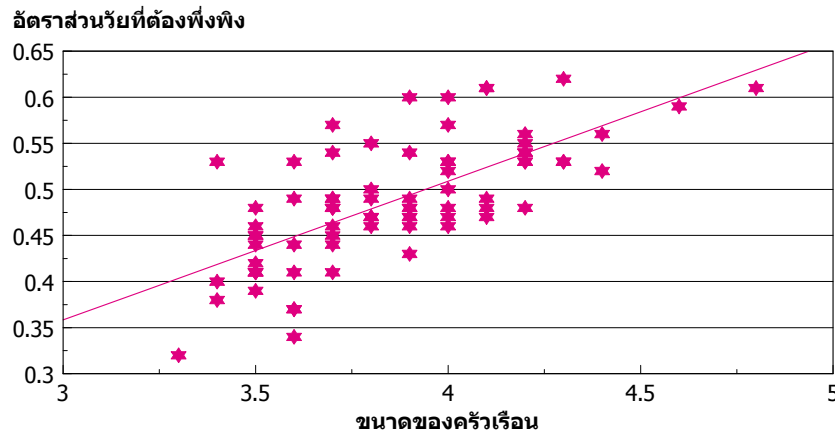
อีก 2 ปัจจัยด้านประชากรที่อาจจะเป็นปัญหาคือขนาดของครัวเรือน (จำนวนประชากรต่อครัวเรือน)⁽²²⁾ และอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง ซึ่งคิดจากการนำจำนวนประชากรอายุ 0-15 ปี บวกด้วยจำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป แล้วนำมาหารด้วย จำนวนประชากรอายุ 15-65 ปี เพื่อคว่าสังคมนั้นๆประชากรที่เป็นวัยทำงานมีภาระที่ต้องดูแลประชากรวัยเด็กและสูงอายุ มากน้อยเพียงใด ถ้าค่าอัตราส่วนนี้สูง หมายถึงมีภาระที่ต้องดูแลมาก จากข้อมูลประชากรกลางปี และข้อมูลหลังคาเรือน พบว่าการกระจายของข้อมูลทั้ง 2 ตัวนี้ มีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีขนาดของครัวเรือนและวัยที่ต้องพึ่งพิงสูงกว่าภาคอื่น ในขณะที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีขนาดของครัวเรือนและวัยที่ต้องพึ่งพิงต่ำกว่าภาคอื่น ดังแผนภูมิ 3.12 และ 3.13



แผนภูมิที่ 3.12 แสดงการกระจายของขนาดของครัวเรือน



แผนภูมิที่ 3.13 แสดงการกระจายของอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง



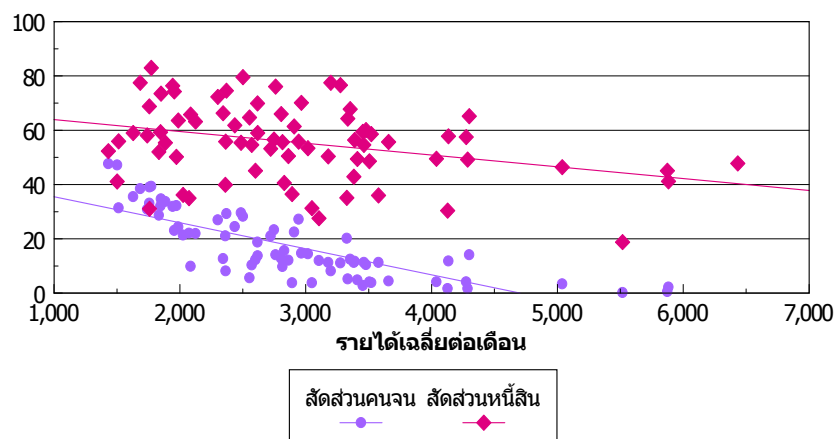
แผนภูมิที่ 3.14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของครัวเรือน กับอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง

จากแผนภูมิที่ 3.14 แสดงให้เห็นว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของครัวเรือนกับอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง จังหวัดที่มีขนาดของครัวใหญ่ มีแนวโน้มที่จะมีอัตราส่วนประชากรที่ต้องพึ่งพิงสูงขึ้นไปด้วย คือมีประชากรในวัยเด็กและสูงอายุมากกว่า จังหวัดที่มีขนาดของครัวเรือนเล็ก (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.70) ทำให้จังหวัดเหล่านี้มีความจำเป็นที่ต้องให้ทรัพยากรสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วยทั้งนี้เนื่องจาก เด็กและผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพมากกว่าประชากรในวัยทำงาน

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

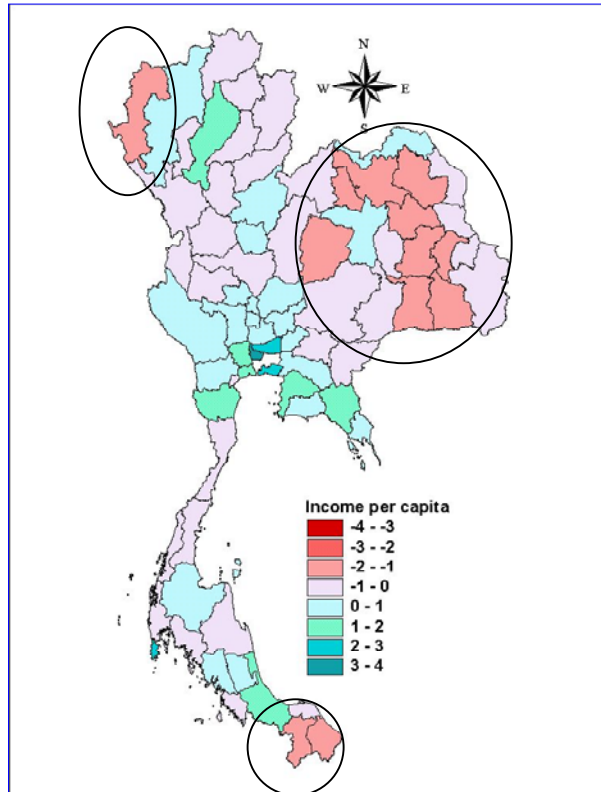
ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพและระบบสุขภาพ ก็คือสถานะทางเศรษฐกิจ ถ้าหากครัวเรือนมีสถานะทางเศรษฐกิจดี โอกาสในการเข้าถึงบริการและใช้บริการก็จะดีขึ้น ซึ่งก็จะมีผลต่อสุขภาพด้วย ตามที่มีการศึกษาวิจัยว่าสถานะสุขภาพของคนจนมักจะด้อยกว่าคนร่ำรวย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีความขัดสนมาก จะมีทุพพลภาพโดยรวม ถึง 34.6% สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความขัดสนที่มีทุพพลภาพรวมเพียง 22.2% แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ที่มีต่อสุขภาพ⁽¹⁾

ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรของแต่ละจังหวัด เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับ สัดส่วนครัวเรือนที่ยากจน (รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน) และสัดส่วนครัวเรือนที่มีหนี้สิน จะพบว่ามีความสัมพันธ์ที่คล้ายคลึงกัน คือมี จังหวัดที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำ มักจะมีสัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนสูง และอาจจะมีภาวะหนี้สินสูงขึ้นไปด้วย ส่วนใหญ่อยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชายแดนภาคใต้ และแม่ฮ่องสอน⁽²⁶⁾

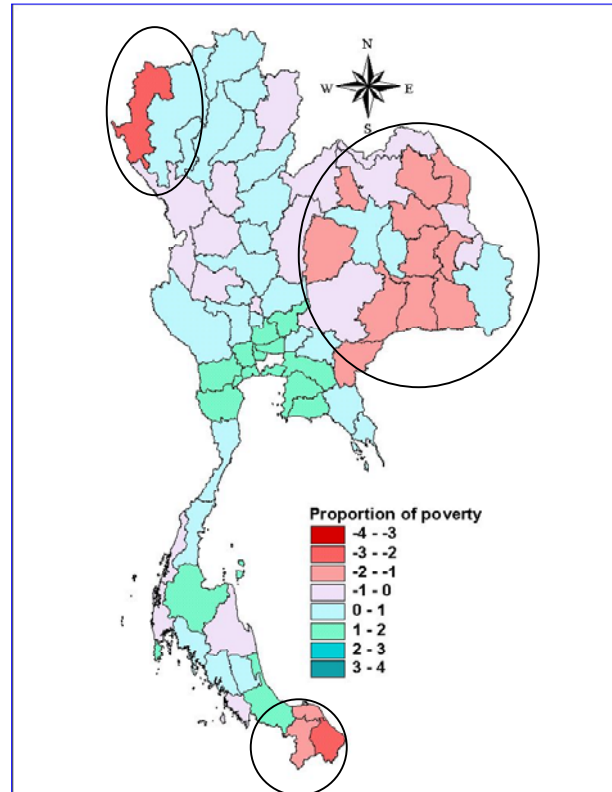


แผนภูมิที่ 3.15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ย กับสัดส่วนคนจนและสัดส่วนการมีหนี้สิน

จากแผนภูมิที่ 3.15 จะเห็นว่ารายได้เฉลี่ยจะแปรผกผันกับสัดส่วนครัวเรือนที่ยากจน (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.786) ในขณะที่ความสัมพันธ์กับภาวะหนี้สินนั้นไม่ชัดเจน เนื่องจากมีจังหวัดส่วนหนึ่งที่มีภาวะหนี้สินน้อย ถึงแม้จะมีรายได้ที่ต่ำก็ตาม

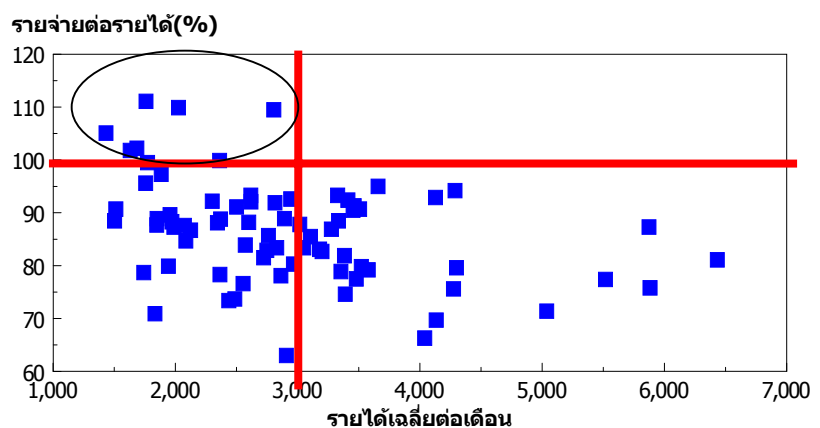


แผนภูมิที่ 3.16 แสดงการกระจายของรายได้เฉลี่ยต่อประชากร



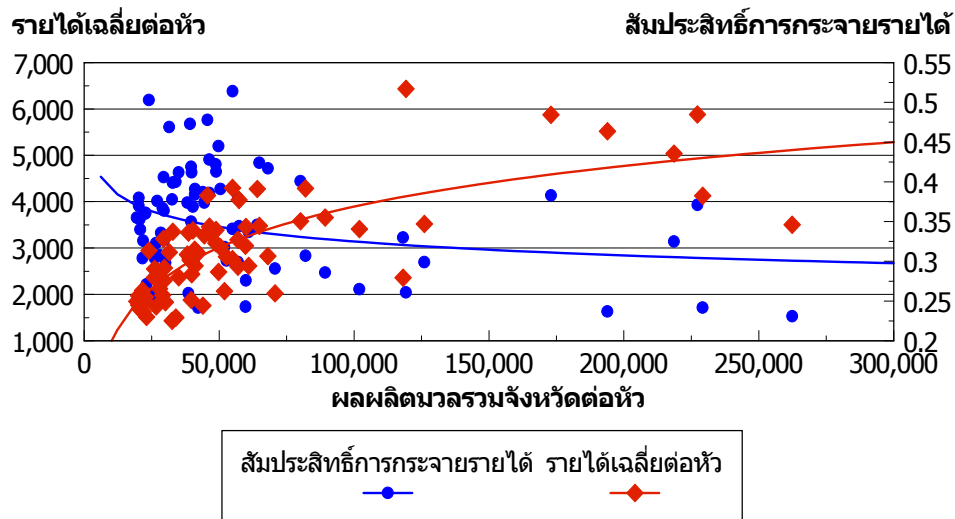
แผนภูมิที่ 3.17 แสดงการกระจายของสัดส่วนคนยากจน

หากเปรียบเทียบรายจ่ายของครัวเรือนกับรายได้ของครัวเรือน แล้วจะพบว่า จังหวัดที่มีรายจ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท นั้นมีจังหวัดจำนวน 13% ที่ประชาชนในจังหวัดนั้น มีรายจ่ายมากกว่ารายได้ (อัตราส่วนรายจ่ายต่อรายได้ มากกว่า 100%) ซึ่งหมายถึงการมีความเสี่ยงต่อการมีหนี้สินในจังหวัดเหล่านี้ ถึงแม้ว่ารายได้เฉลี่ย กับ ลักษณะการออมเงิน (household saving) จะไม่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง แต่ก็นับว่ามีอิทธิพลอยู่ในระดับหนึ่งทีเดียว การที่มีภาวะรายจ่ายมากกว่ารายได้ ก็นับว่ามีความเสี่ยงต่อการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ที่ต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าด้วยเช่นกัน จังหวัดที่มีปัญหาเรื่องการออม (รายจ่ายมากกว่ารายได้) ได้แก่ ยะลา (111%) พังงา (109.9%) นครสวรรค์ (109.5%) นราธิวาส (105.1%) สุรินทร์ (102.2%) และกาฬสินธุ์ (101.8%)



แผนภูมิที่ 3.18 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อประชากรต่อเดือน กับอัตราส่วนรายจ่ายต่อรายได้

เมื่อดูเศรษฐกิจในภาพรวมของจังหวัดโดยใช้ค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด⁽²⁷⁾ เปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยและค่าสัมประสิทธิ์การกระจายรายได้ (สัมประสิทธิ์จินี)⁽²⁶⁾ ของประชาชนในจังหวัดนั้น จะเห็นว่าจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมสูงขึ้น จะมีรายได้เฉลี่ยสูงขึ้นและค่าสัมประสิทธิ์ของการกระจายรายได้ลดลง หมายถึงมีความเท่าเทียมของการกระจายรายได้เพิ่มขึ้นนั่นเอง ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์นี้จะไม่ชัดเจน แต่ก็พอจะบอกถึงแนวโน้มได้ แสดงว่าความเจริญของจังหวัดมีส่วนช่วยทำให้ประชาชนมีรายได้ที่เพิ่มขึ้นและมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น

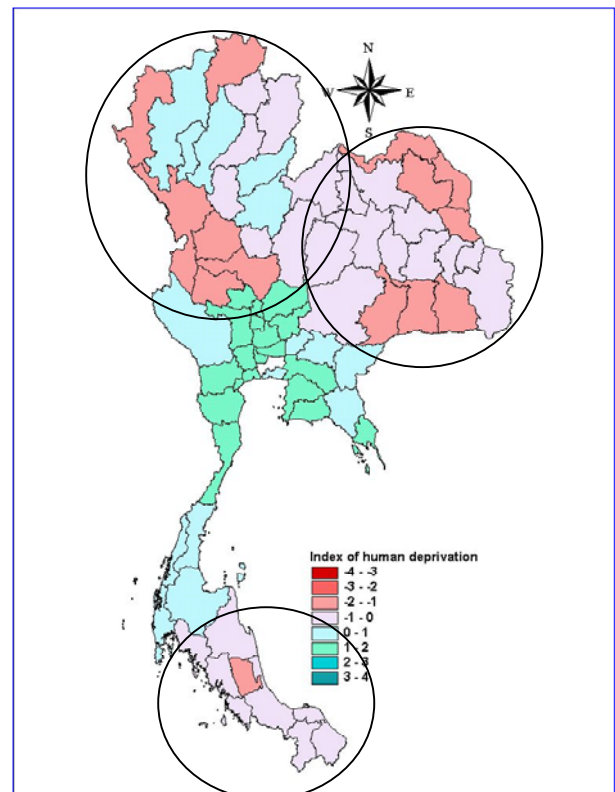


แผนภูมิที่ 3.19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด กับรายได้เฉลี่ย และสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้

จังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากรสูงในลำดับแรกๆ ได้แก่ ระยอง ชลบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร และสมุทรปราการ เช่นเดียวกับค่าสัมประสิทธิ์ของการกระจายรายได้ จังหวัดที่มีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำ (มีความเท่าเทียมสูง) ในลำดับแรกๆ ได้แก่ ระยอง สมุทรปราการ ชลบุรี สมุทรสงคราม และสุราษฎร์ธานี ตามลำดับ

สภาพความขัดสน

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาถึงสภาพความขัดสนของจังหวัดต่างๆ ทั้ง 8 ด้าน โดย UNDP ได้รายงานในรายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย ซึ่งใช้ดัชนีความขัดสน (Human deprivation index) โดยแสดงลักษณะการกระจายทางภูมิศาสตร์และลำดับที่ของจังหวัด เมื่อนำเอาค่าดัชนีนี้มาคำนวณ Z-score แล้วแสดงลักษณะการกระจายตามพื้นที่ จะพบว่า ปัญหาความขัดสนโดยรวมจะมีมากที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลางตอนบน และบางส่วนของภาคใต้ ซึ่งลักษณะการกระจายดังกล่าว จะคล้ายกับการกระจายของความขัดสนด้านสุขภาพและด้านการศึกษา

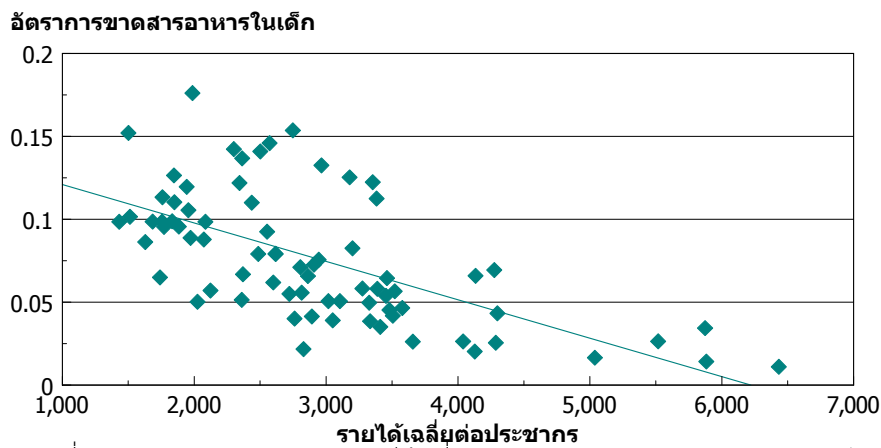


แผนภูมิที่ 3.20 แสดงการกระจายของดัชนีความขัดสนรวม

จากข้อมูลต่างๆจะพบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันในด้านต่างๆ ทั้งในด้านสถานะสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสภาพความขัดสนต่างๆ ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่นี้ แสดงให้เห็นว่ามีบางพื้นที่ที่มีปัจจัยในด้านต่างๆที่ดีกว่าพื้นที่อื่น ในหลายประเด็น แต่ถ้าคิดในทางกลับกันก็อาจจะมีจุดที่ดีกว่าพื้นที่อื่นๆก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตีค่าของตัวแปรต่างๆว่าจะกำหนดให้ไปในทิศทางใด อีกทั้งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ยังมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังจะได้กล่าวต่อไป

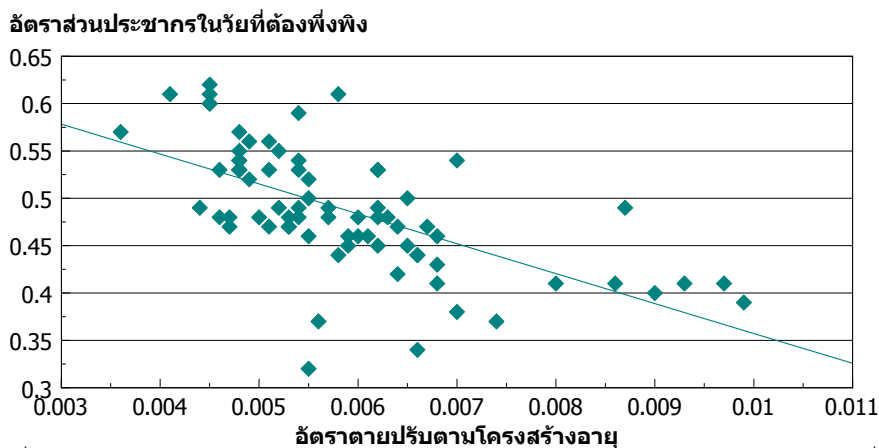
3.3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับสถานะสุขภาพ

มีความเป็นไปได้ว่าปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากบริการสุขภาพ จะมีผลต่อสุขภาพ ตัวอย่างหนึ่งก็คือความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของประชาชน กับภาวะการขาดสารอาหารในเด็ก จากข้อมูลของ 75 จังหวัดพบว่าเมื่อรายได้เฉลี่ยของประชาชนเพิ่มขึ้น อัตราการขาดสารอาหารในเด็กจะลดลง (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = -0.6358) แต่ค่าเฉลี่ยของรายได้ดังกล่าวกลับไม่มีผลต่อ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แสดงว่าการที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอาจจะไม่ได้สะท้อนถึงภาวะทุพโภชนาการของแม่ก็เป็นได้



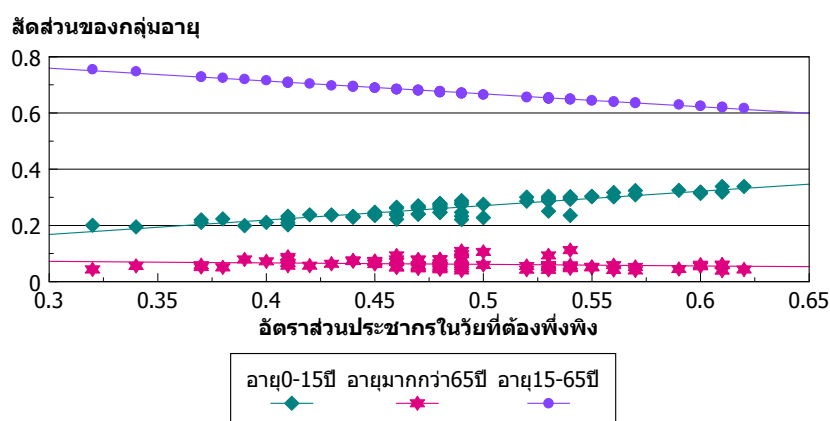
แผนภูมิที่ 3.21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก

ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราตายปรับค่าตามโครงสร้างอายุ กับอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง จากการคาดคะเน จังหวัดที่อัตราตายสูงมักจะมีอัตราตายในวัย 30-40 ปีมากกว่าจังหวัดอื่น ซึ่งน่าจะส่งผลให้อัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงสูงขึ้น (เพราะตัวหารลดลง) แต่จากข้อมูลกลับแสดงให้เห็นว่าเมื่อจังหวัดที่มีอัตราตายสูง กลับมีอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงที่ต่ำ (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = -0.623)



แผนภูมิที่ 3.22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราตายปรับค่าตามโครงสร้างอายุ กับอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง

หากจะตีความปรากฏการณ์นี้อาจจะวิเคราะห์ได้ว่า อัตราตายในช่วงอายุ 30-40 ปี ดังกล่าวยังไม่มากพอที่เปลี่ยนลักษณะของปิรามิดประชากรในวัย 15-65 ปี โดยเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงกับ สัดส่วนของประชากรในวัยต่างๆพบว่า อัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงดังกล่าว ที่สูงเนื่องจาก สัดส่วนของเด็กอายุ 0-15 ปี ที่สูง ในขณะที่สัดส่วนของคนอายุ 15-65 ปี ที่ต่ำนั่นเอง โดยที่สัดส่วนของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ไม่มีผลต่ออัตราส่วนดังกล่าว ลักษณะโครงสร้างประชากรดังกล่าวนี้จะแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น ภาคใต้จะมีสัดส่วนของเด็ก 0-15 ปี ที่สูงกว่าภาคเหนือ ทำให้มีอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงที่สูงกว่านั่นเอง



แผนภูมิที่ 3.23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง กับสัดส่วนของกลุ่มอายุ 0-15 ปี 15-65 ปี และมากกว่า 65 ปี

3.4. บทสรุปความเป็นธรรม ด้านสถานะสุขภาพ

จากข้อมูลต่างๆจะเห็นว่ามีความไม่เท่าเทียมในด้านต่างๆระหว่างจังหวัด ซึ่งความเหลื่อมล้ำเหล่านี้เองที่ทำให้โอกาสและความเสี่ยงของแต่ละจังหวัดไม่เท่ากัน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาวะเศรษฐกิจน่าจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามสภาวะเศรษฐกิจที่ดีขึ้นแต่เพียงอย่างเดียวไม่น่าจะทำให้สถานะสุขภาพโดยรวมดีขึ้นได้ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าจังหวัดที่มีเศรษฐกิจดี ไม่หมายความว่าจำเป็นต้องมีอัตราการตายที่ต่ำเสมอไป ตัวแปรทั้ง 2 นี้ไม่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง แต่สิ่งที่พอจะสรุปได้ก็คือว่ามีบางพื้นที่ที่ค่อนข้างจะด้อยโอกาสในหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ ความครอบคลุมในการให้บริการพื้นฐาน ภาวะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความยากจน รวมไปถึงสภาพแวดล้อม ทำให้พื้นที่เหล่านี้ มีคะแนนความเป็นธรรมที่คำนวณเป็น Z-score ต่ำกว่าที่อื่น หากนำเอาคะแนนที่ได้ในแต่ละตัวชี้วัดมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มย่อย ในความเป็นธรรมที่ 1 นี้ แล้วนำคะแนนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มมาหาค่าเฉลี่ยรวมอีกครั้ง จะสามารถเรียงลำดับจังหวัดที่มีคะแนนจากมากไปน้อยได้ โดยเลือกแสดงเฉพาะ 3 อันดับแรก และ 3 อันดับสุดท้าย ดังนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงคะแนนความเป็นธรรมของกลุ่มดัชนีชี้วัด ในความเป็นธรรมที่ 1 เฉพาะ 3 ลำดับแรก และ 3 ลำดับสุดท้าย

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	ชัยนาท	ปทุมธานี	นนทบุรี		ยะลา	นราธิวาส	แม่ฮ่องสอน
1. สถานะสุขภาพรวม	0.94	-0.33	-0.49		-0.45	-0.52	-0.00
2. สถานะสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	0.57	0.98	0.66		-0.05	0.48	-0.45
3. ความครอบคลุมบริการ	0.64	0.02	0.65		-3.34	-3.52	-3.27

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	ชัยนาท	ปทุมธานี	นนทบุรี		ยะลา	นราธิวาส	แม่ฮ่องสอน
4. สภาพแวดล้อม	0.89	0.73	1.12		-0.36	-0.39	-2.26
5. ปัจจัยด้านประชากร	0.56	0.39	-0.89		-0.83	-1.29	-0.13
6. สภาวะเศรษฐกิจ	-0.03	1.51	1.39		-0.75	-1.08	-0.70
7. ความขัดสน	1.11	0.79	1.20		-0.86	-1.41	-1.66
รวม Benchmark 1	0.67	0.59	0.52		-0.95	-1.10	-1.21

จากคะแนนดังกล่าวจะเห็นว่าจังหวัดที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับต้นๆ จะมีคะแนนของแต่ละกลุ่มเป็นบวกเกือบทั้งหมด ในขณะที่จังหวัดที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับท้ายๆ จะมีคะแนนของแต่ละกลุ่มเป็นลบเกือบทั้งหมด ยิ่งแสดงให้เห็นชัดเจนว่า มีความไม่เป็นธรรมของการกระจาย ทั้งด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง แต่จากคะแนนเฉลี่ยจะเห็นว่าแตกต่างกันไม่มาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นค่าเฉลี่ย จึงทำให้คะแนนที่แตกต่างกันทั้งบวกและลบ ในแต่ละข้อ เมื่อนำมาเฉลี่ยรวมกันแล้วมีค่าเข้าใกล้ศูนย์มากขึ้น แต่ก็พอจะบ่งบอกได้ถึงโอกาสที่แตกต่างกันระหว่างจังหวัด

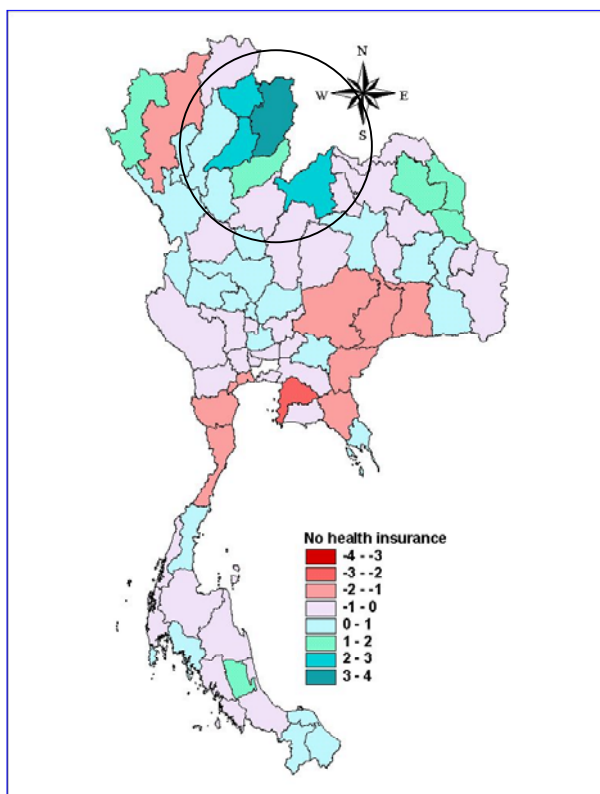
๔

ความเป็นธรรม ด้านการจ่ายเงิน : ข้อมูลเชิงปริมาณ

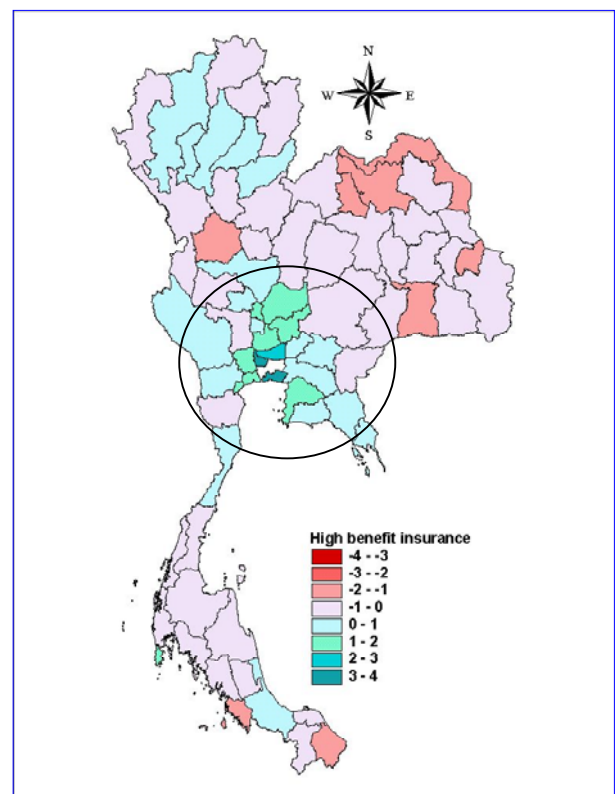
ความเป็นธรรม ด้านการเงินนั้น จะอยู่ที่ความเป็นธรรมข้อที่ ๒ ที่ว่าด้วยอุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม และความเป็นธรรมที่ ๕ ว่าด้วยความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน หรือการคลังสุขภาพ ซึ่งความเป็นธรรมทั้ง 2 ข้อนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยเชื่อมโยงกับหลักการของการประกันสุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้คำนวณคะแนนความเป็นธรรมด้านการเงินนั้น มาจากหลายแหล่งด้วยกัน อาทิเช่น ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชน ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

4.1. อุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการ

ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่จะบอกว่าประชาชนได้รับการคุ้มครองในการใช้บริการโดยไม่ต้องจ่ายเงินเองมากน้อยเพียงใด จากข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชาชน ปี 2539 จังหวัดที่มีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพสูงสุด ได้แก่ น่าน (93.72% Z-score = +3.02) เลย (93.27% Z-score = +2.96) และพะเยา (89.01% Z-score = +2.42) สำหรับจังหวัดที่หลักประกันสุขภาพต่ำสุด ได้แก่ ชลบุรี (49.13% Z-score = -2.40) เพชรบุรี (41.50% Z-score = -1.44) และสมุทรสาคร (41.39% Z-score = -1.42)

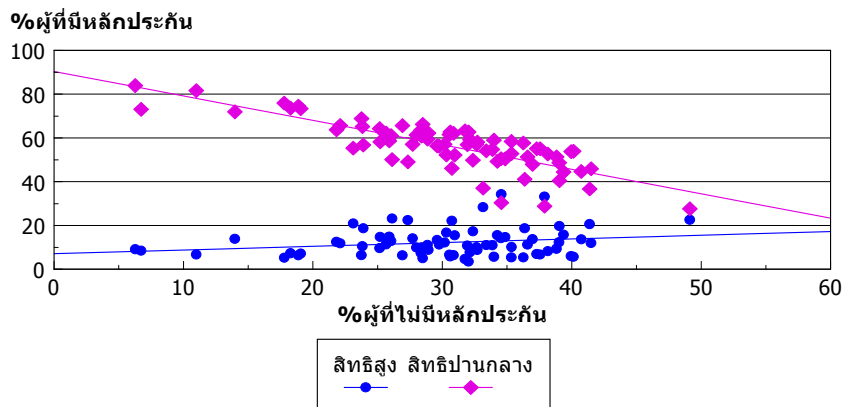


แผนภูมิที่ 4.1 แสดงการกระจายของสัดส่วนผู้ไม่มีหลักประกัน



แผนภูมิที่ 4.2 แสดงการกระจายของสัดส่วนผู้ที่มีหลักประกันสิทธิสูง

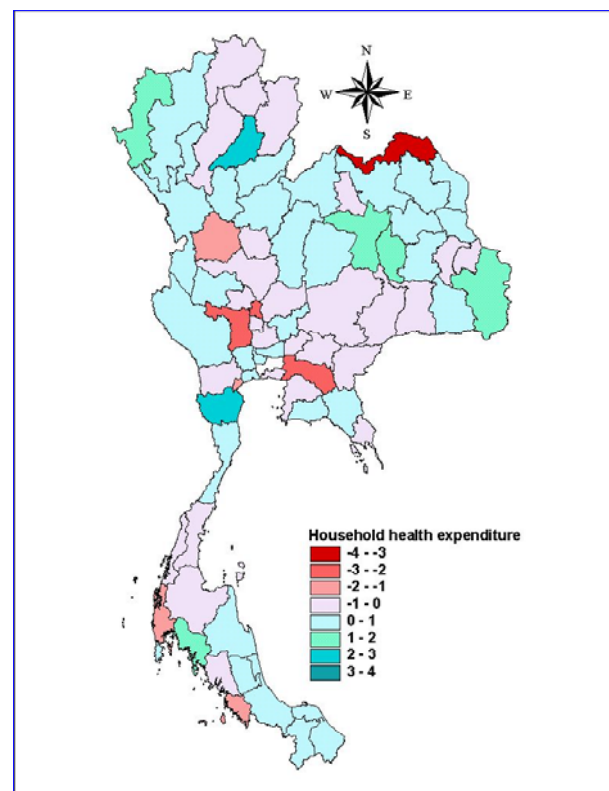
หากแยกหลักประกันสุขภาพเป็น 2 ประเภท คือประเภทที่มีสิทธิประโยชน์สูง ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และประกันเอกชน กับประเภทที่มีสิทธิประโยชน์ปานกลาง ได้แก่ บัตรสวัสดิการประชาชนประเภทต่างๆ และบัตรสุขภาพ จะพบว่าภาระการกระจายของหลักประกันสุขภาพทั้ง 2 จะแตกต่างกัน โดยหลักประกันที่มีสิทธิประโยชน์สูง จะมีมากในภาคกลาง ในขณะที่หลักประกันที่มีสิทธิประโยชน์ปานกลางจะมีมากที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของผู้ที่ไม่มีหลักประกัน กับร้อยละของผู้ที่มีหลักประกันทั้งแบบสิทธิสูง และสิทธิปานกลาง พบว่าร้อยละของผู้ที่ไม่มีหลักประกันมีความสัมพันธ์กับร้อยละของผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพสิทธิปานกลาง มากกว่าสิทธิสูง จังหวัดที่ยังมีผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอยู่มาก มักจะมีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพสิทธิปานกลางที่ต่ำ แต่อาจจะมีครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพสิทธิสูงที่สูงก็ได้



แผนภูมิที่ 4.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนผู้ไม่มีหลักประกัน กับสัดส่วนผู้ที่มีหลักประกันสิทธิสูงและปานกลาง

หลังจากที่รัฐบาลมีนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพน่าจะใกล้เคียง 100% ในทุกจังหวัด แต่ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิสูง น่าจะไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เนื่องจากตัวเลขข้าราชการ และผู้ประกันตน มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แสดงว่ายังอาจจะมีความเหลื่อมล้ำทางด้านสิทธิประโยชน์อยู่ในระดับหนึ่ง

หากพิจารณาผลกระทบ ของหลักประกันสุขภาพของประชาชน ที่มีต่อการกระจายด้านสุขภาพของครัวเรือน (ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมด) พบว่า การกระจายของภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน มีความแตกต่างไปจากการกระจายของหลักประกันสุขภาพ และข้อมูลทั้ง 2 ส่วนนี้ไม่มีความสัมพันธ์กัน แสดงว่าการประกันสุขภาพ อาจจะไม่ได้อัดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพลงได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากยังมีรายจ่ายอื่นๆ ที่หลักประกันสุขภาพยังครอบคลุมไม่ถึง เช่น บริการเอกชน ร้านขายยา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการไปใช้บริการ



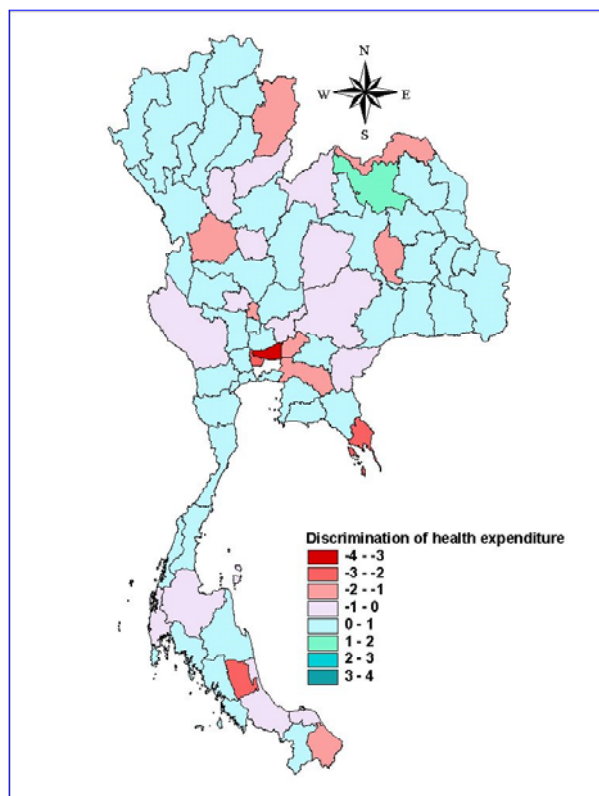
แผนภูมิที่ 4.4 แสดงการกระจายของภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน ปี 2541 มีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ 2.94% (จังหวัดเพชรบุรี) ถึง 8.24% (จังหวัด หนองคาย) แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังคงมีรายจ่ายด้านสุขภาพอยู่ ถึงแม้ว่าจะมีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพสูงแล้วก็ตาม

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า โอกาสในการเข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรคทางการเงินนั้น มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด แต่จังหวัดที่มีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพน้อย ก็อาจจะไม่ได้หมายความว่าประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของประชาชนในจังหวัดนั้นๆ ด้วย แต่ถึงอย่างไรประชาชนในจังหวัดดังกล่าวก็ยังคงมีความเสี่ยงที่จะประสบปัญหาทางการเงิน มากกว่าจังหวัดที่มีหลักประกันสุขภาพสูง

4.2. ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพระหว่างประชาชนแต่ละกลุ่ม

เมื่อพิจารณาถึงความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน หรือการคลังสุขภาพในความเป็นธรรมที่ 5 ที่ต้องการถึงแสดงถึงความแตกต่างของภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ ระหว่างคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกันนั้น ดัชนีที่จะบ่งชี้ถึงปัญหานี้ได้ดีคือ ดัชนีคัควานี ซึ่งมีการคำนวณในระดับประเทศ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ดัชนีดังกล่าวยังไม่มีข้อมูลที่เพียงพอในการคำนวณระดับจังหวัด ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ จึงได้ประยุกต์เอาข้อมูล จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยการเปรียบเทียบระหว่างภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของคนที่ไม่มียาชีพ กับคนที่มีอาชีพธุรกิจเอกชน เพื่อดูว่าภาระรายจ่ายแตกต่างกันมากหรือไม่ พบว่าความแตกต่างดังกล่าวมีตั้งแต่ 0.24 เท่า ถึง 13.01 เท่า โดยที่จังหวัดส่วนใหญ่ (81.3%) มีความแตกต่างมากกว่า 1 แปลว่าส่วนใหญ่คนที่ไม่มียาชีพ มีภาระรายจ่ายสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอาชีพธุรกิจเอกชน โดยมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างดังกล่าวอยู่ที่ 2.71 เท่า⁽²⁶⁾ แสดงว่าประชาชนแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันทางด้านภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ ถ้าคนจนมีภาระรายจ่ายมาก ก็จะไปสู่ปัญหาของการเข้าถึงบริการในที่สุด แต่จำกัดของข้อมูลนี้ก็คือเป็นการพิจารณาเฉพาะรายจ่ายที่จ่ายจากกระเป๋าเท่านั้น ไม่ได้รวมถึงภาษีที่ประชาชนจ่ายเข้าเป็นงบประมาณของรัฐ



แผนภูมิที่ 4.5 แสดงการกระจายของความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ไม่มียาชีพกับกลุ่มที่มีอาชีพธุรกิจเอกชน

4.3. บทสรุปความเป็นธรรม ด้านการจ่ายเงิน

จากข้อมูลจะเห็นว่ามีความแตกต่างกันของโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงินอยู่บ้างระหว่างจังหวัด แต่ปัญหาดังกล่าวน่าจะลดลงเมื่อประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนอาจจะยังคงเป็นปัญหาอยู่ เนื่องจากหลักประกันสุขภาพดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด

หากนำเอาคะแนนที่ได้ในแต่ละตัวชี้วัดมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มย่อย ในความเป็นธรรมที่ 2 และความเป็นธรรมที่ 5 นี้ แล้วนำคะแนนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มมาหาค่าเฉลี่ยรวมอีกครั้ง จะสามารถเรียงลำดับจังหวัดที่มีคะแนนจากมากไปน้อยได้ โดยเลือกแสดงเฉพาะ 3 อันดับแรก และ 3 อันดับสุดท้าย ดังนี้

4 . 1 แสดงคะแนนความเป็นธรรมของกลุ่มดัชนีชี้วัด ในความเป็นธรรมที่ 2 และ 5 เฉพาะ 3 ลำดับแรก และ 3

ความเป็นธรรมที่ 2 อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกัน

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	แพร่	เลย	น่าน		สุพรรณบุรี	ฉะเชิงเทรา	หนองคาย
1. ความครอบคลุมหลักประกัน	1.24	1.29	1.68		-0.21	-0.27	-0.17
2. อัตราส่วนของหลักประกัน	1.11	2.29	2.98		-0.38	-0.13	-0.61
3. ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ	2.04	0.53	-0.63		-2.47	-2.80	-3.27
รวม Benchmark 2	1.46	1.37	1.34		-1.02	-1.07	-1.35

ความเป็นธรรมที่ 5 ความเท่าเทียมของการจ่ายเงิน

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	อุดรธานี	นครพนม	ตรัง		พัทลุง	ตราด	ปทุมธานี
1. ความแตกต่างของรายจ่าย	1.06	0.97	0.94		-2.20	-2.33	-4.45
รวม Benchmark 5	1.06	0.97	0.94		-2.20	-2.33	-4.45

ในส่วนของความเป็นธรรมที่ 2 นั้น ทั้งความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ และภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนนั้น มีผลต่อคะแนนเฉลี่ย ความแตกต่างของคะแนนด้านการะจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ค่อนข้างมีอิทธิพลสูงต่อคะแนนเฉลี่ย ในความเป็นธรรมที่ 2 โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับท้ายๆ จะได้รับอิทธิพลจากคะแนนภาระรายจ่ายด้านสุขภาพที่ติดลบ มากพอสมควร ดังนั้นอาจจะต้องพิจารณาคะแนนของแต่ละกลุ่มดัชนีย่อย ประกอบกันไปด้วย

๕

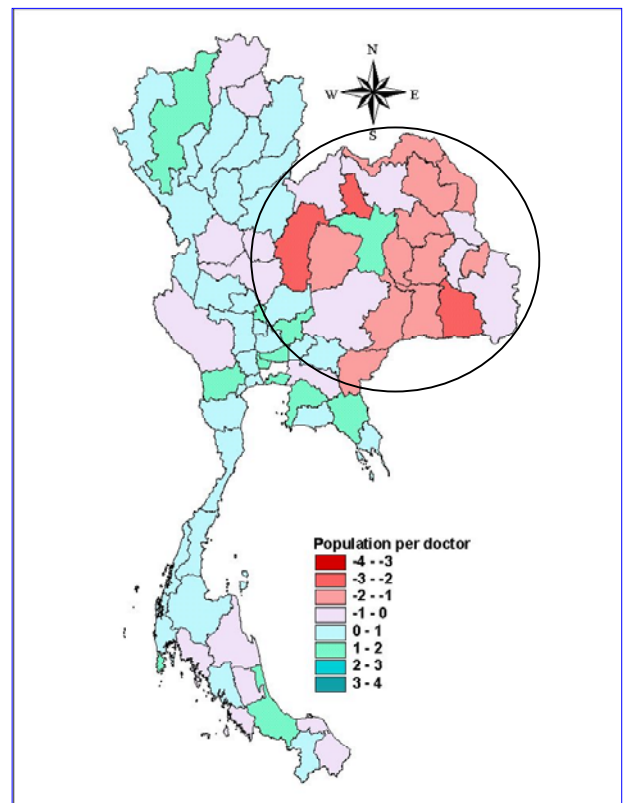
ความเป็นธรรม ด้านบริการสุขภาพ : ข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลความเป็นธรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นลักษณะการกระจายที่แตกต่างกันในประเด็นต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ยังอยู่บนกระบวนบริการสุขภาพ ในบทนี้จะแสดงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพโดยตรง โดยมีความเป็นธรรมที่เกี่ยวข้องอยู่หลายข้อด้วยกัน ได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 3 ว่าด้วย ปัจจัยอื่นนอกเหนือการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ ความเป็นธรรมที่ 4 ว่าด้วยความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ ความเป็นธรรมที่ 6 ว่าด้วยประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ความเป็นธรรมที่ 7 ว่าด้วยประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ และความเป็นธรรมที่ 9 ว่าด้วยความเป็นอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ โดยแหล่งข้อมูลส่วนใหญ่ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งจากสำนักนโยบายและแผน กองโรงพยาบาลภูมิภาค กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานประกันสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

5.1. การกระจายของทรัพยากรสุขภาพ

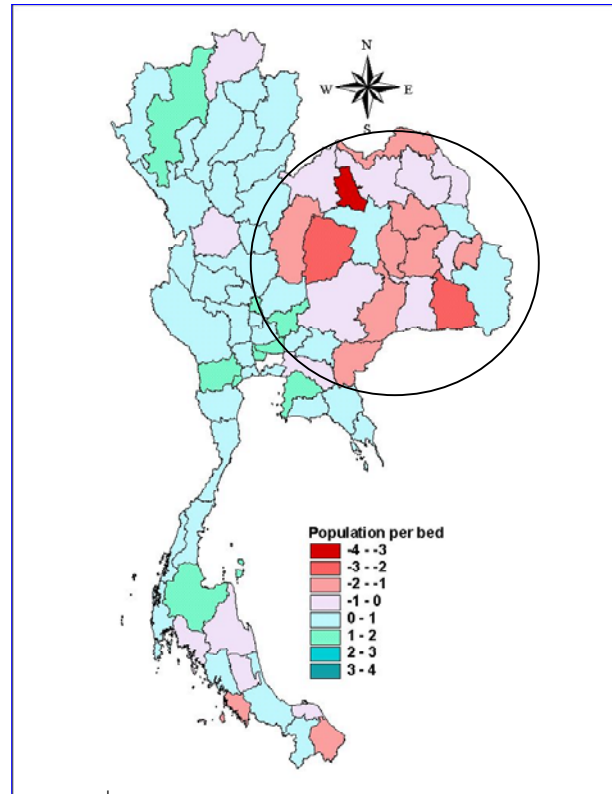
เป็นที่ประจักษ์กันมานานแล้วว่า ประเทศไทยยังมีปัญหาเรื่องการกระจายทรัพยากรสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ จากข้อมูลระดับประเทศพบว่า แพทย์ 1 คน ดูแลประชากร 3,654 คน โดยเฉลี่ย ในปี 2542 โดยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีความขาดแคลนแพทย์สูงสุด คือแพทย์ 1 คน ดูแลประชากร 8,110 คน ในปี 2542⁽¹⁴⁾ หากพิจารณาข้อมูลเป็นรายจังหวัด ก็พบความแตกต่างระหว่างจังหวัดต่างๆ ในภาคเดียวกัน โดยมีข้อสังเกตว่าจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์จะมีอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ค่อนข้างดี เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นในบริเวณเดียวกัน

นอกเหนือจากกรุงเทพแล้ว จังหวัดที่มีอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ต่ำที่สุด(ดีที่สุด) ได้แก่ จังหวัด เชียงใหม่ (1,884 คน) ปทุมธานี (2,149 คน) ชลบุรี (2,229 คน) สมุทรปราการ (2,264 คน) สงขลา (2,280 คน) สระบุรี (2,699 คน) ภูเก็ต (2,717 คน) และ ขอนแก่น (2,844 คน) โดยจังหวัดที่มีอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์สูงที่สุด (แย่ที่สุด) ได้แก่ จังหวัด ศรีสะเกษ (14,878 คน) เพชรบูรณ์ (14,123 คน) หนองบัวลำภู (14,079 คน) ชัยภูมิ (12,795 คน) ร้อยเอ็ด (12,345 คน) สุรินทร์ (11,326 คน) กาฬสินธุ์ (11,176 คน) และบุรีรัมย์ (10,915 คน) จะเห็นได้ว่าจังหวัดที่มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรดีที่สุด และแย่ที่สุดต่างกันถึง 8 เท่า



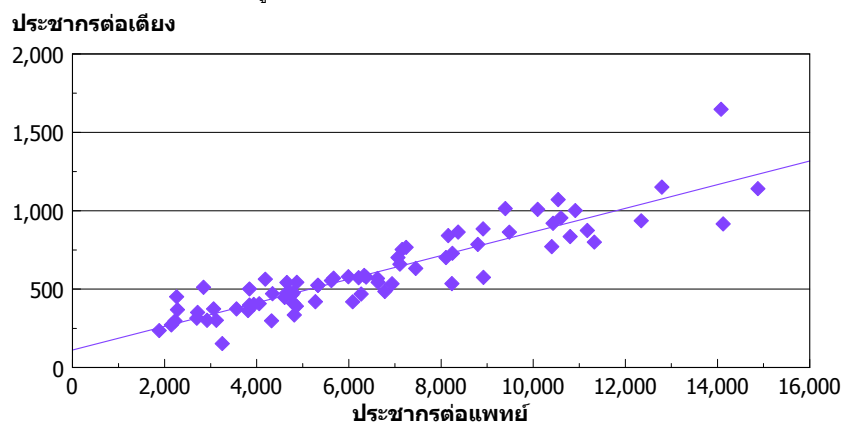
แผนภูมิที่ 5.1 แสดงการกระจายของอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์

ถ้าพิจารณาถึงจำนวนเตียงของสถานพยาบาลทั้งหมดต่อประชากร โดยคิดเป็นอัตราส่วนประชากรต่อเตียงแล้ว จะเห็นว่า การกระจายมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการกระจายของแพทย์ โดยจังหวัดที่มีเตียงต่อประชากรดีที่สุด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี (1เตียง : 152 คน) เชียงใหม่ (1เตียง : 235 คน) ปทุมธานี (1เตียง : 272 คน) ชลบุรี (1เตียง : 297 คน) และ สุราษฎร์ธานี (1เตียง : 297 คน) และสำหรับจังหวัดที่มีเตียงต่อประชากรน้อยที่สุด ได้แก่ จังหวัด หนองบัวลำภู (1เตียง : 1,647 คน) ชัยภูมิ (1เตียง : 1,151 คน) ศรีสะเกษ (1เตียง : 1,141 คน) มหาสารคาม (1เตียง : 1,070 คน) และนราธิวาส (1เตียง : 1,014 คน) จะเห็นว่าจังหวัดที่มีเตียงมากที่สุดและน้อยที่สุดแตกต่างกันถึง 11 เท่า โดยอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร และเตียงต่อประชากร มีความสัมพันธ์กันชัดเจน (สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ = 0.9077) ดังแผนภูมิที่ 5.3

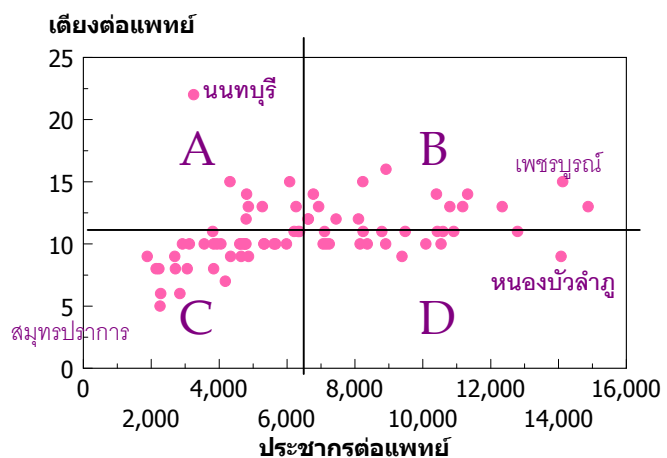


แผนภูมิที่ 5.2 แสดงการกระจายของอัตราส่วนประชากรต่อเตียง

แต่เมื่อพิจารณา อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำนวนเตียงต่อแพทย์แล้วจะพบว่า มีค่าระหว่าง 5.09 เตียง (สมุทรปราการ) ถึง 21.71 เตียง (นนทบุรี) ถ้าอัตราส่วนนี้สูง แปลว่ามีเตียงมากเมื่อเทียบกับแพทย์ ซึ่งอาจจะหมายถึงภาระที่แพทย์จะต้องดูแล โดยที่อัตราส่วนนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนประชากรต่อแพทย์ และเมื่อแบ่งกลุ่มจังหวัดออกเป็น 4 กลุ่ม โดยใช้เส้นค่าเฉลี่ยของอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และเส้นค่าเฉลี่ยของอัตราส่วนจำนวนเตียงต่อแพทย์ จะได้กลุ่ม A เป็นจังหวัดที่มีทั้งแพทย์มากและเตียงมาก (เมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์) กลุ่ม B มีแพทย์น้อยแต่มีเตียงมาก (เมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์) กลุ่ม C มีแพทย์มากแต่มีเตียงน้อย (เมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์) และกลุ่ม D มีแพทย์น้อยและมีเตียงน้อย (เมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์) แสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลกันของการกระจายทรัพยากรสุขภาพ

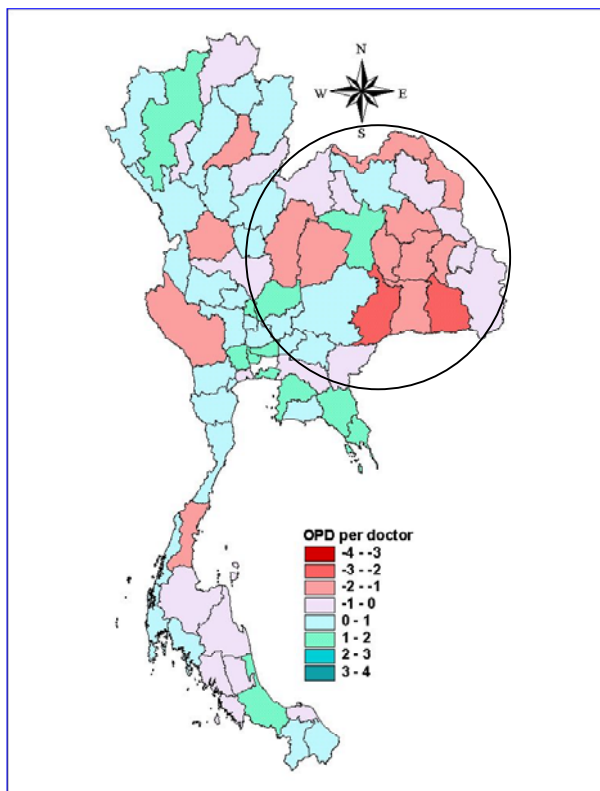


แผนภูมิที่ 5.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประชากรต่อแพทย์ กับประชากรต่อเตียง

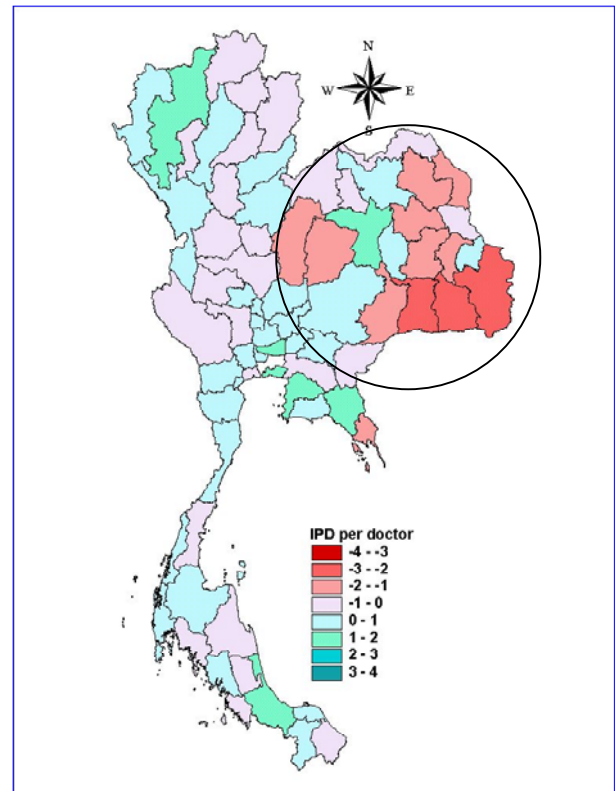


แผนภูมิที่ 5.4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประชากรต่อแพทย์ กับจำนวนเตียงต่อแพทย์ และกลุ่มจังหวัด 4 กลุ่ม

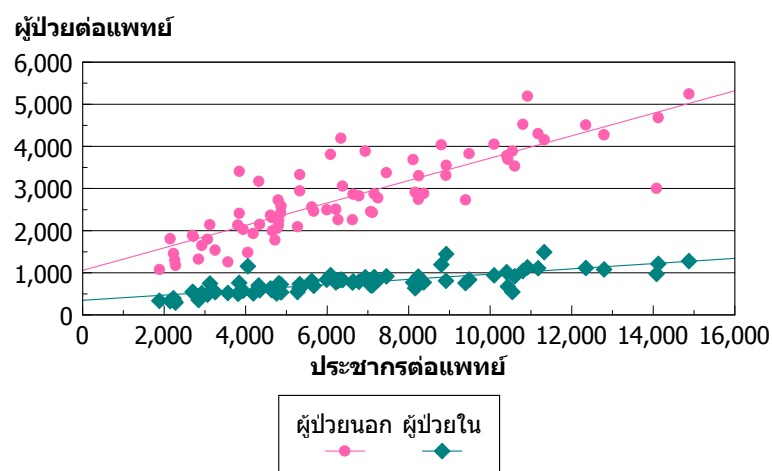
ความไม่สมดุลของการกระจายทรัพยากรดังกล่าว มีผลทำให้ภาระงานของบุคลากรในจังหวัดต่างๆแตกต่างกัน หากนำเอาจำนวนผู้ป่วยนอก และจำนวนผู้ป่วยใน มาหารด้วยจำนวนแพทย์ จะพบว่าการกระจายภาระงานของแพทย์ จะมีลักษณะคล้ายๆกับการกระจายจำนวนแพทย์ จังหวัดที่มีผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ต่ำสุดได้แก่ เชียงใหม่ (1,080 คน) สงขลา (1,178 คน) และนครปฐม (1,260 คน) จังหวัดที่มีผู้ป่วยในต่อแพทย์ต่ำสุดได้แก่ สงขลา (293 คน) สมุทรปราการ (324 คน) และปทุมธานี (328 คน) ส่วนจังหวัดที่มีผู้ป่วยนอกต่อแพทย์สูงสุดได้แก่ ศรีสะเกษ (5,244 คน) บุรีรัมย์ (5,192 คน) และเพชรบูรณ์ (4,682 คน) จังหวัดที่มีผู้ป่วยในต่อแพทย์สูงสุดได้แก่ สุรินทร์ (1,492 คน) อุบลราชธานี (1,445 คน) และศรีสะเกษ (1,279 คน) โดยอัตราส่วนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ และผู้ป่วยในต่อแพทย์ มีความสัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์อย่างชัดเจน (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.8518 และ 0.7777 ตามลำดับ)



แผนภูมิที่ 5.5 แสดงการกระจายของอัตราส่วนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์



แผนภูมิที่ 5.6 แสดงการกระจายของอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อแพทย์

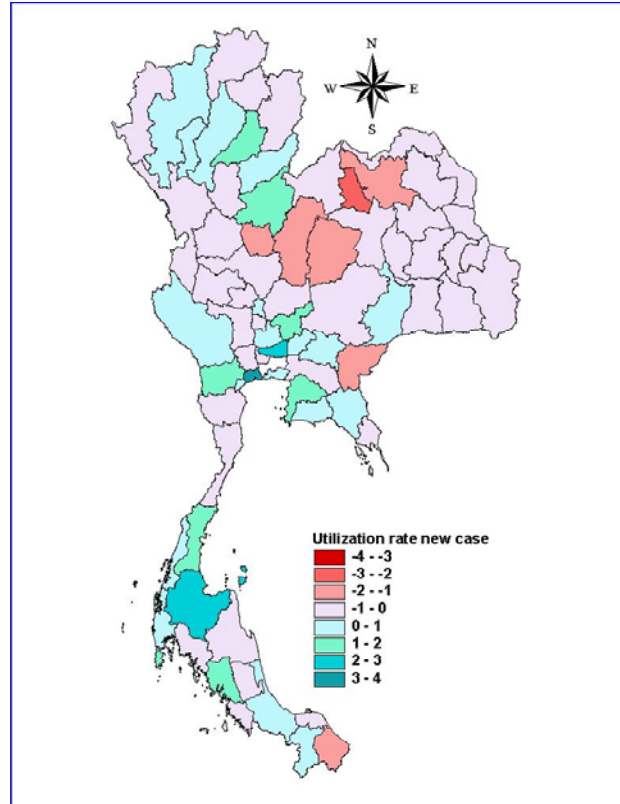


แผนภูมิที่ 5.7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ กับจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อแพทย์

5.2. การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ

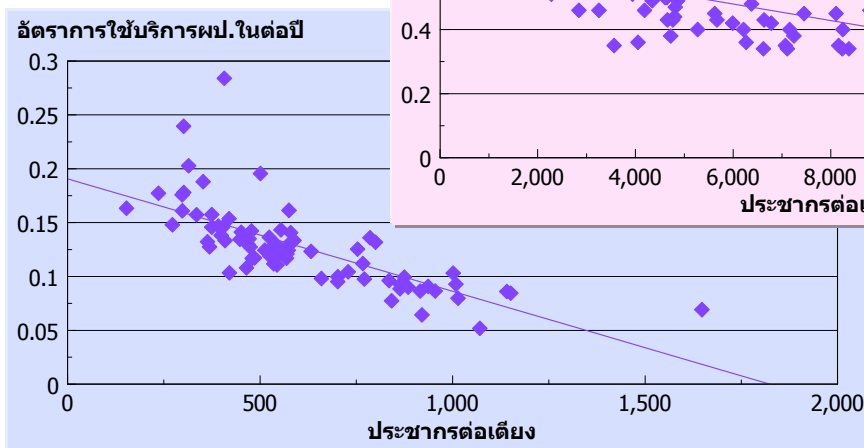
การให้บริการโดยรวม

จากความแตกต่างด้านการกระจายทรัพยากรสุขภาพ จะส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของประชาชนแตกต่างกัน จากข้อมูลของสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในระหว่างจังหวัดนั้นมีความแตกต่างกัน จากคำนวณ อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่ต่อปี (หมายถึงสัดส่วนประชากรที่ไปใช้บริการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีนั่นเอง) และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในรวม (จำนวนการนอนโรงพยาบาลหารด้วยจำนวนประชากรต่อปี)⁽¹⁴⁾ พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่สูงสุดได้แก่ สมุทรสาคร (0.87) ต่ำสุดได้แก่ หนองบัวลำภู (0.21) และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในรวมสูงสุดได้แก่ ตราด (28.4%) ต่ำสุดได้แก่ มหาสารคาม (5.2%) โดยที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกสัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จังหวัดที่มีแพทย์น้อยมีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนของประชากรที่ไปใช้บริการอย่างน้อย 1 ครั้ง น้อยตามไปด้วย (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = -0.6559) ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อเตียง จังหวัดที่เตียงน้อย มีแนวโน้มที่ไปใช้บริการผู้ป่วยในน้อยตามไปด้วย (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = -0.7239)

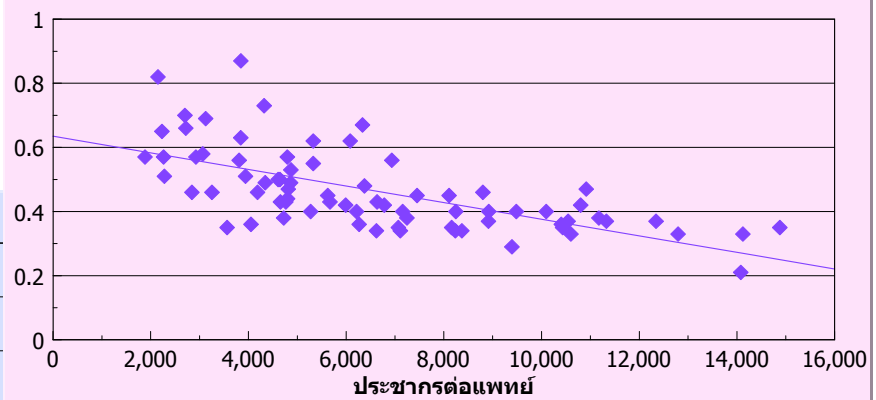


แผนภูมิที่ 5.8 แสดงการกระจายของอัตราการใช้บริการรายใหม่

แผนภูมิที่ 5.9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์กับอัตราการใช้บริการรายใหม่



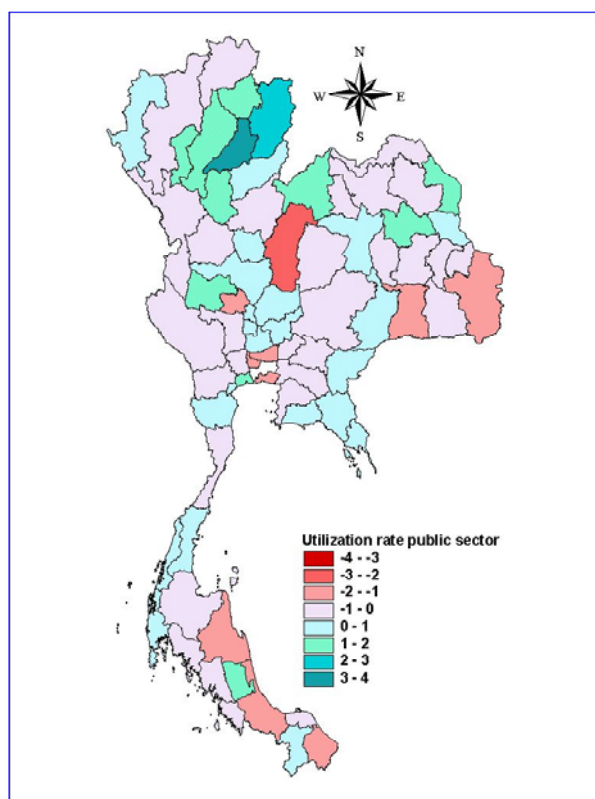
อัตราการใช้บริการผ.ป.นอกรายใหม่ต่อปี



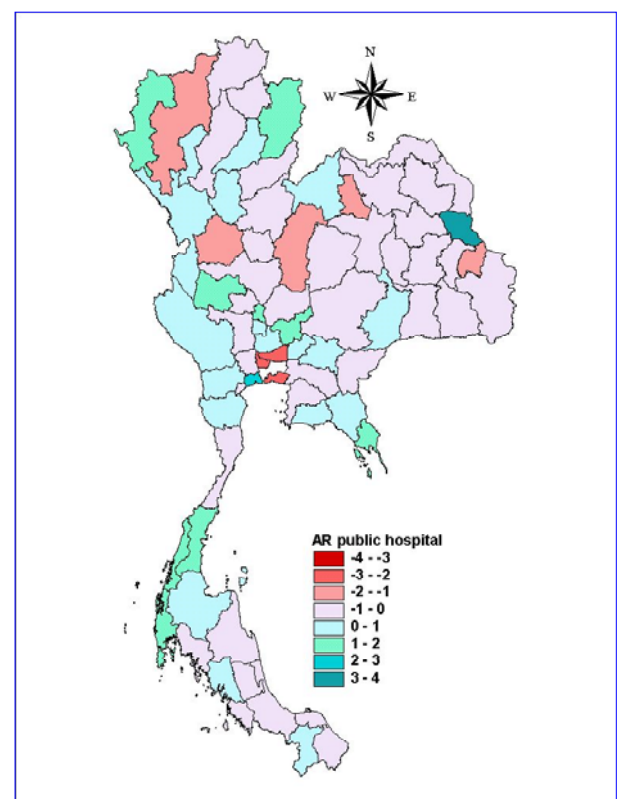
แผนภูมิที่ 5.10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนประชากรต่อเตียงกับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็น

เห็นถึงผลกระทบจากการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม จะทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการแตกต่างกันไปด้วย จังหวัดที่มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรต่ำกว่า 1 : 8,000 คน จะมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่ ต่ำกว่า 0.5 หมายถึงความว่ามีประชากรน้อยกว่า 50% ที่ไปใช้บริการในสถานบริการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ในขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนเตียงต่อประชากรต่ำกว่า 1 : 800 คน จะมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน ต่ำกว่า 10% คือมีประชากรน้อยกว่า 1 ใน 10 ที่มีการไปนอนที่โรงพยาบาล

หากมองเฉพาะการให้บริการในภาครัฐ ของกระทรวงสาธารณสุข (สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์)⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾ พบว่าอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก เป็นจำนวนครั้งต่อประชากร 1 คนต่อปี นั้นแตกต่างกันตั้งแต่ 1.13 ครั้งต่อคนต่อปี (เพชรบูรณ์) จนถึง 3.67 ครั้งต่อคนต่อปี (แพร่) และอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน เป็นจำนวนครั้งของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อประชากร 1 คนต่อปี มีความแตกต่างกันตั้งแต่ 4.86% (นนทบุรี) ถึง 20.25% (มุกดาหาร) การกระจายของการให้บริการภาครัฐทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นดังนี้



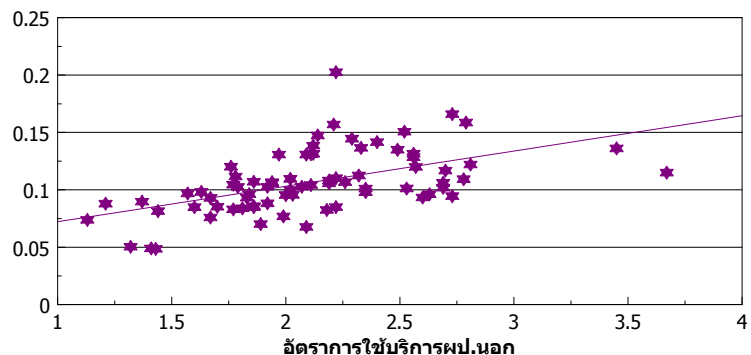
แผนภูมิที่ 5.11 แสดงการกระจายของอัตราการให้บริการผ.นอกภาครัฐ



แผนภูมิที่ 5.12 แสดงการกระจายของอัตราการให้บริการผ.ในภาครัฐ

อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก และอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลของรัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) มีความสัมพันธ์กัน จังหวัดที่มีการให้บริการผู้ป่วยนอกสูง มีแนวโน้มที่จะมีการให้บริการผู้ป่วยในสูงตามไปด้วย ดังแผนภูมิที่ 5.13

อัตราการให้บริการผ.ใน



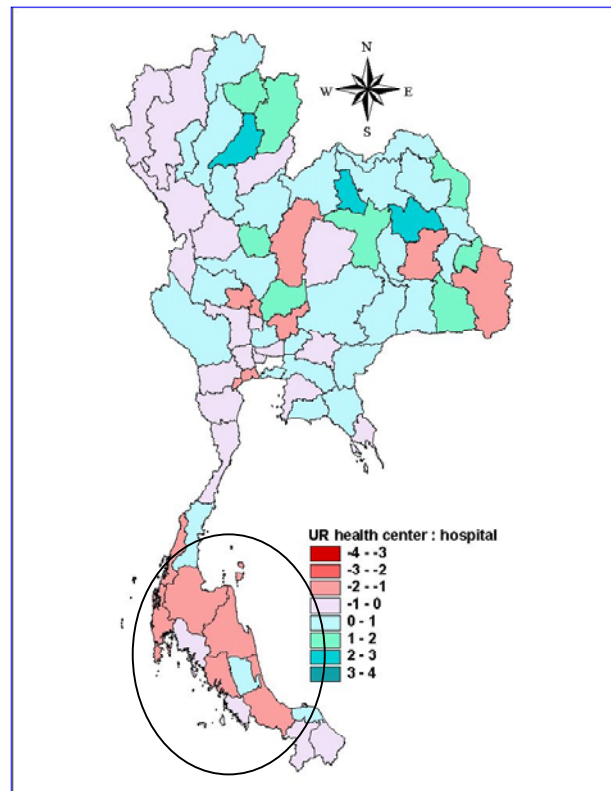
แผนภูมิที่ 5.13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการให้บริการผ.นอกและผ.ในภาครัฐ

การใช้บริการระดับต้น

การที่ประชาชนไปใช้บริการมาก น่าจะแสดงถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี ประชาชนมีโอกาสไปใช้บริการได้ตามความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานบริการระดับต้นที่อยู่ใกล้บ้านประชาชนมากที่สุด ถ้าหากมีการใช้บริการสถานบริการระดับต้นเหล่านี้มาก ก็จะหมายถึงระบบบริการสุขภาพมีความทั่วถึงมากขึ้นนั่นเอง ประชาชนไม่ต้องมาใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ สถานบริการระดับต้น จะหมายถึงสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ข้อมูลอัตราส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัยต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล จะเป็นดัชนีตัวหนึ่งซึ่งจะวัดถึงโอกาสและความนิยมในการใช้บริการที่สถานอนามัย การกระจายของอัตราส่วนดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับการกระจายของอัตราการใช้บริการของรัฐทั้งหมด ซึ่งก็หมายความว่าความแตกต่างของอัตราการใช้บริการ ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นมาจากการใช้บริการที่สถานอนามัยที่แตกต่างกันนั่นเอง

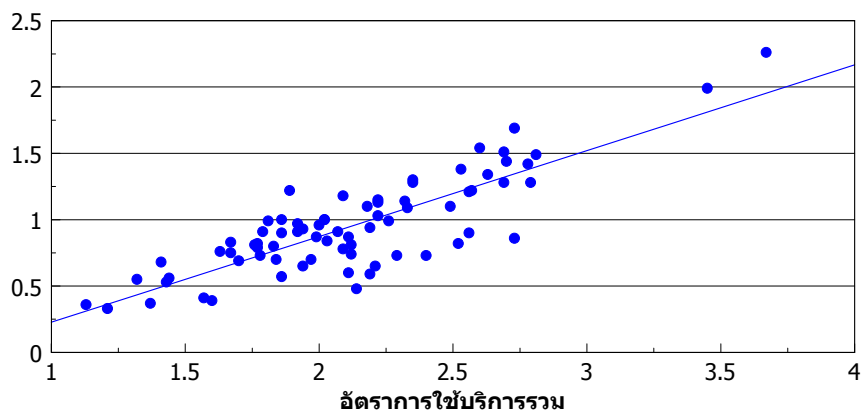
จังหวัดที่อัตราส่วนการใช้บริการที่สถานอนามัยต่อโรงพยาบาลสูงสุด ได้แก่ หนองบัวลำภู (1.82) กาฬสินธุ์ (1.63) และแพร่ (1.61) จังหวัดที่มีอัตราส่วนนี้ต่ำสุด ได้แก่ ภูเก็ต (0.29) ชัยนาท (0.32) และสงขลา (0.36) จะเห็นว่าเขตพื้นที่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ จะมีอัตราส่วนการใช้บริการสถานอนามัยต่อโรงพยาบาล สูงกว่าภาคอื่น โดยเฉพาะภาคใต้

หากดูความสัมพันธ์ ระหว่างอัตราการใช้บริการรวมกับอัตราการใช้บริการของสถานบริการระดับต่างๆ พบว่าอัตราการใช้บริการรวม มีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้บริการที่สถานอนามัย สูงกว่า อัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.8395) ดังแผนภูมิที่ 5.15



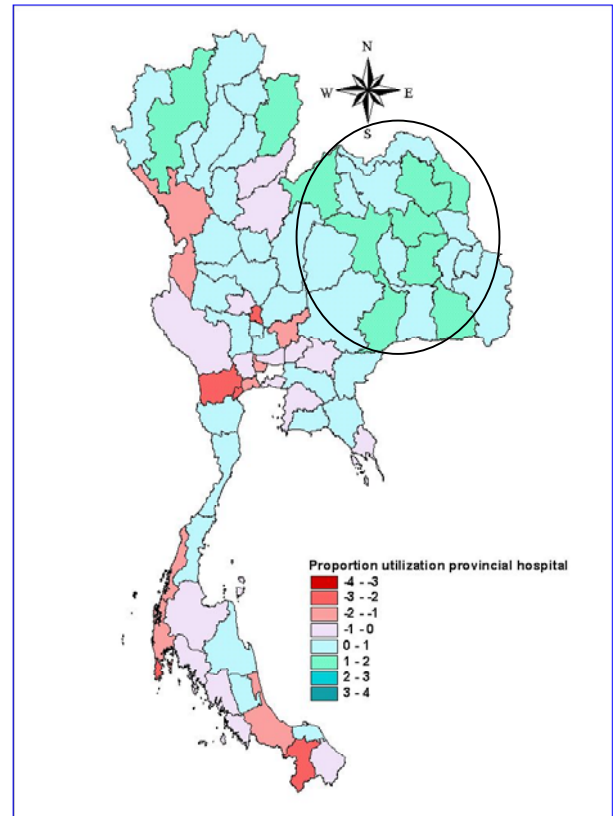
แผนภูมิที่ 5.14 แสดงการกระจายของอัตราส่วนการใช้บริการสถานอนามัยต่อโรงพยาบาล

อัตราการใช้บริการสถานอนามัย



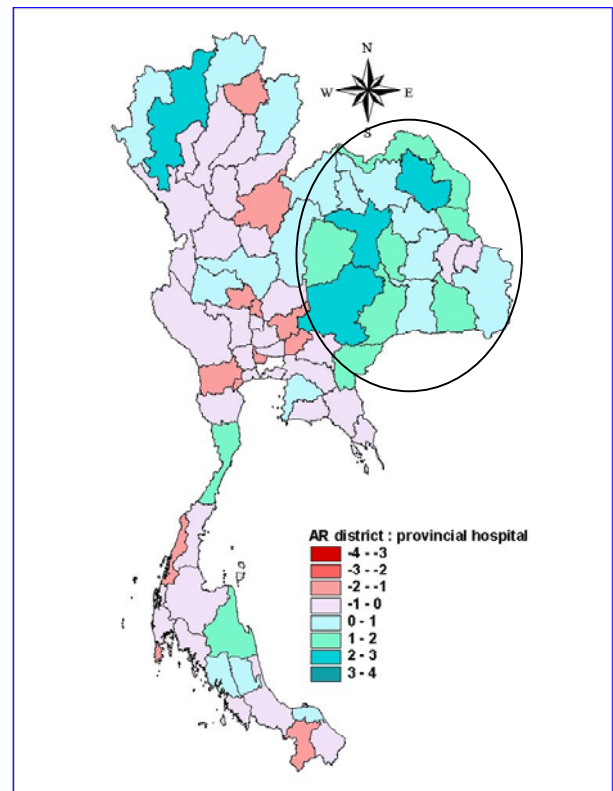
แผนภูมิที่ 5.15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการรวม กับอัตราการใช้บริการที่สถานอนามัย

สัดส่วนการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ต่อการใช้บริการทั้งหมด จะเป็นตัวบอกว่า ประชาชนไปใช้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากน้อยเพียงใด หากมากก็แสดงว่าประชาชนมีโอกาสใช้ สถานบริการระดับต้นน้อย ทำให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งจะสืบเนื่องมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน จังหวัดที่มีสัดส่วนการใช้บริการที่รพ.ศูนย์และรพ.ทั่วไป ต่ำสุด ได้แก่ กาฬสินธุ์ (6.27%) ศรีสะเกษ (8.01%) บุรีรัมย์ (8.75%) ร้อยเอ็ด (8.95%) และสกลนคร (9.04%) สำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนการใช้บริการที่รพ.ศูนย์และรพ.ทั่วไปสูงสุด ได้แก่ ภูเก็ต (48.59%) ยะลา (47.80%) สิงห์บุรี (46.78%) สมุทรสงคราม (45.20%) และราชบุรี (44.61%) ส่วนใหญ่แล้วจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือจะมีสัดส่วนการใช้บริการที่รพ.ศูนย์และรพ.ทั่วไป ต่ำกว่าภาคกลางและภาคใต้



แผนภูมิที่ 5.16 แสดงการกระจายของสัดส่วนการใช้บริการที่รพ.จังหวัด

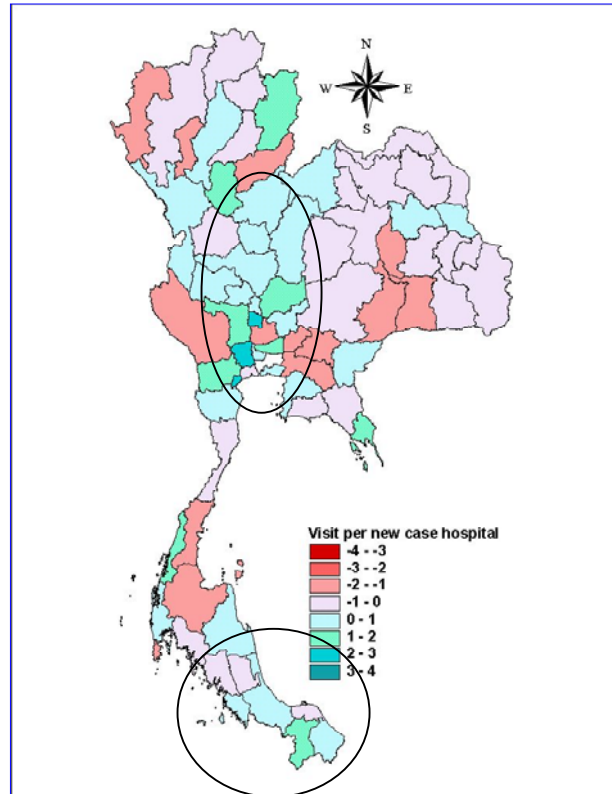
อัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อการนอนโรงพยาบาลจังหวัด ก็เป็นอีกข้อมูลหนึ่งที่บอกว่า ในการนอนโรงพยาบาลนั้น ประชาชนมีโอกาสนอนรักษาที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้บ้านมากน้อยเพียงใด หากอัตราส่วนนี้มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าประชาชนไปนอนรักษาที่รพ.ชุมชน มากกว่ารพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป จังหวัดที่มีอัตราส่วนนี้สูงสุด ได้แก่ นครราชสีมา (2.84) ขอนแก่น (2.61) สกลนคร (2.60) เชียงใหม่ (2.58) และศรีสะเกษ (2.47) จังหวัดที่มีอัตราส่วนนี้ต่ำสุด ได้แก่ ราชบุรี (0.21) สิงห์บุรี (0.27) ภูเก็ต (0.32) พะเยา (0.33) และยะลา (0.35) จังหวัดที่มีอัตราส่วนนี้สูง ส่วนใหญ่อยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



แผนภูมิที่ 5.17 แสดงการกระจายของอัตราส่วนการนอนรพ.ชุมชนต่อรพ.จังหวัด

ความต่อเนื่องของบริการ

การดูความต่อเนื่องของการใช้บริการ อาจจะได้จากความถี่หรือจำนวนครั้งเฉลี่ยต่อผู้ป่วยนอกรายใหม่ ในโรงพยาบาล ในปีนั้นๆ ว่าผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการนั้น มาใช้บริการโดยเฉลี่ยกี่ครั้งต่อปี ถ้ามีจำนวนครั้งมากแสดงว่าผู้ป่วยมารับบริการหลายครั้ง ซึ่งอาจจะบ่งบอกถึงความต่อเนื่องของการมารับบริการ หรืออาจจะบอกว่าส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้ป่วยประเภทเรื้อรัง จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จังหวัดที่มีความถี่ดังกล่าวสูงสุดได้แก่ นครปฐม (4.19) อ่างทอง (4.09) และสมุทรสงคราม (3.86) จังหวัดที่มีความถี่ต่ำสุดได้แก่ พระนครศรีอยุธยา (2.15) ภูเก็ต (2.16) และนครนายก (2.20) จังหวัดส่วนใหญ่ที่มีความถี่ในการรับบริการโรงพยาบาลสูง ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลางและภาคใต้ แต่อย่างไรก็ดีข้อมูลดังกล่าวของแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันไม่มากนัก



แผนภูมิที่ 5.18 แสดงการกระจายของจำนวนครั้งเฉลี่ยต่อผู้ป่วยนอกรายใหม่

ข้อมูลอัตราการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลจังหวัด อาจจะบ่งชี้ถึง โอกาสของผู้ป่วยในการได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง ว่ามีมากน้อยเพียงใด หากอัตราการส่งต่อสูงแสดงว่าผู้ป่วยจะต้องมารักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ไกลบ้านมากขึ้น แต่สำหรับในข้อนี้ การตีความอาจจะตรงกันข้ามก็ได้ การส่งต่อที่สูงอาจจะหมายถึงการมีระบบที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้รับการในระดับที่สูงขึ้น อย่างเหมาะสมก็ได้ ซึ่งก็จะเสริมในเรื่องของความต่อเนื่องของบริการ อัตราการส่งต่อแตกต่างกันตั้งแต่ 0.28% (สมุทรสาคร) จนถึง 3.55% (ลำปาง)

