

ความเป็นธรรม ในระบบสุขภาพ

รศ. นพ.ศุภสีทธิ พรพรรณารุโนทัย



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

หนังสือชุด “สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543”

ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

โดย รศ. นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย

จัดพิมพ์โดย:

โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 951-1286-93 โทรสาร 951-1295

พิมพ์ครั้งแรก:

เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3
“ภูมิปัญญาประชาคม...สู่สุขภาพประชาชาติไทย” ระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม 2543
ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร

ราคา 60 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย.

ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ.--กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,
2543.

46 หน้า.

1. การบริหารสาธารณสุข. I. ชื่อเรื่อง.

362.1068

ISBN: 974-299-055-7

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

คำนำ

การเปลี่ยนแปลงในระดับการปฏิรูปจำเป็นต้องสร้างกระบวนการระดมประชาคมให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ทางสุขภาพเพื่อเป็นฐานรากสำคัญสำหรับการสร้างระบบและกลไกของระบบสุขภาพขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากและสลับซับซ้อน จำต้องใช้ 3 พลังประสานกันอย่างสมดุล ที่เรียกว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

พลังวิชาการเป็นหนึ่งในสามพลังที่เป็นฐานรากในการออกแบบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่ายนักวิชาการร่วมมือกันในการสร้างความรู้และพัฒนาทางเลือกของระบบสุขภาพทั้งในระดับของปรัชญาแนวคิด หลักการ และรูปแบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นเครื่องมือให้ประชาคมได้นำไปใช้ในการปรับกระบวนการทัศน์ของประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง

หนังสือเล่มนี้เป็นหนึ่งในหกเล่มของเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3 เรื่อง “ภูมิปัญญาประชาคม... สุขภาพประเทศไทย” ระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม 2543 ความพยายามของผู้เขียนในการรวบรวมและเรียบเรียงเป็นการริเริ่มที่สำคัญของกระบวนการแปลงงานวิจัยเป็นภาษาที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ยังคงมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายอยู่พอสมควร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จะได้นำข้อเสนอจากการประชุมวิชาการ สวรส. ครั้งที่ 3 และสาระจากการจัดเวทีขององค์กรภาคี เพื่อนำไปปรับปรุงหนังสือชุดนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นอีกครั้งหนึ่งภายในเดือนธันวาคม 2543 โดยจัดทำเป็นหนังสือ 3 เล่ม ประกอบด้วย 1) สุขภาพคนไทย 2) ระบบสุขภาพไทย และ 3) สุขการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

หนังสือชุดสุขภาพคนไทย ปีพ.ศ. 2543 คงจะเป็นประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งสื่อมวลชนในทุกแขนง ไม่มากก็น้อยต่างกันไป สวรส. ต้องขอขอบพระคุณผู้เขียนและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำหนังสือชุดนี้ หากมีความคลาดเคลื่อนและข้อผิดพลาดประการใด สวรส. ขอน้อมรับทุกประการ และหากมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้ส่งไปยัง สวรส.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สิงหาคม 2543

สารบัญ

คำนำ	(3)
1. ที่ว่าเป็นธรรมนั้นเป็นอย่างไร	1
● บทนำ	1
● ความยากจน ความเสมอภาค และความเป็นธรรม	2
● นิยามความเป็นธรรมทางสุขภาพ	3
● ช่วยกันปักธงแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ	11
● สรุป	13
2. สถานการณ์ความไม่เป็นธรรม	15
● การกระจายรายได้ประชากรและความยากจน	15
● การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	17
● สถานะสุขภาพของประชาชนไทย	19
● ความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพ	22
● ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ	25
● สรุป	27
3. ระบบสุขภาพกับความเป็นธรรม	29
● ประชาสังคมไทยมองความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างไร	29
● ระบบสุขภาพกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ	30
● องค์ประกอบระบบสุขภาพที่จะสร้างความเป็นธรรม	31
● ตัวชี้วัดเป้าหมายความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ	35
● สรุป	36
4. ประชาสังคมไทยกับปฏิรูประบบสุขภาพที่เป็นธรรม	39
● การปฏิรูประบบสังคม	39
● ปฏิรูประบบสุขภาพ	40
● ข้อเสนอต่อสังคมไทย	41
● ข้อเสนอต่อรัฐบาลไทย	41
เอกสารอ้างอิง	42

1

ที่ว่าเป็นธรรมนั้นเป็นอย่างไร

บทนำ

เมื่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศถึงขั้นวิกฤตตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา กระแสสังคมในประเทศไทยเริ่มให้ความสนใจกับประเด็น “ความเป็นธรรม” ในสังคมมากขึ้น เพราะเริ่มคล้อยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ว่า ประเทศใดขาดความเป็นธรรมในการกระจายรายได้ การพัฒนาเศรษฐกิจแม้จะดีเพียงใด ก็จะไม่ยั่งยืน (Persson and Tabellini, 1994)

ดังนั้น หากหมุนเวลากลับได้ ย้อนไปตั้งแต่การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 นักวางแผนเศรษฐกิจในยุคนั้น เคยเสนอเป้าหมายหลักของการพัฒนาเศรษฐกิจไว้ 4 ประการได้แก่ พัฒนาเศรษฐกิจให้เติบโตเพื่อเสถียรภาพ เพื่อการมีส่วนร่วม เพื่อการกระจายอำนาจ และเพื่อความเป็นธรรม แต่ในทางปฏิบัติจริง ประเด็นความเป็นธรรมกลับถูกละเลยอย่างมาก ฉะนั้น หากย้อนเวลาและสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายดังกล่าวอย่างครบถ้วน ย่อมสามารถป้องกันวิกฤตที่จะเกิดขึ้นได้

ความเป็นธรรมในสังคมมีความหมายยิ่งกว่าการกระจายรายได้ ดังนั้นในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่ประกาศใช้ในช่วงประเทศประสบวิกฤตเศรษฐกิจใหม่ๆ จึงให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมไว้หลายด้าน ตั้งแต่ความเท่าเทียมกันทางสิทธิมนุษยชนของประชาชนชาวไทยทุกคน ความเท่าเทียมกันทางการเมือง ความเท่าเทียมของโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความเป็นธรรมทางสุขภาพ

กระแสความตื่นตัวด้านความเป็นธรรมมิได้มีเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศที่สำคัญ ยังช่วยกันปวาร้องให้ทั่วโลกสนใจ ทั้งแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมภายในประเทศ และการแก้ไขความเหลื่อมล้ำระหว่างประเทศ ธนาคารโลกกำลังจัดเตรียมรายงานการพัฒนาโลก ฉบับปี 2000/01 เรื่องความ

ยากจน (WB, 2000) สหประชาชาติเน้นการลดปัญหาความยากจน องค์การอนามัยโลก เน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ไว้ในรายงานประจำปี ค.ศ. 1999 (WHO, 1999) พร้อมกับเน้นการแก้ปัญหาความยากจนด้วย (Feachem, 2000)

เอกสารความเป็นธรรมทางสุขภาพนี้ จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศไทย โดยเชื่อมโยงกับความไม่เป็นธรรมด้านอื่นๆ ที่เท่าเทียม และเปรียบเทียบกับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่พบในประเทศอื่นๆ เพื่อเสนอทางออกว่า ประเทศไทยควรวางเป้าหมายระยะยาวเพื่อลดสภาพที่ไม่เป็นธรรม และบรรลุภายใน 10 ปีข้างหน้าอย่างไร

เอกสารนี้ แบ่งออกเป็น 4 บท โดยบทแรกจะกล่าวถึงแนวทฤษฎี ความหมาย และการตีค่าของความเป็นธรรม บทที่ 2 แสดงแนวโน้มสถานการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพด้านต่างๆ ที่พบในประเทศไทย เพื่อคาดการณ์ว่า อีก 10 ปีข้างหน้าถ้าไม่มีการจัดการที่ดี อาจเกิดเหตุการณ์เช่นไร บทที่ 3 กล่าวถึงระบบสุขภาพ กับความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่ออธิบายขอบเขตที่ระบบสุขภาพช่วยแก้ปัญหา และอาจเป็นปัญหาต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ และบทสุดท้าย เป็นข้อเสนอแนะ ทางออกเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ ให้บรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมมากขึ้น

ความยากจน ความเสมอภาค และความเป็นธรรม (Poverty, equality and equity)

ก่อนก้าวไปสู่เนื้อหาที่ลึกซึ้งของประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพ จะขอเสนอประเด็นที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ระหว่างความยากจน ความเสมอภาค และความเป็นธรรม เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