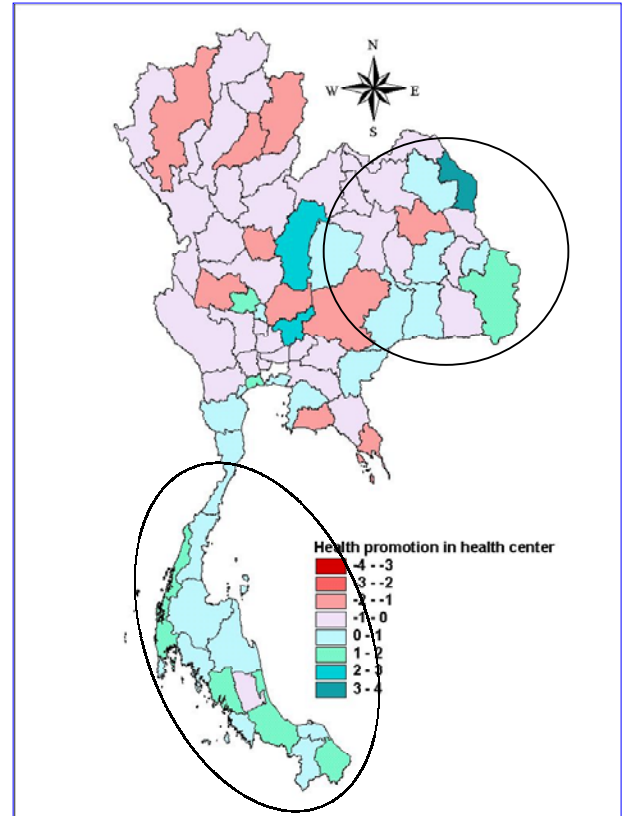
ความผสมผสานของบริการ

ประเด็นนี้จะชี้ให้เห็นบริการสุขภาพในสถานบริการนั้น ว่ามีการเน้นบริการที่พึงให้ในสถานบริการระดับนั้นๆ อย่างเหมาะสมเพียงใด ตัวอย่างเช่น สถานบริการระดับปฐมภูมิ เช่นที่สถานีอนามัย บริการที่ควรเน้นน่าจะเป็นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นบริการที่เน้นความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของสถานีอนามัย ส่วนโรงพยาบาลจังหวัด ก็ควรเน้นบริการระดับที่ต้องใช้ความชำนาญที่สูงขึ้น เช่นบริการด้านการผ่าตัด ที่ไม่สามารถทำได้ในสถานบริการระดับอื่น

สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในประเภทศัลยกรรม ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จะแสดงถึงศักยภาพของโรงพยาบาลในจังหวัดนั้นๆว่า สามารถให้บริการผ่าตัดได้มากน้อยเพียงใด จังหวัดที่สัดส่วนผู้ป่วยศัลยกรรม มากที่สุดได้แก่ ขอนแก่น (42.18%) เชียงราย (32.61%) และอุบลราชธานี (27.92%) จังหวัดที่มีผู้ป่วยศัลยกรรมน้อยที่สุด ได้แก่ ศรีสะเกษ (10.62%) ยะลา (12.72%) และสตูล (12.79%) ส่วนใหญ่จังหวัดที่มีการผ่าตัดมากมักจะเป็นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์

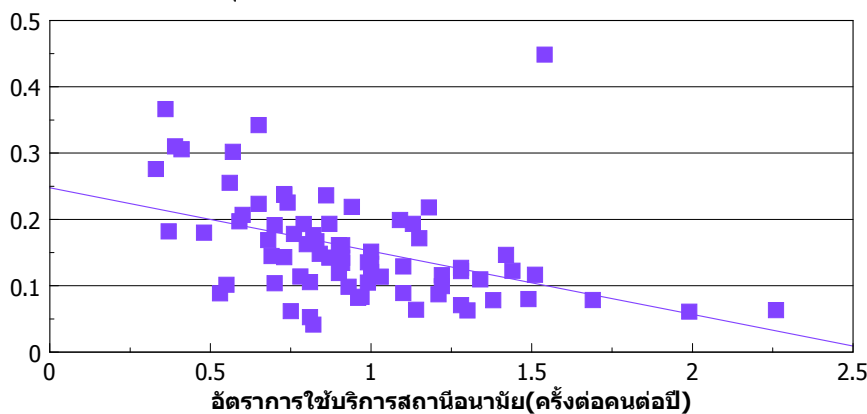
สำหรับสัดส่วนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในสถานีนอนามัยนั้น จะบอกถึงน้ำหนักการให้บริการของสถานีนอนามัย ว่าเน้นไปที่บริการด้านส่งเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด จังหวัดที่สถานีนอนามัยให้บริการส่งเสริมสุขภาพในสัดส่วนสูงสุด ได้แก่ นครพนม (44.86%) เพชรบูรณ์ (36.64%) และสระบุรี (34.24%) จังหวัดที่มีสัดส่วนต่ำสุด ได้แก่ นครราชสีมา (4.15%) ตรวาท (5.28%) และน่าน (6.11%) ส่วนใหญ่จังหวัดทางภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีสัดส่วนที่สูงกว่าภาคกลางและภาคเหนือ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการให้บริการที่สถานีนอนามัย (ครั้งต่อคนต่อปี) กับสัดส่วนการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ พบว่าจังหวัดที่มีอัตราการให้บริการที่สถานีนอนามัยสูง มีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนบริการด้านส่งเสริมสุขภาพที่ต่ำลง แสดงว่าจำนวนบริการที่มากขึ้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นบริการด้านรักษาพยาบาล ยกเว้นจังหวัดนครพนม ที่มีอัตราการให้บริการค่อนข้างสูง และมีสัดส่วนบริการด้านส่งเสริมสุขภาพที่สูงที่สุด ดังแผนภูมิที่ 5.20



แผนภูมิที่ 5.19 แสดงการกระจายของสัดส่วนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพของสถานีนอนามัย

สัดส่วนบริการส่งเสริมสุขภาพ



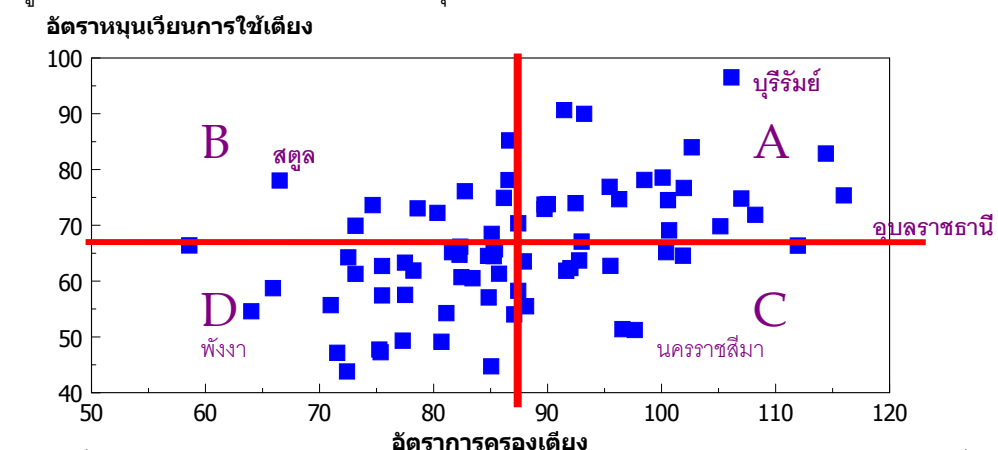
แผนภูมิที่ 5.20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการให้บริการที่สถานีนอนามัย กับสัดส่วนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่สถานีนอนามัย

5.3. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ

ด้านประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ อาจมองในประเด็นที่ว่า การให้บริการของสถานบริการนั้น มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ค่าใช้จ่ายของบริการที่สูงขึ้นมากเกินความจำเป็นหรือไม่ และผลลัพธ์เชิงคุณภาพของบริการนั้นเป็นอย่างไร ประเด็นที่ว่ามากเกินความจำเป็นหรือไม่นั้นค่อนข้างจะยากในการที่จะขีดเส้นว่าตรงไหนคือค่าที่เหมาะสม และทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงได้โดยผู้ให้บริการนั้นให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ดังนั้นการวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่นั้น จึงเป็นข้อมูลเชิงสัมพัทธ์ มิใช่เชิงสัมบูรณ์ คืออาจจะไม่สามารถระบุไปได้อย่างชัดเจนเลยว่า ตรงไหนคือจุดที่เหมาะสม แต่จะบอกได้แต่เพียงว่าตรงไหนคือค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ในการวิเคราะห์เรื่องความเป็นธรรมด้านประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ จะแบ่งออกเป็น ประสิทธิภาพการใช้เตียง ลักษณะการให้บริการผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ และคุณภาพบริการ โดยจะยกตัวอย่างดัชนีชี้วัดมาเพียงบางตัวในวิเคราะห์

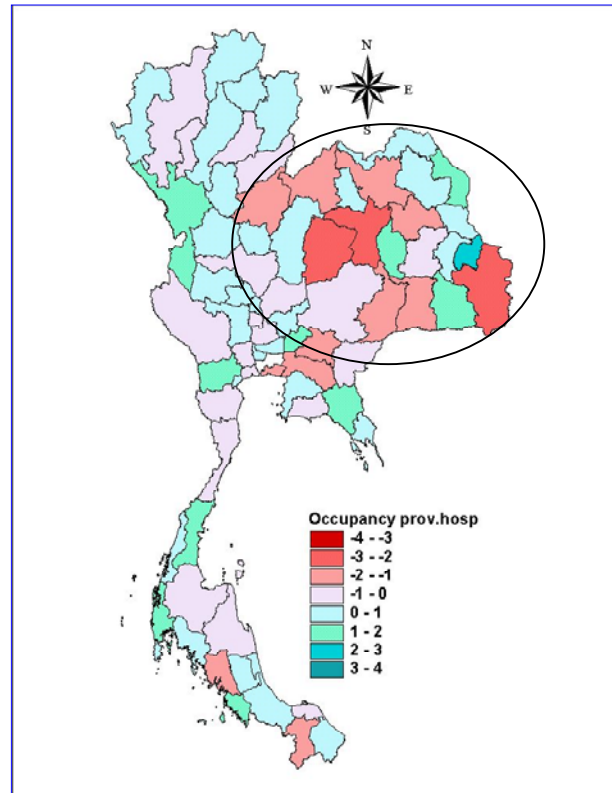
ประสิทธิภาพการใช้เตียง

มองในแง่ของผลรวมของการใช้เตียง โดยการพิจารณาว่าหากมีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แล้วมีภาวะที่เตียงแน่น คือมีอัตราการใช้เตียง (Bed occupancy ratio) ที่สูงนั้น ไม่น่าจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย อาจจะสะท้อนถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ กับทรัพยากรที่มี ถ้าหากทรัพยากรเพียงพอ อัตราการใช้เตียงควรจะอยู่ในระดับที่เหมาะสม การพิจารณาประเด็นนี้ อาจพิจารณาควบคู่ไปกับการดูอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียง (Bed turnover rate) ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้ป่วยในต่อจำนวนเตียง เพื่อดูว่าเตียงหนึ่งๆนั้น มีผู้ป่วยหมุนเวียนมาใช้กี่คนในหนึ่งปี ถ้าหากอัตราการใช้เตียงสูง และอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงสูง ก็แปลว่ามีผู้ป่วยในจำนวนมาก โดยอาจจะมีการนอนที่ค่อนข้างนาน ดังนั้นจำนวนเตียงในกรณีนี้ อาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการ (กรณี A) ถ้าอัตราการใช้เตียงต่ำ แต่อัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงสูง แปลว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง ซึ่งอาจจะรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ การรับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยในอาจจะไม่เหมาะสม (กรณี B) ในขณะที่ถ้าหากอัตราการใช้เตียงสูง แต่อัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงต่ำ อาจจะแปลว่าผู้ป่วยที่รับไว้ก็นอนนาน ซึ่งอาจจะนานเกินความจำเป็น หรืออาจจะหมายถึงภาวะโรคที่รุนแรงก็ได้ (กรณี C) แต่สำหรับกรณีที่ทั้งอัตราการใช้เตียงและอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงต่ำทั้งคู่ น่าจะแปลว่าเตียงที่มีอยู่นั้นอาจจะมากเกินความจำเป็น คือมีการใช้บริการที่น้อย (กรณี D) หากวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้เตียงกับอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียง จะพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่จากแผนภูมิเราสามารถแบ่งจังหวัดออกเป็นกลุ่ม ตามกรณีทั้ง 4 ได้โดยใช้เส้นค่าเฉลี่ยในการแบ่ง



แผนภูมิที่ 5.21 แสดงอัตราการใช้เตียงและอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

ข้อมูลดังกล่าว เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีจังหวัดอยู่กลุ่มหนึ่ง ที่มีผู้ป่วยในค่อนข้างแน่น (กลุ่ม A) ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่ง ผู้ป่วยในค่อนข้างว่าง (กลุ่ม D) ในที่นี้ กรณีที่น่าจะดีที่สุด น่าจะเป็นกรณี B ที่มีการใช้เตียงสูงจากจำนวนผู้ป่วย แต่มีการนอนที่ไม่แน่นอน ทำให้การใช้เตียงไม่หนาแน่นมากนัก พอที่จะมีเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยได้อีก หากมองในแง่ของอัตราการครองเตียงอย่างเดียว จะพบว่าความหนาแน่นของการใช้เตียง ส่วนใหญ่อยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสูงสุด ได้แก่ อุบลราชธานี (115.8%) ชัยภูมิ (114.4%) และขอนแก่น (111.9%) ต่ำสุดได้แก่ อำนาจเจริญ (58.6%) พังงา (64.0%) และชุมพร (65.9%)



แผนภูมิที่ 5.22 แสดงการกระจายของอัตราการครองเตียงรพ.จังหวัด

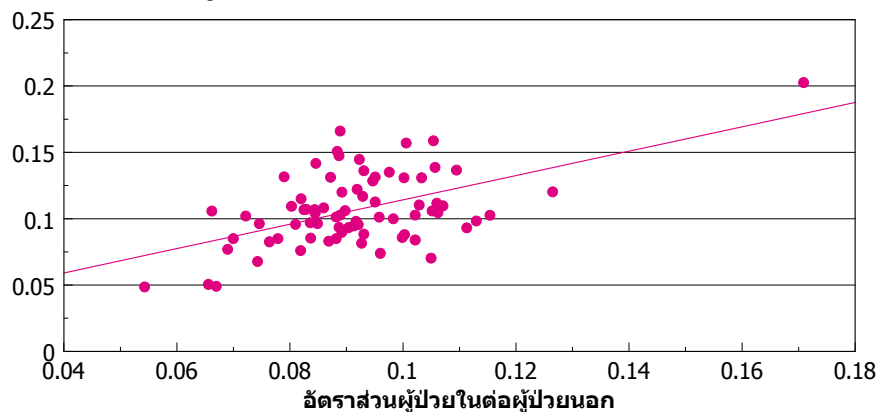
ลักษณะการบริการผู้ป่วยใน

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจะเป็นตัวบอกแนวโน้มการให้บริการของสถานบริการ โดยมีดัชนีชี้วัดทั้งด้านสัดส่วนในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับผู้ป่วยนอกทั้งหมด ซึ่งจะเป็นตัวบอกแนวโน้มในการรับผู้ป่วยไว้รักษา ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยใน จะบอกถึงลักษณะของโรคที่รับไว้รักษาว่าเป็นโรคที่รุนแรง และต้องใช้เวลาการรักษาที่แพงหรือไม่ ถ้าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงแปลว่าเป็นโรคที่ค่อนข้างรุนแรง จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีการใช้ จำนวนวันนอนเฉลี่ย ซึ่งจะเป็นตัวบอกว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนนานหรือไม่ ข้อมูลทั้ง 3 ตัวอาจจะบอกได้คร่าวๆ ถึงความเหมาะสมในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

สัดส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ถ้าสูงแสดงว่าสถานบริการมีแนวโน้มที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น จังหวัดที่มี

สัดส่วนการรับผู้ป่วยในสูงสุด ได้แก่ มุกดาหาร (17.1%) นครนายก (12.6%) และมหาสารคาม (11.5%) ต่ำสุดได้แก่ นนทบุรี (5.4%) ปทุมธานี (6.5%) และสมุทรสงคราม (6.6%)

อัตราการให้บริการผู้ป่วยใน

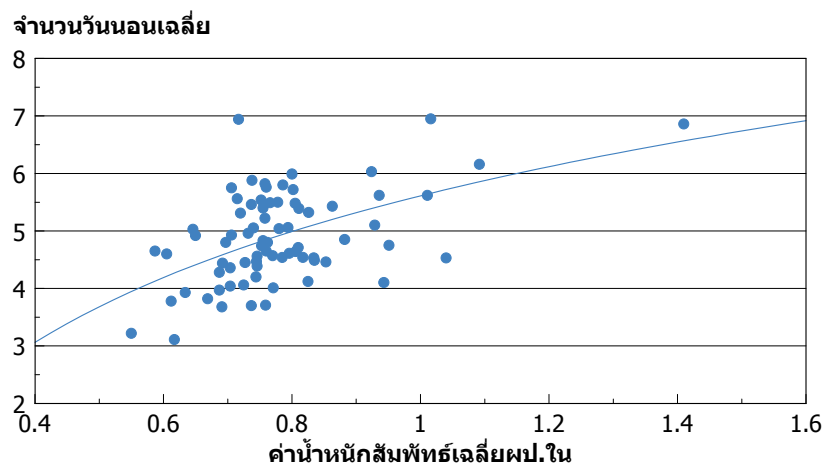


แผนภูมิที่ 5.23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก กับอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน

หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนการรับผู้ป่วยใน กับอัตราการให้บริการผู้ป่วยในของประชาชน (ครั้งต่อคนต่อปี) พบว่าการที่โรงพยาบาลมีแนวโน้มในการรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน มีแนวโน้มที่จะทำให้อัตราการให้บริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ของประชาชนสูงขึ้นตามไปด้วย หมายความว่าอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน ของประชาชนที่สูงนั้น อาจเป็นผลมา้อัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลก็เป็นได้ ซึ่งอาจจะไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของประชาชนทั้งหมด

โดยหลักการแล้ว ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลรับไว้รักษาในโรงพยาบาลควรจะมีความจำเป็นที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล คือเป็นโรคที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งโรคดังกล่าวมักจะมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่สูง ดังนั้นการพิจารณาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย อาจจะพอบอกได้ถึงความเหมาะสมในการรับผู้ป่วยไว้รักษา และการให้การรักษแก่ผู้ป่วยนั้น ควรจะมีระยะเวลาในการนอนที่เหมาะสมด้วย คือไม่นานจนเกินไป และไม่สั้นจนทำให้ผู้ป่วยต้องมารักษาซ้ำเนื่องจากไม่หาย แต่โดยหลักการของประสิทธิภาพแล้ว มักจะเน้นไปที่การนอนด้วยระยะเวลาที่สั้นมากกว่าการนอนนานๆ เมื่อพิจารณา การกระจายตามพื้นที่ของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย และจำนวนวันนอนเฉลี่ยแล้ว จะพบว่ามีกระจายของปัญหาเป็นหย่อมๆ ไม่มีลักษณะการกระจายตามกลุ่มของจังหวัดที่ชัดเจน

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ปี 2542 (โดยตัดผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป็น 0 ออก) สูงสุดที่จังหวัด นครศรีธรรมราช (1.410) ขอนแก่น (1.092) และเชียงใหม่ (1.040) ต่ำสุดที่จังหวัด อำนาจเจริญ (0.550) สมุทรปราการ (0.587) และสระแก้ว (0.605) จำนวนวันนอนเฉลี่ยของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สูงสุดที่จังหวัดนครราชสีมา (6.95 วัน) สมุทรสงคราม (6.94 วัน) และนครศรีธรรมราช (6.86 วัน) ต่ำสุดที่จังหวัด สตูล (3.11 วัน) อำนาจเจริญ (3.22 วัน) และร้อยเอ็ด (3.68 วัน) เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย กับจำนวนวันนอนเฉลี่ยแล้ว จะพบว่า การมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยที่สูง มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันนอนนานขึ้นด้วย ดังนั้นจะเห็นการที่ผู้ป่วยนอนสั้นหรือนานนั้น ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น คืออาจจะจำเป็นต้องนอนนาน มิใช่เกิดจากพฤติกรรมกาให้บริการของสถานบริการแต่เพียงอย่างเดียว

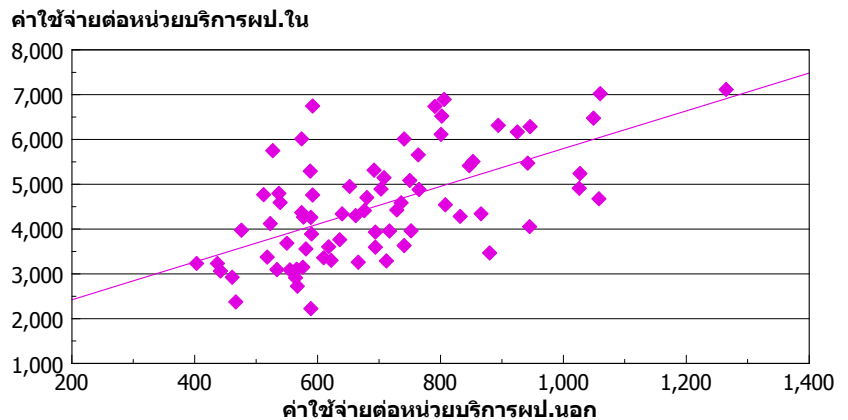


แผนภูมิที่ 5.24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยใน กับจำนวนวันนอนเฉลี่ย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ

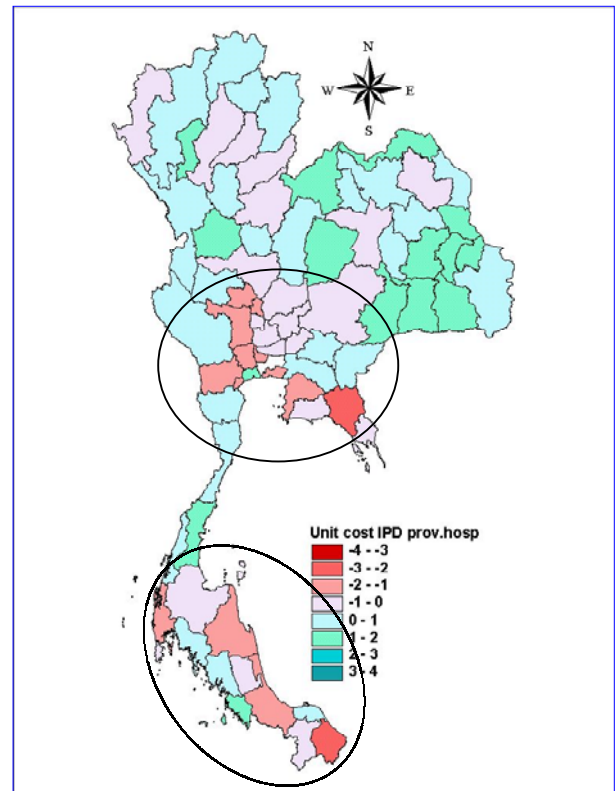
ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ เป็นการประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการแต่ละครั้งของสถานบริการ โดยการคำนวณนั้นใช้ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด (รวมเงินเดือนบุคลากร ค่าใช้จ่ายจากงบประมาณและเงินบำรุงทุกประเภท) ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มาคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหน่วยบริการ สำหรับผู้ป่วยนอก ใช้สัดส่วน 55% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด มาหารด้วยจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยใน ใช้สัดส่วน 45% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด มาหารด้วยจำนวนครั้งของผู้ป่วยใน จำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน และค่าน้ำหนักสัมพันธรวมของผู้ป่วยใน ก็จะได้ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ โดยประมาณ สำหรับสัดส่วน 55% ผู้ป่วยนอก 45% ผู้ป่วยใน นั้นอ้างอิงจากการคำนวณสัดส่วนค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยประกันสังคม

จังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกสูง มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยในสูงตามไปด้วย แสดงว่าจังหวัดเหล่านั้น มีค่าใช้จ่ายโดยรวม ในการให้บริการที่สูงกว่าจังหวัดอื่น ดังแผนภูมิที่ 5.25



แผนภูมิที่ 5.25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการผ.นอก กับค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการผ.ใน

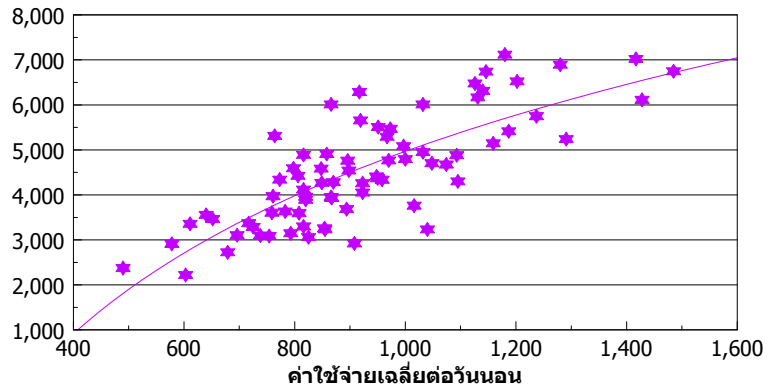
หากดูเฉพาะค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหน่วยบริการผู้ป่วยใน จะพบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ทางภาคตะวันออก เฉียงเหนือ และภาคเหนือ นั้น จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใน ต่ำกว่าจังหวัดในภาคกลางและภาคใต้ โดยจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สูงสุดได้แก่ จังหวัดจันทบุรี (7,118 บาท) นราธิวาส (7,023 บาท) และนครปฐม (6,894 บาท) ส่วนจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยใน ต่ำสุดได้แก่ ร้อยเอ็ด (2,222 บาท) สุรินทร์ (2,375 บาท) และบุรีรัมย์ (2,725 บาท) ความแตกต่างระหว่างสูงสุดและต่ำสุด ประมาณ 3 เท่า ปัจจัยที่ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อบริการต่างกันนั้น อาจจะเป็นได้ด้วยหลายปัจจัย ทั้งนี้เนื่องจากได้รวมเงินเดือนบุคลากรมาไว้ด้วย ซึ่งอาจทำให้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่างกันเนื่องจากบุคลากรทางภาคกลางและภาคใต้ มักจะมีจำนวนมากกว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ หากเทียบในขนาดของสถานบริการที่ใกล้เคียงกัน



แผนภูมิที่ 5.26 แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการผ.ใน

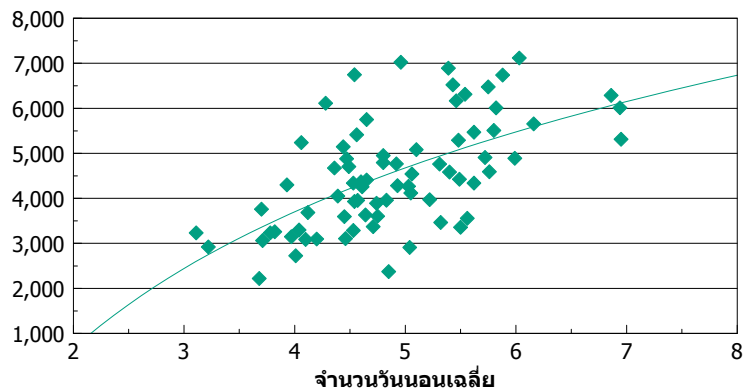
ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของผู้ป่วยใน อาจได้รับอิทธิพลจากค่าใช้จ่ายต่อวันนอนแต่ละวัน และจำนวนวันนอน โดยทั่วไปแล้ว หากแต่ละจังหวัดมีค่าใช้จ่ายต่อวันนอนที่ใกล้เคียงกัน ตัวแปรที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของผู้ป่วยใน แตกต่างกัน ก็คือจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ต่างกันนั่นเอง แต่จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งผู้ป่วยใน กับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันนอน และจำนวนวันนอนเฉลี่ยนั้น พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อครั้งผู้ป่วยใน ได้รับอิทธิพลมาจากทั้ง 2 ตัวแปร หมายความว่าจังหวัดที่ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยในสูง มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายต่อวันนอน และจำนวนวันนอนสูงตามไปด้วย ซึ่งจากแผนภูมิจะเห็นว่าจำนวนวันนอนน่าจะมียิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายต่อครั้งผู้ป่วยใน น้อยกว่าค่าใช้จ่ายต่อวันนอน

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใน



แผนภูมิที่ 5.27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายต่อวันนอน กับต่อผ.ใน

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใน



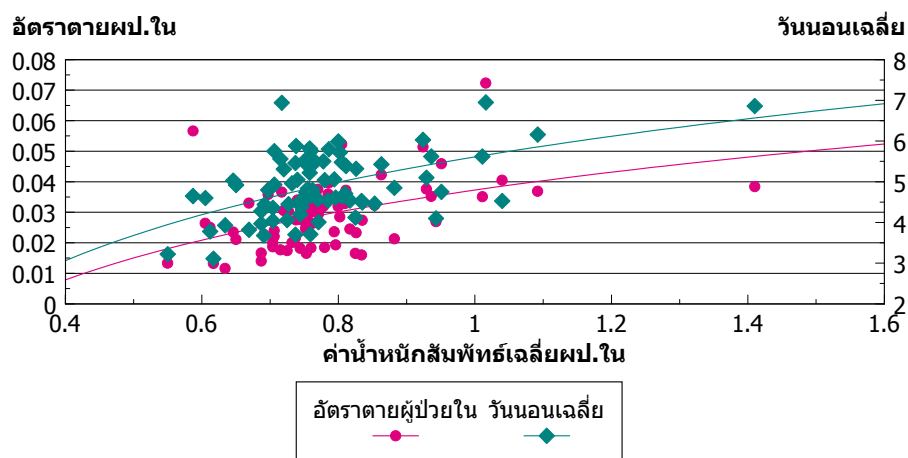
แผนภูมิที่ 5.28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอน กับค่าใช้จ่ายต่อผ.ใน

คุณภาพบริการ

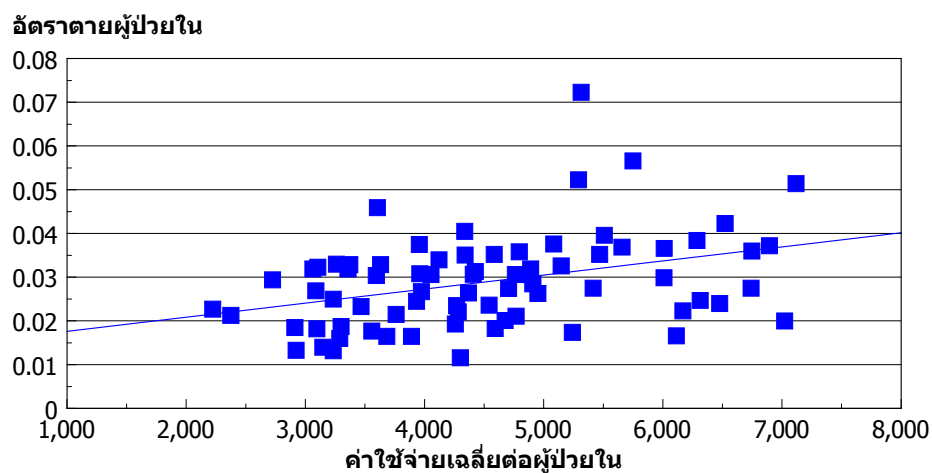
ในด้านคุณภาพของบริการ สามารถวัดได้โดยใช้หลายดัชนีชี้วัด ซึ่งส่วนใหญ่มักจะต้องการเก็บข้อมูลเป็นการเฉพาะ ที่ไม่ได้อยู่ในระบบรายงานปกติ แต่ก็มิได้ดัชนีชี้วัดบางตัวที่มีการเก็บข้อมูลตามระบบรายงานปกติ เช่น อัตราการตายรวมทุกแผนก ของผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของการรักษาว่าสามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มากน้อยเพียงใด และอัตราส่วนการคลอดผิดปกติต่อการคลอดปกติ ซึ่งโดยหลักการแล้ว ถ้ามีการคลอดผิดปกติมาก อาจจะมีปัญหาของการดูแลก่อนคลอด และระหว่างการคลอด หรือเป็นปัญหาของการเลือกวิธีการคลอดโดยแพทย์ ซึ่งการเลือกวิธีการทำคลอดที่ไม่ใช่การคลอดปกติ นั้น ก็มีความเสี่ยงและมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลมากกว่าการคลอดปกติ

สำหรับอัตราการตายรวมของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปนั้น จะมีค่าตั้งแต่ 1.16% (จังหวัดหนองบัวลำภู) จนถึง 7.23% (จังหวัดนครราชสีมา) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.9% ในปี 2543 และสำหรับอัตราส่วนการคลอดผิดปกติต่อการคลอดปกติ นั้น มีค่าตั้งแต่ 0.20 (จังหวัดนครพนม) จนถึง 2.01 (จังหวัดอ่างทอง) โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 0.71 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจังหวัดอยู่จำนวนหนึ่ง (12 จังหวัด) ที่มีการคลอดผิดปกติมากกว่าการคลอดปกติ (อัตราส่วนเกิน 1) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไปคลอด มีโอกาสคลอดแบบผิดปกติมากกว่าการคลอดตามปกติ และถ้าหากมองว่าการคลอดแบบผิดปกติเป็นโอกาสของผู้ป่วยที่จะได้รับการบริการที่ดีกว่าการคลอดปกติ ก็แสดงว่ามีความไม่เป็นธรรมเนื่องจากโอกาสนี้ มีความแตกต่างกันระหว่างแต่ละจังหวัด

ในด้านอัตราการตายรวมของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปนั้น อาจจะได้รับอิทธิพลมาจาก ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยที่มานอนในโรงพยาบาลก็ได้ ซึ่งข้อสมมติฐานนี้ก็น่าจะเป็นไปได้ โดยเมื่อพิจารณาถึงค่า น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน กับอัตราการตายของผู้ป่วยใน และจำนวนวันนอนเฉลี่ย พบว่าจังหวัดที่มีผู้ป่วยในที่เป็นโรคที่ค่อนข้างหนัก (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูง) มีแนวโน้มที่จะมีอัตราการตายของผู้ป่วยในสูงขึ้น และมีจำนวนวันนอน นานขึ้น แต่ถ้าหากเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายต่อครั้งผู้ป่วยใน กับอัตราการตายของผู้ป่วยในแล้วพบว่า ค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ สูงขึ้น ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยในตายน้อยลง แต่ในทางตรงกันข้ามอาจจะมียอัตราการตายเพิ่มขึ้นเล็กน้อยด้วยซ้ำ แต่ถ้าแปล ความหมายในทางกลับกัน จังหวัดที่มีอัตราการตายผู้ป่วยในสูง อาจจะแสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมก ทำให้ มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งผู้ป่วยในสูงขึ้น ซึ่งถ้าแปลความหมายในทางนี้ น่าจะมีความเป็นไปได้มากกว่า



แผนภูมิที่ 5.29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยใน กับอัตราการตายผู้ป่วยใน และจำนวนวันนอนเฉลี่ย



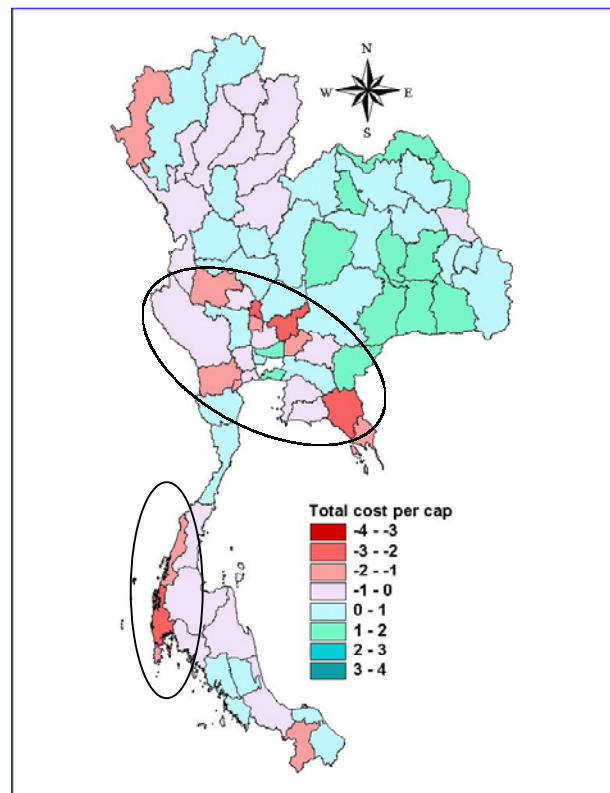
แผนภูมิที่ 5.30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใน กับอัตราการตายผู้ป่วยใน

5.4. ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ

หากมองในแง่ของประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ โดยแบ่งประสิทธิภาพออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ประสิทธิภาพในภาพรวมของระบบบริการสุขภาพ กับประสิทธิภาพในระดับสถานบริการสุขภาพ ก็จะได้ภาพของประสิทธิภาพใน 2 ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นประสิทธิภาพที่พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการสุขภาพ และสัดส่วนค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ ซึ่งโดยหลักการแล้วประสิทธิภาพของระบบจะสูงเมื่อมีค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรที่เหมาะสม และมีสัดส่วนที่เน้นไปที่บริการระดับต้น เนื่องจากเป็นบริการที่มีต้นทุนต่อผลลัพธ์ต่ำที่สุด หากค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ในสถานบริการระดับสูง แนวโน้มของค่าใช้จ่ายโดยรวมก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย สำหรับประสิทธิภาพลักษณะที่ 2 จะมองในระดับที่ย่อยลงไป คือมองในระดับสถานบริการ ว่ามีการจัดการที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับขนาดของสถานบริการ และเหมาะสมกับปริมาณงาน รวมทั้งมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมหรือไม่ การวิเคราะห์ในลักษณะนี้อาจจะบอกได้แต่เพียงสถานการณ์ของความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการโดยตรง เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่านั้น อาจจะไม่ได้นำมาความถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่สูงขึ้นเสมอไป แต่ก็พอบอกได้ถึงความเป็นธรรมของการกระจายค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยที่ส่วนหนึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ต่างกัน

ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการต่อประชากร

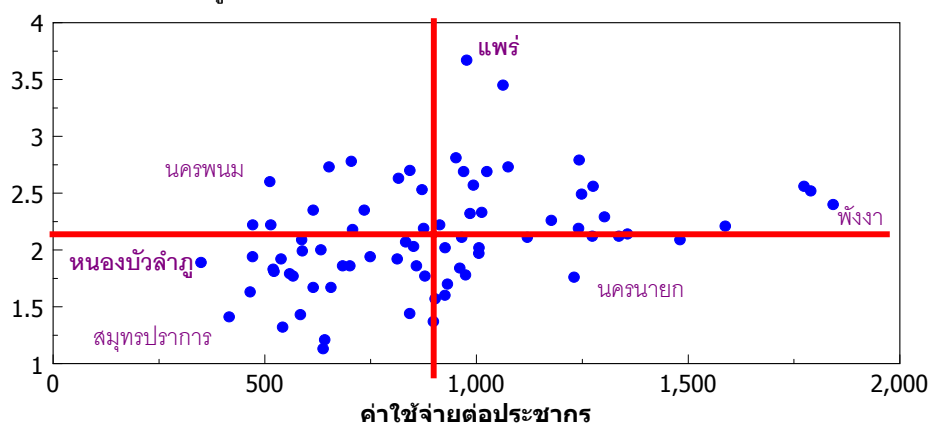
ค่าใช้จ่ายรวมของบริการสุขภาพที่มีข้อมูลอยู่ จะเป็นข้อมูลในภาครัฐ โดยเฉพาะสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจจะพอบอกได้ถึงแนวโน้มความแตกต่างบางอย่างได้ ค่าใช้จ่ายรวมของสถานเฝ้าระวัง โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดต่อประชากร ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของ 75 จังหวัด อยู่ที่ 895 บาทต่อประชากรในปี 2543 ค่าใช้จ่ายต่อประชากรที่สูงส่วนใหญ่จะอยู่ที่ภาคกลาง ภาคตะวันออก และบางส่วนของภาคใต้ โดยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรที่ต่ำกว่าภาคอื่น จังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายต่อประชากรสูงสุด ได้แก่ พังงา (1,842 บาท) สิงห์บุรี (1,789 บาท) จันทบุรี (1,773 บาท) สระบุรี (1,587 บาท) และราชบุรี (1,480) สำหรับจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายต่ำสุด ได้แก่ หนองบัวลำภู (349 บาท) สมุทรปราการ (415 บาท) สุรินทร์ (465 บาท) ร้อยเอ็ด (471 บาท) และบุรีรัมย์ (471 บาท)



แผนภูมิที่ 5.31 แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร ภาครัฐ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้จังหวัดในภาคกลางจะมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรสูง แต่จังหวัดในเขตปริมณฑลรอบๆ กรุงเทพฯ กลับมีแนวโน้มที่มีค่าใช้จ่ายต่อประชากรค่อนข้างต่ำ ข้อสังเกตนี้คงจะเกี่ยวข้องกับอัตราการให้บริการของประชาชน ที่มาใช้สถานบริการของรัฐซึ่งค่อนข้างต่ำในจังหวัดกลุ่มนี้ หากนำค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรมาเปรียบเทียบกับอัตราการให้บริการ จะพบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าค่าเฉลี่ย มักจะมีอัตราการให้บริการสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่ต่ำ และมีจังหวัดส่วนน้อยที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าค่าเฉลี่ยแต่มีอัตราการให้บริการที่ต่ำ แสดงว่าค่าใช้จ่ายรวมที่ต่ำนั้น อาจจะได้มาจากการประสิทธิภาพของการบริหาร แต่มาจากการให้บริการของประชาชนนั่นเอง แต่อย่างไรก็ดี ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการให้บริการที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย ยังพบว่ามี ความแตกต่างในด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อประชากร แสดงว่าจังหวัดเหล่านี้มีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายรวมที่แตกต่างกัน ที่นอกเหนือไปจากอัตราการให้บริการของประชาชน ดังแผนภูมิที่ 5.32

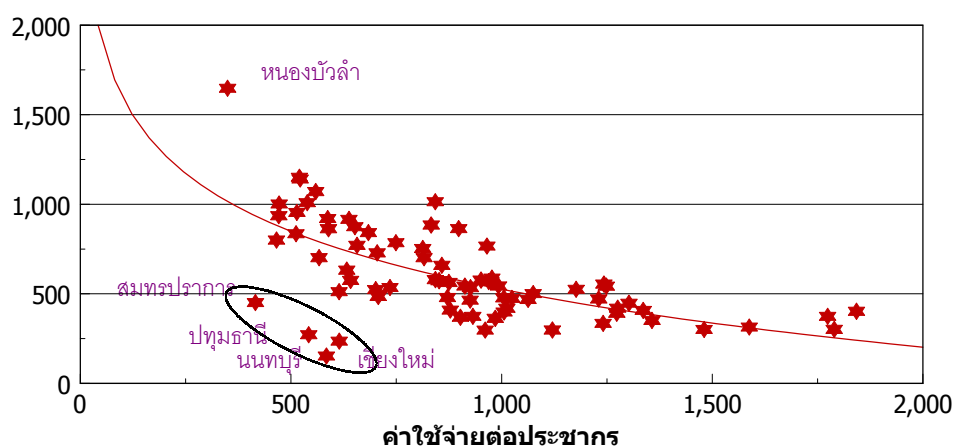
อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก



แผนภูมิที่ 5.32 แสดงค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรภาครัฐ และอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกรวมภาครัฐ

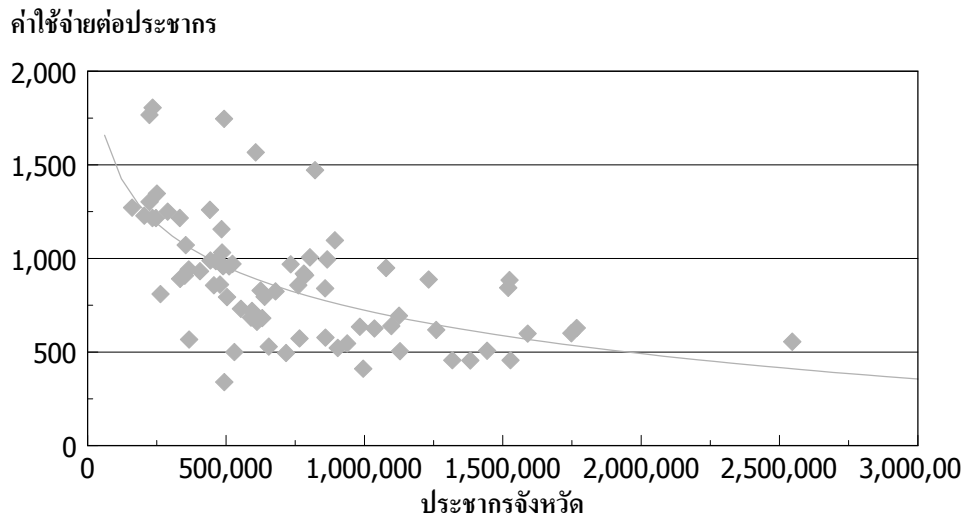
ปัจจัยหนึ่งอาจจะเป็นปัจจัยด้านทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่ โดยเฉพาะจำนวนเตียง จังหวัดที่มีจำนวนเตียงต่อประชากรมาก มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพต่อประชากรสูงขึ้น แต่ทั้งนี้ 4 จังหวัดที่มีเตียงต่อประชากรมาก แต่มีค่าใช้จ่ายรวมภาครัฐต่อประชากรต่ำ จังหวัดเหล่านั้นส่วนใหญ่อยู่ในเขตปริมณฑล ที่มีสถานบริการของเอกชนรองรับมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายภาครัฐไม่ได้สูงขึ้นตามจำนวนเตียง (เนื่องจากจำนวนเตียงนั้น รวมทั้งของรัฐและเอกชน)

อัตราส่วนประชากรต่อเตียง



แผนภูมิที่ 5.33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรภาครัฐ กับอัตราส่วนประชากรต่อเตียงรวม

หากมองในแง่ของขนาดของประชากรในจังหวัดแล้ว อาจมีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายต่อประชากร โดยหลักการของประสิทธิภาพเชิงขนาด (Economy of scale) จังหวัดที่มีขนาดใหญ่ (จำนวนประชากรมาก) มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรต่ำลง แต่ก็มีจังหวัดจำนวนไม่น้อยที่มีประชากรไม่มาก แต่มีค่าใช้จ่ายต่อประชากรที่ต่ำ ซึ่งจังหวัดเหล่านั้นส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงว่าปัจจัยเชิงขนาดไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร แต่ก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่ง



แผนภูมิที่ 5.34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนประชากร กับค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร

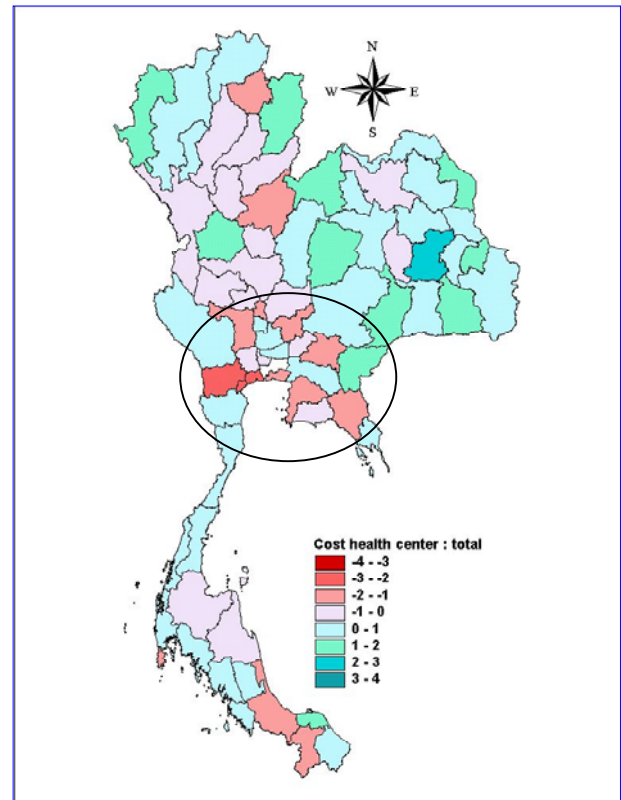
จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าน่าจะมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายต่อประชากรแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยส่วนหนึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชน (demand) โดยเฉพาะภาครัฐซึ่งแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นทางเลือกของประชาชนด้วยว่า มีทางเลือกอื่นนอกเหนือจากบริการของรัฐมากน้อยเพียงใด และขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่กระจายลงไปในพื้นที่นั้นด้วย ถ้ามีมาก โอกาสใช้บริการก็จะมาก ส่งผลให้ต้นทุนสูงขึ้นด้วย นอกจากนั้นค่าใช้จ่ายรวมยังอาจขึ้นอยู่กับขนาดของประชากรในพื้นที่ ที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยถูกลง เมื่อมีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สถานบริการสุขภาพ และผู้จัดการระบบสุขภาพไม่สามารถเข้าไปจัดการอะไรได้มากนัก สิ่งที่จะอาจจะพอจัดการได้ ก็คือการพยายามเปลี่ยนสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ให้มาเน้นที่บริการระดับต้น (บริการปฐมภูมิ เช่นที่สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน) ให้มากขึ้น เนื่องจากมีต้นทุนที่ต่ำกว่า การที่จะทำเช่นนั้นได้ ก็คงต้องมีการจัดการด้านบริการ ให้สามารถเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนให้กลับมานิยมการให้บริการระดับต้นมากขึ้น

สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น

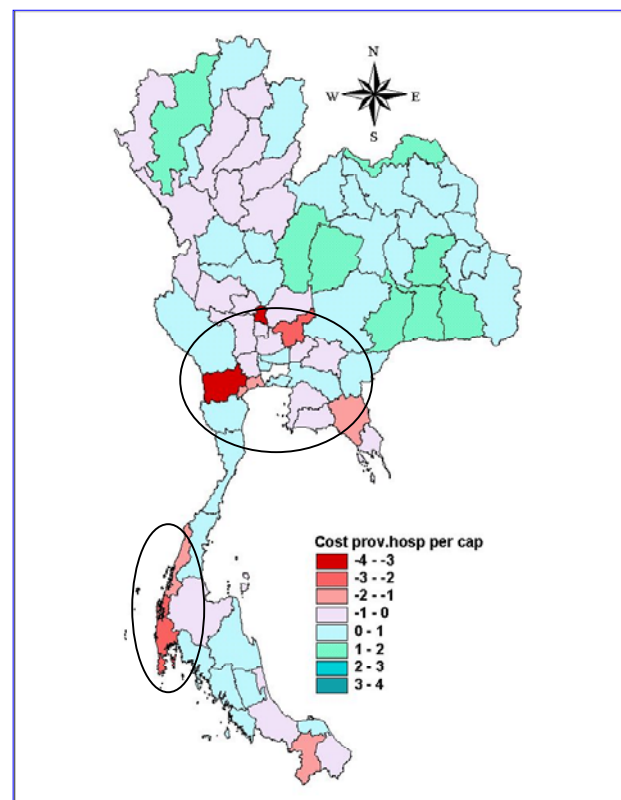
หากจะมองถึงสัดส่วนค่าใช้จ่ายดังกล่าว ว่ามีการเน้นไปที่บริการระดับต้นมากน้อยเพียงใด อาจจะดูได้จากสัดส่วนค่าใช้จ่ายของสถานอนามัยต่อค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด หากสัดส่วนมีค่าสูงแสดงว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเน้นไปที่บริการระดับต้น ซึ่งอาจจะช่วยให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลงได้ สัดส่วนดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 11.85% จังหวัดที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สถานอนามัยสูงสุดได้แก่ ร้อยเอ็ด (20.75%) กำแพงเพชร (18.15%) บัตตานี (17.95%) ชัยภูมิ (17.50%) และศรีสะเกษ (17.46%) สำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนต่ำสุดได้แก่ สมุทรสาคร (2.22%) สมุทรสงคราม (3.38%) ราชบุรี (3.80%) สมุทรปราการ (4.88%) และสิงห์บุรี (6.10%) ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพยังเน้นไปที่บริการระดับต้น (สถานอนามัย) ไม่มากนัก

สถานการณ์ด้านการจัดสรรทรัพยากร (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) ระหว่างบริการปฐมภูมิ กับบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ ยังเน้นไปที่บริการระดับโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ จากภาพการกระจายจะเห็นจังหวัดที่ค่าใช้จ่ายเน้นไปที่สถานีนามัย มักจะเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมักจะเป็นจังหวัดที่ยากจน และมีการกระจายทรัพยากรสุขภาพไปน้อย และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็น้อยตามไปด้วย ซึ่งถ้ามองในแง่ประสิทธิภาพ (ค่าใช้จ่ายต่อประชากร และสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น) น่าจะดีกว่าพื้นที่อื่น ที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่แพง และเน้นไปที่โรงพยาบาล แสดงว่าปัจจัยด้านโอกาสในการเข้าถึงและใช้บริการ กับปัจจัยด้านประสิทธิภาพ จึงอาจจะเป็นอะไรบางอย่างที่สวนทางกัน

ถ้าหากแยกเฉพาะบริการของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปออกมา แล้วเฉลี่ยต่อประชากร ก็จะแสดงให้เห็นถึงกลุ่มของจังหวัดที่เน้นบริการและค่าใช้จ่ายของบริการ ไปที่สถานบริการขนาดใหญ่ การที่จังหวัดเหล่านั้นมีการลงทุนที่สูงในการจัดบริการระดับโรงพยาบาลใหญ่มากมาย อาจจะเป็นการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการเฉพาะระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมากขึ้นก็จริง แต่ก็เป็นสิ่งที่น่าคิดว่า บริการเหล่านั้นมีมากเกินความจำเป็นหรือไม่ เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ตรงไหนน่าจะเป็นจุดที่เหมาะสม และเช่นเดียวกันกับสัดส่วนค่าใช้จ่ายของสถานีนามัย ค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ต่อประชากรก็มีการกระจายที่คล้ายคลึงกัน และคล้ายคลึงกับ การกระจายของค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ต่อประชากรต่ำกว่าภาคอื่น จังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายดังกล่าวสูงสุดได้แก่ สิงห์บุรี (1,590 บาท) ราชบุรี (1,509 บาท) พังงา (1,251 บาท) สระบุรี (1,220 บาท) และภูเก็ต (1,210 บาท) ส่วนจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายดังกล่าวต่ำสุดได้แก่ ศรีสะเกษ (175 บาท) ร้อยเอ็ด (186 บาท) หนองคาย (199 บาท) บุรีรัมย์ (199 บาท) และเชียงใหม่ (204 บาท) จังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุดและต่ำสุดแตกต่างกันถึง 9 เท่า



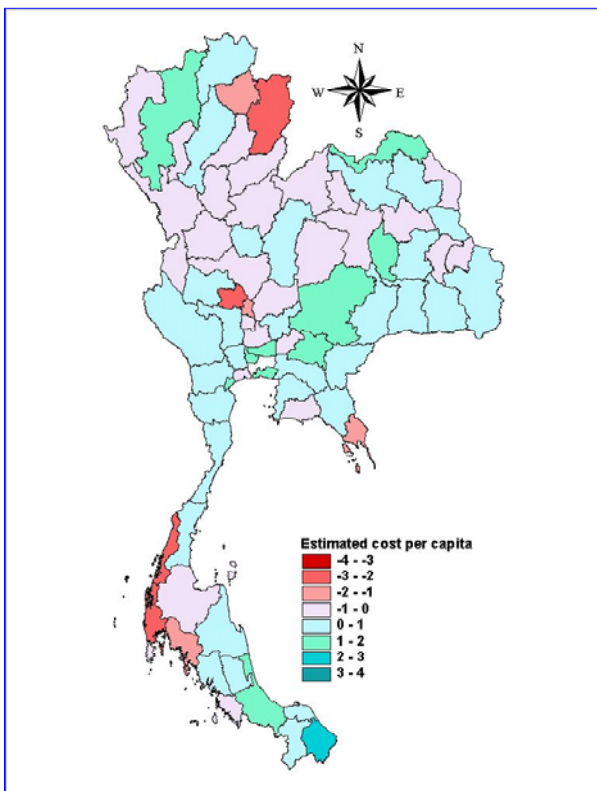
แผนภูมิที่ 5.35 แสดงการกระจายของสัดส่วนค่าใช้จ่ายสถานีนามัย



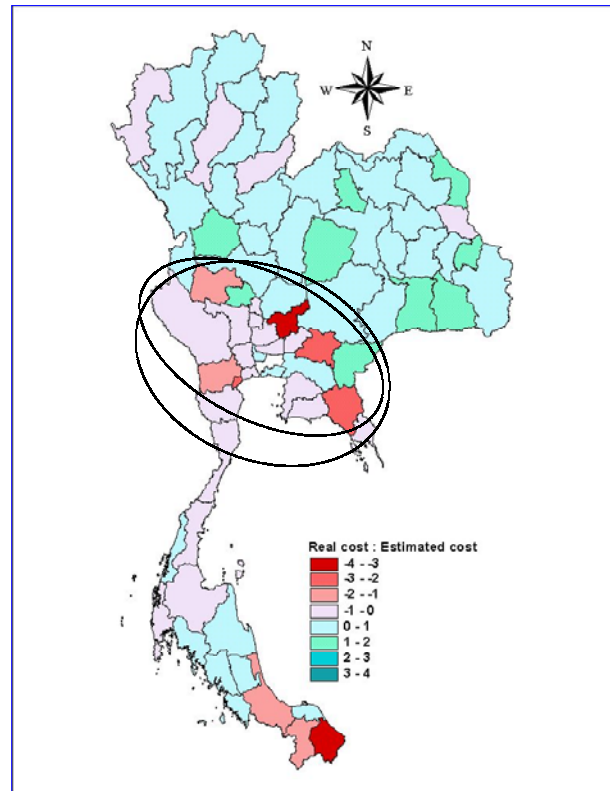
แผนภูมิที่ 5.36 แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายรพ.จังหวัดต่อประชากร

ค่าใช้จ่ายโดยรวมเทียบกับประมาณการ

การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับค่าใช้จ่ายที่ควรจะเป็น อาจจะเปรียบเทียบได้โดยใช้ข้อมูลอัตราการให้บริการซึ่งได้มาจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนที่บ่งบอกถึงจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย และประเภทของสถานบริการที่เลือก⁽³⁰⁾ มาผนวกกับข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งรัฐและเอกชน⁽³¹⁾ ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลประมาณการ ซึ่งหากนำมาเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายจริงของรัฐแล้ว ก็อาจจะพอบอกได้คร่าวๆว่า จังหวัดนั้นๆน่าจะมีค่าใช้จ่ายไปในทิศทางมากหรือน้อยกว่าที่ประมาณการไว้จากอัตราการให้บริการ แต่ข้อจำกัดของการคำนวณด้วยวิธีนี้คือ จังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายของรัฐน้อย อาจจะมีค่าใช้จ่ายสูงที่ภาคเอกชนก็ได้ ซึ่งข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงของภาคเอกชนนั้นค่อนข้างได้มายาก เวลาพิจารณาข้อมูลในกลุ่มจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการต่ำนั้น อาจจะต้องระวังเรื่องของค่าใช้จ่ายภาคเอกชนที่นอกเหนือไปจากค่าใช้จ่ายภาครัฐด้วย แต่สำหรับจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายสูงเมื่อเทียบกับประมาณการนั้น น่าจะพอบอกได้ว่าแนวโน้มของค่าใช้จ่ายน่าจะสูงกว่าประมาณการจริง ซึ่งอาจจะต้องวิเคราะห์ถึงเหตุผลต่อไปว่าเป็นเพราะประมาณการต่ำ หรือเป็นเพราะต้นทุนจริงสูง จากข้อมูลค่าใช้จ่ายประมาณการ จะเห็นว่ามีการกระจายที่แตกต่างไปจากค่าใช้จ่ายจริงของภาครัฐอยู่บ้าง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายจากการประมาณการนั้น ภาคกลางไม่ได้สูงกว่าภาคอื่นๆ เหมือนดังที่ปรากฏในภาพการกระจายของค่าใช้จ่ายจริง ทำให้เวลาคำนวณอัตราส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายจริงต่อค่าใช้จ่ายประมาณการนั้น จะค่อนข้างสูงในภาคกลางและภาคใต้ โดยจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการสูงสุดได้แก่ นราธิวาส (2.70) สระบุรี (2.59) ปราจีนบุรี (2.35) สมุทรสงคราม (2.27) และ จันทบุรี (2.17) ส่วนจังหวัดที่มีอัตราส่วนที่ต่ำที่สุดได้แก่ หนองบัวลำภู (0.35) นครพนม (0.52) ชัยภูมิ (0.54) อำนาจเจริญ (0.59) และชัยนาท (0.60)



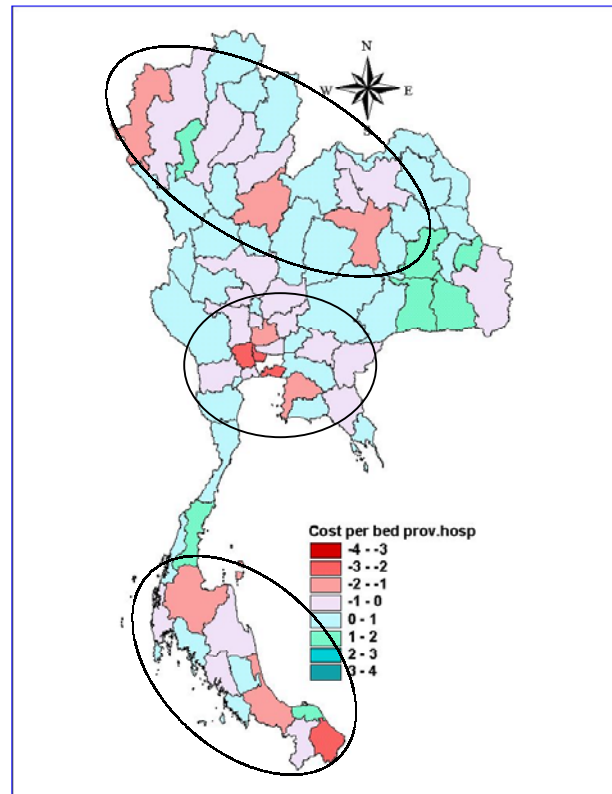
แผนภูมิที่ 5.37 แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายประมาณการต่อประชากร



แผนภูมิที่ 5.38 แสดงการกระจายของอัตราส่วนค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ

ค่าใช้จ่ายของสถานบริการ เทียบกับขนาดของสถานบริการ

ถ้ามองย่อยลงไปถึงระดับสถานบริการ จะพบว่า แต่ละสถานบริการ ก็มีต้นทุนในการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน การที่จะมาเปรียบเทียบกันนั้น ก็อาจจะทำได้โดยการเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย กับขนาดของสถานบริการเอง เช่น ให้ค่าใช้จ่ายรวมของสถานบริการต่อจำนวนเตียง วิธีนี้เป็นการคำนวณคร่าวๆว่า สถานบริการนั้นมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงหรือต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับขนาดของตนเอง จากข้อมูลจะพบว่าจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเตียง มีการกระจายในลักษณะกระจุกกระจาย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นจังหวัดในภาคกลาง จังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสูงสุดได้แก่ สมุทรปราการ (1,003,900 บาท) นนทบุรี (992,300 บาท) และนครปฐม (955,200 บาท) ต่ำสุดได้แก่ ชุมพร (403,100 บาท) สุรินทร์ (404,800 บาท) และอำนาจเจริญ (431,200 บาท)

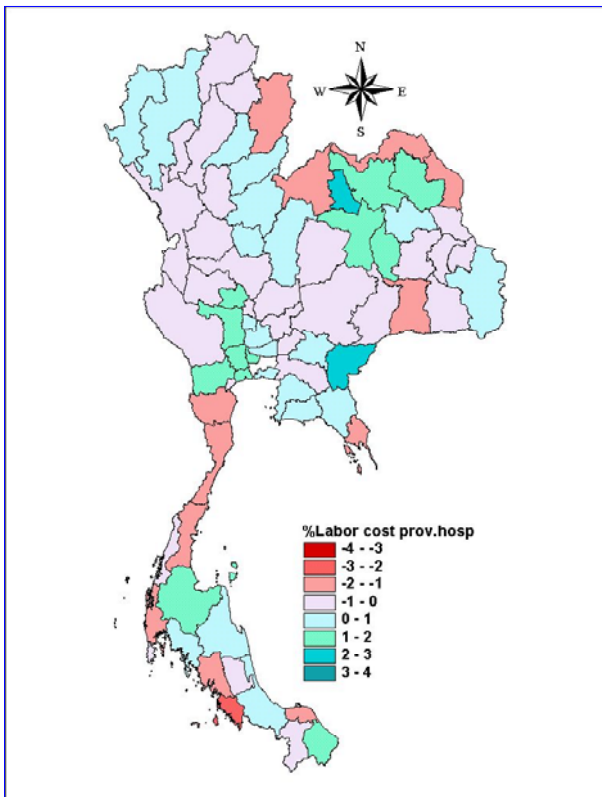


แผนภูมิที่ 5.39 แสดงการกระจายของค่าใช้จ่ายต่อเตียง รพ.จังหวัด

สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ

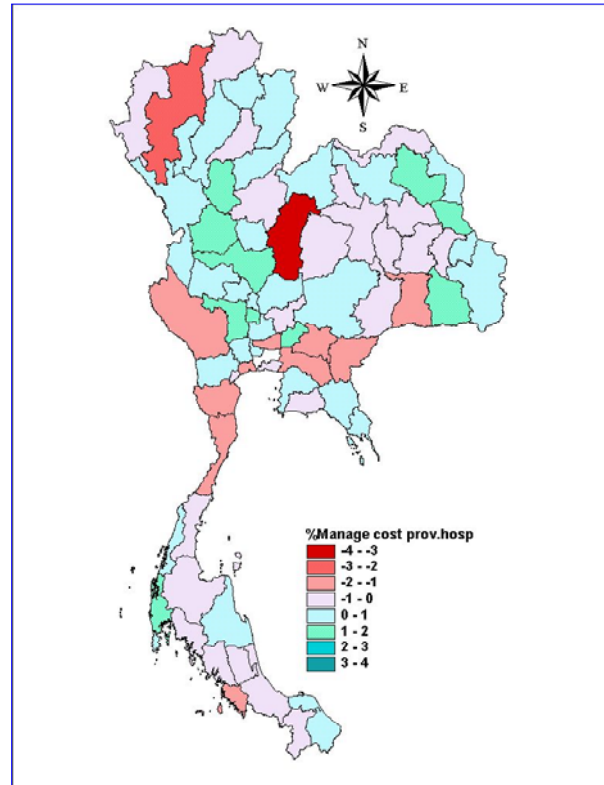
ค่าใช้จ่ายของสถานบริการโดยปกติก็จะมีหลายส่วนด้วยกัน โดยโครงสร้างค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ก็อาจจะเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างคงที่ (Fixed cost) ไม่แปรเปลี่ยนไปตามจำนวนบริการ ได้แก่ เงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าสาธารณูปโภค ค่าใช้จ่ายด้านบริหารงานทั่วไป ค่าบำรุงรักษาต่างๆ กับอีกส่วนหนึ่งจะเป็นค่าใช้จ่ายที่แปรตามจำนวนบริการ (Variable cost) ได้แก่ ค่ายา ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าวัสดุทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับบริการ ค่าตอบแทนที่แปรตามปริมาณงาน ฯลฯ ซึ่งโดยปกติแล้ว ในเชิงบริหารจะพยายามลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเชิงบริหารไม่เกี่ยวข้องกับบริการ และเป็นค่าใช้จ่ายที่สามารถควบคุมได้ ให้มีสัดส่วนที่เหมาะสมที่สุด รวมทั้งค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร (เงินเดือนและค่าตอบแทน) หากค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรมีสัดส่วนที่สูง อาจจะแสดงถึงการมีจำนวนบุคลากรที่มากเกินไปเมื่อเทียบกับปริมาณงานที่มีอยู่ (เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับปริมาณงานโดยตรง มีสัดส่วนที่ต่ำนั่นเอง) สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่สูงที่สุดได้แก่ สตูล (67.39%) ปัตตานี (62.87%) และน่าน (61.28%) สัดส่วนที่ต่ำที่สุดได้แก่ สระแก้ว (33.85%) หนองบัวลำภู (35.10%) และสุพรรณบุรี (39.28%) สำหรับสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ (ค่าใช้สอย ค่าสาธารณูปโภค) ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่สูงที่สุดได้แก่ เพชรบูรณ์ (12.14%) เชียงใหม่ (11.57%) และปทุมธานี (9.52%) สัดส่วนที่ต่ำที่สุดได้แก่ นครนายก (3.76%) กำแพงเพชร (3.97%) และพังงา (3.99%)⁽²⁸⁾

สำหรับการกระจายของสัดส่วนทั้ง 2 มีลักษณะการจัดกระจาย ความแตกต่างระหว่างสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร สูงสุดและต่ำสุด แตกต่างกัน 2 เท่า โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 50.26% ในขณะที่สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ สูงสุดและต่ำสุด แตกต่างกันประมาณ 3 เท่า โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.81%



แผนภูมิที่ 5.40 แสดงการกระจายของสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร รพ.จังหวัด

แผนภูมิที่ 5.41 แสดงการกระจายของสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ รพ.จังหวัด



ความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการกระจายจ่ายของสถานบริการ มีมากในด้านใด และมีความเหมาะสมต่างกันหรือไม่ หากมองเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ จะเห็นว่ามี ความแตกต่างกันไม่มาก (3.76% - 12.14%) คือต่างกัน 8.38% ในขณะที่การกระจายเงินเดือน ต่างกันถึง 33.54% (33.85% - 67.39%) แสดงให้เห็นการกระจายที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะกระทบกับประสิทธิภาพในแง่ที่ว่า ใช้จ่ายเหล่านี้บางครั้งก็จะเป็นรายจ่ายที่ไม่จำเป็น และมักจะไม่ได้ทำให้ปริมาณและคุณภาพของบริการดีขึ้น

ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นตัวสะท้อนว่าแต่ละพื้นที่มีการบริโภครักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไร ในแง่ของความเป็นธรรม การบริโภครักษาพยาบาลถ้าจะแตกต่างกัน ควรจะต่างกันตามลักษณะความเป็นของพื้นที่ และปัจจัยอื่นที่มีผลต่อต้นทุนรวม มากกว่าที่จะให้เป็นลักษณะการแย่งชิงทรัพยากร ตามความสามารถในการจ่ายเงินของประชาชน ที่มักจะไม่เท่ากันระหว่างพื้นที่ต่างๆ ทำให้ความเป็นธรรมในเงื่อนไขนี้ก็จะเกิดขึ้นได้ยาก เนื่องจากผู้ที่มีความสามารถมากกว่าก็จะใช้บริการ และสร้างรายจ่ายด้านสุขภาพให้สูงขึ้นไปได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ รายจ่ายด้านสุขภาพที่สูงนั้นมักจะอยู่ในจังหวัดที่มีสถานบริการเอกชน และมีสถานบริการขนาดใหญ่จำนวนมาก

5.5. โอกาสในการเลือกบริการสุขภาพของประชาชน

จะเห็นว่าหัวข้อความเป็นธรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นการมองตามมุมมองของผู้ให้บริการ และผู้บริหารระบบสุขภาพ ว่าประชาชนควรจะได้รับบริการอย่างไร และสถานบริการควรจัดบริการอย่างไรจึงจะเหมาะสม ทั้งในแง่ของความเท่าเทียม ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ แต่มักจะไม่ได้มองจากมุมมองของผู้ใช้บริการเท่าไรนัก ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการก็คือว่า ประชาชนผู้ใช้บริการควรมีอิสระเพียงใดในการเลือกใช้บริการที่ตนเองต้องการ ถ้าถามประชาชนก็อาจจะได้คำตอบว่า น่าจะเปิดโอกาสให้ประชาชนใช้บริการที่ไหนก็ได้ เมื่อไรก็ได้ ด้วยโรคอะไรก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องผ่านตามขั้นตอน แต่ถ้าถามผู้ดูแลระบบสุขภาพอาจจะให้คำตอบว่าควรจะให้ประชาชนขึ้นทะเบียนตามสถานบริการที่ใกล้บ้าน และให้ไปใช้บริการที่สถานบริการเหล่านั้นก่อน แล้วจึงค่อยส่งต่อตามขั้นตอน ดังนั้นจุดไหนน่าจะเป็นจุดที่เหมาะสมระหว่างความเป็นอิสระของประชาชน กับประสิทธิภาพของระบบบริการที่เน้นบริการปฐมภูมิและการส่งต่อตามขั้นตอน แต่ถึงอย่างไรเราก็คงจะปฏิเสธไม่ได้ถึงการให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระของประชาชน เนื่องจากว่าหากมีการกีดกันไม่ให้ประชาชนไปใช้บริการตามความต้องการ อาจจะหมายถึงการขัดขวางต่อหลักการสิทธิมนุษยชน ที่เป็นกระแสหลักของสังคมขณะนี้ก็ได้

ประเด็นความอิสระในการเลือกนั้น ประกอบไปด้วยหลายองค์ประกอบที่ต่อเนื่องกัน ดังนี้

- ๑) การมีทางเลือก หมายความว่า มีสถานบริการให้เลือกได้ (availability of choices)
- ๒) ทางเลือกเหล่านั้นสามารถเข้าถึงได้ (accessibility of choices)
- ๓) ความอิสระในการเลือกทางเลือกเหล่านั้น (autonomy of choices selection)

แสดงว่าเวลาที่เราจะบอกว่าประชาชนมีความอิสระในการเลือกหรือไม่นั้น หมายความว่า การมีทางเลือก และทางเลือกเหล่านั้นประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน การเดินทาง ฯลฯ และรวมถึงการปราศจากเงื่อนไขที่จะมาจำกัดความอิสระในการเลือกของประชาชนด้วย ดังนั้นจะเห็นว่าบางครั้งประชาชนไม่มีทางเลือก บางครั้งมีทางเลือกแต่ทางเลือกเหล่านั้นเข้าถึงได้ยาก หรือทางเลือกเหล่านั้นถูกจำกัดไม่ให้เลือกเนื่องจากเงื่อนไขของหลักประกันสุขภาพ ทำให้ขาดอิสระในการเลือก

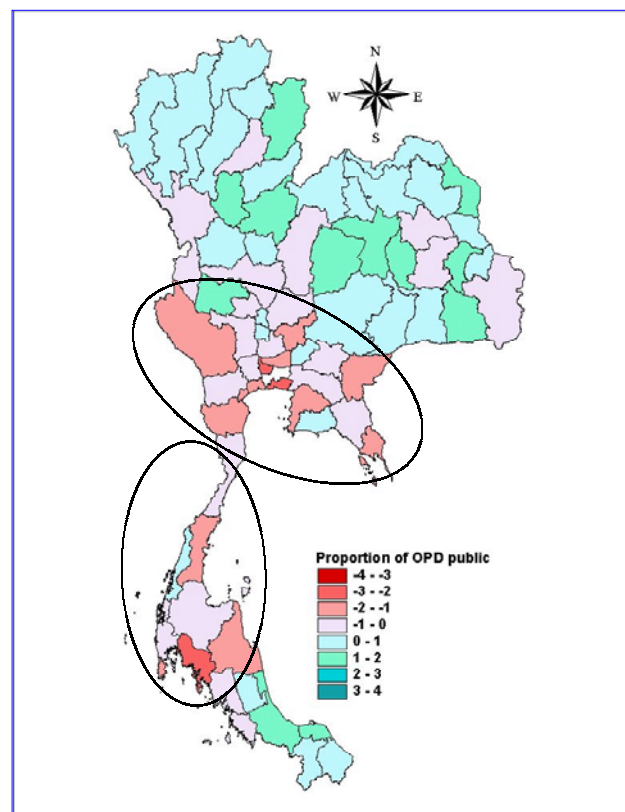
ถ้ามองในแง่ระดับของความอิสระในการเลือกใช้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขของหลักประกันสุขภาพ อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้

- ๑) ประชาชนขึ้นทะเบียนกับสถานบริการตามพื้นที่ภูมิศาสตร์หรือตามพื้นที่การปกครอง โดยไม่มีสิทธิเลือกสถานบริการที่จะขึ้นทะเบียน การรักษาให้รักษากับสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนก่อน แล้วจึงส่งต่อตามระบบส่งต่อ (geographical registration)
- ๒) ประชาชนขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ โดยประชาชนเป็นผู้เลือกสถานบริการที่จะขึ้นทะเบียนเอง โดยมีหรือไม่มีเงื่อนไขในการเลือก (เช่น ระดับของสถานบริการ หรือระยะทางถึงสถานบริการ) การรักษาให้รักษากับสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนก่อน แล้วจึงส่งต่อตามระบบส่งต่อ (registration with choices)
- ๓) ประชาชนไม่ต้องขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ โดยสามารถไปใช้บริการที่สถานบริการใดก็ได้ โดยมีหรือไม่มีเงื่อนไขในการไปใช้บริการ (เช่น ระดับของสถานบริการ หรือระยะทางถึงสถานบริการ) (freely chosen access to care)

ในระดับที่ ๑ ประชาชนจะมีความอิสระน้อยที่สุด แต่จะเป็นผลดีต่อหลักการบริหารปฐมภูมิ และระบบส่งต่อที่เชื่อมต่อประเด็นประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ก็อาจจะมีแรงกระตุ้นคุณภาพบริการน้อยที่สุด ในขณะที่ระดับที่ ๒ ประชาชนมีอิสระในการเลือกมากขึ้น แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่เนื่องจากต้องไปใช้บริการที่สถานบริการที่เลือกขึ้นทะเบียนก่อน ทางเลือกจึงยังมีจำกัด แต่ก็ยังพอที่จะสนับสนุนหลักการบริหารปฐมภูมิได้บ้าง ปัญหาของความอิสระในระดับนี้คือ ความอยู่รอดของสถานบริการหากมีประชาชนเลือกน้อย ซึ่งยังเป็นปัญหาอยู่สำหรับประเทศไทย เนื่องจากสถานบริการต่างๆ ไม่ได้มีทรัพยากร และศักยภาพที่กระจายอย่างเท่าเทียมกัน สำหรับในระดับที่ ๓ ประชาชนมีอิสระมากที่สุด ทางเลือกของการใช้บริการจะมีมากขึ้น ประชาชนจะเป็นผู้เลือกผู้ให้บริการสำหรับความเจ็บป่วยแต่ละครั้งเอง ปัญหาของความอิสระในระดับนี้คือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอาจจะสูงขึ้น การใช้บริการอาจจะไม่เหมาะสมหากประชาชนนิยมที่จะไปรักษาที่สถานบริการขนาดใหญ่มากกว่าบริการใกล้บ้าน ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจจะไม่เป็นปัญหานัก หากสถานบริการใกล้บ้านมีคุณภาพบริการที่ดี โดยหลักการแล้ว ถ้าประชาชนมีทางเลือกและมีโอกาสเลือกมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพน่าจะมีความเป็นธรรมมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ความเป็นอิสระของประชาชนจำเป็นที่จะต้องถูกนำไปชั่งกับประเด็นอื่นๆ ของระบบสุขภาพ เช่นด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ ฯลฯ ด้วยเพื่อให้ภาพรวมมีความเป็นธรรมสูงสุด

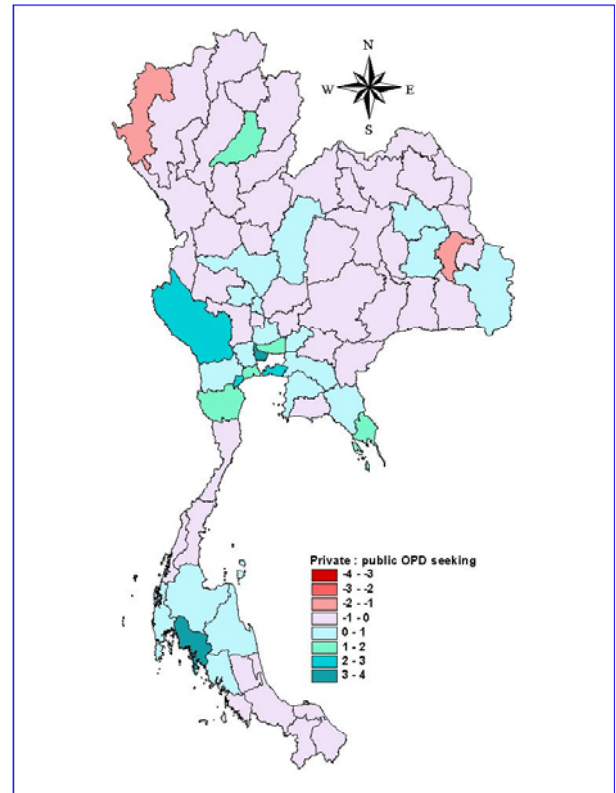
ถ้าหากมองในแง่ทางเลือกของประชาชนโดยแบ่งเป็นสถานบริการของรัฐกับเอกชนแล้ว อาจจะพอวิเคราะห์ได้ว่า ประชาชนมีทางเลือกหรือไม่ โดยดูจากสัดส่วนในการเลือกสถานบริการเหล่านั้นเมื่อเจ็บป่วย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พอจะบอกได้ถึงสัดส่วนเหล่านี้ ในด้านสถานบริการของรัฐ เราอาจจะดูสัดส่วนของการเลือกไปใช้บริการของรัฐเมื่อเจ็บป่วย ถ้าประชาชนเลือกที่จะไปใช้บริการของรัฐมาก แสดงว่าประชาชนน่าจะยินดีที่จะเลือกบริการของรัฐ ซึ่งถ้าหากทางเลือกของรัฐมีน้อยประชาชนก็จะเลือกใช้บริการที่อื่นมากกว่า ไม่ว่าจะเป็นร่ายขายยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน หรือแม้แต่รักษาตัวเอง สำหรับทางเลือกบริการเอกชนนั้น อาจจะดูได้โดยการเปรียบเทียบการเลือกใช้บริการเอกชนกับการเลือกบริการของรัฐ ซึ่งพอจะบอกแนวโน้มได้ว่า ประชาชนมีโอกาสนในการใช้บริการเอกชนมากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบโอกาสในการใช้บริการของรัฐ ถ้าอัตราส่วนนี้สูง แสดงว่าประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการเอกชนมาก

จากข้อมูลพบว่าสัดส่วนการเลือกใช้บริการของรัฐเมื่อเจ็บป่วย⁽³⁰⁾⁽³¹⁾ จะสูงมากที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ตอนล่าง สำหรับภาคกลางจะมีสัดส่วนการเลือกบริการของรัฐน้อยกว่า จังหวัดที่มีสัดส่วนการเลือกบริการของรัฐมากที่สุดได้แก่ น่าน (60.40%) พิจิตร (60.19%) อุทัยธานี (58.97%) ยโสธร (58.06%) และชัยภูมิ (56.77%) จังหวัดที่มีสัดส่วนต่ำสุดได้แก่ สมุทรปราการ (22.44%) นนทบุรี (23.33%) กระบี่ (24.47%) ปทุมธานี (25.23%) และกาญจนบุรี (25.66%)



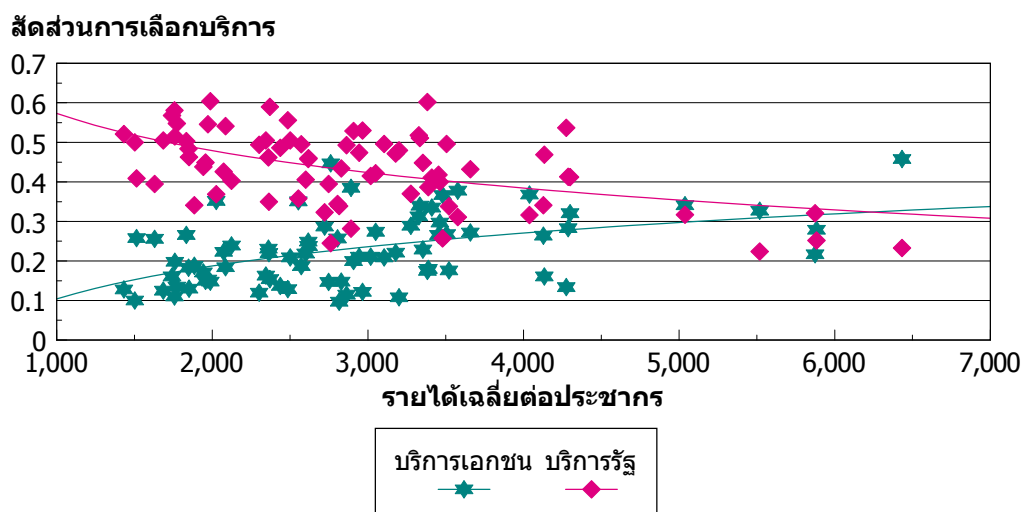
แผนภูมิที่ 5.42 แสดงการกระจายของสัดส่วนการเลือกใช้บริการของรัฐเมื่อเจ็บป่วย

อัตราส่วนระหว่างการเลือกใช้บริการเอกชนกับการเลือกใช้บริการของรัฐ ค่อนข้างจะเป็นส่วนกลับกับสัดส่วนการเลือกใช้บริการของรัฐเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดที่เลือกใช้บริการของรัฐน้อย จะมีการใช้บริการของเอกชนมาก คือค่อนข้างมีทางเลือกบริการของเอกชน มากกว่าจังหวัดที่ส่วนใหญ่ประชาชนไปใช้บริการของรัฐ จังหวัดที่มีอัตราส่วนการเลือกบริการของเอกชนต่อบริการของรัฐสูงสุดได้แก่ นนทบุรี (1.96) กระบี่ (1.83) สมุทรปราการ (1.46) กาญจนบุรี (1.43) และสมุทรสงคราม (1.36) โดยจังหวัดที่มีอัตราส่วนดังกล่าวต่ำสุดได้แก่ ยโสธร (0.19) แม่ฮ่องสอน (0.20) พัทลุง (0.22) ขอนแก่น (0.23) และปัตตานี (0.23) โดยมีอยู่ 9 จังหวัดที่มีการเลือกเอกชนมากกว่ารัฐ (อัตราส่วนมากกว่า 1) โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 0.58 หมายความว่ามีการเลือกใช้บริการเป็น 0.58 เท่าของการเลือกใช้บริการรัฐ⁽³⁰⁾⁽³¹⁾



แผนภูมิที่ 5.43 แสดงการกระจายของอัตราส่วนการเลือกเอกชนต่อรัฐ กรณีไม่ปนออก

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่ามีการกระจายของทางเลือกในการใช้บริการ ที่ไม่เท่ากันระหว่างพื้นที่ จังหวัดที่มีโอกาสเลือกบริการเอกชนมาก ก็จะมาใช้บริการของรัฐน้อยลง ค่าใช้จ่ายด้านบริการของรัฐก็จะลดลง แต่จะไปเพิ่มในส่วนของเอกชน ซึ่งถ้ารวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดแล้วอาจจะสูงขึ้น และจะสะท้อนให้เห็นถึงอิสระในการเลือกของประชาชนที่ยังจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มของคนที่มีความสามารถในการจ่ายสูง คนยากจนยังมีโอกาสในการเลือกน้อย จังหวัดที่ประชาชนมีรายได้เฉลี่ยสูง มีแนวโน้มที่จะเลือกบริการของเอกชนเพิ่มขึ้น ในขณะที่เลือกใช้บริการของรัฐน้อยลง ดังแผนภูมิที่ 5.44

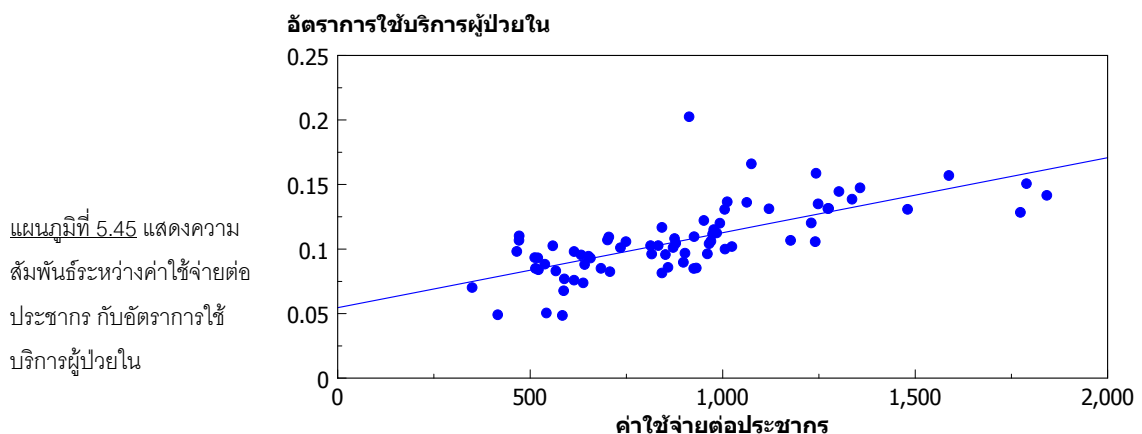


แผนภูมิที่ 5.44 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับสัดส่วนการเลือกใช้บริการเอกชน และรัฐ

5.6. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆของบริการสุขภาพ

องค์ประกอบต่างๆของบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน จากข้อมูลจะพบถึงลักษณะของความสัมพันธ์ต่างๆ ดังนี้

- ๑) อัตราการใช้บริการของประชาชน ได้รับอิทธิพลจาก การกระจายของทรัพยากรสุขภาพ พื้นที่ที่มีทรัพยากรสุขภาพมาก มีแนวโน้มที่จะมีอัตราการใช้บริการที่สูงขึ้น
- ๒) อัตราการใช้บริการโดยรวมของภาครัฐ ได้รับอิทธิพลจาก อัตราการใช้บริการที่ระดับสถานีนานามัย มากกว่าอัตราการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาล พื้นที่ที่มีอัตราการใช้บริการที่สถานีนานามัยสูง จะทำให้อัตราการใช้บริการรวมสูงขึ้นตามไปด้วย แสดงให้เห็นถึงการจัดบริการระดับต้นที่กระจายอย่างทั่วถึง
- ๓) สัดส่วนการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพที่สถานีนานามัยจะลดลง เมื่อมีอัตราการใช้บริการที่สถานีนานามัยที่สูงขึ้น แสดงว่าการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นบริการด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้นถ้าหากอัตราการใช้บริการที่สถานีนานามัยสูงมากเกินไป ก็จะเป็นสถานบริการที่เน้นการรักษาามากกว่าส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจจะดีในฐานะที่เป็นสถานบริการด้านแรก แต่ก็อาจจะลดมิติการบริการแบบองค์รวมและผสมผสานลง
- ๔) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของประชาชน ได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งมาจากลักษณะการรับผู้ป่วยไว้รักษาของสถานบริการ หากสถานบริการเพิ่มสัดส่วนการรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน อัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยในก็จะเพิ่มขึ้น ทั้งๆที่อาจจะมีความต้องการเท่าเดิม
- ๕) วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน ได้รับอิทธิพลมาจาก ลักษณะโรคและความรุนแรงของผู้ป่วย (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์) แสดงว่าการที่สถานบริการมีวันนอนเฉลี่ยที่ต่างกัน ส่วนหนึ่งมาจากความจำเป็นที่แตกต่างกัน
- ๖) ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการกรณีผู้ป่วยใน ได้รับอิทธิพลมาจากทั้ง จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่ายต่อวันนอน แสดงว่าค่าใช้จ่ายต่อหน่วยที่ต่างกันนั้น ส่วนหนึ่งมาจาก ลักษณะการให้การรักษาค่าใช้จ่ายที่ลดลงไป ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก ลักษณะโรคที่ผู้ป่วยเป็นด้วย (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์)
- ๗) อัตราการตายในกรณีผู้ป่วยใน ได้รับอิทธิพลมาจาก ลักษณะโรคและความรุนแรง (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์) ที่ผู้ป่วยเป็น แสดงว่าความต่างกันในแต่ละผลการรักษา ส่วนหนึ่งมาจากความต่างกันในด้านลักษณะโรคของผู้ป่วย
- ๘) ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพต่อประชากร ได้รับอิทธิพลมาจาก การกระจายทรัพยากรสุขภาพ พื้นที่ที่มีทรัพยากรสุขภาพมาก มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพสูงขึ้นตามไปด้วย
- ๙) ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพต่อประชากร ได้รับอิทธิพลมาจาก อัตราการใช้บริการโดยเฉพาะบริการผู้ป่วยใน พื้นที่ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยในสูง มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรสูงขึ้น



๑๐) ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพต่อประชากร ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก จำนวนประชากรของพื้นที่นั้น พื้นที่ที่มีจำนวนประชากรมาก มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรลดลง ตามหลักการประสิทธิภาพเชิงขนาด

จากลักษณะความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างองค์ประกอบสุขภาพดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบหนึ่ง ก็จะกระทบต่อองค์ประกอบอื่นๆตามไปด้วย ในแง่ของความเป็นธรรม หากจะเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบหนึ่ง ไปในทิศทางใด ก็ควรจะพิจารณาดูว่าจะกระทบต่อองค์ประกอบอื่นๆของระบบสุขภาพในลักษณะใด การที่จะได้มาซึ่งระบบบริการที่มีความเป็นธรรมสูงสุด น่าจะหมายถึงการมีผลรวมของผลกระทบในด้านบวกที่สูงที่สุด และในขณะเดียวกันก็สามารถรักษาสมดุลระหว่างองค์ประกอบต่างๆเอาไว้ได้ด้วย

ยกตัวอย่างเช่น หากเราต้องการเพิ่มอัตราการใช้บริการสุขภาพ โดยการเพิ่มทรัพยากรสุขภาพให้กระจายอย่างทั่วถึง สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก็คือว่า ค่าใช้จ่ายโดยของสุขภาพอาจจะเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะกระทบต่อประสิทธิภาพ หากการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนั้น มิได้มีผลต่อการเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน หรือการเพิ่มสัดส่วนบริการของสถานอนามัยโดยการเพิ่มการให้บริการที่สถานอนามัย โดยไม่ลดบริการที่โรงพยาบาลนั้น ก็อาจจะเป็นการเพิ่มปริมาณบริการขึ้นโดยไม่ได้ลดต้นทุนโดยรวม และบริการที่เพิ่มขึ้นที่สถานอนามัย ก็อาจจะเป็นการบริการด้านรักษาพยาบาลที่ซ้ำซ้อนกับบริการในโรงพยาบาล มากกว่าที่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ อีกตัวอย่างหนึ่งก็คือปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายบริการโดยรวมของรัฐ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆหลายประการ อาทิเช่น ๑) อัตราการให้บริการ ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชน และลักษณะการให้บริการของประชาชน และ ๒) ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับลักษณะโรคของผู้ป่วย และประสิทธิภาพเชิงขนาด ซึ่งในปัจจุบันนั้นเป็นปัจจัยด้านอุปสงค์ (demand) ส่วนปัจจัยหลังนั้นเป็นปัจจัยด้านอุปทาน (supply) การที่จัดสรรงบประมาณเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายนั้น ควรจะคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรม โดยไม่กระทบต่อคุณภาพบริการ อันอาจจะเกิดเนื่องมาจากการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ

5.7. บทสรุปความเป็นธรรม ด้านบริการสุขภาพ

จากข้อมูลต่างๆจะเห็นว่ามีความไม่เท่าเทียมในด้านบริการสุขภาพระหว่างจังหวัด ความเหลื่อมล้ำส่วนหนึ่งเริ่มต้นมาจากความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่โอกาสในการเข้าถึงบริการ และการใช้บริการที่ต่างกัน อันจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมที่ต่างกัน ถ้ามองในแง่ความเป็นธรรม ไม่ว่าจะเป็น การกระจายทรัพยากรสุขภาพ การกระจายโอกาสในการเข้าถึงบริการ และใช้บริการ ซึ่งอาจจะรวมถึงโอกาสในการเลือกบริการ ก็ดี ควรจะมีความเท่าเทียมกัน เพื่อให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมของสุขภาพถูกกระจายไปอย่างเหมาะสมและทั่วถึง เป็นสิ่งที่น่าคิดว่าเราควรจะเกลี่ยทรัพยากรให้เหมาะสมก่อน เพื่อให้เกิดการเกลี่ยค่าใช้จ่ายตามมา หรือเราควรจะเกลี่ยค่าใช้จ่ายก่อน เพื่อให้เกิดการเกลี่ยทรัพยากรตามมา และกลไกใดจะเป็นกลไกที่เหมาะสม ที่จะไม่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติต่อบริการสุขภาพ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนใดๆเพื่อความเป็นธรรมนั้น บางครั้งผลของการปรับเปลี่ยนนั้น อาจจะเป็นการลดผลสัมฤทธิ์รวมของบริการสุขภาพก็ได้ เนื่องจากต้องมีการลดบริการที่เคยมีในพื้นที่หนึ่ง เพื่อนำมาเกลี่ยให้พื้นที่อื่น กลไกดังกล่าวจึงมิใช่เป็นกลไกที่ง่ายที่จะประยุกต์ใช้ เนื่องจากจะต้องพยายามรักษาสมดุลขององค์ประกอบต่างๆไว้ให้ได้ด้วย ควบคู่ไปกับการมีกลไกการเกลี่ยที่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพของแต่ละพื้นที่ที่น้อยที่สุด

หากพิจารณาถึงคะแนนความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ จากการคำนวณคะแนนด้วย Z-score ของแต่ละตัวชี้วัด แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มตัวชี้วัด ซึ่งก็ได้คะแนนเฉลี่ยรวมในความเป็นธรรมแต่ละข้อ แล้วเลือกมาเฉพาะ 3 อันดับแรก และ 3 อันดับสุดท้าย ก็จะได้ตัวอย่างคะแนนความเป็นธรรมของจังหวัด ในความเป็นธรรมที่ 3 ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการนอกเหนือการเงิน ความเป็นธรรมที่ 4 ด้านความครอบคลุมและเท่าเทียมของบริการ ความเป็นธรรมที่ 6 ด้านประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ความเป็นธรรมที่ 7 ด้านประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ และความเป็นธรรมที่ 9 ด้านความเป็นอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

ตารางที่ 5.1 แสดงคะแนนความเป็นธรรมของกลุ่มดัชนีชี้วัด ในความเป็นธรรมที่ 3, 4, 6, 7 และ 9 เฉพาะ 3 ลำดับแรก และ 3 ลำดับสุดท้าย ความเป็นธรรมที่ 3 ปัจจัยอื่นนอกเหนือการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	เชียงใหม่	ชลบุรี	ปทุมธานี		เพชรบูรณ์	ศรีสะเกษ	หนองบัวลำภู
1. การกระจายทรัพยากร	1.44	1.27	1.33		-1.77	-2.32	-3.15
2. ปริมาณงานต่อแพทย์	1.38	1.36	1.26		-1.82	-1.79	-0.05
3. การใช้บริการสถานพยาบาล	0.82	0.71	0.69		-0.74	-0.57	-1.51
รวม Benchmark 3	1.21	1.11	1.09		-1.44	-1.56	-1.57

ความเป็นธรรมที่ 4 ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	นครพนม	ขอนแก่น	น่าน		ยะลา	นครนายก	นนทบุรี
1. อัตราการใช้บริการ	0.27	0.09	1.96		0.46	-0.14	-1.80
2. สัดส่วนการใช้บริการระดับต้น	1.44	1.43	0.99		-1.60	-0.43	-1.00
3. ความต่อเนื่องของบริการ	0.13	-0.39	0.47		-0.53	-0.71	0.65
4. ความผสมผสานของบริการ	1.59	2.16	-0.48		-0.26	-0.74	-0.57
รวม Benchmark 4	0.86	0.82	0.73		-0.48	-0.51	-0.68

ความเป็นธรรมที่ 6 ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	อำนาจเจริญ	นครพนม	สตูล		จันทบุรี	นครราชสีมา	สมุทรสงคราม
1. วันนอนเฉลี่ย	1.57	1.00	1.11		-0.70	-0.63	-2.45
2. การใช้เตียง	1.19	0.52	1.39		-0.40	-1.11	-0.88
3. อัตราการรับไว้รักษา	-0.91	0.18	-0.65		0.57	0.94	-0.26
4. ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	0.78	0.64	0.60		-1.94	0.15	-0.43

5. คุณภาพบริการ	1.47	1.32	0.89		-0.85	-2.62	-0.00
รวม Benchmark 6	0.82	0.73	0.67		-0.66	-0.66	-0.81

ความเป็นธรรมที่ 7 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	หนองบัวลำภู	ร้อยเอ็ด	กาฬสินธุ์		ราชบุรี	สระบุรี	จันทบุรี
1. ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	0.79	0.79	0.33		-0.89	-0.94	-1.14
2. ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	-0.09	1.07	0.99		-0.62	-0.35	-1.80
3. สัดส่วนค่าใช้จ่ายระดับต้น	0.50	0.86	1.11		-1.85	-0.54	-0.69
4. สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	1.43	0.00	0.11		0.30	-0.15	0.74
5. ค่าใช้จ่ายต่อประมาณการ	1.68	0.93	1.07		-1.52	-3.04	-2.15
รวม Benchmark 7	0.86	0.73	0.72		-0.92	-1.00	-1.01

ความเป็นธรรมที่ 9 ความเป็นอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

ลำดับที่	1	2	3		73	74	75
จังหวัด	พิษณุโลก	นนทบุรี	สมุทรปราการ		ตาก	อุบลราชธานี	ชุมพร
1. ทางเลือกบริการของรัฐ	0.53	-1.65	-2.03		-0.15	-0.48	-0.70
2. การเลือกใช้ออกชนต่อรัฐ	0.59	2.77	2.99		-0.57	-0.29	-0.28
รวม Benchmark 9	0.56	0.56	0.48		-0.36	-0.38	-0.49

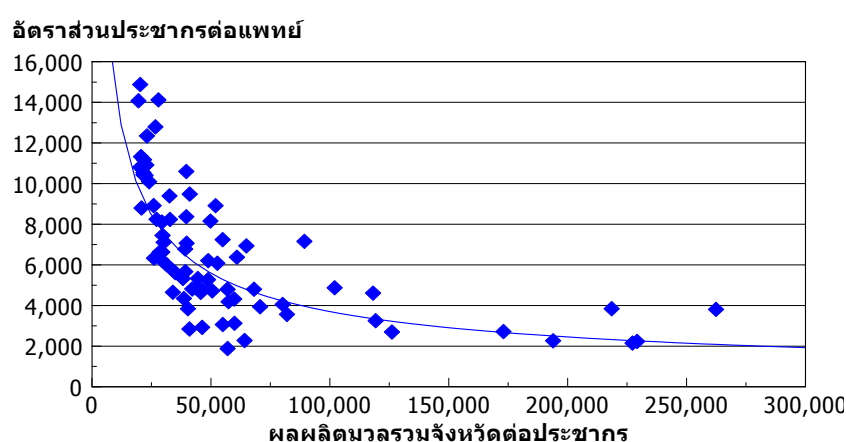
จากความเป็นธรรมด้านปัจจัยอื่นนอกเหนือการเงินที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการนั้น จะเห็นว่าแนวโน้มของการกระจายทรัพยากรสุขภาพ ปริมาณงานต่อแพทย์ และการใช้บริการสถานพยาบาลจะไปในทิศทางเดียวกัน จังหวัดที่มีคะแนนสูงสุด ก็จะมีคะแนนในแต่ละประเด็นสูงตามไปด้วย ความแตกต่างระหว่างคะแนนสูงสุดกับต่ำสุดจึงค่อนข้างห่าง คือมีค่าระหว่าง -1.57 ถึง +1.21 ในขณะที่ความเป็นธรรมด้านความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ และความเป็นธรรมด้านประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ นั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละประเด็นย่อย แต่ละจังหวัดก็จะมีจุดเด่นจุดด้อยแตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยจึงค่อนข้างใกล้เคียง 0 มาก โดยมีค่าตั้งแต่ -0.68 ถึง +0.86 ในความเป็นธรรมที่ 4 และตั้งแต่ -0.81 ถึง +0.82 ในความเป็นธรรมที่ 6 สำหรับในความเป็นธรรมที่ 7 ด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการนั้น ประเด็นที่มีทิศทางไปในทางเดียวกันได้แก่ ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น และค่าใช้จ่ายต่อประมาณการ โดยที่คะแนนในส่วนของคุณค่าใช้จ่ายต่อบริการและสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหารที่คิดเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปนั้นมีความแตกต่างกันไป คะแนนเฉลี่ยรวมจะมีค่าตั้งแต่ -1.01 ถึง +0.86 สำหรับในความเป็นธรรมที่ 9 ด้านความเป็นอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการนั้น โดยปกติแล้วการเลือกใช้บริการของรัฐ กับการเลือกบริการเอกชนเมื่อเทียบกับรัฐนั้น จะมีทิศทางของคะแนนที่สวนทางกัน คือถ้ามีการเลือกใช้บริการของรัฐมาก การใช้บริการเอกชนต่อรัฐจะน้อย ทำให้คะแนนเฉลี่ยมีค่าใกล้เคียง 0 แต่ก็มีบางจังหวัดที่มีคะแนนไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะมีคะแนนทั้ง 2 ประเด็นที่ใกล้เคียง 0 เช่นเดียวกัน คะแนนเฉลี่ยจึงมีค่าตั้งแต่ -0.49 ถึง +0.56

๖

ความเชื่อมโยงระหว่างความเป็นธรรม

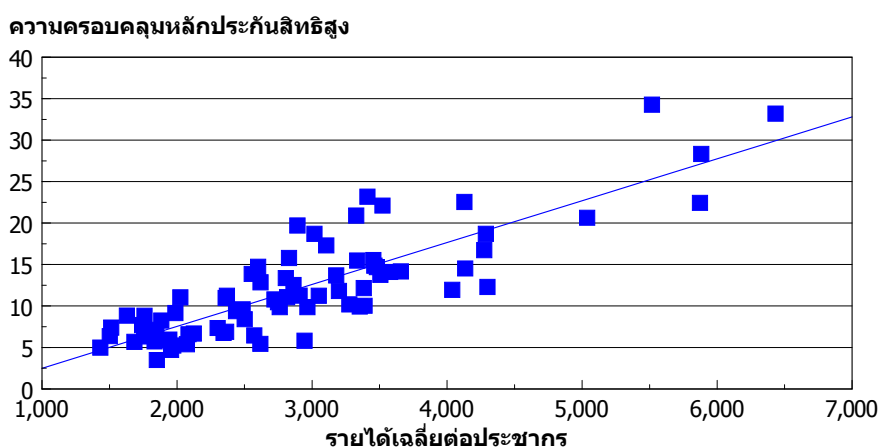
6.1. อิทธิพลข้ามกลุ่มความเป็นธรรม

ปัจจัยบางอย่างในความเป็นธรรมหนึ่งๆนั้น อาจจะมีอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่คนละกลุ่มความเป็นธรรมได้ ยกตัวอย่างเช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ที่อยู่ในความเป็นธรรมที่ 1 ว่าด้วยสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ก็จะมีอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นเช่น การกระจายทรัพยากรสุขภาพ ที่อยู่ในความเป็นธรรมที่ 3 ว่าด้วยปัจจัยอื่นนอกเหนือการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่าจังหวัดที่มีเศรษฐกิจดี (ผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรสูง) มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนแพทย์ต่อประชากรที่สูงกว่าจังหวัดที่มีเศรษฐกิจไม่ดี โดยมีอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์



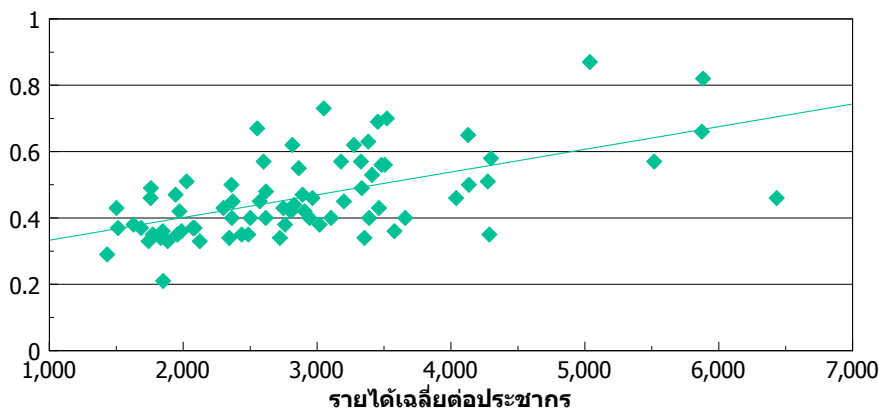
แผนภูมิที่ 6.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตมวลรวมจังหวัด กับอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์

นอกจากนั้นภาวะเศรษฐกิจยังเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อ ลักษณะของหลักประกันสุขภาพ (ความเป็นธรรมที่ 2) อัตราการใช้บริการโดยรวม (ความเป็นธรรมที่ 3) และลักษณะการเลือกใช้บริการของประชาชน (ความเป็นธรรมที่ 9) โดยจังหวัดที่ประชาชนมีรายได้เฉลี่ยสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพสิทธิสูง (ข้าราชการ ประกันสังคม ประกันเอกชน) มากกว่าจังหวัดที่มีรายได้ต่ำ และในขณะเดียวกันก็มีอัตราการใช้บริการรวมรายได้ใหม่ที่สูงกว่า และมีสัดส่วนการเลือกใช้บริการที่สถานบริการเอกชนที่สูงกว่าด้วย แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลในการกำหนดโอกาสในการเข้าถึงบริการและโอกาสในการเลือกของประชาชน



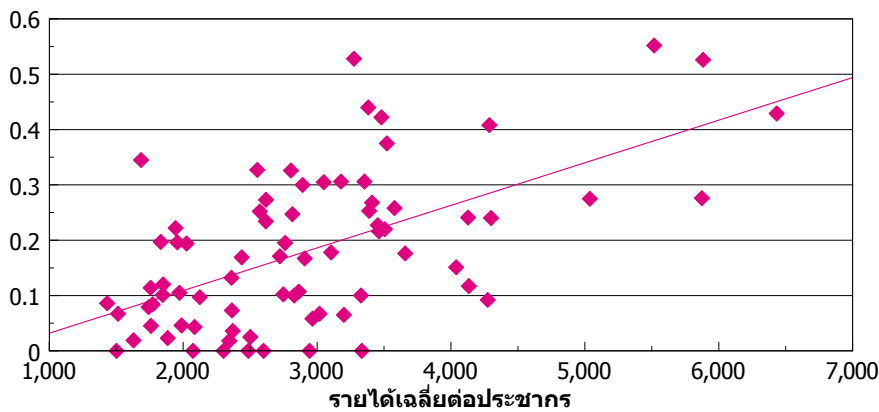
แผนภูมิที่ 6.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับความครอบคลุมหลักประกันสิทธิสูง

อัตราการใช้บริการผ.นอกรวมรายใหม่



แผนภูมิที่ 6.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับอัตราการใช้บริการผ.นอกรายใหม่

สัดส่วนการเลือกใช้บริการเอกชนกรณีผ.ใน

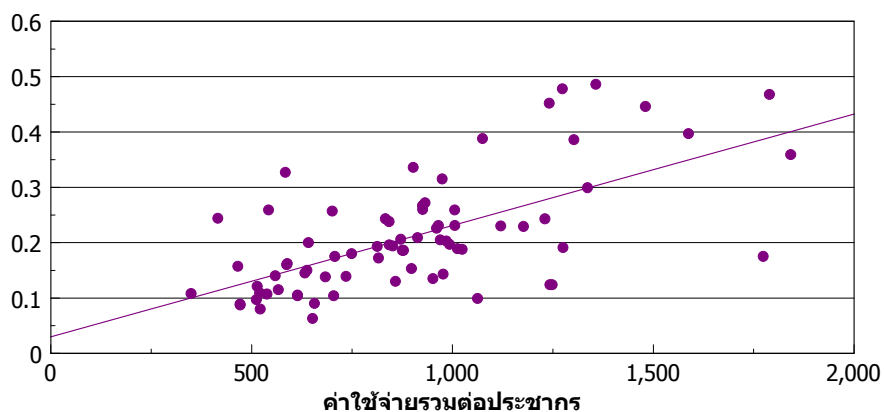


แผนภูมิที่ 6.4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อประชากร กับสัดส่วนการเลือกใช้บริการเอกชน กรณีผ.ใน

ปัจจัยทางด้านทรัพยากรสุขภาพ (ความเป็นธรรมที่ 3) ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการ (ความเป็นธรรมที่ 3 และ 4) และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ความเป็นธรรมที่ 7) โดยที่อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และอัตราส่วนประชากรต่อเตียงล้วนแล้วแต่มีผลต่ออัตราการใช้บริการรวม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และยังมีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอีกด้วย จังหวัดที่มีทรัพยากรกระจายไปมากก็จะมีอัตราการใช้บริการ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงตามไปด้วย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 5

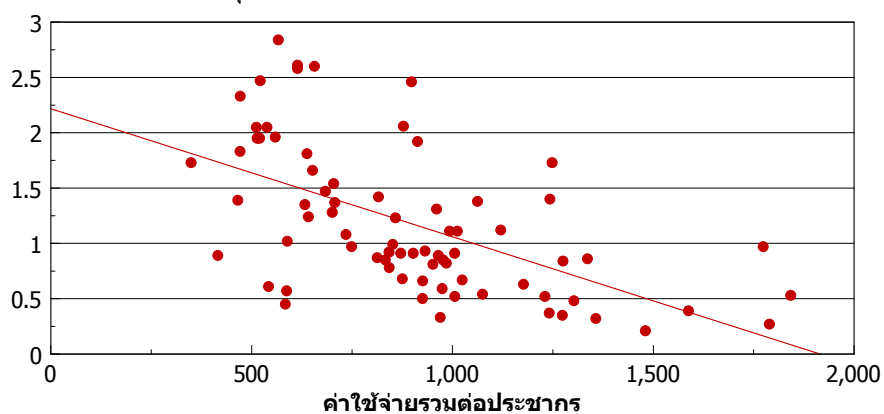
นอกจากค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพ (ความเป็นธรรมที่ 7) จะได้รับอิทธิพลจากอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ความเป็นธรรมที่ 4) ดังที่ได้กล่าวในบทที่ 5 ไปแล้วนั้น ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรดังกล่าว ยังได้รับอิทธิพลมาจากสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และจากอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชน ต่อโรงพยาบาลจังหวัดอีกด้วย (ความเป็นธรรมที่ 4) หากจังหวัดใดมีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดมาก ก็จะมีค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรสูงตามไปด้วย เช่นเดียวกับการที่มีอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลจังหวัดที่ต่ำลง แสดงว่าลักษณะการใช้บริการของประชาชนมีผลต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อประชากร

สัดส่วนการให้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด



แผนภูมิที่ 6.5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร กับสัดส่วนการให้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด

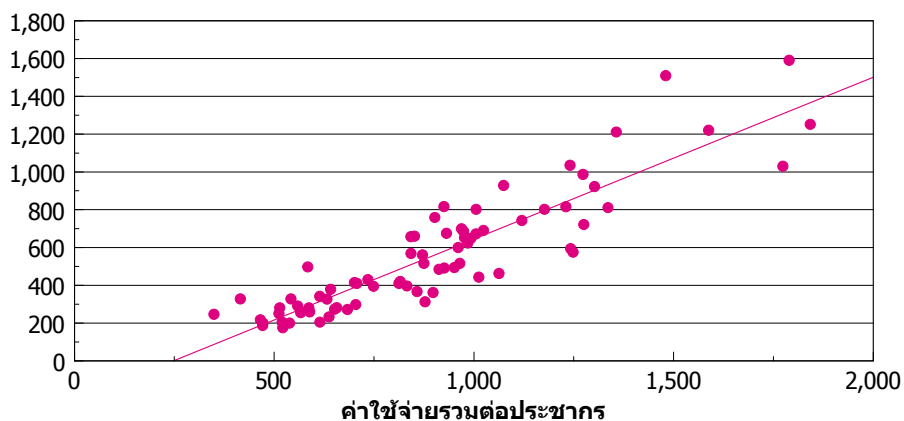
อัตราส่วนการนอนรพ.ชุมชนต่อรพ.จังหวัด



แผนภูมิที่ 6.6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร กับอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลจังหวัด

ค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปต่อประชากร มีอิทธิพลอย่างมากต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อประชากร ทั้งนี้เนื่องจากค่าใช้จ่ายในระดับดังกล่าวมีสัดส่วนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในระดับอื่นนั่นเอง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละระดับ น่าจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อประชากรด้วย โดยเฉพาะหากสามารถลดค่าใช้จ่ายต่อประชากรของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ลงได้

ค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลจังหวัดต่อประชากร



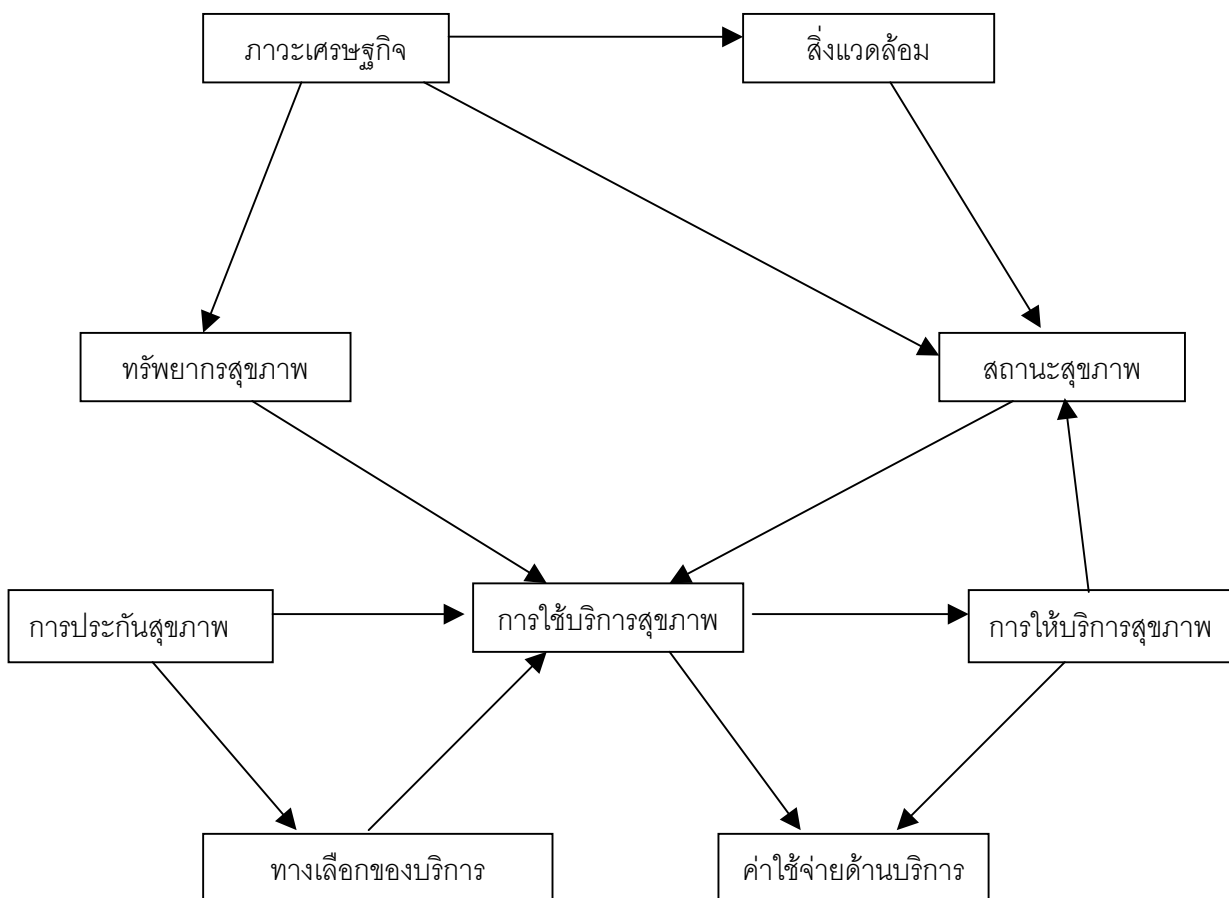
แผนภูมิที่ 6.7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร กับค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลจังหวัดต่อประชากร

6.2. บุรณาการความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัด

จากข้อมูล que แสดงถึงความสัมพันธ์ ระหว่างประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันนั้น สามารถแสดงให้เห็นภาพรวมของความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยดังกล่าวได้โดยสรุป ดังนี้

- ๑) ภาวะเศรษฐกิจ ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อม สถานะสุขภาพ และการกระจายทรัพยากร
- ๒) สิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อสถานะสุขภาพ
- ๓) สถานะสุขภาพ ส่งผลต่อการใช้บริการ
- ๔) ทรัพยากรสุขภาพ ส่งผลต่อการใช้บริการ
- ๕) การประกันสุขภาพ ส่งผลต่อการใช้บริการ และทางเลือกของสถานบริการ
- ๖) ทางเลือกของสถานบริการ ส่งผลต่อการใช้บริการ
- ๗) การใช้บริการ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ
- ๘) การให้บริการ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ และสถานะสุขภาพ
- ๙) การใช้บริการ ได้รับอิทธิพลจาก ทรัพยากรสุขภาพ การประกันสุขภาพ ทางเลือกของบริการ สถานะสุขภาพ
- ๑๐) สถานะสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจาก ภาวะเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการให้บริการสุขภาพ

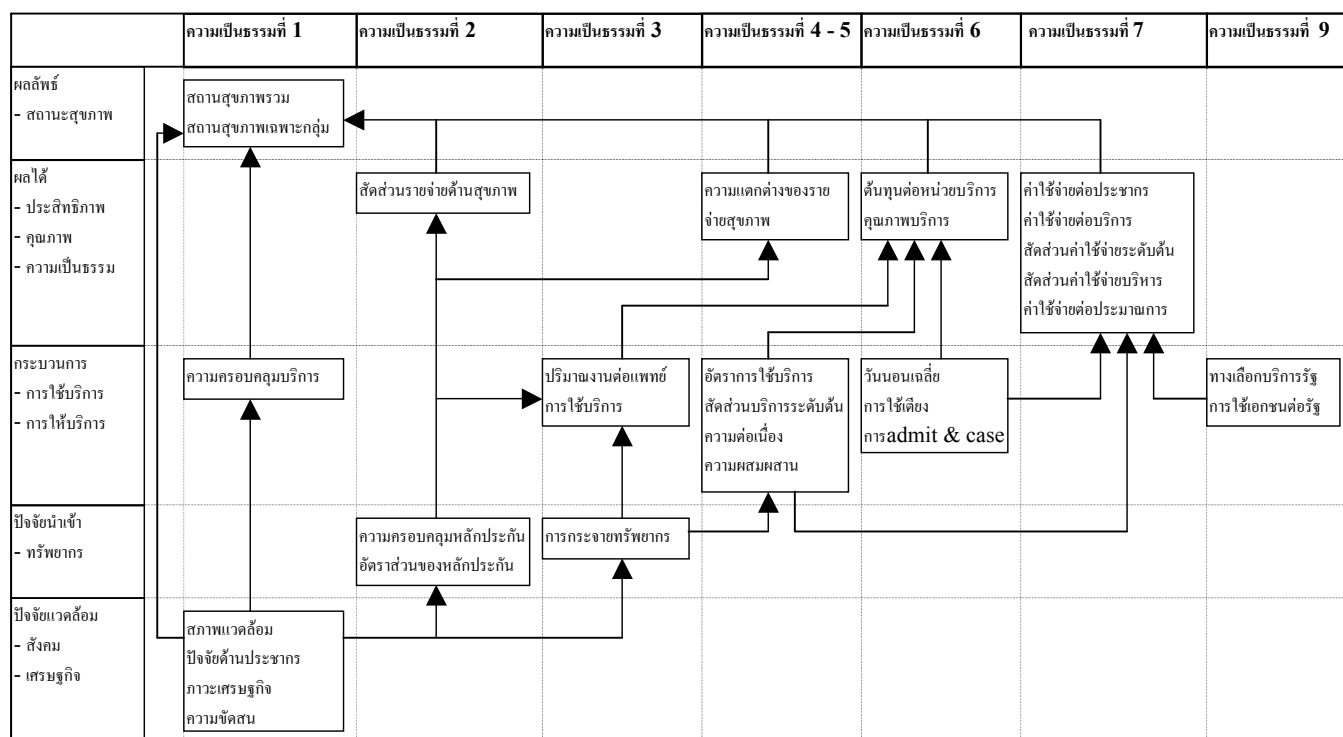
ความเชื่อมโยงของปัจจัยเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าหาต้องการขับเคลื่อนความเป็นธรรมทางสุขภาพ อาจจะต้องจัดการกับปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ให้มีการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน จึงจะเกิดความเป็นธรรมในภาพรวมได้



แผนภูมิที่ 6.8 แสดงการเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ

6.3. บทสรุปความเชื่อมโยงระหว่างความเป็นธรรม

หากจะสรุปถึงการเชื่อมโยงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ จะพบว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพดังกล่าวนี้มีมิติที่กว้าง และเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆ หลายองค์ประกอบ และองค์ประกอบเหล่านี้มีผลกระทบซึ่งกันและกัน บางปัจจัยเป็นปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ บางปัจจัยเป็นปัจจัยนำเข้าของระบบสุขภาพ บางปัจจัยเป็นกระบวนการในระบบสุขภาพ บางปัจจัยเป็นผลที่ได้จากระบบสุขภาพ และบางปัจจัยเป็นผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ หากมองอย่างบูรณาการ โดยเชื่อมโยงองค์ประกอบของความเป็นธรรมต่างๆ เข้าด้วยกัน ก็พอจะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อ ได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 6.9 แสดงการเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มดัชนีชี้วัดทั้ง 30 กลุ่ม ของความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้ง 8 ข้อ (ยกเว้นข้อ 8) ของเครื่องมือเชิงปริมาณ

แผนภูมิดังกล่าวแสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างความเป็นธรรม ที่เกี่ยวข้องกันในฐานะที่เป็นกลไกขับเคลื่อน ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่มองสุขภาพของประชาชนเป็นผลลัพธ์สุดท้าย ของระบบสุขภาพ แต่หากพิจารณาให้ดี แล้วจะเห็นว่า สุขภาพของประชาชนแท้ที่จริงแล้วก็เป็ปัจจัยนำเข้าอันหนึ่งของระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน ระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน ส่วนหนึ่งก็มาจากการที่ประชาชนมีสถานะสุขภาพที่แตกต่างกันนั่นเอง การที่จะบอกว่าระบบสุขภาพของพื้นที่ใดมีความเป็นธรรมมากกว่ากันนั้น สุดท้ายแล้วก็อาจจะต้องดูที่บริบทของแต่ละสังคม ที่มีปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกัน และมีระบบการให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ ที่ต่างกันด้วย ซึ่งอาจจะไม่มีบรรทัดฐานเดียวกันระหว่างพื้นที่ ในบทต่อไปจะเป็นการแสดงให้เห็นถึงบริบทที่แตกต่างกันระหว่างจังหวัด และมุมมองต่างๆ ของคนในจังหวัดนั้นๆ ที่มีต่อ ความเป็นธรรมทางสุขภาพของจังหวัดตนเอง เมื่อเปรียบเทียบกับอดีตที่ผ่านมา

ก่อนที่จะถึงบทต่อไป จะมีการสรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพรวม ที่เกิดจากการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลรวมของคะแนนความเป็นธรรม และลำดับที่ของจังหวัดที่ได้ จากการคำนวณด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน

6.4. ผลรวมของคะแนนความเป็นธรรม

มีวิธีการคำนวณความเป็นธรรมในภาพรวม โดยอาศัยข้อมูลในแต่ละดัชนีชี้วัด อยู่หลายวิธีด้วยกัน แต่การคำนวณภาพรวมของความเป็นธรรมดังกล่าวนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพ (performance) ของระบบบริหารหรือบริการสุขภาพในจังหวัด หากเป็นเพียงการสร้างตัวอย่างของข้อมูล ที่อาจจะสะท้อนภาพรวมของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากมีหลายปัจจัยในความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ไม่สามารถควบคุมได้ วิธีการคำนวณดังกล่าวประกอบด้วย

วิธีที่ 1 ผลรวมของคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มดัชนีชี้วัด (sum of average score)

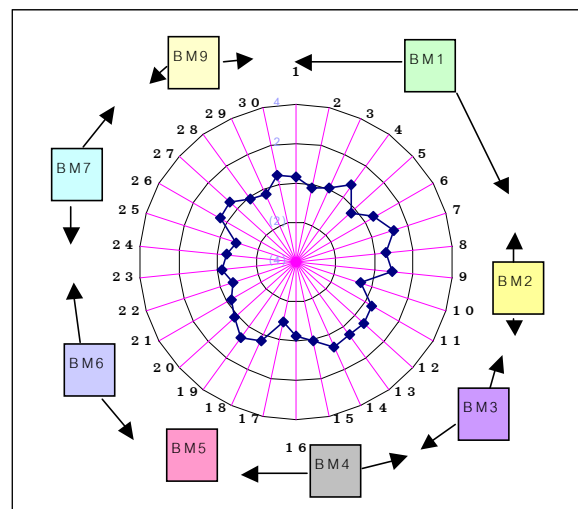
วิธีที่ 2 ลำดับที่เฉลี่ยของดัชนีชี้วัดทั้ง 81 ตัว (average rank of indicators)

วิธีที่ 3 ผลรวมของพื้นที่ภายในกราฟ เรดาร์ (radar) จากคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มดัชนีชี้วัด การคำนวณพื้นที่ภายในกราฟแบบเรดาร์ (ดังแผนภูมิที่ 6) สามารถคำนวณได้ ดังนี้

$$\text{Area} = \sum_{x=1}^{30} \frac{[(\text{คะแนนเฉลี่ย ของกลุ่ม } x) + 4] * [(\text{คะแนนเฉลี่ย ของกลุ่ม } x+1) + 4] * \sin(12^\circ)}{2}$$

ผลจากการคำนวณดังกล่าวมีความแตกต่างกัน การคำนวณในวิธีที่ 1 และวิธีที่ 3 มีผลใกล้เคียงกัน เนื่องจากใช้หลักการของคะแนนเฉลี่ยเหมือนกัน แต่แตกต่างกันตรงที่พื้นที่ภายในกราฟนั้น จะได้รับอิทธิพลมาจากคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่อยู่ใกล้ๆ กันด้วย (neighboring effect) ดังนั้นลำดับของการเรียงกลุ่มดัชนีชี้วัด จะมีผลต่อผลรวมที่ได้ ในขณะที่วิธีที่ 2 คือลำดับที่เฉลี่ยของดัชนีชี้วัด จะได้ค่าที่แตกต่างกันไปจากวิธีที่ 1 และ 3 ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้นำเอาค่าของคะแนนมาคิดด้วย วิธีที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นวิธีที่ 1 ซึ่งนำเอาค่าของคะแนนมาคิดด้วยและปราศจากอิทธิพลของการเรียงลำดับของกลุ่มดัชนีชี้วัด ผลของการคำนวณตามวิธีที่ 1 ได้ผลรวมของคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ -17.97 ถึง +9.46 ผลของการคำนวณตามวิธีที่ 2 ได้ลำดับที่เฉลี่ยตั้งแต่ 32.02 ถึง 48.05 ผลของการคำนวณตามวิธีที่ 3 ได้พื้นที่ภายในกราฟตั้งแต่ 34.46 ถึง 54.40 โดยทั้ง 3 วิธีนี้ ให้น้ำหนักของแต่ละกลุ่มดัชนีชี้วัดเท่ากัน (equal weighting)

สิ่งที่น่าจะเป็นประโยชน์มากกว่าการดูคะแนนรวมก็คือ การพิจารณาในประเด็นปลีกย่อยของความเป็นธรรมด้านต่างๆ ว่าในความเป็นธรรมแต่ละด้านนั้นมีพื้นที่ใดบ้างหรือจังหวัดใดบ้างที่มีปัญหา และในขณะเดียวกันก็ควรจะดูในระดับจังหวัดด้วยว่า ในจังหวัดนั้นๆ มีความเป็นธรรมด้านใดบ้างที่เป็นปัญหา ก็จะทำให้ทราบถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของจังหวัดนั้นๆ ด้วย วิธีการหนึ่งจะดูภาพรวมระดับจังหวัดได้ก็คือการใช้แผนภูมิแบบของศา(เรดาร์) ที่แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด ของจังหวัดนั้นๆ ในเวลาเดียวกัน รูปร่างของกราฟที่ต่างกันจะแสดงถึงจุดแข็งและจุดอ่อนที่ต่างกันในแต่ละจังหวัด



แผนภูมิที่ 6.10 แสดงกราฟแบบเรดาร์ ที่แสดงจุดแข็งจุดอ่อนของจังหวัด จากข้อมูลคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด

ผลจากคำนวณความเป็นธรรมรวม ทั้ง 3 วิธี จะได้ลำดับที่ของจังหวัดและผลรวมที่แตกต่างกัน ดังนี้

ตารางที่ 6.1 แสดงคะแนนรวมของความเป็นธรรมและลำดับที่ของจังหวัด โดยการใช้วิธีการคำนวณ 3 วิธี

ลำดับที่	จังหวัด	คะแนนรวม		ลำดับที่เฉลี่ย		พื้นที่ได้กราฟ วัดมี 30 กลุ่ม
		30กลุ่ม	จังหวัด	81 ตัวชี้วัด	จังหวัด	
1	เลย	9.46	ปทุมธานี	32.02	นครพนม	58.40
2	นครพนม	9.35	เลย	32.07	เลย	58.17
3	ขอนแก่น	7.41	นครพนม	33.07	ขอนแก่น	56.09
4	สมุทรสาคร	6.80	สมุทรสาคร	33.16	แพร่	56.06
5	แพร่	6.71	สมุทรปราการ	33.37	สมุทรสาคร	55.48
6	สมุทรปราการ	6.46	พระนครศรีอยุธยา	33.60	อำนาจเจริญ	54.99
7	เพชรบุรี	5.70	นนทบุรี	33.96	เพชรบุรี	54.68
8	อำนาจเจริญ	5.55	ชุมพร	34.28	สมุทรปราการ	54.39
9	ลพบุรี	4.89	ประจวบคีรีขันธ์	34.51	พระนครศรีอยุธยา	54.06
10	พระนครศรีอยุธยา	4.65	ลพบุรี	34.63	น่าน	53.97
11	น่าน	4.46	แพร่	34.63	ลพบุรี	53.82
12	ปทุมธานี	4.19	เพชรบุรี	34.64	ปทุมธานี	53.62
13	ประจวบคีรีขันธ์	4.01	ลำพูน	34.78	ร้อยเอ็ด	53.18
14	ชุมพร	3.74	ขอนแก่น	34.88	ประจวบคีรีขันธ์	53.11
15	กระบี่	3.69	เชียงใหม่	35.22	ลำพูน	53.08
16	ลำพูน	3.60	ภูเก็ต	35.48	ระยอง	53.06
17	มุกดาหาร	3.59	อำนาจเจริญ	35.51	ชุมพร	53.06
18	ระยอง	3.34	ชัยนาท	35.67	มุกดาหาร	53.00
19	ร้อยเอ็ด	3.33	ชัยภูมิ	35.72	ชัยนาท	52.82
20	ชัยนาท	2.88	ระยอง	35.89	กระบี่	52.82
21	ระนอง	2.78	สุโขทัย	36.19	สุโขทัย	52.09
22	สุโขทัย	2.78	ระนอง	36.22	ภูเก็ต	52.05
23	ตรัง	2.41	น่าน	36.47	ตรัง	51.94
24	ภูเก็ต	2.39	พิษณุโลก	36.53	ระนอง	51.83
25	อุทัยธานี	2.22	ลำปาง	36.72	อุทัยธานี	51.43
26	มหาสารคาม	1.70	สิงห์บุรี	36.77	สระบุรี	51.00
27	เชียงใหม่	1.20	ร้อยเอ็ด	36.77	พิษณุโลก	50.96
28	ชัยภูมิ	1.19	ชลบุรี	36.81	ชัยภูมิ	50.96
29	พิษณุโลก	1.02	อุทัยธานี	36.98	เชียงใหม่	50.93
30	ลำปาง	0.84	ตรัง	36.98	ลำปาง	50.73
31	กาญจนบุรี	0.71	ตราด	37.00	มหาสารคาม	50.64
32	นครปฐม	0.62	มหาสารคาม	37.01	กาฬสินธุ์	50.55
33	นนทบุรี	0.58	กำแพงเพชร	37.09	นครปฐม	50.54
34	อุดรธานี	0.50	นครปฐม	37.31	กาญจนบุรี	50.48
35	สระบุรี	0.49	มุกดาหาร	37.35	สระแก้ว	50.43
36	กาฬสินธุ์	0.40	อ่างทอง	37.52	ยโสธร	50.39
37	ยโสธร	0.40	กาญจนบุรี	37.59	อุดรธานี	50.33
38	อ่างทอง	0.35	กระบี่	37.70	ตราด	50.22
39	ตราด	0.29	สระบุรี	37.83	อ่างทอง	50.14
40	สระแก้ว	0.04	สมุทรสงคราม	38.10	ชลบุรี	50.00

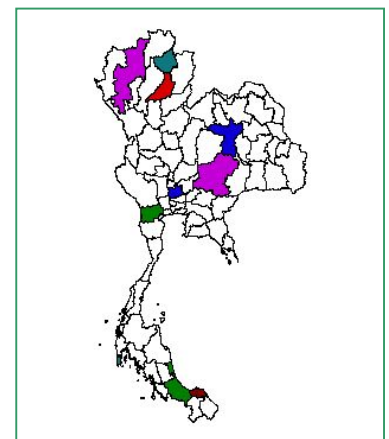
ลำดับที่	จังหวัด	คะแนนรวม	จังหวัด	ลำดับที่เฉลี่ย	จังหวัด	พื้นที่ได้กราฟ
		30 กลุ่ม		81 ตัวชี้วัด		ร้อยละ 30 กลุ่ม
41	ชลบุรี	(0.34)	ฉะเชิงเทรา	38.26	นนทบุรี	49.99
42	กำแพงเพชร	(0.70)	พังงา	38.56	กำแพงเพชร	49.86
43	นครสวรรค์	(0.82)	สุราษฎร์ธานี	38.57	หนองบัวลำภู	49.41
44	หนองบัวลำภู	(1.19)	นครนายก	38.58	สุรินทร์	49.20
45	พิจิตร	(1.19)	สระแก้ว	38.58	นครสวรรค์	49.13
46	สกลนคร	(1.41)	หนองคาย	38.62	พิจิตร	48.95
47	พะเยา	(1.60)	จันทบุรี	38.95	พะเยา	48.89
48	นครศรีธรรมราช	(1.71)	ยโสธร	39.09	สกลนคร	48.70
49	พังงา	(1.91)	สงขลา	39.12	บุรีรัมย์	48.55
50	สุรินทร์	(2.28)	นครสวรรค์	39.17	นครนายก	48.32
51	นครนายก	(2.34)	พัทลุง	39.35	นครศรีธรรมราช	48.31
52	สุราษฎร์ธานี	(2.42)	อุดรธานี	39.37	อุดรธานี	48.14
53	อุดรธานี	(2.52)	ปัตตานี	39.49	พังงา	48.10
54	บุรีรัมย์	(2.55)	เชียงราย	39.51	สุราษฎร์ธานี	48.07
55	อุบลราชธานี	(2.61)	พิจิตร	39.51	สตูล	48.02
56	สงขลา	(2.79)	สุพรรณบุรี	39.75	สงขลา	47.87
57	สตูล	(2.89)	นครราชสีมา	39.81	อุบลราชธานี	47.78
58	นครราชสีมา	(3.16)	อุดรธานี	39.85	เชียงราย	47.25
59	สมุทรสงคราม	(3.29)	ราชบุรี	39.93	จันทบุรี	47.16
60	สิงห์บุรี	(3.30)	กาฬสินธุ์	39.98	สิงห์บุรี	47.07
61	พัทลุง	(3.39)	ปราจีนบุรี	40.21	หนองคาย	47.06
62	สุพรรณบุรี	(3.45)	พะเยา	40.40	พัทลุง	47.03
63	เชียงราย	(3.48)	สกลนคร	40.47	ศรีสะเกษ	47.02
64	ราชบุรี	(3.83)	หนองบัวลำภู	40.64	สุพรรณบุรี	47.01
65	จันทบุรี	(3.97)	บุรีรัมย์	40.72	นครราชสีมา	47.01
66	เพชรบูรณ์	(4.02)	สตูล	40.99	เพชรบูรณ์	46.98
67	ตาก	(4.22)	อุบลราชธานี	41.14	สมุทรสงคราม	46.90
68	ศรีสะเกษ	(4.52)	แม่ฮ่องสอน	41.22	ราชบุรี	46.78
69	ฉะเชิงเทรา	(4.87)	เพชรบูรณ์	41.40	ฉะเชิงเทรา	46.37
70	หนองคาย	(4.89)	ศรีสะเกษ	41.63	ตาก	46.35
71	ปราจีนบุรี	(5.06)	สุรินทร์	41.67	ปราจีนบุรี	45.94
72	ปัตตานี	(5.91)	นครศรีธรรมราช	41.88	แม่ฮ่องสอน	45.32
73	แม่ฮ่องสอน	(6.49)	ตาก	42.96	ปัตตานี	45.02
74	ยะลา	(9.67)	ยะลา	43.47	ยะลา	42.10
75	นราธิวาส	(17.97)	นราธิวาส	48.05	นราธิวาส	34.46

๗

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ๑๐ จังหวัด : ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในบทนี้จะเป็นอีกวิธีการหนึ่งในการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณนั้นอาจจะมีข้อจำกัด ในการนำข้อมูลบางอย่างมาใช้เป็นมาตรฐานในการวัดความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบรรทัดฐานที่แตกต่างกันในเชิงบริบท ซึ่งมักจะมีการให้คุณค่าสิ่งต่างๆที่แตกต่างกันไป หากมองด้วยสายตาของคนที่อยู่ในพื้นที่เองอาจจะได้คำตอบที่แตกต่างไปจากข้อมูลเชิงปริมาณก็ได้ การเปิดโอกาสให้คนในพื้นที่ให้ความเห็นต่อระบบสุขภาพของตนเองน่าจะเป็นวิธีการหนึ่งในการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ เครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพในเชิงคุณภาพนั้น ใช้วิธีการสนทนากลุ่มย่อยจำนวน 8 กลุ่มๆละประมาณ 10 คน ในจังหวัดหนึ่งๆ โดยกลุ่มทั้ง 8 กลุ่มจะประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับตำบล กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมืองและชนบท และกลุ่มประชาคมอื่นๆทั้งเขตเมืองและชนบท การสนทนากลุ่มดังกล่าวจะดำเนินการร่วมไปกับการให้คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้ง 9 ข้อ ซึ่งจะมีข้อคำถามในการให้คะแนนอยู่ 46 ข้อ ครอบคลุมประเด็นต่างๆในความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อ สำหรับคะแนนในภาพรวมของความเป็นธรรมแต่ละข้อ และของความเป็นธรรมรวมนั้น ผู้ให้คะแนนจะเป็นผู้เฉลี่ยคะแนนเองโดยอิสระ ไม่ได้ใช้การให้น้ำหนักเฉลี่ยในการคำนวณ โดยคะแนนที่ให้นั้นจะมีตั้งแต่ -5 ถึง +5 จากการเปรียบเทียบกับอดีต 3 ปีที่ผ่านมาว่าความเป็นธรรมในด้านต่างๆดีขึ้นหรือแย่ลงมากน้อยเพียงใด โดยที่ 0 หมายถึงเหมือนเดิม +5 หมายถึงดีขึ้นมากที่สุด -5 หมายถึงแย่ลงมากที่สุด

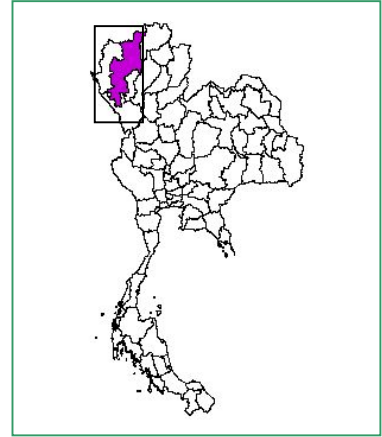
จังหวัดเป้าหมาย สำหรับการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยประชานิยม ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดเป้าหมายของการกระจายอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ พะเยา แพร่ ขอนแก่น นครราชสีมา ภูเก็ต สงขลา ปัตตานี พระนครศรีอยุธยา และราชบุรี เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการนำเสนอข้อมูลของแต่ละจังหวัดทั้ง 10 จังหวัด โดยในแต่ละจังหวัดนั้นจะนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณที่สำคัญบางอย่างเพื่อให้เข้าใจในบริบทของจังหวัดนั้น และคะแนนความเป็นธรรมที่ได้จากเครื่องมือเชิงปริมาณ รวมทั้งชี้ให้เห็นจุดแข็งและจุดอ่อนในประเด็นต่างๆ แล้วตามด้วยเนื้อหาเชิงคุณภาพที่สำคัญจากการสนทนากลุ่ม ที่เกี่ยวกับความเป็นธรรมทั้งด้านสถานะสุขภาพ ด้านการเงิน และด้านบริการ โดยจะมีการเสนอคะแนนความเป็นธรรมเฉลี่ยที่ให้โดยแต่ละกลุ่ม ในการแสดงผลของสนทนาวาสุดท้ายแล้วกลุ่มต่างๆ ให้คะแนนความเป็นธรรมอย่างไร และจะมีการชี้ประเด็นย่อยที่ยังเป็นจุดที่กลุ่มต่างๆให้คะแนนเป็นลบ ซึ่งหมายความว่าประเด็นเหล่านั้นมีลักษณะถดถอยลงเมื่อเวลาผ่านไป จึงน่าจะเป็นประเด็นที่จะใช้ในการพัฒนาจังหวัดต่อไปได้ หากมีการวิเคราะห์และให้ความเห็นลงไปรายละเอียด โดยการนำเสนอจะเริ่มจาก จังหวัดในภาคเหนือ ตามด้วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ตามลำดับ



7.1. ข้อมูลความเป็นธรรมเชิงคุณภาพ 10 จังหวัด

๑) จังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 21 อำเภอ 3 กิ่งอำเภอ เป็นจังหวัดที่มีเนื้อที่มากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากจังหวัดนครราชสีมา คือมีเนื้อที่ถึง 20,107 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 1,472,403 คน จากรายงานสำมะโนและเคหะ ปี 2543 นับว่าเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ มีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 73.2 คนต่อตารางกิโลเมตร จังหวัดเชียงใหม่มีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรมากเป็นอันดับที่ 22 มีมูลค่าเท่ากับ 57,015 บาท เป็นอันดับที่ 2 ของภาคเหนือ รองจากจังหวัดลำพูน ประชาชนมีรายได้มากเป็นอันดับที่ 27 เฉลี่ย 3,179 บาทต่อเดือน



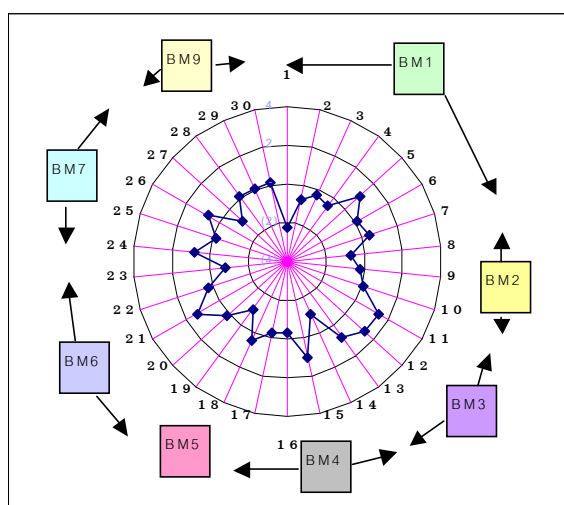
สภาพพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่ 70% เป็นภูเขาสูง ที่เหลือเป็นที่ราบเรียกว่า แอ่งเชียงใหม่-ลำพูน มีแม่น้ำปิงหล่อเลี้ยงคนในพื้นที่ราบนี้ จังหวัดเชียงใหม่เป็นศูนย์กลางด้านการค้า การคมนาคมขนส่งทางอากาศและการสื่อสาร การเงิน และการท่องเที่ยวระดับนานาชาติ ปัญหาสำคัญของเชียงใหม่ ได้แก่ การบุกรุกป่าและที่รมน้ำ ปัญหาขยะและมลพิษ ปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกภาคเกษตร ปัญหาจราจร และที่สำคัญคือปัญหายาเสพติด⁽³²⁾

ทางด้านสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราตายอย่างหยาบ ของประชากรสูงเป็นอันดับที่ 1 คือประมาณ 9.9 ต่อพันประชากร (ปี 2543) แต่เมื่อปรับค่าตามโครงสร้างอายุแล้ว มีอัตราตายเป็นอันดับที่ 2 รองจากจังหวัดพะเยา คือประมาณ 8.4 ต่อพันประชากร มีประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิง (เด็ก 0-15 ปี และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) เป็น 0.39 เท่าของประชากรในวัยทำงาน (15-65ปี) นับว่ามีอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงน้อยเป็นอันดับที่ 6 จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรมากเป็นอันดับที่ 1 (ไม่นับกรุงเทพ) คือแพทย์ 1 คนดูแลประชาชนเพียง 1,884 คน และมีจำนวนเตียงต่อประชากรมากเป็นอันดับที่ 2 รองจาก นนทบุรี คือมีเตียง 1 เตียงต่อประชากรเพียง 236 คน มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ขนาด 421 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง ในขณะที่มีสถานพยาบาลที่มีเตียงไว้รักษาผู้ป่วยที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอีกจำนวน 19 แห่ง รวม 4,225 เตียง ในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลของเอกชนถึง 16 แห่ง (ปี 2542)

จะเห็นได้ว่าจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยทรัพยากรสุขภาพ ภายใต้เศรษฐกิจที่นับว่าดีเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ ถ้ามองในแง่การเข้าถึงบริการและโอกาสในการใช้บริการต้องนับว่าดีมากเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามองในแง่ทางเลือกในการใช้บริการสุขภาพ ที่มีสถานพยาบาลที่หลากหลาย คนเชียงใหม่เลือกใช้บริการเอกชน 22% ในกรณีผู้ป่วยนอก และ 30% ในกรณีผู้ป่วยใน ปัญหาของจังหวัดเชียงใหม่ คือการที่มีสถานะสุขภาพในด้านอัตราตายที่สูง ซึ่งน่าจะสืบเนื่องมาจากปัญหาโรคเอดส์ และการที่ยังคงมีอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ยังสูงอยู่ โดยอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี เท่ากับ 12.5% มากเป็นอันดับที่ 10 และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับ 9.8% มากเป็นอันดับที่ 5 แต่ตัวเลขรวมเหล่านี้ไม่ได้บ่งบอกถึงพื้นที่เฉพาะที่เป็นปัญหา

หากมองในแง่ของการใช้บริการสุขภาพแล้ว ประชาชนชาวเชียงใหม่มีโอกาสใช้บริการค่อนข้างสูง คือมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่รวมทั้งรัฐและเอกชน เท่ากับ 57% มากเป็นอันดับที่ 13 และมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในรวมเท่ากับ 17% มากเป็นอันดับที่ 7 แต่หากมองเฉพาะอัตราการให้บริการของรัฐ จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการให้บริการสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียง 1.67 ครั้งต่อคนต่อปี เป็นอันดับที่ 64 และมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในเท่ากับ 7.6% เป็นอันดับที่ 69 แสดงว่าคนเชียงใหม่มีทางเลือกในการใช้สถานบริการที่หลากหลาย ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขที่ค่อนข้างต่ำ คือใช้จ่ายเพียง 614 บาทต่อหัวประชากร (ปี 2543) น้อยเป็นอันดับที่ 18

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นว่าจังหวัดเชียงใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยที่เป็นบวกที่ชัดเจน (มากกว่า +1) ในด้านปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการกระจายทรัพยากรสุขภาพ และปริมาณงานต่อแพทย์ สัดส่วนการให้บริการระดับต้น และอัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษา แสดงถึงภาวะประชากรที่ไม่หนาแน่นและไม่มีภาระที่ต้องพึ่งพิงมากนัก และแสดงถึงการที่มีทรัพยากรสุขภาพจำนวนมาก ที่เอื้อต่อการให้บริการ และสำหรับในภาครัฐนั้น การบริการยังเน้นไปที่บริการระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ที่มีเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบโรงพยาบาลทั่วไป และการรับผู้ป่วยไว้รักษายังอยู่ในระดับที่ไม่มากจนเกินไปนัก โดยผู้ป่วยที่รับไว้มีลักษณะที่ควรรับไว้รักษา (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูง) แต่ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบที่ชัดเจน (ต่ำกว่า -1) ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม และอัตราการให้บริการภาครัฐ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านการตายของประชาชน และการที่มีอัตราการให้บริการของรัฐไม่สูง แสดงว่าประชาชนมีทางเลือกที่จะรักษาในสถานบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คะแนนรวมของความเป็นธรรมจากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ +1.20 อยู่ในลำดับที่ 21



ตารางที่ 7.1 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.เชียงใหม่

1	สถานสุขภาพรวม	(2.23)
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	(0.74)
3	ความครอบคลุมบริการ	(0.27)
4	สภาพแวดล้อม	(0.44)
5	ปัจจัยด้านประชากร	1.05
6	สถานะเศรษฐกิจและการกระจาย	0.16
7	ความขัดสน	0.45
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	(0.74)
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	(0.24)
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	0.19
11	การกระจายทรัพยากร	1.44
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	1.38
13	การให้บริการสถานพยาบาล	0.82
14	อัตราการให้บริการ	(1.04)
15	สัดส่วนการให้บริการระดับต้น	1.01
16	ความต่อเนื่องของบริการ	(0.34)
17	ความผสมผสานของบริการ	(0.25)
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	0.48
19	วันนอนเฉลี่ย	(0.94)
20	การใช้เตียง	0.14
21	อัตราการรับไว้รักษาและ case mix	1.34
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	0.34
23	คุณภาพบริการ	(0.82)
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	0.78
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	(0.19)
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	0.69
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	(0.92)
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	0.14
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	0.09
30	อัตราส่วนการให้บริการเอกชนต่อรัฐ	0.18

ตารางที่ 7.1 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.เชียงใหม่

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ ยังมีปัญหาในด้านการตาย จากโรคเอดส์ และอุบัติเหตุ ส่วนหนึ่งของอุบัติเหตุน่าจะเกิดจากการดื่มสุรา และพบเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นที่คึกคะนอง สำหรับปัญหาโรคเอดส์นั้น มีนักเรียนจำนวนมากที่พ่อแม่ตายด้วยโรคเอดส์ และการแพร่กระจายของโรคเอดส์ส่วนหนึ่งก็มาจากนักเรียนนักศึกษา และเนื่องจากคนเชียงใหม่ที่ติดเชืวยังไม่เปิดเผยตัวเองมากนัก ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อค่อนข้างมาก เช่นที่อำเภอสันทรายที่มีการตายจากโรคเอดส์ค่อนข้างมาก แต่เมื่อมีการรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนเข้าใจปัญหามากขึ้นแล้ว ก็มีปัญหาการตายลดลง เด็กที่ติดเชื้อเอดส์ได้รับการดูแลสุขภาพ และมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น นอกจากนี้โรคเอดส์ยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตายด้วย การฆ่าตัวตายมีมากขึ้น ทั้งจากปัญหาโรคเอดส์ และปัญหาเศรษฐกิจ บางส่วนเข้าใจว่าการฆ่าตัวตาย อาจจะมาจากลักษณะการเลี้ยงดูบุตรหลานของคนเชียงใหม่ ที่ค่อนข้างปกป้องตามใจ จนเด็กขาดความเข้มแข็ง เปราะบาง และมักจะแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาพฤติกรรมดั้งเดิมก็อาจจะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา เช่น การสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยเด็ก ของคนสมัยก่อน ก็จะทำให้เป็นโรคหลอดลมอุดตันเรื้อรัง ในชนบทยังมีพฤติกรรมการอยู่เดือน (อยู่ไฟ) เช่นที่อำเภอพร้าว มีการอยู่ไฟประมาณ 90% ทำให้บางส่วนยังมีปัญหาการขาดสารอาหาร และการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคภูมิแพ้จากปัญหามลพิษในเขตเมือง ปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์และมีสารพิษ และประชาชนยังมีความสนใจในการตรวจสุขภาพไม่มากนัก มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทั้งเบาหวาน มะเร็ง โรคไต โรคหัวใจ

ปัญหาความเจริญของสังคม ทำให้ประชาชนมีค่าใช้จ่ายมากขึ้น จำเป็นต้องหารายได้เพิ่มขึ้น บางส่วนต้องบุกรุกที่สาธารณะ เพื่อนำไปขาย ส่วนใหญ่เชื่อว่าความเจริญนำมาซึ่งความเสื่อมทางด้านวัฒนธรรม ปัญหาสิ่งแวดล้อม ยาเสพติด และโรคเอดส์ ทำให้เด็กวัยรุ่นไม่ค่อยเชื่อฟังผู้ใหญ่ มักจะชอบเลียนแบบจากสื่อต่างๆ ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน ได้แก่ ปัญหาขยะ จราจร ที่ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศ จนบางพื้นที่น้ำฝนไม่สามารถใช้ดื่มได้ นอกจากนี้ยังมีความหนาแน่นแออัดในเขตเมืองและใกล้เมือง เช่นที่ตำบลสุเทพ จนทำให้คนเชียงใหม่ส่วนหนึ่งคิดว่าคนในชนบทมีสุขภาพกายและใจที่ดีกว่าคนในเมือง ทั้งนี้เนื่องจากในชนบทมีความสัมพันธ์ภายในสังคมที่ดีกว่า และภาวะการขาดแคลนอาหารก็มีน้อยมาก โดยที่ชาวเขาส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เนื่องจากมีงบประมาณจากรัฐเข้าไปสนับสนุน แต่ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆยังมีน้อยอยู่ แต่ก็เริ่มที่จะมีการประสานงานกันมากขึ้น โดยทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ แต่ก็ยังจำกัดอยู่ในวงแคบๆ เช่นเรื่องไข้เลือดออก เอดส์ และทางภาคประชาชนเริ่มมีการรวมตัวกันมากขึ้น โดยมีการจัดตั้งกลุ่มผู้อาวูโส ที่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่นรำมวยจีน มีมูลนิธิผู้สูงอายุ กลุ่มสตรี กลุ่มผสม. กลุ่มเดินแอโรบิค เป็นต้น ในเขตเมืองยังมีการรวมตัวกันได้ยาก แต่ก็มีบางชุมชนมีการรวมตัวกันขึ้นเพื่อพัฒนาที่อยู่อาศัย

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ทางด้านการเงิน ผู้ให้บริการเห็นว่า หลักประกันสุขภาพที่ให้อย่างไม่สามารถครอบคลุมรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประชาชนได้ สังเกตได้จากการไปรักษาที่คลินิก และการซื้อยากินเอง และคนเชียงใหม่ก็ยังคงนิยมการใช้โรงพยาบาลเอกชน กรณีที่เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ถึงแม้จะให้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาทแก่คนที่ร่ำรวย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้ก็ยังไม่นิยมใช้บริการนอกกระบวนการประกันสุขภาพมากกว่า และจากการที่ประชาชนยังมีการจ่ายอยู่ ทำให้ยังมีความแตกต่างของภาระรายจ่ายระหว่างคนจนกับคนรวย ทางกลุ่มเสนอว่าควรมีการเก็บเงินคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้

เพื่อรวมเป็นกองทุนสุขภาพ ที่ให้สิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันแก่ประชาชนทุกคน และงบประมาณที่จะจ่ายให้สถานบริการควรจะจ่ายก่อนการให้บริการของสถานบริการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่า การเลือกใช้บริการที่ประชาชนถูกกำหนดให้ไปใช้บริการตามพื้นที่ อาจจะทำให้เกิดปัญหาในบางพื้นที่ ที่ถูกกำหนดให้ไปใช้บริการที่ตนเองไม่คุ้นเคย เช่นโรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่ดูเหมือนจะแบ่งแยกผู้ป่วยที่มีบัตร 30 บาทออกจากผู้ป่วยที่จ่ายเงิน ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งยังต้องจ่ายเงินเพื่อใช้บริการที่ตนเองต้องการ และยังมีปัญหาด้านที่อยู่จริงกับที่อยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอย่างเช่นนักเรียนต่างอำเภอที่มาเรียนในเมือง ก็จะใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลในเมืองไม่ได้ ประชาคมเขตเมืองเห็นว่า ประชาชนมีโอกาสไปใช้บริการเอกชน ในกรณีที่เอกชนนั้นเข้าร่วมโครงการ และอยู่ใกล้บ้าน แต่ก็มีเอกชนหลายแห่งที่อยู่ใกล้บ้านแต่ไม่ได้ร่วมโครงการ ทำให้ประชาชนยังต้องจ่ายเงิน เพื่อไปใช้บริการเอกชนที่ใกล้บ้านเหล่านั้น และเอกชนที่ร่วมโครงการบางแห่งพยายามให้ประชาชนไปใช้ห้องพิเศษที่ต้องจ่ายเงินเพิ่ม โดยอ้างว่าเตียงสามัญเต็ม และมีบางส่วนที่ต้องจ่ายเงินเพิ่มเอง คนที่มีเงินส่วนใหญ่มักจะไม่ใช้สิทธิ 30 บาท ในขณะที่ประชาคมเขตชนบท เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังกังวลเรื่องเงินอยู่ถึงแม้จะได้รับหลักประกันสุขภาพแล้ว เนื่องจากยังมีรายจ่ายด้านค่าเดินทาง ค่าอาหารที่เกิดขึ้นจากการไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และมีข้อจำกัดทางการเงินในการไปใช้บริการเอกชน ถึงแม้จะพึงพอใจบริการของรัฐ

ทางด้านบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการเห็นว่า สถานบริการมีความตื่นตัวและมีการพัฒนาด้านคุณภาพมากขึ้น โดยเน้นกระบวนการต่างๆ เช่น QA HA ISO และมีการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็น ทางด้านค่าใช้จ่าย คิดว่าค่าใช้จ่ายด้านยานพาหนะถูกลงเนื่องจากสถานบริการต่างๆพยายามประหยัดการใช้จ่าย แต่ก็เป็นไปได้ที่สถานบริการจะสนับสนุนการใช้นานอกระบบ ที่ประชาชนต้องจ่ายเงิน ซึ่งก็อาจจะทำให้ค่าใช้จ่ายแพงขึ้นโดยเฉพาะภาคเอกชน ที่ผ่านมาคิดว่าค่าใช้จ่ายของบริการสูงขึ้นเนื่องจากประชาชนเข้าถึงบริการดีขึ้น มีการใช้บริการมากขึ้น และสถานบริการเองก็พยายามพัฒนาคุณภาพให้เป็นที่พึงพอใจของประชาชน โดยการให้บริการบางอย่างที่อาจจะมีความแพง สำหรับด้านอิสระของผู้ให้บริการ คิดว่ามีมากขึ้นจากโอกาสในการวางแผนการใช้จ่ายเงินเอง แต่ก็น้อยลงเนื่องจากถูกกำหนดด้วยนโยบายและความมีส่วนร่วมของประชาชนและท้องถิ่น ทางด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่าบริการของภาคเอกชนยังดีกว่าบริการของรัฐ แต่ก็ยอมรับว่าสถานบริการของรัฐมีการพัฒนาที่ดีขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไป แต่ก็คิดว่าบริการบางอย่างยังขาดอยู่ เช่นบริการทันตกรรมในสถานีนานามัย แต่การที่ส่งแพทย์หมุนเวียนไปอยู่ที่สอ.นั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ดี ทางกลุ่มคิดว่าเจ้าหน้าที่สอ.ค่อนข้างพูดจาดี เนื่องจากเกรงประชาชน ในส่วนของปัญหาที่มีอยู่ ได้แก่การที่แต่ละโรงพยาบาลไม่มีมาตรฐานเดียวกัน จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนไม่เพียงพอ และการที่แพทย์ทำธุรกิจ

ประชาคมเขตเมืองเห็นว่าคุณภาพบริการโดยรวมดีขึ้น แต่ก็คิดว่าบริการของเอกชนรวดเร็วกว่า ทันทสมักว่า และมีแพทย์ที่มีชื่อเสียง ข้อเสียของเอกชนคือต้องมีเงินหรือมีประกันสุขภาพเท่านั้นจึงจะไปใช้บริการได้ สำหรับการบริการของรัฐ ชาวบ้านรู้สึกว่าการบริการมีความแตกต่างกันบ้างระหว่างประชาชนทั่วไป กับผู้ที่บริจาคเงินให้โรงพยาบาล การพูดจาบางครั้งยังไม่เหมาะสม แพทย์คนเดียวกันให้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ ไม่เหมือนกับบริการในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิก บางครั้งผู้ใช้บริการไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ละเอียดพอ หรือต้องรอแพทย์นานจนเสียชีวิต และผู้ป่วยอยากได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็น ประชาคมชนบทเห็นว่า ยังมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ต้องการให้มีการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น ชาวเขาบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการ และไม่มีบัตรประชาชน รวมทั้งมีปัญหาด้านความเชื่อในการรักษาพยาบาล และทางกลุ่มคิดว่าน่าจะขยายสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมโรคได้ด้วย

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

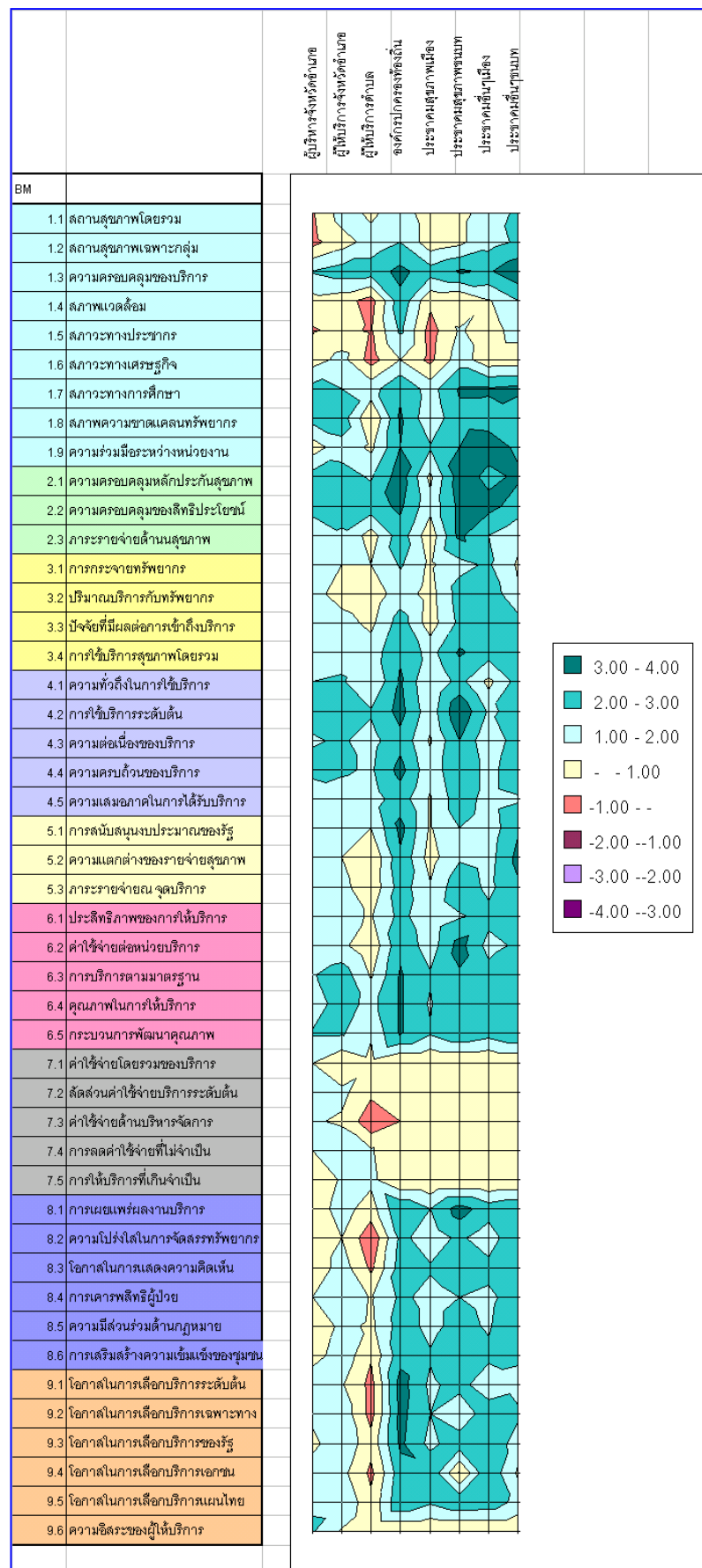
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดเชียงใหม่ จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +1.82 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 6 (ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ) ได้คะแนน +2.12 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 7 (ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ) ได้คะแนน +0.89 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตชนบท (+2.80) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล (+0.63)

ตารางที่ 7.2 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดเชียงใหม่

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม
Benchmark1	0.82	1.44	1.00	2.70	1.20	2.71	3.00	3.00	1.85
Benchmark2	2.27	1.67	0.63	2.60	1.00	2.33	2.50	1.80	1.87
Benchmark3	0.64	1.44	1.33	2.50	0.80	2.29	1.86	2.40	1.56
Benchmark4	1.73	2.11	1.00	2.70	1.00	2.63	1.71	3.20	1.93
Benchmark5	1.00	1.67	0.78	2.70	1.00	1.33	1.83	2.75	1.54
Benchmark6	1.55	2.00	1.33	3.00	1.90	3.00	2.00	2.50	2.12
Benchmark7	0.45	1.56	0.75						0.89
Benchmark8	0.09	2.00	0.38	2.50	1.90	2.13	2.43	3.17	1.72
Benchmark9	1.36	1.22	0.50	2.50	1.89	1.67	2.43	2.40	1.68
Benchmark	1.09	2.00	0.63	2.25	1.75	2.60	2.43	2.80	1.82

ทางกลุ่มผู้บริหาร ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 สูงที่สุด (+2.27) เนื่องจากมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน น่าจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ในขณะที่ให้คะแนนค่อนข้างต่ำในความเป็นธรรมที่ 8 (+0.09) ความเป็นธรรมที่ 7 (+0.45) ความเป็นธรรมที่ 3 (+0.64) และความเป็นธรรมที่ 1 (+0.82) เนื่องจากเห็นว่ายังมีปัญหาด้านความมีส่วนร่วมของประชาชน ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูง ปัญหาการกระจายทรัพยากรสุขภาพในชนบท และปัญหาสถานะสุขภาพประชาชนด้านการตายที่ยังสูงอยู่ ทางกลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัดอำเภอ ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 4, 6 และ 8 สูง (+2.11, +2.00 และ +2.00) เนื่องจากเห็นว่าสถานบริการมีการปรับตัวในการให้บริการที่ครบถ้วนมากขึ้น มีการพัฒนาคุณภาพบริการ และเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม แต่โดยส่วนใหญ่ให้คะแนนความเป็นธรรมมากกว่า +1.00 ในขณะที่ผู้ให้บริการระดับตำบลให้คะแนนความเป็นธรรมค่อนข้างต่ำ (+0.63) เนื่องจากเห็นว่าระบบสุขภาพโดยรวมยังมีปัญหาอยู่ โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 8 ต่ำที่สุด (+0.38) เนื่องจากเห็นว่าประชาชนยังมีส่วนร่วมน้อย ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้คะแนนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง +2.50 ถึง +3.00 โดยมีคะแนนรวมที่ +2.25 เนื่องจากเห็นว่าระบบสุขภาพส่วนใหญ่ไปในทางที่ดีขึ้น ประชาคมสุขภาพเขตเมืองให้คะแนนความเป็นธรรมไม่ถึง +2.00 เนื่องจากเห็นว่าระบบบริการสุขภาพเขตเมืองยังมีปัญหา ในขณะที่ประชาคมสุขภาพเขตชนบทให้คะแนนสูงถึง +2.60 และสูงที่สุดในความเป็นธรรมที่ 6 (+3.00) ว่าด้วยประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ในขณะที่กลุ่มประชาคมอื่นๆทั้งเขตเมืองและชนบท ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ค่อนข้างสูง (+2.43 และ +2.80) ถึงแม้จะยังมีปัญหาบางอย่างแต่ก็เห็นว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพดีขึ้น

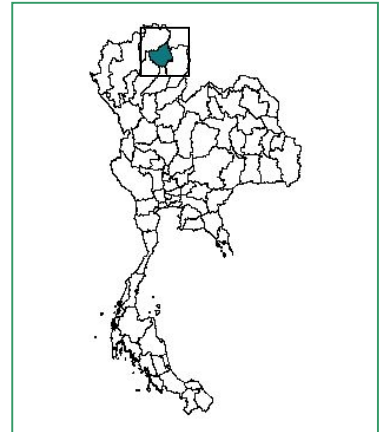
หากมองลงไป ในรายละเอียด จากการนำคะแนนที่แต่ละกลุ่มให้ ในแต่ละข้อย่อย (46 ข้อ) โดยใช้แผนภูมิพื้นผิว 3 มิติ และแสดงคะแนนที่ให้โดยใช้เจดสี พื้นที่ที่มีสีต่างกัน แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ ของแต่ละกลุ่ม จากคะแนนของจังหวัด เชียงใหม่ จะเห็นว่ามีการให้คะแนนที่ค่อนข้างต่ำ (-1.00 ถึง +1.00) ในประเด็น สถานะสุขภาพโดยรวมและ สถานะสุขภาพเฉพาะ โดยผู้บริหาร และ ประชาคมสุขภาพ ในขณะที่ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาประชากร และปัญหาเศรษฐกิจ ถูกระบุในหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ประชาคมสุขภาพ และประชาคมอื่นๆ เช่นเดียวกับ ปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ ได้แก่การกระจายทรัพยากร ปริมาณงานต่อทรัพยากร ที่ได้คะแนนค่อนข้างต่ำจากผู้ให้บริการ และประชาคมสุขภาพเขตเมือง กลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ให้คะแนนค่อนข้างต่ำในหลายข้อ ในขณะที่ผู้บริหารให้คะแนนต่ำ ในเรื่องความมีส่วนร่วมของประชาชน ในความเป็นธรรมที่ 8 สำหรับประเด็นที่ได้คะแนนสูง (สูงกว่า +3.00) ได้แก่ ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ ที่ให้โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาคม สำหรับคะแนนในข้อ 7 และ 9.6 จะเป็น 0 ในกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาคม เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้ไม่ได้ให้คะแนน