นักวิชาการหรือนักพัฒนาที่เน้นประเด็น “ความยากจน” เพราะเห็นว่า ความยากจน (โดยเฉพาะความยากจนทางเศรษฐกิจ) เป็นบ่อเกิดของปัญหาความไม่เสมอภาค และนำมาสู่ความไม่เป็นธรรม และเนื่องจากทั่วโลก มีประชากรกว่า 1,300 ล้านคนที่อยู่ใต้เส้นแบ่งความยากจน¹ จึงต้องการให้สนใจแก้ปัญหาของคนกลุ่มนี้ โดยใช้วิธีแก้ปัญหาตามแนวคิด “ความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์” (Basic human needs)

ส่วนกลุ่มที่เน้นประเด็น “ความเสมอภาค” เพราะเห็นว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ยากจนหรือกลุ่มด้อยโอกาส กับกลุ่มที่ร่ำรวยหรือกลุ่มได้โอกาส นับวันยิ่งถ่างกว้างมากขึ้น นอกจากนี้ การวัดความไม่เสมอภาคระหว่างกลุ่มคนที่มีฐานะต่างๆ กัน ยังเป็นการวัดที่ง่ายกว่าการวัดว่ามีความเป็นธรรมเกิดขึ้นหรือไม่ ดังนั้นจะพบว่า มีบทความ

¹ เส้นแบ่งความยากจน ใช้แนวคิดของความยากจนสัมบูรณ์ (Absolute poverty) ธนาคารโลกคำนวณว่า เส้นแบ่งความยากจนนานาชาติ อยู่ที่ US\$1 ต่อคนต่อวัน (ที่ราคาปี 1985 และปรับตามอำนาจการซื้อของแต่ละประเทศ)

วิชาการจำนวนมากที่วัดปัญหาความไม่เสมอภาค

แต่ข้อโต้แย้งสำคัญของความไม่เสมอภาคคือ ความไม่เสมอภาคเป็น คนละอย่างกันกับความเป็นธรรม ในหลายกรณี การที่สังคมมีความไม่เสมอภาค อาจจะเป็นธรรมแล้วก็ได้ อีกอย่างหนึ่งคือ การทำให้สังคมมีความเสมอภาคมากขึ้น (คือลดความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ดีที่สุดกับกลุ่มที่ด้อยที่สุด) อาจหมายถึงการทำให้มาตรฐานเฉลี่ยของสังคมลดต่ำลง เพราะทำให้กลุ่มที่ดีที่สุดลดลงมาใกล้กับกลุ่มที่ต่ำที่สุด กรณีสุดท้ายคือ ความเป็นธรรมมีเนื้อหาที่ยากที่สุด เพราะขึ้นอยู่กับ การตีค่าของผู้เกี่ยวข้อง² (ดูรายละเอียดต่อไปเกี่ยวกับนิยามของความเป็นธรรมทางสุขภาพ)

อย่างไรก็ตาม การแยกความแตกต่างระหว่าง 3 แนวคิด มักจะเป็นข้อถกเถียงกันทางด้านวิชาการมากกว่า และไม่น่าไปสู่ประโยชน์ที่ชัดเจนนัก เพราะทั้ง 3 กลุ่มมักลงเอยด้วยการปฏิบัติที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มที่ต้องการแก้ปัญหาความไม่เสมอภาคเพราะเห็นว่าความไม่เสมอภาคนั้นไม่เป็นธรรม และยุทธวิธีการแก้ปัญหาก็เน้นไปที่กลุ่มคนที่ยากจนก่อน (Gwatkin DR, 2000) ดังนั้น ในเอกสารฉบับนี้ จึงพิจารณาประเด็นทั้ง 3 ไปด้วยกัน โดยไม่ถือข้อใดข้อหนึ่งอย่างชัดเจน ขึ้นกับโอกาสว่า ภายใต้กรอบแนวคิดแบบใด จะใช้สิ่งใดอธิบายได้ดีกว่ากัน

นิยามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ปรัชญาความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่ยากต่อการสร้างความเข้าใจ และสร้างความเห็นพ้องร่วมกัน ทั้งนี้เพราะขึ้นกับทฤษฎีสังคม (Theory of Society) ที่แต่ละคน หรือกลุ่มคนในประเทศต่างๆ จะคิดและตีความ ในบทนิยามความเป็นธรรมทางสุขภาพนี้ จะเน้นถึงความเข้าใจของทฤษฎีสังคม ที่เป็นตัวกำหนดการตีค่า “ความเป็นธรรม” จากนั้นจะเสนอมุมมองของกลุ่มบุคคลต่างๆ ต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ การหาคำจำกัดความที่เป็นรูปธรรมสำหรับการวัดและติดตาม

ทฤษฎีสังคม (Theory of society)

ในการโต้เถียงทางปรัชญา แนวคิดของความเป็นธรรม สามารถแยกออกเป็นข้อใหญ่ๆ ได้ 2 ข้อ คือ แนวคิดเสรีนิยม (Libertarianism) และแนวคิดความเท่าเทียม (Egalitarianism) ผู้ที่ยึดแนวคิดเสรีนิยม จะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุกๆ คน จะยอมรับก็เพียงการมีมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard) เท่านั้น ส่วนที่เกินจากนั้น ให้เป็นสิทธิและเสรีภาพของแต่ละคนที่จะซื้อหาไว้ด้วยความสามารถ ตรงกันข้ามกับกลุ่มที่ยึด

² McLachlan and Maynard (1982) เปรียบ “ความเป็นธรรม” เหมือน “ความงาม” ซึ่งขึ้นอยู่กับ การตีคุณค่าของผู้ตัดสิน “. . . equity, like beauty, is in the mind of the beholder.”

แนวคิดความเท่าเทียม เห็นว่า ทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่การมี โอกาสที่เท่าเทียมกัน (equality of opportunity) รวมทั้งควรได้รับสวัสดิการการดูแลจาก สังคมอย่างเท่าเทียมกัน และท้ายสุด มีสถานะสุขภาพในด้านผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน

ผลที่ติดตามมาคือ ฝ่ายเสรีนิยมเชื่อในกลไกตลาด เชื่อในการตัดสินใจของแต่ละ คนว่าจะทำให้สามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดที่ตนเองต้องการ ต้องให้เสรีภาพแก่ทุกคนในการ เลือกจึงจะเรียกได้ว่า เกิดความเป็นธรรม (Equity as choice)³ อีกนัยหนึ่งผู้ที่คิดแบบเสรี นิยม คิดว่ากลไกตลาดที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพนั้นจะทำให้เกิดความเป็นธรรมได้ด้วย เพราะทุกคนเลือกได้ด้วยตนเอง แต่ฝ่ายแนวคิดความเท่าเทียมจะปฏิเสธกลไกตลาด เพราะเห็นว่ากลไกตลาดมีแนวโน้มล้มเหลว เนื่องจากถ้าคนมีโอกาสนี้ไม่เท่าเทียมกัน คนที่มีข้อมูลมากกว่าก็จะใช้โอกาสนี้มีมากกว่าสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง ดังนั้นกลุ่ม แนวคิดความเท่าเทียมจะให้ความหวังกับสังคมที่ต้องช่วยกันจรรโลงความเท่าเทียมกัน

จากแนวคิดทฤษฎีสังคม และประเด็นความยากจน ความเสมอภาค และความ เป็นธรรมดังได้กล่าวถึงในตอนต้น ในที่นี้ จึงตัดสินใจเลือกใช้ความหมายของความเป็น ธรรมทางสุขภาพ ตามกลุ่มแนวคิดความเท่าเทียมกัน (Egalitarian) มากกว่ากลุ่มที่คิด อย่างเสรีนิยม (Libertarian) เพราะบริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถให้กลไกตลาด เป็น กลไกหลักในการกระจายอย่างได้ผล⁴

มุมมองของความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ใครบ้างที่ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ การทบทวนความรู้จาก แวดวงวิชาการให้คำตอบว่า นักวิชาการ 3 กระแสหลักที่กล่าวถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย, 2542) ได้แก่

1. นักสาธารณสุขศาสตร์ ให้ความสำคัญเริ่มแรกกับสถานะสุขภาพที่เป็นธรรม
2. นักเศรษฐศาสตร์ ให้ความสำคัญเริ่มแรกกับรายจ่ายที่เป็นธรรม
3. นักสังคมศาสตร์ ให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และชนชั้นใน

สังคม

³ Le Grand (1991) นักเศรษฐศาสตร์ชาวอังกฤษ ที่เชื่อเรื่อง ความเป็นธรรมจากการเลือก (Equity as choice) แต่ก็มีความคิดโน้มเอียงมาทาง Egalitarian เพราะภายหลังสรุปว่า การตัดสินใจเลือกของแต่ละคน มีบ่อย ครั้งที่ถูกจำกัดด้วยองค์ประกอบที่ตนควบคุมไม่ได้ จึงต้องอาศัยระบบที่ส่วนรวมจะช่วยสร้างหลักประกัน ของทางเลือก