แผนภูมิที่ 7.2 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.เชียงใหม่

๒) จังหวัดพะเยา

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่ 72 ของประเทศไทย แยกออกมาจากจังหวัดเชียงรายในปี พ.ศ.2520 แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ มีจำนวนประชากรเท่ากับ 501,815 คน ในพื้นที่ขนาด 6,335 ตารางกิโลเมตร มีความหนาแน่นประชากรเท่ากับ 79.2 คนต่อตารางกิโลเมตร คนพะเยามีรายได้เฉลี่ย 2,344 บาทต่อเดือน นับเป็นอันดับที่ 53 ของประเทศ และมีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรเท่ากับ 28,420 บาท เป็นอันดับที่ 58 โดยยังมีสัดส่วนคนที่ยากจน (รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน) อยู่ 12.7%



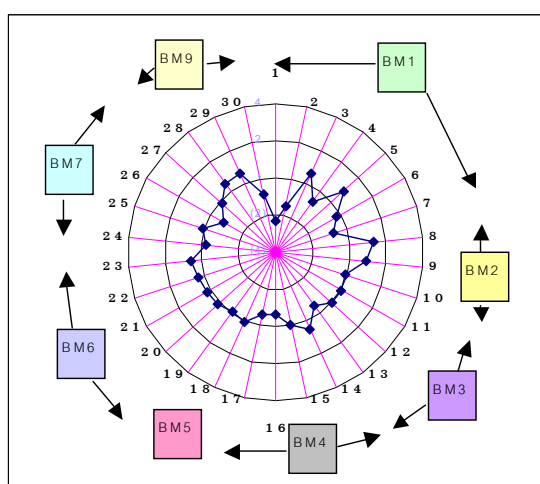
จังหวัดพะเยามีภูมิประเทศคล้ายจังหวัดทางภาคเหนือส่วนใหญ่ คือมีลักษณะเป็นเมืองก้นกระทะ ตัวเมืองเป็นที่ราบมีภูเขาล้อมรอบ ในฤดูหนาวอากาศหนาวเย็นจัด บางปีมีอุณหภูมิต่ำถึงติดลบ ส่วนฤดูร้อนกลางวันอากาศร้อนอบอ้าว แต่กลางคืนอากาศเย็น พะเยาเป็นจังหวัดที่สุขสงบและเรียบง่ายในแวดลอมของธรรมชาติ มีแหล่งน้ำขนาดใหญ่ 4 แห่ง คือ แม่น้ำยม แม่น้ำอิง หนองแม่ใจหรือหนองเล็งทราย และกว๊านพะเยา กว๊านพะเยา เป็นบึงน้ำจืดขนาดใหญ่เป็นอันดับสองของประเทศรองจากบึงบอระเพ็ด กว๊านพะเยามีเนื้อที่ 12,831 ไร่ เป็นแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรและแหล่งเพาะพันธุ์ปลาน้ำจืด ส่งผลให้ชาวพะเยาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีทำนาและปลูกพืชไร่ ทำประมงน้ำจืดและอุตสาหกรรม ปัญหาของจังหวัดพะเยาได้แก่ ปัญหาด้านโครงสร้างการผลิต การประกอบอาชีพและรายได้ ปัญหาที่ดินทำกิน ปัญหาแรงงาน ปัญหาการศึกษาของประชาชน และที่สำคัญคือปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์⁽³²⁾

ทางด้านสุขภาพ จังหวัดพะเยามีอัตราการตายอย่างหยาบเป็นอันดับที่ 2 รองจากเชียงใหม่ คือมีอัตราตาย 9.7 คนต่อพันประชากร แต่เมื่อปรับค่าตามโครงสร้างอายุแล้ว มีอัตราตายสูงเป็นอันดับ 1 เท่ากับ 9.1 คนต่อพันประชากร ส่งผลให้จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่มีอายุขัยเฉลี่ยที่สั้นที่สุด และมีอัตราการเพิ่มของประชากร ติดลบเป็นเวลา 3 ปี ติดต่อกัน ผลกระทบนี้น่าจะเกี่ยวกับกับโรคเอดส์ เนื่องจากการตายที่ส่งผลอย่างมากเป็นการตายในช่วงอายุ 30-40 ปี ซึ่งเป็นวัยที่จะเสียชีวิตจากโรคเอดส์เป็นส่วนใหญ่ และเช่นเดียวกับจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดพะเยายังมีอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักที่สู่งอยู่ โดยมีอัตราการขาดสารอาหารในเด็กเท่ากับ 12.2% สูงเป็นอันดับที่ 12 และมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับ 12.5% สูงเป็นอันดับที่ 2 และอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงที่ต่ำคือเท่ากับ 0.41 ใกล้เคียงกับจังหวัดอื่นๆในภาคเหนือ

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยปี 2539 พบว่าจังหวัดพะเยามีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพถึง 89% เป็นอันดับ 3 ของประเทศ รองจากจังหวัดน่าน และเลย โดยที่ส่วนใหญ่เป็นหลักประกันสุขภาพที่มีสิทธิปานกลาง (บัตรสุขภาพและบัตรสวัสดิการประชาชน) ที่มีถึง 81.7% จังหวัดพะเยามีจำนวนแพทย์และจำนวนเตียงต่อประชากร เป็นอันดับที่ 43 และ 42 (1:6,621 และ 1:568 ตามลำดับ) โดยมีสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วย นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่เพียง 2 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นของเอกชนเพียง 1 แห่ง จากข้อจำกัดในด้านทางเล็อก และจากการมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ทำให้คนพะเยาไปใช้สถานบริการของรัฐสูงถึง 2.7 ครั้งต่อคนต่อปี สูงเป็นอันดับที่ 9 และมีสัดส่วนการเลือกสถานบริการของเอกชนเพียง 16.3% ในกรณีผู้ป่วยนอก และเพียง 1.8% กรณีผู้ป่วยใน

ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรสำหรับบริการภาครัฐ เท่ากับ 969 บาทต่อคนต่อปี ในจำนวนนี้เป็นค่าใช้จ่ายที่ระดับโรงพยาบาลจังหวัดถึง 698 บาทต่อคนต่อปี และมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ระดับสถานีนามัยเพียง 6.4% น้อยเป็นอันดับที่ 7 ถึงแม้จะมีอัตราส่วนการให้บริการที่สถานีนามัย ต่อที่โรงพยาบาลสูงถึง 1.28 มากเป็นอันดับที่ 7 ก็ตาม โดยมีอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลจังหวัดเพียง 0.33 น้อยเป็นอันดับที่ 4 รองจากราชบุรี สิงห์บุรี และภูเก็ต ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดพะเยามีโรงพยาบาลทั่วไปถึง 2 แห่ง 623 เตียง ในขณะที่มีโรงพยาบาลชุมชนเพียง 5 แห่ง 150 เตียง ถ้าคิดอัตราส่วนจำนวนเตียงระหว่างโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลทั่วไป จะเท่ากับ 0.24 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลจังหวัดที่ต่ำ

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นว่าจังหวัดพะเยา มีคะแนนเฉลี่ยที่เป็นบวกที่ชัดเจน (มากกว่า +1) ในด้านหลักประกันสุขภาพ ที่ยังคงเหลือผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเพียงน้อยนิด แต่ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบที่ชัดเจน (ต่ำกว่า -1) ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม และสถานะสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ประเด็นที่เป็นบวกปานกลาง (มากกว่า +0.5) ได้แก่ ความครอบคลุมบริการ ปัจจัยด้านประชากร อัตราการใช้บริการภาครัฐ และสัดส่วนการเลือกสถานบริการของรัฐ ประเด็นที่เป็นลบปานกลาง (ต่ำกว่า -0.5) ได้แก่ สภาพแวดล้อม ความขัดสนโดยรวม และสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น แสดงให้เห็นว่าพะเยายังมีปัญหาด้านสถานะสุขภาพ แต่มีการเข้าถึงบริการดีมาก โดยเฉพาะในภาครัฐ แต่ก็ยังมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงในระดับโรงพยาบาลทั่วไป คะแนนรวมของความเป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ -1.60 อยู่ในลำดับที่ 47



แผนภูมิที่ 7.3 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.พะเยา

1	สถานสุขภาพรวม	(2.30)
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	(1.43)
3	ความครอบคลุมบริการ	0.67
4	สภาพแวดล้อม	(0.63)
5	ปัจจัยด้านประชากร	0.95
6	สถานะเศรษฐกิจและการกระจาย	(0.24)
7	ความขัดสน	(0.76)
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	1.28
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	0.84
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	(0.04)
11	การกระจายทรัพยากร	0.07
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	0.07
13	การใช้บริการสถานพยาบาล	(0.37)
14	อัตราการใช้บริการ	0.60
15	สัดส่วนการใช้บริการระดับต้น	0.03
16	ความต่อเนื่องของบริการ	(0.66)
17	ความผสมผสานของบริการ	(0.54)
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	0.08
19	วันนอนเฉลี่ย	(0.02)
20	การใช้เตียง	0.19
21	อัตราการรักษาโรคและ Case mix	0.21
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	0.36
23	คุณภาพบริการ	0.54
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	(0.23)
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	0.19
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	(0.76)
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	(0.08)
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	0.60
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	0.66
30	อัตราส่วนการใช้บริการเอกชนต่อรัฐ	(0.81)

ตารางที่ 7.3 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.พะเยา

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ คนพะเยายังประสบกับปัญหาการตายจากโรคเอดส์ และอุบัติเหตุ ที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรคเอดส์ ที่มักจะเริ่มติดเชื้อเมื่ออายุประมาณ 25 ปี และมาเสียชีวิตเมื่ออายุ 30 ปี ปัญหานี้ค่อนข้างรุนแรงในบางพื้นที่ ในอำเภอดอกคำใต้มีจำนวนผู้ป่วยในถึง 80% ที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ ปัจจุบันส่วนใหญ่เกิดจากคนไปทำงานต่างจังหวัดแล้วไปติดเชื้อเอดส์กลับมา ส่งผลให้เริ่มมีการฆ่าตัวตายเพื่อหนีโรคเอดส์มากขึ้น สุขภาพจิตของคนในเขตเมืองเริ่มแย่ลง และอัตราเพิ่มของประชาชนในจังหวัดพะเยาติดลบเป็นระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน ทำให้ประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง สภาพที่เกิดขึ้นก็คือผู้สูงอายุและเด็กขาดคนดูแล และมีสภาพบ้านร้างเกิดขึ้นโดยทั่วไป ในขณะที่การเจ็บป่วยจากโรคติดต่อน้อยลง แต่ก็มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคข้อ โรคไต โดยทั่วไปคิดว่าสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยมีการรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย สำหรับด้านพฤติกรรมกรกินของคนพะเยายังเปลี่ยนแปลงไม่มาก โดยที่ส่วนใหญ่ยังนิยมกินอาหารพื้นบ้าน ซึ่งมีส่วนทำให้สุขภาพดี แต่ก็อาจจะมีข้อเสีย เช่นในชนบท ที่ยังนิยมกินอาหารประเภทลาบ ลู่ อยู่

สภาพโดยทั่วไปมีความพยายามพัฒนาให้เมืองพะเยาเป็นเมืองน่าอยู่ สภาพอากาศค่อนข้างดี ยังมีปัญหามลพิษไม่มาก ประชาชนทำการเกษตรมากกว่าอุตสาหกรรม และมีการส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ เช่นผักกางมุ้ง ประชาชนได้รับความรู้มากขึ้น เข้าถึงสื่อต่างๆง่ายขึ้น แต่สภาวะทางเศรษฐกิจมีแนวโน้มที่แย่ลง มีภาวะว่างงานมากขึ้น มีคนขายมากกว่าคนซื้อ ในขณะที่สภาพความเป็นอยู่ของชาวเขาดีขึ้น คือไม่ตกงาน ได้เรียนฟรี และมีสุขภาพดี โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐค่อนข้างมาก โดยทั่วไปสภาพความเป็นชุมชน ความเป็นครอบครัว และวิถีชีวิตเรียบง่ายยังคงมีอยู่ แต่ก็เริ่มมีปัญหาสังคมเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหายาเสพติด สถานะบันเทิง แหล่งมั่วสุม ที่มีมากขึ้น ในชนบทยังมีปัญหาการคลอดที่บ้านอยู่บ้าง และยังมีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ มีการใช้บริการกับหมอไสยศาสตร์เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่นเพิ่มจากวันละ 10 คนในปี 2527 เพิ่มเป็นวันละ 150 คนในปี 2543 โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ที่มีการศึกษา เป็นความเชื่อเรื่องการทรงเจ้า พิธีสู่ขวัญ ต่อชะตา ฯลฯ นอกจากนี้ยังการเลือกใช้หมอเมืองก่อนไปรักษาที่โรงพยาบาล (ประมาณ 5%) โดยการรักษาด้วยน้ำมัน รากไม้ สมุนไพร และไสยศาสตร์

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

เนื่องจากคนพะเยามีหลักประกันสุขภาพที่ค่อนข้างดีอยู่แล้ว จึงไม่ได้รู้สึกแตกต่างมากนักเมื่อมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามา โดยคนพะเยาส่งหนึ่งชอบบัตรสุขภาพ 500 บาทมากกว่า โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องรักษาที่โรงพยาบาลเป็นการประจำ มักจะคิดว่าการซื้อบัตรสุขภาพคุ้มกว่าการจ่าย 30 บาทในแต่ละครั้ง และในการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนที่มีบัตรส่วนหนึ่งก็ไม่ใช้เนื่องจากยังนิยมไปคลินิกเอกชน เพราะรวดเร็วกว่า และยังไม่มั่นใจในคุณภาพ โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุ ที่ต้องรักษาชีวิต ก็มักจะเข้าโรงพยาบาลเอกชนก่อน ทำให้ยังมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอยู่ โดยกลุ่มประชาชนยังคิดว่ามีความแตกต่างของภาระรายจ่ายด้านสุขภาพระหว่างคนจนกับคนรวยอยู่ กลุ่มผู้ให้บริการคิดว่าประชาชนยังมีการระงับจ่ายในกรณีข้ามเขตมาใช้บริการ กลุ่มผู้บริหารมีความเห็นว่าการที่พะเยามีประสบการณ์จากโครงการ SIP ที่เน้นการบริหารจัดการระดับอำเภอ ทำให้ไม่ค่อยเกิดปัญหามากนักกับการบริหารโครงการ 30 บาท โดยมีการบริหารจัดการกองทุนในระดับอำเภอ ควบคู่ไปกับการใช้ DRG กรณีผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ให้บริการก็รู้สึกว่าการแบ่งปันกันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนอามัย

ทางด้านบริการ กลุ่มผู้บริหารคิดว่ายังมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรที่ไม่เพียงพอ โดยแพทย์เฉพาะทางเกือบทั้งหมดอยู่ที่โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งมีแพทย์ทั่วไปเพียง 2 คน ผู้ป่วยมีการไปใช้บริการที่ค่อนข้างมากทั้งใน สถานีอนามัย และโรงพยาบาล ซึ่งไม่แน่ใจว่าเกิดจากการ รักษาโรคเดียวกันหรือไม่ (shopping around) และปัจจุบันสถานบริการของรัฐก็เริ่มให้ความสำคัญกับแพทย์ทางเลือกมากขึ้น เพื่อให้เกิดการประสานกับแพทย์แผนโบราณ สำหรับผู้ให้บริการก็คิดว่าจำนวนแพทย์กับผู้ป่วยไม่สมดุลกัน สถานีอนามัยมีผู้ป่วยประมาณ 20-30 คนต่อวัน ซึ่งผู้ให้บริการคิดว่าอาจจะเกิดจากการมีวัยที่ต้องพึ่งพิงมาก หรือเกิดจากการว่างงานมาก ทำให้ประชาชนมีเวลามาใช้บริการ ยุทธศาสตร์สำคัญที่ผู้ให้บริการคิดว่าควรพัฒนา คือการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มากขึ้น โดยมีมาตรฐานยาที่เหมือนกัน และพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นเหมือน OPD ของโรงพยาบาล โดยมีระบบส่งต่อที่ดี และมีคลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ข้ามเขตมา การจัดบริการเริ่มมีการให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ทั้งการเปิดโอกาสในการแสดงความคิดเห็น และเข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารโรงพยาบาล กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่าควรจะมีการขยายการให้บริการในวันหยุดราชการ และนอกเวลาราชการ รวมทั้งควรขยาย OPD ในเขตชานเมืองให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยมีแพทย์ออกตรวจ และควรจะมีการให้ยาที่เหมือนกันระหว่างคนรวยกับคนจน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนรับรู้เรื่องยามากขึ้น และสำหรับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพนั้นควรสนับสนุนให้ประชาชนมีการรวมกลุ่มกันมากขึ้น

สำหรับประชาคม มีความเห็นว่าการบริการในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลดีขึ้น แต่มีข้อเสนออยากให้เพิ่มศูนย์บริการสาธารณสุข หรือศูนย์แพทย์ให้มากขึ้น โดยจัดแพทย์ไปตรวจ และต้องการให้มีเครื่องมือทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ปัญหาที่ทางกลุ่มเสนอ ได้แก่ การแบ่งเกรดของยา การแบ่งระดับผู้รับบริการ ความไม่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การบริการที่ยังไม่ค่อยดีเมื่อเทียบกับเอกชน ปัญหาการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และการที่แพทย์ส่วนหนึ่งแบ่งเวลาไปทำงานเอกชน นอกจากนี้ทางกลุ่มยังเสนอให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้ทั่วถึงมากขึ้น แทนที่จะรอให้เจ็บป่วย อาทิเช่นการตรวจเบาหวาน โรคมะเร็ง โดยควรจะทำในระดับสถานีอนามัยและในชุมชน

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

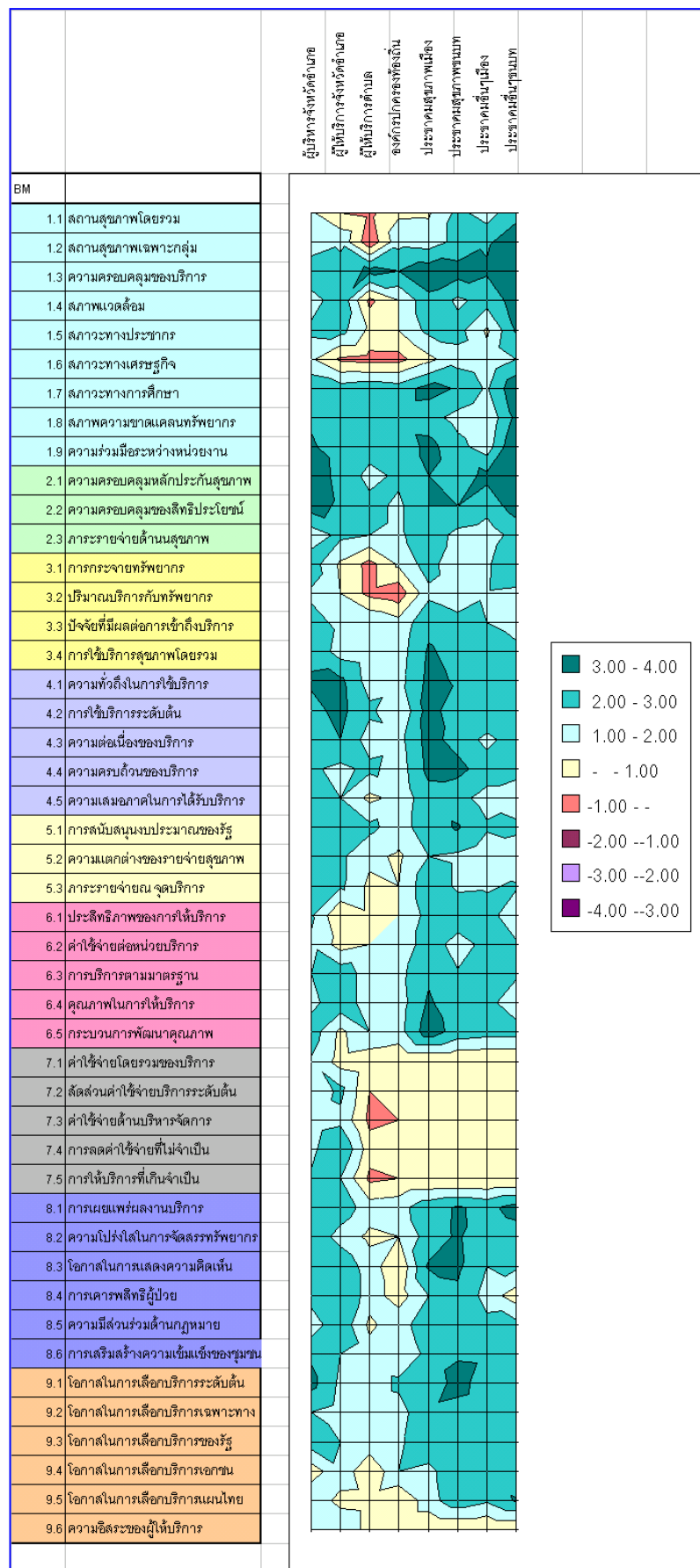
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดพะเยา จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +2.04 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 1 (สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) ได้คะแนน +2.43 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 7 (ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ) ได้คะแนน +1.27 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมสุขภาพเขตชนบท (+3.25) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (-0.20)

ตารางที่ 7.4 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดพะเยา

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม	
Benchmark1	2.83	1.80	0.50	2.60	2.63	2.60	2.00	3.20	2.43	
Benchmark2	2.57	3.25	1.67	1.80	2.50	1.90	1.38	1.83	2.08	
Benchmark3	2.29	2.40	-	1.80	3.13	2.50	2.25	1.43	2.21	
Benchmark4	2.43	2.75	1.33	2.00	3.25	2.56	2.25	0.80	2.31	
Benchmark5	2.57	2.60	1.00	0.40	2.75	2.10	2.33	1.20	2.02	
Benchmark6	2.00	2.40	2.33	1.80	3.25	2.38	2.00	1.80	2.29	
Benchmark7	1.57	1.80	-	0.33					1.27	
Benchmark8	2.43	2.00	1.33	2.00	1.71	3.20	2.43	2.71	2.37	
Benchmark9	2.14	1.00	0.33	1.80	3.20	2.70	2.50	2.29	2.17	
Benchmark	2.00	2.60	0.67	-	0.20	2.50	3.25	2.00	2.13	2.04

ทางกลุ่มผู้บริหาร ให้คะแนนความเป็นธรรมสูงกว่า +2.00 ยกเว้นความเป็นธรรมที่ 7 ว่าด้วยประสิทธิภาพการบริหาร (+1.57) เนื่องจากเห็นว่ามีพัฒนาในหลายด้านที่เน้นเพิ่มความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากโครงการ SIP และ Health care reform project ในขณะที่ผู้ให้บริการระดับจังหวัดอำเภอ ก็ให้คะแนนค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน โดยให้คะแนนสูงสุดที่ความเป็นธรรมที่ 2 (+3.25) ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ โดยให้คะแนนที่ความอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ (ความเป็นธรรมที่ 9) ต่ำที่สุด (+1.00) เนื่องจากเห็นว่าประชาชนยังมีทางเลือกและอิสระในการเลือกไม่มากนัก เช่นเดียวกับผู้ให้บริการระดับตำบลที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 9 เพียง +0.33 ซึ่งในกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบลนั้น ให้คะแนนส่วนใหญ่ต่ำกว่า +2.00 โดยคะแนนเป็นลบในความเป็นธรรมที่ 7 (-0.33) และให้คะแนนสูงสุดในความเป็นธรรมที่ 6 (+2.33) โดยมีคะแนนรวมเพียง +0.67 เนื่องจากยังเห็นว่าระบบสุขภาพยังมีปัญหาอยู่ ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้คะแนนส่วนใหญ่ไปในทางบวก โดยให้คะแนนสูงสุดในความเป็นธรรมที่ 1 (+2.60) ในขณะที่กลุ่มประชาคมสุขภาพ และประชาคมอื่นๆ ให้คะแนนค่อนข้างสูงทั้งหมด โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ +2.00 (ประชาคมอื่นๆเขตเมือง) ถึง +3.25 (ประชาคมสุขภาพเขตชนบท) โดยประชาคมสุขภาพเขตเมืองให้คะแนนสูงสุดในความเป็นธรรมที่ 4 (ความครอบคลุมและเท่าเทียมของบริการ) และความเป็นธรรมที่ 6 (ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ) ประชาคมสุขภาพเขตชนบทให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 8 สูงสุด (+3.20) เนื่องจากเห็นว่ามีกรรวมกลุ่มและดำเนินกิจกรรมของประชาคมมากขึ้น ประชาคมอื่นๆเขตเมืองให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 ต่ำสุด (+1.38) ทั้งหมดที่เห็นว่าประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็คิดว่าประชาชนยังคงมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพอยู่

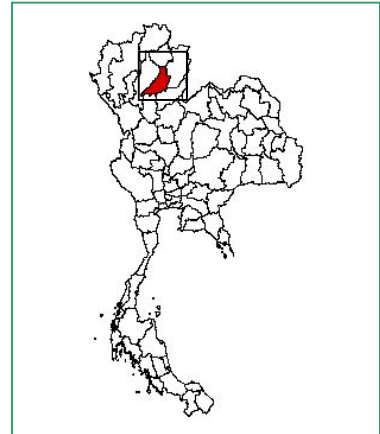
รายละเอียดการให้คะแนน ที่แสดงโดยแผนภูมิพื้นผิว 3 มิติ แสดงให้เห็นว่าคะแนนด้านสถานะสุขภาพ โดยรวมและเฉพาะกลุ่มนั้น ได้คะแนนค่อนข้างต่ำ (-1.00 ถึง +1.00) จากกลุ่มผู้ให้บริการจังหวัดอำเภอ ตำบล และองค์กรปกครองท้องถิ่น ในขณะที่สภาวะทางเศรษฐกิจ ก็ได้คะแนนต่ำเช่นเดียวกัน จากกลุ่มผู้ให้บริการ องค์กรปกครองท้องถิ่น และประชาคมสุขภาพเขตเมือง ปัญหาการกระจายทรัพยากรสุขภาพ และปริมาณงานต่อทรัพยากร ถูกระบุโดยกลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มองค์กรปกครองท้องถิ่น กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ให้คะแนนด้านประสิทธิภาพการบริการ และค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ ที่ค่อนข้างต่ำ และกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ให้คะแนนที่ต่ำกว่า -1.00 ในเรื่องค่าใช้จ่ายการบริหาร และการให้บริการเกินจำเป็น ในขณะที่องค์กรปกครองท้องถิ่น ให้คะแนนต่ำในเรื่อง โอกาสในการแสดงความคิดเห็นต่อบริการ และการเคารพสิทธิผู้ป่วย และกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ให้คะแนนต่ำ ในเรื่องโอกาสเลือกบริการของเอกชน เช่นเดียวกับกลุ่มผู้บริหารพื้นที่ที่ได้คะแนนค่อนข้างสูง (สูงกว่า+3.00) ได้แก่ ความครอบคลุมของบริการ ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ ความทั่วถึงของบริการ และการใช้บริการระดับต้น



แผนภูมิที่ 7.4 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.พะเยา

๓) จังหวัดแพร่

จังหวัดแพร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 7 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ มีประชากร 491,516 คน โดยมีเนื้อที่ 6,538 ตารางกิโลเมตร ทำให้มีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 75.2 คนต่อตารางกิโลเมตร ซึ่งใกล้เคียงกับจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดพะเยา คนแพร่ มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 2,553 บาทต่อเดือน เป็นอันดับที่ 46 สูงกว่าจังหวัดพะเยาเล็กน้อย โดยมีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรอยู่ที่ 26,106 บาท เป็นอันดับที่ 62 แต่มีสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนเพียง 5.6% น้อยเป็นอันดับที่ 18 แสดงว่ามีการกระจายรายได้ที่ค่อนข้างดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคในการกระจายรายได้ที่ต่ำเป็นอันดับที่ 19



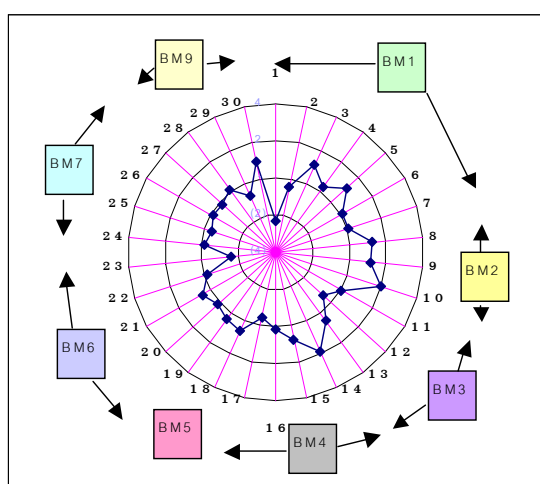
ทางด้านภูมิประเทศ จังหวัดแพร่ตั้งอยู่ทางเหนือของฝั่งลำน้ำยม ในวงล้อมของขุนเขาที่อุดมด้วยไม้ที่มีค่าทางเศรษฐกิจ แหล่งต้นน้ำลำธารมาจากเทือกเขาและป่าดิบ แม่น้ำยมถือเป็นแม่น้ำสายสำคัญของจังหวัด ด้วยเหตุที่ตั้งอยู่ที่ภาคเหนือตอนล่าง จึงทำให้สภาพภูมิอากาศไม่หนาวเย็นมากนัก จังหวัดแพร่เดิมเคยมีพื้นที่ป่ามากกว่า 3 ล้านไร่ ป่าอุดมไปด้วยไม้มีค่าทางเศรษฐกิจอย่างไม้สัก การทำไม้เป็นอาชีพที่สร้างความร่ำรวยให้ชาวแพร่ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มบริษัทต่างชาติที่รับสัมปทาน กลุ่มชนที่มารับจ้าง รวมถึงกลุ่มนายทุนจากส่วนกลาง แต่พื้นที่ป่าไม้ของจังหวัดแพร่ลดลงมาก ล่าสุดเหลือแค่เพียง 1 ล้านไร่ นอกจากการทำไม้ แพร่ยังได้ชื่อว่าเป็นเมืองที่มีโรงบ่มใบยาสูบมากที่สุดในภาคเหนือ ปัญหาสำคัญของจังหวัดแพร่ได้แก่ ปัญหาการลักลอบตัดไม้ทำลายป่า ปัญหาประชาชนมีฐานะยากจน มีที่ดินทำกินจำกัด และขาดแคลนน้ำเพื่อทำการเกษตร⁽³²⁾

ทางด้านสุขภาพ จังหวัดแพร่มีอัตราการตายอย่างหยาบสูงเป็นอันดับที่ 4 คือเท่ากับ 9.0 ต่อพันประชากร รองจากจังหวัดเชียงใหม่ พะเยา และลำพูน และเมื่อปรับค่าตามโครงสร้างอายุแล้ว มีอัตราตายเป็น 7.89 ต่อพันประชากร ซึ่งก็ยังคงเป็นอันดับที่ 4 อยู่เช่นเดิม ทำให้จังหวัดแพร่เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่สั้น เช่นเดียวกับอีกหลายจังหวัดในภาคเหนือ โดยมีอัตราการตายในช่วงอายุ 0-5 ปีเท่ากับ 3.9 ต่อพันประชากร นับว่าสูงเป็นอันดับที่ 2 และมีอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปีเท่ากับ 9.25% และมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 8.13% สูงเป็นอันดับที่ 27 และ 14 ตามลำดับ แต่จังหวัดแพร่มีอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงที่ต่ำ เพียง 0.40 ใกล้เคียงกับจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา

จังหวัดแพร่เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพที่สูง คือสูงถึง 86% เป็นอันดับที่ 4 โดยส่วนใหญ่เป็นหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิปานกลาง (บัตรสุขภาพ และบัตรสวัสดิการประชาชน) ซึ่งมีถึง 72% มากเป็นอันดับที่ 8 จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยปี 2539 และจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนปี 2541 พบว่าครัวเรือนในจังหวัดแพร่ มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพ ที่ต่ำเพียง 3.2% ต่ำเป็นอันดับที่ 2 รองจากจังหวัดเพชรบุรี ทางด้านทรัพยากรสุขภาพ แพร่มีอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และจำนวนเตียงต่อแพทย์ที่ใกล้เคียงกับจังหวัดพะเยา (6,335 และ 588 เป็นอันดับที่ 41 และ 48 ตามลำดับ) โดยมีสถานพยาบาลที่มีเตียงที่เป็นเอกชนจำนวน 5 แห่ง 198 เตียง มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง (402 เตียง) โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง (240 เตียง)

อัตราการใช้บริการของภาครัฐ สูงถึง 3.67 ครั้งต่อคนต่อปี มากเป็นอันดับที่ 1 โดยมีสัดส่วนการใช้บริการที่สถานีนามัย ต่อที่โรงพยาบาล เท่ากับ 1.61 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 3 แสดงว่าประชาชนมีการใช้บริการที่สถานีนามัยมากกว่าที่โรงพยาบาล แต่ถึงกระนั้นก็ตาม สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สถานีนามัยยังคงต่ำอยู่ คือเป็นเพียง 8.63% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยมีค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรและค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลทั่วไปต่อประชากรที่ใกล้เคียงกับจังหวัดพะเยา (977 บาท และ 651 บาท ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ดี ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการสุขภาพอาจจะสูงกว่านี้ เนื่องจากประชาชนจังหวัดแพร่มีทางเลือกในการใช้บริการเช่นกัน โดยมีถึง 35% ที่เลือกใช้บริการเอกชน กรณีผู้ป่วยนอก (มากเป็นอันดับที่ 8) และ 32% ที่เลือกใช้บริการเอกชน กรณีผู้ป่วยใน (มากเป็นอันดับที่ 10)

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นว่าจังหวัดแพร่ มีคะแนนเฉลี่ยที่เป็นบวกที่ชัดเจน (มากกว่า +1) ในด้านความครอบคลุมบริการ ปัจจัยด้านประชากร หลักประกันสุขภาพ รายจ่ายด้านสุขภาพ อัตราการใช้บริการของรัฐ แต่ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบที่ชัดเจน (ต่ำกว่า -1) ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม สถานะสุขภาพเฉพาะกลุ่ม และคุณภาพบริการ คะแนนด้านคุณภาพที่เป็นลบเนื่องจาก ตัวแปรด้านอัตราการคลอดผิดปกติต่อการคลอดปกติมีค่อนข้างสูง คือสูงถึง 1.88 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป นับว่าสูงเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดอ่างทอง ส่วนอัตราการตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปนั้น มีเพียง 2.74% ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 35 นับว่าไม่สูงมาก ประเด็นที่เป็นบวกปานกลาง (มากกว่า +0.5) ได้แก่ สัดส่วนการใช้บริการระดับต้น และการเลือกสถานบริการของเอกชนต่อรัฐ แสดงให้เห็นว่าประชาชนจังหวัดแพร่มีการใช้บริการที่สูงในภาครัฐ แต่ก็มีทางเลือกในการใช้บริการเอกชนมากด้วย คะแนนรวมของความเป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ +6.71 อยู่ในลำดับที่ 5



แผนภูมิที่ 7.5 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.แพร่

1	สถานสุขภาพรวม	(2.34)
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	(0.44)
3	ความครอบคลุมบริการ	1.21
4	สภาพแวดล้อม	0.39
5	ปัจจัยด้านประชากร	1.11
6	สถานะเศรษฐกิจและการกระจาย	0.18
7	ความขัดสน	0.10
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	1.24
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	1.11
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	2.04
11	การกระจายทรัพยากร	0.07
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	(0.55)
13	การใช้บริการสถานพยาบาล	0.58
14	อัตราการใช้บริการ	1.80
15	สัดส่วนการใช้บริการระดับต้น	0.83
16	ความต่อเนื่องของบริการ	0.19
17	ความผสมผสานของบริการ	(0.36)
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	0.60
19	วันนอนเฉลี่ย	0.51
20	การใช้เตียง	0.20
21	อัตราการรักษาและ case mix	0.53
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	(0.13)
23	คุณภาพบริการ	(1.59)
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	(0.13)
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	(0.39)
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	(0.10)
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	(0.16)
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	0.16
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	(0.61)
30	อัตราส่วนการใช้บริการเอกชนต่อรัฐ	0.95

ตารางที่ 7.5 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.แพร่

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ คนจังหวัดแพร่มีปัญหาด้านการตายด้วยโรคเอดส์ ที่คล้ายคลึงกับจังหวัดอื่นในภาคเหนือ นอกจากนั้นยังมีการตายด้วยอุบัติเหตุและโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งตับ พบมากเป็นอันดับต้นๆของประเทศ ส่วนใหญ่น่าจะเกี่ยวข้องกับการกินปลาดิบ หรือดื่มสุรา โดยเฉพาะที่ทุ่งไ้ง้ง ซึ่งส่วนมากเป็นลาวพวน ชอบกินกุ้งเต้น ปลาดิบ และดื่มเหล้าเถื่อน เหล้าขาว มีการตายด้วยมะเร็งตับถึง 25 คน ภายใน 9 เดือน และพบมากในช่วงอายุ 40-50 ปี โดยที่ส่วนใหญ่มักจะตายเร็ว คือมักจะเสียชีวิตหลังจากตรวจพบเพียง 3 เดือน นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มการเป็นอัมพาตในคนอายุน้อยลง ซึ่งเกี่ยวเนื่องมาจากอุบัติเหตุ และเช่นเดียวกัน คนแพร่ก็มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น ส่วนใหญ่จากโรคเอดส์ บางรายตายด้วยโรคเอดส์ตั้งแต่อายุ 17-18 ปี ยังเรียนไม่จบด้วยซ้ำ ปัญหาโรคเอดส์ส่วนหนึ่งเกิดจากการทำงานต่างจังหวัดแล้วไปติดโรคกลับมา

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนแพร่ เนื่องจากอาชีพทำไม้เป็นอาชีพที่สำคัญที่สร้างรายได้ให้แก่คนในจังหวัดแพร่ แต่ในปัจจุบันป่าไม้มีลดลง ก็ทำให้มีจำนวนคนว่างงานมากขึ้น เศรษฐกิจก็แย่ลง เนื่องจากทางเลือกในการประกอบอาชีพอื่นมีน้อย การทำเกษตรก็ขาดแคลนน้ำ ครอบครัวยุคหนึ่งที่มีที่ดินสำหรับการเกษตรไม่เกิน 5 ไร่ อาชีพอย่างอื่นก็ค่อนข้างมีจำกัด จากที่เคยมีรายได้มากก็มีรายได้น้อยลง คนแพร่มีความเคยชินกับการหาเงินได้ง่ายและใช้จ่ายเงินง่าย วิถีชีวิตเก่าจึงเป็นลักษณะที่ว่าหลังกลับจากทำไม้เหน้อยก็มักไปเที่ยว และก็จะมักจะเกี่ยวข้องกับยาบ้า ซึ่งใช้กันมานานนับ 10 ปีแล้ว เมื่อเศรษฐกิจแย่ลง ปัญหาหลักเล็กขโมยน้อยก็เกิดขึ้นตามมา การทะเลาะเบาะแว้งมากขึ้น ปัญหายาเสพติดก็รุนแรงมากขึ้น กลุ่มวัยรุ่นมีการมั่วสุมกันตามเฮค หอพัก กระต๊อบ ผู้สูงอายุเริ่มถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะในเขตเมือง ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมก็เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านมลพิษทางอากาศ ขยะเพิ่มขึ้น น้ำเสียที่ยังขาดการบำบัดที่ถูกต้อง และมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่ยังมีการปฏิบัติในการป้องกันตัวที่ไม่ถูกต้อง จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ชุมชนเริ่มมีการรวมตัวกันแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการอนุรักษ์ป่าไม้ และส่งเสริมปลูกป่าขึ้นทดแทน เช่นที่อ.สอง และอ.วังชิ้น เป็นต้น

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ทางการเงิน เห็นว่านโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ความครอบคลุมในการประกันสุขภาพมากขึ้น แต่ประชาชนบางส่วนยังชอบระบบของบัตรสุขภาพ 500 อยู่ เนื่องจากไม่ต้องจ่ายเงินในการมารับบริการแต่ละครั้ง โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการบางครั้งมีแนวโน้มที่จะจ่ายยาน้อย มักจะอ้างว่าเตียงเต็ม และปฏิเสธการทำหมันซึ่งทำให้มีการร้องเรียนจากประชาชน ปัญหาอีกอย่างหนึ่งของการประกันสุขภาพคือ การที่สิทธิประโยชน์ต่างๆไม่เท่าเทียมกัน ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์เหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ รวมไปถึงการที่หลักประกันสุขภาพตามโครงการ 30 บาทที่ยังไม่ครอบคลุมถึงการฟอกไต ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 3000 บาทต่อครั้ง ทำให้รายจ่ายนี้ตกอยู่กับประชาชน ในด้านภาระรายจ่ายก็เห็นว่าคนจนไม่ควรรับภาระมากกว่าคนรวย และคนที่มีการดูแลสุขภาพที่ดีก็ไม่ควรจะต้องจ่ายเงิน เพื่อรักษาคนที่มีความเสี่ยงเช่นคนที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการ 30 บาทจะช่วยให้ประชาชนไปรับบริการได้ง่ายขึ้น สบายใจมากขึ้น แต่ก็อยากที่จะเลือกสถานบริการได้ หรือให้ไปใช้สถานบริการใดก็ได้ ในจังหวัดแล้วให้สถานบริการเบิกจากกองทุน ที่อาจจะดูแลโดยกสพ. ปัญหาในการใช้บริการ ได้แก่ การจ่ายเงินในกรณีการตรวจขึ้นเนื้อเพื่อตรวจมะเร็งในตับ ชาวบ้านกลัวจะไม่ถูกส่งต่อ เนื่องจากต้องมีการตามจ่าย

ทางด้านบริการ ผู้บริหารเห็นว่า ในช่วงภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ภาคเอกชนมีผู้ป่วยน้อยลง แต่ในช่วง 2544 ผู้ป่วยเริ่มมากขึ้น ผลกระทบจากนโยบาย 30 บาทยังไม่ส่งผลชัดเจนนัก ต่อจำนวนบริการภาคเอกชน ส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งอาจจะไม่ได้เกิดจากค่ายาที่แพงขึ้น แต่อาจจะเกิดจากค่าใช้จ่ายด้านบริการที่สูงขึ้น และสถานบริการก็พยายามเพิ่มรายได้ในกลุ่มข้าราชการเบิกได้ การจัดสรรเงินระหว่างสถานบริการใช้หลักเกณฑ์ที่ผ่านการพิจารณาจากกรรมการระดับจังหวัด ในด้านทางเลือก คนแพรมีทางเลือกพอสมควร แต่โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จะตั้งมานาน 10-20 ปีแล้ว ผู้ให้บริการเห็นว่า ยังมีความไม่เท่าเทียมในเรื่องทรัพยากรสุขภาพ แพทย์ในตัวเมืองมีจำนวนมากแพทย์ในชนบทถึง 8 เท่าเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่เท่ากัน บางอำเภอต้องใช้แพทย์ฝึกหัดที่ขาดประสบการณ์ จนบางครั้งพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ประชาชนยังมีการร้องเรียนเรื่องการพูดจาของแพทย์ และมาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ฝึกหัด และเห็นว่าสถานบริการส่วนใหญ่พยายามลดค่าใช้จ่ายลง โดยการลดการใช้ยาราคาแพง และตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเฉพาะเท่าที่จำเป็น ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นว่าประชาชนบางส่วนยังมีปัญหาด้านระยะทางในการเดินทางไปโรงพยาบาล สถานื่อนามัยยังมีศักยภาพน้อย และมีบุคลากรน้อย ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการ ความนิยมใช้บริการสถานื่อนามัยยังอยู่เฉพาะในกลุ่มของคนยากจน คนที่มีฐานะมักจะเข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่อยู่ต่างจังหวัด

ประชาคมสุขภาพ ยังกังวลเรื่องมาตรฐานของโรงพยาบาลเอกชน และมีความกังวลเรื่องการลัดคิว ประสิทธิภาพของยา และคุณภาพบริการของโรงพยาบาลรัฐ รวมทั้งปัญหาการข้ามขั้นตอนจากสถานื่อนามัย และการใช้บริการในเขตรอยต่อ ยังมีบางพื้นที่ห่างไกล ประมาณ 10% ที่ยังนิยมใช้หมอเมือง หมอไสยศาสตร์ในการรักษาโรค โดยที่มีบางกรณีที่ โรงพยาบาลวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรักษาไม่หาย แต่พอกลับมารักษากับหมอไสยศาสตร์ โดยการทำพิธีผีบ้าน ผีเรือน แล้วกลับหาย ส่วนหนึ่งเห็นว่าสถานื่อนามัยและโรงพยาบาลยังเยี่ยมบ้านไม่มากนัก และยังมีความต้องการข้ามขั้นตอนจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลจังหวัด โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉิน โดยยอมที่จะจ่ายเงินเอง บางส่วนมีความเห็นว่าน่าจะส่งเสริมบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในเรื่องยาประจำบ้าน ซึ่งถูกกว่าการไปจ่ายเงิน 30 บาทที่สถานื่อนามัย ในการรับยาตัวเดียวกัน ประชาคมอื่นๆ เห็นว่าความนิยมของประชาชนจะเน้นไปที่ตัวแพทย์มากกว่าโรงพยาบาล แต่ก็มีส่วนที่นิยมโรงพยาบาลด้วยเหมือนกัน โดยรวมเห็นว่าคุณภาพบริการของทั้งรัฐและเอกชนดีขึ้น ปัญหาของจังหวัดแพร่คือการขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่นด้านสมอง ต้องไปรักษาที่อุดรดิตรต์ เชียงใหม่ ด้านกระดูก ต้องไปรักษาที่เชียงใหม่ ลำปาง ด้านหัวใจ ต้องไปรักษาที่อุดรดิตรต์ น่าน ด้านโรคตาต้องไปรักษาที่ลำปาง เป็นต้น บางส่วนรู้สึกว่าการแพทย์เอเปียบสังคม โดยการเปิดคลินิกก่อนเวลาตรวจผู้ป่วยนอก ทำให้มาตรวจผู้ป่วยนอกสาย ในขณะที่ส่วนหนึ่งชอบการจัดตั้งศูนย์แพทย์ในเขตเมือง โดยมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจ และมีการส่งเสริมแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น และมีความเห็นว่า กสพ.น่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมมากกว่าที่จะโอนสถานื่อนามัยไปให้อบต. โรงพยาบาลชุมชนไปให้เทศบาล และโรงพยาบาลจังหวัดไปให้อบจ.

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

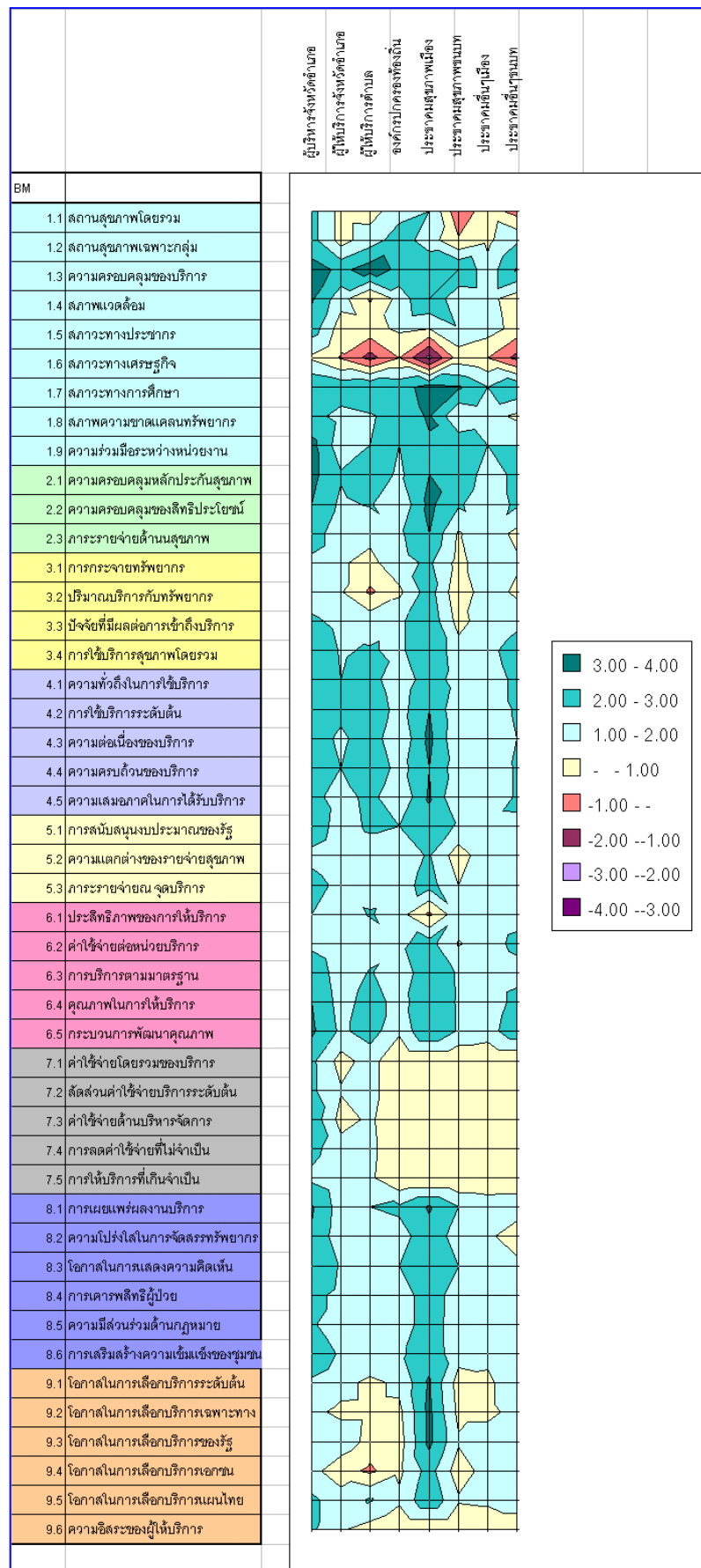
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดแพร่ จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +1.96 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 4 (ความครอบคลุมและเท่าเทียมของบริการ) ได้คะแนน +2.16 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 9 (ความอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ) ได้คะแนน +1.59 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมือง (+3.50) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มผู้ให้บริการจังหวัด อำเภอบ้าน (+1.00)

ตารางที่ 7.6 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดแพร่

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอบ้าน	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอบ้าน	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม
Benchmark1	2.80	1.40	1.73	2.20	2.70	2.33	1.38	1.44	2.00
Benchmark2	2.90	1.56	1.91	2.33	3.00	1.67	1.63	1.78	2.11
Benchmark3	2.40	1.70	1.55	1.67	2.60	1.33	1.75	1.89	1.88
Benchmark4	2.70	2.00	2.55	1.83	3.22	1.11	1.38	2.13	2.16
Benchmark5	2.40	1.50	1.73	1.67	2.60	0.88	1.75	1.25	1.76
Benchmark6	3.10	1.50	2.45	2.17	2.89	1.56	1.43	1.63	2.13
Benchmark7	2.40	1.30	1.10						1.60
Benchmark8	2.80	1.60	1.78	1.83	2.89	1.33	1.50	1.78	1.99
Benchmark9	2.20	1.40	1.00	1.33	3.11	1.29	1.13	1.00	1.59
Benchmark	2.40	1.00	1.70	2.67	3.50	1.71	1.25	1.75	1.96

กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนความเป็นธรรมเฉลี่ยที่ค่อนข้างสูง โดยอยู่ระหว่าง +2.00 ถึง +3.00 โดยให้คะแนนรวมที่ +2.40 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 6 สูงสุด (+3.10) และให้คะแนนต่ำสุดในความเป็นธรรมที่ 9 (+2.20) กลุ่มผู้ให้บริการจังหวัด อำเภอบ้าน ให้คะแนนอยู่ระหว่าง +1.00 ถึง +2.00 โดยให้คะแนนรวม +1.00 คะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 4 (+2.00) และต่ำสุดที่ความเป็นธรรมที่ 7 (+1.30) กลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ให้คะแนนความเป็นธรรมรวมสูงกว่าระดับจังหวัด อำเภอบ้าน คือให้คะแนน +1.70 โดยให้คะแนนสูงสุดที่ความเป็นธรรมที่ 4 (+2.55) และให้คะแนนต่ำสุดที่ความเป็นธรรมที่ 9 (+1.00) นอกจากนี้ ความเป็นธรรมที่ 9 ยังได้รับคะแนนต่ำสุดจาก กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (+1.33) ประชาคมอื่นๆเขตเมือง (+1.13) และประชาคมอื่นๆเขตชนบท (+1.00) ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาความอิสระในการเลือกใช้บริการของประชาชน ซึ่งประชาชนค่อนข้างให้ความสำคัญมากพอสมควร โดยเฉพาะการถูกกำหนดให้ไปใช้บริการเอกชน กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 สูงสุด (+2.33) กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมืองให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 4 สูงสุด (+3.22) ในขณะที่กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตชนบทให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 1 สูงสุด (+2.33) สำหรับกลุ่มประชาคมอื่นๆ ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 3 และ 5 สูงสุด (+1.75) แต่ก็ยังค่อนข้างต่ำ โดยมีคะแนนความเป็นธรรมรวมเพียง +1.25 ในขณะที่กลุ่มประชาคมอื่นๆเขตชนบทให้คะแนนความเป็นธรรมรวม +1.75 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 4 สูงสุด (+2.13)

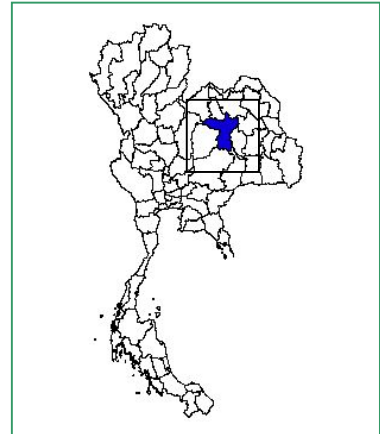
รายละเอียดของการให้คะแนนที่แสดงโดยแผนภูมิพื้นผิว 3 มิติ แสดงให้เห็นว่าสถานะสุขภาพโดยรวม และเฉพาะกลุ่ม ได้รับคะแนนค่อนข้างต่ำ (-1.00 ถึง +1.00) จากผู้ให้บริการ ประชาคมสุขภาพ และประชาคมอื่นๆ และที่ชัดเจนคือสภาวะเศรษฐกิจ ได้รับคะแนนต่ำจากทุกกลุ่ม โดยได้รับคะแนนต่ำกว่า -1.00 จากผู้ให้บริการตำบล ประชาคมสุขภาพเขตเมือง และประชาคมอื่นเขตชนบท เช่นเดียวกับปัญหาการกระจายทรัพยากร ที่ได้รับคะแนนต่ำ จากผู้ให้บริการระดับตำบล และประชาคมสุขภาพเขตชนบท กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ให้คะแนนค่อนข้างต่ำในเรื่อง ค่าใช้จ่ายโดยรวม และค่าใช้จ่ายด้านบริหาร สำหรับความเป็นธรรมด้านความอิสระ ในการเลือกใช้บริการระดับต้น บริการเฉพาะทาง รวมทั้งบริการของรัฐ และเอกชน นั้น ได้รับคะแนนค่อนข้างต่ำจากหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาคมสุขภาพเขตชนบท สำหรับพื้นที่ที่มีคะแนนสูงกว่า +3.00 นั้น มีอยู่ค่อนข้างประปราย ได้แก่ ด้านความครอบคลุมของบริการ ด้านการศึกษา และด้านหลักประกันสุขภาพ โดยที่พื้นที่ส่วนใหญ่ จะแสดงคะแนนที่อยู่ระหว่าง +1.00 ถึง +3.00



แผนภูมิที่ 7.6 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.แพร่

๔) จังหวัดขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่น หรือ “เมืองหลวงแห่งอีสาน” แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 4 กิ่งอำเภอ มีจำนวนประชากร 1,727,464 คน หรือมากเป็นอันดับที่ 3 รองจากกรุงเทพมหานครและนครราชสีมา มีเนื้อที่ 10,886 ตารางกิโลเมตร และมีความหนาแน่นประชากรเท่ากับ 158.7 คนต่อตารางกิโลเมตร คนขอนแก่นมีรายได้เฉลี่ย 2,965 บาทต่อเดือน เป็นอันดับที่ 31 และมี 14.7% ที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน โดยมีสัดส่วนของครัวเรือนที่มีหนี้สินถึง 70% มากเป็นอันดับที่ 12 ผลผลิตมวลรวมต่อประชากรของจังหวัดขอนแก่น อยู่ในลำดับที่ 39 มีค่าเท่ากับ 40,985 บาท



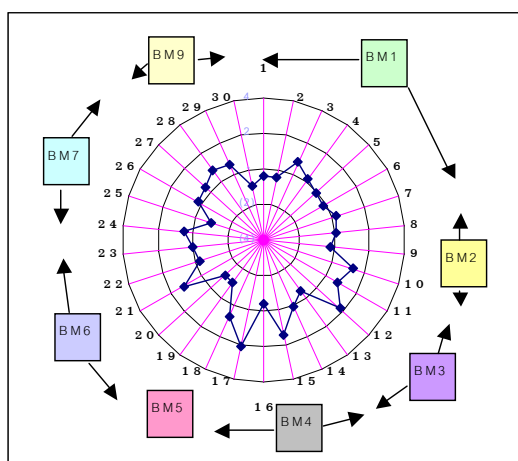
จังหวัดขอนแก่นตั้งอยู่บนที่ราบสูงโคราช แต่มีพื้นที่ด้านตะวันออกที่เป็นที่ราบลุ่ม เหมาะสำหรับการทำนาและการเกษตรอื่นๆ โดยมีแหล่งน้ำสำคัญคือแม่น้ำพองและแม่น้ำชี จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางธุรกิจการค้า การเงิน และการธนาคารของภูมิภาค และเป็นตลาดกลางแลกเปลี่ยนสินค้าท้องถิ่น โดยมีอัตราการขยายตัวในภาคอุตสาหกรรมเฉลี่ยร้อยละ 16.7 ต่อปี นับเป็นอันดับ 1 ของภูมิภาค จำนวนโรงงานในจังหวัดมีมากกว่า 5,000 แห่ง ส่วนใหญ่ประกอบอุตสาหกรรมเกี่ยวกับผลผลิตทางการเกษตร ปัญหาสำคัญของขอนแก่น ได้แก่ เรื่องการกระจายรายได้ ประชากรภาคเกษตรมีรายได้น้อย คุณภาพชีวิตของประชาชนยังไม่ดีพอ มีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปสู่ภายนอก เพราะตลาดแรงงานในจังหวัดมีน้อย และแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคและเพื่อการเกษตรยังไม่เพียงพอ⁽³³⁾

ทางด้านสุขภาพ อัตราการตายที่ปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุ ของจังหวัดขอนแก่น เท่ากับ 6.49 ต่อพันประชากร สูงเป็นอันดับที่ 13 อัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี เท่ากับ 13.25% มากเป็นอันดับที่ 8 แต่มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เพียง 5.99% (น้อยเป็นอันดับที่ 28) แต่มีความครอบคลุมของบริการฝากครรภ์และฉีดวัคซีนในเด็ก ที่ค่อนข้างสูง เป็นอันดับที่ 13 และ 10 จากการสำรวจปี 2539 อัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงมีค่าเท่ากับ 0.46 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย

ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ อยู่ในระดับที่ดี คือครอบคลุม 71.6% ในปี 2539 เป็นอันดับที่ 28 โดยมีหลักประกันสุขภาพประเภทยุติยานกลางถึง 61.3% และมีรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่ต่ำเพียง 3.9% จากการสำรวจในปี 2541 น้อยเป็นอันดับที่ 5 จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนแพทย์ค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร คือมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1:2,844 มากเป็นอันดับที่ 8 และมีจำนวนเตียงต่อประชากรเท่ากับ 1:512 มากเป็นอันดับที่ 32 โดยมีอัตราส่วนจำนวนเตียงต่อแพทย์ที่ต่ำเป็นอันดับที่ 2 คือแพทย์ 1 คนต่อเตียงเพียง 5.57 เตียง การที่จังหวัดมีแพทย์ค่อนข้างมากทำให้อัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในต่อแพทย์ ค่อนข้างต่ำ คือมีอัตราส่วน 1,326 คน ต่อแพทย์ 1 คน ในกรณีผู้ป่วยนอก และ 355 คน ต่อแพทย์ 1 คนในกรณีผู้ป่วยใน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า 61% ของแพทย์ทั้งหมด อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เช่นเดียวกันกับที่จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่นมีสถานพยาบาลที่มีเตียงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ 4 แห่ง มี 957 เตียง ในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง 150 เตียง มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง 714 เตียง โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง 870 เตียง

อัตราการใช้บริการภาครัฐค่อนข้างสูง คือประชาชนไปใช้บริการ 2.35 ครั้งต่อคนต่อปี สูงเป็นอันดับที่ 21 โดยมีอัตราส่วนการไปใช้สถานีนอนมาตย์ต่อการไปใช้โรงพยาบาล สูงเป็นอันดับที่ 11 คือมีอัตราส่วน 1.2 และมีอัตราส่วนการนอนที่โรงพยาบาลชุมชนต่อการนอนที่โรงพยาบาลจังหวัดสูงถึง 2.61 นับว่าสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากนครราชสีมา โดยมีการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดเพียง 10.4% ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด โรงพยาบาลจังหวัดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ที่ให้บริการผู้ป่วยในด้านศัลยกรรมคิดเป็นสัดส่วนสูงถึง 42% มากเป็นอันดับที่ 1 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยเท่ากับ 1.092 สูงเป็นอันดับที่ 2 และมีจำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ยนานเป็นอันดับที่ 4 คือนอนนานเฉลี่ย 6.16 วัน ทำให้มีอัตราการครองเตียงสูงถึง 112% ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 3 และอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เท่ากับ 3.7% สูงเป็นอันดับที่ 13 แต่มีค่าใช้จ่ายโดยรวมของภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) ต่อประชากรที่ต่ำเพียง 614 บาท ซึ่งต่ำเป็นอันดับที่ 17 ทั้งนี้เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในส่วน of โรงพยาบาลจังหวัดเพียง 340 บาทต่อประชากร และถึงประชาชนจังหวัดขอนแก่นจะมีทางเลือกในการใช้บริการอยู่บ้าง แต่คนส่วนใหญ่ยังเลือกที่จะใช้บริการของรัฐ โดยมีถึง 53% ที่เลือกใช้บริการรัฐ ในขณะที่มีเพียง 12% ที่เลือกใช้เอกชน (สำรวจปี 2539)

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นว่าจังหวัดขอนแก่น มีคะแนนเฉลี่ยที่เป็นบวกที่ชัดเจน (มากกว่า +1) ในด้านรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ปริมาณงานต่อแพทย์ สัดส่วนการให้บริการระดับต้น ความผสมผสานของบริการ และการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบที่ชัดเจน (ต่ำกว่า -1) ได้แก่ วันนอนเฉลี่ย และการใช้เตียง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้บริการส่วนใหญ่ จะใช้ที่สถานีนอนมาตย์และโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยที่มีอาการหนักจึงจะรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด จึงมีผลทำให้มีวันนอนเฉลี่ยที่นาน และด้วยการมีจำนวนเตียงที่จำกัด ทำให้มีอัตราการครองเตียงที่สูง คะแนนรวมของความเป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ +7.41 อยู่ในลำดับที่ 3



แผนภูมิที่ 7.7 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ขอนแก่น

1	สถานสุขภาพรวม	(0.41)
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	(0.36)
3	ความครอบคลุมบริการ	0.77
4	สภาพแวดล้อม	0.27
5	ปัจจัยด้านประชากร	(0.01)
6	สถานะเศรษฐกิจและการกระจาย	(0.17)
7	ความขัดสน	0.28
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	0.09
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	(0.28)
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	1.27
11	การกระจายทรัพยากร	0.77
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	1.72
13	การให้บริการสถานพยาบาล	(0.48)
14	อัตราการให้บริการ	0.09
15	สัดส่วนการให้บริการระดับต้น	1.43
16	ความต่อเนื่องของบริการ	(0.39)
17	ความผสมผสานของบริการ	2.16
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	0.71
19	วันนอนเฉลี่ย	(1.05)
20	การใช้เตียง	(1.02)
21	อัตราการรับไว้รักษาและ case mix	1.24
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	(0.21)
23	คุณภาพบริการ	0.02
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	0.52
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	(0.91)
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	0.28
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	0.43
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	0.85
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	0.66
30	อัตราส่วนการให้บริการเอกชนต่อรัฐ	(0.85)

ตารางที่ 7.7 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 ตัวชี้วัด จ.ขอนแก่น

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ ของคนขอนแก่น ส่วนใหญ่มีความเห็นว่ายังมีปัญหาในเรื่องอุบัติเหตุ มะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเอดส์ สำหรับอุบัติเหตุมีจำนวนมากขึ้นและมีการตายมากขึ้น ในขณะที่การตายจากโรคติดต่อลดลง ยกเว้นที่มีเพิ่มขึ้นคือโรคฉี่หนู สำหรับโรคมะเร็งตับที่มักพบในภาคอีสานนั้น คิดว่ามีน้อยลง เนื่องจากมีการรณรงค์ให้เลิกกินปลาดิบ และตรวจรักษาพยาธิใบไม้ตับ เช่นเดียวกับปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กที่ลดน้อยลง ทางด้านอัตราตายนั่นค่อนข้างคงที่ ในขณะที่อัตราเกิดลดน้อยลง แต่มีโรคเรื้อรังที่ต้องนอนรักษานานจำนวนมากขึ้น ปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไป คนในวัยแรงงานเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยพบมากขึ้นในคนจนด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอาชีพจากเกษตรกรรมเป็นอาชีพรับจ้าง ทำให้มีเวลาน้อยลงและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาการฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตบก็เพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ที่เป็นปัญหาอยู่ ได้แก่ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ด้านขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้น ปัญหาน้ำเสีย ที่เห็นได้ชัดได้แก่น้ำเสียในแม่น้ำพอง เกษตรกรมีการใช้สารเคมีมากขึ้น เช่นในไร่อ้อย ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดศูนย์กลางที่มีความหลากหลายของคนที่มาอาศัย ส่วนหนึ่งเป็นคนพื้นเพ ที่มีวิถีชีวิตดั้งเดิม อีกส่วนหนึ่งเป็นคนที่พักเนจรมายอยู่ ซึ่งก็จะมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันออกไป และความเจริญของสังคมนั้นช่วยให้คนมีโอกาสพัฒนามากขึ้น มีความรู้และเทคโนโลยีสูงขึ้น แต่ก็มีตามมามากมาย ได้แก่ ปัญหายาเสพติด เกิดชุมชนแออัดในเมืองมากขึ้น มีแรงงานหนีเข้าเมืองที่ผิดกฎหมาย จากพม่าและปากีสถาน มีภาวะตกลูกมากเพิ่มขึ้น เศรษฐกิจซบเซาลง พ่อค้ารายย่อยมีรายได้น้อยลง ร้านค้าปลีกต่างซบเซาลง เนื่องจากอำนาจซื้อของประชาชนลดลง ประชาชนในเมืองมีเพียง 70-80% ที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ที่เหลืออาศัยตามบ้านเช่า หอพัก และบางส่วนเป็นเด็กเร่ร่อน มีสลัมในชุมชนเมือง มีชุมชนทางรถไฟ 16 ชุมชน 1,800-1,900 ครอบครัว และชุมชนบนกองขยะเทศบาล ประมาณ 224 คน ระยะเวลาที่มีการใช้หลักการเศรษฐกิจพอเพียงเพิ่มขึ้น มีกองทุนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกองทุน กขค.หมู่บ้านละแสน หรือกองทุนหมู่บ้านละล้าน และส่วนใหญ่คิดว่าโอกาสทางการศึกษาดีขึ้น มีการให้กู้โดยไม่คิดดอกเบี้ยเพื่อการศึกษา การสื่อสารคมนาคมดีขึ้น องค์การเครือข่ายประชาคมและองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้น และมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในด้านยาเสพติด และอุบัติเหตุ ทั้งภาครัฐ เอกชน และสื่อมวลชน

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ทางการเงิน ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพดีขึ้น บัตรสุขภาพและบัตรสวัสดิการประชาชนครอบคลุมมากขึ้น และเมื่อ 30 บาทเข้ามาก็จะครอบคลุมเกือบทั้งหมด ที่ยังมีปัญหาอยู่ได้แก่ กลุ่มชนเมือง เขตรอยต่อ ประชาชนที่อพยพมาจากที่อื่น คนต่างด้าว คนจนชายขอบ ที่คิดว่าถูกรังเกียจในสังคม คนเร่ร่อนก็พอมีอยู่บ้าง คนในชุมชนแออัด สลัม จะได้รับสวัสดิการรายได้น้อยเกือบครบ อาจจะหลงเหลือในกลุ่มที่ไม่มีทะเบียนบ้านประมาณ 5% ระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันยังมีความซ้ำซ้อน และเหลื่อมล้ำกัน โอกาสในการเลือกบริการระดับสถานีนอกระบบและโรงพยาบาลชุมชนยังมีน้อย ถ้าจะเลือกได้ก็ต้องจ่ายเงินเอง หลักประกันสุขภาพที่คาดหวังคือใช้บัตรเดียวสามารถรักษาได้ทุกแห่ง แม้ว่าภาระรายจ่ายจะลดลงก็ยังมีภาระรายจ่ายด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นที่ยังสูงอยู่ กลุ่มประชาคมเห็นว่าการใช้บัตรสุขภาพยังจำกัดอยู่เพียงสถานบริการที่กำหนด และมักจะได้รับยาไม่ดี รวมทั้งต้องรอคิวนาน สำหรับบัตรประกันสังคมก็อาจจะมีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งจ่ายยาน้อยเกินไป

ทางด้านบริการ ผู้บริหารเห็นว่า ยังมีปัญหาจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และจำนวนเจ้าหน้าที่ในสถานอนามัย คือมีแพทย์โดยเฉลี่ย 3 คน และเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเฉลี่ย 2.9 คน ซึ่งยังถือว่าน้อยอยู่ แต่สำหรับการให้บริการนั้นมีความทั่วถึงมากขึ้น จากการมีบัตรสุขภาพ มีการให้ความสำคัญกับงานเวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มขึ้น และพยายามลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็นลง แต่ยังมีการเยี่ยมบ้านไม่มากนัก มีการใช้บัญชียาเดียวกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสถานอนามัย ในโครงการปฏิรูปมีแนวโน้มการข้ามขั้นตอนและการส่งต่อที่ลดลง และยังมีระยะเวลาในการนอนที่ค่อนข้างนาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย การจัดสรรงบประมาณลงอำเภอเพิ่มขึ้น มีการใช้ต้นทุนต่อหน่วยและ DRG สำหรับการตามจ่าย สถานบริการมีความพยายามควบคุมค่าใช้จ่าย และมีการให้บริการที่ไม่จำเป็นลดลง ทางด้านผู้ให้บริการเห็นว่ายังมีการข้ามขั้นตอนมาที่โรงพยาบาลศูนย์ โดยที่มีใบส่งต่อเพียง 10% และส่วนใหญ่ที่ข้ามขั้นตอนมาก็สามารถเก็บเงินได้น้อยกว่าครั้ง ที่เหลือเรียกเก็บจากโรงพยาบาลชุมชนได้บ้าง จำนวนแพทย์และจำนวนเตียงในโรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้น ในขณะที่ในโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนเท่าเดิม การใช้บริการที่สถานอนามัยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โรงพยาบาลศูนย์มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในด้านบริการเห็นว่าประชาชนยังมีความเชื่อว่ายาที่ให้ไม่เหมือนกัน และยังมีข้อจำกัดในการใช้บริการบางอย่าง เช่นการผ่าตัดเฉพาะ โดยส่วนหนึ่งคิดว่ายังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มที่เบิกได้กับเบิกไม่ได้ นอกจากนี้สถานบริการมีความพยายามจะลดวันนอนลง เช่น โดยการผ่าตัดให้เร็วขึ้น แต่ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลชุมชนก็พยายามไม่ส่งต่อ ก็อาจทำให้วันนอนนานขึ้น ส่วนรวมคิดว่าค่าใช้จ่ายต่อครั้งสูงขึ้น ต้นทุนโรงพยาบาลศูนย์เพิ่มจาก 400 ล้านเป็น 600 ล้านในเวลาไม่กี่ปี โดยยังมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มากอยู่ ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความเห็นว่า สัดส่วนจำนวนแพทย์กับคนไข้ยังไม่ดี ยังมีความไม่เท่าเทียมภายในจังหวัด น่าจะมีการหมุนเวียนแพทย์ ให้ทั่วถึงและลงไปถึงระดับสถานอนามัย สำหรับในชนบทยังมีข้อจำกัดในการรักษาเฉพาะทาง ซึ่งในเมืองจะมีโอกาสเข้าถึงบริการและเลือกสถานบริการที่ดีกว่าชนบท

กลุ่มประชาคมเขตเมืองเห็นว่า คนที่มีเงินยังนิยมไปใช้บริการเอกชน เนื่องจากสะดวก รวดเร็ว และมีเครื่องมือที่ทันสมัย ในขณะที่คนมีรายได้ปานกลางจะไปใช้รัฐ ชาวบ้านคิดว่าปัญหาของการรักษา ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับบัตรที่ผู้ป่วยมี อาทิเช่นปัญหาแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การวินิจฉัยและรักษาโรคผิดพลาด ชาวบ้านคิดว่าบัตรสุขภาพจะได้รับบริการดีกว่าบัตรรายได้น้อย ประชาชนส่วนหนึ่งคิดว่าไม่อยากพึ่งพาหมอมาก พยายามพึ่งพาตนเอง ประชาชนในสลัมมักจะไม่ค่อยไปโรงพยาบาล ทางกลุ่มคิดว่ามีหมอมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่หมอจะมาตรวจตอน 10.00 น. ในขณะที่ชาวบ้านไปรอตั้งแต่ 6.00 น. เนื่องจากหมอส่วนใหญ่ยังอยู่คลินิก ทำให้ต้องรอนาน ในระยะหลังมีการพัฒนาศูนย์แพทย์ 4 มุมเมือง ก็ไม่จำเป็นต้องไปโรงพยาบาล มีประชาชนไปใช้บริการในศูนย์ประมาณ 30 คนต่อวัน ในระยะหลังโรงพยาบาลมีการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น ให้นอนตามความจำเป็น เช่นผ่าตัดไส้ติ่งเพียง 2 วันก็กลับบ้านได้ จากเดิมต้องนอนถึง 7 วัน สำหรับเรื่องทางเลือกบริการของเอกชน ในระยะหลังมีทางเลือกน้อยลงเนื่องจากมีโรงพยาบาลปิดตัวเองไปหลายแห่ง จึงต้องหันมาพึ่งรัฐมากขึ้น ในส่วนของประชาคมชนบทเห็นว่ายังมีการใช้บริการที่คลินิก โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากรวดเร็ว และสะดวกกว่าบริการรัฐ แต่ชาวบ้านยังมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองน้อย ส่วนมากยังพึ่งพาสถานบริการ ในระยะหลังมีการพูดถึงโรงพยาบาลนอกระบบ นโยบาย 30 บาท และกสพ. ซึ่งทางประชาคมมีความสนใจและอยากเข้ามามีบทบาทมากขึ้น

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

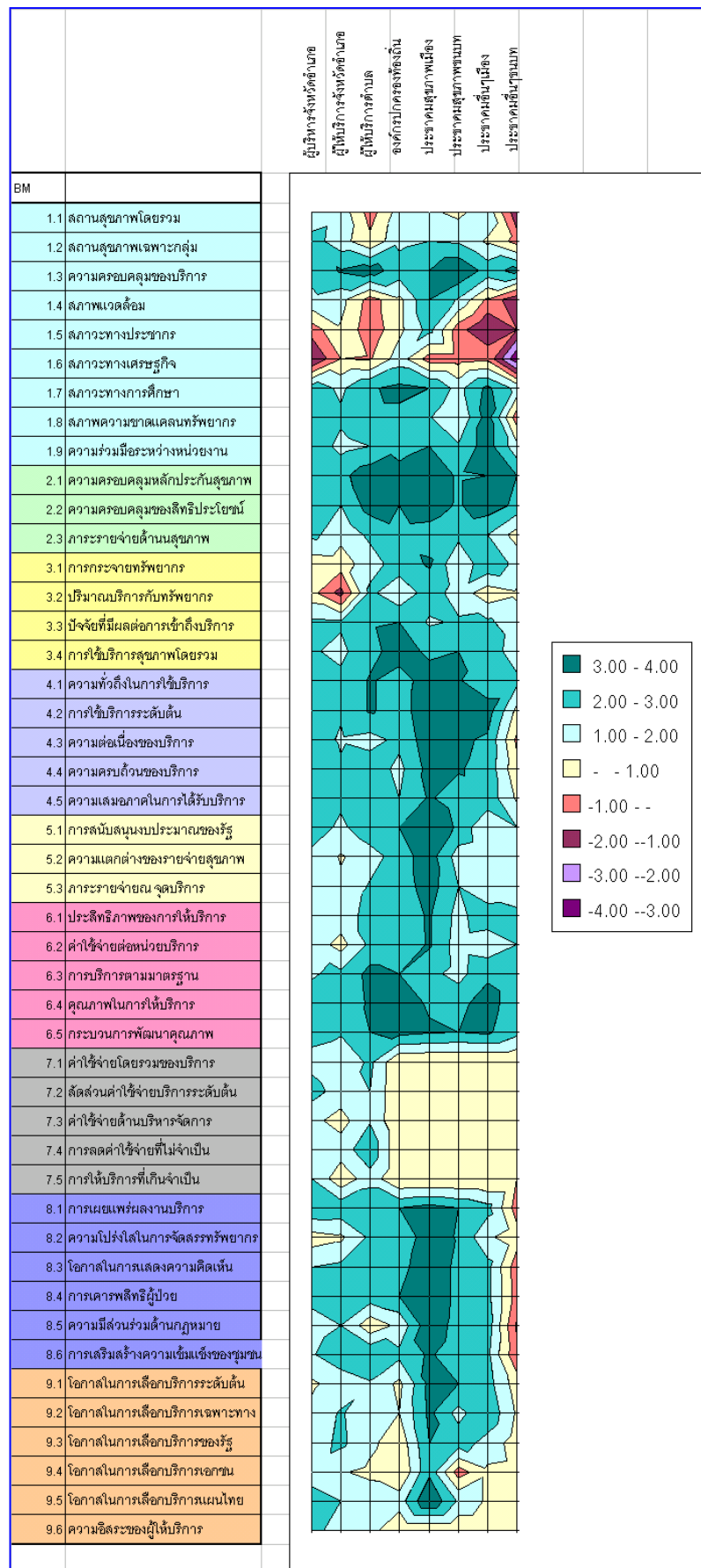
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดขอนแก่น จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +2.13 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 6 (ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ) ได้คะแนน +2.76 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 7 (ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ) ได้คะแนน +1.62 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมือง (+3.63) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตชนบท (+0.25)

ตารางที่ 7.8 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดขอนแก่น

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม
Benchmark1	2.40	1.50	2.11	2.75	2.57	0.44	3.50	0.80	1.88
Benchmark2	2.80	1.80	3.11	2.75	2.33	1.50	2.80	2.50	2.38
Benchmark3	2.40	0.90	2.67	2.50	2.43	1.90	2.40	1.67	2.05
Benchmark4	2.70	1.90	2.00	2.50	2.50	2.70	3.20	0.33	2.23
Benchmark5	2.00	1.30	2.22	2.50	3.57	1.80	1.20	1.50	1.98
Benchmark6	2.20	2.11	3.00	3.25	3.57	3.25	2.83	2.33	2.76
Benchmark7	2.00	1.00	1.89						1.62
Benchmark8	2.00	2.10	2.56	2.25	2.63	2.00	2.40 -	0.40	2.03
Benchmark9	2.20	1.70	1.67	1.75	4.00	2.78	2.20 -	0.75	2.14
Benchmark	2.09	1.60	2.11	2.25	3.63	2.10	2.33	0.25	2.13

กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง +2.00 ถึง +3.00 โดยให้คะแนนรวมที่ +2.09 และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 สูงสุด (+2.80) เนื่องจากการดำเนินงานตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ ที่ให้คะแนนในความเป็นธรรมที่ 2 ที่ค่อนข้างสูง กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ให้คะแนนความเป็นธรรมรวมที่ +1.60 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 6 สูงสุด (+2.11) เนื่องจากมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ให้คะแนนในความเป็นธรรมที่ 3 ต่ำสุด (+0.90) เนื่องจากยังมีปัญหาจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงานที่มีอยู่ และเช่นเดียวกับความเป็นธรรมที่ 7 ที่ได้คะแนนความเป็นธรรมที่ค่อนข้างต่ำ (+1.00) เนื่องจากเห็นว่ายังมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงอยู่ กลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ให้คะแนนรวมที่ +2.11 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 สูงสุด (+3.11) และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 9 ต่ำสุด (+1.67) เนื่องจากยังเห็นว่ายังมีปัญหาเรื่องการเลือกสถานบริการของประชาชน โดยเฉพาะสถานบริการของเอกชน เช่นเดียวกับกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ให้คะแนนความเป็นธรรมในข้อ 9 นี้น้อยที่สุด โดยให้คะแนนที่ +1.75 ในขณะที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 6 สูงสุด (+3.25) เนื่องจากเห็นว่าสถานบริการมีการพัฒนาบริการที่ดีขึ้น ประชาคมสุขภาพเขตเมือง ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ค่อนข้างสูง โดยให้คะแนนรวมสูงถึง +3.63 และให้คะแนนความเป็นธรรมในข้อ 9 สูงถึง +4.00 เนื่องจากมองว่ามีสถานบริการสุขภาพในเขตเมืองมีให้เลือกค่อนข้างมาก ประชาคมสุขภาพเขตชนบทให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 6 สูงสุด (+3.25) ในขณะที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 1 ต่ำสุด(+0.44) ซึ่งต่างจากประชาคมอื่นๆเขตเมืองที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 1 นี้สูงสุด (+3.50) ในขณะที่ประชาคมอื่นๆเขตชนบทให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 1 นี้ค่อนข้างต่ำ (+0.80) เช่นเดียวกับประชาคมสุขภาพชนบท แสดงว่าในเขตชนบทอาจจะมีสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆที่ต่างไปจากเขตเมือง ประชาคมอื่นๆเขตชนบทให้คะแนนโดยส่วนใหญ่ค่อนข้างต่ำ โดยมีความเป็นธรรมที่ 8 และ 9 ได้คะแนน -0.40 และ -0.70

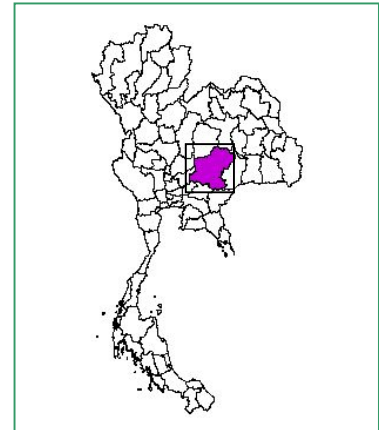
รายละเอียดของการให้คะแนนความเป็นธรรม ที่แสดงโดยแผนภูมิพื้นผิว 3 มิติ นั้นแสดงให้เห็นว่า สถานะสุขภาพโดยรวมและเฉพาะกลุ่ม ได้คะแนนค่อนข้างต่ำ จากผู้ให้บริการระดับตำบล ประชาคมสุขภาพ และประชาคมอื่นๆ เขตชนบท โดยที่ประชาคมอื่นๆ เขตชนบทให้คะแนนต่ำกว่า -2.00 สภาพสิ่งแวดล้อม สภาพทางประชากร และสภาพทางเศรษฐกิจ ได้คะแนนที่ค่อนข้างต่ำจากทุกกลุ่ม (ต่ำกว่า 0.00) โดยประชาคมอื่นๆ เขตเมือง ให้คะแนนด้านประชากร ต่ำกว่า -1.00 ผู้บริหารให้คะแนนสภาวะเศรษฐกิจต่ำกว่า -1.00 ในขณะที่ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท ให้คะแนนสิ่งแวดล้อม และสภาพประชากร ต่ำกว่า -1.00 และให้คะแนนเศรษฐกิจ ต่ำกว่า -3.00 ความเป็นธรรมด้านการกระจายทรัพยากรสุขภาพ ได้รับคะแนนค่อนข้างต่ำจาก ผู้บริหารและผู้ให้บริการจังหวัด อำเภอ โดยปัญหาด้านปริมาณงานต่อทรัพยากรได้รับคะแนนต่ำกว่า -1.00 จากผู้ให้บริการ จังหวัด อำเภอ ประเด็นค่าใช้จ่ายด้านบริหาร ความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากร โอกาสในการเลือกบริการ ก็ได้รับคะแนนที่ไม่สูงนัก ประชาคมอื่นๆ เขตชนบทให้คะแนนในความเป็นธรรมที่ 8 และ 9 ที่ค่อนข้างต่ำ ในขณะที่พื้นที่ที่ได้คะแนนสูงกว่า +3.00 ส่วนใหญ่ ได้แก่ ประเด็นหลักประกันสุขภาพ ความทั่วถึงของบริการ การใช้บริการระดับต้น คุณภาพบริการ และความร่วมมือร่วมใจของชุมชน



แผนภูมิที่ 7.8 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.ขอนแก่น

๕) จังหวัดนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุด คือมีเนื้อที่ถึง 20,494 ตารางกิโลเมตร และมีประชากรมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร คือมีประชากรถึง 2,550,204 คน ความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 124.4 คนต่อตารางกิโลเมตร จังหวัดนครราชสีมา หรือโคราช แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 24 อำเภอ 3 กิ่งอำเภอ คนโคราชมียาได้เฉลี่ย 2,437 บาทต่อเดือน เป็นอันดับที่ 49 และมีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรเท่ากับ 39,826 บาท เป็นอันดับที่ 41 โดยยังมีครัวเรือนที่ยากจน (รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน) อยู่ถึง 24.5% และมีครัวเรือนที่เป็นหนี้ถึง 62%



จังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่บนที่ราบสูงโคราช สูงเหนือระดับน้ำทะเล 185 เมตร จังหวัดนครราชสีมา มีการส่งเสริมในการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม และเป็นศูนย์กลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ทั้งทางด้านการค้า การเงิน การศึกษา ปัญหาสำคัญของจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ การขาดแคลนเพื่อการเกษตร ปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกพื้นที่ การบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ ประชาชนขาดโอกาสทางการศึกษา และปัญหายาเสพติด⁽³³⁾