⁴ ข้อถกเถียงเรื่องกลไกตลาดล้มเหลวในบริการสุขภาพมีสาเหตุหลายประการ เช่นการที่ผู้ให้บริการรู้ข้อมูล ข่าวสารมากกว่าผู้รับบริการ การผูกขาดในระบบบริการสุขภาพ

กระแสนักสาธารณสุขศาสตร์

การนำเสนอความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพครั้งแรก วิเคราะห์โดยนักระบาดวิทยาชาวอังกฤษ Farr ในปี ค.ศ. 1839 จากข้อมูลสถิติการตายของสำนักทะเบียนราษฎรที่เก็บตัวแปร โรคที่ทำให้ตาย อายุ และอาชีพของผู้ตาย (Whitehead, 2000) การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบของ Farr แบ่งพื้นที่ (district) ของอังกฤษเป็นพื้นที่ที่มีสุขภาพดีและสุขภาพไม่ดี จากข้อมูลการเกิด การตาย และอายุที่เสียชีวิต โดยคำนวณเป็นอัตราตายต่อเด็กที่เกิดในแต่ละพื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่มีสุขภาพดีมีความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่าพื้นที่ที่มีสุขภาพไม่ดี (Farr, 1885)

การวางแผนทางสาธารณสุขศาสตร์เป็นจุดเริ่มต้นของการนำความเป็นธรรมทางสุขภาพมาสัมพันธ์กับการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข โดยคณะทำงานจัดสรรงบประมาณของอังกฤษ (Resource Allocation Working Party, RAWP) ที่ได้รับแต่งตั้งให้ทำงานในปี พ.ศ. 2518 จัดตีพิมพ์ผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2519 ว่า การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขของประเทศอังกฤษที่ผ่านมา เป็นการเพิ่มตามประวัติศาสตร์มากกว่าการสะท้อนความจำเป็นทางสุขภาพ (Needs for health care) คณะทำงานเสนอตัวชี้วัดความจำเป็นทางสุขภาพหลายตัว เช่น จำนวนประชากร โครงสร้างอายุ/เพศของประชากร อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardised Mortality Ratio, SMR) อัตราการเจริญพันธุ์ (Fertility Rate) การข้ามเขตรับบริการ ฯลฯ เมื่อใช้ตัวแปรเหล่านี้ทำนายงบประมาณที่ควรได้ พบว่า มีความแตกต่างจากที่จัดสรรจริงเป็นอันมาก คณะทำงานเสนอแนะว่า ควรมีเป้าหมายลดความแตกต่างเหล่านี้ให้ชัดเจนด้วยกระบวนการจัดสรรงบประมาณ แต่ทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป (DHSS, 1976) นำสังเกตว่าในเอกสารนั้น ไม่เคยเอ่ยถึงคำว่า “ความเป็นธรรม (Equity)” แต่ประการใด

หลังจากงานของคณะทำงาน RAWP เสร็จสิ้นแล้ว ต่อมาปี พ.ศ. 2520 รัฐบาลพรรคแรงงานของอังกฤษ ได้แต่งตั้งคณะทำงานอีกชุดหนึ่งเพื่อศึกษาถึงความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ (Inequalities in health) โดยรวบรวมหลักฐานความแตกต่างทางสุขภาพในระดับประเทศและเปรียบเทียบกับนานาชาติ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขความแตกต่างเหล่านั้น หัวหน้าคณะทำงานคือ Sir Douglas Black ซึ่งดำรงตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยแพทย์ มีคณะทำงานที่มาจากสาขาแพทย์เป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งมีคณะทำงานจากสาขาสังคมศาสตร์ด้วย

คณะทำงานชุดนี้เสนอผลงานความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ ที่มีชื่อเรียกว่า The Black Report (1980) ต่อรัฐบาลชุดใหม่ที่มาจากพรรคอนุรักษนิยม เนื่องจากผลของการศึกษาไม่เป็นที่พอใจของรัฐบาลจึงไม่ได้พิมพ์เผยแพร่ รัฐมนตรีสาธารณสุขบอกแต่เพียงว่า “... การแก้ปัญหาตามข้อเสนอแนะของรายงาน ... ต้องใช้เงินเพิ่มมากถึง 2 พันปอนด์

ต่อไป ... ซึ่งไม่สามารถเป็นไปได้ในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันหรือในอนาคต... จึงไม่สามารถจัดทำตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานได้” (Townsend and Davidson, 1988) ดังนั้นความรู้ที่ได้ จึงเป็นที่รู้จักกันเฉพาะแวดวงนักวิชาการ

ในขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลก ได้ทำคำประกาศที่เมืองอัลมา อตา ในปี พ.ศ. 2521 ตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (Health For All 2000, HFA 2000) โดยพูดถึงความเป็นธรรมไว้อย่างชัดเจนว่า

“ที่ประชุมยืนยันอย่างหนักแน่นว่า สุขภาพดี หมายถึงสภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน การจะทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีที่สุดของแต่ละคนได้นั้น เป็นเป้าหมายทางสังคมที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติจากภาคสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ นอกเหนือจากภาคสาธารณสุข” (WHO, 1978)

คำประกาศขององค์การอนามัยโลกได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีจาก Faculty of Community Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ของอังกฤษ โดยได้มีการจัดประชุมวิชาการในปี พ.ศ. 2530 ที่กรุงลอนดอน เรียกร้องให้แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน (Community physician) ที่ทำหน้าที่วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตระหนักถึงปรัชญาสำคัญ 3 ประการของ HFA 2000 ได้แก่ (Zealley, 1988)

- ความเป็นธรรมทางสุขภาพ (equity in health)
- การมีส่วนร่วม (participation)
- ความร่วมมือระหว่างสหสาขา (multisectoral co-operation)

ในการประชุมครั้งนี้ ตัวอย่างของความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ ที่ Black Report นำเสนอไว้ ได้นำมาเป็นเนื้อหาหลักของการพิสูจน์ว่า เกิดความไม่เป็นธรรมขึ้นในระบบสุขภาพของอังกฤษ พร้อมกับหลักฐานอื่นๆ อีกมากที่เกิดจากการวิจัยในยุคนั้น เช่น การค้นหาพื้นที่ที่ด้อยโอกาส (Identification of Underprivileged Areas) โดย Jarman (1983, 1984) ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในเขตเหนือ (Inequalities in Health in the Northern Region) โดย Townsend et al (1986), สุขภาพกับความขัดสน: ความไม่เสมอภาคในภาคเหนือ (Health and Deprivation: Inequality and the North) โดย Townsend et al (1987) และสุขภาพที่แบ่งแยก (The Health Divide) โดย Whitehead (1988)

การศึกษาความแปรปรวนของการให้บริการทางการแพทย์ (Medical practice variations) มีมากทั้งในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และยุโรป ในยุคปี ค.ศ. 1980 (Anderson and Mooney, 1990) นอกจากเป็นการแสดงว่า แบบแผนการรักษาของแพทย์ในแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันแล้ว การศึกษาในประเทศเดียวยังสามารถแสดงได้ว่า เวชปฏิบัติเกิดความไม่เป็นธรรมขึ้นหรือไม่ โดยมีการเลือกปฏิบัติที่เป็นไปตามรายได้ของครัวเรือน

มากกว่าความจำเป็นทางสุขภาพหรือไม่ (Wenberg et al, 1987; McPherson, 1995)

ความสนใจเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพในกระแสของสาธารณสุขศาสตร์ ได้แผ้วเบาไประยะหนึ่ง เนื่องจากกระแสปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ได้เน้นไปที่การปฏิรูปประสิทธิภาพมากกว่าการปฏิรูปด้านความเป็นธรรม ซึ่งอาจสืบเนื่องจากประเทศอังกฤษ ถูกปกครองด้วยพรรคอนุรักษนิยมเป็นระยะเวลายาวนาน อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกซึ่งประกาศ HFA 2000 ไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เห็นว่าเป้าหมายของปี พ.ศ. 2543 นั้น ใกล้เข้ามา ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปรัชญาสำคัญอันหนึ่งของ HFA 2000 จึงกลับมาเป็นประเด็นของความสนใจอีกครั้ง คราวนี้ถือเป็นบทบาทสำคัญขององค์การอนามัยโลก (Mills, 1998) ในการเรียกร้องให้ประเทศต่างๆ เฝ้าติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญของการปรับนโยบายสุขภาพ (Braveman, 1998)