ทางด้านสุขภาพ อัตราการตายที่ปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุ ของจังหวัดนครราชสีมา เท่ากับ 5.51 ต่อพันประชากร อยู่ในอันดับที่ 33 อัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี เท่ากับ 11% มากเป็นอันดับที่ 17 แต่มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เพียง 6.42% อยู่ในอันดับที่ 39 อัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงมีค่าเท่ากับ 0.50 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย ส่วนใหญ่แล้วปัญหาด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา จะอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย

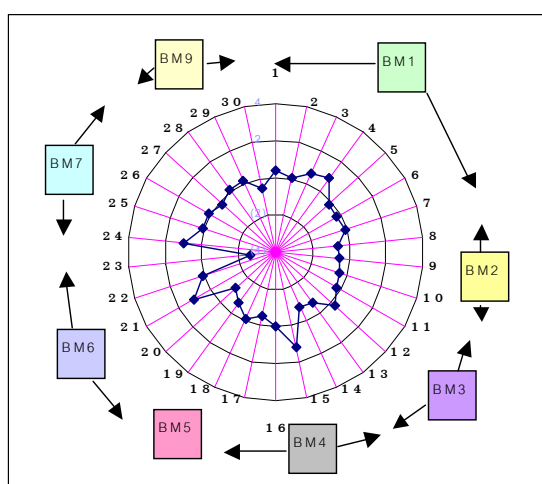
ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ จากการสำรวจในปี 2539 ครอบคลุมเพียง 61.2% เป็นอันดับที่ 66 โดยมีหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิปานกลางถึง 51.3% และมีรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน 5.5% จากการสำรวจในปี 2541 มากเป็นอันดับที่ 22 จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนแพทย์ต่อประชากร อยู่ในอันดับที่ 47 คือมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1:7,068 และมีจำนวนเตียงต่อประชากรเท่ากับ 1:701 เป็นอันดับที่ 52 ภาวะจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อแพทย์จะอยู่ระดับปานกลาง ใกล้เคียงค่าเฉลี่ย จังหวัดนครราชสีมา มีสถานพยาบาลที่มีเตียงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ 5 แห่ง มี 1,012 เตียง ในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง 562 เตียง มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง 1,082 เตียง (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย) โรงพยาบาลชุมชน 24 แห่ง 1,200 เตียง

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่รวมทั้งหมดค่อนข้างต่ำ เพียง 35% ของประชากร ที่ไปใช้บริการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี (น้อยเป็นอันดับที่ 10) และอัตราการใช้บริการภาครัฐก็ค่อนข้างต่ำ คือประชาชนไปใช้บริการเพียง 1.77 ครั้งต่อคนต่อปี ต่ำเป็นอันดับที่ 15 เช่นเดียวกับอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน ซึ่งเท่ากับ 8.3% น้อยเป็นอันดับที่ 11 โดยที่มีอัตราส่วนการไปใช้สถานเอนาพย์ต่อการไปใช้โรงพยาบาล เท่ากับ 0.86 ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย แต่มีอัตราส่วนการนอนที่โรงพยาบาลชุมชนต่อการนอนที่โรงพยาบาลจังหวัดสูงถึง 2.84 นับว่าสูงเป็นอันดับที่ 1 โดยมีการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดเพียง 11.5% ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด

โรงพยาบาลจังหวัดให้บริการผู้ป่วยในด้านศัลยกรรม 22% มากเป็นอันดับที่ 22 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยเท่ากับ 1.016 สูงเป็นอันดับที่ 4 และมีจำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ยนานเป็นอันดับที่ 1 คือนอน นานเฉลี่ย 6.95 วัน โดยอัตราการครองเตียงสูง 97% ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 16 และอัตราการตายของผู้ป่วยในโรง พยาบาลสูงถึง 7.2% สูงเป็นอันดับที่ 1 และมีอัตราการคลอดผิดปกติต่อการคลอดปกติที่สูงถึง 1.12 เป็นอันดับที่ 7 โดยภาพรวมจะเห็นว่า การมีโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากทำให้ประชาชนส่วนใหญ่นอนรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แต่ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลจังหวัดก็รับภาระผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ซึ่งค่อนข้างเสี่ยงต่อการนอนนานและเสียชีวิต

ค่าใช้จ่ายโดยรวมของภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) ต่อประชากรใช้เพียง 566 บาท ซึ่งต่ำเป็นอันดับที่ 13 ทั้งนี้เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในส่วนของโรงพยาบาลจังหวัดเพียง 254 บาทต่อประชากร ประชาชนจังหวัดนครราชสีมา เลือกว่าจะใช้บริการของรัฐ ถึง 48.6% ในขณะที่มีเพียง 13.7% ที่เลือกใช้อเอกชน (สำรวจปี 2539)

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นว่าจังหวัดนครราชสีมา มี คะแนนเฉลี่ย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่าเฉลี่ย (ใกล้เคียง 0) มีบางประเด็นที่มีคะแนนเป็นบวกชัดเจน (มากกว่า +1) ได้แก่ ด้านสัดส่วนการให้บริการระดับต้น ที่เน้นการนอนที่โรงพยาบาลชุมชน และด้านการรับผู้ป่วยไว้รักษา ที่เน้นผู้ป่วย หนัก นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรที่ค่อนข้างต่ำ สำหรับประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบที่ชัดเจน (ต่ำกว่า -1) ได้แก่ ด้านการใช้เตียง ที่มีอัตราการครองเตียงสูง และด้านคุณภาพบริการ ที่มีอัตราตายในโรงพยาบาล และอัตราการคลอดผิดปกติที่สูง แสดงให้เห็นว่าการใช้ บริการส่วนใหญ่ จะใช้ที่สถานีนอนมาัยและโรงพยาบาลชุมชน ที่มีเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยที่มีอาการหนักจึงจะรักษาที่ โรงพยาบาลจังหวัด จึงมีผลทำให้มีวันนอนเฉลี่ยที่นาน และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คะแนนรวมของความเป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ -3.16 อยู่ในลำดับที่ 58



แผนภูมิที่ 7.9 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.นครราชสีมา

1	สถานสุขภาพรวม	0.41
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	0.09
3	ความครอบคลุมบริการ	0.60
4	สภาพแวดล้อม	0.92
5	ปัจจัยด้านประชากร	(0.16)
6	สถานะเศรษฐกิจและการกระจาย	(0.24)
7	ความขัดสน	(0.08)
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	(0.68)
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	(0.52)
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	(0.39)
11	การกระจายทรัพยากร	(0.26)
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	0.29
13	การใช้บริการสถานพยาบาล	(0.64)
14	อัตราการให้บริการ	(0.80)
15	สัดส่วนการให้บริการระดับต้น	1.16
16	ความต่อเนื่องของบริการ	0.03
17	ความผสมผสานของบริการ	(0.49)
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	(0.11)
19	วันนอนเฉลี่ย	(0.63)
20	การใช้เตียง	(1.11)
21	อัตราการรับไว้รักษาและ case mix	1.09
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	0.15
23	คุณภาพบริการ	(2.62)
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	0.98
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	0.18
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	0.16
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	(0.14)
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	0.14
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	0.21
30	อัตราส่วนการให้บริการเอกชนต่อรัฐ	(0.52)

ตารางที่ 7.9 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.นครราชสีมา

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดมาจากปัญหาด้านอุบัติเหตุ ที่พบว่าการตายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจากถนน 4 เลน ที่มีการขับเร็ว บริเวณถนนจากอ.ปากช่อง ไปอ.สีคิ้ว ที่ต้องวิ่งขวาลอดเนื่องจาก ถนนทางซ้ายเสีย และบริเวณถนนจากอ.ปากช่อง ไปอ.โชคชัย ที่มีอุบัติเหตุหมู่เกิดขึ้นบ่อย และมีผู้เสียชีวิตมาก นอกจากนั้นยังมีปัญหาความพิการจากอุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ ที่ไม่ได้สวมหมวกกันน็อค (สวมหมวกกันน็อคเพียง 20%) แล้วเกิดอุบัติเหตุทางสมอง ส่วนหนึ่งต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคเอดส์ที่สะสมมา ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นประชากรในคุก ปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่พบมากขึ้น โรคติดต่อบางอย่างยังพบอยู่ เช่นโรคฉี่หนู ไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า (พบเสียชีวิตด้วยพิษสุนัขบ้าเป็นประจำทุกปี) นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสุขภาพของคนงานในโรงงาน แต่ทางกลุ่มประชาคมคิดว่าสุขภาพก็มีส่วนที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการออกกำลังกาย มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น ไม่ต้องพึ่งพายา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม มีโรงงานเพิ่มขึ้น แรงงานต่างชาติดีก็มีเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากอุตสาหกรรม ภาคเกษตรกรรมก็มีไร่ छो้ย ่อ่งุ่น น้อยหน้า ข้าวโพด ี้อ.ปากช่อง รวมทั้งเป็นแหล่งท่องเที่ยวด้วย โดยรวมแล้วเศรษฐกิจทางตอนล่างของจังหวัดจะดีกว่าทางตอนบนของจังหวัด ปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นได้แก่ การปล่อยน้ำเสียจากโรงงาน (ปากช่อง สีคิ้ว สูงเนิน แก้งสนามนาง) คว้นพิษจากโรงงาน (สูงเนิน) โรงโมหิน (ปากช่อง โชคชัย) ทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ เป็นผื่นคัน และโรคในระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหาขยะในเขตเทศบาลที่มีปริมาณมากขึ้น จนหาที่ทิ้งไม่ได้ การใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เพิ่มขึ้น โดยมีการใช้ยาฆ่าหญ้าแทนการจ้างคนเพิ่ม ทำให้ตรวจพบสารเคมีในเลือดสูงถึง 50% ของเกษตรกร ปัญหาการทำนาเกลือ ที่ด้านขุนทด โนนไทย บัวใหญ่ น้ำเกลือทำลายดินจนปลูกข้าวไม่ได้ โอกาสทางการศึกษามีมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชาชนอายุ 50-60 ปี ที่ยังอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้อยู่ แต่ก็มีมาให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ผ่านจุลزمิตร์ มีการให้ขวัญกำลังใจในการควบคุมโรคระบาด และมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน มีการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ มูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (สลดย.) ซึ่งทำให้สถานะสุขภาพและความรู้ของประชาชนดีขึ้น แต่ในบางครั้งชาวบ้านยังหาจุดร่วมกันในการแก้ไขปัญหาไม่ได้ เช่นปัญหาลำตะคอง ในส่วนของประชาชนมีความพยายามนำหลักการทางธรรมชาติมาใช้ในการดูแลสุขภาพ เช่นการใช้ปุ๋ยอินทรีย์ (สาร EM) มาแทนการใช้ปุ๋ยเคมี การนำเอนไซม์ที่ได้จากการหมักขยะ มาใช้ในการควบคุมยุงและแมลงวัน มีการกินอาหารปลอดสารพิษ และใช้สมุนไพรในการปรับสมดุลของร่างกาย เช่นยอหมักน้ำผึ้ง ซึ่งนับได้ว่าเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของท้องถิ่น

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาในกลุ่มของคนงานไร่ छो้ย ที่ไม่สามารถออกบัตรให้ได้ รวมถึงคนงานต่างด้าว ในโรงสี ฟาร์มหมู ที่มาจากพม่า เขมร สำหรับการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนส่วนใหญ่แล้วเห็นว่าดี ทำให้สามารถไปใช้บริการได้ ถึงแม้จะไม่มีเงิน แต่ส่วนหนึ่งก็ไม่อยากให้มีการกำหนดเขต และขั้นตอนในการใช้บริการ รวมทั้งยังไม่มั่นใจในเรื่องยา และคุณภาพบริการ เนื่องจากเข้าใจว่าโรงพยาบาลได้รับเงินเพียง 30 บาทอาจจะได้รับบริการที่ไม่ดี ประชาชนส่วนหนึ่งบอกว่ารับยาตามโครงการ 30 บาทแล้วไม่หาย และบางส่วนยังมีการเก็บเงินเวลาไปใช้บริการที่เอกชน และประชาชนที่ปกติไปเอกชนอยู่แล้ว ก็จะไม่ใช้บัตร 30 บาท

ทางด้านบริการ ผู้บริหารเห็นว่า แพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์มีมากกว่าในโรงพยาบาลชุมชน แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีเพียงเพิ่มขึ้นในระดับโรงพยาบาลชุมชนด้วย จึงเห็นว่าทางด้านทรัพยากรสุขภาพดีขึ้น แต่ยังไม่กระจายอย่างเหมาะสม ในระดับสถานีอนามัย มีพยาบาลวิชาชีพประจำเครือข่าย ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของสถานีอนามัย ในด้านการบริหารจัดการ มีการจัดซื้อยารวมมานาน 10 ปี โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยใช้ยาตัวเดียวกัน แต่ในระดับโรงพยาบาลมหาราชมีบัญชียา 3 บัญชี ซึ่งยังคงมีความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลจังหวัด ในจังหวัดโคราชมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ค่อนข้างมาก เช่นมีเครื่อง CT scan อยู่หลายเครื่อง และในบางโรงพยาบาลมีเครื่อง MRI ด้วย ปัจจุบันนี้ประชาชนมีความต้องการและความคาดหวังเพิ่มขึ้น และเริ่มเข้ามาตรวจสอบบริการสุขภาพ ทำให้สถานบริการต้องมีการพัฒนาคุณภาพ ควบคู่ไปกับการเพิ่มประสิทธิภาพ โดยการพิจารณาถึงต้นทุน ในด้านความอิสระในการเลือก กลุ่มมีความเห็นว่าหากให้ประชาชนเลือกไปเอกชนได้ ประชาชนส่วนใหญ่ก็จะเลือกไปเอกชน เพื่อให้บริการที่คิดว่าดีกว่า จากประสบการณ์ในประกันสังคม แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่รัฐอาจจะเป็นเครือข่ายกับเอกชน เช่นที่ปากช่อง มีการทำสัญญากับคลินิกในการร่วมเป็นเครือข่ายของประกันสังคม ผู้ให้บริการเห็นว่า จำนวนบุคลากรยังไม่เหมาะสมกับปริมาณบริการ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่จำนวนเจ้าหน้าที่เท่าเดิม และชาวบ้านยังมีทัศนคติ เรื่องการمانอนตายที่โรงพยาบาล ทำให้มีผู้ป่วยค่อนข้างแน่น โรงพยาบาลมหาราช ถึงแม้ว่าจะมีแพทย์ถึง 160 คน แต่บางแผนกก็ยังค่อนข้างแน่นมาก เช่นแผนกอายุรกรรม และถึงแม้จะมีการพัฒนาศูนย์แพทย์จำนวนมาก ในเขตเมือง ซึ่งมีถึง 14 ศูนย์ แต่จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชก็ยังไม่ลดลง โดยมีการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลมหาราชในกรณีส่งต่อ โดยใช้ DRG ค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านบริการสุขภาพคิดว่ายังไม่ลดลง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ด้อยโอกาส จากการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ และเห็นความสำคัญของบริการประจำครอบครัว และถึงแม้จะต้องทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเลือกใช้บริการ แต่ก็มีความเห็นว่าการแบ่งพื้นที่ให้สถานบริการนั้น ก็มีข้อดีต่อความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับผู้ให้บริการ

ในส่วนของประชาคมเขตเมืองเห็นว่า พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาด้านการส่งต่อที่บางกรณีล่าช้า เช่นในกรณี มะเร็ง เส้นเลือดหัวใจตีบ กรณีโรคฉี่หนู ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดจากการวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาด และมีปัญหาเรื่องรูปแบบของยาที่ไม่เหมือนกัน ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจากนโยบาย 30 บาทจะทำให้มีผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะที่ศูนย์แพทย์ แต่ก็ไม่ได้ลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนมากนัก ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบริการของโรงพยาบาลจังหวัดค่อนข้างดี คือแพทย์ตรวจดี แต่มีปัญหาเรื่องเตียงแน่น บางครั้งผู้ป่วย 2 คนต้องนอนเตียงเดียวกัน และบางครั้งมีความล่าช้าในการรักษา แต่สำหรับการจัดระบบบัตรดีขึ้น คนไข้ไม่ต้องถือบัตรไปเอง มีระบบจัดคิวและระบบจ่ายยาที่เร็วขึ้น รวมทั้งเจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แต่บางครั้งการรักษาก็อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น โดยเฉพาะจากการรักษาของแพทย์ฝึกหัด สำหรับในศูนย์แพทย์ ที่มีแพทย์ประจำและหมุนเวียนนั้น รู้สึกว่าแพทย์ให้ความสนใจผู้ป่วยและมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยไม่มากนัก ประมาณ 50 คนในเวลากลางวัน และ 30 คนในตอนเย็น ประชาคมชนบทเห็นว่ายังมีปัญหาด้านคุณธรรมของแพทย์ ส่วนหนึ่งแพทย์จะให้บริการที่ดีกับคนที่ตนเองรู้จัก แต่สำหรับผู้ป่วยทั่วไปอาจจะบริการล่าช้าหรือผิดพลาด จนผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนหนึ่งคิดว่าแนวโน้มการร้องเรียนอาจจะเพิ่มขึ้น ซึ่งก็จะทำให้บุคลากรเสียกำลังใจได้ จึงมีความเห็นว่าควรจะมีการประกันความเสี่ยงให้กับบุคลากรทางการแพทย์ด้วย และมองว่าการก้าวไปสู่มาตรฐานของบริการนั้น ควรจะมองไปที่ความรู้สึกของชาวบ้านให้มากขึ้น

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

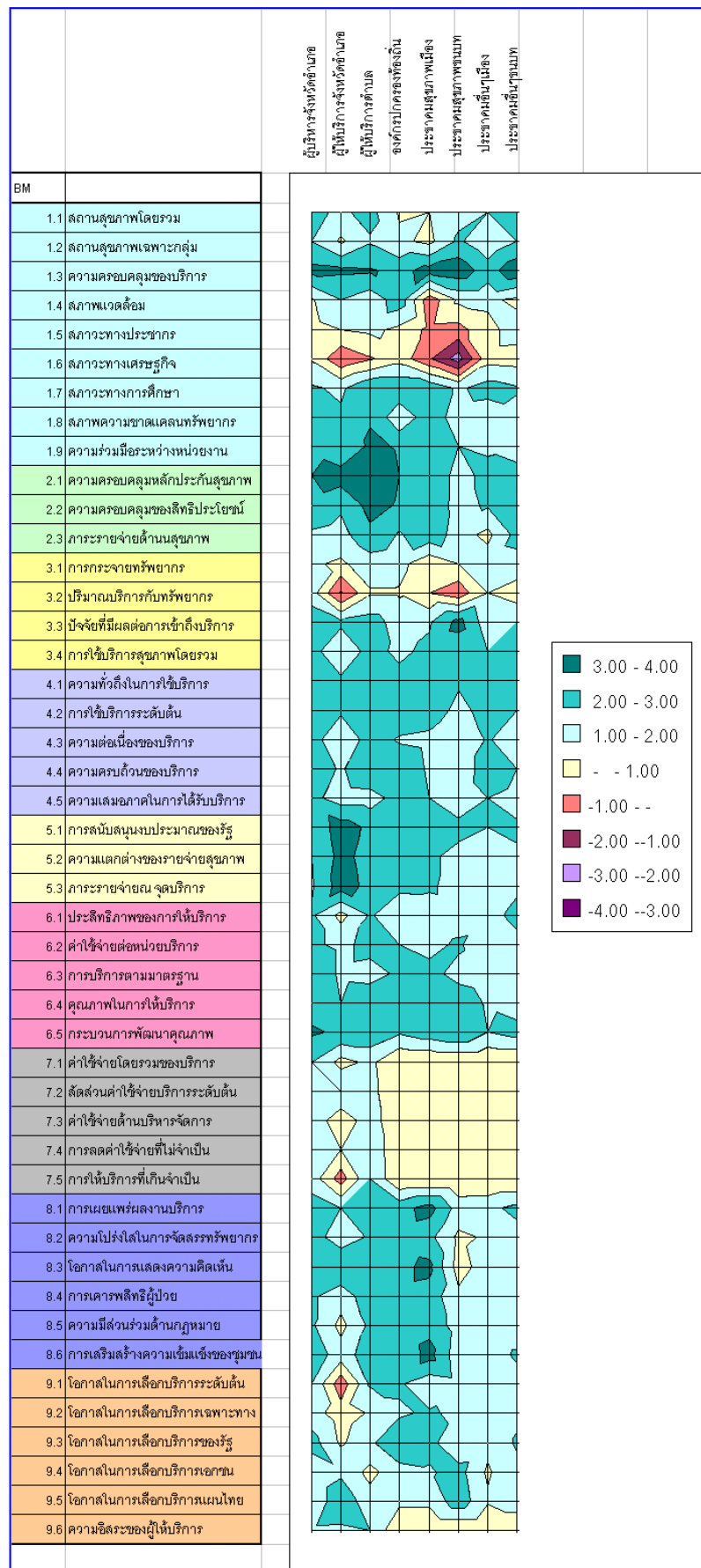
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดนครราชสีมา จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +2.25 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 2 (การเข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน) ได้คะแนน +2.32 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 7 (ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ) ได้คะแนน +1.55 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมสุขภาพเขตชนบท (+3.40) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง (0.83)

ตารางที่ 7.10 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดนครราชสีมา

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม
Benchmark1	2.13	2.00	2.56	2.44	2.50	1.50	0.86	2.13	2.07
Benchmark2	2.75	2.80	3.11	1.56	2.25	1.50	2.00	2.50	2.32
Benchmark3	2.14	0.83	2.44	1.33	2.00	2.33	0.86	2.00	1.77
Benchmark4	2.29	2.00	2.33	2.67	2.38	1.20	1.86	1.75	2.12
Benchmark5	1.71	3.17	2.78	2.11	2.38	2.20	1.14	1.75	2.15
Benchmark6	2.43	2.50	2.33	2.22	2.29	2.20	1.86	1.88	2.21
Benchmark7	1.86	0.67	1.89						1.55
Benchmark8	2.29	1.50	2.44	2.63	3.25	1.00	1.57	1.86	2.16
Benchmark9	2.00	1.17	2.00	2.88	1.88	1.80	1.57	1.86	1.93
Benchmark	2.00	2.67	2.00	3.00	2.50	3.40	0.83	1.71	2.25

กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนความเป็นธรรมรวมที่ +2.00 คะแนนความเป็นธรรมในข้อต่างๆ ก็ไม่ได้ต่างไปจากคะแนนรวมมากนัก โดยให้คะแนนสูงสุดที่ความเป็นธรรมที่ 2 (+2.75) ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 5 ต่ำสุด (+1.71) ว่าด้วยความเป็นธรรมในการจ่ายเงิน แต่ก็ยังนับว่าสูงอยู่ ในขณะที่กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ กลับให้คะแนนความเป็นธรรมข้อที่ 5 นี้สูงที่สุด (+3.17) ซึ่งจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากการมีหลักประกันสุขภาพ ในความเป็นธรรมที่ 2 ที่ได้คะแนนสูงเช่นกัน (+2.80) ในขณะที่ความเป็นธรรมที่ 7 ได้รับคะแนนต่ำสุด (+0.67) และกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ก็ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 7 นี้ต่ำสุดเช่นเดียวกัน (+1.89) โดยกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 สูงสุด (+3.11) แสดงว่ากลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ ให้คะแนนที่ค่อนข้างสูงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 9 สูงสุด (+2.88) ในขณะที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 3 ต่ำสุด (+1.33) เนื่องจากยังเห็นว่ามีความด้านทรัพยากรสุขภาพอยู่ ในขณะที่ประชาคมสุขภาพเขตเมืองให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 8 สูงสุด (+3.25) เนื่องจากเห็นว่าประชาชนมีโอกาสรับรู้และมีส่วนร่วมด้านสุขภาพมากขึ้น ประชาคมมีความเข้มแข็งขึ้น แต่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 9 ต่ำสุด (+1.88) ในขณะที่กลุ่มประชาคมอื่นๆ ทั้งเขตเมืองและชนบท ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 สูงสุด (+2.00 และ +2.50) โดยกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง ให้คะแนนที่ค่อนข้างต่ำในความเป็นธรรมที่ 1 และ 3 (+0.86 ทั้ง 2 ข้อ)

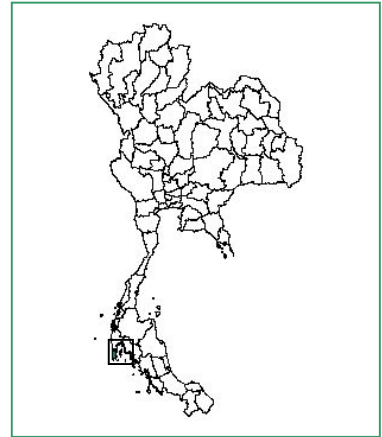
รายละเอียดของคะแนนความเป็นธรรม ที่แสดงโดยแผนภูมิพื้นผิว 3 มิติ แสดงให้เห็นว่า ประเด็นด้านสถานะสุขภาพ ได้แก่คะแนนค่อนข้างต่ำ (ต่ำกว่า +1.00) ในกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาคมสุขภาพเขตเมือง ในขณะที่ ประเด็นสภาพสิ่งแวดล้อม สภาวะประชากร และสภาวะเศรษฐกิจ ได้คะแนนต่ำจากทุกกลุ่ม โดยเฉพาะเศรษฐกิจ ได้คะแนนต่ำกว่า 0.00 ในกลุ่มผู้ให้บริการ และประชาคมสุขภาพ โดยประชาคมสุขภาพชนบท ให้คะแนนเศรษฐกิจต่ำกว่า -2.00 ในขณะที่ ประชาคมสุขภาพเขตเมือง ให้คะแนนสภาพสิ่งแวดล้อม และสภาวะประชากร ต่ำกว่า 0.00 และเช่นเดียวกับประเด็นปริมาณงานจ่อทรัพยากร ที่ได้คะแนนค่อนข้างต่ำ (-1.00 ถึง +1.00) จากกลุ่มผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาคมสุขภาพ และประชาคมอื่นๆ สำหรับ กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ให้คะแนนที่ค่อนข้างต่ำ ในประเด็น ประสิทธิภาพของบริการ ค่าใช้จ่ายด้านบริหาร การให้บริการเกินจำเป็น และโอกาสในการเลือกบริการ เช่นเดียวกับผู้ให้บริการระดับตำบล ที่ให้คะแนนต่ำในประเด็นโอกาสเลือกบริการเอกชน สำหรับพื้นที่ที่ได้คะแนนสูงกว่า +3.00 ได้แก่ ความครอบคลุมของบริการ หลักประกันสุขภาพ และความเป็นธรรมในการจ่ายเงิน ซึ่งส่วนใหญ่ให้โดยกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ



แผนภูมิที่ 7.10 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.นครราชสีมา

๖) จังหวัดภูเก็ต

จังหวัดภูเก็ต เป็นเพียงจังหวัดเดียวที่มีลักษณะเป็นเกาะ เกาะภูเก็ตหรือ “ไข่มุกแห่งอันดามัน” เป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงไปทั่วโลก เป็นเกาะที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย แต่เป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็กที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดสมุทรสงคราม คือมีเนื้อที่เพียง 543 ตารางกิโลเมตร ความยาวสุดจากเหนือจรดใต้ วัดได้เพียง 47.8 กิโลเมตร และส่วนกว้างที่สุด วัดได้ 21.3 กิโลเมตร⁽³⁴⁾ แบ่งเขตการปกครองเป็น 3 อำเภอ คืออำเภอเมือง อำเภอถลางและอำเภอกะทู้ มีประชากรจำนวน 238,997 คน มีความหนาแน่นประชากร 440.1 คนต่อตารางกิโลเมตร นับว่ามีความหนาแน่นสูงเป็นอันดับที่ 5 (ไม่รวมกรุงเทพ) คนภูเก็ตมีรายได้เฉลี่ยสูงถึง 5,874 บาทต่อเดือน สูงเป็นอันดับ 3 รองจากนนทบุรี และปทุมธานี โดยมีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรเท่ากับ 173,026 บาท สูงเป็นอันดับที่ 6 และมีสัดส่วนครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน เพียง 0.6%



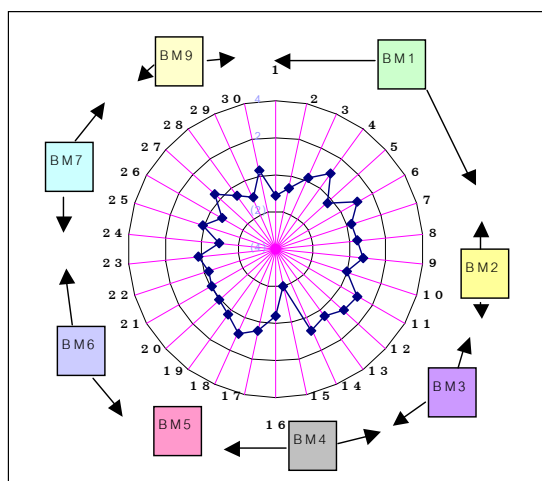
ด้านภูมิประเทศ จังหวัดภูเก็ต เป็นเกาะที่เป็นภูเขาทั้งเกาะ มีที่ราบเล็กๆเป็นลูกเนิน ภูเก็ตไม่มีแม่น้ำสายใหญ่ มีแต่ลำคลองเล็กๆ มีภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อน มีเพียง 2 ฤดูคือฤดูร้อนและฤดูฝน ด้วยความเจริญทางเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว ทำให้นักท่องเที่ยวและนักลงทุนชาวต่างชาติเข้ามาอยู่ในจังหวัดภูเก็ตเป็นจำนวนมาก ปัญหาที่ตามมาของสังคมเมืองจึงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะแหล่งบันเทิงที่มีอยู่มากมายในภูเก็ต ทำให้มีปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรม

ทางด้านสุขภาพ จังหวัดภูเก็ตมีอัตราการตายที่ปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุ เท่ากับ 7.17 ต่อพันประชากร นับว่าสูงเป็นอันดับที่ 7 ซึ่งอัตราตายดังกล่าวมีส่วนทำให้คนภูเก็ตมีอายุขัยเฉลี่ยที่สั้น เช่นเดียวกับหลายจังหวัดในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาสำคัญน่าจะมาจากโรคเอดส์เช่นเดียวกัน อัตราการตายในวัย 0-5 ปีก็สูงเช่นเดียวกัน โดยมีอัตราอยู่ที่ 2.65 ต่อพันประชากร สูงเป็นอันดับที่ 15 และมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่สูงเป็นอันดับ 1 คือมีอัตรา 5,103 ครั้งต่อแสนประชากร แต่มีอัตราการขาดสารอาหารในเด็กที่ต่ำมาก คือมีเพียง 3.44% ต่ำเป็นอันดับที่ 10 ภูเก็ตมีอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงอยู่ที่ 0.48 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย จะเห็นได้ว่าการที่ภาวะเศรษฐกิจดีขึ้น ช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน เช่นปัญหาโภชนาการ แต่อาจจะมีปัญหาด้านอื่นเพิ่มขึ้น เช่นการตายจากอุบัติเหตุและโรคเอดส์ ที่จะคอยบั่นทอนสุขภาพโดยรวมของคนภูเก็ต

หลักประกันสุขภาพของจังหวัดภูเก็ต มีความครอบคลุม 72.6% มากเป็นอันดับที่ 23 โดยมีหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิสูง (ข้าราชการ ประกันสังคม ประกันเอกชน) สูงถึง 22.4% สูงเป็นอันดับที่ 6 และมีหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิปานกลางเพียง 49% (อันดับที่ 62) แสดงว่าคนภูเก็ตมีโอกาสในการเข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงินมากนัก อีกทั้งยังมีทรัพยากรสุขภาพกระจายไปมากอีกด้วย โดยมีจำนวนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1:2,717 สูงเป็นอันดับที่ 7 และมีจำนวนเตียงต่อประชากร เท่ากับ 1:352 สูงเป็นอันดับที่ 10 ด้วยเหตุนี้ที่ทำให้ปริมาณผู้ป่วยต่อแพทย์มีปริมาณที่ต่ำ คือต่ำเป็นอันดับที่ 13 สำหรับผู้ป่วยนอก และอันดับที่ 14 สำหรับผู้ป่วยใน ภูเก็ตมีสถานพยาบาลที่มีเตียงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 6 แห่ง 189 เตียง โดยทั้งหมดนี้เป็นสถานพยาบาลของเอกชน มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง 420 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง 90 เตียง

เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงบริการที่สูง ทำให้มีประชาชนถึง 66% ที่มีการใช้บริการอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี สูงเป็นอันดับที่ 7 และมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน 18.8% สูงเป็นอันดับที่ 5 โดยอัตราการให้บริการสถานบริการของรัฐ 2.14 ครั้งต่อคนต่อปี อยู่ในลำดับที่ 33 แต่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในภาครัฐ ที่สูงถึง 14.74% เป็นอันดับที่ 6 เนื่องจากจังหวัดภูเก็ตเป็นจังหวัดเล็กจึงมีจำนวนสถานพยาบาลระดับต้นไม่มากนัก ประกอบกับระยะทางที่ใกล้ทำให้ประชาชนสามารถมาใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดได้ง่าย อัตราส่วนการให้บริการที่สถานอนามัยต่อโรงพยาบาลจึงต่ำที่สุด คือมีอัตราส่วนเพียง 0.29 เช่นเดียวกับอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลจังหวัดที่ต่ำเพียง 0.32 ต่ำเป็นอันดับที่ 3 รองจากราชบุรี และสิงห์บุรี โดยมีสัดส่วนการให้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดที่สูงที่สุด คือ 48.6% ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด เนื่องจากสัดส่วนการให้บริการส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัด จึงมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากรของภาครัฐค่อนข้างสูง คือสูงถึง 1,357 บาท สูงเป็นอันดับที่ 6 โดยเป็นค่าใช้จ่ายที่ระดับโรงพยาบาลจังหวัดถึง 1,210 บาทต่อประชากร แต่เมื่อคิดเฉพาะค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลจังหวัด โดยเทียบกับขนาดของโรงพยาบาล (จำนวนเตียง) พบว่าค่าใช้จ่ายต่อเตียงไม่ได้สูงมากนัก โดยอยู่ในลำดับที่ 40 และมีการเลือกใช้บริการเอกชนต่อรัฐเท่ากับ 0.68 กรณีผู้ป่วยนอก และ เท่ากับ 0.38 กรณีผู้ป่วยใน สูงเป็นอันดับที่ 20 และ 16 ตามลำดับ

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นว่าจังหวัดภูเก็ต มีประเด็นที่มีคะแนนเป็นบวกชัดเจน (มากกว่า +1) ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ และการกระจายทรัพยากรสุขภาพ สำหรับประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบที่ชัดเจน (ต่ำกว่า -1) ได้แก่ ด้านสถานะสุขภาพโดยรวม และสัดส่วนการให้บริการระดับต้น แสดงให้เห็นว่าจังหวัดภูเก็ต ยังมีปัญหาด้านสถานะสุขภาพ ถึงแม้จะมีเศรษฐกิจที่ดี และการมีส่วนร่วมการให้บริการที่หนักไปที่โรงพยาบาลจังหวัด มีส่วนทำให้จังหวัดภูเก็ตมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรภาครัฐที่สูง คะแนนรวมของความเป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ +2.39 อยู่ในลำดับที่ 24



แผนภูมิที่ 7.11 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ภูเก็ต

1	สถานสุขภาพรวม	(1.11)
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	(0.65)
3	ความครอบคลุมบริการ	0.26
4	สภาพแวดล้อม	1.00
5	ปัจจัยด้านประชากร	(0.23)
6	สภาวะเศรษฐกิจและการกระจาย	1.08
7	ความขัดสน	0.29
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	0.42
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	0.73
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	0.04
11	การกระจายทรัพยากร	1.09
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	0.98
13	การให้บริการสถานพยาบาล	0.47
14	อัตราการให้บริการ	0.77
15	สัดส่วนการให้บริการระดับต้น	(1.89)
16	ความต่อเนื่องของบริการ	(0.41)
17	ความผสมผสานของบริการ	0.49
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	0.94
19	วันนอนเฉลี่ย	0.29
20	การใช้เตียง	0.09
21	อัตราการรับไว้รักษาและ case mix	0.03
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	(0.25)
23	คุณภาพบริการ	0.19
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	(0.94)
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	0.19
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	(0.73)
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	0.41
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	(0.48)
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	(0.93)
30	อัตราส่วนการให้บริการเอกชนต่อรัฐ	0.35

ตารางที่ 7.11 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ภูเก็ต

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพของจังหวัดภูเก็ตนั้น ปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านอุบัติเหตุและโรคเอดส์ การตายจากอุบัติเหตุนับว่ายังสูงอยู่ แต่บางส่วนเห็นว่าแนวโน้มที่ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการเข้มงวดมากขึ้นในการบังคับใช้กฎหมาย เช่นการสวมหมวกกันน็อค เมื่อ 3 ปีที่แล้ว มีการตายสูงถึงเดือนละเฉลี่ย 25 คน แต่ปัญหาโรคเอดส์นับว่ารุนแรงมากขึ้น การติดเชื้อรายใหม่เพิ่มมากขึ้น ปีที่ผ่านมามีการตายประมาณ 164 ราย และส่วนหนึ่งอาจจะตายด้วยโรคเอดส์แต่ไม่ได้ลงสาเหตุการตายว่าตายจากเอดส์ กลุ่มที่ติดเชื้อ กลุ่มหนึ่งจะเป็นชาวประมง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นชาวจีนมาจากจังหวัดสมุทรสาคร สมุทรสงคราม และภาคอีสาน และมีปัญหาจากสถานบริการทางเพศ เนื่องจากผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย และปัญหาพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น ที่มักจะมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนด้วยกันหรืออยู่ร่วมกันเป็นคู่ ส่งผลให้มีการทำแท้งเพิ่มมากขึ้น ปัญหาอื่นก็มีโรคมะเร็งเช่นมะเร็งตับ มะเร็งเต้านม และโรคเรื้อรัง เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับโรคติดต่อบางอย่างก็พบอยู่ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว เช่นพม่า ที่ป่วยด้วยมาลาเรีย โรคเท้าช้าง นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคจากมลพิษ และโรคจากการทำงาน แต่สำหรับสุขภาพของคนอายุ 50-60 ปี น่าจะดีขึ้น เนื่องจากมีความสนใจมากขึ้นในเรื่องการออกกำลังกาย และมีชมรมด้านสุขภาพมากขึ้น

สภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ต โดยส่วนรวมยังไม่ตก สังเกตได้จากการที่โรงพยาบาลเอกชนยังเต็มไปด้วยผู้ป่วย ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะรวย และฐานะปานกลาง สำหรับคนจนนั้นมีส่วนน้อย ส่วนใหญ่มาจากที่อื่น คนจนบางคนมีเงินเพียง 100 บาท และมีชุมชนสลัมที่เรียกว่า ชุมชนชาวไทยใหม่ แต่ในระยะหลังมีชาวต่างชาติเข้ามาทำธุรกิจแทรกแซงรายได้ของคนไทยมากขึ้น เช่นการเป็นเจ้าของกิจการสถานบันเทิงต่างๆ หากจะแบ่งคนที่อาศัยอยู่ในภูเก็ต น่าจะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนภูเก็ตพื้นเพ กลุ่มแรงงานต่างจังหวัดและต่างด้าว และกลุ่มนักท่องเที่ยว กลุ่มแรงงานพม่านั้นจะมีจำนวนมากถึง 50,000 คน แต่ที่มีขึ้นทะเบียนไว้ ประมาณ 20,000 คน ซึ่งมักจะเป็นอาชีพประมง สวนยา ก่อสร้าง ค้าขาย ขนส่ง และเป็นเด็กรับใช้ในบ้าน กลุ่มนี้มักจะมีปัญหาโรคติดต่อ สุขอนามัยไม่ดี และไม่ค่อยยอมใช้บริการ เช่นการคุมกำเนิด ฉีดวัคซีน นอกจากนี้ยังมีปัญหาคนต่างถิ่นบุกรุกป่าชายเลน และสร้างความแออัดในชุมชน และเนื่องจากการท่องเที่ยวเจริญ ก็เท่ากับเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเที่ยวเตร่ โดยเฉพาะวัยรุ่น ทำให้สภาพครอบครัวแย่ลง ในบางครอบครัวพ่อแม่ขายที่ได้เงินมา เด็กก็เอาไปใช้เที่ยวเตร่ ไม่เรียนหนังสือ มีหนี้ช้ำยังนำเงินไปซื้อรถเพื่อมาขับแข่งกัน เกิดอุบัติเหตุตามมาอีก สภาพสังคมของคนภูเก็ตจึงมักจะแยกกันอยู่ และไม่ค่อยมีเวลาให้กับส่วนรวม นอกจากนี้ยังมีปัญหายาเสพติด ปัญหาการปล่อยน้ำเสียลงทะเลของโรงงาน ปัญหาการทำเหมืองในบางพื้นที่ เช่นที่หาดป่าตอง หาดกมลา มีการทำลายสิ่งแวดล้อม การบุกรุกพื้นที่ป่าและภูเขา

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ทางการเงิน ส่วนใหญ่คนภูเก็ตจะมีหลักประกันสุขภาพ หรือไม่ก็มีเงินพอที่จะจ่ายให้สถานบริการ ซึ่งส่วนใหญ่การบำบัดประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ ก็มักจะเป็นกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพอยู่เดิม แต่กลุ่มที่ยังคุ้มครองไปไม่ครอบคลุม ได้แก่ กลุ่มคนงานก่อสร้างต่างถิ่น ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ที่อื่น เวลาไปใช้บริการจะมีปัญหา ซึ่งในสมัยก่อนจะมีการออกบัตรชั่วคราวให้สามารถใช้บริการได้ และถึงแม้จะมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแจกให้ คนบางกลุ่มที่มีเงินก็จะไม่ใช้ เนื่องจากยังใช้บริการของเอกชน (คลินิก) เป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีใช้สิทธิบ้างเพื่อใช้บริการในบางกรณี เช่นทันตกรรม การผ่าตัด การคลอด และประชาชนบางส่วนยังชอบบัตรสุขภาพ 500 บาทมากกว่าบัตร 30 บาท

ทางด้านบริการ กลุ่มผู้บริหารเห็นว่า จากการทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรอบที่ 2 พบว่ามีการใช้บริการเพิ่มขึ้น 30% และบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น 20% ซึ่งอาจจะเป็นผลกระทบระยะแรกที่ผู้ป่วยต้องการทดลองใช้บัตร และส่วนหนึ่งเป็นการใช้บริการในระดับสถานีนามัย แต่ผลกระทบต่อรายรับของสถานบริการยังไม่ชัดเจน เนื่องจากรายรับเงินบำรุงในช่วงแรกยังไม่ลดลง และสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการยังค่อนข้างดี แต่อย่างไรก็ดีก็ยังมีประชาชนส่วนหนึ่งที่ยังนิยมใช้บริการที่คลินิกเอกชน สำหรับปัญหาการร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นเรื่องพฤติกรรมบริการ มากกว่าเรื่องการจ่ายเงิน และมีประชาชนกลุ่มที่ประกันของเอกชน ยังไม่เห็นความสำคัญของการทำบัตร 30 บาท เนื่องจากมีสิทธิใช้บริการของเอกชนอยู่แล้ว ทางด้านทรัพยากรสุขภาพยังมีปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์เพียง 4 คนที่โรงพยาบาลกลาง และเหลือแพทย์เพียง 2 คนที่โรงพยาบาลปาดอง แต่ต้องรับภาระผู้ป่วยทั้งในพื้นที่และนักท่องเที่ยว ในขณะที่บุคลากรในสถานีนามัย ค่อนข้างมีมากคือมีประมาณ 4-5 คนต่อ 1 สถานีนามัย ซึ่งนับว่ามากกว่าจังหวัดอื่น ในเขตเทศบาลมีศูนย์บริการของเทศบาล ซึ่งมีแพทย์ดูแล และยังมีพื้นที่ของชาวเกาะที่ต้องส่งแพทย์ลงไปช่วยสัปดาห์ละครั้ง และมีฮอติคอปเตอร์สำหรับการส่งต่อ การไปใช้บริการของรัฐในจังหวัดภูเก็ตค่อนข้างสะดวกคือประชาชนสามารถไปใช้บริการ ที่สถานีนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัดใดก็ได้ ในจังหวัดโดยไม่ต้องมีการส่งต่อ ทั้งนี้เนื่องจากระยะทางค่อนข้างใกล้ การจำกัดพื้นที่ของประชาชนจะทำได้ค่อนข้างยาก และประชาชนเองก็มีทางเลือกมากมาย ในส่วนของเอกชน ผู้ให้บริการเห็นว่า มีแพทย์มาก ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน ซึ่งมีเป็นจำนวนมาก และมีความเห็นว่าจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจังหวัดไม่เพียงพอ ยังมีความหนาแน่นของผู้ป่วย และมีความเห็นว่าการส่งแพทย์ไปสถานีนามัยจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทาง และช่วยไม่ให้ประชาชนต้องขาดงาน แต่มีความเห็นว่าการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ยังมีน้อยอยู่ และมีความเห็นว่าประชาชนยังนิยมการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยในโรงพยาบาลเอกชน ส่วนหนึ่งเมื่อวินิจฉัยจากเอกชนแล้ว กลับมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐแทน กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่าประชาชนบางส่วนยังเข้าไม่ถึงสิทธิของตนเอง กลุ่มแรงงานต่างด้าวมักจะไปสถานีนามัยมากกว่าโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวปัญหาด้านกฎหมาย การกระจายของแพทย์ยังกระจุกตัวอยู่ในเมือง บริการเชิงรุกยังไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง การตรวจหลังคลอดและการฉีดวัคซีนยังไม่ครอบคลุม และมีความต้องการให้กระจายทรัพยากรไปยังสถานีนามัยให้มากขึ้นโดยเฉพาะแพทย์ แต่ในภาพรวมคิดว่าสถานบริการของรัฐมีการพัฒนาคุณภาพที่ดีขึ้น ในด้านการตรวจสอบเห็นว่า กสพ.น่าจะเป็นกลไกในการตรวจสอบที่ดี

ประชาคมสุขภาพเห็นว่า บริการในโรงพยาบาลของรัฐค่อนข้างแออัด โดยเฉพาะแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ มีส่วนหนึ่งทำงานที่คลินิกด้วย ถ้าเป็นไปได้อยากให้ทำงานเฉพาะของรัฐ โดยเฉพาะเวลาที่แพทย์อยู่เวร ประชาชนส่วนหนึ่งยังชอบบัตร 500 บาท และส่วนหนึ่งเห็นว่าสถานบริการให้ความสำคัญกับข้าราชการมากกว่าประชาชนที่มีบัตรอย่างอื่น โดยเฉพาะในการจองห้องพิเศษ ประชาชนส่วนหนึ่งจะนิยมไปรักษาโรงพยาบาลเอกชนในกรณีอุบัติเหตุ แต่สำหรับสถานบริการของรัฐนั้นประชาชนเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ในการดำเนินการของสถานบริการและในการช่วยให้บริการแก่ประชาชน ประชาคมอื่นๆเห็นว่า ยังมีปัญหาเรื่องคุณภาพบริการ การได้รับยาที่คิดว่าคุณภาพลดลง การได้รับยาปริมาณน้อยลง และคิดว่าร้านขายยาอาจจะได้รับผลกระทบเนื่องจากอาจจะมีคนซื้อยาลดลง และคิดว่าการที่มีแพทย์ไปสถานีนามัยจะช่วยให้ประชาชนไปสถานีนามัยมากขึ้น และคิดว่าการมีสายด่วนสุขภาพ และคลินิกวิทยุ อารมณดี เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นมากขึ้น

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

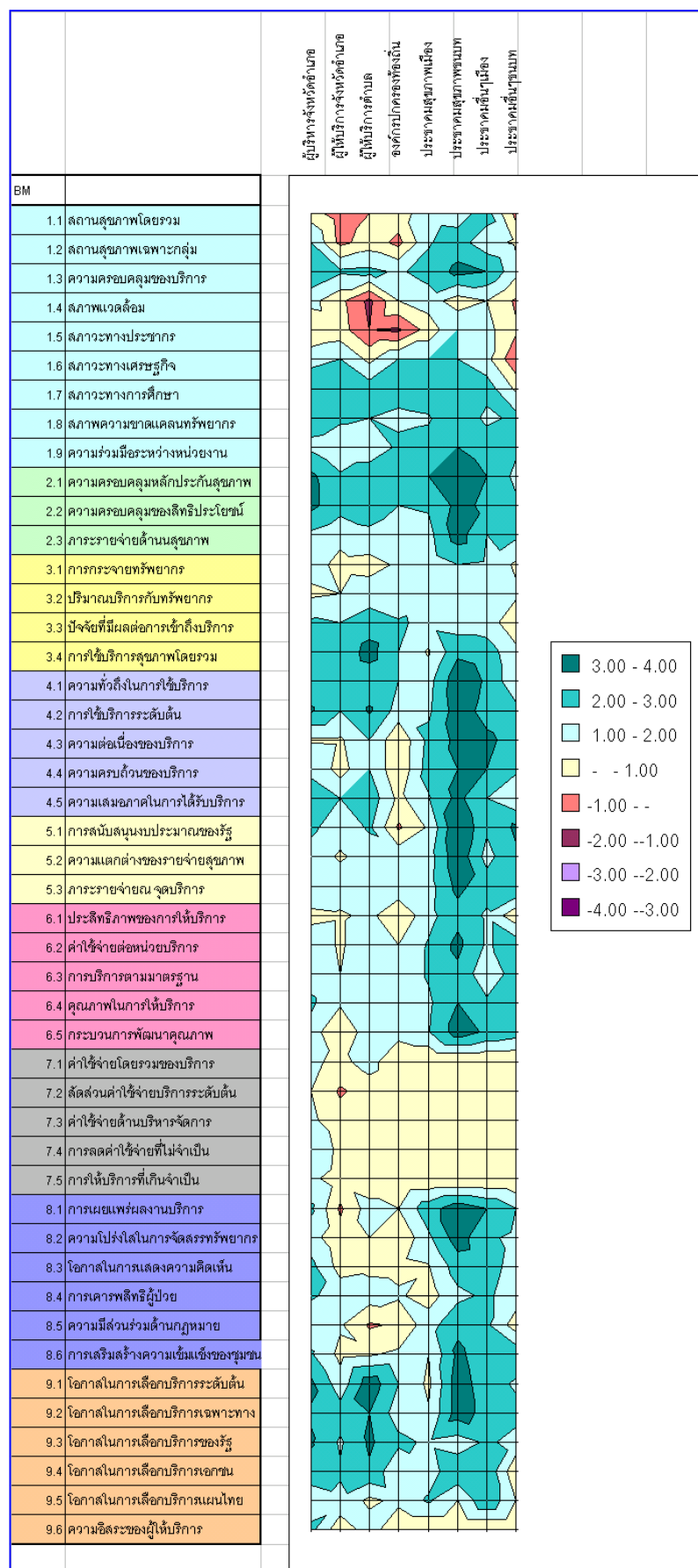
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดภูเก็ต จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +1.95 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 2 (การเข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรค/ทางการเงิน) ได้คะแนน +2.25 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 7 (ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ) ได้คะแนน +0.76 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง (+3.00) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (+0.86)

ตารางที่ 7.12 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดภูเก็ต

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม
Benchmark1	2.00	1.14	0.25	1.71	1.78	2.75	2.83	1.80	1.70
Benchmark2	2.56	1.29	2.25	2.29	2.00	3.75	2.50	2.00	2.25
Benchmark3	2.40	1.14	1.88	2.17	1.40	3.33	2.33	0.33	1.79
Benchmark4	2.22	1.86	2.38	0.14	1.10	3.25	3.00	2.00	1.88
Benchmark5	2.00	1.14	2.13	1.86	1.78	3.50	2.80	2.83	2.13
Benchmark6	2.00	1.00	1.63	1.43	2.22	3.00	2.83	2.50	2.00
Benchmark7	1.20	0.43	0.50						0.76
Benchmark8	2.30	0.86	0.14	0.67	1.30	3.75	2.67	1.83	1.59
Benchmark9	2.80	1.00	2.13	1.86	2.63	2.67	3.00	1.20	2.19
Benchmark	2.60	1.29	1.75	0.86	2.00	2.67	3.00	1.67	1.95

กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนความเป็นธรรมรวมที่ +2.60 โดยที่ความเป็นธรรมส่วนใหญ่ได้คะแนนที่สูงกว่า +2.00 ยกเว้นความเป็นธรรมที่ 7 ที่ได้คะแนนเพียง +1.20 ซึ่งต่ำที่สุด และเช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ให้บริการ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล ที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 7 ที่ค่อนข้างต่ำ คือให้คะแนน +0.43 และ +0.50 แสดงให้เห็นว่า ทั้งกลุ่มผู้บริหาร และผู้ให้บริการ เห็นว่ายังมีปัญหาด้านใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงอยู่ สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 4 สูงสุด (+1.86) โดยให้คะแนนความเป็นธรรมรวมที่ +1.29 และเช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 4 นี้สูงสุดเช่นกัน (+2.38) เนื่องจากเห็นว่าการใช้บริการของประชาชนค่อนข้างทั่วถึง โดยให้คะแนนรวมที่ +1.75 สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้คะแนนสูงสุดในความเป็นธรรมที่ 2 (+2.29) โดยให้คะแนนต่ำสุดในความเป็นธรรมที่ 4 (+0.14) เนื่องจากยังเห็นว่าบริการยังไม่ต่อเนื่อง และให้คะแนนรวมเพียง +0.86 กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมือง ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 9 สูงสุด (+2.63) ในขณะที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 4 ต่ำสุด (+1.10) สำหรับกลุ่มประชาคมสุขภาพเขตชนบท ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ค่อนข้างสูง โดยให้คะแนนรวม +2.67 และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 และ 8 สูงสุด (+3.75) กลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมืองก็ให้คะแนนความเป็นธรรมสูงเช่นกัน โดยให้คะแนนรวม +3.00 และให้คะแนนสูงสุดในความเป็นธรรมที่ 4 และ 9 (+3.00) ในขณะที่กลุ่มประชาคมอื่นๆเขตชนบท ให้คะแนนความเป็นธรรมรวม +1.67 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 5 สูงสุด (+2.83) และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 3 ต่ำสุด (+0.33) แสดงว่าในเขตชนบทอาจจะยังมีความปัญหาด้านการเข้าถึงบริการอยู่บ้าง อาจจะเนื่องมาจากการกระจายทรัพยากรที่ไม่ทั่วถึงในบางพื้นที่

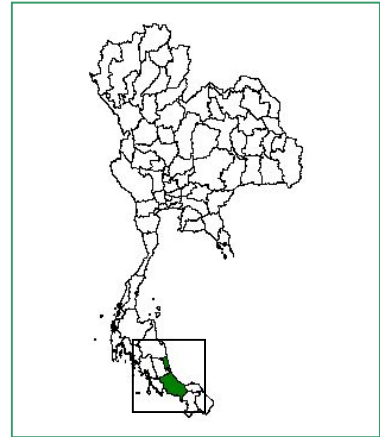
รายละเอียดของการให้คะแนนความเป็นธรรม ที่แสดงโดยแผนภูมิพื้นผิว 3 มิตินั้น แสดงให้เห็นว่า ประเด็นสถานะสุขภาพโดยรวมและเฉพาะกลุ่มยังเป็นปัญหาอยู่ เนื่องจากได้คะแนนที่ค่อนข้างต่ำ (-1.00 ถึง +1.00) จากกลุ่มผู้บริหาร ผู้ให้บริการจังหวัด อำเภอ และตำบล รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาคมอื่นๆเขตชนบท ประเด็นสภาพวังเวดล้อมและประชากรก็ได้รับคะแนนค่อนข้างต่ำ จากเกือบทุกกลุ่ม โดยสิ่งแวดล้อมได้คะแนนต่ำกว่า -1.00 จากผู้ให้บริการระดับตำบล และสภาวะประชากรได้รับคะแนนต่ำกว่า -1.00 ในกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวะทางเศรษฐกิจได้คะแนนต่ำ (ต่ำกว่า 0.00) จากประชาคมอื่นๆเขตชนบท ประเด็นด้านการกระจายทรัพยากร และปริมาณงานต่อทรัพยากร ได้รับคะแนนค่อนข้างต่ำจากผู้บริหาร และผู้ให้บริการ ประเด็นความต่อเนื่องของบริการ ได้รับคะแนนต่ำจากผู้บริหาร ผู้ให้บริการ จังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้นประเด็นด้านประสิทธิภาพของบริการ ค่าใช้จ่ายบริการ ค่าใช้จ่ายด้านบริหาร รวมทั้งประเด็นความมีส่วนร่วมของประชาชน ก็ค่อนข้างได้คะแนนต่ำเช่นเดียวกัน จากกลุ่มผู้ให้บริการ สำหรับพื้นที่ที่ได้คะแนนสูงกว่า +3.00 ได้แก่ประเด็นหลักประกันสุขภาพ และความครบถ้วน ทั้งถึงของบริการ รวมไปถึงความเท่าเทียมของการจ่ายเงิน และโอกาสในการเลือกบริการ



แผนภูมิที่ 7.12 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.ภูเก็ต

๗) จังหวัดสงขลา

จังหวัดสงขลา แบ่งเขตการปกครองเป็น 16 อำเภอ มีพื้นที่เท่ากับ 7,393 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 1,250,903 คน ความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 169.3 คนต่อตารางกิโลเมตร เป็นจังหวัดที่มีความหนาแน่นของประชากรมากเป็นอันดับที่ 14 คนสงขลา มีรายได้เฉลี่ยมากเป็นอันดับที่ 8 คือมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 4,275 บาทต่อเดือน โดยมีสัดส่วนครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนเพียง 4.2% น้อยเป็นอันดับที่ 13 และมีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรมากเป็นอันดับที่ 17 คือมีมูลค่า 64,168 บาท



จังหวัดสงขลา มีย่านการค้าที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวของคนไทยและคนต่างชาติ ที่เดินทางเข้ามาจับจ่ายซื้อของในอำเภอหาดใหญ่ ที่เป็นย่านการค้าที่สำคัญที่นำความเจริญทางเศรษฐกิจมาสู่จังหวัดสงขลา จังหวัดสงขลา มีแหล่งน้ำที่สำคัญคือทะเลสาบสงขลา ที่มีเนื้อที่ถึง 1,040 ตารางกิโลเมตร มีเพียงบริเวณส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็นน้ำจืด ส่วนใหญ่ในตอนกลางและตอนใต้ของทะเลสาบจะเป็นน้ำกร่อยและน้ำเค็ม ทะเลสาบสงขลาเป็นแหล่งทรัพยากรทางน้ำที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับชาวประมงพื้นบ้านที่อาศัยอยู่รอบทะเลสาบ คนสงขลาส่วนใหญ่เป็นคนไทยนับถือศาสนาพุทธ มีคนไทยมุสลิมที่อาศัยอยู่ตามแนวชายฝั่งทะเลสาบสงขลา และชายฝั่งทะเลด้านอ่าวไทย โดยที่มีบางส่วนอาศัยอยู่แถบอำเภอเทพาและอำเภอจะนะ นอกจากนั้นยังมีคนไทยเชื้อสายจีนที่ส่วนใหญ่อาศัยและทำการค้าอยู่ในอำเภอหาดใหญ่⁽³⁵⁾

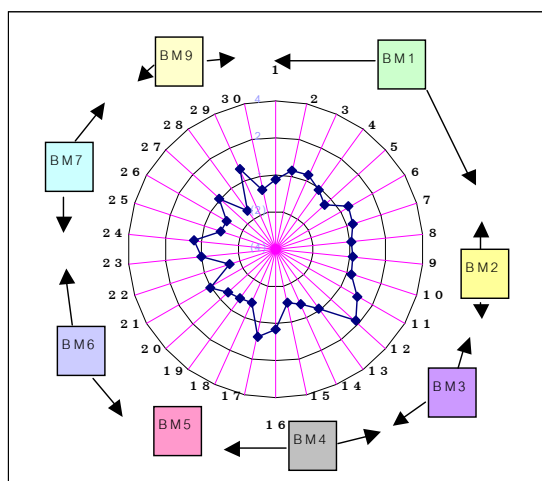
ทางด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา มีอัตราการตายที่ปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุอยู่ที่ 6.32 ต่อพันประชากร สูงเป็นอันดับที่ 14 โดยมีอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี เท่ากับ 6.94% และมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพียง 4.63% น้อยเป็นอันดับที่ 6 อัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงเท่ากับ 0.53 สูงเป็นอันดับที่ 19 แสดงให้เห็นว่าภาวะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างดี ส่งผลให้ภาวะทุพโภชนาการไม่สูงมากนัก แต่อย่างไรก็ดีจังหวัดสงขลา ยังมีอัตราตายที่ค่อนข้างสูง และมีภาวะที่ต้องพึ่งพิงสูง แสดงให้เห็นถึงโครงสร้างประชากรว่าอาจจะยังมีจำนวนเด็กอยู่ในสัดส่วนที่สูงอยู่

คนสงขลา มีหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิสูง (ข้าราชการ ประกันสังคม ประกันเอกชน) อยู่ถึง 16.7% เป็นอันดับที่ 14 แต่มีหลักประกันสุขภาพรวมอยู่ที่อันดับที่ 35 คือมีความครอบคลุม 70% จังหวัดสงขลา มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรมากเป็นอันดับที่ 5 โดยมีอัตราส่วน 1:2,280 และมีจำนวนเตียงต่อประชากรมากเป็นอันดับที่ 12 คือมีอัตราส่วน 1:368 ทำให้มีอัตราส่วนจำนวนเตียงต่อแพทย์น้อยเป็นอันดับ 3 คือมี 6.24 เตียงต่อแพทย์ 1 คน และมีอัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ น้อยเป็นอันดับ 2 คือแพทย์ 1 คนต่อผู้ป่วยนอก 1,178 คน และผู้ป่วยในต่อแพทย์น้อยเป็นอันดับ 1 คือผู้ป่วยใน 298 คนต่อแพทย์ 1 คน และเช่นเดียวกับจังหวัดเชียงใหม่และขอนแก่น จังหวัดสงขลา มีแพทย์ถึง 55% ที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย สถานพยาบาลที่มีเตียงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวน 10 แห่ง 1,346 เตียง ในจำนวนนี้มี 6 แห่ง 479 เตียงที่เป็นของเอกชน มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง (640 เตียง) โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง (515 เตียง) และโรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง (430 เตียง)

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่ของจังหวัดสงขลา เท่ากับ 51% อยู่ในลำดับที่ 21 โดยมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) ที่ต่ำเพียง 1.57 ครั้งต่อคนต่อปี อยู่ในอันดับที่ 68 หรือต่ำเป็นอันดับที่ 8 และมีอัตราส่วนการให้บริการที่สถานีนอมา้ยต่อโรงพยาบาลเพียง 0.36 อยู่ในอันดับที่ 73 หรือต่ำเป็นอันดับที่ 3 รองจากภูเก็ตและชัยนาท โดยที่มีการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สูงถึง 33.6% ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 10 แสดงการให้บริการของคนสงขลาเน้นมาใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มากกว่าการให้บริการที่สถานีนอมา้ย ทำให้สัดส่วนการให้บริการที่สถานีนอมา้ยส่วนใหญ่เป็นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสูงถึง 30.6% สูงเป็นอันดับที่ 5

อัตราการรักษาผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยในมีเพียง 9.6% ของผู้ป่วยนอก น้อยเป็นอันดับที่ 9 ทำให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดมีวันนอนเฉลี่ยที่นานเป็นอันดับ 7 คือนานถึง 5.88 วัน และค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในค่อนข้างสูง คือสูงเป็นอันดับที่ 5 เท่ากับ 6,740 บาทต่อผู้ป่วยใน 1 ราย และค่าใช้จ่ายรวมต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาลศูนย์ก็ค่อนข้างสูงด้วย คือเท่ากับ 809,300 บาท ต่อเตียง สูงเป็นอันดับที่ 10 สำหรับค่าใช้จ่ายรวมบริการของรัฐต่อประชากรนั้น เท่ากับ 902 บาทซึ่งไม่สูงมากนัก แต่ในจำนวนนี้เป็นค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์ 758 บาท และเป็นของสถานีนอมา้ยเพียง 70 บาท ซึ่งต่างกันถึง 10 เท่า นับว่าต่างกันมากเป็นอันดับที่ 10

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นว่าจังหวัดสงขลา มีประเด็นที่มีคะแนนเป็นบวกชัดเจน (มากกว่า +1) ได้แก่ การกระจายทรัพยากรสุขภาพ และปริมาณงานต่อแพทย์ สำหรับประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบที่ชัดเจน (ต่ำกว่า -1) ได้แก่ ด้านสัดส่วนการให้บริการระดับต้น ต้นทุนต่อหน่วยบริการ และค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ คะแนนรวมของความเป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ -2.79 อยู่ในลำดับที่ 56



แผนภูมิที่ 7.13 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.สงขลา

1	สถานสุขภาพรวม	(0.26)
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	0.30
3	ความครอบคลุมบริการ	0.40
4	สภาพแวดล้อม	(0.02)
5	ปัจจัยด้านประชากร	(0.40)
6	สภาวะเศรษฐกิจและการกระจาย	0.58
7	ความขัดสน	0.42
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	0.09
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	0.16
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	0.32
11	การกระจายทรัพยากร	1.13
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	1.77
13	การให้บริการสถานพยาบาล	(0.07)
14	อัตราการใช้บริการ	(0.76)
15	สัดส่วนการให้บริการระดับต้น	(1.04)
16	ความต่อเนื่องของบริการ	0.30
17	ความผสมผสานของบริการ	0.80
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	(0.84)
19	วันนอนเฉลี่ย	(0.69)
20	การใช้เตียง	(0.55)
21	อัตราการรักษาและ case mix	0.09
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	(1.35)
23	คุณภาพบริการ	(0.02)
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	0.36
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	(0.89)
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	(0.92)
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	0.08
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	(1.44)
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	0.69
30	อัตราส่วนการให้บริการเอกชนต่อรัฐ	(0.75)

ตารางที่ 7.13 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.สงขลา

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลายังมีปัญหาด้านอุบัติเหตุ ที่นับว่ายังมีการตายมากอยู่ ส่วนใหญ่เป็นเส้นทางระหว่างจังหวัด ซึ่งส่วนหนึ่งจะไม่ใช่คนในพื้นที่ และมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุมากเนื่องจากฝนตก ตัวอย่างอุบัติเหตุที่อำเภอเทพา ส่วนหนึ่งจะเป็นคนที่เดินทางมาจากจังหวัดยะลา นราธิวาส และสำหรับเส้นทางระหว่างอำเภอเมืองไปยังอำเภอหาดใหญ่ ก็เกิดอุบัติเหตุบ่อย แต่ในระยะหลังอุบัติเหตุเกิดขึ้นน้อยลง ปัญหาโรคเอดส์ก็มีมากขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มชาวประมงชายฝั่งแถบอำเภอระโนด สทิงพระ และปัจจุบันโรคเอดส์เริ่มแพร่กระจายอยู่ทั่วไป โดยอาจจะมีแหล่งแพร่อยู่ตามห้องอาหารต่างๆ และบางส่วนนำมาโดยคนต่างถิ่น เช่นที่อำเภอนาทวี ปัจจุบันปัญหาการติดเชื้อเอดส์ในแม่และเด็ก ประมาณ 0.5-0.6% โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีมากขึ้น ในขณะที่โรคติดต่อบางโรค เช่น ไข้เลือดออกก็มีมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง นอกจากนั้นยังมีโรคจากการประกอบอาชีพ ทั้งจากอุตสาหกรรมและการเกษตร และปัญหายาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในชุมชนแออัด แต่สำหรับประชาชนนั้น เริ่มให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายมากขึ้น และมีการส่งเสริมให้ครัวเรือนกินข้าวซ้อมมือมากขึ้น

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น ทางด้านสิ่งแวดล้อมก็มีปัญหาอยู่บ้าง เช่น กลิ่นจากโรงงานน้ำยาง มีโรงงานที่แถบอำเภอจะนะ หาดใหญ่ สะเดา ปัญหาน้ำเสียในเขตเมืองที่ปล่อยจากบ้านเรือน และอุตสาหกรรมขนาดเล็ก รวมทั้งน้ำเสียจากบ่อทิ้ง นาุ้ง ทำให้ทะเลสาบสงขลามีกลิ่นเหม็น ทางด้านเศรษฐกิจ ประชาชนมีรายได้ลดลง ราคายางตกต่ำ ขาดทุนประมาณ 2 บาทต่อกิโลกรัม ในขณะที่รายจ่ายไม่ลดลง ทำให้ประชาชนมีอำนาจซื้อลดลงไป ภาวะว่างงานก็สูงขึ้น และเนื่องจากคนในพื้นที่ค่อนข้างเลือกงาน ทำให้มีแรงงานต่างชาตินามากขึ้น จากพม่า ลาว เขมร เข้ามาทำงานสวนยาง และประมง และเริ่มมีการฆ่าตัวตายจากปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งปัญหาการลักลอบขายไม้น้อย ทางด้านการศึกษา ส่วนใหญ่เห็นว่ามีการศึกษาสูงขึ้น มีประชาชนที่ไม่รู้หนังสือจำนวนน้อย แต่ในชนบทส่วนใหญ่ยังเรียนถึงแค่ ม.3 แล้วออกมาช่วยพ่อแม่ทำงาน หรือเรียนจบม.6 แล้วไม่ได้เรียนต่อ ในด้านความร่วมมือ ก็เริ่มมีการร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคเอดส์ และมีการรวมกลุ่มของชาวบ้านมากขึ้น โดยมีชมรมด้านสุขภาพมากขึ้น และเน้นการปลูกพืชสมุนไพรและผักปลอดสารพิษ รวมทั้งมีคลินิกธรรมชาติรักษา ที่รักษาโดยใช้แผนโบราณ

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ทางด้านการเงิน ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพดีขึ้น โดยก่อนบัตร 30 บาทเข้า ยังเหลือผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพประมาณ 20% โดยผู้ที่หลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่เป็นบัตรสวัสดิการประชาชน และบัตรข้าราชการ เนื่องจากมีส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจอยู่มาก หลังจากมีบัตร 30 บาทแล้วเหลือผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพน้อยมาก แต่ประชาชนบางส่วนยังชอบบัตร 500 บาทมากกว่า เนื่องจากหากจ่าย 30 บาทหลายครั้งอาจจะเกิน 500 บาทได้ และบัตร 30 บาทมีข้อจำกัดในเรื่องการข้ามขั้นตอน มากกว่าเดิม คือมีความเข้มงวดในการส่งต่อตามขั้นตอนมากขึ้น บางส่วนมีความเห็นเป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อนกับบัตรเดิม และมีปัญหาเรื่องที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่ต้องมีการโยกย้าย ซึ่งจะเป็นปัญหากับคนต่างถิ่นที่มาอยู่ และไม่เอายากให้เอาเงินเป็นตัวตั้งโดยเฉพาะการติดตามรายหัวประชากร ซึ่งจะทำให้สถานบริการบางแห่งอยู่ไม่ได้ ประชาคมเขตเมืองเห็นว่าบัตร 30 บาทยังขาดอิสระในการเลือกสถานบริการ ถูกกำหนดให้ใช้บริการในสถานบริการที่ไม่คุ้นเคย และมาตรฐานการบริการของบัตร 30 บาทยังไม่ได้ ถูกจำกัดว่าต้องมีการส่งตัวก่อนจึงจะรักษาได้ และยังสามารถรักษาได้ไม่ครบทุกโรค ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่ต้องจ่ายเงินในการรักษาที่แพง

ทางด้านบริการ ผู้บริหารเห็นว่า จังหวัดสงขลามีสถานบริการสาธารณสุขค่อนข้างมาก ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง โรงพยาบาลของกลาโหม 3 แห่ง และมีศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลอีก 18 แห่ง มีการใช้บริการสาธารณสุขค่อนข้างมาก หลังออกบัตร 30 บาท พบว่ามีประชาชนบางส่วนมาใช้บริการมากขึ้น เช่นการผ่าตัด (รอจนได้บัตร 30 บาท) และในบางช่วงอาจจะทำให้บริการในคลินิกลดลง แต่ก็คิดว่าบัตร 30 บาทน่าจะยังไม่สามารถเน้นให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่มากขึ้นได้ ปัญหาของระบบบริการได้แก่ การกระจายของทรัพยากรที่ยังไม่เหมาะสมกับจำนวนประชากร ทางเลือกของคนในชนบทที่มีน้อยกว่าคนในเมืองมาก ปัญหาโครงสร้างการบริหารของสถานีนามัย และมีความเห็นว่าการปรับวิธีคิดในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งควรจะเน้นที่การเพิ่มประสิทธิผลมากกว่าการลดต้นทุน ควรสนับสนุนให้เกิดการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง ควรปรับระบบค่าตอบแทนของงานส่งเสริมสุขภาพและควรจ่ายตามปริมาณงาน และควรให้ประชาชนสามารถใช้บัตรประชาชนในการรับบริการได้ ความเห็นส่วนอื่นได้แก่ มีบางอำเภอที่มีประชากรน้อย (ประมาณ 10,000 คน) ได้แก่ คลองหอยโข่ง นาหม่อม บางกล่ำ ซึ่งจะประสบปัญหาด้านงบประมาณ และคิดว่ารายได้ของเอกชนน่าจะลดลง ประชาชนส่วนหนึ่งเริ่มไม่แน่ใจในบริการของเอกชน อยากกลับมาใช้โรงพยาบาลหาดใหญ่ และคิดว่าประชาชนอยากให้มีการส่งแพทย์และพยาบาลลงไปสนับสนุนสถานีนามัยอย่างทั่วถึง ผู้ให้บริการเห็นว่าสถานบริการเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และเห็นว่าประชาชนมาใช้บริการนอกเวลาราชการมากขึ้น ในขณะที่เงินบำรุงของสถานพยาบาลลดลง และเห็นว่าการนำเอาจำนวนประชากรมาคิดอย่างเดียว โดยไม่คำนึงถึงพื้นที่จะทำให้สถานบริการบางแห่งอยู่ไม่ได้ และในปัจจุบันสถานบริการมีความพยายามในการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยการจัดบุคลากรลงไปให้บริการและดูแลสถานีนามัย ประกอบการพยายามลดต้นทุน โดยการจัดซื้อยารวม (ทำมาก่อนนโยบาย 30 บาท) สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่า ประชาชนยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงอยู่ ทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง และเห็นว่าประชาชนบางกลุ่มยังเข้าไม่ถึงบริการ โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิมที่มีความแตกต่างด้านภาษาวัฒนธรรม รวมทั้งยังมีความไม่เท่าเทียมกันในการใช้ยาระหว่างประชาชนที่มีสิทธิในการรักษาต่างกัน

ประชาคมสุขภาพชนบทเห็นว่า สถานบริการในชนบทยังขาดแพทย์เฉพาะทาง จำนวนเจ้าหน้าที่และจำนวนเตียงยังไม่เพียงพอ ปัญหาคุณภาพบริการของสถานีนามัย การวินิจฉัยไม่ตรงกับโรคของโรงพยาบาล ปัญหาการไม่สามารถข้ามขั้นตอนได้ อุปสรรคด้านภาษาในบางพื้นที่ (ภาษามลายู) และปัญหาความแตกต่างในการได้รับการระหว่างคนจนกับคนรวย แต่ก็มีการจัดให้อสม.มาช่วยเพื่อลดปัญหาเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง ประชาคมอื่นๆในเมืองเห็นว่า ยังมีปัญหาในการรับบริการ ได้แก่ การรอนาน การลัดคิว การได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้มาตรฐาน (ทารกเสียชีวิตในครรภ์) การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า (ไส้ติ่งในหญิงตั้งครรภ์) การตัดสินใจในการรักษาที่ผิดพลาด (กระดูกลอก หลังการใส่เฝือกแล้วเน่า ต้องถูกตัดขา) ความไม่สนใจผู้ป่วยของแพทย์ ปัญหาแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐเปิดคลินิกส่วนตัว ในขณะที่ประชาคมชนบท มีความตื่นตัวในการรวมกลุ่มองค์กรภาคประชาชน มีกองทุนสุขภาพของชุมชนเองให้สมาชิกใช้ในการรักษาพยาบาล รวมทั้งเป็นสวัสดิการในด้านอื่นๆ รวมทั้งมีการเน้นภูมิปัญญาไทยในการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน และมีความต้องการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารและพัฒนาโรงพยาบาล ถ้ามีการสร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลกับประชาชน โดยคิดว่าแพทย์น่าจะสามารถเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงได้

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

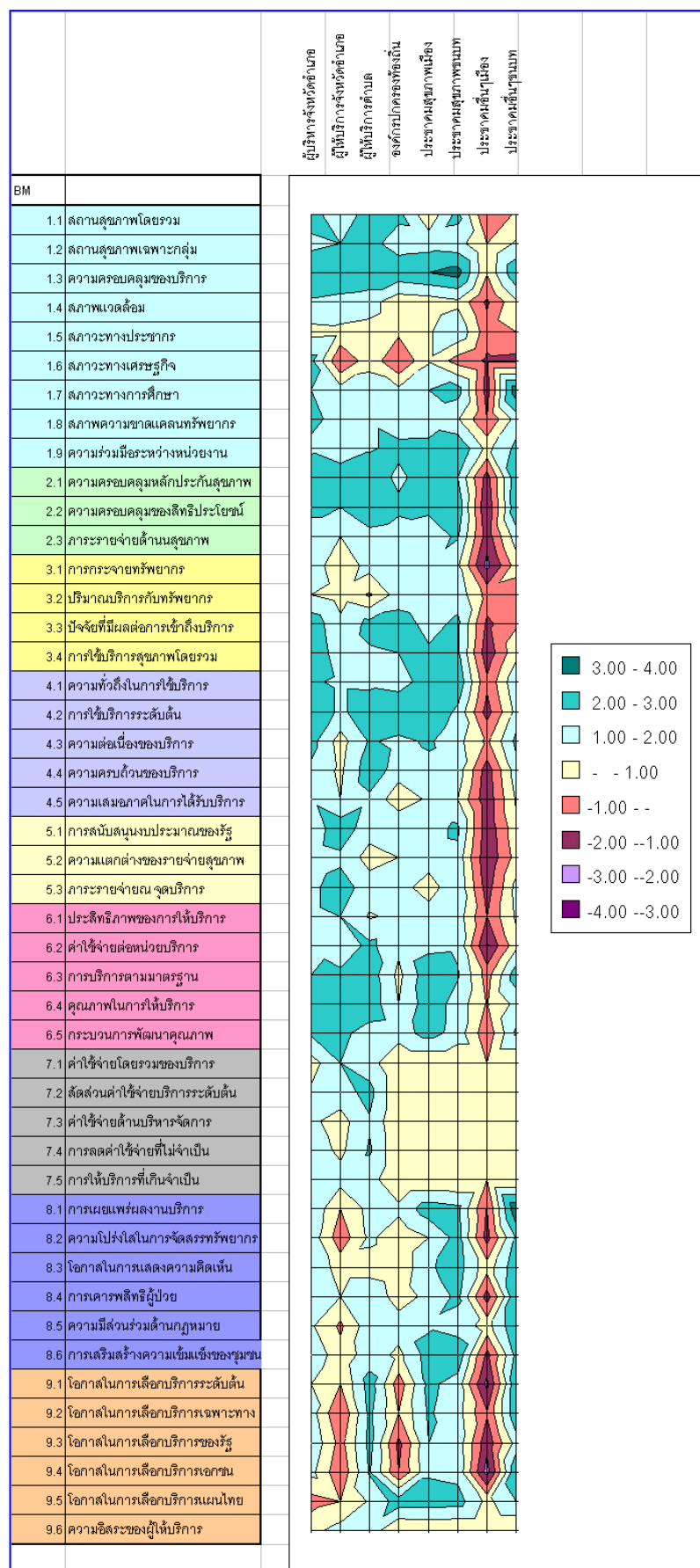
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดสงขลา จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +1.08 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 6 (ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ) ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 5 (ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน) ได้คะแนน +1.00 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือ กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมือง (+2.00) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มประชาคมอื่นเขตเมือง (-2.86)

ตารางที่ 7.14 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดสงขลา

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม
Benchmark1	2.14	1.60	2.11	1.50	1.71	2.50 -	2.22	1.86	1.34
Benchmark2	1.86	1.80	2.22	1.75	1.29	1.60 -	1.00	1.86	1.31
Benchmark3	2.00	1.00	1.56	1.75	1.57	1.90 -	0.56	1.86	1.33
Benchmark4	1.86	1.00	2.11	1.75	2.14	1.78 -	1.20	2.14	1.34
Benchmark5	1.43	2.20	1.22	1.50	1.57	1.63 -	1.20	1.00	1.00
Benchmark6	1.86	2.20	1.67	1.75	2.14	1.70 -	0.60	2.00	1.46
Benchmark7	1.00	1.20	1.89						1.43
Benchmark8	0.86	0.40	1.56	1.50	2.14	2.56 -	1.25	2.33	1.27
Benchmark9	1.29 -	0.40	1.67	1.00	2.20	1.60 -	0.43	2.67	1.25
Benchmark	1.00	0.60	1.89	1.00	2.00	1.80 -	2.86	3.00	1.08

กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนความเป็นธรรมรวมที่ +1.00 โดยที่คะแนนความเป็นธรรมส่วนใหญ่ ไม่เกิน +2.00 ยกเว้นความเป็นธรรมที่ 1 ที่ได้คะแนน +2.14 ในขณะที่ความเป็นธรรมที่ 8 ได้คะแนนต่ำสุด (+0.86) กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ให้คะแนนความเป็นธรรมรวมเพียง +0.60 โดยให้คะแนนสูงสุดที่ความเป็นธรรมที่ 5 และ 6 (+2.20) และความเป็นธรรมที่ 9 ได้คะแนนติดลบ (-0.40) เนื่องจากเห็นว่าประชาชนมีโอกาสเลือกสถานบริการลดลงหลังเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่กลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ให้คะแนนรวมที่สูงกว่า คือให้คะแนน +1.89 โดยให้คะแนนสูงสุดที่ความเป็นธรรมที่ 2 (+2.22) แต่ให้คะแนนต่ำสุดในความเป็นธรรมที่ 5 (+1.22) ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง +1.00 ถึง +1.75 ซึ่งคะแนนความเป็นธรรมในแต่ละข้อนั้นค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยที่ความเป็นธรรมที่ 9 ได้คะแนนต่ำสุด (+1.00) สำหรับประชาคมสุขภาพเขตเมือง ให้คะแนนรวม +2.00 โดยให้คะแนนสูงสุดที่ความเป็นธรรมที่ 9 (+2.20) เนื่องจากเห็นว่าสถานบริการให้เลือกได้จำนวนมาก และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 ต่ำสุด (+1.29) ประชาคมสุขภาพเขตชนบทให้คะแนนความเป็นธรรมรวมใกล้เคียงกับเขตเมือง คือให้คะแนน +1.80 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 8 สูงสุด (+2.56) และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 และ 9 ต่ำสุด (+1.60) เนื่องจากข้อจำกัดในการเลือกสถานบริการ สำหรับกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง ให้คะแนนความเป็นธรรมติดลบในทุกข้อ โดยให้คะแนนความเป็นธรรมรวม -2.86 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 1 ติดลบมากที่สุด (-2.22) ในขณะที่ความเป็นธรรมที่ 9 ได้คะแนนติดลบน้อยที่สุด (-0.43) ประชาคมอื่นเขตเมืองเห็นว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพยังไม่ดีเท่าที่ควร ส่วนหนึ่งมาจากประสบการณ์การได้รับบริการที่คุณภาพไม่ดีตามความรู้สึกของชาวบ้าน รวมทั้งการได้รับหลักประกันสุขภาพนั้น ยังไม่ครอบคลุมทุกคน สำหรับประชาคมอื่นๆเขตชนบทให้คะแนนความเป็นธรรมที่ค่อนข้างสูง คือให้คะแนนรวม +3.00 โดยทำให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 9 สูงสุด (+2.67) และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 5 ต่ำสุด (+1.00)

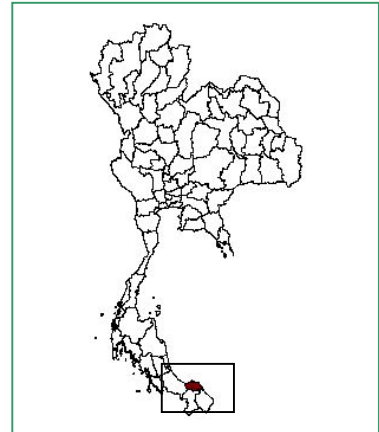
รายละเอียดของการให้คะแนนความเป็นธรรม ที่แสดงโดยแผนภูมิพื้นผิว 3 มิตินั้น แสดงให้เห็นว่า ประชาคมอื่นๆ เขตเมืองให้คะแนนความเป็นธรรมติดลบ ในเกือบทุกประเด็นของความเป็นธรรม โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง -2.00 สำหรับกลุ่มอื่นๆนั้น ประเด็นความเป็นธรรมที่ได้รับคะแนนค่อนข้างต่ำ (-1.00 ถึง +1.00) ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ที่ให้โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาคมสุขภาพและประชาคมอื่นๆ สภาวะทางประชากรและสภาวะเศรษฐกิจ ก็ได้รับคะแนนค่อนข้างต่ำจากเกือบทุกกลุ่ม เช่นกัน โดยเฉพาะสภาวะเศรษฐกิจ ได้คะแนนต่ำกว่า -1.00 จากผู้ให้บริการจังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง ประชาคมสุขภาพชนบท และประชาคมอื่นๆทั้งเมืองและชนบท ประเด็นการกระจายทรัพยากร และปริมาณงานต่อทรัพยากร ได้คะแนนค่อนข้างต่ำจากผู้ให้บริการทั้งจังหวัด อำเภอ และตำบล เช่นเดียวกับประเด็น ความต่อเนื่องของบริการ ค่าใช้จ่ายด้านบริหาร ความมีส่วนร่วมของประชาชน และโอกาสในการเลือกบริการ โดยมีประเด็นความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากร และโอกาสในการเลือกบริการ ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 0.00 โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ให้คะแนนที่ต่ำ ในความเป็นธรรมที่ 8 และ 9 เช่นกัน สำหรับพื้นที่ที่มีคะแนนสูงกว่า +3.00 นั้นมีอยู่ประปรายไม่ชัดเจน



แผนภูมิที่ 7.14 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.สงขลา

๘) จังหวัดปัตตานี

จังหวัดปัตตานีแบ่งเขตการปกครองเป็น 12 อำเภอ มีพื้นที่ 1,940 ตารางกิโลเมตร มีจำนวนประชากร 594,367 คน มีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 306.3 คนต่อตารางกิโลเมตร เป็นจังหวัดที่มีความหนาแน่นสูงเป็นอันดับที่ 8 (ไม่รวมกรุงเทพ) คนปัตตานีมีรายได้เฉลี่ย 2,486 ต่อเดือน เป็นอันดับที่ 48 และมีสัดส่วนครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน อยู่ 29% มากเป็นอันดับที่ 15 มีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรเท่ากับ 49,816 บาทเป็นอันดับที่ 29



จังหวัดปัตตานีมีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม เหมาะกับการเกษตรกรรม โดยเฉพาะที่ราบลุ่มแม่น้ำปัตตานี ซึ่งเป็นอู่ข้าวอู่น้ำที่สำคัญ แม่น้ำปัตตานีมีต้นน้ำอยู่ที่สันเขากาลาอีร์ อำเภอเบตง จังหวัดยะลา ไหลผ่านที่ราบออกสู่ทะเลบริเวณตัวเมืองปัตตานี ซึ่งตั้งอยู่บนดินดอนสามเหลี่ยมปากแม่น้ำ เกิดการทับถมจนเกิดเป็นป่าชายเลน ปัตตานีมีชายฝั่งทะเลและหาดทรายยาวถึง 116.4 กิโลเมตร ทางตะวันออกมีแม่น้ำสายบุรีเป็นแม่น้ำสำคัญ และทางตะวันตกเป็นเขตป่าเขา คนปัตตานีร้อยละ 80 เป็นชาวไทยมุสลิมเชื้อสายมลายู ภาษาพูดมีสำเนียงคล้ายภาษามลายูท้องถิ่นในรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย สำหรับภาษาเขียนใช้อักษรยาวี นอกจากนี้ยังมีชาวไทยมุสลิมเชื้อสายอาหรับ – อินเดีย กระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆ และชาวจีนบางส่วนที่ประกอบธุรกิจการค้า⁽³⁶⁾

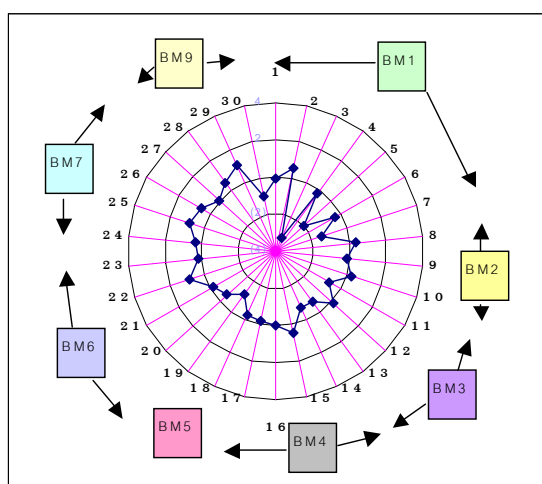
ทางด้านสุขภาพ จังหวัดปัตตานีมีอัตราการตายปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุเท่ากับ 5.98 ต่อพันประชากร มีอัตราตายในเด็ก 0-5 ปี 2.64 ต่อพันประชากร สูงเป็นอันดับที่ 16 มีอุบัติเหตุจราจรเกิดขึ้นเพียง 2,000 ครั้ง ต่อแสนประชากร น้อยเป็นอันดับที่ 11 มีเด็กขาดสารอาหาร ร้อยละ 7.9 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 5.6 ซึ่งถือว่าไม่สูงมากนัก แต่มีปัญหาด้านความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ซึ่งครอบคลุมเพียง 67.9% (ต่ำสุดเป็นอันดับที่ 3) และ ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน ซึ่งครอบคลุมเพียง 47% (ต่ำสุดเป็นอันดับที่ 1) จากการสำรวจปี 2539 และมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอเพียงร้อยละ 60.9 น้อยเป็นอันดับที่ 12 จากข้อมูลจปฐ.ปี 2542 ขนาดครัวเรือนของคนปัตตานีนับว่ามีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มากที่สุด คือมีขนาดเฉลี่ย 4.8 คนต่อครัวเรือน และมีอัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงสูงเป็นอันดับที่ 3 รองจากสตูลและนครศรีธรรมราช คือมีค่าเท่ากับ 0.62 จังหวัดปัตตานีมีความขัดสนทางด้านการศึกษาสูงสุดเป็นอันดับที่ 2 รองจากนราธิวาส ค่าดัชนีความขัดสนด้านการศึกษาที่ UNDP คำนวณไว้ เท่ากับ 0.750 ซึ่งถือว่ามีความขัดสนมาก

ปัตตานีมีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพสูงเป็นอันดับที่ 15 โดยมีหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิปานกลางถึง 64% จากหลักประกันสุขภาพทั้งหมด 75% อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1:8,159 เป็นอันดับที่ 53 และมีเตียงต่อประชากรเท่ากับ 1:841 เป็นอันดับที่ 60 อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่มีเพียง 35% น้อยเป็นอันดับที่ 14 และมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในเพียง 7.74% น้อยเป็นอันดับที่ 4 แสดงให้เห็นถึงปัญหาบางประการในการเข้าถึงบริการ โดยมีอัตราการให้บริการภาครัฐ 1.86 ครั้งต่อคนต่อปี อยู่ในอันดับที่ 54 โดยมีสัดส่วนการให้บริการที่สถานอนามัยต่อโรงพยาบาลเท่ากับ 0.93 สูงเป็นอันดับที่ 26 และอัตราส่วนการนอนในโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลจังหวัดเท่ากับ 1.47 สูงเป็นอันดับที่ 21 โดยมีการใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดเพียงร้อยละ 13.8

จังหวัดปัตตานีเป็นจังหวัดที่มีการกระจายทรัพยากรสุขภาพลงไปไม่มากนัก ทำให้มีอัตราการให้บริการที่ไม่สูง อีกทั้งยังมีสถานพยาบาลที่มีเตียงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียง 1 แห่ง 60 เตียง และไม่มีโรงพยาบาลของเอกชน ทำให้การเลือกใช้บริการของเอกชนมีเพียง 12.8% ในกรณีผู้ป่วยนอก ซึ่งน้อยเป็นอันดับที่ 10 และ 0% ในกรณีผู้ป่วยใน จังหวัดปัตตานีมีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง 355 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง 310 เตียง

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐต่อประชากรในจังหวัดปัตตานีเท่ากับ 689 บาท น้อยเป็นอันดับที่ 24 โดยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ระดับสถานีนอนาถมายถึง 17.9% มากเป็นอันดับที่ 3 โดยมีค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลจังหวัดเพียง 271 บาทต่อประชากร น้อยเป็นอันดับที่ 13 ทำให้ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลจังหวัดต่างจากค่าใช้จ่ายที่สถานีนอนาถมายเพียง 2.2 เท่า น้อยเป็นอันดับที่ 4 และค่าใช้จ่ายต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาลจังหวัดก็ต่ำเป็นอันดับที่ 5 คือใช้เพียง 496,100 บาท ต่อเตียง เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านบริการที่น้อยทำให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของโรงพยาบาลจังหวัดสูงถึง 62.8% มากเป็นอันดับที่ 2 รองจากสตูล สาเหตุที่ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลจังหวัดต่ำ ส่วนหนึ่งจะเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยในมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ต่ำ คือมีค่าเฉลี่ย 0.715 ต่ำเป็นอันดับที่ 19 ทำให้มีค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยในต่ำเป็นอันดับที่ 19 ด้วยเช่นกัน และยังมีค่าใช้จ่ายต่อวันนอนที่ต่ำเป็นอันดับที่ 5 อีกด้วย ทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมภาครัฐของปัตตานีค่อนข้างต่ำ และมีอัตราการตายในโรงพยาบาลจังหวัดที่ต่ำเป็นอันดับ 10 คือตายเพียง 1.77%

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นว่าจังหวัดปัตตานี มีประเด็นที่มีคะแนนเป็นบวกชัดเจน (มากกว่า +1) ได้แก่ ทางเลือกบริการของรัฐ ที่เลือกใช้รัฐถึง 55.5% สำหรับประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบที่ชัดเจน (ต่ำกว่า -1) ได้แก่ ด้านความครอบคลุมของบริการ ปัจจัยด้านประชากร ความขัดสน และวันนอนเฉลี่ย ซึ่งมีวันนอนเฉลี่ยที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดนานอยู่ลำดับต้นๆ คะแนนรวมของความเป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ -5.91 อยู่ในลำดับที่ 72



แผนภูมิที่ 7.15 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ปัตตานี

1	สถานสุขภาพรวม	(0.11)
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	0.54
3	ความครอบคลุมบริการ	(3.19)
4	สภาพแวดล้อม	(0.13)
5	ปัจจัยด้านประชากร	(1.89)
6	สภาวะเศรษฐกิจและการกระจาย	(0.28)
7	ความขัดสน	(1.36)
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	0.31
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	(0.19)
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	0.32
11	การกระจายทรัพยากร	(0.69)
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	0.26
13	การใช้บริการสถานพยาบาล	(0.62)
14	อัตราการใช้บริการ	(0.67)
15	สัดส่วนการใช้บริการระดับต้น	0.47
16	ความต่อเนื่องของบริการ	0.02
17	ความผสมผสานของบริการ	(0.20)
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	(0.26)
19	วันนอนเฉลี่ย	(1.11)
20	การใช้เตียง	(0.50)
21	อัตราการรักษาและ Case mix	(0.15)
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	0.86
23	คุณภาพบริการ	0.18
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	0.30
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	0.91
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	0.63
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	0.07
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	0.54
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	1.13
30	อัตราส่วนการใช้บริการเอกชนต่อรัฐ	(0.97)

ตารางที่ 7.15 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ปัตตานี

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ คนปัตตานียังมีปัญหาด้านโรคติดต่อที่ป้องกันได้ บางโรคที่ยังคงมีอยู่ ได้แก่ บาดทะยักในเด็กแรกเกิด ซึ่งเกิดขึ้นจากการได้รับวัคซีนไม่ครบ หญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งไปทำงานที่อื่น เมื่อตั้งครรภ์ได้ 8 เดือนก็กลับมาปัตตานีเพื่อฝากครรภ์แล้วคลอด ทำให้ได้รับวัคซีนไม่ครบ อีกทั้งภาวะโภชนาการของมารดาก็ไม่ค่อยดี พบภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ยังมีปัญหาการตกเลือด ซึ่งทำให้ยังมีปัญหามารดาตายอยู่ ปัญหาการขาดวิตามินเอในเด็กทารก อันเกิดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมชั้นหวาน ซึ่งในปัจจุบันมีน้อยลง ปัญหาเด็กขาดสารอาหารยังคงมีอยู่ แต่ก็มีแนวโน้มน้อยลง ปัญหาอื่นที่มีมากขึ้นได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเอดส์ (หรือ “ยาเกะอว” ซึ่งหมายถึง โรคเดิมๆ หรือโรคดึกดำบรรพ์) แต่โดยปกติแล้วคนปัตตานีจะไม่ค่อยมีพฤติกรรมชอบเที่ยว ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ เป็นพวกที่ไปทำงานแถบมาเลเซีย และมาจากคนภายนอกที่เข้ามาอาศัย เช่นในแหล่งอุตสาหกรรมประมง คนมุสลิมยังนิยมมีลูกมากกว่า 2 คน คือมีประมาณ 3-4 คน การตายบางอย่างเป็นการตายเฉียบพลัน จากโรคหัวใจ หรือเส้นเลือดในสมองแตก (หรือ ริดักแซ) และคนปัตตานีเป็นอัมพาตกันมากขึ้น คนปัตตานีส่วนหนึ่งยังนิยมการคลอดที่บ้าน (ประมาณ 40%) โดยมีหมอตำแยพื้นบ้าน หรือผดุงครรภ์โบราณ (หรือโต๊ะบีแดด) ทำคลอดให้ เนื่องจากต้องการให้มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อคลอดเสร็จแล้วก็มีคนนำรกไปฝัง และส่วนหนึ่งยังรักษากับหมอพื้นบ้าน เช่นอัมพฤกษ์ ชาวบ้านมีประสบการณ์ว่ารักษากับหมอพื้นบ้านแล้วหาย

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นสภาพเศรษฐกิจ ค่อนข้างเปลี่ยนแปลงน้อย แต่ก็มีบางส่วนที่แย่ลง อาชีพประมงมีรายได้ลดลง เนื่องจากขายได้ไม่มากและราคาตก อาชีพก่อสร้างก็ค่อนข้างซบเซา คนที่มีฐานะร่ำรวยมีน้อยมาก ประชากรก็ค่อนข้างหนาแน่น เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่แคบ ครอบคลุมหนึ่งจะมีสมาชิกประมาณ 5 คน บางคนไม่มีที่อยู่อาศัย ปัญหาในเมืองก็เพิ่มขึ้น เกิดแหล่งชุมชนแออัดริมทะเล มีการทิ้งขยะลงทะเล ปัญหาน้ำเสีย ควันพิซ และกลิ่นจากโรงงานมีมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาบริเวณอ่าวปัตตานี แต่ในชนบทยังไม่มีปัญหามลพิษ การเกษตรส่วนใหญ่ไม่ค่อยใช้ยาฆ่าแมลง และด้วยอิทธิพลทางศาสนาอิสลามที่คนปัตตานีส่วนใหญ่ยึดเป็นวิถีชีวิต (ประมาณ 80% เป็นชาวไทยมุสลิม) ทำให้คนปัตตานีไม่ชอบดื่มสุรา จึงไม่ค่อยเกิดอุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ไม่สงบ คนปัตตานีเองคิดว่าจังหวัดปัตตานีเป็นเมืองแห่งสันติสุขและวัฒนธรรม ไม่มีแหล่งบันเทิงมากนัก แต่วัยรุ่นก็เริ่มที่จะเที่ยวมากขึ้นแต่ยังไม่มากนัก คนปัตตานีจะมีความอดทนสูง และยอมรับชะตาชีวิตว่าถูกลิขิตมาจากพระเจ้า ทำให้ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องเรียนมากนัก และมีปัญหาฆ่าตัวตายน้อยมาก เนื่องจากถือว่าผิดหลักศาสนา และจะยึดหลักไม่เอาเปรียบสังคม เช่นการฝากเงินจะไม่รับดอกเบี้ย หรือจะมอบให้ส่วนรวมเป็นต้น โอกาสทางการศึกษาดีขึ้น ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษามากขึ้น และมีการรวมกลุ่มกันเป็นประชาคม เช่นกลุ่มอนุรักษ์อ่าวปัตตานี

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ทางการเงิน มีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพมากขึ้น และประชาชนคิดว่าการมีหลักประกันสุขภาพ จะช่วยให้ไม่ต้องหาเงินมารักษาเวลาเจ็บป่วย แต่การทำบัตรก็ยังไม่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้แจ้งเกิด ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน ซึ่งส่วนหนึ่งมีบิดาเป็นคนมาเลเซีย จึงไม่ค่อยกล้าแจ้งเกิดที่ประเทศไทย หรือมารดาไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน ก็แจ้งเกิดไม่ได้ และก็มีประชาชนส่วนหนึ่งที่ชอบบัตรสุขภาพ 500 บาทมากกว่าบัตร 30 บาท ประชาชนบางส่วนยังนิยมรักษาตนเอง รักษากับหมอพื้นบ้าน และไปคลินิกเอกชน

ทางด้านบริการ ผู้บริหารเห็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังนิยมรักษาตัวเองมากกว่าเข้าโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลไม่ค่อยคั่งแน่น หากโรงพยาบาลจังหวัดรักษาไม่ได้จะส่งต่อ โรงพยาบาลยะลาและโรงพยาบาลหาดใหญ่ สถานบริการที่เป็นคลินิกเอกชน มีอยู่ใน 4 อำเภอจากทั้งหมด 12 อำเภอ และไม่มีโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่ประชาชนจะเลือกสถานีนอนามัยก่อนเข้าโรงพยาบาล และมักจะไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องเรียนเรื่องการพูดจาของเจ้าหน้าที่ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากความไม่ลึกซึ้งในภาษาไทย ปัจจุบันคนในเมืองมีการคลอດโดยการผ่าตัดสูงขึ้น กลุ่มผู้ให้บริการเห็นว่า มีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้น และการเข้าถึงบริการดีขึ้นเนื่องมีการคมนาคมสะดวก ในด้านเจ้าหน้าที่ที่มีปริมาณงานมากขึ้น และอาจจะทำงานได้ไม่มาตรฐาน รวมทั้งสถานบริการมีแนวโน้มที่จะจ่ายยาน้อยลง และให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้น แต่โดยรวมคิดว่าคุณภาพบริการดีขึ้น ปัญหาการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่พุ่มเพือกก็มีไม่มากนัก (ไม่มีเครื่อง CT scan) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่า ประชาชนยังนิยมใช้บริการที่สถานีนอนามัย มีค่าใช้จ่ายที่สถานีนอนามัยค่อนข้างสูง และคิดว่าคุณภาพยาที่ได้จะเป็นไปตามจำนวนเงินที่จ่าย การบริการของรัฐยังไม่เท่าเทียมกัน ประชาชนยังถูกบังคับ ไม่มีสิทธิเลือกสถานบริการ ไม่กล้าร้องเรียนหน่วยงานของรัฐ ประชาชนส่วนหนึ่งที่มีโอกาสเลือกจะเลือกไปรักษาที่ยะลา และมีความเห็นว่ารัฐควรส่งเสริมให้ท้องถิ่น บริหารจัดการงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเอง รวมทั้งควรกระจายอำนาจเพื่อให้มีการตรวจสอบที่ดีขึ้น

ประชาคมสุขภาพเขตเมืองเห็นว่า จำนวนแพทย์และเตียงยังไม่เพียงพอ สถานบริการมีความแออัด การบริการยังไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วยเท่าที่ควร เช่นการเปิดโทรทัศน์เสียงดังขณะมีการอ่านพระคัมภีร์อัลกุรอาน ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต การบริการยังมีความแตกต่างระหว่างข้าราชการกับประชาชน มาตรฐานการบริการของเจ้าหน้าที่ยังไม่ดี โดยเฉพาะการพูดจา ประชาชนส่วนหนึ่งยังนิยมไปคลินิก แต่ในปัจจุบันมีหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 2 ศูนย์ ทำให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น โดยรวมคุณภาพบริการดีขึ้น ประชาคมอื่นๆเห็นว่า การบริการยังไม่มีแบ่งความหนักเบาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (คนไข้ผ้าผี ได้รับการดูแลดีกว่าคนไข้หอบ) การรักษายังมีภาวะแทรกซ้อน จนบางครั้งผู้ป่วยเสียชีวิต (ผ่าไส้ติ่ง 2 ครั้ง ภายหลังเสียชีวิต) การวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร การพูดจายังไม่ดี ประชาชนส่วนหนึ่งยังนิยมไปยะลา ประชาคมสุขภาพเขตชนบทเห็นว่า ประชาชนไปใช้บริการสถานีนอนามัยมากขึ้น และไปคลอດที่โรงพยาบาลมากขึ้น เพราะอสม.ช่วยประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ แต่การคลอດที่โรงพยาบาลยังมีปัญหาอยู่บ้าง เนื่องจากพ่อของเด็กต้องการเข้าไปทำพิธีในห้องคลอດ ซึ่งเป็นพิธีกรรมของศาสนาอิสลาม และญาติต้องการนำรอกไปฝัง บางครั้งเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยถูกตามไปทำคลอດที่บ้าน การให้บริการที่โรงพยาบาลบางแห่งยังมีความผิดพลาดเกิดขึ้น (การให้ยา การตรวจกรู๊ปเลือด) ส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าข้าราชการได้รับสิทธิมากกว่าประชาชน และอสม.ก็ต้องการได้รับสิทธิพิเศษเพิ่มขึ้น และต้องการให้สามารถเลือกสถานบริการได้ ประชาคมน่าจะมีส่วนให้คำแนะนำในการปรับปรุงบริการ โดยน่าจะมีสุขภาพที่มีประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม และน่าจะพัฒนาหมอพื้นบ้านให้มีมาตรฐานและถูกต้องตามกฎหมาย เนื่องจากประชาชนยังใช้บริการอยู่ รวมทั้งเสนอให้เพิ่มเจ้าหน้าที่และอสม.ไปช่วยดูแลประชาชนที่ไปทำพิธีฮัจญ์ด้วย เนื่องจากปัจจุบันยังไม่เพียงพอ

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

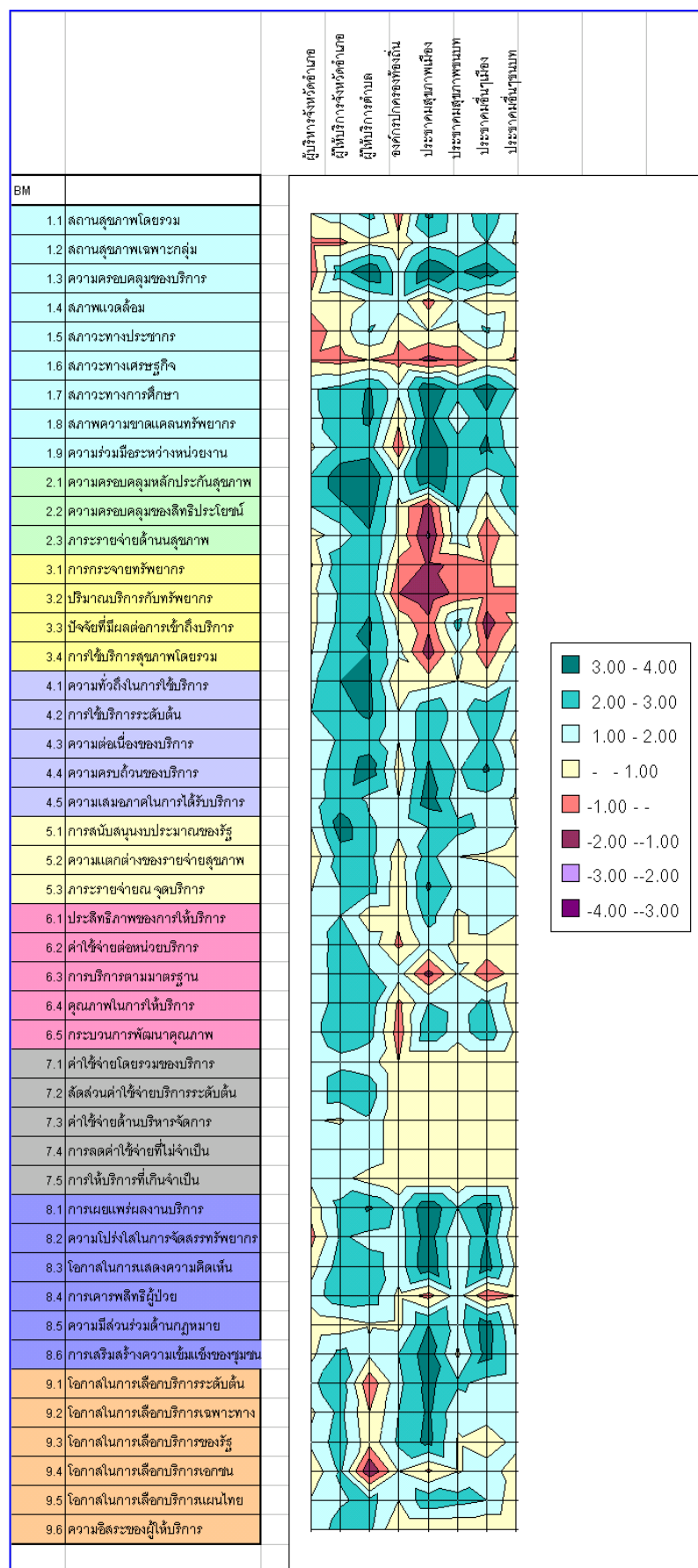
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดปัตตานี จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +1.95 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 4 (ความครอบคลุมและเท่าเทียมของบริการ) และความเป็นธรรมที่ 8 (การตรวจสอบได้และความมีส่วนร่วมของชุมชน) ได้คะแนน +1.98 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 3 (ปัจจัยนอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ) ได้คะแนน +1.14 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมือง (+3.57) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (+0.67)

ตารางที่ 7.16 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวม ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดปัตตานี

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม	
Benchmark1	0.90	2.40	2.88	-	1.00	3.80	1.89	2.50	0.83	1.81
Benchmark2	1.36	3.33	3.38	-	-	2.00	1.60	1.17	1.33	1.45
Benchmark3	0.45	2.43	3.00	-	-	0.33	0.89	0.33	1.33	1.14
Benchmark4	1.55	2.67	2.63	-	0.33	3.43	1.60	2.00	1.33	1.98
Benchmark5	0.36	2.83	2.63	-	0.67	3.40	1.60	2.33	1.00	1.69
Benchmark6	1.18	2.57	2.44	0.33	2.57	1.30	2.67	1.17	1.17	1.83
Benchmark7	1.18	2.00	1.56							1.52
Benchmark8	0.67	2.00	1.78	1.67	3.86	1.50	3.67	1.00	1.00	1.98
Benchmark9	1.27	2.29	1.67	1.67	3.17	2.43	2.17	1.00	1.00	1.91
Benchmark	1.45	2.43	2.11	0.67	3.57	1.71	2.00	1.00	1.00	1.95

กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนความเป็นธรรมรวมที่ +1.45 โดยให้คะแนนที่ค่อนข้างต่ำ ในความเป็นธรรมที่ 5, 3 และ 8 (คะแนน +0.36, +0.45 และ +0.67) เนื่องจากเห็นว่ายังมีปัญหา ด้านความเป็นธรรมในการจ่ายเงิน ด้านการเข้าถึงบริการ และความมีส่วนร่วมของประชาชน โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 4 สูงสุด (+1.55) ในขณะที่กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้คะแนนความเป็นธรรมที่สูงกว่า โดยผู้ให้บริการจังหวัด อำเภอ ให้คะแนนรวม +2.43 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 สูงสุด (+3.33) เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ให้บริการตำบลที่ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 นี้สูงสุดเช่นกัน (+3.38) สำหรับความเป็นธรรมที่ 7 ได้รับคะแนนต่ำสุดทั้งจากผู้ให้บริการจังหวัด อำเภอ และตำบล (+2.00 และ +1.56) กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้คะแนนความเป็นธรรมติดลบ ในความเป็นธรรมที่ 1, 4 และ 5 (-1.00, -0.33 และ -0.66) ส่งผลให้คะแนนรวมที่ให้โดยกลุ่มดังกล่าวค่อนข้างต่ำ (0.67) ในขณะที่กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมืองให้คะแนนรวมค่อนข้างสูง (+3.57) แต่ก็มีให้คะแนนที่ติดลบกับความเป็นธรรมที่ 2 และ 3 (-2.00 และ -0.33) แสดงว่ายังมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 8 สูงสุด (+3.86) กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตชนบท และประชาคมอื่นๆเขตเมืองนั้น ให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 3 ต่ำสุดทั้ง 2 กลุ่ม (0.89 และ 0.33) เนื่องจากเห็นว่ายังมีปัญหาด้านทรัพยากรสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอและกระจายไม่ทั่วถึง รวมทั้งยังมีอุปสรรคในการไปใช้บริการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาษา ศาสนา และวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่น โดยประชาคมสุขภาพชนบทให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 9 สูงสุด (+2.43) ในขณะที่ประชาคมอื่นๆเขตเมืองให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 8 สูงสุด (+3.67) กลุ่มประชาคมอื่นๆเขตชนบทให้คะแนนรวมและคะแนนความเป็นธรรมแต่ละข้อใกล้เคียง +1.00

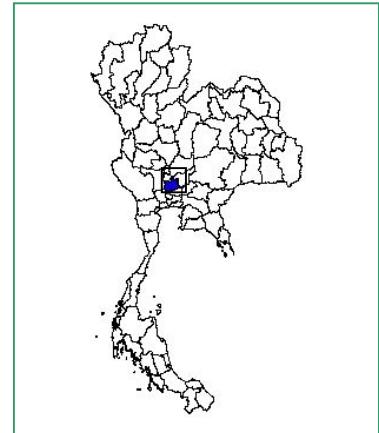
รายละเอียดของการให้คะแนนความเป็นธรรม ที่แสดงโดยแผนภูมิพื้นผิว 3 มิติ นั้น แสดงให้เห็นว่า สถานะสุขภาพโดยรวม และเฉพาะกลุ่มได้รับคะแนนค่อนข้างต่ำ (-1.00 ถึง +1.00) จากกลุ่มผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่นเดียวกับปัญหาความครอบคลุมของบริการ ที่ได้คะแนนต่ำจากผู้บริหาร ปัญหาสิ่งแวดล้อม สภาวะประชากร และเศรษฐกิจ ก็ได้รับคะแนนที่ต่ำจากเกือบทุกกลุ่ม โดยเฉพาะสภาวะเศรษฐกิจ ได้คะแนนต่ำกว่า 0.00 จากทุกกลุ่ม ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ได้คะแนนติดลบจากกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับประเด็น ด้านความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์และการกระจายด้านสุขภาพ นั้นได้รับคะแนนติดลบจากประชาคมสุขภาพเขตเมือง และประชาคมอื่นๆเขตเมือง ในขณะที่ประเด็นในความเป็นธรรมที่ 3 ได้รับคะแนนติดลบจากกลุ่มประชาคมสุขภาพ และประชาคมอื่นๆทั้งเมืองและชนบท นอกจากนี้ประชาคมบางกลุ่ม ยังให้คะแนนความเป็นธรรมด้านประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ที่ค่อนข้างต่ำในบางประเด็น ในขณะที่ผู้บริหารให้คะแนนต่ำในความเป็นธรรมที่ 8 และผู้ให้บริการตำบลให้คะแนนที่ต่ำในความเป็นธรรมที่ 9 โดยเฉพาะโอกาสในการเลือกบริการเอกชน เช่นเดียวกับประชาคมสุขภาพ สำหรับพื้นที่ที่มีคะแนนสูงกว่า +3.00 ส่วนใหญ่อยู่ในประเด็นหลักประกันสุขภาพ



แผนภูมิที่ 7.16 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.ปัตตานี

๙) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมืองหลวงของไทยในอดีต แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 16 อำเภอ มีเนื้อที่ 2,556 ตารางกิโลเมตร มีจำนวนประชากร 721,641 คน มีความหนาแน่นเท่ากับ 282.3 คนต่อตารางกิโลเมตร นับว่ามีความหนาแน่นมากเป็นอันดับที่ 10 คนอยุธยามีรายได้เฉลี่ย 3,411 บาทต่อเดือน มากเป็นอันดับที่ 19 และมีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรเท่ากับ 102,018 บาทมากเป็นอันดับที่ 10 โดยมีสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนเพียง 4.9% น้อยเป็นอันดับที่ 16



จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีลักษณะเป็นเกาะ เรียกว่าเกาะเมือง มีแม่น้ำไหลผ่าน 3 สายล้อมรอบเกือบทุกด้าน ได้แก่แม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำลพบุรี และแม่น้ำป่าสัก ซึ่งเชื่อมกับคลองธรรมชาติและคลองขุด เป็นเครือข่ายแม่น้ำลำคลอง ก่อให้เกิดเป็นชุมทางการคมนาคม ที่พัฒนาพระนครศรีอยุธยาเป็นเมืองท่านานาชาติ จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีการปลูกข้าวร้อยละ 92 ของพื้นที่การเกษตร และมีแหล่งประมงน้ำจืดอยู่รอบเกาะเมือง คนอยุธยามีทั้งที่เป็น มุสลิม คนจีน คนมอญ ญวนและลาว ที่กระจายกันตั้งถิ่นฐานตามพื้นที่ต่างๆ ในพระนครศรีอยุธยา ปัญหาของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ปัญหาที่ดินทำกิน การขาดแคลนแรงงาน ดินเสื่อมคุณภาพ มลภาวะจากอุตสาหกรรม ทำให้สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾

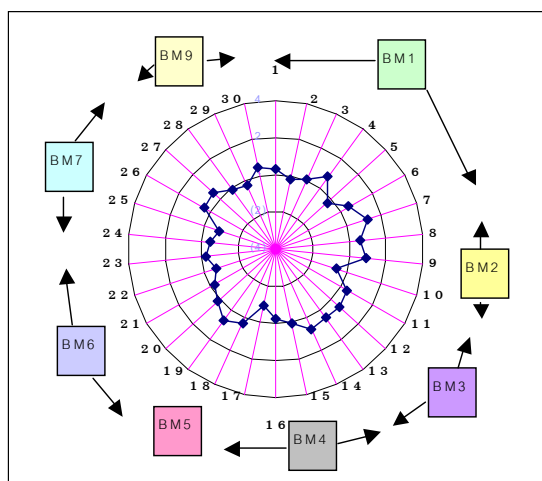
ทางด้านสุขภาพ อัตราการตายที่ปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุ ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีค่าเท่ากับ 4.84 ต่อพันประชากร ซึ่งต่ำเป็นอันดับที่ 7 โดยมีอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 เพียง 3.5% ต่ำเป็นอันดับที่ 11 และมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพียง 5.6% น้อยเป็นอันดับที่ 17 แต่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากภูเก็ต คือมีอุบัติเหตุจราจร 4,482 ครั้งต่อแสนประชากร อัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงอยู่ที่ 0.5 ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย ด้านความขัดสนรวมและความขัดสนด้านการศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีความขัดสนต่ำเป็นอันดับที่ 3 ทั้งความขัดสนรวมและด้านการศึกษา จะเห็นว่าสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ยกเว้นบางประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอยู่

จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีครอบคลุมหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิสูง (ข้าราชการ ประกันสังคม ประกันเอกชน) สูงถึง 23.2% มากเป็นอันดับที่ 4 รองจาก สมุทรปราการ นนทบุรี และปทุมธานี แต่มีความครอบคลุมสิทธิปานกลาง 50% เป็นอันดับที่ 59 ทำให้มีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพรวมที่ 73% มากเป็นอันดับที่ 21 จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1:4,870 และเตียงต่อประชากรเท่ากับ 1:544 อยู่ในลำดับที่ 31 และ 39 ตามลำดับ สถานพยาบาลที่มีเตียงแต่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวน 4 แห่ง 410 เตียง ในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง 400 เตียง มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง 396 เตียง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง 160 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง 380 เตียง อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่รวมเท่ากับ 53% อยู่ในลำดับที่ 20 และมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกภาครัฐ 2.57 ครั้งต่อคนต่อปี มากเป็นอันดับที่ 13 และมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 12% มากเป็นอันดับที่ 21

ในด้านทางเลือก คนอยุธยาเลือกสถานบริการของเอกชน ถึง 33.5% กรณีผู้ป่วยนอก (สูงเป็นอันดับที่ 11) และเลือกใช้บริการเอกชน 26.8% กรณีผู้ป่วยใน (สูงเป็นอันดับที่ 19) แสดงให้เห็นว่าคนอยุธยามีการเลือกใช้บริการเอกชนมากพอสมควร ทำให้มีอัตราส่วนการเลือกใช้บริการเอกชนต่อรัฐสูงถึง 0.82 หรือสูงเป็นอันดับที่ 13 สำหรับการให้บริการระดับต้นนั้นอยู่ในลำดับกลางๆ โดยมีอัตราส่วนการใช้สถานอนามัยต่อโรงพยาบาลเป็นอันดับที่ 30 และมีอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลจังหวัดเป็นอันดับที่ 33 ในด้านของความต่อเนื่องของบริการนั้น มีความถี่ในการมาใช้บริการของผู้ป่วยเฉลี่ย 2.15 ครั้งต่อปี ซึ่งต่ำที่สุด และมีอัตราการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนที่ต่ำเป็นอันดับที่ 4 คือส่งต่อเพียง 1.13% จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างสั้น คือนอนนานเพียง 2.42 วัน สั้นเป็นอันดับที่ 6 และวันนอนของโรงพยาบาลจังหวัดก็สั้นเช่นกัน คือเท่ากับ 4.4 วัน สั้นเป็นอันดับที่ 19 ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด ที่ค่อนข้างต่ำเพียง 0.692 ต่ำเป็นอันดับที่ 13 แต่มีค่าใช้จ่ายต่อวันนอนที่โรงพยาบาลจังหวัดที่ค่อนข้างสูงเฉลี่ย 1,159 บาท สูงเป็นอันดับที่ 10

ค่าใช้จ่ายโดยรวมของภาครัฐต่อประชากรอยู่ที่ 992 บาท โดยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สถานอนามัยถึง 14.7% สูงเป็นอันดับที่ 20 แต่ในระดับโรงพยาบาลจังหวัดมีค่าใช้จ่ายต่อจำนวนเตียงที่ค่อนข้างสูง คือประมาณ 843,500 บาท ต่อเตียง สูงเป็นอันดับที่ 6 และเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายด้านบริการที่ค่อนข้างสูง จึงทำให้มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรมีเพียง 43.4% น้อยเป็นอันดับที่ 15

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ได้มาจากเครื่องมือเชิงปริมาณนั้น จะเห็นได้ว่าจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีประเด็นที่มีคะแนนเป็นบวกชัดเจน (มากกว่า +1) ได้แก่ ความชัดเจน ที่เหลือมีคะแนนใกล้เคียง 0 ประเด็นที่คะแนนเป็นบวกปานกลางได้แก่ อัตราการให้บริการ วันนอนเฉลี่ย และการเลือกเอกชนต่อรัฐ คะแนนรวมของความเป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ +4.65 อยู่ในลำดับที่ 10



แผนภูมิที่ 7.17 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.พระนครศรีอยุธยา

1	สถานสุขภาพรวม	0.29
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	(0.16)
3	ความครอบคลุมบริการ	0.07
4	สภาพแวดล้อม	0.83
5	ปัจจัยด้านประชากร	(0.21)
6	สถานะเศรษฐกิจและการกระจาย	0.57
7	ความชัดเจน	1.16
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	0.54
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	0.85
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	(0.59)
11	การกระจายทรัพยากร	0.39
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	0.61
13	การใช้บริการสถานพยาบาล	0.55
14	อัตราการให้บริการ	0.72
15	สัดส่วนการให้บริการระดับต้น	0.08
16	ความต่อเนื่องของบริการ	(0.21)
17	ความผสมผสานของบริการ	(0.88)
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	0.42
19	วันนอนเฉลี่ย	0.74
20	การใช้เตียง	0.24
21	อัตราการรับไว้รักษาและ case mix	(0.27)
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	(0.67)
23	คุณภาพบริการ	(0.26)
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	(0.47)
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	(0.78)
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	0.38
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	0.55
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	(0.04)
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	(0.22)
30	อัตราส่วนการให้บริการเอกชนต่อรัฐ	0.50

ตารางที่ 7.17 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.พระนครศรีอยุธยา

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ ปัญหาด้านอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลง อุบัติเหตุหมู่เกิดขึ้นประมาณปีละ 1-2 ครั้ง เมื่อก่อนเกิดบ่อย ส่วนใหญ่เกิดจากมอเตอร์ไซด์ ประมาณ 75% เนื่องจากมีการสวมหมวกกันน็อคเพียง 30% ที่บางปะอินมีนิคมอุตสาหกรรม 2 แห่งและมีถนน 10 เลน ซึ่งนับว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมีการสัญจรไปมาเยอะ และส่วนหนึ่งเป็นรถบรรทุก ปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคมะเร็ง เช่นมะเร็งปากมดลูก โรคเอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานอพยพ มีสถานบันเทิง และหญิงบริการแอบแฝง และปัญหาพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มคนงาน ปัจจุบันจะมีตาย 1 คนทุก 3-4 วัน จากโรคห่วยโอกาส ซึ่งส่วนใหญ่จะกลับไปตายที่บ้านและลงสาเหตุการตายเป็นอย่างอื่น เนื่องจากยังต้องการปกปิด นอกจากนี้ยังมีปัญหาฆ่าตัวตาย โรคติดเชื้อเช่นโรคฉี่หนู ไข้เลือดออก และปัญหายาเสพติดในวัยเรียน ที่ส่วนหนึ่งเป็นลูกของคนที่มีฐานะดี แต่ประชาชนก็เริ่มตระหนักถึงสุขภาพมากขึ้น โดยมีการจัดตั้งชมรมรักสุขภาพ ที่มีกิจกรรม รำมวยจีน แอโรบิค วิ่ง และขี่จักรยาน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประชากรมีความแออัดมากขึ้น มีชุมชนแออัด สลัม และชุมชนคนงานก่อสร้างจำนวนมาก จากปัญหาความแออัดในเกาะเมืองทำให้ประชาชนบางส่วนบุกรุกที่โบราณสถาน จากการที่มีสภาพความแออัดมากขึ้น และมีโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหามลภาวะ เช่นโรงงานแป้งมัน กระดาษ ปูน เบียร์ ฯลฯ ทำให้คุณภาพน้ำในแม่น้ำลำคลองแยลง และเกิดกลิ่นเหม็น ในบางพื้นที่มีปัญหาของขยะและความสกปรกในตลาด เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค สภาพสังคมสมัยใหม่ทำให้เยาวชนชอบสนุก รักความฟุ้งเฟ้อ นำไปสู่การขายบริการทางเพศ โรคเอดส์ และยาเสพติดในที่สุด สภาพเศรษฐกิจส่วนใหญ่บอกว่าแยลง สังเกตได้จากการที่โรงงานมีการลดจำนวนคนงานลง (จาก 30,000 คนเหลือ 10,000 คน) ยังมีความแตกต่างระหว่างคนจนกับคนรวยสูง คนจนส่วนหนึ่งไม่มีที่อยู่อาศัย ต้องอาศัยที่มุมตลาดหรือทางรถไฟ คนอยู่ยากค่อนข้างมีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา มีชาวไทยมุสลิมอยู่ส่วนหนึ่งที่อาศัยอยู่ที่อำเภอเมือง และอำเภอลาดบัวหลวง และยังมีคนงานต่างชาติที่เข้ามาอาศัยอยู่ด้วย (ที่ขึ้นทะเบียนประมาณ 3,000 คน)

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ทางการเงิน ความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จากประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพประมาณ 40% ก็จะได้รับหลักประกันสุขภาพจากนโยบาย 30 บาท โดยมีประชาชนที่มีสิทธิประกันสังคม 13% ข้าราชการประมาณ 7% ที่เหลือเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 80% ซึ่งจะทำให้ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้น ส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าประชาชนที่มีบัตร 30 บาท เพียง 50% เท่านั้นที่จะมาใช้สิทธิตามสถานบริการที่ระบุ ที่เหลืออีก 50% ยังคงใช้บริการที่คลินิกเหมือนเดิม โดยที่สถานบริการของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นสถานีนอนมัย โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด น่าจะมีการใช้บริการมากขึ้น ในขณะที่บริการของเอกชนไม่ได้ลดลง และมีความเห็นว่าควรใช้แหล่งเงินจากภาษีสำหรับใช้ในกองทุน หรือบังคับให้ประชาชนจ่ายเงินเข้ากองทุน เพื่อให้ประชาชนรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการจ่าย และเห็นว่าสิทธิในหลักประกันประเภทต่างๆ ยังไม่เท่าเทียมกัน ประชาชนบางคนชอบบัตร 500 บาทเนื่องจากสามารถใช้ได้ทั้งครอบครัว และไม่ต้องจ่ายเงินในแต่ละครั้งที่ไปรับยา

ทางด้านบริการ ผู้บริหารเห็นว่า จำนวนแพทย์ในจังหวัดน่าจะเพียงพอ แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องโดยเฉพาะแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ที่มีควรมีทั้ง 3 ส่วนได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ประจำครอบครัว และแพทย์ที่ทำงานด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนที่มีประชากรมากน่าจะพัฒนาไปเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่ถ้ามีประชากรน้อยอาจจะพัฒนาไปเป็นสถานบริการประจำครอบครัวแทน เช่นเดียวกันกับสถานีอนามัยขนาดใหญ่ สำหรับศูนย์แพทย์ในเขตเมือง คิดว่าควรมีแพทย์ แต่ถ้าไม่มีแพทย์ น่าจะใช้พยาบาลแทนได้ ซึ่งควรจะเน้นทักษะทางสังคม (social skill) เป็นสำคัญ มีความเห็นว่าแพทย์เฉพาะทางไม่ควรอยู่แต่เฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด อาจจะต้องยกฐานะบางโรงพยาบาลให้มีแพทย์เฉพาะทางด้วย เช่นรพ.บางปะอิน อาจจะต้องใช้ระบบโควต้ามาช่วยเกลี่ยบุคลากร แทนที่จะใช้แต่กลไกการเงิน หลังเริ่มโครงการ 30 บาทประชาชนมาใช้บริการเพิ่มขึ้นประมาณ 10-20% ที่ระดับสถานีอนามัยมีการเน้นให้เยี่ยมบ้าน และออกบริการในจุดที่เข้าถึงบริการได้ยาก สำหรับเรื่องยา ใช้กรอบมาตรฐานเดียวกัน สำหรับมาตรการลดจำนวนวันนอนนั้น จะเน้นไปที่การดูแลที่บ้าน เท่าที่ผ่านมามีเห็นว่าประชาชนร้องเรียนน้อยลง แต่มีความกลัวที่จะแสดงความเห็นมากขึ้น ปัญหาของการดำเนินการคือความไม่พร้อมของการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และปัญหาในการเลือกสถานบริการ ควรจะมีการกำหนดแยกเป็นเป็นสถานบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ว่าในแต่ละระดับของบริการนั้นประชาชนสามารถเลือกไปที่ใดได้บ้าง ทางด้านผู้ให้บริการเห็นว่า คนไข้มีจำนวนมากขึ้น และคิดว่าประชาชนยังมีความเชื่อถือแพทย์เฉพาะทางและมีประสบการณ์มากกว่าแพทย์ทั่วไปและจบใหม่ บางกลุ่มที่มีฐานะก็จะเข้าไปใช้บริการในกรุงเทพ สถานบริการมีการเน้นการเยี่ยมบ้านมากขึ้นแต่ยังขาดความรู้และประสบการณ์ การส่งต่อไม่มีปัญหาเนื่องจากสามารถตกลงกันได้ในเรื่องการจ่ายเงิน สำหรับบริการของรัฐ ผู้ให้บริการเชื่อมั่นว่าการให้ยาแก่ประชาชนไม่แตกต่างกัน เนื่องจากใช้บัญชียาเดียวกัน ความกลัวที่จะได้รับยาไม่ดี น่าจะมีอยู่แต่ในเฉพาะกลุ่มคนที่ร่ำรวยมากเท่านั้น ทางด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการเห็นว่า ที่ผ่านมายังมีปัญหาในการตัดสินใจในส่วนของการลงทุน ที่บางครั้งการยกฐานะอาจจะไม่เหมาะสม ในขณะที่บางแห่งสถานที่อาจจะไม่เพียงพอ สำหรับการบริหารเวชภัณฑ์มีการจัดซื้อยาร่วมกัน ทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ มี CT scan 2 เครื่องที่เอกชน ทางกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่ายังมีความแออัดในสถานบริการ แต่มีจำนวนสถานบริการมาก ทั้งศูนย์แพทย์ สถานีอนามัย โรงพยาบาลทั่วไป แต่ก็มีความเห็นว่าควรเพิ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง และเห็นว่าสถานบริการมีการพัฒนาที่ดีขึ้น แต่ยังไม่มีความเหมาะสมภาคในเรื่องการจัดคิว และการใช้ยา

ทางประชาคมเขตเมืองเห็นว่า บริการของรัฐยังไม่ทั่วถึง ทรัพยากรไม่เพียงพอ ในขณะที่ของเอกชนยังมีทรัพยากรมากเกินพอ ผู้ป่วยที่มีเงินมักจะไปเอกชน แต่ก็คิดว่าโรงพยาบาลเอกชนน่าจะมียาได้น้อยลง ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าศูนย์แพทย์ชุมชนให้บริการดี เข้าถึงง่าย มีการเยี่ยมบ้าน แต่ยังคงขาดการประชาสัมพันธ์ ในเขตเมืองมี 4 ศูนย์ มีคนไข้มากกว่า 50 คนต่อวัน และมีบริการแพทย์แผนไทย บริการในโรงพยาบาลบางครั้งมีปัญหาวินิจฉัยโรคช้า และผิดพลาด (ใส่ติ่งแตก หลังจากรักษาโรคกระเพาะอยู่ 5 วัน) บางครั้งนอนอนสั่นเกินไป อยากจะนอนจนหายดีก่อน และบางครั้งไม่มียาและอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ ต้องไปหาซื้อเองหรือไปใช้บริการที่อื่น แต่โดยรวมมีการบริการที่ดีขึ้นมาก ประชาคมเขตชนบทเห็นว่า ประชาชนยังชอบที่จะไปใช้บริการที่ตนเองเชื่อถือก่อน ความเชื่อถือต่อแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่าแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัด และเห็นว่าจำนวนแพทย์และเตียงยังไม่เพียงพอ แต่คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนดีขึ้น และเชื่อว่าศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวจะสามารถแก้ปัญหาคุณภาพบริการได้

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

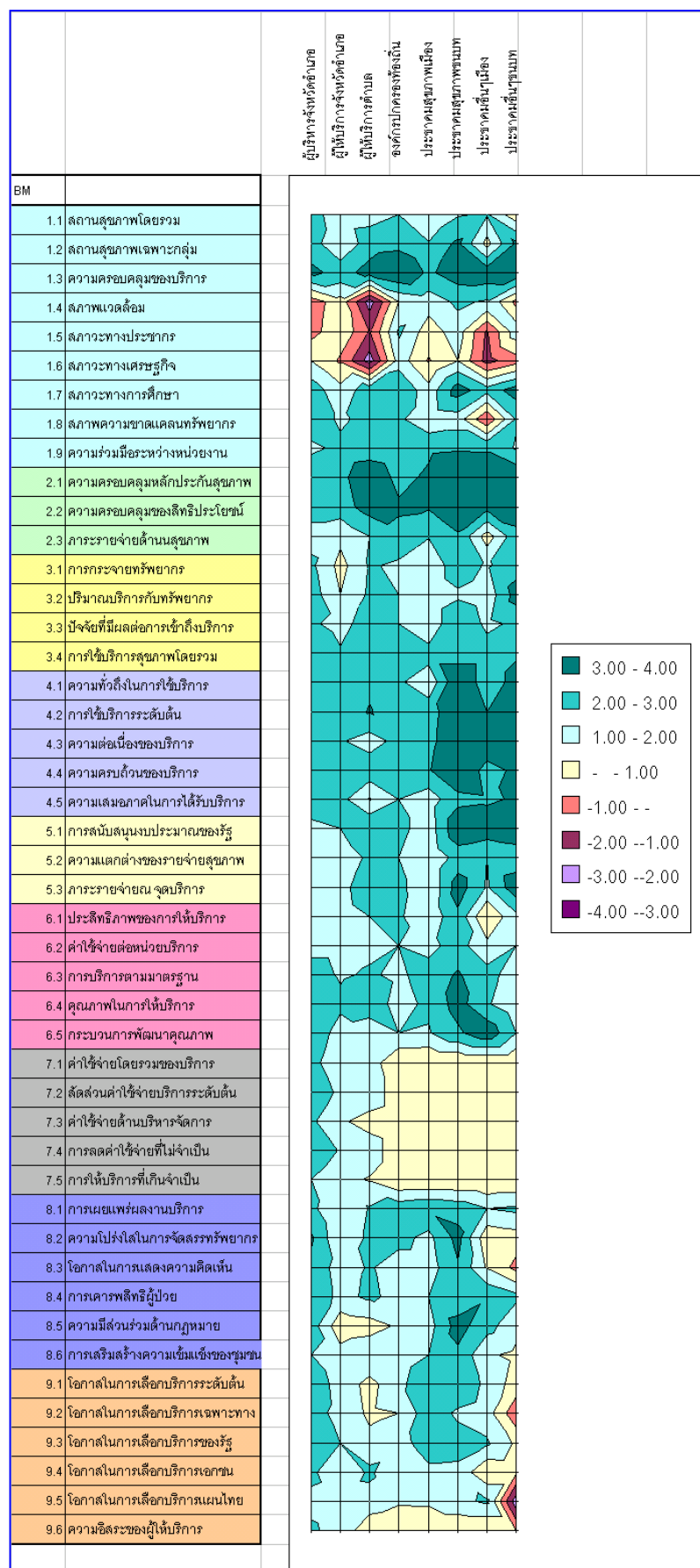
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +2.09 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 4 (ความครอบคลุมและเท่าเทียมของบริการ) ได้คะแนน +2.45 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 7 (ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ) ได้คะแนน +1.63 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง (+2.88) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล (+1.40)

ตารางที่ 7.18 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวมที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่มจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม
Benchmark1	2.13	2.00	1.67	2.17	2.64	2.67	3.50	2.33	2.38
Benchmark2	2.38	1.55	2.40	2.67	2.18	3.00	-0.25	1.00	1.85
Benchmark3	2.50	1.45	2.40	2.17	1.80	2.44	2.38	2.40	2.17
Benchmark4	2.88	2.18	2.00	2.33	2.10	3.78	2.50	2.00	2.45
Benchmark5	1.75	1.91	2.80	2.33	1.11	3.89	1.38	2.30	2.20
Benchmark6	2.50	2.09	1.90	2.17	1.90	2.56	3.29	1.50	2.18
Benchmark7	2.67	1.64	1.00						1.63
Benchmark8	2.75	1.70	1.80	1.50	2.20	2.78	2.00	0.60	1.91
Benchmark9	2.50	1.91	1.30	1.50	1.82	3.29	2.38	1.20	1.93
Benchmark	2.38	1.64	1.40	1.50	1.89	2.86	2.88	2.40	2.09

กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนโดยส่วนใหญ่สูงกว่า +2.00 โดยให้คะแนนรวมที่ +2.38 มีเพียงความเป็นธรรมที่ 5 ที่ได้คะแนนต่ำกว่า +2.00 โดยได้คะแนน +1.75 โดยที่ส่วนหนึ่งคิดว่าประชาชนยังมีรายจ่ายด้านสุขภาพอยู่ ถึงแม้จะได้รับหลักประกันสุขภาพ ทำให้ยังมีความแตกต่างด้านภาระรายจ่ายระหว่างคนจนกับคนรวยอยู่บ้าง สำหรับความเป็นธรรมที่ได้คะแนนสูงสุด ได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 4 ได้คะแนน +2.88 กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้คะแนนต่ำกว่าผู้บริหาร โดยผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ให้คะแนนรวมที่ +1.64 และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 4 สูงสุดเช่นเดียวกัน (+2.18) ทั้งนี้เนื่องจากทั้งผู้บริหารและผู้ให้บริการเห็นว่า ได้มีการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดูแลโดยการเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ให้คะแนนรวมที่ +1.40 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 5 สูงสุด (+2.80) และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 7 ต่ำสุด (+1.00) กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้คะแนนค่อนข้างต่ำ ในความเป็นธรรมที่ 8 และ 9 (+1.50) และให้คะแนนสูงสุดในความเป็นธรรมที่ 2 (+2.67) กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมือง ให้คะแนนสูงสุดในความเป็นธรรมที่ 1 (+2.64) และให้คะแนนต่ำสุดในความเป็นธรรมที่ 5 (+1.11) และให้คะแนนรวมที่ +1.89 ในขณะที่ประชาคมสุขภาพชนบทให้คะแนนค่อนข้างสูง โดยให้คะแนนรวม +2.86 โดยความเป็นธรรมที่ 5 ได้คะแนนสูงสุด (+3.89) ใกล้เคียงกับความเป็นธรรมที่ 4 (+3.78) ประชาคมอื่นๆเขตเมืองให้คะแนนความเป็นธรรมรวม +2.88 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 1 สูงสุด (+3.50) และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 2 ต่ำสุด (-0.25) ซึ่งมาจากภาระรายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าปัญหาด้านหลักประกันสุขภาพ ประชาคมอื่นๆชนบทให้คะแนนรวม +2.40 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 3 สูงสุด (+2.40) และให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 8 ต่ำสุด (+0.60)

รายละเอียดของการให้คะแนนความเป็นธรรม ที่แสดงโดยแผนภูมิพื้นผิว 3 มิตินั้น แสดงให้เห็นว่า สภาพสิ่งแวดล้อม สภาวะประชากร และสภาวะเศรษฐกิจ ได้รับคะแนนที่ค่อนข้างต่ำจากหลายๆกลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ประชาคมสุขภาพเขตเมือง และประชาคมอื่นๆเขตเมือง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบลให้คะแนนสิ่งแวดล้อม และสภาวะเศรษฐกิจต่ำกว่า -2.00 ในขณะที่ ประชาคมอื่นๆเขตเมืองให้คะแนนสภาวะทางประชากร และสภาวะเศรษฐกิจต่ำกว่า -1.00 นอกจากนี้ ประชาคมอื่นๆเขตเมืองยังให้คะแนนติดลบ (ต่ำกว่า 0.00) แก่ประเด็นด้านความขาดแคลนทรัพยากร ผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอให้คะแนนค่อนข้างต่ำ (0.00 ถึง +1.00) ในประเด็นการกระจายทรัพยากร กลุ่มผู้ให้บริการให้คะแนนค่อนข้างต่ำ ในเรื่องการมีส่วนร่วมด้านกฎหมายของประชาชน และโอกาสในการเลือกบริการระดับต้น และบริการเฉพาะทาง เช่นเดียวกับความอิสระของผู้ให้บริการ สำหรับพื้นที่ที่ได้คะแนนสูงกว่า +3.00 ได้แก่ ประเด็นความครอบคลุมของบริการ ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ รวมทั้งประเด็นในความเป็นธรรมที่ 4 ได้แก่ ความทั่วถึง ครบถ้วนต่อเนื่องของบริการ และการใช้บริการระดับต้น

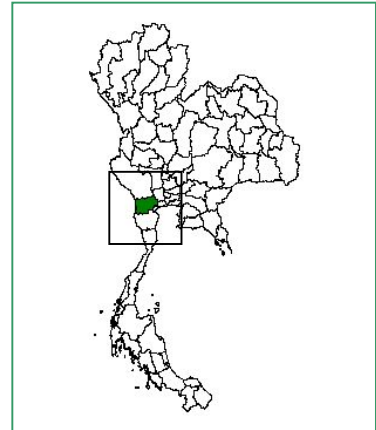


แผนภูมิที่ 7.18 แสดงกราฟพื้นผิว 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.พระนครศรีอยุธยา

๑๐) จังหวัดราชบุรี

จังหวัดราชบุรี แบ่งการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ มีจำนวนประชากร 788,525 คน ในเนื้อที่ 5,196 ตารางกิโลเมตร ทำให้มีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 151.7 คนต่อตารางกิโลเมตร มีความหนาแน่นมากเป็นอันดับที่ 21 คนราชบุรีมีรายได้เฉลี่ย 3,454 บาทต่อเดือน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 18 โดยมีสัดส่วนครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน เพียง 2.8% น้อยเป็นอันดับที่ 7 และมีผลผลิตมวลรวมจังหวัดต่อประชากรอยู่ที่ 59,914 บาท สูงเป็นอันดับที่ 19

จังหวัดราชบุรี ตั้งอยู่บนที่ราบลุ่มแม่น้ำท่าจีน ที่มีความอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำเกษตรกรรม แม่น้ำแม่กลองเป็นแม่น้ำสายสำคัญที่หล่อเลี้ยงชีวิต



คนราชบุรีมานานกว่า 100 ปี ชาวราชบุรีมีอาชีพทำนา ไร่ อ้อย สวนผลไม้ ปศุสัตว์ ประมงน้ำจืด นอกจากนี้ยังมีโรงงานอุตสาหกรรมย่อยโดยเฉพาะเครื่องปั้นดินเผาและเครื่องเคลือบ คนราชบุรีประกอบด้วยคนหลายเผ่าพันธุ์ เช่น ไทยภาคกลาง จีน มอญ ละว้า ลาว และกะเหรี่ยง แต่ละกลุ่มมีประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา ปัญหาของจังหวัดราชบุรีจะเป็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ทั้งทางน้ำและอากาศ เนื่องจากการมีโรงงานอุตสาหกรรม ที่มีการควบคุมมลพิษไม่ได้มาตรฐาน⁽³⁷⁾

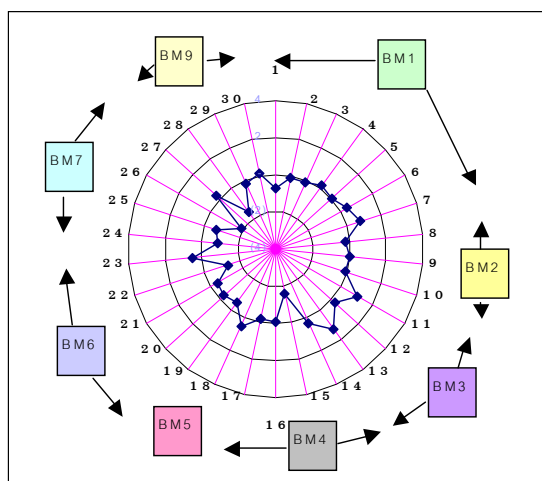
ทางด้านสุขภาพ จังหวัดราชบุรี มีอัตราตายที่ปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุ อยู่ที่ 5.84 ต่อพันประชากร และมีอัตราตายในเด็ก 0-5 ปี สูงถึง 3.44 ต่อพันประชากร สูงเป็นอันดับที่ 4 และมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับที่ 16 คือมีอัตรา 3,337 ครั้งต่อแสนประชากร มีอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี เท่ากับ 5.38% และมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับ 6.98% อัตราส่วนประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงเท่ากับ 0.46 อยู่ในลำดับที่ 25 ซึ่งค่อนข้างต่ำกว่าค่าเฉลี่ย สภาพความขัดสนโดยรวมของจังหวัดราชบุรีค่อนข้างต่ำ โดยมีค่าดัชนีความขัดสนอยู่ที่ 0.185 ซึ่งน้อยเป็นอันดับที่ 11 เช่นเดียวกับความขัดสนด้านสาธารณสุข

ความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพรวม อยู่ในลำดับที่ 52 แต่มีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพประเภทสิทธิสูงอยู่ถึง 15.5% มากเป็นอันดับที่ 16 มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร มากเป็นอันดับที่ 11 โดยมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 3,124 คน และมีจำนวนเตียงต่อประชากรสูงเป็นลำดับที่ 6 คือมีเตียง 1 เตียงต่อประชากร 301 คน จังหวัดราชบุรีมีสถานพยาบาลที่มีเตียงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนมากถึง 16 แห่ง 646 เตียง ในจำนวนนี้มี 15 แห่งที่เป็นของเอกชน มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง 717 เตียง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง 950 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง 270 เตียง คนราชบุรีเลือกใช้บริการของรัฐ 41.8% เมื่อเจ็บป่วย ในขณะที่เลือกใช้บริการเอกชน 26.5% กรณีผู้ป่วยนอก และ 22.7% กรณีผู้ป่วยใน ทำให้อัตราส่วนการเลือกใช้บริการของรัฐ อยู่ในลำดับที่ 24 แสดงว่าคนราชบุรีค่อนข้างมีทางเลือกพอสมควรในการใช้บริการของเอกชน อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกรายใหม่รวม เท่ากับ 69% ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 5 แสดงว่ามีประชาชนถึง 69% ที่ใช้บริการในสถานพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการที่ดี และมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในรวมสูงถึง 23.9% สูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากจังหวัดตราด อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกภาครัฐ เท่ากับ 2.09 ครั้งต่อคนต่อปี อยู่ในอันดับที่ 39 แต่อัตราการให้บริการผู้ป่วยในของรัฐ เท่ากับ 13% สูงเป็นอันดับที่ 16

อัตราส่วนการให้บริการที่สถานีนามัยต่อโรงพยาบาลค่อนข้างต่ำ (0.6) อยู่ในอันดับที่ 56 และมีอัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ต่ำที่สุด คือมีค่าเพียง 0.21 รวมทั้งมีสัดส่วนการให้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สูงถึง 44.6% ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการให้บริการค่อนข้างจะเน้นมาทางโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปถึง 4 แห่ง โดยมีจำนวนเตียงที่มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนถึง 6 เท่า ความถี่เฉลี่ยที่ผู้ป่วยแต่ละคนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลเท่ากับ 3.43 ครั้งต่อคนต่อปี มากเป็นอันดับที่ 10 และโรงพยาบาลชุมชนมีการส่งต่อผู้ป่วย 2.62% มากเป็นอันดับที่ 8 จำนวนวันนอนเฉลี่ยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เท่ากับ 5.5 วัน นานเป็นอันดับที่ 16 แต่ถึงกระนั้นก็ยังมียัตราครองเตียงเพียง 71.5% น้อยเป็นอันดับที่ 6 โดยมีอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงที่ต่ำเป็นอันดับ 3 คือมีจำนวนผู้ป่วยในที่น้อยเมื่อเทียบกับจำนวนเตียงนั่นเอง ดังนั้น การที่มีอัตราการให้บริการสูง และจำนวนวันนอนนาน แต่ก็ยังมีอัตราการครองเตียงและอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงที่ต่ำอยู่ แสดงว่าทรัพยากรที่มีอยู่อาจจะมากเกินความต้องการใช้บริการ

ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปก็ค่อนข้างสูง เท่ากับ 6,313 บาท ต่อราย สูงเป็นอันดับที่ 8 จากปัจจัยต่างๆดังกล่าวส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปต่อประชากรสูงถึง 1,509 บาท สูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากสิงห์บุรี โดยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สถานีนามัยเพียง 3.8% ต่ำเป็นอันดับที่ 3 แต่มีค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปต่อจำนวนเตียง ที่ไม่ได้สูงมากนัก

คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากเครื่องมือเชิงปริมาณ จังหวัดราชบุรีมีคะแนนเป็นบวกชัดเจน ในด้าน การกระจายทรัพยากร และการให้บริการ โดยมีคะแนนที่เป็นลบชัดเจน ในด้านสัดส่วนการให้บริการ ระดับต้น ต้นทุนต่อหน่วยบริการ สัดส่วนค่าใช้จ่ายระดับต้น และค่าใช้จ่ายต่อประมาณการ คะแนนรวมของความ เป็นธรรม จากการรวมคะแนนเฉลี่ยทั้ง 30 กลุ่มตัวชี้วัด เท่ากับ -3.83 อยู่ในลำดับที่ 64



แผนภูมิที่ 7.19 แสดงกราฟคะแนน 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ราชบุรี

1	สถานสุขภาพรวม	(0.71)
2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	(0.07)
3	ความครอบคลุมบริการ	(0.09)
4	สภาพแวดล้อม	0.27
5	ปัจจัยด้านประชากร	0.11
6	สถานะเศรษฐกิจและการกระจาย	0.36
7	ความขัดสน	0.81
8	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	(0.23)
9	อัตราส่วนของหลักประกันสุขภาพ	(0.02)
10	สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	(0.09)
11	การกระจายทรัพยากร	1.12
12	ปริมาณงานต่อแพทย์	0.30
13	การให้บริการสถานพยาบาล	1.33
14	อัตราการใช้บริการ	0.41
15	สัดส่วนการให้บริการระดับต้น	(1.50)
16	ความต่อเนื่องของบริการ	(0.05)
17	ความผสมผสานของบริการ	(0.18)
18	ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ	0.57
19	วันนอนเฉลี่ย	(0.38)
20	การใช้เตียง	(0.22)
21	อัตราการรักษาโรคและ case mix	(0.38)
22	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	(1.29)
23	คุณภาพบริการ	0.44
24	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร	(0.89)
25	ค่าใช้จ่ายรวมต่อบริการ	(0.62)
26	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	(1.85)
27	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริหาร	0.30
28	ค่าใช้จ่ายจริงต่อประมาณการ	(1.52)
29	ทางเลือกบริการของรัฐ	(0.16)
30	อัตราส่วนการให้บริการเอกชนต่อรัฐ	0.13

ตารางที่ 7.19 แสดงคะแนนเฉลี่ยของ 30 กลุ่มตัวชี้วัด จ.ราชบุรี

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านสุขภาพ มีปัญหาอุบัติเหตุ โรคเอดส์ และโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคไต นอกจากนี้ยังมีปัญหาการฆ่าตัวตายและยาเสพติด สำหรับปัญหาโรคเอดส์ส่วนหนึ่งมาจาก การติดยาเสพติดแล้วไม่มีเงินจึงต้องออกขายบริการ และสืบเนื่องมาจากปัญหาครอบครัว รวมทั้งจากปัญหาเศรษฐกิจ สำหรับบริเวณชายแดนยังมีปัญหา โรคเท้าช้าง ไข้มาลาเรีย และโปลิโอ ในกลุ่มผู้อพยพ ในส่วนของแรงงานพม่า แถบอำเภอสวนผึ้ง ก็มักจะได้รับการที่ไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคภูมิแพ้ จากการเผาถ่านลิกไนต์ โรงงานทำโอ่ง โรงไฟฟ้า และโรคตับแข็งจากพิษสุรา ในขณะที่โรคติดต่อทั่วไป และปัญหาเด็กขาดสารอาหารลดน้อยลง สำหรับสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจจะดีขึ้นเนื่องจากการรวมกลุ่มทำกิจกรรม ออกกำลังกาย โดยมีสถานบริการจัดให้ใช้บริการได้ฟรี เช่นที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่สภาพแวดล้อม ที่ราชบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับมลภาวะจากโรงงาน โรงไฟฟ้า ที่ทำให้เกิดมลภาวะทางอากาศ ขนาดที่บางพื้นที่น้ำฝนเป็นพิษไม่สามารถดื่มได้ และยังมีโรงงานปูนขาว โรงงานน้ำตาล ที่ส่วนใหญ่ปล่อยน้ำเสียลงแม่น้ำ ที่สำคัญคือปัญหาน้ำเสียในแม่น้ำแม่กลอง ที่เป็นแม่น้ำสายหลัก นอกจากนี้ยังมีปัญหาการขยายตัวของเมืองได้แก่ ปัญหาขยะ อากาศเป็นพิษ ความแออัดในชุมชนเมือง ปัญหาการเจ็บป่วยจากการทำงาน เช่นโรคปอด และปัญหาการใช้สารเคมีทางการเกษตร ซึ่งมักพบในชาวสวน แต่ปัญหาชุมชนแออัดหรือสลัมยังมีไม่มากนัก ทางด้านเศรษฐกิจ มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยค่อนข้างไปทางปานกลางถึงติดลบ มีภาวะตกงานมากขึ้น ในขณะที่มีการขยายโอกาสทางการศึกษาที่ดีขึ้น ปัญหาที่เกิดขึ้นชัดเจนคือการลดลงของทรัพยากรสัตว์น้ำ มีปลาหลายชนิดที่หาไม่ได้แล้ว และมีกุ้ง หอย ที่มีจำนวนน้อยลง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลพวงมาจากน้ำเสียจากโรงงาน จากปัญหาต่างดังกล่าว ได้มีการรวมกลุ่มเป็นประชาคม วางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน โดยมี 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ลุ่มน้ำแม่กลอง ยุทธศาสตร์สาธารณสุข ยุทธศาสตร์ราชวรวิหาร อุโบสถ ยุทธศาสตร์สื่อหอกระจายข่าวและวิทยุชุมชน และยุทธศาสตร์ผู้นำการเปลี่ยนแปลง สำหรับด้านลุ่มน้ำแม่กลองมีความร่วมมือกันระหว่างเครือข่าย 3 จังหวัดได้แก่ ราชบุรี สมุทรสงคราม และกาญจนบุรี โดยมีการเฝ้าระวังแม่น้ำ และมีการร่วมมือกันระหว่างประชาคมกับหน่วยงานรัฐเป็นโครงการ “ประชารัฐ”

ความคิดเห็นต่อความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน และบริการสุขภาพ

ทางการเงิน หลักประกันสุขภาพครอบคลุมมากขึ้นจากบัตร 30 บาท แต่สิทธิประโยชน์ยังไม่ครอบคลุม บางโรคเช่น โรคไต โรคเอดส์ และการฆ่าตัวตาย ทำให้ประชาชนบางส่วนยังต้องจ่ายเงินอยู่ และประชาชนยังไม่มีสิทธิเลือก และคิดว่าหากแพทย์นัดไปรักษาบ่อย เช่นเดือนละ 2 ครั้งก็ต้องจ่ายเงินมากกว่า 500 บาท ในขณะที่ด้านสถานบริการก็ทราบว่าเงินที่ได้รับจากงบประมาณรายหัวนั้น ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริง ค่าใช้จ่ายจริง 700 ล้าน แต่จากงบประมาณรายหัวเพียง 300 ล้าน ต่างกันมากกว่าเท่าตัว ทำให้มีโรงพยาบาลถึง 7 แห่งที่ต้องขอใช้งบประมาณประกันความเสี่ยง (contingency fund) จากส่วนกลาง

ทางด้านบริการ ผู้บริหารเห็นว่า การใช้บริการมีความทั่วถึงมากขึ้น โรงพยาบาลปรับตัวโดยการให้นอนน้อยลง และให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้น และมีความเห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านบริการของข้าราชการจะแพงขึ้น ในขณะที่บริการในบัตร 30 บาทจะถูกลง สำหรับคุณภาพบริการของสถานบริการดีขึ้น แต่ก็มีความเห็นว่ามาตรฐาน ISO ที่ได้ก็อาจจะไม่ได้สะท้อนว่ามีมาตรฐานที่ดีตลอดเวลา ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า บริการส่วนใหญ่ยังเป็นการซ่อมสุขภาพเหมือนเดิม ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงมากขึ้น แต่ส่วนหนึ่งก็ยังชอบไปคลินิกเอกชน เนื่องจากสะดวกรวดเร็ว ถึงแม้จะแพงกว่า และมีความเห็นว่ายังมีความขาดแคลนบุคลากรในชนบท (แพทย์ในบางโรงพยาบาลชุมชน เช่นสวนผึ้ง) ในขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดมีแพทย์มาก ระบบส่งต่ออาจจะมีปัญหาถ้าหากโรงพยาบาลพยายามไม่ส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากไม่ต้องการตามจ่าย ซึ่งหากจะทำเช่นนั้นได้จะต้องมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน และหากมีการตามจ่ายมากก็อาจจะกระทบต่อเงินที่จะต้องจ่ายให้สถานอนามัย ในด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ดีขึ้น แต่อาจจะมีปัญหาด้านความเสมอภาคโดยเฉพาะเรื่องยาที่มีการแบ่งเกรด และประชาชนที่ยากจนอาจจะเข้าถึงบริการบางอย่างได้ยากกว่าคนรวย เช่นการทำ CT scan กรณีอุบัติเหตุ และยังมีระบบฝากพิเศษ บัตร VIP ที่เป็นการแบ่งชั้นของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นธรรมนัก เพราะส่วนใหญ่แพทย์ที่รับฝากพิเศษก็มักจะใช้ทรัพยากรของรัฐ และสำหรับคนมีเงินก็มักจะใช้บริการ 30 บาทน้อย เนื่องจากยังใช้บริการเอกชนอยู่ แนวโน้มสำหรับผู้ป่วย 30 บาทกรณีผู้ป่วยในจะมีการนอนที่สั้นลง ในขณะที่ข้าราชการนอนนานขึ้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอย่างมากเวลาที่ไม่มีเงินเป็นข้อจำกัดก็คือ การลดลงของมาตรฐานในการบริการ และปัจจุบันประชาชนก็ยังไม่มีโอกาสในการเลือกสถานบริการ ทางกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่า ยังไม่แน่ใจในบริการของบัตร 30 บาทว่าคุณภาพบริการจะดีหรือไม่ แต่โดยทั่วไปเห็นว่าบริการของโรงพยาบาลรัฐพัฒนาดีขึ้น และมีบุคลากรเพียงพอ (โรงพยาบาลจังหวัด) แต่ขาดแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนยังมีค่ารักษาที่แพง ปัญหาของโรงพยาบาลรัฐคือการที่ต้องรอนาน

ทางประชาคมเขตเมืองเห็นว่า ยังมีปัญหาถูกจำกัดสิทธิในการเลือกใช้บริการ และต้องการให้โรงพยาบาลมีมาตรฐานที่เท่าเทียมกัน สถานบริการของรัฐค่อนข้างแน่น และบางแห่งคุณภาพบริการยังไม่ได้ และมีปัญหาความล่าช้าในการส่งต่อ บางครั้งมีความผิดพลาดในการตัดสินใจ (ตกบันได ญาติขออนอนแต่ไม่ได้นอน ต่อมาเสียชีวิตเนื่องจากกระดูกหัก และกรณีตายทั้งแม่และลูกที่อยู่ในครรภ์) การให้บริการบางครั้งยังไม่ระมัดระวังในเรื่องสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยยังนิยมที่จะตรวจกับแพทย์เฉพาะทาง ทำให้มีความแออัดในโรงพยาบาลจังหวัด และบางส่วนเห็นว่ายังมีไม่เท่าเทียมกันในเรื่องยา แต่โดยรวมคิดว่าคุณภาพบริการดีขึ้น ประชาคมเขตชนบทเห็นว่า ประชาชนบางส่วนนิยมโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งมีผู้ป่วยจากจังหวัดอื่นมาใช้บริการด้วย เช่นเพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร กาญจนบุรี ปัญหาของบริการในโรงพยาบาลจังหวัดคือรอนาน และแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขามักจะไม่คุยกัน ซึ่งต่างจากเอกชนที่มีทีมแพทย์ทำงานร่วมกัน แต่บริการโดยรวมมีคุณภาพที่ดีขึ้น บุคลากรบริการดีขึ้น ประชาชนมีโอกาสแสดงความเห็นมากขึ้น โดยมีการประชุมสม. เพื่อเป็นตัวกลางในการชี้แจงชาวบ้าน และมีความเห็นว่าควรฟื้นฟู ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และส่งเสริมการใช้สมุนไพร

สรุปคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากการสนทนากลุ่ม

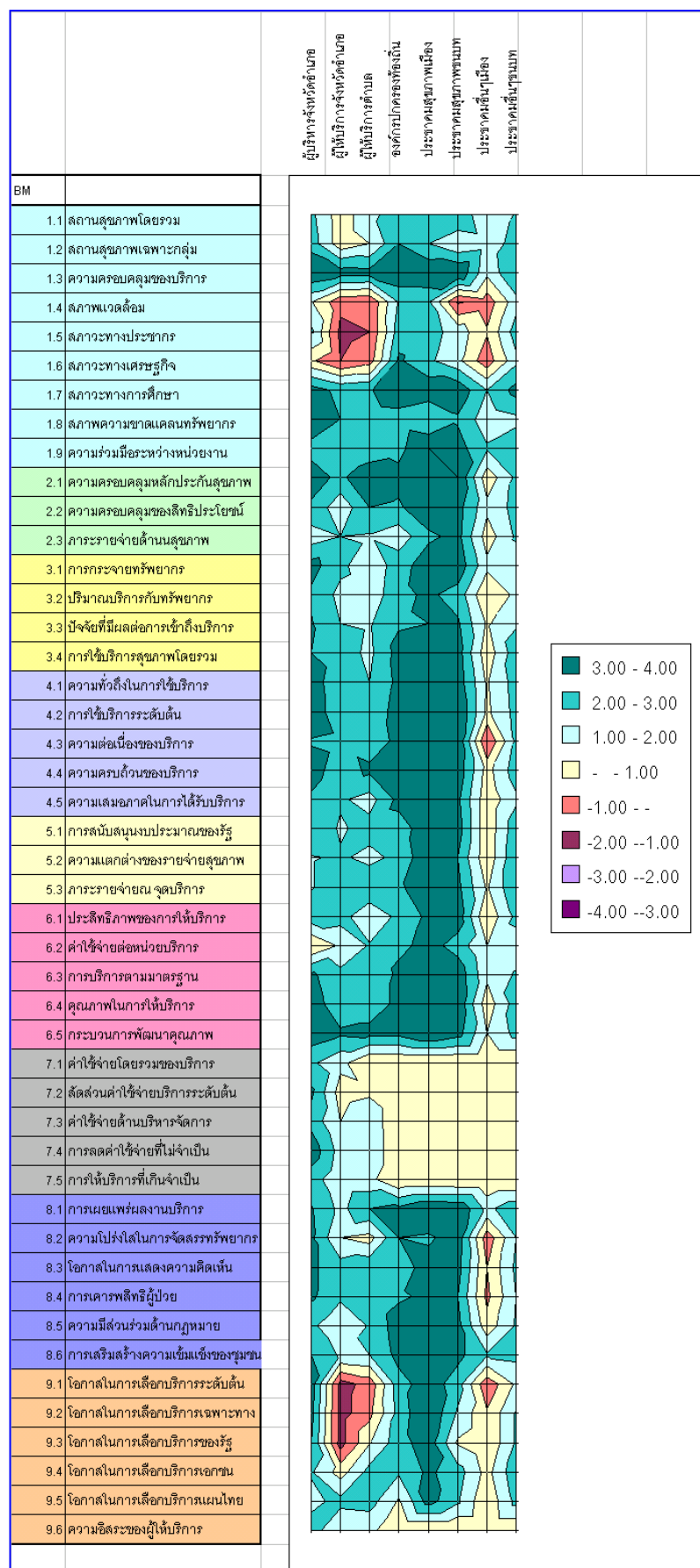
คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมของจังหวัดราชบุรี จากการให้คะแนนของทั้ง 8 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ +2.03 โดยคะแนนสูงสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 6 (ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ) ได้คะแนน +2.79 ในขณะที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 9 (ความอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ) ได้คะแนน +1.53 กลุ่มที่ให้คะแนนความเป็นธรรมโดยรวมสูงสุดคือกลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมือง (+4.00) กลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดคือกลุ่มประชาคมอื่นๆ เขตเมือง (-0.75)

ตารางที่ 7.20 แสดงคะแนนความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อและคะแนนรวมที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จังหวัดราชบุรี

	ผู้บริหาร จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ จังหวัดอำเภอ	ผู้ให้บริการ ตำบล	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ประชาคมสุขภาพ เขตเมือง	ประชาคมสุขภาพ เขตชนบท	ประชาคมอื่นๆ เขตเมือง	ประชาคมอื่นๆ เขตชนบท	รวมทุกกลุ่ม	
Benchmark1	2.36	1.14	2.33	2.17	3.40	2.57	0.86	2.86		
Benchmark2	2.45	2.29	2.78	1.67	3.60	2.57	0.25	2.00	2.16	
Benchmark3	2.36	2.14	1.90	2.80	3.40	3.43	0.25	1.88	2.16	
Benchmark4	3.00	2.14	2.20	3.67	4.00	3.57	0.13	2.50	2.55	
Benchmark5	2.00	2.43	2.40	3.00	3.60	3.57	1.13	2.75	2.50	
Benchmark6	3.45	2.29	2.70	3.33	4.20	4.00	0.50	2.38	2.79	
Benchmark7	3.09	1.29	1.60						2.11	
Benchmark8	3.00	2.00	2.00	3.33	3.60	3.71	1.50	2.25	2.60	
Benchmark9	2.36	-	0.14	0.89	2.80	3.75	2.00	-	0.25	2.00
Benchmark	2.64	1.43	1.67	2.80	4.00	3.71	-	0.75	2.00	2.03

กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนความเป็นธรรมโดยเฉลี่ยสูงกว่า +2.00 โดยให้คะแนนรวม +2.64 ความเป็นธรรมที่ 6 ได้คะแนนสูงสุด (+3.45) ในขณะที่ความเป็นธรรมที่ 5 ได้คะแนนต่ำสุด (+2.00) แต่ก็ยังค่อนข้างสูง ทางกลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้คะแนนต่ำกว่าผู้บริหาร โดยผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ให้คะแนนรวม +1.43 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 5 สูงสุด (+2.43) เช่นเดียวกับให้คะแนนที่ค่อนข้างสูงในความเป็นธรรมที่ 2 และ 6 (+2.29) สำหรับความเป็นธรรมที่ 9 ได้คะแนนต่ำสุด ถึงกับติดลบ (-0.14) เนื่องจากเห็นว่าประชาชนยังไม่มีสิทธิในการเลือกบริการ เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบลที่คะแนนในข้อนี้ต่ำสุดเช่นกัน (+0.89) โดยผู้ให้บริการตำบลให้คะแนนสูงสุดที่ความเป็นธรรมที่ 2 (+2.78) และให้คะแนนรวม +1.67 กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้คะแนนความเป็นธรรมค่อนข้างสูง คือให้คะแนนรวม +2.80 โดยให้คะแนนสูงสุดที่ความเป็นธรรมที่ 4 (+3.67) และให้คะแนนต่ำสุดที่ความเป็นธรรมที่ 2 (+1.67) เนื่องจากเห็นว่าประชาชนยังมีการกระจายด้านสุขภาพอยู่ ถึงแม้จะได้รับหลักประกันสุขภาพแล้ว ทางด้านประชาคมสุขภาพทั้งเขตเมือง และเขตชนบท ให้คะแนนความเป็นธรรมที่สูงมาก โดยประชาคมสุขภาพเขตเมืองให้คะแนนรวม +4.00 ในขณะที่ประชาคมสุขภาพเขตชนบทให้คะแนนรวม +3.71 ความเป็นธรรมที่ได้คะแนนต่ำสุด ในกลุ่มประชาคมสุขภาพชนบท คือความเป็นธรรมที่ 9 (+2.00) สำหรับกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง ให้คะแนนค่อนข้างต่ำ โดยให้คะแนนรวมติดลบ -0.75 โดยความเป็นธรรมที่ 8 ได้คะแนนสูงสุดเพียง +1.13 และความเป็นธรรมที่ 9 ได้คะแนนต่ำสุด -0.25 กลุ่มประชาคมอื่นๆเขตชนบทให้คะแนนเป็นบวกปานกลาง คือให้คะแนนรวม +2.00 โดยให้คะแนนความเป็นธรรมที่ 1 สูงสุด (+2.86)

รายละเอียดของการให้คะแนน ความเป็นธรรม ที่แสดงโดยแผนภูมิพื้น ผืน 3 มิติ นั้น แสดงให้เห็นว่าสภาพแวดล้อม สภาพทางประชากร และสภาวะทางเศรษฐกิจ ได้คะแนนค่อนข้างต่ำ (- 2.00 ถึง +1.00) จากกลุ่มผู้ให้บริการ จังหวัด อำเภอบ และตำบล กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตชนบท และประชาคมอื่นๆเขตเมือง โดยที่กลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมืองให้คะแนนค่อนข้างต่ำในหลายประเด็น โดยให้คะแนนต่ำกว่า 0.00 ในด้านความต่อเนื่องของบริการ ความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากร การเคารพสิทธิผู้ป่วย และโอกาสในการเลือกบริการระดับต้น กลุ่มผู้บริหารให้คะแนนค่อนข้างต่ำ ในด้านค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ กลุ่มผู้ให้บริการให้คะแนนค่อนข้างต่ำ ในด้านค่าใช้จ่ายรวมของบริการ และสัดส่วนค่าใช้จ่ายของบริการระดับต้น โดยให้คะแนนติดลบในด้านโอกาสในการเลือก บริการระดับต้น บริการเฉพาะทาง และบริการของรัฐ โดยเฉพาะผู้ให้บริการจังหวัด อำเภอบ ให้คะแนนต่ำกว่า -1.00 สำหรับพื้นที่ที่มีคะแนนสูงกว่า +3.00 ได้แก่ ความครอบคลุมของบริการ โอกาสทางการศึกษา ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งประเด็นอื่นๆที่ได้คะแนนจากประชาคมสุขภาพทั้งเขตเมือง และชนบท ในความเป็นธรรมที่ 3, 4, 5, 6 และ 8



แผนภูมิที่ 7.20 แสดงกราฟพื้นผืน 3 มิติ ที่แสดงคะแนนประเด็นย่อย 46 ประเด็น ที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมาย 8 กลุ่ม จ.ราชบุรี

7.2. ภาพรวมของคะแนนความเป็นธรรม จากเครื่องมือเชิงคุณภาพ

คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพของทั้ง 10 จังหวัด มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง +1.08 ถึง +2.25 แสดงว่าการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงความเป็นธรรมทางสุขภาพของแต่ละจังหวัดนั้น ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นดีขึ้นเล็กน้อยถึงปานกลาง จังหวัดที่มีคะแนนความเป็นธรรมรวมเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา (+2.25) จังหวัดที่มีคะแนนความเป็นธรรมรวมเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ จังหวัดสงขลา (+1.08) ความเป็นธรรมที่ได้รับคะแนนสูงสุด ได้แก่ ความเป็นธรรมที่ 6 (4 จังหวัด) ความเป็นธรรมที่ 4 (3 จังหวัด) และความเป็นธรรมที่ 2 (2 จังหวัด) ส่วนความเป็นธรรมที่ 7 ได้รับคะแนนต่ำสุด ถึง 7 จังหวัด แต่เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาคมไม่ได้ให้คะแนนในความเป็นธรรมที่ 7 ด้วย ก็อาจมีผลทำให้คะแนนความเป็นธรรมในข้อนี้ต่ำกว่าข้ออื่นๆได้ จากตารางสรุปคะแนนความเป็นธรรมรวมของทั้ง 10 จังหวัด (ตารางที่ 7.21) จะเห็นว่า ความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้นสูงสุด ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มของบริการด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการในความเป็นธรรมที่ 6 (เฉลี่ย 2.18) หรือความครอบคลุมและเท่าเทียมของบริการในความเป็นธรรมที่ 4 (เฉลี่ย 2.10) และรวมไปถึงความเป็นธรรมด้านหลักประกันสุขภาพในความเป็นธรรมที่ 2 (เฉลี่ย 1.98) ส่วนประเด็นที่แต่ละจังหวัดคิดว่ายังดีขึ้นไม่มากนัก ได้แก่ ประเด็นด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการในความเป็นธรรมที่ 7 (เฉลี่ย 1.44) ปัจจัยอื่นๆนอกเหนือการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการในความเป็นธรรมที่ 3 (เฉลี่ย 1.81) ความอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการในความเป็นธรรมที่ 9 (เฉลี่ย 1.83) และความเป็นธรรมของการจ่ายเงินในความเป็นธรรมที่ 5 (เฉลี่ย 1.90)

	จังหวัด										ค่าเฉลี่ย
	ชม.	พย.	พร.	ชก.	นม.	ภก.	สข.	ปต.	อย.	รช.	
ความเป็นธรรม 1	1.85	2.43	2.00	1.88	2.07	1.70	1.34	1.81	2.38	2.19	1.97
ความเป็นธรรม 2	1.87	2.08	2.11	2.38	2.32	2.25	1.31	1.45	1.85	2.16	1.98
ความเป็นธรรม 3	1.56	2.21	1.88	2.05	1.77	1.79	1.33	1.14	2.17	2.16	1.81
ความเป็นธรรม 4	1.93	2.31	2.16	2.23	2.12	1.88	1.34	1.98	2.45	2.55	2.10
ความเป็นธรรม 5	1.54	2.02	1.76	1.98	2.15	2.13	1.00	1.69	2.20	2.50	1.90
ความเป็นธรรม 6	2.12	2.29	2.13	2.76	2.21	2.00	1.46	1.83	2.18	2.79	2.18
ความเป็นธรรม 7	0.89	1.27	1.60	1.62	1.55	0.76	1.43	1.52	1.63	2.11	1.44
ความเป็นธรรม 8	1.72	2.37	1.99	2.03	2.16	1.59	1.27	1.98	1.91	2.60	1.96
ความเป็นธรรม 9	1.68	2.17	1.59	2.14	1.93	2.19	1.25	1.91	1.93	1.53	1.83
ความเป็นธรรม	1.82	2.04	1.96	2.13	2.25	1.95	1.08	1.95	2.09	2.03	1.93

ตารางที่ 7.21 แสดงคะแนนความเป็นธรรมแต่ละข้อและคะแนนรวมของแต่ละจังหวัด และคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 10 จังหวัด

* หมายเหตุ ตัวอักษรหนาและเอียง หมายถึง คะแนนสูงสุด ของแต่ละจังหวัด
ตัวอักษรหนาและขีดเส้นใต้ หมายถึง คะแนนต่ำสุด ของแต่ละจังหวัด

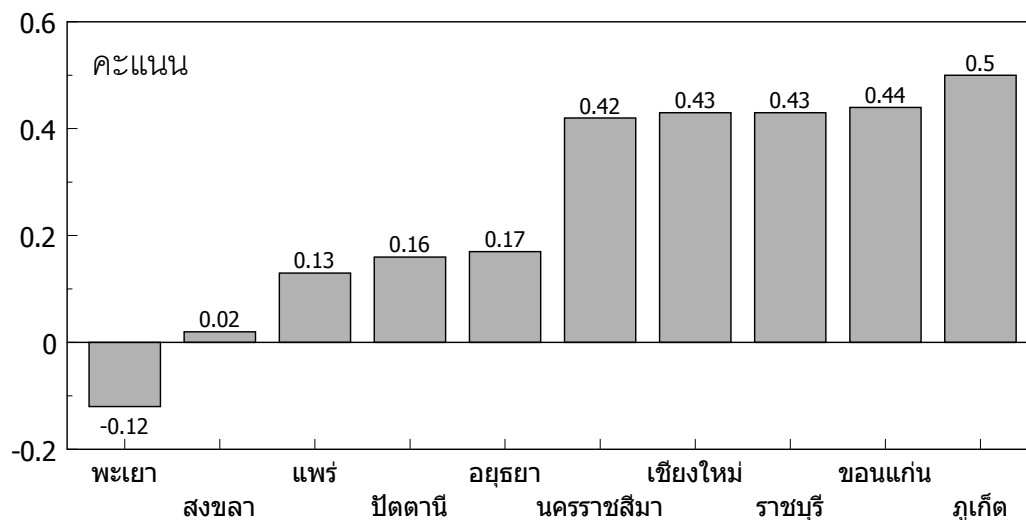
สำหรับกลุ่มที่ให้คะแนนรวมสูงสุดส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มของประชาคมสุขภาพ (6 จังหวัด) ซึ่งมาจากเขตเมือง 4 จังหวัด และเขตชนบท 2 จังหวัด และจากกลุ่มประชาคมอื่นๆ (4 จังหวัด) ซึ่งมาจากเขตเมือง 2 จังหวัด และเขตชนบท 2 จังหวัด ส่วนกลุ่มที่ให้คะแนนรวมต่ำสุดส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (3 จังหวัด) ประชาคมอื่นๆเขตเมือง (3 จังหวัด) และผู้ให้บริการระดับตำบล (2 จังหวัด) จากตารางแสดงคะแนนความเป็นธรรมรวมที่ให้โดยกลุ่มเป้าหมายทั้ง 8 กลุ่มใน 10 จังหวัด (ตารางที่ 7.22) พบว่า ถ้ามองในค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 10 จังหวัด กลุ่มประชาคมสุขภาพเขตเมืองจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด (2.73) ตามมาด้วยกลุ่มประชาคมสุขภาพเขตชนบท (2.58) และกลุ่มผู้บริหาร (1.96) สำหรับกลุ่มที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ กลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง (1.31) ตามมาด้วยกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล (1.59) และกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (1.68) กลุ่มที่มีช่วงของคะแนนระหว่างคะแนนสูงสุดกับต่ำสุด กว้างที่สุด คือกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง (ระหว่าง -2.86 ของจังหวัดสงขลา ถึง 3.00 ของจังหวัดภูเก็ต) สำหรับกลุ่มที่มีช่วงของคะแนน แคบที่สุด คือกลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล (ระหว่าง 0.63 ของจังหวัดเชียงใหม่ ถึง 2.11 ของจังหวัดขอนแก่น และปัตตานี) กลุ่มที่มีความแตกต่างของคะแนนระหว่างจังหวัดค่อนข้างสูง ได้แก่ กลุ่มประชาคมอื่นๆเขตเมือง (คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด=5.86) กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด=3.20) และกลุ่มประชาคมอื่นๆเขตชนบท (คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด=2.75) ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโดยตรง ดังนั้นความเห็นของแต่ละกลุ่มในแต่ละจังหวัดจึงแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ประสพการณ์ และทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อระบบสุขภาพ และอาจจะรวมถึงอิทธิพลของกลุ่มสนทนา ที่มีต่อการตัดสินใจในการให้คะแนนของสมาชิกกลุ่ม

	จังหวัด										ค่าเฉลี่ย
	ทม.	พย.	พร.	ขก.	นม.	ภก.	สข.	ปด.	อย.	รช.	
ผู้บริหาร จว.อ.	1.09	2.00	2.40	2.09	2.00	2.60	1.00	1.45	2.38	2.64	1.96
ผู้ให้บริการ จว.อ.	2.00	2.60	<u>1.00</u>	1.60	2.67	1.29	0.60	2.43	1.64	1.43	1.72
ผู้ให้บริการ ต.	<u>0.63</u>	0.67	1.70	2.11	2.00	1.75	1.89	2.11	<u>1.40</u>	1.67	1.59
องค์กรท้องถิ่น	2.25	<u>-0.20</u>	2.67	2.25	3.00	<u>0.86</u>	1.00	<u>0.67</u>	1.50	2.80	1.68
ปชค.สุขภาพเมือง	1.75	2.50	3.50	3.63	2.50	2.00	2.00	3.57	1.89	4.00	2.73
ปชค.สุขภาพชนบท	2.60	3.25	1.71	2.10	3.40	2.67	1.80	1.71	2.86	3.71	2.58
ปชค.อื่นๆเมือง	2.43	2.00	1.25	2.33	<u>0.83</u>	3.00	<u>-2.86</u>	2.00	2.88	<u>-0.75</u>	<u>1.31</u>
ปชค.อื่นๆชนบท	2.80	2.13	1.75	<u>0.25</u>	1.71	1.67	3.00	1.00	2.40	2.00	1.87

ตารางที่ 7.22 แสดงคะแนนความเป็นธรรมรวมที่ให้โดยแต่ละกลุ่มของแต่ละจังหวัด และคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 10 จังหวัด

* **หมายเหตุ** ตัวอักษรหนาและเอียง หมายถึง คะแนนสูงสุด ของแต่ละจังหวัด
ตัวอักษรหนาและขีดเส้นใต้ หมายถึง คะแนนต่ำสุด ของแต่ละจังหวัด

สำหรับความแตกต่างระหว่างคะแนนความเป็นธรรมที่ให้อีกก่อนและหลังการสนทนากลุ่มนั้น ส่วนใหญ่แล้วคะแนนรวมเฉลี่ยหลังการสนทนากลุ่ม จะมีคะแนนสูงกว่าคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนการสนทนากลุ่มเล็กน้อย ตั้งแต่ +0.02 (สงขลา) ถึง +0.50 (ภูเก็ต) ยกเว้นจังหวัดพะเยาคะแนนลดลง -0.12 สำหรับค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการสนทนากลุ่มของทั้ง 10 จังหวัด อยู่ที่ +0.26



แผนภูมิที่ 7.21 แสดงความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ย ก่อนและหลังการสนทนากลุ่ม (คะแนนหลังสนทนา - ก่อนสนทนา)

หากพิจารณาในรายละเอียดของความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อ จะพบว่ามีบางข้อในบางจังหวัดที่ได้คะแนนหลังการสนทนากลุ่ม ต่ำกว่าก่อนการสนทนากลุ่ม จังหวัดพะเยาให้คะแนนลดลงในความเป็นธรรมที่ 4, 5, 8 และ 9 จังหวัดสงขลาให้คะแนนลดลงในความเป็นธรรมที่ 1, 2, 6 และ 8 ในขณะที่จังหวัดปัตตานีให้คะแนนลดลงในความเป็นธรรมที่ 1, 2, 3 และ 4 แต่ถ้ามองในภาพรวมโดยใช้ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างก่อนและหลังการสนทนากลุ่ม ของทั้ง 10 จังหวัดแล้ว พบว่าคะแนนหลังการสนทนาจะสูงกว่าก่อนการสนทนากลุ่มเล็กน้อย โดยอยู่ระหว่าง 0.15 (ความเป็นธรรมที่ 1 และ 4) ถึง 0.28 (ความเป็นธรรมที่ 9) (ตารางที่ 7.23)

	จังหวัด										ค่าเฉลี่ย
	ชม.	พย.	พร.	ชก.	นม.	ภก.	สข.	ปต.	อย.	รช.	
ความเป็นธรรม 1	0.18	0.22	0.17	0.48	0.14	0.44	-0.18	-0.05	0.05	0.02	0.15
ความเป็นธรรม 2	0.39	0.08	0.07	0.52	0.41	0.50	-0.10	-0.10	0.06	0.21	0.20
ความเป็นธรรม 3	0.08	0.09	0.20	0.36	0.29	0.36	0.19	-0.28	0.45	0.37	0.21
ความเป็นธรรม 4	0.21	-0.31	0.03	0.15	0.32	0.34	0.29	-0.05	0.21	0.31	0.15
ความเป็นธรรม 5	0.24	-0.17	0.05	0.40	0.15	0.58	0.03	0.21	0.30	0.55	0.23
ความเป็นธรรม 6	0.15	0.11	0.07	0.45	0.28	0.59	-0.28	0.19	0.13	0.36	0.21
ความเป็นธรรม 7	0.04	0.13	0.12	0.07	0.20	0.36	-	0.13	0.31	1.11	0.27
ความเป็นธรรม 8	0.37	-0.01	0.29	0.18	0.23	0.23	-0.26	0.61	0.19	0.52	0.24
ความเป็นธรรม 9	0.46	-0.01	0.16	0.37	0.42	0.40	0.10	0.33	0.20	0.34	0.28
ความเป็นธรรม	0.43	-0.12	0.13	0.44	0.42	0.50	0.02	0.16	0.17	0.43	0.26

ตารางที่ 7.23 แสดงความแตกต่างของคะแนนหลังและก่อนสนทนาของแต่ละจังหวัด และความแตกต่างเฉลี่ยของทั้ง 10 จังหวัด

๘

วิเคราะห์ภาพรวมของความเป็นธรรม

ในบทนี้จะเป็นส่วนของการวิเคราะห์ประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพในด้านต่างๆ โดยใช้คะแนนความเป็นธรรมที่ได้จากเครื่องมือเชิงคุณภาพ และเนื้อหาบางประการจากข้อมูลเชิงคุณภาพ รวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ โดยจะเน้นเฉพาะตัวอย่างของ 10 จังหวัด ที่มีข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์จะเริ่มจากการแสดงให้เห็นถึงจุดแข็ง และจุดอ่อนของความเป็นธรรมทางสุขภาพในภาพรวม โดยใช้คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้ง 46 ประเด็นย่อย เพื่อแสดงให้เห็นถึงประเด็นที่ยังมีพัฒนาการช้า หรือถดถอยลง ต่อมาจะวิเคราะห์ให้เห็นถึงอิทธิพลซึ่งกันและกันขององค์ประกอบต่างๆ ในความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้ตัวอย่างของ 10 จังหวัดในการวิเคราะห์ ผลที่ได้อาจจะแสดงให้เห็นถึงลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ ด้วยเงื่อนไของค์ประกอบบางอย่างที่แตกต่างกัน และสุดท้ายจะแสดงถึงแนวโน้มทิศทางและการกระจายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ ที่เกิดขึ้น

8.1. จุดแข็งและจุดอ่อนของความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

จากคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ได้จากการให้คะแนนของกลุ่มเป้าหมายใน 10 จังหวัดนั้น แสดงให้เห็นว่า ประเด็นย่อยแต่ละประเด็นนั้น ได้คะแนนที่แตกต่างกันไป หากนำเอาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละข้อย่อย ทั้ง 46 ข้อ มาพิจารณาทั้ง 10 จังหวัดแล้ว จะเห็นถึงความสอดคล้องกันบางประการของประเด็นความเป็นธรรม ทั้งที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีและไม่ดี จากตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยของ 46 ประเด็นย่อยของความเป็นธรรมทั้ง 10 จังหวัดจะเห็นว่า หากแบ่งกลุ่มคะแนนออกเป็น 4 กลุ่มโดยใช้สีที่ต่างกัน ได้แก่ ๑) กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยติดลบ ๒) กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ย 0-1.5 ๓) กลุ่มที่มีคะแนน 1.5-2.5 และ ๔) กลุ่มที่มีคะแนน 2.5 ขึ้นไป จะสามารถเห็นถึงลักษณะการกระจายของคะแนนของประเด็นต่างๆว่า มีแนวโน้มของคะแนนมากหรือน้อย จากตารางจะเห็นว่าประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยติดลบ คือสถานะทางเศรษฐกิจ ที่ได้คะแนนเฉลี่ยติดลบถึง 6 จังหวัด อีก 4 จังหวัดที่เหลือให้คะแนนต่ำกว่า 1.5 สำหรับประเด็นที่มีคะแนน 0-1.5 (ตั้งแต่ 4 จังหวัดขึ้นไป) มีด้วยกันหลายประเด็น ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม สถานะสุขภาพเฉพาะกลุ่ม สภาพแวดล้อม สภาวะทางประชากร สภาวะทางเศรษฐกิจ การกระจายทรัพยากร ปริมาณงานต่อทรัพยากร ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ ประสิทธิภาพของการให้บริการ ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการ ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ การให้บริการที่เกินจำเป็น ความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากร โอกาสในการเลือกบริการระดับต้น โอกาสในการเลือกบริการเฉพาะทาง โอกาสในการเลือกบริการเอกชน และความอิสระของผู้ให้บริการ ส่วนประเด็นที่มีคะแนนสูงกว่า 2.5 (ตั้งแต่ 4 จังหวัดขึ้นไป) มีด้วยกัน 6 ประเด็นได้แก่ ความครอบคลุมของบริการ สภาวะทางการศึกษา ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ ความทั่วถึงของบริการ และการใช้บริการระดับต้น

		เชียงใหม่	พะเยา	แพร่	ขอนแก่น	โคราช	ภูเก็ต	สงขลา	ปัตตานี	อยุธยา	ราชบุรี	เฉลี่ย
1.1	สถานสุขภาพโดยรวม	0.99	1.39	0.81	0.78	1.78	0.69	1.20	1.68	1.55	1.94	1.28
1.2	สถานสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	1.01	1.98	1.39	1.41	1.52	1.05	1.41	0.73	2.24	1.77	1.45
1.3	ความครอบคลุมของบริการ	2.76	3.39	2.90	3.08	3.17	2.37	2.47	2.40	3.33	3.34	2.92
1.4	สภาพแวดล้อม	0.78	2.11	1.47	1.02	1.16	0.59	0.62	0.55	0.43	0.41	0.91
1.5	สภาวะทางประชากร	0.57	2.00	1.22	0.02	0.68	0.17	0.57	0.78	0.48	1.08	0.76
1.6	สภาวะทางเศรษฐกิจ	0.55	0.96	- 0.55	- 0.86	- 0.10	1.39	- 0.12	- 0.39	- 0.24	0.67	0.13
1.7	สภาวะทางการศึกษา	2.48	2.83	2.82	2.43	2.40	2.46	1.59	2.59	2.47	3.21	2.53
1.8	สภาพความขาดแคลนทรัพยากร	2.10	2.24	1.82	1.94	1.94	2.12	1.12	2.12	1.65	2.44	1.95
1.9	ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน	2.08	2.76	2.32	2.29	2.42	1.96	1.92	2.03	2.41	2.71	2.29
BM1	สถานสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	1.85	2.43	2.00	1.88	2.07	1.70	1.34	1.81	2.38	2.19	1.96
2.1	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	2.51	3.07	2.49	3.05	2.79	2.78	1.76	2.78	3.38	2.88	2.75
2.2	ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์	2.59	2.85	2.19	2.95	2.57	2.56	1.67	1.73	3.18	2.58	2.49
2.3	การกระจายจ่ายด้านสุขภาพ	1.61	1.95	1.63	2.00	2.00	1.82	0.98	0.81	1.94	1.86	1.66
BM2	การเข้าถึงบริการทางการเงิน	1.87	2.08	2.11	2.38	2.32	2.25	1.31	1.45	1.85	2.16	1.98
3.1	การกระจายทรัพยากร	1.33	1.77	1.34	1.53	1.19	1.21	0.60	0.56	1.85	2.36	1.37
3.2	ปริมาณบริการกับทรัพยากร	1.28	1.24	1.03	0.90	0.44	1.19	0.53	0.30	1.89	1.91	1.07
3.3	ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ	1.54	2.07	1.82	2.19	2.13	1.81	1.21	1.03	2.03	2.32	1.81
3.4	การให้บริการสุขภาพโดยรวม	2.09	2.38	2.15	2.41	2.06	2.20	1.21	1.10	2.47	2.48	2.05
BM3	ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ	1.56	2.21	1.88	2.05	1.77	1.79	1.33	1.14	2.17	2.16	1.81
4.1	ความทั่วถึงในการให้บริการ	1.85	2.61	2.13	2.71	2.26	2.21	1.66	1.61	2.53	2.64	2.22
4.2	การให้บริการระดับต้น	2.45	2.55	2.28	2.76	2.42	2.47	1.64	2.25	2.91	2.78	2.45
4.3	ความต่อเนื่องของบริการ	2.01	2.38	2.08	2.29	1.81	1.73	1.47	1.70	2.70	2.39	2.06
4.4	ความครบถ้วนของบริการ	2.29	2.53	2.17	2.42	2.31	1.84	1.18	2.26	2.86	2.83	2.27
4.5	ความเสมอภาคในการได้รับบริการ	1.75	1.80	1.94	2.36	1.87	1.95	0.68	1.80	2.19	2.28	1.86
BM4	ความเท่าเทียมในการให้บริการ	1.93	2.31	2.16	2.23	2.12	1.88	1.34	1.98	2.45	2.55	2.10
5.1	การสนับสนุนงบประมาณของรัฐ	1.82	2.45	2.11	2.54	2.47	1.89	1.03	1.88	2.73	2.42	2.13
5.2	ความแตกต่างของการจ่ายสุขภาพ	1.48	1.61	1.49	1.74	2.11	1.78	0.67	1.25	1.88	2.14	1.62
5.3	การกระจายจ่าย ณ จุดบริการ	1.65	1.93	1.76	1.91	2.10	2.05	1.00	1.75	2.33	2.55	1.90
BM5	ความเท่าเทียมของการจ่ายเงิน	1.54	2.02	1.76	1.98	2.15	2.13	1.00	1.69	2.20	2.50	1.90
6.1	ประสิทธิภาพของการให้บริการ	1.66	1.78	1.44	2.11	1.63	1.07	0.97	1.19	1.70	2.14	1.57
6.2	ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ	1.71	1.78	1.61	1.80	1.83	1.79	0.93	1.15	1.84	1.63	1.61
6.3	การบริการตามมาตรฐาน	2.33	2.15	2.00	2.40	1.90	1.70	1.78	0.90	2.19	2.63	2.00
6.4	คุณภาพในการให้บริการ	2.31	2.13	2.18	2.73	2.15	1.91	1.64	1.62	2.30	2.73	2.17
6.5	กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	2.30	2.36	2.32	2.71	2.56	1.79	1.44	1.87	2.18	3.00	2.25
BM6	ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ	2.12	2.29	2.13	2.76	2.21	2.00	1.46	1.83	2.18	2.79	2.18
7.1	ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการ	0.67	1.06	1.41	1.70	1.32	1.13	1.29	1.41	1.63	1.18	1.28
7.2	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น	0.86	1.20	1.57	2.00	1.59	0.52	1.80	2.00	2.07	1.68	1.53
7.3	ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ	0.45	1.07	1.50	1.24	1.27	0.88	1.35	1.30	1.15	1.93	1.21
7.4	การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น	1.21	1.81	1.67	2.00	1.64	0.96	1.60	1.74	2.00	2.50	1.71
7.5	การให้บริการที่เกินจำเป็น	0.86	1.50	1.40	1.30	1.18	0.64	1.33	1.00	1.32	1.75	1.23
BM7	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	0.89	1.27	1.60	1.62	1.55	0.76	1.43	1.52	1.63	2.11	1.44
8.1	การเผยแพร่ผลงานบริการ	1.97	2.70	2.20	2.58	2.36	1.88	1.36	2.12	2.18	2.87	2.22
8.2	ความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากร	1.26	2.22	1.59	1.73	1.85	1.39	0.79	1.46	1.82	1.89	1.60
8.3	โอกาสในการแสดงความคิดเห็น	1.65	2.32	2.06	2.31	2.24	1.40	1.29	1.91	1.60	2.47	1.92
8.4	การเคารพสิทธิผู้ป่วย	1.73	1.79	1.77	2.44	1.98	1.50	1.09	1.12	2.19	2.27	1.79
8.5	ความมีส่วนร่วมด้านกฎหมาย	1.62	2.16	1.59	1.73	1.81	1.12	1.36	1.32	1.61	2.20	1.65
8.6	การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน	1.75	2.32	2.05	2.16	2.21	1.65	1.30	1.75	1.70	2.61	1.95
BM8	ความมีส่วนร่วมของประชาชน	1.72	2.37	1.99	2.03	2.16	1.59	1.27	1.98	1.91	2.60	1.96
9.1	โอกาสในการเลือกบริการระดับต้น	1.69	2.52	1.47	1.80	1.46	2.29	0.85	1.68	1.79	1.25	1.68
9.2	โอกาสในการเลือกบริการเฉพาะทาง	1.72	2.02	1.23	1.83	1.49	2.33	1.07	1.38	1.39	1.47	1.59
9.3	โอกาสในการเลือกบริการของรัฐ	1.81	2.37	1.55	1.82	1.88	2.28	0.79	1.41	1.93	1.47	1.73
9.4	โอกาสในการเลือกบริการเอกชน	1.52	1.77	1.04	1.00	1.49	1.98	0.67	0.38	1.32	2.02	1.32
9.5	โอกาสในการเลือกบริการคนไทย	2.04	1.81	1.82	1.98	1.58	1.51	1.41	1.74	1.04	1.86	1.68
9.6	ความอิสระของผู้ให้บริการ	1.07	1.56	1.30	1.80	1.91	1.52	1.25	1.85	1.24	1.71	1.52
BM9	ความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ	1.68	2.17	1.59	2.14	1.93	2.19	1.25	1.91	1.93	1.53	1.83
Bmsum	ความเป็นธรรมโดยรวม	1.82	2.04	1.96	2.13	2.25	1.95	1.08	1.95	2.09	2.03	1.93

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประเด็นที่ยังเป็นปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มของความเป็นธรรมที่ 1, 3, 7 และ 9 ในขณะที่ประเด็นที่ได้รับคะแนนสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มของความเป็นธรรมที่ 2 และ 4 และหากนำเอาคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 10 จังหวัดมาหาค่าเฉลี่ยอีกครั้งหนึ่ง ก็จะได้คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 10 จังหวัด ซึ่งก็จะได้ประเด็นความเป็นธรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยรวม สูงกว่า 2.5 อยู่ 3 ประเด็น เรียงจากมากไปน้อย ดังนี้

๑) ความครอบคลุมของบริการ	ในความเป็นธรรมที่ 1	ได้คะแนน	2.92
๒) ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ	ในความเป็นธรรมที่ 2	ได้คะแนน	2.75
๓) สภาวะทางการศึกษา	ในความเป็นธรรมที่ 1	ได้คะแนน	2.53

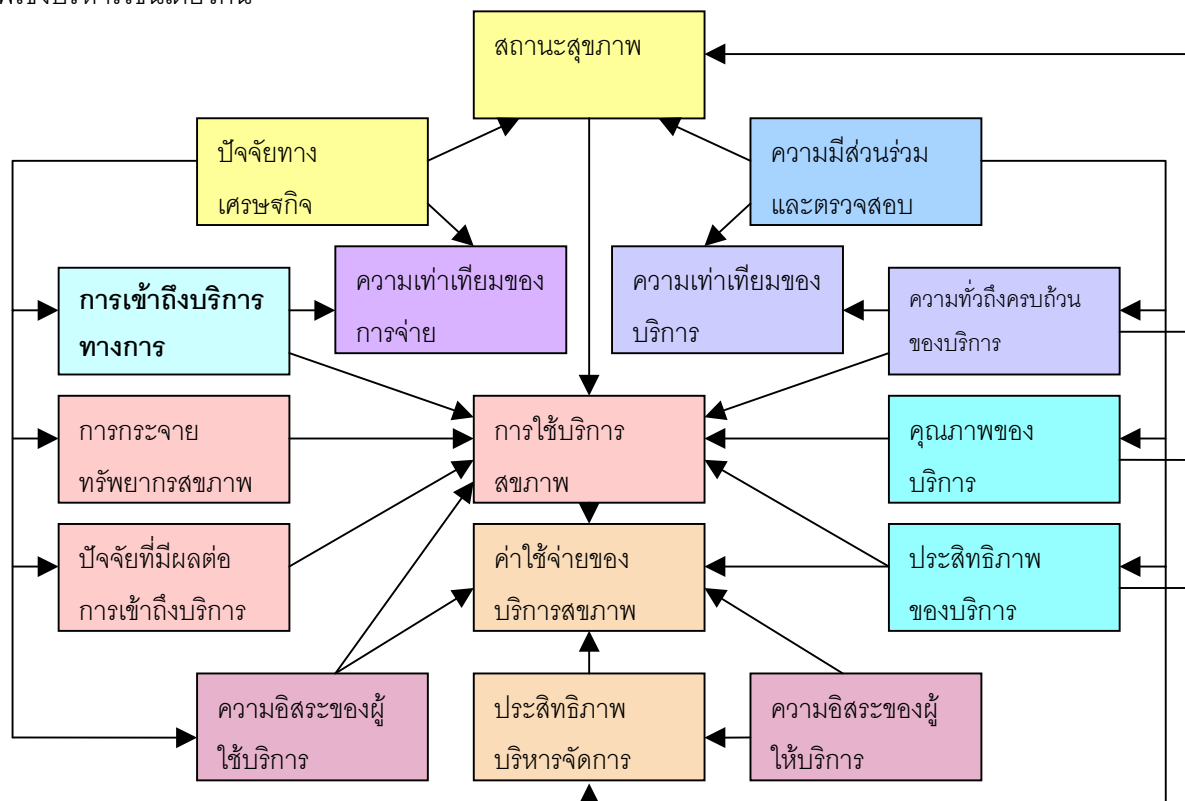
สำหรับประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมต่ำกว่า 1.5 มีอยู่ด้วยกัน 11 ประเด็น เรียงจากน้อยไปมาก ดังนี้

๑) สภาวะทางเศรษฐกิจ	ในความเป็นธรรมที่ 1	ได้คะแนน	0.13
๒) สภาวะทางประชากร	ในความเป็นธรรมที่ 1	ได้คะแนน	0.76
๓) สภาพแวดล้อม	ในความเป็นธรรมที่ 1	ได้คะแนน	0.91
๔) ปริมาณบริการต่อทรัพยากร	ในความเป็นธรรมที่ 3	ได้คะแนน	1.07
๕) ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ	ในความเป็นธรรมที่ 7	ได้คะแนน	1.21
๖) การให้บริการเกินความจำเป็น	ในความเป็นธรรมที่ 7	ได้คะแนน	1.23
๗) ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการ	ในความเป็นธรรมที่ 7	ได้คะแนน	1.28
๘) สถานะสุขภาพโดยรวม	ในความเป็นธรรมที่ 1	ได้คะแนน	1.28
๙) โอกาสในการเลือกบริการเอกชน	ในความเป็นธรรมที่ 9	ได้คะแนน	1.32
๑๐) การกระจายทรัพยากรสุขภาพ	ในความเป็นธรรมที่ 3	ได้คะแนน	1.37
๑๑) สถานะสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	ในความเป็นธรรมที่ 1	ได้คะแนน	1.45

ตัวเลขดังกล่าวค่อนข้างจะสอดคล้องกับกับเนื้อหาเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยที่กลุ่มส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า ความเจริญของสังคมทำให้โอกาสของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสทางการศึกษา และโอกาสในการเข้าถึงสาธารณูปโภคต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะ ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งจากความสะดวกในการคมนาคม และจากการมีหลักประกันสุขภาพที่รัฐมอบให้ สถานบริการก็เพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้ความครอบคลุมของบริการขั้นพื้นฐานที่สำคัญดีขึ้นตามลำดับ แต่อย่างไรก็ดี ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาจากความเจริญของสังคมก็คือ ปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัญหาทางด้านประชากร ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จากความแออัดของประชากร และมลภาวะจากอุตสาหกรรม นอกจากนี้ประชาชนยังได้รับผลกระทบจากปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ ที่ทำให้เกิดปัญหาสังคมต่างๆตามมา ไม่ว่าจะเป็นอาชญากรรม ยาเสพติด และปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจจะรวมไปถึงปัญหาโรคเอดส์ ที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการตายที่ยังสูงอยู่ รวมทั้งความเจริญที่เกิดขึ้นยังส่งผลไปสู่ การเกิดอุบัติเหตุที่สูงขึ้น การเกิดโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง และโรคมะเร็ง ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้สถานะสุขภาพของประชาชนยังมีปัญหาอยู่ ทางด้านบริการสุขภาพ ก็ยังมีปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรในบางพื้นที่ โดยเฉพาะบุคลากร ที่ยังกระจายไม่ดีพอ ทำให้บริการส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดความแออัดของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายโดยรวมที่สูงขึ้นตามต้นทุนของโรงพยาบาล โดยที่ประชาชนเองก็ยังขาดโอกาสในการเลือกบริการที่เหมาะสมตามความต้องการของตนเอง

8.2. อิทธิพลขององค์ประกอบต่างๆต่อระบบสุขภาพ

หากแยกประเด็นความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อ ออกเป็นประเด็นหลัก 16 ประเด็น จะเห็นถึงความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ระหว่างประเด็นต่างๆ ปัจจัยหนึ่งๆจะมีอิทธิพลต่อบ้างปัจจัยอื่นๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีทั้ง ปัจจัยที่ควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้ด้วยระบบสุขภาพ ดังในแผนภูมิที่ 8.1 จะแสดงให้เห็นว่า สถานะสุขภาพนั้นได้รับ อิทธิพล มาจากทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกระบบสุขภาพ และในขณะเดียวกันก็ได้รับผลมาจาก ความมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของชุมชนด้วย หากชุมชนใดสามารถรวมตัวกันสร้างสุขภาพ และใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพได้ ชุมชนนั้นก็จะมีสุขภาพที่ดีตามมา แต่อย่างไรก็ตามสถานะสุขภาพของ ประชาชนก็ยังขึ้นอยู่กับ ระบบบริการสุขภาพด้วย ไม่ว่าจะเป็นความทั่วถึง ครอบคลุม ต่อเนื่องของบริการ หรือคุณภาพ และประสิทธิภาพของบริการ บริการที่มีคุณภาพดี จะช่วยลดโอกาสพิการและการตายของผู้ป่วยได้ ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ สังคม นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพโดยตรงแล้ว ยังส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางการเงิน การกระจาย ทรัพยากรสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ซึ่งรวมทั้งโอกาสในการเลือกบริการของผู้ใช้บริการ พื้นที่ ที่ประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ก็จะมีโอกาสต่างๆเหล่านี้ดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการเหล่านี้จะ ส่งผลต่อการใช้บริการของประชาชน ควบคู่ไปกับปัจจัยด้านความต้องการทางสุขภาพหรือสถานะสุขภาพของประชา ชน และปัจจัยด้านระบบบริการ ซึ่งจะเป็นตัวที่ช่วยเพิ่มหรือลดการใช้บริการสุขภาพ คุณภาพบริการที่ดีอาจจะเพิ่มการ ใช้บริการสุขภาพเนื่องจากประชาชนยอมรับ การใช้บริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของบริการ และประสิทธิภาพของการ บริหารจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ และการที่ชุมชนสามารถตรวจสอบได้ จะช่วยกระตุ้นคุณภาพ ประสิทธิภาพการบริการ รวมทั้งประสิทธิภาพการบริหารด้วย อีกทั้งความอิสระของผู้ให้บริการเองก็จะมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิ ภาพเชิงบริหารเช่นเดียวกัน



แผนภูมิที่ 8.1 แสดงความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ระหว่างองค์ประกอบต่างๆของความเป็นธรรมทางสุขภาพ

8.3. ทิศทางและการกระจายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ

หากพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณของจังหวัดตัวอย่าง 10 จังหวัด หรือจะดูทั้งหมด 75 จังหวัด จะเห็นว่าได้ว่า ไม่มีจังหวัดใดเลย ที่จะสมบูรณ์แบบในทุกดัชนีชี้วัด หรือมีค่าที่เป็นบวกเสมอในทุกประเด็นเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ซึ่งโดยปกติที่น่าที่จะเป็นเช่นนั้น ดังนั้นเป้าหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงน่าจะอยู่ที่การรักษาสสมดุลระหว่างความเป็นธรรมในด้านต่างๆ ควบคู่ไปกับการเพิ่มความเป็นธรรมในแต่ละประเด็น ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มความเป็นธรรมในด้านหนึ่งมากเกินไป อาจจะเป็นการลดความเป็นธรรมในด้านอื่นๆได้ ตัวอย่างเช่นการเพิ่มโอกาสในการเลือกบริการที่มากเกินไป อาจจะทำให้ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของบริการ หรือประสิทธิภาพในด้านของค่าใช้จ่ายโดยรวมได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงประเด็นต่างๆควบคู่กันไป ให้แต่ละประเด็นดีขึ้นอยู่ในระดับที่เหมาะสม และส่งผลบวกต่อกันและกัน และจากข้อมูลเชิงปริมาณของ 10 จังหวัด หากจะสรุปเป็นทิศทางของความเป็นธรรมรวมทั้ง 9 ข้อ อาจจะแสดงได้โดยใช้คะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งเป็นช่วงๆละ 0.5 คะแนน เช่น คะแนน 0 ถึง 0.5 ให้ + คะแนน 0.5 ถึง 1.0 ให้ ++ หรือคะแนน -0.5 ถึง 0 ให้ - เป็นต้น จะได้ข้อมูลที่แสดงการกระจายความเป็นธรรมทั้ง 10 จังหวัด ดังนี้

	เชียงใหม่	พะเยา	แพร่	ขอนแก่น	โคราช	ภูเก็ต	สงขลา	ปัตตานี	อยุธยา	ราชบุรี
สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	-	--	+	+	+	+	+	--	+	+
การเข้าถึงบริการ ทางการเงิน	-	++	+++	+	--	+	+	+	+	-
ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ	+++	-	+	++	-	++	++	-	++	++
ความครบถ้วน เท่าเทียมของบริการ	-	-	++	++	-	-	-	-	-	-
ความเป็นธรรมในการจ่ายเงิน	+	+	++	++	-	++	--	-	+	++
ประสิทธิภาพ คุณภาพของบริการ	-	+	-	-	--	+	--	-	-	-
ประสิทธิภาพด้านบริหารจัดการ	+	-	-	+	+	-	--	+	-	--
ความมีส่วนร่วมและการตรวจสอบได้	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
ความอิสระของผู้ใช้ และผู้ให้บริการ	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-

8 . 2 แสดงจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละจังหวัด ในความเป็นธรรมทั้ง 9 ข้อ

จากตารางเห็นว่าแต่ละจังหวัดจะมีจุดเด่น จุดด้อยแตกต่างกันไป อาทิเช่น จุดเด่นด้านการเข้าถึงบริการทางการเงินจะอยู่ที่ พะเยาและแพร่ ในขณะที่จุดเด่นด้านปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ (รวมด้านทรัพยากรสุขภาพ) จะอยู่ที่เชียงใหม่ ขอนแก่น ภูเก็ต สงขลา อยุธยาและราชบุรี แต่สำหรับจุดด้อย อาทิเช่นทางด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ก็จะเป็นที่ พะเยา และปัตตานี หรือจุดด้อยทางด้านประสิทธิภาพการบริหาร (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) จะอยู่ที่สงขลา และราชบุรี เป็นต้น จากการพิจารณาลักษณะการกระจายของความเป็นธรรมดังกล่าวจะเห็นว่า ยังมีหลายประเด็นที่ยังมีความเหลื่อมล้ำกันระหว่างจังหวัดอยู่ การที่จะทำให้การกระจายความเป็นธรรมต่างๆ ให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทุกพื้นที่ อาจจะสามารถทำได้ในบางประเด็น อาทิเช่น การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน จะเป็นการเพิ่มระดับของความเป็นธรรมทางการเงิน ในแต่ละจังหวัดให้ขึ้นมาอยู่ในระดับเดียวกัน ในขณะที่เดียวกันการเน้นไปที่บริการปฐมภูมิ จะช่วยให้เกิดความทั่วถึงและต่อเนื่องของบริการมากขึ้น รวมทั้งอาจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพเชิงบริหาร (ประสิทธิภาพด้านการจัดสรร หรือ allocative efficiency)⁽³⁹⁾ อีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งหากดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ ความเป็นธรรมในด้านเหล่านี้จะใกล้เคียงกันมากขึ้น สิ่งที่จะต้องพิจารณาต่อไปก็คือว่า จะมีกลไกใดที่จะมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ ที่นอกเหนือไปจากกลไกการเงิน รวมทั้งจะทำอย่างไรในการเพิ่มโอกาสในการเลือกของประชาชนให้มากขึ้นโดยไม่กระทบต่อประสิทธิภาพโดยรวม และจะมีกระบวนการใดในการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจสอบระบบบริการสุขภาพ

๙

ข้อเสนอเชิงระบบ

จากบทต่างๆที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้ง 9 ข้อ นั้น มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้อซึ่งกันและกัน การที่จะนำข้อมูลทั้งหมดมาใช้ในครั้งเดียวอาจจะยากในการนำมาประยุกต์ ดังนั้นในบทนี้จะแสดงให้เห็นถึงการนำเอาเครื่องมือ หรือข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในระดับต่างๆ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วข้อมูลความเป็นธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพนั้น สามารถประยุกต์ได้ใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับบริหารจัดการ และระดับปฏิบัติ ซึ่งในแต่ละระดับจะมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป ดังนี้

ระดับนโยบาย : ข้อมูลตามดัชนีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ สามารถนำมาใช้ในระดับนโยบายได้ โดยใช้ในการติดตามผลกระทบจากนโยบายสุขภาพ การกำหนดขนาดและการกระจายของปัญหาในระบบสุขภาพ และใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ยังเป็นปัญหา รวมทั้งใช้ในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพตามต้องการ ปัญหา และต้นทุน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพ

ระดับบริหารจัดการ : ระดับจังหวัดสามารถใช้ข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในการสร้างความสมดุลระหว่างความเป็นธรรมในแง่มุมต่างๆ และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นของการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพ จุดอ่อนในระบบสุขภาพของตนก็ควรจะได้รับปรับปรุงแก้ไข และสำหรับจุดแข็งก็ควรได้รับการดำรงรักษา และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การเปรียบเทียบความเป็นธรรมระหว่างจังหวัด จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างจังหวัด เพื่อให้ความเป็นธรรมอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน

ระดับปฏิบัติการ : กระบวนการได้มาซึ่งคะแนนความเป็นธรรม จำเป็นต้องให้ความเห็นจากคนในระบบเอง โดยที่กระบวนการดังกล่าว จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปเป็นจุดเริ่มต้นของการประชุม เพื่อกำหนดปัญหาและวางแผนแก้ไขต่อไป

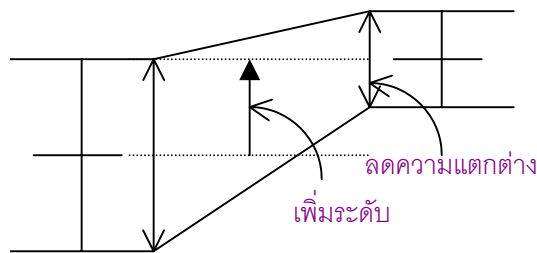
ข้อเสนอแนะเชิงระบบ ในการประยุกต์ใช้ข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในระดับต่างๆ อาจแบ่งได้เป็นการใช้เครื่องมือความเป็นธรรมทางสุขภาพนี้ ในฐานะเครื่องเชิงนโยบาย ในฐานะเครื่องมือของการพัฒนาและติดตามระบบ หรือเครื่องมือสำหรับการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจได้ดังนี้

9.1. ความเป็นธรรม ในฐานะเครื่องมือเชิงนโยบาย

ในเชิงนโยบาย หากนำเอาหลักการของความเป็นธรรมมาเป็นเป้าหมายของระบบสุขภาพแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ก็จะเป็นประโยชน์หากนำมาประยุกต์ใช้ ในการกำหนดเป้าหมายด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ การประเมินความต้องการทางสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณสุขภาพ ซึ่งประเด็นดังกล่าวต้องมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน หมายความว่า การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ ควรจะสอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าหมายของความเป็นธรรมในด้านต่างๆ แต่ลำพังเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ ก็อาจจะไม่สามารถทำให้เป้าหมายความเป็นธรรมบรรลุได้ทั้งหมด จำเป็นจะต้องใช้กลไกอื่นร่วมด้วย เช่นกลไกการบริหารจัดการ ระบบการติดตามประเมิน และการมีส่วนร่วมของชุมชน

การกำหนดเป้าหมายด้านความเป็นธรรม

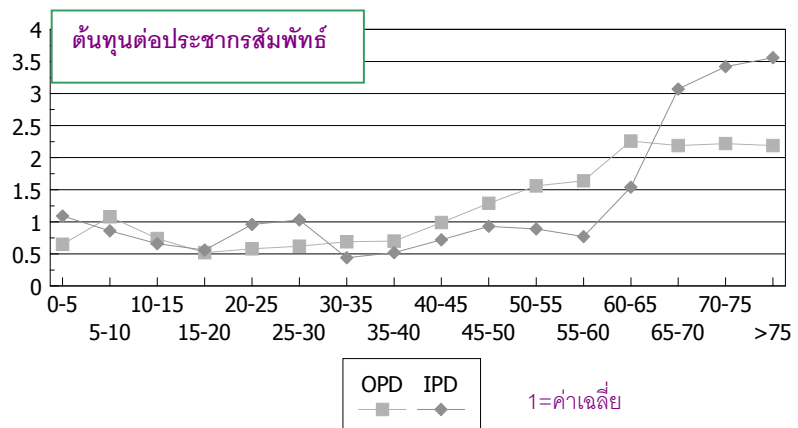
จากข้อมูลความเป็นธรรมที่แสดงความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ (จังหวัด) นั้นน่าจะส่งผลเชิงนโยบายในการที่จะลดช่องว่างดังกล่าว โดยในแง่ของการกำหนดเป้าหมายนั้น อาจะกำหนดโดยการเลือกดัชนีชี้วัดที่สำคัญ แล้วนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อนำมากำหนด ๑) ค่าเฉลี่ยที่เหมาะสม อันจะเป็นการเพิ่มความเป็นธรรมโดยรวม และ ๒) ค่าความแตกต่างระหว่างพื้นที่สูงสุด และต่ำสุด (ช่วงห่าง) ซึ่งควรจะลดลงให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งหมายถึงการเพิ่มทั้งระดับของความเป็นธรรมและการกระจายของความเป็นธรรมให้มีความแตกต่างกันน้อยลง ดังแผนภูมิที่ 9.1 ตัวอย่างเช่น การวางเป้าหมายที่ต้องการลดอัตราการตายให้ลดลงจาก 5.5 ต่อพันประชากรให้เหลือ 4.5 ต่อพันประชากร และลดความแตกต่างระหว่างจังหวัดที่มีการตายสูงสุดกับต่ำสุด จาก 6 ต่อพันประชากร เหลือ 4 ต่อพันประชากร เป็นต้น



แผนภูมิที่ 9.1 แสดงการกำหนดเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยการเพิ่มระดับและลดความแตกต่าง

การประเมินความต้องการทางสุขภาพ

ความต้องการทางสุขภาพหรือความจำเป็นทางสุขภาพ จะเป็นตัวที่บ่งบอกถึงโอกาสหรือความเสี่ยงในการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งแนวโน้มความต้องการทางสุขภาพอาจจะแปรผันตาม โครงสร้างอายุ ลักษณะการเจ็บป่วยและการตาย ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ และถ้าหากพิจารณาเฉพาะความต้องการทางสุขภาพต่อการใช้บริการภาครัฐ ทางเลือกของบริการภาคอื่นเช่น เอกชน หรือการแพทย์พื้นบ้าน ก็จะมีอิทธิพลต่อความต้องการดังกล่าว ซึ่งในการกำหนดความต้องการทางสุขภาพนี้ ข้อมูลที่ได้จากการจัดลำดับ และการแสดงการกระจายทางภูมิศาสตร์ จะช่วยในการกำหนดพื้นที่ที่มีความต้องการสูงและต่ำได้ ทำให้ทราบทั้งระดับของปัญหาและการกระจายของปัญหาไปพร้อมกัน และสามารถนำความต้องการที่ต่างกันนั้น มาช่วยในการจัดสรรงบประมาณได้ด้วย พื้นที่ที่มีโครงสร้างอายุของประชากรต่างกันย่อมมีความเสี่ยงต่อการใช้บริการและการมีต้นทุนที่ต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากประชากรวัยเด็ก และผู้สูงอายุ มักจะมีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่าวัยทำงาน คือมีลักษณะเป็น U-shape⁽⁴⁰⁾ แต่เมื่อนำเอาอัตราการใช้บริการ มาคูณด้วย ต้นทุนต่อหน่วยบริการแต่ละครั้งแล้ว จะพบว่า ต้นทุนต่อหัวประชากรในแต่ละกลุ่มอายุ จะมีลักษณะเป็น J-shape คือจะมีต้นทุนต่อหัวประชากรที่สูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังแผนภูมิที่แสดงตัวอย่าง ต้นทุนต่อหัวประชากรสัมพัทธ์ ในการใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง แต่จากแผนภูมิที่ 9.2 จะเห็นว่า ต้นทุนต่อหัวประชากรสัมพัทธ์ สำหรับผู้ป่วยในจะสูงขึ้นเล็กน้อย ในกลุ่มอายุ 20-30 ปี ซึ่งสันนิษฐานว่าเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตร

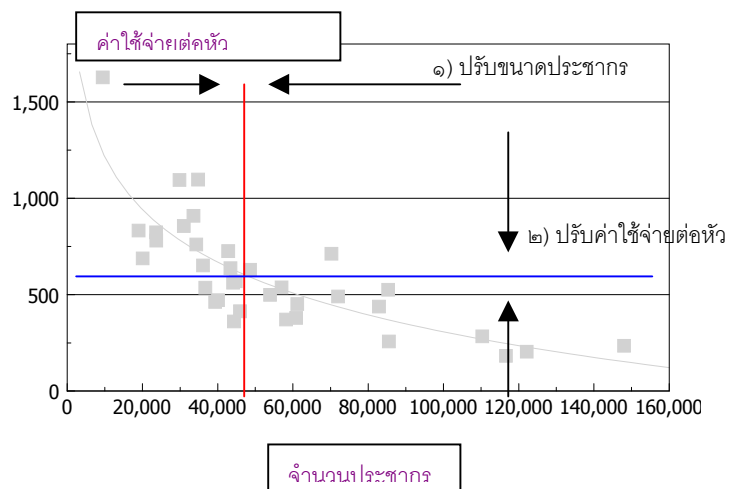


แผนภูมิที่ 9.2 แสดงต้นทุนต่อประชากรสัมพัทธ์ทั้งผ.นอกระบบและผ.นในระบบของกลุ่มอายุต่างๆ

การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณด้านสุขภาพ

ในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณที่เหมาะสมนั้น อาจจะต้องพิจารณาถึงปัจจัยหลายๆด้าน ที่จะส่งผลต่อต้นทุนที่แตกต่างกัน ซึ่งข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพจะสามารถนำมาใช้ในการนี้ได้ อาทิเช่น การใช้ข้อมูลทางด้านความจำเป็นทางสุขภาพ (demand-side) จากความเป็นธรรมที่ 1 ว่าด้วยสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพื้นที่ที่มีสถานะสุขภาพที่ไม่ดี อาจจะมีความเสี่ยงต่อต้นทุนที่สูงกว่า ซึ่งน่าจะรวมถึงปัจจัยทางโครงสร้างอายุของประชากรด้วย โดยพื้นที่ที่มีประชากรในวัยที่ต้องพึ่งพิงสูงน่าจะมีความเสี่ยงต่อการใช้บริการที่มากกว่า เป็นต้น นอกจากนั้นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อาจจะมีผลไปถึงโอกาสของประชาชนในพื้นที่นั้นในการเข้าถึงและใช้บริการพื้นที่ที่ประชาชนมีเศรษฐกิจไม่ดี อาจจะมีความเสี่ยงด้านการเงินในระดับครัวเรือนในการใช้จ่ายด้านสุขภาพ มากกว่าพื้นที่ที่ประชากรมีเศรษฐกิจที่ดี ดังนั้นพื้นที่ที่ประชาชนยากจนน่าจะได้รับการสนับสนุนที่มากขึ้น เป็นต้น

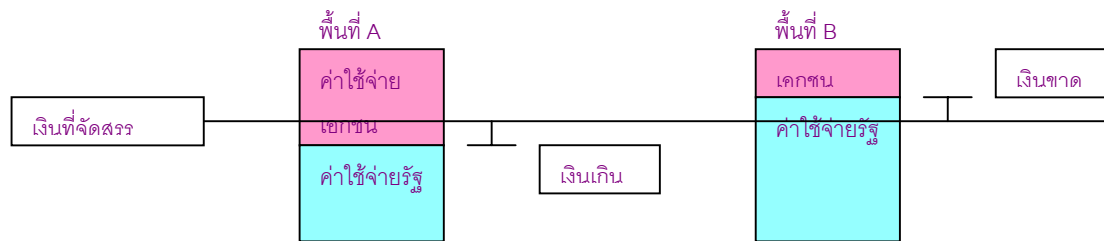
นอกเหนือจากปัจจัยด้านความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพแล้ว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนโดยตรง อาจจะมีผลต่อต้นทุนที่ไม่เท่ากันได้ อาทิเช่น ปัจจัยเชิงขนาด พื้นที่ที่มีขนาดของประชากรจำนวนมาก มีแนวโน้มที่จะมีต้นทุนต่อหัวประชากรที่ต่ำกว่าพื้นที่ที่มีประชากรจำนวนน้อย หากเป็นเช่นนั้นการจัดสรรทรัพยากรหรืองบประมาณ ควรจะคำนึงถึงปัจจัยนี้ด้วยหรือไม่ ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ น่าจะมีวิธีการที่ทำได้หลายวิธี แต่ต้องใช้แบบค่อยเป็นค่อยไป ได้แก่ ๑) ปรับขนาดประชากรของพื้นที่แต่ละหน่วย ให้มีความเหมาะสมและใกล้เคียงกันมากขึ้น (optimal and equal size) ซึ่งวิธีนี้อาจจะทำได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น หากยังมีการยึดติดกับโครงสร้างการแบ่งเขตการปกครอง หรือวิธีที่ ๒) คือการนำตัวแปรด้านขนาดของประชากรมาใช้ในการจัดสรรเงิน แต่ค่อยๆปรับน้ำหนักให้น้อยลง เพื่อให้มีการปรับตัวต่อการมีต้นทุนต่อหัวประชากรที่ใกล้เคียงกันในระยะยาว ซึ่งวิธีนี้ควรใช้ระยะเวลายาวนานในระดับหนึ่ง ในการปรับเปลี่ยน ถ่ายเททรัพยากรจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง และต้องใช้เวลาในการขยายโครงสร้างพื้นฐานในบางพื้นที่ด้วย จึงจะมีความสมดุลกันระหว่างรายรับกับรายจ่าย เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเงินขาด หรือภาวะเงินเกิน ในระยะเปลี่ยนผ่าน ที่มีการปรับตัวไม่ทัน ดังตัวอย่างแสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรกับจำนวนประชากร ของโรงพยาบาลชุมชน ใน 4 จังหวัดภาคกลาง



แผนภูมิที่ 9.3 แสดงค่าใช้จ่ายต่อประชากรของโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนประชากรต่างกันของ 4 จังหวัดภาคกลาง และวิธีการปรับ

นอกเหนือจากตัวแปรด้านขนาดประชากรแล้ว ตัวแปรด้านประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการในความเป็นธรรมที่ 7 ซึ่งสะท้อนภาพของลักษณะต้นทุนโดยรวมของบริการ อันเป็นผลมาจากลักษณะโครงสร้างของสถานบริการด้วย (supply-side) อาทิเช่น พื้นที่ที่มีสถานบริการขนาดใหญ่จำนวนมากจะมีเสี่ยงต่อต้นทุนที่สูงกว่า การที่จะปรับให้ต้นทุนลดลงจำเป็นต้องปรับโครงสร้างของสถานบริการ ดังนั้นในระยะแรกอาจจะต้องนำเอาตัวแปรด้านต้นทุนนี้ มาไว้ในสูตรการจัดสรรเงิน แล้วค่อยๆปรับให้น้ำหนักน้อยลง เพื่อให้มีการปรับตัวโดยการปรับโครงสร้างสถานบริการ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาช่วงหนึ่ง รวมทั้งต้องใช้เวลาในการปรับพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนด้วย

อีกตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจ คือโอกาสในการใช้บริการในภาคเอกชน ถ้าหากงบประมาณที่ว่ามียังไม่สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดได้ หรือครอบคลุมเฉพาะบริการของรัฐ ตัวแปรด้านการใช้บริการของเอกชนก็น่าที่จะนำมาพิจารณาด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก ในบางพื้นที่ที่มีต้นทุนต่ำ ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากประชาชนไปใช้บริการเอกชน ดังนั้นหากจัดสรรเงินลงไปเท่ากับพื้นที่ที่ต้นทุนสูง เนื่องจากประชาชนมาใช้บริการของรัฐ ก็อาจจะสร้างความไม่เป็นธรรมให้เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผลลัพธ์ของการจัดสรรนั้น จะส่งผลต่อลักษณะการใช้บริการของประชาชน จากเอกชนมารัฐหรือไม่ หากไม่มีผลต่อลักษณะการใช้บริการดังกล่าว ก็จะทำให้เกิดภาวะเงินเกิน ในพื้นที่ที่ประชาชนไปใช้เอกชนมาก ในขณะที่เกิดภาวะเงินขาดในพื้นที่ที่ประชาชนมาใช้รัฐมาก ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 9.4 แสดงโอกาสของการเกิดภาวะเงินขาด และเงินเกิน ในกรณีที่แต่ละพื้นที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการภาคเอกชนต่างกัน

ตัวอย่างหนึ่งของสูตรการจัดสรรเงินให้แต่ละพื้นที่ที่ใช้ในประเทศอังกฤษนั้น ใช้ตัวแปรด้านโครงสร้างอายุ (age adjustment) ตัวแปรด้านความจำเป็นทางสุขภาพ (need adjustment) และตัวแปรด้านต้นทุน (cost adjustment) ในการปรับน้ำหนักสำหรับการจัดสรรตามรายหัวประชากร ตามสูตร $WP = POP \times (1+a) \times (1+n) \times (1+c)$ โดยที่ a คือ age adjustment, n คือ needs adjustment และ c คือ cost adjustment แสดงให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดการเกลี่ยที่เป็นธรรมนั้น จะต้องคำนึงถึงตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อต้นทุนต่อประชากร ที่แตกต่างกันด้วย⁽⁴¹⁾ อีกข้อเสนอหนึ่งสำหรับการจัดสรรเงินที่คำนึงถึงความเป็นธรรม ในด้านความเสี่ยงที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่นั้น หากจัดสรรระหว่างพื้นที่ย่อยภายในจังหวัด เช่น จัดสรรระหว่างอำเภอ นั้น ในช่วงเปลี่ยนผ่าน อาจจะใช้ตัวแปร 4 ตัว สำหรับปรับค่ารายหัวประชากรได้ดังนี้

- ๑) ตัวแปรโครงสร้างอายุประชากร (adjustment for age structure) เป็นการปรับโดยใช้โครงสร้างอายุของประชากร ซึ่งทำได้การนำสัดส่วนประชากรแต่ละช่วงอายุมาคูณด้วยค่าสัมพัทธ์ของต้นทุนต่อประชากรในกลุ่มอายุนั้น (ซึ่งได้มาจากอัตราการใช้บริการและต้นทุนต่อหน่วยบริการของแต่ละกลุ่มอายุ) ผลรวมของทุกกลุ่มอายุ เมื่อนำมาเทียบกับค่าเฉลี่ยก็จะเป็นน้ำหนักที่จะใช้ปรับสำหรับพื้นที่นั้น
- ๒) ตัวแปรขนาดประชากร (adjustment for economy of scale) เป็นการปรับโดยใช้สมการถดถอยระหว่างจำนวนประชากรกับค่าใช้จ่ายต่อประชากร โดยใช้ข้อมูลที่ว่า ค่าใช้จ่ายต่อประชากรจะลดลงเมื่อจำนวนประชากรมากขึ้น การปรับในลักษณะนี้จะทำให้พื้นที่ที่มีประชากรน้อย ได้รับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น
- ๓) ตัวแปรค่าใช้จ่ายประมาณการจากอัตราการให้บริการ (adjustment for expected cost by utilization) เป็นการปรับโดยการอ้างอิงอัตราการให้บริการ พื้นที่ที่มีอัตราการให้บริการสูงจะได้รับน้ำหนักที่มากขึ้น เนื่องจากต้องรับภาระด้านบริการสุขภาพมาก อันเป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงบริการ ความนิยมในการใช้บริการ และโอกาสในการใช้บริการอย่างอื่น

- ๔) ตัวแปรค่าใช้จ่ายจริงต่อประชากร (adjustment for real cost per capita) เป็นการใช้จ่ายจริงต่อประชากร ทั้งนี้เนื่องจากอาจจะมีตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร ตัวแปรนี้ควรใช้เฉพาะในระยะแรก การปรับค่าใช้จ่ายต่อประชากรที่จะจัดสรรให้แต่ละพื้นที่นั้น จะเป็นดังนี้

Adjusted capitation = capitation * [(w1*a)+(w2*s)+(w3*u)+(w4*c)] โดย w1 ถึง w4 หมายถึงน้ำหนักของแต่ละตัวแปร เช่น w1คือน้ำหนักของตัวแปร โครงสร้างอายุ โดยที่ $w1+w2+w3+w4 = 1$, a คือค่าที่ปรับตามโครงสร้างอายุ , s คือค่าที่ปรับตามขนาดของประชากร , u คือค่าที่ปรับตามประมาณการค่าใช้จ่ายตามอัตราการใช้บริการ และ c คือค่าที่ปรับตามรายจ่ายจริงต่อประชากร โดยหลักการแล้วน้ำหนักสำหรับรายจ่ายจริงต่อประชากร (w4) ควรจะลดลงหลังจากระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้สถานบริการมีการปรับตัวในการลดรายจ่ายลงให้เหมาะสมกับความจำเป็น และสำหรับน้ำหนัก w1, w2, w3 ควรจะปรับให้มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการจัดสรรเงินหรือจ่ายเงินให้สถานบริการควรใช้หลายวิธีผสมกันเพื่อให้เกิดสมดุลในการกระตุ้นประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเท่าเทียม⁽⁴²⁾

วิธีการดังกล่าวเป็นตัวอย่างการนำเอาข้อมูลความเป็นธรรมบางส่วนที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ มาทำให้เกิดประโยชน์ในระดับนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ

9.2. ความเป็นธรรม ในฐานะเครื่องมือของการพัฒนาและติดตามระบบ

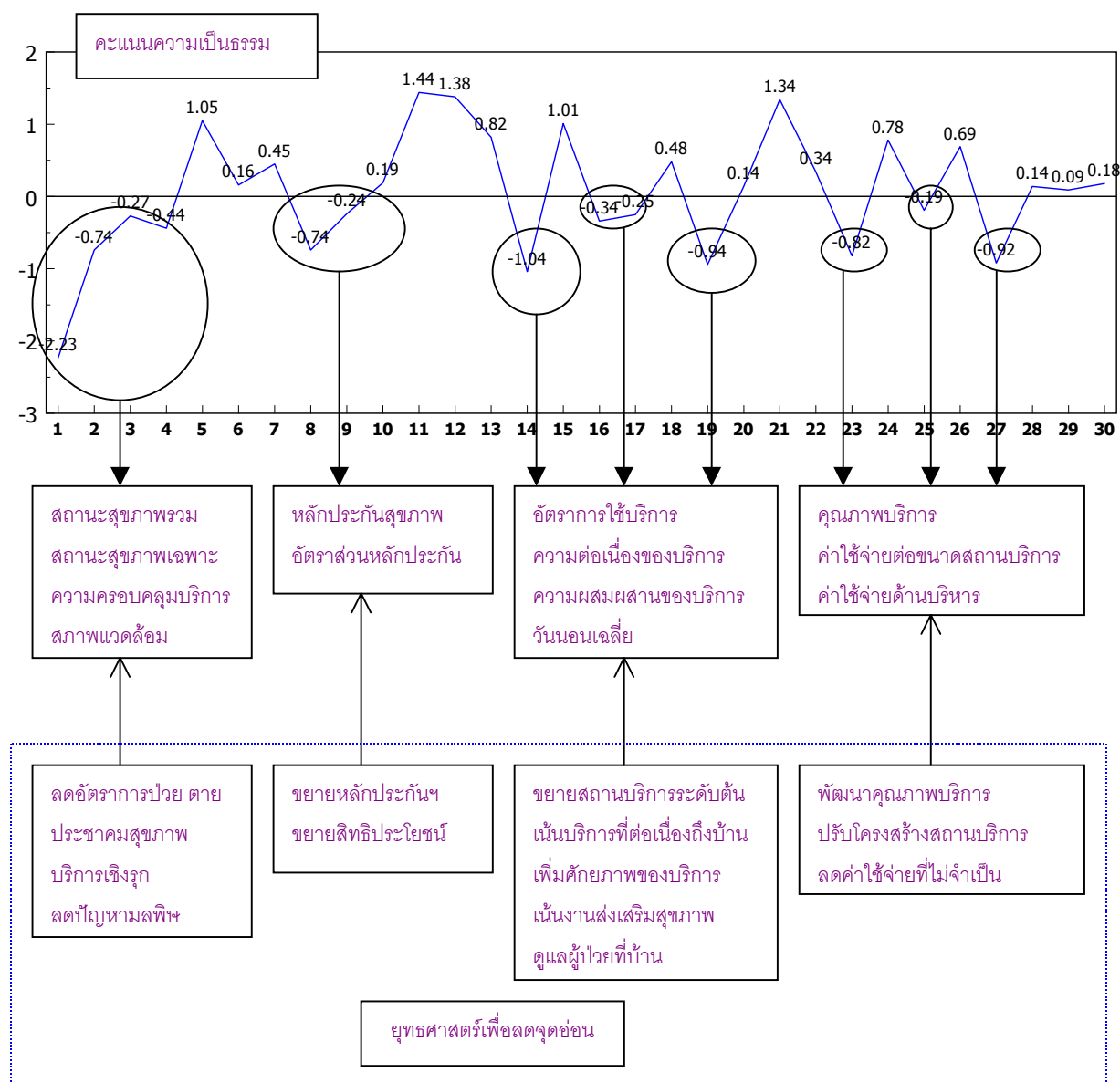
สำหรับการใช้ข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพ สำหรับการพัฒนาและติดตามระบบในระดับบริหารจัดการ นั้น ในระดับพื้นที่สามารถใช้ข้อมูลความเป็นธรรมดังกล่าวในการประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน กำหนดเป้าหมาย วางแผนยุทธศาสตร์ และติดตามประเมินผล หากให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมทางสุขภาพดังกล่าว ในฐานะที่เป็นเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพ พื้นที่จะต้องมีความพยายามในการขยับระดับความเป็นธรรมในด้านต่างๆ ของตนเองให้สูงขึ้น ข้อมูลที่สามารถใช้ได้คือคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพเชิงปริมาณ และลำดับที่ของจังหวัดตนเอง ในดัชนีชี้วัดต่างๆ ที่เกิดจากการเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆ โดยหลักการแล้วหากกำหนดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานให้คงที่ คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพจะดีขึ้นเมื่อข้อมูลของตนเองดีขึ้น สำหรับการใช้อ้างอิงข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพในระดับบริหารนั้น อาจจะแบ่งได้เป็น 2 ส่วนด้วยกันคือ การพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพในพื้นที่ และการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพในพื้นที่

ในการพัฒนาให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพในพื้นที่นั้น โดยหลักการแล้วจำเป็นต้องเพิ่มระดับของความเป็นธรรมทางโดยรวม และการรักษาความสมดุลระหว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพในด้านต่างๆ คือจะต้องขยับความเป็นธรรมในด้านต่างๆ ให้ดีขึ้นไปพร้อมๆ กัน การพัฒนาให้เกิดความเป็นธรรมในพื้นที่ อาจจะประยุกต์ใช้คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพเชิงปริมาณ ที่สามารถแสดงได้ทั้งบวกและด้านลบของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในการประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน กำหนดเป้าหมาย และวางแผนยุทธศาสตร์

ตัวอย่างของข้อมูลคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพระดับพื้นที่ หากใช้ระดับจังหวัดก็จะได้ข้อมูลที่แสดงทั้งสถานการณ์และจุดแข็ง จุดอ่อนได้ในเวลาเดียวกัน และสำหรับจุดอ่อนที่มีอยู่ก็ควรจะได้รับการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อปรับให้ความเป็นธรรมในด้านนั้นๆ ดีขึ้น ด้วยวิธีการที่ไม่ได้ลดความเป็นธรรมทางด้านอื่นๆ ลง

จากตัวอย่างข้อมูลของจังหวัดเชียงใหม่ หากนำกลุ่มดัชนีชี้วัดทั้ง 30 กลุ่ม ในความเป็นธรรมทั้ง 8 ข้อ มาพิจารณาดูจะแสดงให้เห็นถึงประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็นลบ ซึ่งหมายถึงจุดอ่อนของจังหวัดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น อัน ได้แก่ สถานะสุขภาพรวมและเฉพาะกลุ่ม ความครอบคลุมของบริการ สภาพแวดล้อม ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพและอัตราส่วนระหว่างหลักประกันสุขภาพ อัตราการใช้บริการของรัฐ ความต่อเนื่องและความผสมผสานของบริการ วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล คุณภาพบริการ ค่าใช้จ่ายต่อขนาดสถานบริการ และค่าใช้จ่ายด้านบริหาร ซึ่งเมื่อทราบประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอยู่แล้ว ก็สามารถกำหนดยุทธศาสตร์ที่ช่วยปรับให้ความเป็นธรรมในด้านนั้นๆดีขึ้น อาทิเช่น การลดอัตราป่วยและตายในโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ เพื่อเพิ่มคะแนนของสถานะสุขภาพโดยรวม เช่นการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และอุบัติเหตุ เป็นต้น ตัวอย่างของยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาตามประเด็นความเป็นธรรม แสดงในแผนภูมิที่ 9.5

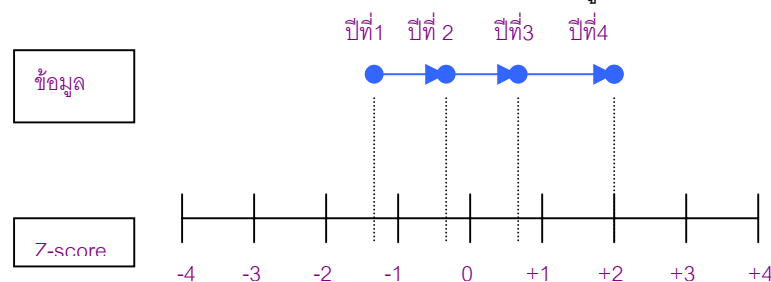


แผนภูมิที่ 9.5 แสดงการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนสำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยใช้คะแนนความเป็นธรรมเชิงปริมาณ

จะเห็นว่าระดับพื้นที่ที่สามารถใช้ข้อมูลความเป็นธรรมในการกำหนดยุทธศาสตร์ได้ แต่ก็ต้องมีการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในช่วงเวลานั้น

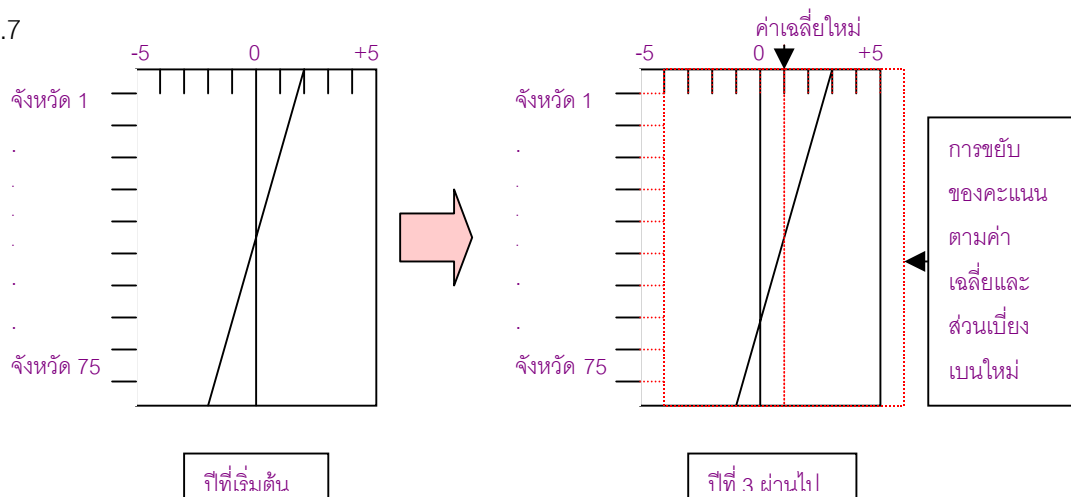
การติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การได้มาซึ่งข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพในช่วงเวลาหนึ่ง ก็จะมีประโยชน์ต่อการดำเนินงานในช่วงเวลานั้น ดังนั้นจะจำเป็นมีการปรับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการดำเนินงานระดับพื้นที่ในแต่ละช่วงเวลาได้ การเก็บข้อมูลดังกล่าวนอกจากจะเป็นการใช้ข้อมูลในการกำหนดปัญหาและยุทธศาสตร์ในช่วงเวลานั้นๆแล้ว ระบบดังกล่าวยังเป็นการติดตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และติดตามผลของการพัฒนาความเป็นธรรมตามยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการไปอีกด้วย จึงน่าจะมีความสำคัญที่จะให้เครื่องมือความเป็นธรรมดังกล่าวในการติดตามระบบ โดยในระดับพื้นที่นั้น สามารถใช้ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา มาแปลงเป็นค่าคะแนน z-score ได้โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษานี้ มาใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นเมื่อค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นค่าคงที่ คะแนน z-score จะเปลี่ยนแปลงตามข้อมูลที่เปลี่ยนไป ดังตัวอย่างในแผนภูมิที่ 9.6



แผนภูมิที่ 9.6 แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเป็นธรรมเมื่อข้อมูลเปลี่ยนแปลงไป โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่คงที่

หากจะดูในระดับประเทศที่ดำเนินการในทุกจังหวัด ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปจะขยับคะแนน z-score ของทุกจังหวัด ถ้าทิศทางของการเปลี่ยนแปลงของทุกจังหวัดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือดีขึ้นทั้งหมด เมื่อผ่านไประยะเวลาหนึ่ง คะแนนของจังหวัดส่วนใหญ่จะเป็นคะแนนบวก ซึ่งอาจจะไม่สามารถบอกความแตกต่างระหว่างจังหวัดได้ชัดเจน ดังนั้นจึงควรที่จะปรับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใหม่ ตามข้อมูล ณ เวลานั้น (recalibration) ก็จะทำให้คะแนน z-score ของทุกจังหวัดมีค่าใหม่ ที่มีทั้งคะแนนที่เป็นบวกและเป็นลบ ซึ่งโดยปกติแล้วควรใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่คงที่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง อาจจะประมาณ 3-4 ปี เพื่อให้เห็นทิศทางของการเปลี่ยนแปลงดังแผนภูมิที่ 9.7

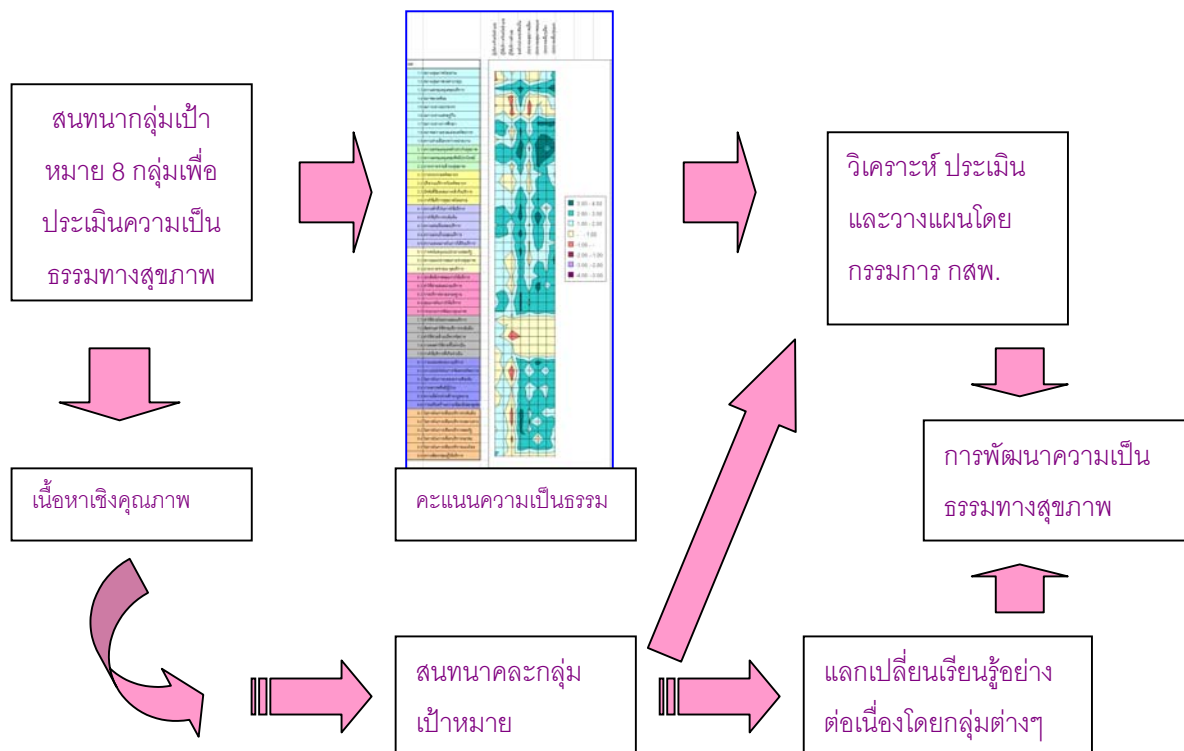


แผนภูมิที่ 9.7 แสดงคะแนนความเป็นธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ซึ่งควรมีการปรับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จะเห็นได้ว่าทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศสามารถใช้ข้อมูลนี้ในการติดตามความเป็นธรรมในแต่ละประเด็นได้ ถ้าหากประเด็นใดที่มีทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่แย่ง ก็ควรจะได้รับความสนใจเป็นพิเศษในการแก้ไข

9.3. ความเป็นธรรม ในฐานะเครื่องมือสำหรับการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจ

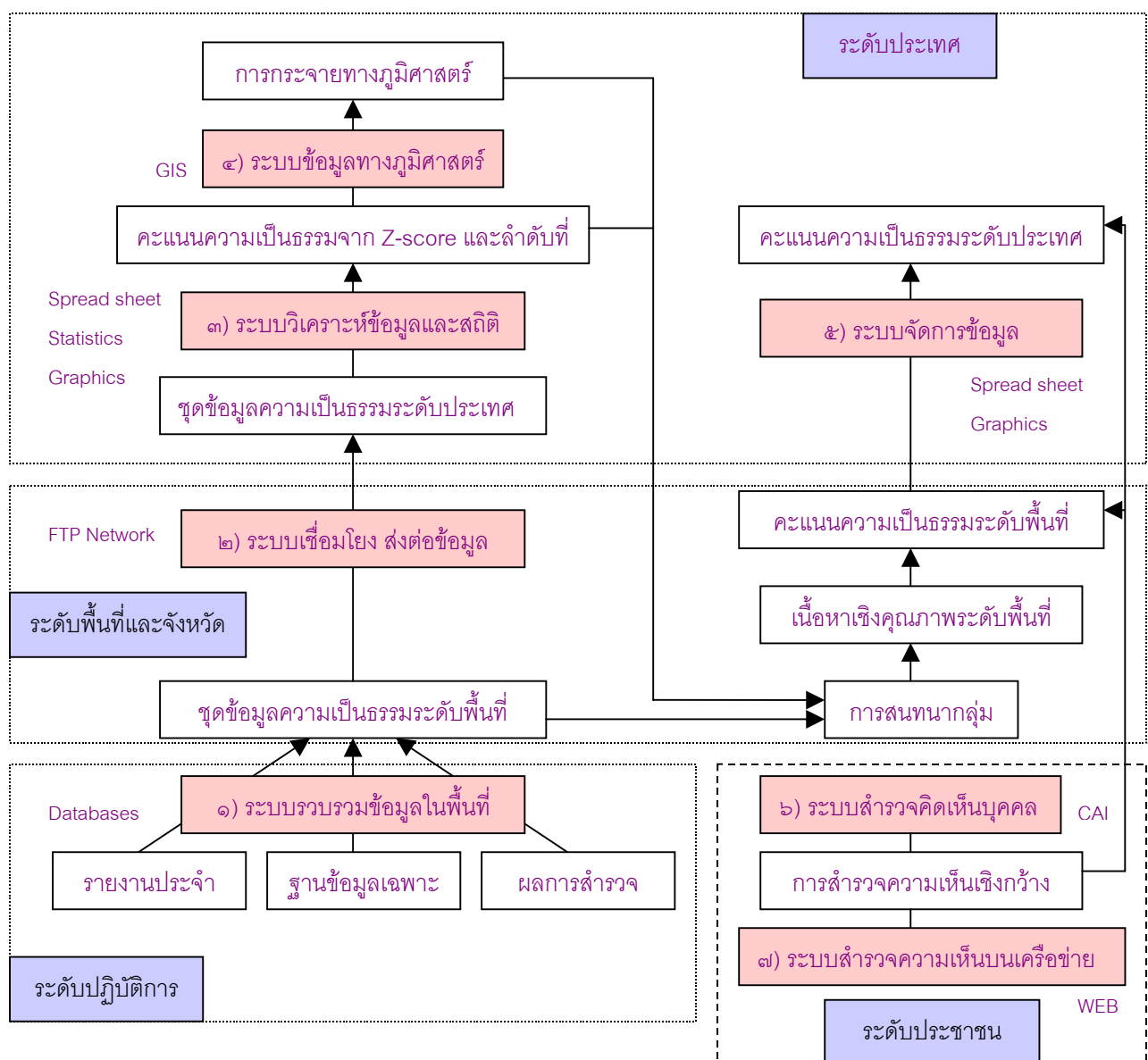
ในทางปฏิบัติ การใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพในการประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้น จะช่วยให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นผ่านกลไกการสนทนากลุ่ม และการให้คะแนนความเป็นธรรม สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่นำมาให้ความคิดเห็นและประเมินความเป็นธรรม ในการสนทนาครั้งแรกนั้น ควรจะเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกัน (homogeneous) ทั้งนี้เพื่อให้แต่ละกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ และหลังจากนั้นจะเริ่มผสมผสานให้กลุ่มมีความแตกต่างกันบ้าง เพื่อให้เกิดความหลากหลายของความเห็น และปูพื้นฐานของการขยายความมีส่วนร่วมระหว่างภาคีทางสุขภาพ จนเกิดเป็นองค์กรที่มีโครงสร้างในการติดตามประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพในที่สุด ซึ่งจะสอดคล้องกับหลักการของการกระจายอำนาจที่ต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมการดูแลระบบสุขภาพ ถ้าหากรูปแบบการกระจายอำนาจทางสุขภาพเป็นรูปแบบที่จะต้องมีการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)⁽⁴³⁾ ซึ่งมีองค์ประกอบมาจาก 5 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุข กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มประชาคมและผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวแทนที่เข้ามาอยู่ใน กสพ. ควรนำความเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ มาพิจารณาร่วมกันใน กสพ. เพื่อที่จะวางแผนยุทธศาสตร์ในการปรับให้ความเป็นธรรมทางสุขภาพดีขึ้น ข้อมูลที่จะนำมาใช้ประกอบการพัฒนา ควรจะเป็นทั้งข้อมูลที่เป็นคะแนนความเป็นธรรม และข้อมูลที่เป็นเนื้อหาเชิงคุณภาพ โดยส่วนหนึ่งควรจะใช้กรณีตัวอย่างในการสะท้อนภาพความเป็นธรรมทางสุขภาพในด้านต่างๆ ด้วย ประเด็นสำคัญในเรื่องนี้คือ การเปิดใจให้กว้างในการยอมรับความเห็นของกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งการมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้ดีขึ้น ในแง่มุมมองของความเป็นธรรม



แผนภูมิที่ 9.8 แสดงการใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมเชิงคุณภาพ ในฐานะที่เป็นจุดเริ่มต้นของความมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยประชาคม

9.4. ระบบข้อมูลเพื่อติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การที่จะประเมินและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพได้นั้น ระบบข้อมูลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ทราบถึง สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ชุดข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพจะมีทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยที่การใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพจะนำมาซึ่งคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพจากความเห็นของกลุ่มด้วย ระบบข้อมูลดังกล่าวจะทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลออกมาในรูปแบบที่สามารถใช้งานได้ ทั้งในระดับปฏิบัติการ ระดับบริหารจัดการในพื้นที่ และระดับนโยบายของประเทศ การเชื่อมโยงของระบบข้อมูลด้านความเป็นธรรม จะประกอบไปด้วยระบบย่อย 7 ระบบด้วยกัน ซึ่งประกอบด้วย ๑) ระบบรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในพื้นที่ ๒) ระบบเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูล ๓) ระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ ๔) ระบบข้อมูลทางภูมิศาสตร์ ๕) ระบบจัดการข้อมูลคะแนนจากเครื่องมือเชิงคุณภาพ ๖) ระบบสำรวจความเห็นระดับบุคคล และ ๗) ระบบสำรวจความเห็นบนเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ดังแสดงในแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 9.9 แสดงระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้ง 7 ระบบย่อย 4 ระดับ

๑๐

อภิปรายและสรุปผล

ในบทนี้จะทำการอภิปรายใน 2 ส่วนหลักด้วยกัน ส่วนแรก เป็นการอภิปรายถึงวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพแต่ละวิธี ซึ่งประกอบไปด้วยการวัดที่ใช้ข้อมูลคำนวณออกมาเป็นดัชนีชี้วัด หรือตัวเลขบางประการที่บ่งบอกถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยที่ข้อมูลดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และวิธีการวัดที่ใช้บุคคลเป็นผู้ประเมิน โดยอาศัยหลักฐานบางประการ รวมทั้งประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ประเมินเอง โดยวิธีการดังกล่าวจะมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนในการประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ นอกจากนี้จะอธิบายถึงข้อมูลที่จำเป็นต้องมีสำหรับการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพแต่ละวิธี รวมทั้งช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล และความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ ในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้จะได้อภิปรายสรุปถึงประโยชน์ของการนำดัชนีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ มาใช้ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ สำหรับในส่วนที่ 2 จะอภิปรายถึงตัวเครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในการศึกษารั้วนี้ โดยแบ่งออกเป็นเครื่องมือเชิงปริมาณ ที่วิเคราะห์มาจากข้อมูลทฤษฎี และเครื่องมือเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการให้คะแนน ว่ามีคุณลักษณะอย่างไร และมีความเหมาะสมเพียงใด รวมทั้งมีความจำเป็นในการพัฒนาในระยะต่อไปอย่างไร