กระแสของนักเศรษฐศาสตร์

การถกเถียงถึงปรัชญาของความเป็นธรรม (Equity) เป็นกระแสหลักอันหนึ่งของเศรษฐศาสตร์ที่คอยถ่วงดุลกับกระแสประสิทธิภาพ ความคิดของกลุ่มนักเศรษฐศาสตร์ความเป็นธรรมวางบนรากฐานการตีคุณค่า (value judgment) ตามเศรษฐศาสตร์ปทัสถาน (Normative economics) โดย Pareto (1848-1923) เป็นนักเศรษฐศาสตร์คนแรกที่ใช้คณิตศาสตร์ในการอธิบายการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม ที่เรียกว่า Pareto optimum⁵ และเป็นพื้นฐานสำคัญของเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ (Welfare economics)

นักเศรษฐศาสตร์ที่อธิบายความเป็นธรรมทางสุขภาพ ยุคแรกๆ คือ Anderson (1975) นักเศรษฐศาสตร์ชาวอเมริกัน โดยอธิบายว่า การกระจายบริการสาธารณสุขที่เป็นธรรม จะเกิดขึ้นเมื่อการรับบริการนั้นแปรผันตรงกับตัววัดความจำเป็นทางสุขภาพ ไม่ใช่รายได้ เพราะรายได้ไม่ได้แสดงความจำเป็นทางสุขภาพ ซึ่งคำจำกัดความนี้ Benham and Benham (1975) นำไปใช้กับการประเมินความเป็นธรรมของการใช้บริการสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา เมื่อเริ่มใช้โครงการ Medicare และ Medicaid และนักเศรษฐศาสตร์ชาวอังกฤษ Le Grand (1978) ก็นำมาใช้ประเมินกับการกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุขว่า ควรเป็นไปตามความจำเป็นทางสุขภาพ มากกว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

นักเศรษฐมิติ Kakwani (1977) พัฒนาคำนี้ชื่อ *Kakwani (คักวานี)* เพื่อเปรียบเทียบอัตราความก้าวหน้าของระบบภาษีในประเทศต่างๆ ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญมากที่ Wagstaff et al (1989) นำมาใช้ในการประเมินความเป็นธรรมของระบบการคลังสาธารณสุข

⁵ คือการกระจายทรัพยากรจากฝ่ายหนึ่งไปยังอีกฝ่าย โดยเพิ่มประโยชน์ให้แก่ฝ่ายที่ได้รับ ในขณะที่ฝ่ายที่ถูกย้ายทรัพยากรไม่เสียประโยชน์

และการให้บริการสาธารณสุข โดยเป็นการประเมินความเป็นธรรมในแนวตั้งสำหรับการคลังสาธารณสุข กล่าวคือ การคลังสาธารณสุขควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย ผู้ที่มีฐานะดีกว่าควรจ่ายมากกว่า ส่วนการให้บริการสาธารณสุขเป็นการประเมินความเป็นธรรมในแนวราบ โดยใช้ **ดัชนีการกระจาย (Concentration Index, CI)** คือ ถ้าสามารถปรับให้ประชากรทุกกลุ่มมีความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากันแล้ว ปริมาณการใช้บริการสุขภาพก็ควรที่จะเท่ากันด้วย

การใช้ดัชนีค่าความนี้ และดัชนีการกระจาย เพื่อวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้รับความสนใจจากกลุ่มประเทศยุโรปและสหรัฐอเมริกา โดย Van Doorslaer et al (1993, 1997) ทำการเปรียบเทียบความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในประเทศเหล่านั้น และมีข้อสรุปว่า ระบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ มักจะมีความเอนเอียงไปข้างคนที่มีฐานะดีกว่า ความไม่เท่าเทียมมีมากในสหรัฐอเมริกา และอังกฤษ เมื่อเทียบกับประเทศในยุโรปอื่นๆ แล้ว สวีเดน ฟินแลนด์ และอิตาลีเยอรมนีตะวันออก มีความไม่เสมอภาคต่ำที่สุด นอกจากนี้ ยังใช้วิธีนี้วัดความเป็นธรรมของระบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา อย่างจาไมก้า (Wagstaff and Van Doorslaer, 1998) และประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ อีก 9 ประเทศ (Wagstaff, 2000)

อย่างไรก็ตาม วิธีการดังกล่าวยังมีข้อจำกัด แม้ในบรรดานักเศรษฐศาสตร์ด้วยกัน ยังเห็นว่า ดัชนีที่น่าเสนอ มีความซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้วางแผนเชิงนโยบายจะเข้าใจได้ทันที ดังนั้นจึงเป็นอุปสรรคต่อการนำไปใช้ในเชิงนโยบาย นักเศรษฐศาสตร์ทั่วไปอาจเห็นประโยชน์จากการเปรียบเทียบความไม่เป็นธรรมในลักษณะที่เข้าใจได้ง่ายมากกว่า เช่น การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพในรูปภาพ ระหว่างประชากรในกลุ่มเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ดังการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาที่ได้รับการสนับสนุนจาก USAID (Makinen et al, 2000)

กระแสนักสังคมศาสตร์

นักสังคมศาสตร์ในที่นี้จะกล่าวรวมๆ ถึงนักนิติศาสตร์ รัฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ และปรัชญาอื่นๆ กระแสหลักของกลุ่มนี้มาจากความเชื่อในสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ของทุกคน ซึ่งปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) มาตราที่ 25 ระบุว่า

“ทุกคนมีสิทธิที่จะได้อยู่ในที่ที่มีมาตรฐานอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความ เป็นอยู่ของตัวเอง และครอบครัว ทั้งนี้รวมถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัย การดูแลสุขภาพทางแพทย์ และความมั่นคงในชีวิต เมื่อเขาต้องประสบกับการเจ็บป่วยหรือ ความพิการ”

กระแสของสิทธิมนุษยชนมักเป็นแนวคิดที่ไหลบ่ามาจากฝั่งตะวันตก และสามารถกดดันให้ปรากฏอยู่ในคำประกาศต่างๆ ได้ แม้แต่สิทธิที่ทุกคนควรจะได้ทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เช่น ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) มาตรา 12 ระบุสิทธิทางด้านสุขภาพอย่างชัดเจนว่า

“ประเทศที่ลงนามในกติการะหว่างประเทศนี้ ยอมรับว่า เป็นสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับมาตรฐานอันสูงที่สุดของสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและทางจิต”

อย่างไรก็ตาม ประเทศสหรัฐอเมริกาเอง ยังไม่ให้สัตยาบันต่อกติการะหว่างประเทศฉบับนี้ เพราะเกรงว่า การให้สิทธิทางสังคมจะทำให้ละเมิดต่อสิทธิทางพลเรือนและทางการเมืองอื่นๆ การพูดถึงความเป็นธรรมตามสิทธิต่างๆ ที่ควรจะได้ เป็นทัศนะของชาวตะวันตกด้วยหรือไม่ จะเห็นว่า ผู้นำของประเทศอินเดีย สิงคโปร์ หรือประเทศจีนให้ความสำคัญต่อสิทธิของการพัฒนา มากกว่าสิทธิมนุษยชนส่วนบุคคล ดังนั้นประเทศเหล่านี้จึงถือว่ารัฐสามารถอ้างว่าเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจในภาพรวมได้โดยไม่ต้องเคารพสิทธิส่วนบุคคล (Sen, 1997; Ng, 1997; Lie, 1998) สำหรับกรณีที่สุดขั้ว Sen (1999) เห็นว่าทุกภิกขภัยขนานใหญ่ เช่น การขาดอาหารอย่างรุนแรง จะไม่เกิดในประเทศที่มีประชาธิปไตย และรัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อประชาชนอย่างเพียงพอ เพราะจริงๆ แล้วอาหารไม่เคยขาดแคลนอย่างสมบูรณ์

การประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพในเชิงสิทธิมนุษยชน ดูไม่ต่างจากการประเมินของ 2 กระแสข้างต้นเท่าใดนัก เช่น การประชุมสุดยอดระดับโลกด้านเด็กปี พ.ศ. 2533 กำหนดเป้าหมายสิทธิของเด็กในปี พ.ศ. 2543 ว่า อัตราตายทารกจะต้องลดต่ำกว่า 50 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ลดอัตราการขาดอาหารระดับรุนแรงและระดับกลางลงครึ่งหนึ่ง ฯลฯ (UN, 1998) อย่างไรก็ตาม การให้สัตยาบันในคำประกาศใดๆ ของประเทศหนึ่งๆ ต้องคำนึงถึงความสามารถในการทำให้บรรลุในบุคคลหลายๆ กลุ่มของประเทศนั้นด้วย

ตัวชี้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข Mooney (1986) ให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยนำคณิตศาสตร์ของการมีส่วนเท่ากัน (Equality) มาเป็นเกณฑ์วัดความเป็นธรรม ตามความหมาย 7 ข้อ ดังนี้

1. ความเสมอภาคของรายจ่ายต่อหัว (Equality of expenditures per capita)
2. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าต่อหัว (Equality of inputs per capita)
3. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of inputs for equal need)

4. ความเสมอภาคของการเข้าถึงสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of access for equal need)
5. ความเสมอภาคของการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of utilisation for equal need)
6. ความเสมอภาคของความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล (Equality of marginal met need)
7. ความเสมอภาคของสุขภาพ (Equality of health)

คำจำกัดความข้อที่ 1-2 เป็นการหารต่อหัวอย่างง่ายทางเลขคณิต ซึ่งเสี่ยงต่อการวิพากษ์ว่า ไม่น่าจะใช้ความเป็นธรรมอย่างแท้จริง ส่วนคำจำกัดความที่ 3-5 เป็นการเปรียบเทียบต่อความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน ซึ่งเป็นแนวคิดของความเป็นธรรมทางแนวราบ ที่จะอภิปรายต่อไป คำจำกัดความที่ 6 เป็นวิธีมองอย่างนักเศรษฐศาสตร์เพื่อจัดสรรงบประมาณที่มีจำกัด ให้สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ต่อหน่วยสุดท้ายในทุกๆ สังคม ส่วนคำจำกัดความที่ 7 น่าจะเป็นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ

สำหรับผู้ที่ชอบการถกเถียงในเชิงปรัชญา คำจำกัดความของ “ความเป็นธรรม” ย้อนหลังไปถึงยุคของอริสโตเติล ที่จัดกลุ่มความเป็นธรรม เป็น 2 ประเภทคือ ความเป็นธรรมในแนวดิ่ง และ ความเป็นธรรมในแนวราบ โดยความเป็นธรรมในแนวดิ่งหมายถึง การได้รับการดูแลที่แตกต่างกันเมื่อมีความต้องการที่ต่างกัน (Unequal treatment for unequal need) และความเป็นธรรมในแนวราบคือ การได้รับการดูแลที่เหมือนกันเมื่อมีความต้องการอย่างเดียวกัน (Equal treatment for equal need) ซึ่ง Culyer (1991) ได้อภิปรายถึงระดับต่างๆ ของความเป็นธรรมทั้งสองอย่าง ไว้ว่า:

ความเป็นธรรมในแนวราบ (Horizontal equity)

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

ความเป็นธรรมในแนวดิ่ง (Vertical equity)

- ระดับ V1 การได้รับการดูแลที่มากกว่าสำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกที่ย่ำแย่กว่า (More favourable treatment for those with worse initial health)

ระดับ V2 การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีความต้องการที่มากกว่า
(More favourable treatment for those with greater need)

ระดับ V3 การได้รับการดูแลที่มากกว่าสำหรับผู้ที่มีความหมายว่าจะมีสถานะสุขภาพ
สุดท้ายที่ต่ำกว่า (More favourable treatment for those with worse
expected final health)

ความหมายของ Culyer มีความสอดคล้องกับ Mooney พอสมควร เพราะเมื่อ
ตีความว่า การได้รับการดูแล “treatment” หมายถึง รายจ่าย ปัจจัยนำเข้า การเข้าถึง
หรือการใช้บริการ ความหมายของ Culyer มีความต่อเนื่องของเวลามากกว่า นั่นคือ ระดับที่
1 หมายถึงสถานะสุขภาพในระยะเริ่มต้น และ ระดับที่ 3 หมายถึงการมองเห็นผลลัพธ์ที่
จะได้ในระยะสุดท้าย

ช่วยกันปัดป้องแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

กระแสการปฏิรูประบบสาธารณสุขทั่วโลก มักคำนึงถึงประสิทธิภาพมากกว่า
ความเป็นธรรม เพราะการปฏิรูปเริ่มต้นขึ้นในประเทศทางแถบยุโรป ในช่วงที่กลุ่มแนวคิด
เสรีนิยม (Libertarianism) เป็นรัฐบาล นอกจากนี้ยังเสริมด้วย ความคิดประสิทธิภาพของ
การคืนทุน (Cost recovery) ติดตามด้วยแนวคิดต้นทุนต่อประสิทธิผล ที่วัดประสิทธิผล
ด้วยการลดภาระโรคตามจำนวนปีของชีวิตที่ปรับด้วยการปลอดจากทุพพลภาพ (Disability
adjusted life year) ที่ธนาคารโลกเป็นหัวแรงใหญ่ การตามกระแสเช่นนี้ ทำให้เน้นไปที่
การรักษาตามรายโรค ซึ่งเป็นการเข้าสู่วังวนของการรักษาพยาบาล (Gilson, 1998)

เพื่อให้เป้าหมายการปฏิรูประบบสาธารณสุข รวมทั้งบริการสาธารณะของ
ประเทศไทยมีเป้าหมายชัดเจนยิ่งขึ้น จะต้องช่วยกันปัดป้องของความไม่เป็นธรรมทาง
สุขภาพให้ชัดเจน การปัดป้องเช่นนี้ จะส่งเสริมการสร้างนโยบายสาธารณะอย่างกว้างขวาง
3 ประการ (Gilson, 1998) คือ

- การผสมผสานกับนโยบายสาธารณะในวงกว้างด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ
- เป้าหมายความเป็นธรรมจะช่วยชี้ว่า การแก้ปัญหาบางส่วนต้องกำหนดเป็นนโยบายสุขภาพ
- การค้นหาเป้าหมายความเป็นธรรม จะช่วยให้เกิดกระบวนการตัดสินใจในสังคม ทำให้มีการค้นหาตัวแทนของกลุ่มและเกิดทางเลือกการตัดสินใจที่หลากหลายมากขึ้น

รัฐธรรมนูญไทยให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ

กระแสความตื่นตัวด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย สูงขึ้นมากในปี พ.ศ. 2540 เพราะในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่ผ่านการทำประชามติวิจารณ์ ได้ประกาศไว้ชัดถึงความมีสิทธิที่เสมอกันทางสุขภาพเป็นครั้งแรก

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ในหมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์”

และมาตรา 82 ในหมวดหลักการพื้นฐานในการกำหนดนโยบายของรัฐ ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

จะตีความรัฐธรรมนูญอย่างไร จึงจะถือว่ามีความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ ประชาชนไทยคนหนึ่งอยู่สุดชายแดน จะมีสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานเสมอกับผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครได้อย่างไร ถ้าที่ชายแดนนั้น ไม่มีบริการสาธารณสุขชนิดที่เหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขที่เขาต้องการในขณะนั้น เขาจะสามารถเข้าถึงบริการนั้น (ที่มีมากมายในที่อื่น) ได้หรือไม่ อย่างไร สิทธิในการเข้าถึงนี้จะเกี่ยวข้องกับการเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการหรือไม่ และจะใช้ได้เฉพาะสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพียงเท่านั้นหรือ ถ้าสถานบริการสาธารณสุขของเอกชนที่ให้บริการชนิดนั้นอย่างได้มาตรฐาน ก็มีอยู่อย่างมากมาย จะเป็นการทำให้หย่อนประสิทธิภาพได้หรือไม่ ถ้าปล่อยให้บริการที่มีอยู่ ไม่ได้ใช้อย่างเหมาะสม

ในรัฐธรรมนูญระบุข้อความสำคัญว่า “ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ถ้าการตีความเนื้อหาข้างต้นนั้นเป็นไปอย่างชัดเจน ก็จะช่วยให้การกำหนดรายละเอียดตามที่กฎหมายบัญญัติ บรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพได้มากขึ้น เพราะสามารถใช้กรอบของกฎหมายระบุได้ว่า ควรจะทำอย่างไร

สรุป

ถึงเวลาแล้ว ที่ระบบสุขภาพไทย จะช่วยกันปักธงแห่งความเป็นธรรมทางสุขภาพ บนผืนแผ่นดินไทย ให้สูงเด่นชัดเจน ธงแห่งความเป็นธรรมนี้ สัมพันธ์กับเป้าหมายด้านประสิทธิภาพของระบบ และคุณภาพของบริการสุขภาพ หากปราศจากเป้าหมายความเป็นธรรมแล้ว สังคมก็จะมีคามเหลื่อมล้ำ ไม่เกิดเสถียรภาพ และไม่เกิดสันติสุข

ความหมายของความเป็นธรรม ต้องทำให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนขึ้นและเป็นที่ยอมรับกันระหว่างนักสาธารณสุขศาสตร์ นักเศรษฐศาสตร์ และนักสังคมศาสตร์ ในบทที่ 2 จะแสดงดัชนี และตัวชี้ที่เป็นรูปธรรม เพื่อแสดงว่าในสังคมไทยมีความเป็นธรรมอยู่มากน้อยเพียงใด สมควรวางเป้าหมายให้บรรลุสภาพที่มีความเป็นธรรมมากขึ้นที่ตรงไหน