ส่วนที่ 1 วิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้น สามารถกระทำได้หลายวิธี โดยแต่ละวิธีนั้นจะมีวัตถุประสงค์และวิธีการวัดที่แตกต่างกันไป ในที่นี้จะทำการเปรียบเทียบวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ 3 วิธีการหลัก ได้แก่ การวัดโดยใช้ดัชนีชี้วัดรวม การวัดโดยการเปรียบเทียบตัวแปร ระหว่างกลุ่มและระหว่างพื้นที่ และการวัดโดยการให้คะแนน โดยจะเปรียบเทียบในด้านวัตถุประสงค์ วิธีการ จุดแข็ง และข้อจำกัด รวมทั้งข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ แต่ละวิธี ดังนี้

10.1. วิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การเปรียบเทียบวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ใช้ในระบบสุขภาพนั้น อาจจะแบ่งกลุ่มวิธีการวัด ออกเป็น 3 วิธีการหลัก ได้แก่

- ๑) การวัดโดยใช้ดัชนีชี้วัดที่เป็น ดัชนีชี้วัดรวม
- ๒) การวัดโดยใช้การเปรียบเทียบตัวแปร ระหว่างกลุ่ม และระหว่างพื้นที่
- ๓) การวัดโดยใช้การให้คะแนน

10.1.1. การวัดโดยใช้ ดัชนีชี้วัดรวม (Composite index for inequity)

หมายถึง การคำนวณข้อมูล เพื่อให้มาซึ่งตัวเลขที่บ่งบอกถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่แล้วตัวเลขที่ได้ มักจะแสดงผลของความไม่เสมอภาคระหว่างบุคคล หมายถึงมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล ในด้านต่างๆ อาทิเช่น ด้านสถานะสุขภาพ ด้านการจ่ายเงินเข้าสู่ระบบสุขภาพ และด้านการใช้บริการ เป็นต้น ซึ่งดัชนีชี้วัดบางอย่างจะบ่งบอกถึงความเป็นธรรมในแนวนอน (Horizontal equity) ในขณะที่บางอย่างบ่งบอกถึงความเป็นธรรมในแนวตั้ง (Vertical equity) โดยความเป็นธรรมทั้ง 2 ประเภทนี้ ได้อธิบายไว้แล้วในบทที่ 1 ดัชนีชี้วัดด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นดัชนีชี้วัดรวม มีตัวอย่างที่เป็น ดัชนีชี้วัดความเสมอภาคของสถานะสุขภาพ ของการจ่ายเงิน และของการใช้บริการ จำนวน 4 ตัว โดยมีวัตถุประสงค์ และวิธีการ ดังนี้

1 0 . 1 แสดงวัตถุประสงค์และวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นดัชนีชี้วัดรวม

ดัชนีชี้วัด	วัตถุประสงค์	วิธีการ
1. ดัชนีชี้วัดความเสมอภาคของสถานะสุขภาพ (ความอยู่รอดของเด็ก) (Equality Index of Child Survival) ⁽³⁾	เพื่อวัดความเสมอภาคของความอยู่รอดของเด็ก ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดสำหรับสถานะสุขภาพของสังคม ในทางทฤษฎี ความอยู่รอดดังกล่าว ระหว่างเด็กแต่ละคนไม่ควรแตกต่างกัน	ใช้ข้อมูลระยะเวลาอยู่รอดของเด็กแต่ละคน (survival time) แล้วคำนวณความแตกต่างระหว่างระยะเวลาอยู่รอดของเด็กแต่ละคน กับค่าเฉลี่ยของระยะเวลาอยู่รอดของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้สูตร $\text{Equality of child survival} = \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n x_i - x_j ^3}{2n^2 \bar{x}^{0.5}} \right]$ โดยที่ x หมายถึงระยะเวลาที่อยู่รอดของเด็กแต่ละคน และ $\bar{x}$ หมายถึงระยะเวลาอยู่รอดเฉลี่ย ค่าที่เท่ากับ 1 หมายถึงมีความเสมอภาคสมบูรณ์
2. ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน (Fairness of Financial Contribution) ⁽³⁾	เพื่อวัดความเป็นธรรมในการจ่ายเงิน ของแต่ละครอบครัว ที่จ่ายเงินเข้าสู่ระบบสุขภาพ ซึ่งควรมีสัดส่วนของการจ่ายเงินต่อรายได้ของครัวเรือนที่ใกล้เคียงกัน	ใช้ข้อมูลสัดส่วนของรายจ่ายของแต่ละครัวเรือนต่อรายได้ของแต่ละครัวเรือน โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสัดส่วนรายจ่ายดังกล่าวกับสัดส่วนที่เป็นค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตร $\text{Fairness of financial contribution} = \left[1 - 4 \frac{\sum_{i=1}^n HFC_i - \overline{HFC} ^3}{0.125n} \right]$ โดยที่ HFC หมายถึงสัดส่วนการจ่ายเงินของแต่ละครัวเรือน และ $\overline{HFC}$ คือค่าเฉลี่ยของสัดส่วนการจ่ายเงิน ค่าของดัชนีที่เท่ากับ 1 จะหมายถึงการมีความเป็นธรรมของการจ่ายเงินที่สมบูรณ์

ดัชนีชี้วัด	วัตถุประสงค์	วิธีการ
3. ดัชนีคัควานี (Kakwani Index) ⁽¹¹⁾	เพื่อวัดความเป็นธรรมในการจ่ายเงิน ในลักษณะของความก้าวหน้าต่อรายได้ของระบบภาษี (Progressivity) ซึ่งบ่งบอกว่า ผู้ที่มีรายได้มากควรจ่ายเงินเข้าระบบสุขภาพด้วยสัดส่วนต่อรายได้ที่มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เป็นความเป็นธรรมในแนวดิ่ง (Vertical equity)	ใช้ข้อมูลรายบุคคลที่มีรายได้ และจำนวนเงินที่จ่าย (ภาษี) โดยนำคนทั้งหมดมาเรียงลำดับตามรายได้ แล้วแบ่งช่วงของคนที่มีรายได้จากต่ำไปสูงออกเป็น 5 ช่วง (Quintile) หรือ 10 ช่วง (Decile) ต่อจากนั้นให้ Plot ค่ารายได้สะสม และค่าการจ่ายเงิน (ภาษี) สะสม แล้วลากเส้น จะได้เส้น 2 เส้น คำนวณพื้นที่ระหว่างเส้นทแยงมุมกับเส้นทั้ง 2 โดยใช้พื้นที่ของเส้นภาษีลบด้วยพื้นที่ของเส้นรายได้จะได้ค่าดัชนีคัควานี หากค่าเป็นบวกแสดงว่าการจ่ายเงินมีความเป็นธรรม (ก้าวหน้าต่อรายได้) ค่าเป็นลบหมายความว่าไม่เป็นธรรม
4. ดัชนีวัดการกระจายของการใช้บริการ (Concentration Index for health care utilization) ⁽¹²⁾	เพื่อวัดความเป็นธรรมของการใช้บริการ เนื่องจากการใช้บริการควรเป็นไปตามความต้องการทางสุขภาพ บุคคลที่มีความต้องการมาก ควรจะได้รับบริการมาก	ใช้วิธีคล้ายกับดัชนีคัควานี โดยการเรียงลำดับบุคคลตามรายได้ แล้วแบ่งออกเป็น 5 ช่วงหรือ 10 ช่วง ต่อจากนั้น Plot ค่าความเจ็บป่วยสะสม และค่าการให้บริการสะสม แล้วลากเส้นจะได้เส้น 2 เส้น คำนวณพื้นที่ระหว่างเส้นทแยงมุมกับเส้นทั้ง 2 โดยใช้พื้นที่ของการเจ็บป่วยลบด้วยพื้นที่ของการให้บริการ จะได้ค่าดัชนีความเป็นธรรมแนวราบของการให้บริการ หากค่าดังกล่าวเป็นบวก หมายความว่า การใช้บริการเข้าข้างคนรวย หากค่าดัชนีเป็นลบ หมายความว่า การใช้บริการเข้าข้างคนจน

10.1.2. การวัดโดยใช้ การเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่ม และระหว่างพื้นที่ (Comparison of Variables among groups and areas)

หมายถึง วิธีการที่นำเอาตัวแปร หรือดัชนีชี้วัดบางประการมาเปรียบเทียบกัน ระหว่างกลุ่มบุคคล หรือระหว่างพื้นที่ โดยที่ส่วนใหญ่แล้ว การเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มบุคคลนั้น มักจะเปรียบเทียบกัน ระหว่างกลุ่มรายได้ที่แตกต่างกัน โดยการแบ่งช่วงของรายได้ ออกเป็น 5 กลุ่มหรือ 10 กลุ่ม แล้วใช้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มมาเปรียบเทียบกันว่า คนที่มีรายได้ต่ำ หรือสูง มีความได้เปรียบหรือเสียเปรียบกันมากน้อยเพียงใด โดยใช้ตัวแปรต่างๆ อาทิเช่น สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน อัตราการตายของกลุ่ม ฯลฯ ในขณะที่การเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ก็เป็นการนำข้อมูลของแต่ละพื้นที่มาเปรียบเทียบ อาทิเช่น ทรัพยากรสุขภาพต่อประชากร อัตราการใช้บริการ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยอาจจะใช้กรอบของ Benchmark of Fairness มาใช้ในการประเมิน โดยวิธีการทั้ง 2 มีวัตถุประสงค์และวิธีการ ดังนี้

1 0 . 2 แสดงวัตถุประสงค์และวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มและ

การเปรียบเทียบ	วัตถุประสงค์ และตัวแปรที่ใช้	วิธีการ
1. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน (Socio-economic group)	เพื่อเปรียบเทียบประเด็นด้านความเป็นธรรมต่างๆระหว่างกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน เพื่อแสดงแนวโน้มว่าแต่ละกลุ่มทางสังคมดังกล่าวมีความเสมอภาคกันหรือไม่	ใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ยของแต่ละฐานทางเศรษฐกิจ โดยอาจจะแบ่งตามลำดับของรายได้ โดยการแบ่งเป็น 5 ช่วง หรือ 10 ช่วง หรืออาจจะใช้ตัวแปรอื่นในการจำแนกกลุ่มบุคคลก็ได้ ข้อมูลที่นำมาใช้เปรียบเทียบได้แก่ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ หากค่าเฉลี่ยของสัดส่วนดังกล่าว ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย มีค่าสูงกว่า ผู้มีรายได้มาก แสดงว่าการจ่ายเงินดังกล่าวมีความไม่เป็นธรรม
2. การเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ โดยใช้กรอบของ Benchmark of Fairness โดยใช้ตัวแปรเชิงปริมาณ	เพื่อเปรียบเทียบประเด็นต่างๆของระบบสุขภาพระหว่างพื้นที่ โดยหลักการสำคัญคือ แต่ละพื้นที่ควรมีปัจจัยต่างๆที่เท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรสุขภาพ การเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายสุขภาพ สถานะสุขภาพ โดยการใช้ตัวแปรต่างๆ ภายใต้กรอบของ Benchmark of Fairness จำนวน 9 หัวข้อ	ใช้ข้อมูลระดับพื้นที่ ในการเปรียบเทียบ อาทิเช่น เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด หรือระหว่างอำเภอ โดยนำข้อมูลของพื้นที่ต่างๆ มาเรียงลำดับ ก็จะเห็นความแตกต่างระหว่างพื้นที่ หรือโดยการคำนวณค่าที่เบี่ยงเบนไปจากค่าเฉลี่ย เช่นการคำนวณค่า Z-score ที่มาจากการนำค่าของพื้นที่ลบด้วยค่าเฉลี่ย แล้วหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าที่เป็นลบมาก หรือ บวกมาก แสดงว่าเบี่ยงเบนไปจากค่าเฉลี่ยมาก การที่ค่าต่างๆแตกต่างกันมากแสดงว่าระบบสุขภาพยังไม่เป็นธรรม ซึ่งอาจจะแสดงได้ด้วยการกระจายทางภูมิศาสตร์ หรือ GIS (Geographical Information System)

10.1.3. การวัดโดยใช้ การให้คะแนน (Scoring for inequity measurement)

หมายถึง การวัดโดยให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ประเมิน โดยอาจจะใช้หรือไม่ใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ การให้คะแนนโดยบุคคลนั้น เปรียบเสมือนเป็นการตีค่าประเด็นต่างๆด้านสุขภาพ โดยการเปรียบเทียบกับค่าฐานบางอย่าง อาทิเช่น เปรียบเทียบกับอดีต หรือเปรียบเทียบกับความคาดหวังที่ควรจะเป็น วิธีการดังกล่าวสามารถใช้กับประเด็นต่างๆได้ในวงกว้าง เนื่องจากใช้การรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ กรอบในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยวิธีการดังกล่าว จะใช้กรอบของ Benchmark of Fairness ทั้ง 9 ข้อ โดยมีวัตถุประสงค์ และวิธีการ ดังนี้

ตารางที่ 10.3 แสดงวัตถุประสงค์และวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการให้คะแนน

การให้คะแนน	วัตถุประสงค์ และกรอบที่ใช้	วิธีการ
1. การให้คะแนนความเป็นธรรม โดยกลุ่มต่างๆ โดยใช้กรอบของ Benchmark of Fairness	เพื่อให้ได้มาซึ่งการประเมินระบบสุขภาพโดยกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ประเด็นต่างๆที่มีความครอบคลุม ในกรอบของ Benchmark of Fairness ทั้ง 9 หัวข้อ	จัดทำเครื่องมือที่จะให้กลุ่มบุคคลให้คะแนนความเป็นธรรมในประเด็นต่างๆทั้ง 9 หัวข้อ โดยอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม หรือการแจกแบบสอบถาม โดยกลุ่มบุคคลดังกล่าวควรจะเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งอาจจะใช้การเปรียบเทียบกับอดีต หรือการเปรียบเทียบกับความคาดหวัง (สิ่งที่ควรจะเป็น)

10.2. จุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

วิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพแต่ละวิธี มีทั้งจุดแข็งและข้อจำกัด การใช้ดัชนีชี้วัดรวม มักจะมีปัญหาเรื่องแหล่งข้อมูล ความซับซ้อนในการคำนวณ และความยากลำบากในการตีความ และทำความเข้าใจ ในขณะที่การเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่ม หรือระหว่างพื้นที่นั้น มีความเป็นไปได้เรื่องข้อมูลมากกว่า แต่ก็อาจจะเป็น scale ที่หยابเกินไปที่จะใช้เปรียบเทียบระหว่างบุคคล ส่วนการใช้วิธีการให้คะแนนนั้น ก็เป็นวิธีการที่ง่าย ไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลก็สามารถประเมินได้ แต่ก็จะมีปัญหาเรื่องความตรงของข้อมูล เนื่องจากเป็นการรับรู้ของผู้ประเมินเอง ซึ่งมีความเป็น subjectivity ที่ค่อนข้างสูงนั่นเอง การเลือกใช้วิธีการต่างๆ จึงควรคำนึงประเด็นเหล่านี้ด้วย โดยแต่ละวิธีมีจุดแข็งและข้อจำกัด ดังนี้

10.2.1. จุดแข็งและข้อจำกัด ของการวัดโดยใช้ ดัชนีชี้วัดรวม

ตารางที่ 10.4 แสดงจุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นดัชนีชี้วัดรวม

ดัชนีชี้วัด	จุดแข็ง	จุดอ่อน หรือข้อจำกัด
1. ดัชนีชี้วัดความเสมอภาค ของสถานะสุขภาพ (ความอยู่ รอดของเด็ก) (Equality Index of Child Survival)	- เป็นดัชนีที่แสดงถึงความเสมอภาคของสถานะสุขภาพ โดยแสดงด้วยตัวเลขเพียงตัวเดียว - ใช้เปรียบเทียบระหว่างประเทศได้ เนื่องจากเสนอโดยองค์การอนามัยโลก	- เป็นการวัดความเสมอภาค ที่ไม่แสดงทิศทางว่าผู้ที่มีสถานะสุขภาพที่ด้อยกว่านั้นเป็นคนรวยหรือคนจน - ต้องการข้อมูลรายบุคคล และวิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม - มีความซับซ้อนของวิธีการคำนวณ
2. ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรม ของการจ่ายเงิน (Fairness of Financial Contribution)	- เป็นดัชนีที่แสดงถึงความเสมอภาคของการจ่ายเงิน โดยแสดงด้วยตัวเลขเพียงตัวเดียว - ใช้เปรียบเทียบระหว่างประเทศได้ เนื่องจากเสนอโดยองค์การอนามัยโลก	- เป็นการวัดความเสมอภาค ที่ไม่แสดงความไม่เป็นธรรมในแนวดิ่ง คือไม่แสดงถึงความก้าวหน้าต่อรายได้ของการจ่ายเงิน - ต้องการข้อมูลรายบุคคล และวิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม - มีความซับซ้อนของวิธีการคำนวณ
3. ดัชนีคักวานี (Kakwani Index)	- เป็นดัชนีที่แสดงถึงความไม่เป็นธรรมของการจ่ายเงิน โดยแสดงด้วยตัวเลขเพียงตัวเดียว - ใช้เปรียบเทียบระหว่างประเทศ - สามารถแสดงความไม่เป็นธรรมในแนวดิ่ง โดยการแสดงถึงความก้าวหน้าต่อรายได้	- ต้องการข้อมูลรายบุคคล ที่เป็นทั้งรายได้ และการจ่ายภาษี รวมทั้งวิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม - มีความซับซ้อนของวิธีการคำนวณ และยากแก่การเข้าใจ
4. ดัชนีวัดการกระจายของ การใช้บริการ (Concentration Index for health care utilization)	- เป็นดัชนีที่แสดงถึงความไม่เป็นธรรมของการใช้บริการ โดยแสดงด้วยตัวเลขเพียงตัวเดียว - ใช้เปรียบเทียบระหว่างประเทศ - สามารถแสดงทิศทางของความเป็นธรรมว่าการใช้บริการนั้นเข้าข้างคนรวยหรือคนจน	- ต้องการข้อมูลรายบุคคล ที่เป็นทั้งการเจ็บป่วย และการใช้บริการ รวมทั้งวิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม - มีความซับซ้อนของวิธีการคำนวณ และยากแก่การเข้าใจ

10.2.2. จุดแข็งและข้อจำกัดของการวัดโดยใช้ การเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่ม และระหว่างพื้นที่

ตารางที่ 10.5 แสดงจุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มและระหว่างพื้นที่

การเปรียบเทียบ	จุดแข็ง	จุดอ่อน หรือข้อจำกัด
1. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน (Socio-economic group)	- แสดงความไม่ เป็น ธรรมระหว่างกลุ่มบุคคล ทำให้สามารถวางแผนนโยบายกับกลุ่มที่ได้รับความไม่เป็นธรรมได้ชัดเจน - สามารถแสดงให้เห็นได้โดยง่าย ด้วยแผนภูมิเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน - เข้าใจง่าย และไม่ต้องการการคำนวณที่ซับซ้อน	- ต้องการข้อมูลระดับบุคคลในการคำนวณค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ทั้งในส่วนของรายได้ หรือตัวแปรอื่นที่บ่งบอกฐานะทางเศรษฐกิจสังคม - ใช้ได้เฉพาะกับประเด็นที่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคลเท่านั้น
2. การเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ โดยใช้กรอบของ Benchmark of Fairness โดยใช้ตัวแปรเชิงปริมาณ	- แสดงความไม่ เป็น ธรรมระหว่างพื้นที่ ทำให้สามารถวางแผนนโยบายกับพื้นที่ที่ได้รับความไม่เป็นธรรมได้ชัดเจน - สามารถแสดงให้เห็นได้โดยง่าย ด้วยแผนภูมิเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ หรือแผนที่ภูมิศาสตร์ (GIS) - เข้าใจง่าย และไม่ต้องการคำนวณที่ซับซ้อน - ใช้ข้อมูลระดับพื้นที่ ซึ่งมักจะมีอยู่แล้วในระบบข้อมูลปกติ - มีความครอบคลุมประเด็นต่างๆในระบบสุขภาพ ที่จะใช้เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่	- ใช้ได้เฉพาะกับประเด็นที่เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ หากจะเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล จะต้องใช้ในลักษณะของดัชนีชี้วัดรวมที่บ่งบอกความไม่ ธรรมระหว่างบุคคลในแต่ละพื้นที่ - มีข้อจำกัดในการแปลผล เนื่องจากการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ซึ่งในหลายๆประเด็นนั้น มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ตัวแปรต่างๆไม่เท่ากัน ซึ่งอาจจะไม่ได้หมายถึงความไม่ เป็น ธรรมก็เป็นได้ จึงควรวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรควบคู่กันไป

10.2.3. จุดแข็งและข้อจำกัดของการวัดโดยใช้ การให้คะแนน

ตารางที่ 10.6 แสดงจุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการให้คะแนน

การให้คะแนน	จุดแข็ง	จุดอ่อน หรือข้อจำกัด
1. การให้คะแนนความเป็นธรรม โดยกลุ่มต่างๆ โดยใช้กรอบของ Benchmark of Fairness	- กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และประเมินผลระบบสุขภาพ - เกิดความเข้าใจในระบบสุขภาพของพื้นที่ อันอาจนำไปสู่การพัฒนาไปสู่ระบบที่ดีขึ้นได้ - เป็นวิธีการที่ง่าย ไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงปริมาณ หรืออาจจะมีเพื่อประกอบการสนทนาก็ได้	- ข้อมูลคะแนนที่ได้เป็นการประเมินของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูล Subjective อาจจะไม่สามารถใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้ เนื่องจากคนในแต่ละพื้นที่มีเกณฑ์ในการให้คะแนนที่ต่างกัน - การใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาจจะไม่ได้ช่วยในการบอกทิศทางของความเป็นธรรมได้ เนื่องจากผลที่ได้ อาจจะเข้าใกล้ 0 ในกรณีคนส่วนหนึ่งให้คะแนนเป็นบวก ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งให้คะแนนเป็นลบ - การเลือกบุคคลเข้าสู่กระบวนการประเมินอาจจะไม่ได้เป็นตัวแทนที่ดีพอ จึงยากที่จะสรุปว่าเป็นความเห็นของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

10.3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพแต่ละวิธี มีความต้องการข้อมูลที่แตกต่างกัน ดัชนีชี้วัดรวม ต้องการข้อมูลรายบุคคล ในขณะที่การเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มหรือระหว่างพื้นที่นั้น ต้องการข้อมูลที่เป็นค่าเฉลี่ยของกลุ่มหรือของพื้นที่ แต่สำหรับการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยการให้คะแนนนั้น ไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลมาก่อน ก็สามารถให้คะแนนได้ ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ แต่ละวิธี มีดังนี้

10.3.1. ข้อมูลที่จำเป็น สำหรับการวัดโดยใช้ ดัชนีชี้วัดรวม

ตารางที่ 10.7 แสดงข้อมูลที่เป็นของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นดัชนีชี้วัดรวม

ดัชนีชี้วัด	ข้อมูลที่จำเป็น	ช่วงเวลาที่เหมาะสม
1. ดัชนีชี้วัดความเสมอภาคของสถานะสุขภาพ (ความอยู่รอดของเด็ก) (Equality Index of Child Survival)	- ข้อมูลระดับบุคคล ของเด็กอายุ 0-5 ปี และข้อมูลระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ จึงต้องทราบวันเกิดและวันเดือนปีที่ตาย - จำนวนตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนได้ หรืออาจต้องใช้ข้อมูลทั้งหมด ซึ่งอาจได้มาจากรฐานข้อมูลประชากรและฐานข้อมูลการตาย	- หากมีฐานข้อมูลที่ดี ก็สามารถทำได้ทุกปี - หากต้องใช้การสุ่มสำรวจ ก็ควรทำในระยะเวลาทุก 3-5 ปี เพื่อบอกแนวโน้ม
2. ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน (Fairness of Financial Contribution)	- ข้อมูลระดับครัวเรือน ในเรื่องรายได้ และรายจ่ายในด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสุขภาพ ซึ่งมักจะได้มาจากการสำรวจ - จำนวนตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนได้ - หากต้องการใช้ข้อมูลในระดับพื้นที่ย่อย เช่น จังหวัด ก็ต้องมีการสุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ย่อยด้วยจำนวนตัวอย่างที่เพียงพอ	- เนื่องจากเป็นการสำรวจ จึงควรทำทุก 3-5 ปี เพื่อบอกแนวโน้ม
3. ดัชนีคัควานี (Kakwani Index)	- ข้อมูลระดับบุคคล ในเรื่องรายได้ และการจ่ายเงินในระบบภาษี หรือระบบอื่นๆ - ข้อมูลเรื่องรายได้ อาจได้มาจากการสำรวจ สำหรับข้อมูลการจ่ายภาษี ได้จากรฐานข้อมูลระบบภาษี ข้อมูลทั้ง 2 จึงต้องเชื่อมโยงกันได้ และต้องเป็นปีเดียวกัน (หากใช้ข้อมูลรายได้จากรฐานข้อมูลภาษีเพียงอย่างเดียว ก็อาจจะขาดในส่วนของคนที่ไม่เสียภาษี)	- เนื่องจากต้องใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งจากการสำรวจ จึงควรทำทุก 3-5 ปี เพื่อบอกแนวโน้ม

ดัชนีชี้วัด	ข้อมูลที่เป็น	ช่วงเวลาที่เหมาะสม
4. ดัชนีวัดการกระจายของการใช้บริการ (Concentration Index for health care utilization)	- ข้อมูลระดับบุคคลเรื่องรายได้ ซึ่งมักจะมาจากการสำรวจ - ข้อมูลระดับบุคคลเรื่องการเจ็บป่วย และการใช้บริการ ซึ่งมักจะมาจากการสำรวจ เช่นเดียวกัน - ข้อมูลทั้ง 2 ชุด ต้องสามารถเชื่อมโยงกันได้ เพื่อแสดงข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการของแต่ละกลุ่มรายได้ ซึ่งโดยปกติมักจะมาจากการสำรวจที่ต่างกัน จึงต้องมีวิธีการเชื่อมโยงข้อมูล	- เนื่องจากใช้ข้อมูลจากการสำรวจ จึงควรทำทุก 3-5 ปี เพื่อบอกแนวโน้ม

10.3.2. ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวัดโดยใช้ การเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่ม และระหว่างพื้นที่

ตารางที่ 10.8 แสดงข้อมูลที่เป็นของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มและระหว่างพื้นที่

การเปรียบเทียบ	ข้อมูลที่เป็น	ช่วงเวลาที่เหมาะสม
1. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน (Socio-economic group)	- ข้อมูลระดับครัวเรือน เกี่ยวกับรายได้ หรือตัวแปรที่บ่งบอกสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา อาทิเช่น สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ ฯลฯ - ข้อมูลดังกล่าวมาจากการสำรวจ ซึ่งอาจจะมาจากการสำรวจที่ต่าง ๆ กัน	- เนื่องจากใช้ข้อมูลจากการสำรวจ จึงควรทำทุก 3-5 ปี เพื่อบอกแนวโน้ม
2. การเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ โดยใช้กรอบของ Benchmark of Fairness โดยใช้ตัวแปรเชิงปริมาณ	- ข้อมูลระดับพื้นที่ เกี่ยวกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา อาทิเช่น ทรัพยากรสุขภาพ การเข้าถึงบริการ การใช้บริการ ค่าใช้จ่ายสุขภาพ สถานะสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งมักจะมาจากข้อมูลในระบบรายงานฐานข้อมูล หรือจากการสำรวจ - ข้อมูลระดับพื้นที่ ที่ใช้เป็นฐานในการเปรียบเทียบ อาทิเช่น จำนวนประชากร ซึ่งมักจะมีแหล่งข้อมูลในระบบปกติ - ข้อมูลภูมิศาสตร์ เพื่อแสดงการกระจาย	- สามารถทำได้ทุก 1 ปี เนื่องจากส่วนใหญ่มีข้อมูลอยู่ในระบบ แต่หากเป็นข้อมูลจากการสำรวจ ก็สามารถทำได้ตามรอบของการสำรวจ

10.3.3. ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวัดโดยใช้ การให้คะแนน

ตารางที่ 10.9 แสดงข้อมูลที่จำเป็นของวิธีวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่เป็นการให้คะแนน

การให้คะแนน	ข้อมูลที่จำเป็น	ช่วงเวลาที่เหมาะสม
1. การให้คะแนนความเป็นธรรม โดยกลุ่มต่างๆ โดยใช้กรอบของ Benchmark of Fairness	- ไม่จำเป็นต้องมีข้อมูล ยกเว้นต้องการใช้ประกอบการสนทนาของกลุ่ม	- สามารถทำได้ทุกเมื่อ ที่มีความต้องการประเมิน โดยอาจจะทำในแต่ละกลุ่ม แล้วขยายกลุ่มออกไปให้กว้างขึ้น และหากต้องการศึกษาแนวโน้มก็สามารถทำได้ทุก 1-3 ปี

10.4. ความเหมาะสมและประโยชน์ในการนำมาใช้เชิงนโยบายและการปฏิรูประบบสุขภาพ

ในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ นั้น โดยปกติแล้วควรจะดำเนินการควบคู่กันไปเนื่องจาก แต่ละวิธีนั้นมีจุดแข็ง และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถนำมาใช้ประกอบกันได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพที่รอบด้านที่สุด แต่ในทางปฏิบัตินั้น บางวิธีก็มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล การคำนวณ และการตีความ ทำให้ในบางครั้งไม่สามารถวิเคราะห์หัตถ์นี้ชี้วัดของความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดเรื่องข้อมูล ดังนั้นในการเลือกใช้วิธีการในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ก็ควรจะพิจารณาถึงประเด็นดังกล่าวนี้ด้วย หากเปรียบเทียบ 3 วิธีการหลัก ที่ใช้ในการประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น คุณค่าเชิงวิชาการ ความเป็นไปได้ของข้อมูล ความง่ายของการคำนวณ และความตรงกับความเป็นจริง แล้วจะเห็นว่า ถึงแม้ดัชนีชี้วัดรวม ดูเหมือนจะมีคุณค่าในเชิงวิชาการมากกว่าวิธีการอื่น เนื่องจากเป็นดัชนีชี้วัดที่ใช้อ้างอิงในการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ แต่ก็ต้องการข้อมูลจำนวนมาก ซึ่งต้องลงทุนในการสำรวจหรือพัฒนาฐานข้อมูล รวมทั้งมีความซับซ้อนในการคำนวณ และยากแก่การเข้าใจ ในขณะที่วิธีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล ก็ต้องการข้อมูลระดับครัวเรือนเช่นเดียวกัน ซึ่งต้องมาจากการสำรวจ แต่วิธีการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่นั้น มักจะมีฐานข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลอยู่แล้ว จึงสามารถทำได้โดยไม่ต้องลงทุนเพิ่มเติมมากนัก อีกทั้งยังง่ายในการคำนวณเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ซึ่งสามารถใช้ในการวางแผน หรือจัดสรรทรัพยากรได้ ในขณะที่วิธีการให้คะแนนโดยผู้เกี่ยวข้องนั้น สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีข้อมูล และยังเป็นการตรวจสอบความเข้าใจและความเห็นของบุคคลในระบบ ที่มีต่อระบบสุขภาพอีกด้วย อันจะเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาในระดับพื้นที่ต่อไป

การเปรียบเทียบประเด็นต่างๆของวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพแต่ละวิธี แสดงดังตารางที่ 10.10

ตารางที่ 10.10 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างวิธีการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ดัชนีชี้วัดรวม	เปรียบเทียบตัวแปร ระหว่างกลุ่มบุคคล	เปรียบเทียบตัวแปร ระหว่างพื้นที่	การให้คะแนนโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
คุณค่าเชิงวิชาการ	+++	++	++	+
ความเป็นไปได้ของข้อมูล	+	+	+++	+++
ความง่ายในการคำนวณ	+	++	++	+++
ความตรงกับความเป็นจริง	++	++	++	+
ความมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง	+	+	+	+++

ดังนั้นในระยะเริ่มต้นที่มีความจำกัดด้านข้อมูล จึงควรใช้วิธีการให้คะแนนโดยผู้ที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในประเด็นความเป็นธรรม และเพื่อรู้สถานการณ์เบื้องต้น ที่รอบด้านครอบคลุมประเด็นทั้ง 9 ประเด็น ภายใต้กรอบของ Benchmark of Fairness ซึ่งจะเป็นฐานสำหรับการพัฒนาต่อไป ในขณะเดียวกันก็ควรใช้วิธีการเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างพื้นที่ประกอบด้วย เนื่องจากมีแหล่งข้อมูลพอสมควรที่จะนำมาวิเคราะห์ ในเบื้องต้นได้ เพื่อแสดงลักษณะการกระจายในแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้สำหรับวางแผนในระดับประเทศและระดับพื้นที่ต่อไป แต่ในขณะเดียวกันก็ควรที่จะพัฒนาระบบข้อมูล และการสำรวจที่จะเอื้อต่อการนำมาใช้ในการคำนวณเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างกลุ่มรายได้ รวมทั้งข้อมูลที่จะใช้ในการคำนวณดัชนีชี้วัดรวมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เชื่อถือได้และเพียงพอในการคำนวณดัชนีชี้วัดดังกล่าว ซึ่งจะสามารถนำมาใช้ในการกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายด้านความเป็นธรรมในการพัฒนาระบบสุขภาพต่อไป

สำหรับวิธีการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ รวมทั้งการให้คะแนนโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ภายใต้กรอบของ Benchmark of Fairness นั้น สามารถนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนยุทธศาสตร์ โดยการนำชุดข้อมูลดังกล่าวเข้าไปไว้ในกระบวนการ พัฒนานโยบาย ที่มีเป้าหมายด้านความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายในการกระจายทรัพยากรให้มีความเป็นธรรม และการจัดสรรทรัพยากรให้มีความสอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพ อีกทั้งยังสามารถใช้ในการติดตามผลสัมฤทธิ์ ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดำเนินงานตามนโยบาย รวมทั้งจากการปฏิรูประบบสุขภาพในภาพรวมได้อีกด้วย แต่อย่างไรก็ดีเครื่องมือดังกล่าวก็ควรที่จะได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จากบทที่แล้วที่แสดงถึงการนำเอาข้อมูลความเป็นธรรมทางสุขภาพไปใช้ประโยชน์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเราสามารถนำทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปใช้ประโยชน์ได้ ทั้งในระดับนโยบาย ระดับบริหารจัดการในพื้นที่ และในระดับปฏิบัติการ แต่อย่างไรก็ดีการใช้ข้อมูลดังกล่าวก็ควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากการมีข้อจำกัดบางประการของเครื่องมือ ในส่วนของตัวเครื่องมือเองนั้นมีประเด็นที่พึงพิจารณา และควรพัฒนาอยู่หลายประเด็นด้วยกัน ในส่วนนี้จะเป็นการอภิปรายถึงตัวเครื่องมือทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งข้อเสนอในการปรับปรุงและขยายผลการนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในระยะต่อไป และสุดท้ายจะเป็นการสรุปบทเรียนและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

10.5. การประยุกต์เครื่องมือเชิงปริมาณ

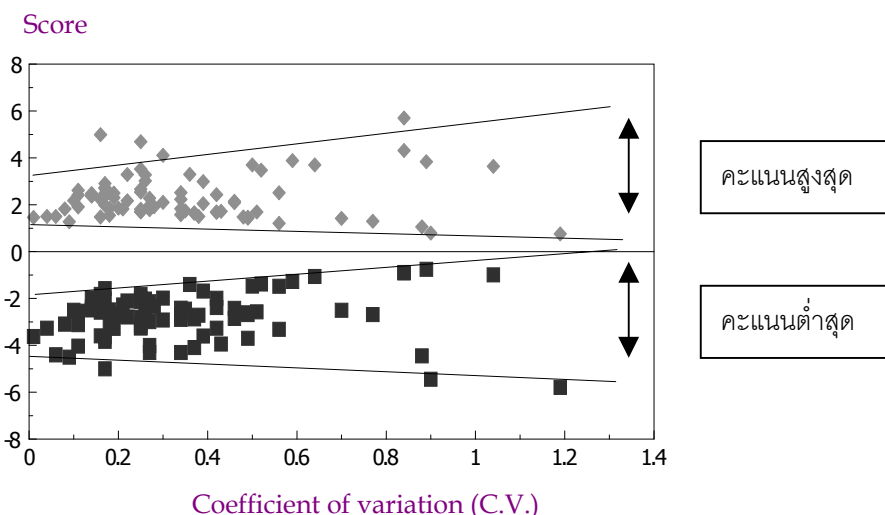
ข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือเชิงปริมาณจะสามารถบอกได้ถึงลักษณะการกระจายของความเป็นธรรม ในประเด็นต่างๆ ในภาพรวมของประเทศ และในภาพของระดับจังหวัด โดยใช้การเปรียบเทียบผ่านคะแนน Z-score และผ่านลำดับที่ของแต่ละจังหวัด ประเด็นที่น่าสนใจของเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

ความเป็นไปได้ในการใช้คะแนน Z-score เป็นคะแนนความเป็นธรรม

ในการวิเคราะห์ ความเป็นไปได้ในการใช้ Z-score เป็นคะแนนความเป็นธรรม จะเกี่ยวข้องอย่างมากกับลักษณะการกระจายของข้อมูล ข้อมูลที่ลักษณะการกระจายใกล้เคียงกับการกระจายปกติ (Normal distribution) จะมีความเหมาะสมอย่างมากในการใช้ Z-score จากการวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดทั้งสิ้น 81 ตัวนั้นปรากฏว่าส่วนใหญ่มีลักษณะการกระจายใกล้เคียงกับการกระจายปกติ แต่ก็มีบางดัชนีที่มีลักษณะการกระจายที่บิดเบี้ยว (skewed)

ค่าสัมประสิทธิ์ของความแปรปรวน (coefficient of variation C.V.) จะบอกถึงการกระจายรอบๆ ค่าเฉลี่ย ค่าสัมประสิทธิ์ถ้าหากมีค่าสูง จะแสดงว่ามีการกระจายห่างไกลออกไปจากค่าเฉลี่ยมาก และอาจจะมีลักษณะการกระจายที่บิดเบี้ยว หรือไม่สมมาตร (asymmetrical distribution) มากขึ้น ค่า C.V. นี้สามารถคำนวณได้จากสูตร $C.V. = \frac{\text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s.d.)}}{\text{ค่าเฉลี่ย (mean)}}$

จากดัชนีชี้วัดทั้ง 81 ตัว พบว่า 88.9% มีค่า C.V. ต่ำกว่า 0.5 หมายความว่าดัชนีส่วนใหญ่มีการกระจายอยู่ใกล้กับค่าเฉลี่ย และหากพิจารณาคะแนนสูงสุด และต่ำสุดของแต่ละดัชนีชี้วัด พบว่า มีเพียง 5 ดัชนีชี้วัดที่มีคะแนนต่ำสุด ต่ำกว่า -4 และมีเพียง 11 ดัชนีชี้วัดที่มีคะแนนสูงสุด สูงกว่า +4 และเมื่อพิจารณาประกอบกับค่าสัมประสิทธิ์ของความแปรปรวนก็พบว่า คะแนนสูงสุดและต่ำสุด จะมีความบิดเบี้ยวมากขึ้น เมื่อดัชนีชี้วัดนั้นมีค่า C.V. สูงขึ้น หมายความว่ามีการกระจายที่ไม่สมมาตรมากขึ้นนั่นเอง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 แสดงว่าการใช้ Z-score มีความเป็นไปได้ที่ใช้เป็นคะแนนความเป็นธรรม แต่ก็ต้องระมัดระวัง ในกรณีที่มีการกระจายที่ไม่สมมาตรมาก หรือมีค่าสัมประสิทธิ์ของความแปรปรวนสูงมาก



แผนภูมิที่ 10.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสูงสุดและต่ำสุด กับค่าสัมประสิทธิ์ของความแปรปรวน ใน 81 ตัวชี้วัด

คุณภาพของข้อมูลเชิงปริมาณ

มีข้อพึงระวังในการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ถึงแม้จะมีการคัดแยกข้อมูลที่มีคุณภาพต่ำออกไปจากการศึกษา แต่ก็อาจมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลหลงเหลืออยู่บ้าง อาทิเช่น ข้อมูลที่เป็นรายงานประจำ อาจมีความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลจากระบบทะเบียนราษฎร์ อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงในตัวเลขการตายของทารกแรกเกิด ข้อมูลจากการสำรวจบางอย่าง อาจจะมีขนาดของตัวอย่างไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวแทนของจังหวัด เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของระยะเวลา ข้อมูลบางอย่างไม่มีการเก็บรวบรวมทุกปี ทำให้ข้อมูลที่ได้ มาจากคนละปีกัน ทำให้ยากในการเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้ก็มีไม่ใช่เป็นปัญหาที่รุนแรง หากมีการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของข้อมูลก่อนนำมาใช้

ข้อจำกัดของเครื่องมือ

ข้อจำกัดของเครื่องมือที่เกิดจากการใช้คะแนน Z-score มาเป็นคะแนนความเป็นธรรม ได้แก่

ก) Asymmetric distribution : ข้อจำกัดในการใช้กับข้อมูลที่มีการกระจายที่บิดเบี้ยว หรือไม่สมมาตรมาก ซึ่งจะทำให้คะแนนกระจายไม่เท่ากันระหว่างคะแนนบวกกับคะแนนลบ และจะมีจังหวัดจำนวนมากที่มีคะแนนใกล้เคียงกัน ไม่สามารถแยกความแตกต่างได้ จึงควรพิจารณาลำดับที่ ควบคู่กันไปด้วย

ข) Ceiling of possible maximum or minimum score : คะแนนที่ได้ อาจจะมีเพดานสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ ซึ่งอาจจะไม่ถึงคะแนน +4 ถึงแม้ว่าตัวเลขนั้นจะสูงสุดแล้วก็ตาม เช่นความครอบคลุมที่ 100% อาจจะได้คะแนนเพียง +2 ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกับค่าสูงสุดที่จะเป็นได้ เมื่อเทียบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค) Gap ignorance : คะแนน Z-score จะไม่สามารถแสดงให้เห็นความแตกต่างของข้อมูลได้ ทำให้ไม่ทราบถึงความกว้างของความแตกต่าง ข้อมูลบางตัวแต่ละจังหวัดจะมีความใกล้เคียงกันมาก แต่เมื่อนำมาคำนวณเป็นคะแนนแล้วแตกต่างกันมาก ดังนั้นจึงควรพิจารณาคะแนนควบคู่ไปกับข้อมูลจริง

แง่มุมในการตีความ

ดัชนีชี้วัดบางตัวอาจจะสามารถตีความได้หลายทิศทาง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการเลือกดัชนีชี้วัดตัวนั้นมาใช้ อาทิเช่น อัตราการครองเตียง ถ้าตีความในแง่ของประสิทธิภาพอาจจะสะท้อนถึงลักษณะการรับผู้ป่วยในและระยะเวลาในการนอน ซึ่งถ้ามากจะแปลว่าไม่ดี หรือถ้าแน่นเกินไปก็อาจจะไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีมาตรฐาน และอาจจะสะท้อนถึงทรัพยากรที่ไม่เพียงพอด้วย แต่ถ้ามองในมุมกลับกัน การมีอัตราครองเตียงสูง อาจจะหมายถึงความเป็นที่นิยมในสถานบริการ และการเข้าถึงบริการที่ดี ซึ่งทำให้ประชาชนสามารถมาใช้บริการได้มากก็ได้ ดังนั้นในการเลือกใช้และตีความจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของความเป็นธรรมนั้นๆ

การปรับค่าตามตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลบางอย่างมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นในการตีความหมายจากตัวเลขตัวเดียวอาจจะทำให้เข้าใจได้ไม่ถ่องแท้ อาทิเช่น อัตราส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชน ต่อโรงพยาบาลจังหวัด อาจจะแปรผันตามอัตราส่วนจำนวนเตียงในโรงพยาบาลชุมชน ต่อโรงพยาบาลจังหวัด ดังนั้นถ้าหากจะพิจารณาถึงค่านิยมของโรงพยาบาลชุมชน อาจจะต้องปรับค่าดังกล่าวกับอัตราส่วนจำนวนเตียงก่อน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันระหว่างจังหวัดได้

การพัฒนาระบบติดตามที่ต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบติดตามความเป็นธรรมดังกล่าวให้เป็นระบบและต่อเนื่อง ควรจะมีการพัฒนาดัชนีชี้วัดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ที่เป็นที่ยอมรับและสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาชุดข้อมูลดังกล่าวให้เข้าไปอยู่ในระบบข้อมูลปกติ รวมไปถึงการพัฒนาระบบข้อมูลขึ้นมารองรับ ซึ่งอาจจะต้องอาศัยองค์การเฉพาะที่จะมารับผิดชอบภารกิจดังกล่าวด้วย

10.6. การประยุกต์เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพถูกนำมาใช้เพื่อให้ได้ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ในระบบ ทั้งในรูปแบบของคะแนนความเป็นธรรม และประเด็นเนื้อหาจากการพูดคุย แต่ก็มีข้อพึงพิจารณา ดังนี้

ขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ให้โดยกลุ่มสนทนาทั้ง 8 กลุ่มใน 10 จังหวัดนั้น รายการของข้อคำถาม ได้รับการพัฒนามาจากรายการของประเด็นตามหัวข้อสำคัญใน Benchmark of Fairness ที่พัฒนาโดย Daniels et al. (2000) ซึ่งปรับมาจาก Benchmark of Fairness เดิมที่มี 10 ประเด็นเป็น 9 ข้อ โดยมีรายละเอียดในแต่ละหัวข้อหลัก รายการข้อคำถามที่พัฒนาขึ้น พยายามให้มีความครอบคลุมประเด็นสำคัญใน Benchmark of Fairness เดิมให้มากที่สุด และในขณะเดียวกันก็ให้มีจำนวนข้อที่ไม่มากจนเกินไป จนได้ข้อคำถามทั้งสิ้น 46 ข้อ

คำถามแต่ละข้อ จะแบ่งระดับการให้คะแนนออกเป็น 11 ระดับ คือ -5,-4,-3,-2,-1,0,+1,+2,+3,+4,+5 ระดับการให้คะแนนทั้ง 11 ระดับนี้ ใช้วิธีการเดียวกันกับ Pannarunothai & Srithamrongsawat (2000) ที่ทำไว้ในการศึกษาครั้งแรกที่จังหวัดพะเยาและยโสธร โดยการให้คะแนนนั้นใช้วิธีการเปรียบเทียบกับอดีต 3 ปีที่ผ่านมา เช่นเดียวกัน และมีข้อที่เป็นสรุปรวมของความเป็นธรรมแต่ละข้อ ทั้ง 9 ข้อ และความเป็นธรรมโดยรวมทั้งหมดอีก 1 ข้อ และเปิดช่องว่างไว้สำหรับการอธิบายความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยไม่มีการระบุชื่อ แต่ระบุเพศ อายุ และตำแหน่งหน้าที่ รวมทั้งสถานที่ปฏิบัติงาน

หลังจากพัฒนาข้อคำถามแล้ว ได้นำไปทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดพิษณุโลกจำนวน 10 คน เพื่อดูความเหมาะสมของข้อคำถามว่าควรได้รับการปรับปรุงอย่างไร จึงจะสามารถตอบได้อย่างถูกต้องตามความหมายของคำถามแต่ละข้อ หลังจากการทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวแล้ว ก็ได้มีการปรับข้อความที่ใช้ในคำถามให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามในการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวนี้ มีข้อจำกัดด้านเวลา จึงไม่ได้ทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มประชาคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความครบถ้วนของข้อมูล

สมาชิกที่ร่วมสนทนากลุ่ม จะให้คะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพในแต่ละข้อเอง ซึ่งมีจำนวนคำถามทั้งหมด 46 ข้อ จากการเก็บข้อมูลพบว่ามีความบางข้อที่ไม่ได้รับการตอบ หรือตอบเฉพาะก่อนสนทนา ทำให้มีข้อมูลว่างอยู่จำนวนหนึ่งซึ่งไม่มากนัก และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประชาคม ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าไม่เข้าใจคำถาม หรือขาดความรู้ในเรื่องนั้น หรือขาดความตระหนักในการลงคะแนนให้ครบ ดังนั้นอาจจะต้องมีการอธิบายและตรวจสอบหลังให้คะแนนมากขึ้น

การปรับความเหมาะสมของเครื่องมือ

เครื่องมือที่เป็นข้อคำถามในการให้คะแนนความเป็นธรรมนั้น มีข้อเสนอในการปรับปรุงบางส่วน ได้แก่ การปรับคำที่ใช้ในคำถามของแบบให้คะแนน และอาจจะต้องปรับให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ด้วย โดยเฉพาะประชาคมที่ไม่คุ้นเคยกับศัพท์บางตัวในระบบสุขภาพ รวมทั้งอาจจะต้องมีการแยกข้อคำถามหรือรวมข้อคำถาม หรือทำให้คำถามมีลักษณะที่แคบขึ้น มีบางส่วนเสนอให้มีการลดจำนวนตัวเลือกของคะแนนลงจาก -5 ถึง +5 ให้มีความหยابมากขึ้น โดยอาจจะลดลงเหลือเพียง 5 scales คือ แย่งมาก แย่งน้อย เท่าเดิม ดีขึ้นน้อย ดีขึ้นมาก เป็นต้น

ความไวและความจำเพาะ

ความไวของเครื่องมือจะเพิ่มขึ้นถ้าหากคำถามนั้นมีความชัดเจนเข้าใจได้ และผู้ตอบมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนความจำเพาะจะเพิ่มขึ้นได้เมื่อคำถามมีความจำเพาะเจาะจงไม่กว้างจนเกินไป แต่อย่างไรก็ดี การทำให้คำถามเฉพาะเจาะจง อาจจะส่งผลให้ต้องเพิ่มจำนวนคำถาม และข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกินไปนั้น ผู้ตอบอาจจะไม่มีประสบการณ์อย่างเพียงพอในการตอบก็เป็นได้

กระบวนการสนทนากลุ่ม

ในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) นั้น มีขั้นตอนที่สำคัญ ตั้งแต่ก่อนสนทนากลุ่ม ขณะสนทนากลุ่ม และหลังสนทนากลุ่ม ดังนี้

ก) ขั้นตอนในการดำเนินการ

สำหรับขั้นตอนในการจัดการให้เกิดการสนทนากลุ่มในแต่ละจังหวัดนั้น กระทำโดยวิธีการส่งหนังสือประสานงานไปที่แต่ละจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และการประสานงานทางโทรศัพท์ โดยที่หนังสือประสานงาน จะระบุถึงโครงการวิจัย กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม ที่แบ่งออกเป็น 8 กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ (ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันและสาธารณสุข หัวหน้าฝ่ายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สาธารณสุขอำเภอ) ๒) กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ (ได้แก่ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจังหวัด และผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน) ๓) กลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล (ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย) ๔) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ได้แก่ นายก อบจ. หรือผู้แทนในอบจ. นายกเทศมนตรีหรือผู้แทนในเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล และประธาน อบต. หรือผู้แทนใน อบต.) ๕) – ๖) ประชาคมสุขภาพเขตเมืองและชนบท (ได้แก่ ชมรม อสม. และชมรมด้านสุขภาพ) ๗) – ๘) ประชาคมด้านอื่นๆเขตเมืองและชนบท (ได้แก่ กลุ่มประชาคมด้านต่างๆที่นอกเหนือจากด้านสุขภาพ องค์การเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิ)

ในการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกนั้น ได้กำหนดเป็นคุณสมบัติคร่าวๆในแต่ละกลุ่ม ตามตำแหน่งหน้าที่ หรือบทบาทของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ ไม่ได้กำหนดลงไปในเรื่องละเอียด ของระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง หรือการเป็นสมาชิกของประชาคมใดประชาคมหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้คัดเลือกและติดต่อประสานงาน และไม่มีการประกาศในวงกว้าง หรือการคัดเลือกจากสมาชิกในแต่ละกลุ่ม และในบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุข ในบางจังหวัด ก็อาจอาศัยความสะดวกของผู้ที่จะเข้าร่วมการสนทนาเป็นสำคัญ ปัญหาประการหนึ่งของกลุ่มที่เข้าร่วมการสนทนาก็คือ ประเด็นเรื่องความหลากหลายของที่มาของสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจุดมุ่งหมายของการสนทนากลุ่มก็คือ ต้องการให้เกิดความหลากหลายของความคิดเห็นจากสมาชิกในกลุ่ม ที่มีที่มาจากที่แตกต่างกัน เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองด้านสุขภาพ แต่ในบางครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชาคม ก็อาจจะมีข้อจำกัดดังกล่าว โดยสมาชิกในกลุ่มที่มาสนทนาในบางจังหวัดนั้น ส่วนใหญ่จะมาจากชุมชนเดียวกัน และในบางชุมชนที่มาด้วยกันนั้น ก็มีผู้นำชุมชนที่มีอิทธิพลทางความคิดต่อคนในชุมชนมาร่วมสนทนาด้วย ทำให้ในบางครั้งความคิดเห็นหรือประสบการณ์ส่วนตัวของผู้นำชุมชน ก็จะมีอิทธิพลต่อความคิดของกลุ่มสนทนาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คะแนนความเป็นธรรมที่ให้ออกมา ก็จะมีทิศทางไปในทางเดียวกัน โดยสมาชิกที่เหลือไม่ได้แสดงความคิดเห็นเท่าที่ควร ดังนั้นในการกำหนดสัดส่วนของสมาชิกในกลุ่มสนทนา และการตั้งเงื่อนไขเพื่อให้เกิดการผสมกันของสมาชิกที่มีที่มาจากต่างกัน อาจมีความจำเป็น เพื่อให้ความคิดเห็นที่ได้ และคะแนนความเป็นธรรมที่ให้ สอดคล้องกับความจริงในมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น

ข) กระบวนการคัดเลือกผู้ร่วมสนทนา

กระบวนการในการเลือกกลุ่มผู้ร่วมสนทนาจะค่อนข้างมีความหลากหลาย ยากที่จะทำให้มีมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะกลุ่มประชาคม ซึ่งมักจะมีแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ และมักจะมีข้อจำกัดในการให้ได้มาซึ่งกลุ่มที่มีความครอบคลุมพื้นที่หลายอำเภอภายในจังหวัด และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประชาคมสุขภาพ (อสม.) กับบุคลากรสาธารณสุข ก็อาจจะทำให้ประชาคมสุขภาพมีแนวโน้มในการให้คะแนนในทางบวกได้ ถ้าเป็นไปได้อาจจะต้องศึกษาลักษณะของคะแนนที่ได้กับคุณสมบัติของผู้ที่มาร่วมสนทนา เพื่อศึกษาแนวโน้มปัจจัยของผู้ให้คะแนนกับคะแนนที่ได้ หรือถ้าเป็นไปได้อาจจะต้องมีการสุ่มตัวอย่างขึ้นมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

ค) การให้คะแนนก่อนการสนทนา

ประโยชน์ของการให้คะแนนก่อนสนทนาอาจจะไม่ได้อยู่ที่ตัวคะแนนเอง ทั้งนี้เนื่องจากบางครั้งผู้ร่วมสนทนาอาจจะยังไม่ทราบข้อมูลหรือมีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้น ดังนั้นประโยชน์ของการให้คะแนนก่อนสนทนา อาจจะอยู่ที่การสร้างความคิดเห็นในประเด็นคำถามก่อนการสนทนา มากกว่าอยู่ที่ตัวคะแนนที่ให้

ง) บทบาทของข้อมูลเชิงปริมาณ

การให้ข้อมูลเชิงปริมาณแก่กลุ่มสนทนาก่อนการสนทนา อาจจะไม่มีความต่อเนื่องของการสนทนาโดยตรงเนื่องจากการสนทนาส่วนใหญ่ จะใช้ความคิดเห็นและประสบการณ์ตรงมากกว่าตัวเลข ยกเว้นกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการอาจจะมีการอ้างอิงถึง แต่ก็ไม่มีผลต่อการให้คะแนนเนื่องจากคะแนนที่ผู้ร่วมสนทนาให้นั้นเป็นการเปรียบเทียบกับ 3 ปีย้อนหลัง ซึ่งต่างจากข้อมูลเชิงปริมาณที่เปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น

จ) ขั้นตอนของการสนทนากลุ่ม

การจัดลำดับการสนทนาอาจจะต้องมีการจัดเรียงเพื่อให้การสนทนามีความลื่นไหล ประเด็นที่เกี่ยวข้องกันอาจจะต้องนำมาพูดต่อเนื่องกัน ซึ่งจะไม่เป็นไปตามลำดับของความเป็นธรรม 1 ถึง 9 โดยที่ลำดับใหม่อาจจะเริ่มจาก ความเป็นธรรมที่ 1 สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมกับ ความเป็นธรรมที่ 8 การตรวจสอบได้และมีส่วนร่วมของชุมชน แล้วตามด้วยเรื่องเกี่ยวกับการเงิน ในความเป็นธรรมที่ 2 และ 5 แล้วจึงพูดคุยในส่วนของระบบบริการ ตั้งแต่ความเป็นธรรมที่ 3, 4, 6, 7, 9 ตามลำดับ การเรียงลำดับในลักษณะนี้จะทำให้การสนทนามีความต่อเนื่องมากขึ้น

ฉ) การให้คะแนนหลังสนทนา

คะแนนหลังการสนทนาน่าจะมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นส่วนผสมของความคิดเห็นส่วนบุคคลร่วมกับข้อมูลจากกลุ่ม จากการวิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังสนทนา พบว่าความแตกต่างไม่ได้สูงมากนัก (สูงสุด เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.5 คะแนน) แสดงว่าอิทธิพลจากการสนทนากลุ่ม มีไม่มากนักต่อการตัดสินใจระดับบุคคล

การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

เนื้อหาเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มจะเป็นส่วนสำคัญ ที่อาจจะช่วยอธิบายให้เข้าใจความเฉพาะเจาะจงของบริบททางสังคมวัฒนธรรม และอาจจะช่วยอธิบายเหตุผลเบื้องหลังของคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก็มีใช้เป็นเรื่องง่าย เนื่องจากความแตกต่างของมุมมองในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งเนื้อหาในการสนทนากลุ่มอาจจะไม่สอดคล้องกับคะแนนที่ให้ก็ได้ คะแนนที่ให้อาจตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเห็นส่วนบุคคลมีใช้ของกลุ่ม ประเด็นด้านเนื้อหาการสนทนากลุ่มนั้นค่อนข้างแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม บางกลุ่มจะมีสนทนากันลงไปในเรื่องละเอียด มีการให้ความ ยกตัวอย่างประสบการณ์จริงที่ประสบมา อาทิเช่น ปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการได้รับบริการ รวมทั้งประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ในขณะที่บางกลุ่มก็จะมีเนื้อหาการสนทนาที่ไม่กว้างขวางมากนัก ส่วนหนึ่งจะพยายามที่จะตอบประเด็นคำถามเพื่อการให้คะแนน มากกว่าที่จะให้ข้อมูลตัวอย่างประสบการณ์ เพื่อประกอบการตัดสินใจของกลุ่ม และเนื้อหาในการสนทนาก็อาจจะมีความเอียง กลุ่มที่มีความสนใจด้านใดเป็นพิเศษ ก็จะใช้เวลาในการสนทนาในประเด็นดังกล่าวค่อนข้างนาน ในขณะที่ประเด็นอื่นจะให้เวลาเพียงน้อยนิด โดยส่วนใหญ่แล้ว กลุ่มประชาคมที่มีองค์ประกอบมาจากองค์เอกชน จะมีการสนทนาในเนื้อหาที่กว้างขวางเช่นปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาสังคม กลุ่มประชาคมที่เป็นชาวบ้านรวมทั้งอสม.ก็จะสนทนากันในประเด็นปัญหาด้านคุณภาพของบริการเป็นสำคัญ สำหรับกลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุข ก็จะสนทนากันในประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชน กลุ่มผู้ให้บริการระดับจังหวัด อำเภอ ก็จะสนทนาในเรื่องที่สอดคล้องกับประเด็นข้อคำถามเป็นสำคัญ ไม่ค่อยออกนอกประเด็น ในขณะที่กลุ่มผู้ให้บริการระดับตำบล ก็จะเน้นไปที่ปัญหาการบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพภายในจังหวัด เป็นต้น

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบ

การสนทนากลุ่มเป็นการสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ในระยะแรกเป็นกลุ่มที่ลักษณะร่วมกัน (homogeneous) เช่นเป็นประชาคมด้วยกัน เพื่อให้มีอิสระในการวิเคราะห์และวิจารณ์ระบบ ซึ่งข้อดีก็คือทำให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพมากขึ้น และอาจจะจุดเริ่มต้นของการอภิปรายในกลุ่มที่มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อสร้างความมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและระบบสุขภาพ ประชาคมที่ร่วมสนทนากลุ่มต่างมีความรู้สึกที่ดีที่ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลต่อระบบบริการ ถ้าต่อไปมีการนำเอาความเห็นเหล่านั้นมาปรับปรุงก็จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน และประชาชนเองก็อาจจะพร้อมให้ความร่วมมือในการพัฒนาบริการด้วย ผลก็คือความเป็นธรรมทางสุขภาพก็อาจจะดีขึ้นได้ ด้วยกลไกความร่วมมือในลักษณะนี้ การสร้างโอกาสให้เกิดความร่วมมือดังกล่าว น่าจะสามารถทำได้ทั้งในลักษณะที่เป็นทางการ และกึ่งทางการ ลักษณะที่เป็นทางการก็เช่น การริเริ่มให้เกิดองค์กรความร่วมมือด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพในพื้นที่ มาดำเนินการติดตาม ประเมิน และพัฒนาความเป็นธรรมในพื้นที่ และสำหรับแบบกึ่งทางการนั้น ก็อาจจะดำเนินไปในรูปแบบของประชาคมเพื่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพเป็นสื่อกลางในการขับเคลื่อนให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนา

10.7. ขั้นตอนต่อไปของความเป็นธรรมทางสุขภาพ

สำหรับขั้นตอนต่อไปในการดำเนินการด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้น หากจะดำเนินการขยายออกไปทำในวงที่กว้างขึ้น เช่นทำในทุกจังหวัดสิ่งที่ต้องพัฒนานี้คือ การปรับให้เครื่องมือมีความง่าย และเหมาะสมในการใช้งานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจจะต้องปรับลดจำนวนประเด็นหรือข้อคำถามลง ให้มีจำนวนที่เหมาะสม ในการให้คะแนนโดยกลุ่มเป้าหมาย และสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณนั้น มีความจำเป็นจะต้องเลือกและพัฒนาดัชนีชี้วัดที่มีความจำเพาะและชัดเจน ในการตีความหมายที่สอดคล้องกันความเป็นธรรมในแต่ละประเด็น ซึ่งในแง่ของความเป็นธรรม อาจจะต้องประยุกต์ใช้ดัชนีชี้วัดที่บ่งบอกถึงการกระจายระหว่างปัจเจกบุคคลในพื้นที่นั้นๆ อาทิเช่น ดัชนีการกระจายรายได้ เป็นต้น ประเด็นต่างๆในการพัฒนาเครื่องมือวัดความเป็นธรรม ในการใช้งานในวงกว้าง และในระยะยาวอาจจะประกอบด้วยประเด็นต่างๆดังนี้

การพัฒนาและประยุกต์ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมเชิงปริมาณ

กลุ่มของดัชนีชี้วัดที่จะใช้สำหรับวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้น บางดัชนีสามารถบ่งบอกถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพของพื้นที่นั้นๆได้โดยเนื่องจากเป็นดัชนีที่ใช้วัดการกระจายระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล หรือระหว่างพื้นที่ย่อย ดังนั้นจึงมีความหมายในตัวเอง ในขณะที่บางดัชนีนั้นจะมีความหมายว่าพื้นที่นั้นได้รับความเป็นธรรมหรือไม่ จะต้องมีการเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นเสียก่อน หมายความว่าไม่ได้มีความหมายด้านความเป็นธรรมเชิงสัมบูรณ์ และเป็นความเป็นธรรมเชิงสัมพัทธ์กับพื้นที่อื่น ตัวอย่างของกลุ่มดัชนีชี้วัดประเภทต่างๆ อาจจะแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะสำคัญดังนี้

-) **กลุ่มดัชนีชี้วัดรวม ที่ไม่ได้บ่งบอกถึงการกระจายของความเป็นธรรมภายในพื้นที่** ดัชนีชี้วัดในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพ ได้แก่ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) อัตราการตายปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุ (Age standardized death rate) อายุขัยปรับค่าตามความพิการ (Disability adjusted life expectancy , DALE) ภาระโรคโดยรวม (Global burden of disease) ที่ต้องใช้ค่าจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายและการพิการ (Disability adjusted life year, DALYs)⁽⁴⁴⁾ เป็นต้น ถึงแม้ว่าดัชนีกลุ่มนี้จะมีความหมายในตัวเองและเป็นผลลัพธ์โดยรวม แต่ก็ไม่สามารถสื่อถึงความเป็นธรรมได้ หากไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่
-) **กลุ่มดัชนีชี้วัดรวม ที่บ่งบอกถึงการกระจายของความเป็นธรรมภายในพื้นที่** ดัชนีชี้วัดในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับมิติของความเป็นธรรม และความเสมอภาคโดยตรง ได้แก่ ดัชนีความเสมอภาคของการอยู่รอดของเด็ก (Equality index of child survival) ดัชนีความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ (Gini coefficient) ดัชนีความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน (Kakwani index and Fairness of financial contribution) ดัชนีความเป็นธรรมของการใช้บริการ (Concentration index) เป็นต้น ดัชนีกลุ่มนี้จะมี ความหมายเชิงความเป็นธรรมในตัวเอง โดยไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ เนื่องจากค่าของดัชนีจะแสดงถึงระดับของความเป็นธรรมในพื้นที่นั้นๆได้เอง เพราะเป็นตัวเลขที่บ่งบอกถึงการกระจายภายในพื้นที่

-) **กลุ่มดัชนีชี้วัด ที่เป็นอัตราส่วนเปรียบเทียบ โดยมีการปรับค่าตามตัวแปร** ดัชนีชี้วัดในกลุ่มนี้ เป็นการใช้อัตราส่วนระหว่างตัวเลข 2 ตัว เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้ ซึ่งในบางครั้งก็จำเป็นต้องมีการปรับค่าตามตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย เพื่อให้สามารถใช้เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้ดีขึ้น เช่น อัตราส่วนในนอนในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ที่ปรับค่าด้วยอัตราส่วนจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด หรืออัตราส่วนจำนวนประชากรต่อแพทย์ ที่ปรับค่าด้วยสัดส่วนแพทย์ที่ทำหน้าที่ด้านบริการ เป็นต้น ดัชนีกลุ่มนี้ก็จำเป็นต้องเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เช่นเดียวกัน แต่ก็อาจจะเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ควรจะเป็นก็ได้ ซึ่งก็จะพอได้ว่าในพื้นที่นั้นมีประเด็นความเป็นธรรมดังกล่าวอยู่ในระดับใด

การเลือกใช้ดัชนีชี้วัดดังกล่าว อาจจะต้องคำนึงคุณค่าของการนำไปใช้ ความชัดเจนของการตีความ การยอมรับในวงกว้าง ความยากง่ายในการวิเคราะห์ข้อมูล และการมีอยู่ของฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะต้องอาศัยกระบวนการบางอย่างในการเลือก เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและสามารถใช้ได้ในระดับประเทศ และในระยะยาว และเมื่อใช้ดัชนีชี้วัดใดแล้ว ก็จำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดข้อมูลสำหรับดัชนีชี้วัดเหล่านี้ โดยอาจจะต้องใช้ระบบรายงาน รวมกับการสำรวจ ที่จำเป็นต้องมีการควบคุมคุณภาพของข้อมูลให้ดียิ่งขึ้น

การปรับประเด็นคำถามของความเป็นธรรมสำหรับเครื่องมือเชิงคุณภาพ

ประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพ 9 ข้อ ที่มีประเด็นคำถามย่อย 46 ประเด็น ซึ่งจำนวนคำถามดังกล่าวค่อนข้างจะมาก หากจะใช้ในวงกว้าง อาจจะต้องเลือกออกมาเพียงบางประเด็นเพื่อให้สามารถใช้ในวงกว้างได้ง่ายขึ้น โดยในเบื้องต้นนี้ได้มีการเลือกออกมาเพียง 22 ประเด็น โดยมีหลักการประกอบในการเลือกประเด็นคำถาม โดยใช้ข้อมูลคะแนนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1. เป็นประเด็นที่มีความชัดเจน เข้าใจได้ง่าย และคนส่วนใหญ่สามารถให้ความเห็นได้
2. เป็นประเด็นที่มีความสำคัญสูง อาจจะได้ว่าเป็นตัวแทนของกลุ่ม หรือเป็นผลลัพธ์จากประเด็นอื่นๆภายในกลุ่ม หรือเป็นประเด็นที่เป็นตัวแปรสำคัญของการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก หรือลบ
3. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ หมายความว่าทิศทางการเปลี่ยนแปลง ยังไม่แน่นอน ขึ้นกับปัจจัยที่จะมามีผลกระทบ ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลใน 10 จังหวัด สามารถใช้สัดส่วนของจำนวนผู้ให้คะแนนที่เป็นลบ (-5 ถึง -1) ต่อจำนวนผู้ให้คะแนนทั้งหมด เพื่อแสดงถึงแนวโน้มว่าประเด็นดังกล่าวยังเป็นปัญหาอยู่ หากมีสัดส่วนผู้ให้คะแนนเป็นลบสูง
4. เป็นประเด็นที่มีความหลากหลายทางความเห็น ทั้งนี้เนื่องจากยังเป็นประเด็นที่ยังสามารถถกเถียงได้ การได้ข้อมูลที่มีความแปรปรวนสูง แสดงถึงความแตกต่างของความเห็นระหว่างกลุ่มต่างๆ จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลใน 10 จังหวัด สามารถใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยทั้ง 8 กลุ่ม ในการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนทั้ง 46 ประเด็น

จากการวิเคราะห์ประเด็นคำถามทั้ง 46 ประเด็น ได้เลือกออกมาเพียง 22 ประเด็นตามหลักการข้างต้น ดังนี้

ความเป็นธรรมที่ 1 สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter-sectoral public health)

ประเด็น 1 สถานะสุขภาพโดยรวมของประชาชน

ประเด็น 2 สภาพสิ่งแวดล้อม

ประเด็น 3 สภาวะทางเศรษฐกิจ

ประเด็น 4 ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

ความเป็นธรรมที่ 2 อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม (Financial barrier to equitable access)

ประเด็น 5 ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพ

ประเด็น 6 ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

ความเป็นธรรมที่ 3 ปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Non-financial barrier to access)

ประเด็น 7 ความทั่วถึงของการกระจายทรัพยากรสุขภาพ

ประเด็น 8 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ

ความเป็นธรรมที่ 4 ความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ (Comprehensiveness of care and tiering)

ประเด็น 9 การใช้บริการระดับต้น

ประเด็น 10 ความเสมอภาคในการได้รับบริการ

ความเป็นธรรมที่ 5 ความเท่าเทียมของการจ่ายเงิน (Equitable financing)

ประเด็น 11 ความแตกต่างของภาระรายจ่ายด้านสุขภาพระหว่างผู้มีรายได้ต่ำกับผู้มีรายได้สูง

ประเด็น 12 ภาระรายจ่ายของประชาชนที่ต้องจ่าย ณ จุดบริการ

ความเป็นธรรมที่ 6 ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ (Efficiency and quality of care)

ประเด็น 13 ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการให้บริการ

ประเด็น 14 คุณภาพโดยรวมของบริการ

ความเป็นธรรมที่ 7 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)

ประเด็น 15 ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการด้านสุขภาพ

ประเด็น 16 การจัดสรรเงินสำหรับการบริการระดับต้น

ความเป็นธรรมที่ 8 การตรวจสอบได้และความมีส่วนร่วม (Democratic accountability and empowerment)

ประเด็น 17 ความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ

ประเด็น 18 โอกาสในการแสดงความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ

ประเด็น 19 การเสริมสร้างโอกาสและความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชน

ความเป็นธรรมที่ 9 ความเป็นอิสระของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy)

ประเด็น 20 โอกาสในการเลือกใช้บริการระดับต้น

ประเด็น 21 โอกาสในการเลือกใช้บริการเอกชน

ประเด็น 22 ความเป็นอิสระของผู้ให้บริการในการจัดบริการ

และจากประเด็นที่เลือกออกมา 22 ข้อดังกล่าว สามารถนำมาปรับให้เป็นคำถาม โดยเลือกข้อมูลเชิงปริมาณ บางตัวมาช่วยประกอบด้วย ดังแสดงในตารางที่ 10.11

ตารางที่ 10.11 แสดงคำถามที่เลือกมาจำนวน 22 คำถามและข้อมูลประกอบ

ข้อ	คำถาม	ข้อมูลประกอบ
1	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา สุขภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ ของประชาชน ดีขึ้นหรือไม่ เพียงใด	อัตราการตาย (ที่ปรับค่าตามโครงสร้างอายุ)
2	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา สภาพสิ่งแวดล้อม ที่มีผล ต่อสุขภาพของประชาชน ดีขึ้นหรือไม่ เพียงใด	สัดส่วนครัวเรือนที่ปลอดภัยจากมลพิษ
3	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา สภาวะทางเศรษฐกิจ ของ ประชาชน ดีขึ้นหรือไม่ เพียงใด	รายได้เฉลี่ยต่อประชากรต่อเดือน
4	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา มีความพยายามในการ ร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกันเอง และระหว่าง หน่วยงานของรัฐกับประชาชน ในแก้ไขปัญหาสุขภาพ มาก ขึ้นหรือไม่ เพียงใด	
5	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา บริการที่ได้รับการคุ้มครอง อยู่ในหลักประกันสุขภาพมีความครบถ้วน มากขึ้นหรือไม่ เพียงใด	ความครอบคลุมของประชาชนที่มีหลัก ประกันสุขภาพที่มีสิทธิประโยชน์สูง (ข้าราชการ ประกันสังคม ประกันเอกชน)
6	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ครัวเรือนมีรายจ่ายด้านสุขภาพ ลดลงหรือไม่ เพียงใด	ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน
7	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา มีการกระจายบุคลากร ทางแพทย์ สถานพยาบาล เต็ม อย่างเพียงพอและทั่วถึง มากขึ้นหรือไม่ เพียงใด	อัตราส่วนจำนวนประชากรต่อแพทย์ 1 คน
8	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ประชาชนมีอุปสรรคใน การไปใช้บริการสุขภาพ ที่นอกเหนือจากอุปสรรคทางการเงิน เช่น อุปสรรคในการเดินทาง ปัญหาด้านภาษา ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ และปัญหาการยอมรับในสถานบริการ ลดลงหรือไม่ เพียงใด	
9	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ประชาชนมีความนิยมใน การใช้บริการระดับต้น ได้แก่สถานีนอนมัย ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นหรือไม่ เพียงใด	อัตราส่วนการนอนรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนต่อการนอนรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป
10	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา สถานบริการให้บริการ ประชาชนอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน มากขึ้นหรือไม่ เพียงใด	

ข้อ	คำถาม	ข้อมูลประกอบ
11	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของคนที่มีฐานะยากจน กับคนที่มีฐานะดี มีความแตกต่างลดลงหรือไม่ เพียงใด	อัตราส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของคนที่ไม่มียาชีพ ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของคนที่มีอาชีพธุรกิจเอกชน
12	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ภาระการจ่ายเงินของประชาชน ที่ต้องไปจ่ายเวลาไปใช้บริการ ณ สถานบริการลดลงหรือไม่ เพียงใด	
13	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายในการให้บริการต่อครั้ง ของสถานพยาบาล ลดลงหรือไม่ เพียงใด	ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
14	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา คุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล ดีขึ้นหรือไม่ เพียงใด	อัตราการตายรวม ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
15	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายในภาพรวมของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน มีความเหมาะสม มากขึ้นหรือไม่ เพียงใด	ค่าใช้จ่ายรวมต่อประชากร ของสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด
16	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา มีการจัดสรรงบประมาณที่เน้นไปที่บริการระดับต้น ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นหรือไม่ เพียงใด	สัดส่วนค่าใช้จ่ายของสถานีนอนามัย ต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด
17	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพโดยเฉพาะด้านงบประมาณ มีความโปร่งใส โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนรับรู้ มากขึ้นหรือไม่ เพียงใด	
18	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา สถานบริการสุขภาพ เปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นต่อบริการ และนำความเห็นนั้นไปปรับปรุงแก้ไข มากขึ้นหรือไม่ เพียงใด	
19	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา มีการให้โอกาสและสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรภาคประชาชน ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นหรือไม่ เพียงใด	
20	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ประชาชนมีโอกาสดำเนินการเลือกใช้บริการระดับต้น ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นหรือไม่ เพียงใด	
21	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ประชาชนมีโอกาสดำเนินการเลือกใช้บริการของเอกชน เพิ่มขึ้นหรือไม่ เพียงใด	อัตราส่วนการเลือกใช้บริการของเอกชนต่อบริการของรัฐ แผนกผู้ป่วยนอก
22	เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีที่ผ่านมา ผู้ให้บริการมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ และให้บริการตามความเหมาะสมของพื้นที่ มากขึ้นหรือไม่ เพียงใด	

จากประเด็นคำถามที่เลือกมาแล้ว จำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือขึ้นมารองรับ สำหรับการเผยแพร่ในวงกว้าง ได้แก่ การนำข้อมูลความเป็นธรรม และแบบลงความเห็นและคะแนนความเป็นธรรม ลงในเครือข่ายอินเทอร์เน็ต การขยายผลความร่วมมือมีส่วนร่วมในวงกว้างนี้ อาจจะทำให้กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และประชาชนผู้ใช้บริการสุขภาพ ให้ความสนใจกับประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น

10.8. บทสรุปความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะใช้เครื่องมือบางอย่างในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ เครื่องมือหลัก 2 ชนิดที่ใช้ในการศึกษาความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้แก่ เครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ เครื่องมือในเชิงปริมาณนั้น ใช้ข้อมูลสถิติภูมิที่มีการรวบรวมเอาไว้แล้ว ได้แก่ ข้อมูลจากระบบรายงาน ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และข้อมูลจากการสำรวจ นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นคะแนนความเป็นธรรมโดยใช้ Z-score ชุดของดัชนีชี้วัดจำนวน 81 ตัว 30 กลุ่มถูกนำมาประยุกต์ใช้ จากการศึกษพบว่า ยังมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ 75 จังหวัดในประเด็นความเป็นธรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสถานะสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านทรัพยากรสุขภาพ ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ ด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และด้านโอกาสในการเลือกใช้บริการของประชาชน สำหรับในระดับจังหวัดนั้น แต่ละจังหวัดสามารถศึกษาถึงประเด็นที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองได้ จากชุดข้อมูลเหล่านี้ ซึ่งแต่ละจังหวัดจะมีลักษณะของจุดแข็งและจุดอ่อนที่แตกต่างกัน ข้อมูลและคะแนนความเป็นธรรมทางสุขภาพเหล่านี้ สามารถนำมาใช้ได้ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้ในการติดตามผลกระทบของการพัฒนา และใช้ในการวางแผนพัฒนา โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชน สำหรับชุดเครื่องมือเชิงคุณภาพนั้น ใช้วิธีที่ค่อนข้างจะเข้าใกล้กับความเป็นจริงในพื้นที่ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ทั้งภาคผู้ให้บริการและประชาชน คะแนนที่ได้จากการให้ของกลุ่มต่างๆ ใน 10 จังหวัดพบว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยรวม เมื่อเทียบกับ 3 ปีที่แล้ว มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยคะแนนอยู่ระหว่าง +1.08 ถึง +2.25 โดยความเป็นธรรมด้านความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการได้คะแนนสูงที่สุดในขณะที่ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการได้คะแนนต่ำที่สุด เนื้อหาเชิงคุณภาพจากการสนทนาจะเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ประชาคมที่ร่วมในกระบวนการประเมินความเป็นธรรมเห็นว่า การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีโอกาสวิพากษ์วิจารณ์ระบบสุขภาพ จะสามารถทำให้ระบบสุขภาพมีความเป็นธรรมมากขึ้น เมื่อความคิดเห็นเหล่านี้เกิดผลในทางปฏิบัติ สำหรับในระยะยาวก็ควรมีการพัฒนาและเลือกดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมในเชิงปริมาณที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงคุณค่าในการนำไปใช้ประโยชน์ และความยากง่ายในการเก็บข้อมูล โดยควรดำเนินการร่วมกับกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับในวงกว้าง นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการให้คะแนนความเป็นธรรม โดยประชาชนในวงกว้างร่วมด้วย และควรมีการพัฒนาแบบข้อมูลและระบบการติดตามความเป็นธรรมที่ต่อเนื่อง โดยอาจจะต้องมียุทธศาสตร์การเข้ามารองรับภารกิจดังกล่าว ทั้งในระดับพื้นที่และในระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญชัย. *ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ชุมชนสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543*, นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- 2) Hayami Y. Income distribution and environmental problems. In *Development Economics*. Oxford, Oxford University Press, 1997.
- 3) WHO. *The world health report 2000 – health systems: Improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 4) OECD. *The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries*, Paris, OECD, 1992.
- 5) Nitayarumphong S.(ed.) *Health Care Reform at the frontier of research and policy decisions*. Bangkok, Ministry of Public Health, 1997.
- 6) Van Doorslaer E, Wagstaff A & Rutten F. *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
- 7) Donaldson C & Gerard K. *Economics of health care financing: The visible hand*. London, The macmillan Press LTD, 1993.
- 8) Mooney G. *Economics, Medicine and Health care*. Sussex, Wheatsheaf, 1986.
- 9) Culyer AJ. *Health, health expenditures and equity: Discussion paper*. York, Center for health economics, 1991.
- 10) Kakwani NC. Measurement of tax progressivity: an international comparison. *Economic Journal*, 1977, **87**, 71-80.
- 11) Renberg C, Pannarunothai S. *Inequity of health care financing in Thailand*. A research report to the Swedish-Thai Collaboration in Health System Development, 1998.
- 12) Renberg C, Pannarunothai S. *Inequity of health care delivery in Thailand*. A research report to the Swedish-Thai Collaboration in Health System Development, 1998.
- 13) Health care reform office. *Health care reform project*. A joint project between the Royal Thai Government and the European Union. Nonthaburi, Health Care Reform office MoPH., 1997.
- 14) สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทรัพยากรทรัพยากรสาธารณสุขปี พ.ศ. 2541-2542. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
- 15) Makinen M, Waters H, Rauch M *et al*. Inequalities in health care use and expenditures empirical data from eight developing countries and countries in transition: Bulletin of the World Health Organization. *The International Journal of Public Health*, 2000, **78**(1), 55-65.

- 16) สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. (ed.) การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-41. กรุงเทพมหานคร, กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- 17) Gakidou E.E, Murray C.J.L. & Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (1), 42-51.
- 18) สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. สรุปย่อ รายงานการพัฒนาคมนของประเทศไทย 2542. กรุงเทพมหานคร, UNDP, 2542.
- 19) Daniels N, Bryant J, Castano R.A *et al.* Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6): 740-750.
- 20) Pannarunothai S, Srithamrongsawat S. Benchmarks of fairness for health system reform: the tool for national and provincial health development in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal*, 2000, 4(1): 13-26.
- 21) Ministry of Public Health. *Provincial health survey 2*. Bangkok, Ministry of Public Health, 1996.
- 22) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้น สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543.
- 23) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงาน การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2541. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543.
- 24) กระทรวงมหาดไทย. รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) ปี 2542. กรุงเทพมหานคร, กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2542.
- 25) สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข. สถิติอุบัติเหตุและสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ.2541. กรุงเทพมหานคร, กรมการแพทย์, 2542.
- 26) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานเชิงวิเคราะห์เรื่องรายได้และการกระจายรายได้ของครัวเรือน พ.ศ.2541 ระดับจังหวัด. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542.
- 27) Alpha Research Co.,Ltd. *Pocket Thailand in Figures 2001 (4th edition)*. Bangkok, Alpha Research Co.,Ltd., 2001.
- 28) กองโรงพยาบาลภูมิภาค. รายงานด้านการบริการและค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ปี พ.ศ.2543. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
- 29) กองสาธารณสุขภูมิภาค. รายงานด้านบริการและค่าใช้จ่ายระดับจังหวัด. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
- 30) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540.
- 31) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อมูลการวิเคราะห์การใช้บริการและค่าใช้จ่ายของบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ในจากข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข, 2543.

- 32) บุรีรัตน์ สามีตติยะ. ชุด "รู้เรื่องเมืองไทย" ภาคเหนือ แหล่งจรรโลงพระพุทธศาสนา ตระการตาด้วยขนบธรรมเนียม. กรุงเทพมหานคร, บริษัท โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2544.
- 33) บุรีรัตน์ สามีตติยะ. ชุด "รู้เรื่องเมืองไทย" ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดินแดนแห่งอารยธรรม ก่อนประวัติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร, บริษัท โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2544.
- 34) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. คู่มือท่องเที่ยว "ภูเก็ต". กรุงเทพมหานคร, กองผลิตอุปกรณ์โฆษณา การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2544.
- 35) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. เข้าใจถิ่น เข้าใจเที่ยว "สงขลา" เพื่อความเข้าใจและการมีส่วนร่วม คู่มือความรู้ วัฒนธรรม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร, คณะกรรมการอำนวยการจัดพิมพ์หนังสือตามแผนงานเงินกู้เพื่อการท่องเที่ยวและส่งเสริมการดำเนินงาน ภายใต้โครงการลงทุนเพื่อสังคม (Social Investment Project: SIP), 2543.
- 36) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. เข้าใจถิ่น เข้าใจเที่ยว "ปัตตานี" เพื่อความเข้าใจและการมีส่วนร่วม คู่มือความรู้ วัฒนธรรม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร, คณะกรรมการอำนวยการจัดพิมพ์หนังสือตามแผนงานเงินกู้เพื่อการท่องเที่ยวและส่งเสริมการดำเนินงาน ภายใต้โครงการลงทุนเพื่อสังคม (Social Investment Project: SIP), 2543.
- 37) บุรีรัตน์ สามีตติยะ. ชุด "รู้เรื่องเมืองไทย" ภาคกลาง อารยธรรมแห่งลุ่มน้ำ สืบสานความรุ่งเรืองด้วยราชธานี. กรุงเทพมหานคร, บริษัท โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2544.
- 38) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. เข้าใจถิ่น เข้าใจเที่ยว "อยุธยา" เพื่อความเข้าใจและการมีส่วนร่วม คู่มือความรู้ วัฒนธรรม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร, คณะกรรมการอำนวยการจัดพิมพ์หนังสือตามแผนงานเงินกู้เพื่อการท่องเที่ยวและส่งเสริมการดำเนินงาน ภายใต้โครงการลงทุนเพื่อสังคม (Social Investment Project: SIP), 2543.
- 39) จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543, นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- 40) Bridgman RF. *Hospital utilization: an international study*. Oxford, Oxford University Press, 1979.
- 41) ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไทย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิษณุโลก, ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2543.
- 42) จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ และ สุภัทลยา คงสวัสดิ์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงิน ค่าบริการสุขภาพ เพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
- 43) พินิจ ฟ้าอำนวยผล, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ลือชา วรรัตน์ และปรีดา เต๋ออารักษ์. กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์ เอกสารวิชาการชุด การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ฉบับที่ 1. นนทบุรี, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2543.
- 44) Murray C.J.L. Identifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72(3): 429-445.