เมื่อปักธงชัยใหญ่คือ เป้าหมายทางยุทธศาสตร์แล้ว ยุทธวิธีเพื่อบรรลุเป้าหมาย ก็คือ การเฝ้าติดตาม (Monitoring) การสร้างกลไกการมีส่วนร่วม โดยเป็นเครือข่ายของผู้วางนโยบายระดับชาติ และเครือข่ายของประชาคมในท้องถิ่น ซึ่งจะกล่าวต่อไปในบทที่ 3 และ 4

2

สถานการณ์ความไม่เป็นธรรม

ในบทนี้ จะนำเสนอข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อแสดงให้เห็นสภาพความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ เริ่มจากการกระจายรายได้ของประชากร การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข สถานการณ์สุขภาพของประชาชน รวมถึงประชากรกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ สถานการณ์การคลังสุขภาพ และการใช้บริการสาธารณสุข โดยเสนอภาพแนวโน้มและคาดการณ์แนวโน้มข้างหน้า

การกระจายรายได้ประชากรและความยากจน

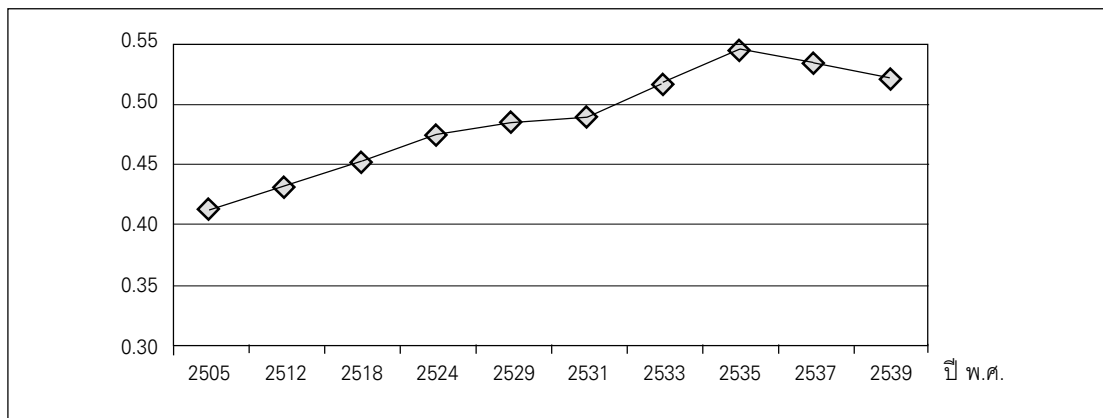
จากแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2505 เป็นต้นมา ประเทศไทยเน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ไม่เน้นการกระจายรายได้ ดังนั้น ผลการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่เป็นไปตามที่คาด อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจประมาณ 7% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศต่อปี⁶ แต่หยุดชะงักเป็นครั้งคราว โดย

⁶ การเติบโตทางเศรษฐกิจ 8% ของ GDP ต่อปี ในแผนการพัฒนาฉบับที่ 1 ลดลงเป็น 7.5% ของ GDP ต่อปี ในแผนฉบับที่ 2 เกิดความแตกต่างของรายได้ ในแผนฉบับที่ 3 เกิดปัญหาเงินเฟ้อสูงสุด แต่ในที่สุดการเติบโตทางเศรษฐกิจยังเพิ่มเป็น 7.1% ของ GDP ต่อปี รายได้บุคคลเพิ่มเฉลี่ย 4.1% ต่อปี ในแผนฉบับที่ 4 การเติบโตทางเศรษฐกิจยังเป็น 7.1% ของ GDP ต่อปี มีอัตราเงินเฟ้อสูงถึง 11.6% ต่อปี และเกิดความเหลื่อมล้ำของรายได้มากขึ้น รายได้เฉลี่ยสาขาเกษตร 11,464 บาทต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2523 ต่ำกว่าอุตสาหกรรม 5 เท่า พาณิชยกรรม 5 เท่า และภาคบริการ 2 เท่า รายได้เฉลี่ยทั้งประเทศ 29,949 บาทต่อคนต่อปี ทำให้ 1 ใน 3 ของประชาชนชนบท อยู่ในข่ายยากจน ในแผนฉบับที่ 5 ปัญหาเศรษฐกิจซบเซา วิกฤตการณ์น้ำมันครั้งที่สอง เงินบาทลอยตัว ในแผนฉบับที่ 6 การเติบโตทางเศรษฐกิจฟื้นตัว เพิ่ม 10.5% ของ GDP ต่อปี รายได้เฉลี่ยประชากรเพิ่มเป็น 41,000 ในปี พ.ศ. 2534 แต่ขาดความสมดุล คือ คนรวยสุด 20% มีรายได้เพิ่มจาก 49.3% ในปี พ.ศ. 2518 เป็น 54.9% ของรายได้ทั้งหมดในปี 2530 แผนฉบับที่ 8 การเติบโตทางเศรษฐกิจยังเพิ่มเฉลี่ย 7.8% ของ GDP ต่อปี รายได้เฉลี่ยเพิ่มเป็น 68,000 บาทในปี พ.ศ. 2538 สัดส่วนคนยากจนลดลงเหลือ 13.7% ในปี พ.ศ. 2535 แต่ช่องว่างรายได้สูงขึ้น คนอีสานรายได้น้อยกว่าคน กทม. 12 เท่า และ คนรวยสุด 20% มีรายได้เพิ่มเป็น 59% ของรายได้ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2535 คนจน 20% มีสัดส่วนรายได้เพียง 3.9%

เฉพาะครั้งใหญ่เมื่อปี พ.ศ. 2540 สาเหตุหนึ่งของการหยุดชะงัก เพราะการกระจายรายได้ไม่เป็นธรรมนั่นเอง

ดัชนีการกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรม ถ้าวัดจากสัมประสิทธิ์จีนิของการกระจายรายได้ (Gini co-efficient) ค่าจีนิที่มากขึ้น แสดงว่าการกระจายรายได้ยังมีความไม่เท่าเทียมกันมากขึ้น ในรูปที่ 2.1 จะเห็นว่า สัมประสิทธิ์จีนิของการกระจายรายได้ เพิ่มขึ้นจาก 0.41 ในปี พ.ศ. 2505 ตอนเริ่มระบบแผนพัฒนาฯ เป็น 0.43 ในแผนฯ 2 เป็น 0.45 ในแผนฯ 3 และเพิ่มเรื่อย ๆ 0.47 ในแผนฯ 4 เป็น 0.49 ในแผนฯ 5 เป็น 0.51 ในแผนฯ 6 และสูงสุด 0.54 ในแผนฯ 7 (2535)

รูปที่ 2.1 สัมประสิทธิ์จีนิของการกระจายรายได้ในประเทศไทยจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 (2505) ถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (2539)



ถ้าดูสัดส่วนการกระจายรายได้ระหว่างกลุ่มคนต่างๆ เช่น รายได้ระหว่างคนรวยกับคนจน คนรวยสุด 20% มีรายได้เป็น 49% ของรายได้ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2518 เพิ่มขึ้นเป็น 54% ในปี พ.ศ. 2534 และเป็น 59% ของรายได้ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2535 ที่มีดัชนีจีนิสูงสุด ส่วนคนจน 20% มีสัดส่วนรายได้เพียง 3.9% เท่านั้น

แม้ตัวเลขคนจนภายใต้เส้นแบ่งความยากจนจะดูดีขึ้น เช่น สัดส่วนคนยากจนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นแบ่งความยากจน ลดจาก 22% (หรือ 17.9 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2531 เหลือ 13% ในปี พ.ศ. 2535 (หรือ 7 ล้านคน) โดยลดทั้งความลึก (depth) และความรุนแรง (severity) ของความยากจน (World Bank, 1997) แต่เส้นแบ่งความยากจนสัมบูรณ์⁷ (Abso-

⁷ เส้นความยากจนเฉลี่ยทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2531 เท่ากับ 473 บาทต่อคนต่อเดือน, ปี พ.ศ. 2533 เท่ากับ 522, ปี พ.ศ. 2535 เท่ากับ 600, ปีพ.ศ. 2537 เท่ากับ 636, ปีพ.ศ. 2539 เท่ากับ 728 และ ปีพ.ศ. 2541 เท่ากับ 911 บาทตามลำดับ

lute poverty) ที่ทำนายความยากจนก็มีข้อถกเถียงมากกว่าไม่สะท้อนความยากจนสัมพัทธ์ที่มีส่วนแบ่งรายได้ไม่เท่าเทียมกัน

ดังได้กล่าวแล้วว่า เป้าหมายการแก้ปัญหาความยากจนของรัฐบาลไม่ชัดเจน แม้ในแผนพัฒนาฉบับที่ 5 จะระบุว่าสามารถแก้ปัญหาความยากจนได้ถึง 12,562 หมู่บ้าน ภายใต้แผนพัฒนาชนบทแห่งชาติ ทำให้ในแผนฯ 7 ชนบทมีไฟฟ้า 97.7% มีน้ำประปาครอบคลุมเขตชนบท 32%⁸ แต่ขณะเดียวกันป่าไม้กลับถูกทำลายปีละ 1 ล้านไร่

วิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ส่งผลกระทบต่อระดับความเป็นอยู่ของคนไทย โดยเฉพาะ “คนจนมาก” (Ultra-poor หมายถึงผู้มีรายได้น้อยกว่า 80% ของเส้นความยากจน) กลับเพิ่มขึ้น 16.6% ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2541 ซึ่งให้เห็นว่าวิกฤตได้ส่งผลกระทบรุนแรงเพิ่มคนจนมาก ถ้าไม่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยควรจะ มี “คนจนมาก” เพียง 3.4 ล้านคน แต่ในขณะนี้ถึง 4.3 ล้านคน ส่วน “คนจนน้อย” (รายได้อยู่ระหว่าง 80-100% ของเส้นแบ่งความยากจน) ที่ควรมี 3.1 ล้านคน เพิ่มเป็น 5.1 ล้านคน และ “คนเกือบจน” (ผู้มีรายได้มากกว่าเส้นแบ่งความยากจนแต่ไม่มากกว่า 120% ของเส้นความยากจน) เพิ่มจากที่ควรมีเพียง 3.6 ล้านคน เป็น 6.0 ล้านคน ผลกระทบต่อรายได้โดยรวม ทำให้รายได้ต่อหัวของประชากรลดลง 19.2% และ 24.8% ในช่วงกุมภาพันธ์และสิงหาคม 2541 และประชาชนในเขตชนบทกับเขตสุขภาพได้รับผลกระทบมากกว่าเขตเทศบาล (Pothong, 1999) เป้าหมายประเทศที่กำหนดในแผนฯ 8 ให้ลดสัดส่วนคนจนลงมาให้ต่ำกว่า 10% จึงอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จ และควรที่จะกำหนดเป้าหมายของการกระจายรายได้ที่มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น

การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข

ความตื่นตัวด้านการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย ที่เป็นหน้าที่ของรัฐมีมานานแล้ว เช่น นโยบายสาธารณสุขของรัฐบาลนายปรีดี พนมยงค์ เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2489 คำนึงถึงการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขโดยพยายามจัดสร้างโรงพยาบาลให้ทั่วทุกจังหวัด หรือรัฐบาลพล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ ประกาศนโยบายเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2489 ให้กระจายโรงพยาบาลตามจังหวัด และสุขาตามตำบลอันเป็นชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2531) อาจกล่าวได้ว่า การแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของรัฐบาลไทย ทำได้ไม่ดีนัก เพราะความแตกต่างระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะระหว่างกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัดยังมีมาก

⁸ เขตเมืองมีประชากรครอบคลุม 75% ในช่วงเดียวกัน

ตารางที่ 2.1 อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาธารณสุข ในกรุงเทพมหานครเทียบกับต่างจังหวัด

	พ.ศ. 2534	พ.ศ. 2535	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2538
ประชากร: แพทย์ ในกทม.	958	909	900	940	999
ส่วนต่าง กทม: ต่างจังหวัด	7.65	7.86	7.84	6.93	6.25
ประชากร: ทันตแพทย์ ในกทม.	4,599	4,157	4,183	4,561	5,179
ส่วนต่าง กทม: ต่างจังหวัด	9.31	9.41	8.63	6.62	5.63
ประชากร: เภสัชกร ในกทม.	,142	2,066	2,049	2,320	2,280
ส่วนต่าง กทม: ต่างจังหวัด	13.82	13.17	12.78	7.23	6.88
ประชากร: พยาบาล ในกทม.	363	332	321	356	347
ส่วนต่าง กทม: ต่างจังหวัด	2.89	2.97	2.90	4.22	4.05

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ใน www.moph.go.th

ตารางที่ 2.1 แสดงอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2538 ระหว่างกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัด พบว่า อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรประเภทต่างๆ ในกรุงเทพมหานครมีอย่างเหมาะสม เช่น แพทย์ 1 คนในกรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนต่อประชากรเพียง 900 คนเท่านั้น แต่อัตราส่วนในต่างจังหวัด มีความแตกต่างจากกรุงเทพมหานคร ถึง 6 เท่า ความแตกต่างนี้มีแนวโน้มลดลงสำหรับแพทย์ทันตแพทย์ และเภสัชกร แต่มีแนวโน้มมากขึ้นสำหรับพยาบาลคือ จากความต่างกัน 2.9 เท่าในปี พ.ศ. 2534 เป็น 4.1 เท่าในปี พ.ศ. 2538 ซึ่งยังเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเฟื่องฟู

ถ้าเปรียบเทียบถึงความแตกต่างของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขประเภทต่างๆ ระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นภาคที่ประชากรเฉลี่ยยากจนที่สุด ระหว่างปี พ.ศ. 2522 ปี พ.ศ. 2529 และปี พ.ศ. 2540 พบว่า (ตารางที่ 2.2) ความไม่เป็นธรรมของปัจจัยนำเข้าทางสาธารณสุขยิ่งมีมากขึ้น เช่น ความไม่เป็นธรรมในการกระจายแพทย์ จากความแตกต่าง 21 เท่าในปี พ.ศ. 2522 ลดเหลือประมาณ 9 เท่าในปี 2529 แต่กลับเพิ่มเป็น 14 เท่าในปี พ.ศ. 2540 การกระจายเภสัชกรที่มีความไม่เป็นธรรมสูงในปี พ.ศ. 2522 มีความแตกต่าง 98 เท่า ลดลงเหลือ 65 เท่าในปี พ.ศ. 2529 และเหลือ 16 เท่าในปี พ.ศ. 2540

น่าสังเกตว่า ทรัพยากรด้านปัจจัยนำเข้าที่มีการกระจายที่เท่าเทียมกันมากที่สุด ในตารางที่ 2.2 กลับเป็นทรัพยากรที่มีความสงสัยด้านคุณภาพและประสิทธิภาพต่อสุขภาพประชาชนคือ ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ กรุงเทพมหานคร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่างกันเพียง 1.4 เท่า ซึ่งมีการกระจายที่ดีกว่าร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ตารางที่ 2.2 อัตราส่วนการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขระหว่างกรุงเทพมหานคร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อัตราส่วน กทม.: ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	พ.ศ. 2522	พ.ศ. 2529	พ.ศ. 2540
เตียง/ประชากร	4.5	4.3	4.0*
แพทย์/ประชากร	21.3	8.6	13.8
ทันตแพทย์/ประชากร	40.2	26.0	13.5
เภสัชกร/ประชากร	98.1	65.4	15.6
พยาบาล/ประชากร	18.2	7.0	5.8
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน/ประชากร	21.9	19.4	8.6
ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ/ประชากร	3.2	1.5	1.4

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2531 และ 2542)

เตียงโรงพยาบาลของรัฐ ต่างกัน 2.9 เท่า เตียงโรงพยาบาลเอกชนต่างกัน 12.0 เท่า

สถานะสุขภาพของประชาชนไทย

การวัดสถานะสุขภาพ เป็นทั้งตัวชี้วัดความจำเป็นทางสุขภาพ (Health need) และวัดผลลัพธ์ของระบบบริการสาธารณสุข (Outcome) แต่ปัจจุบันยังมีข้อจำกัดที่การวัดสถานะสุขภาพยังเป็นการวัดความเจ็บป่วยและการตาย ไม่ใช่การวัดสุขภาวะ (Well-being) อย่างแท้จริง เนื่องจากดัชนีวัดสุขภาวะยังอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนา ในที่นี้ เสนอความไม่เป็นธรรมของสถานะสุขภาพที่พบในเด็กแรกเกิดในภูมิภาคต่างๆ การเจ็บป่วยของประชาชนไทยทั่วไป และสุขภาพผู้สูงอายุ

เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ (2532) เปรียบเทียบการตายระหว่างประชาชนในภูมิภาคต่างๆ จากปี พ.ศ. 2507-2529 ชี้ว่า อัตราการตายของประชากรในทุกภาคมีท่าทีลดลง และความแตกต่างระหว่างภูมิภาคลดน้อยลงในระยะ 20 ปีที่เปรียบเทียบ และให้ข้อสังเกตว่า อัตราตายทารกยังอยู่ในระดับสูง ทั้งที่สภาพแวดล้อมทางการแพทย์และสาธารณสุขน่าจะมีอัตราตายทารกที่ต่ำกว่านั้น เช่น ในปี พ.ศ. 2528-29 ภาคเหนือมีอัตราทารกตายสูงที่สุด (48.0 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน) การศึกษานี้ยกปัญหาความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เพราะผลการศึกษาอีกแหล่งหนึ่งในปีใกล้เคียงกัน ให้ภาพที่แตกต่างกัน คือ เฉลิมสุข บุญไทย (2529) ใช้ข้อมูลการสำรวจของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านปี พ.ศ. 2526 สรุปว่า ภาคใต้มีอัตราตายทารกสูงที่สุด คือ 54.5 ส่วนภาคเหนือ 48.3 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน

การศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (Institute of Population and Social Research, 1988) แสดงความแตกต่างของอัตราตายทารก ระหว่างแม่ที่มีภูมิลำเนาในเขตเมืองและเขตชนบทเปรียบเทียบกัน นอกจากนั้นยังเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2.3 อัตราตายทารก (Infant mortality rate, IMR) ตามภูมิลำเนาและการศึกษาของแม่

ภูมิลำเนาและการศึกษาของแม่	Census พ.ศ. 2513	Census พ.ศ. 2523	SPC* พ.ศ. 2527-2529
ทั่วประเทศ			
IMR กลุ่มแม่อ่านหนังสือไม่ออก	83.1/1000	62.1/1000	58.8/1000
IMR ดัชนีเทียบกลุ่มแม่อ่านหนังสือไม่ออก	100	100	100
แม่การศึกษาระดับประถม	82	67	56
แม่การศึกษาระดับมัธยม	25	38	33
แม่การศึกษาระดับอุดมศึกษา	na	25	17
เขตเทศบาล			
IMR กลุ่มแม่อ่านหนังสือไม่ออก	38.0/1000	46.9/1000	45.9/1000
IMR ดัชนีเทียบกลุ่มแม่อ่านหนังสือไม่ออก	100	100	100
แม่การศึกษาระดับประถม	79	61	58
แม่การศึกษาระดับมัธยม	42	38	38
แม่การศึกษาระดับอุดมศึกษา	na	28	20
นอกเขตเทศบาล			
IMR กลุ่มแม่อ่านหนังสือไม่ออก	87.0/1000	64.7/1000	59.6/1000
IMR ดัชนีเทียบกลุ่มแม่อ่านหนังสือไม่ออก	100	100	100
แม่การศึกษาระดับประถม	82	67	62
แม่การศึกษาระดับมัธยม	31	46	37
แม่การศึกษาระดับอุดมศึกษา	na	27	20

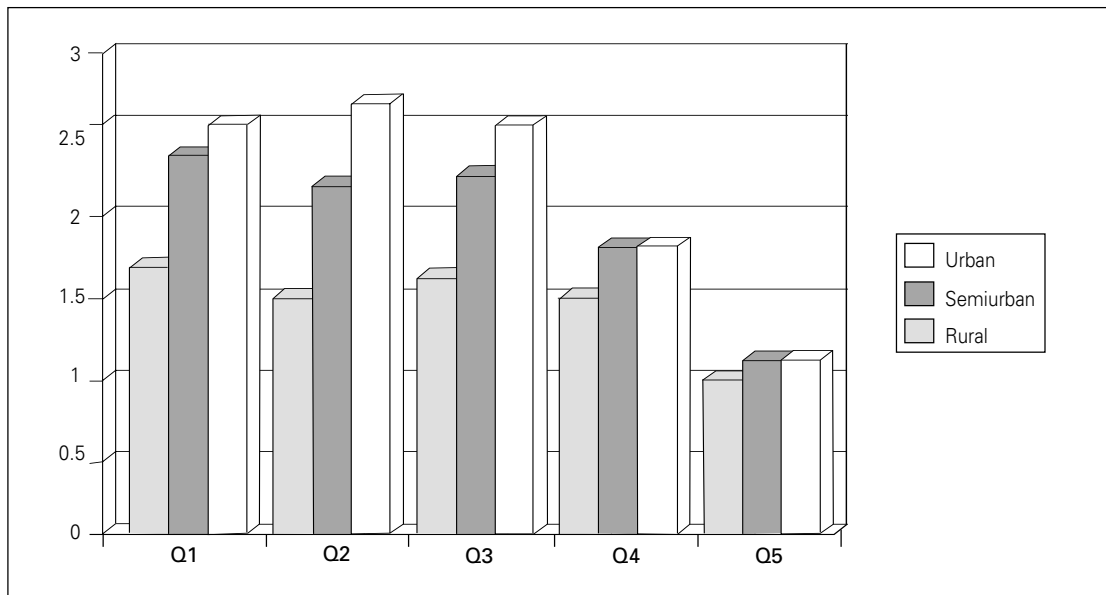
* Survey of Population Change

ที่มา: IPSR (1988) อ้างในวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2539)

ระหว่างการศึกษาของแม่ด้วย การศึกษานี้ ใช้ข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรเปรียบเทียบกันระหว่างปี พ.ศ. 2513 และ พ.ศ. 2523 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรในปี พ.ศ. 2527-2539 พบว่า อัตราตายทารกของแม่ที่มีภูมิลำเนาในเขตชนบท สูงกว่าแม่ที่มีภูมิลำเนาในเมือง และแม่ที่ไร้การศึกษาจะมีอัตราตายทารกมากกว่าแม่ที่มีการศึกษาดี (ดูตารางที่ 2.3)

ถ้าสถานะสุขภาพหมายถึง การปลอดจากการเจ็บป่วย ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (นำฐานทางเศรษฐกิจจากการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน มาเชื่อมกับการรายงานว่าเจ็บป่วยจากการสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน) ชี้ว่า ครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า จะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า (ดูรูปที่ 2.2) ทั้งที่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง สุขาภิบาลและเขตชนบท (Pannarunothai, 1999)

รูปที่ 2.2 อัตราการรายงานว่าเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปี พ.ศ. 2529 ตามระดับรายได้ครัวเรือน และเขตภูมิลำเนา (Q1 คือกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำที่สุด Q5 คือครัวเรือนที่รวยที่สุด)



ในการสำรวจสภาวะสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายระดับประเทศในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มผู้ศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของสภาวะสุขภาพในกลุ่มเศรษฐกิจฐานะต่างๆ โดยแบ่งผู้สูงอายุตามสถานะการเงินของครอบครัวเป็น ผู้ที่ไม่ขัดสนเลย ขัดสนเป็นบางครั้ง ขัดสนบ้าง และขัดสนมาก พบว่าสภาวะความขัดสนทางการเงิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะทุพพลภาพที่ผู้สูงอายุมี (ซึ่งถือว่าเป็นดัชนีวัดสถานะสุขภาพตลอดช่วงอายุ ดูตารางที่ 2.4) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีภาวะทุพพลภาพ (ทั้งระยะสั้นและระยะยาวรวมกันเป็นทุพพลภาพทั้งหมด) ประมาณ 22% แต่ถ้ามีความขัดสนทางเศรษฐกิจ จะมีภาวะทุพพลภาพมาก เช่นกลุ่มที่มีความขัดสนมาก ภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มเป็น 35% (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และ

ตารางที่ 2.4 สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ตามภาวะทุพพลภาพกับเศรษฐกิจฐานะ

สถานะทางการเงิน	ทุพพลภาพระยะยาว		ทุพพลภาพทั้งหมด	
	%	Odds ratio*	%	Odds ratio*
ขัดสนมาก (n=188)	25.5	1.63-3.40	34.6	1.59-3.09
ขัดสนบ้าง (n=591)	20.8	1.12-1.83	28.9	1.22-1.88
ขัดสนบางครั้ง (n=1,056)	19.6	1.08-1.61	27.0	1.15-1.65
ไม่ขัดสนเลย (n=2,213)	17.7	1.0	22.2	1.0

ที่มา: สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (2542)

คณะ, 2542)

นอกจากภาวะทุพพลภาพแล้วยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ มีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันเลือดสูงและไม่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจฐานะดีกว่า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งของการสะสมความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวได้ในอนาคต

ความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพ

ถ้าให้หลักแนวคิดความเป็นธรรมของกลุ่มผู้นิยมความเท่าเทียม (Egalitarianism) การคลังสุขภาพที่เป็นธรรมต้องเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย หรืออีกนัยหนึ่ง คือ แหล่งเงินที่นำมาใช้เพื่อการสุขภาพต้องมีความก้าวหน้าต่อรายได้จึงจะเป็นธรรม ซึ่งถ้าวัดด้วยดัชนีคัควานี⁹ การมีเครื่องหมายเป็นบวก แสดงว่า ลักษณะของการคลังมีความก้าวหน้าต่อรายได้ แต่ถ้าดัชนีคัควานี เป็นลบแสดงว่า ลักษณะของการคลังนั้น ถดถอยต่อรายได้

ตารางที่ 2.5 แสดงผลคำนวณดัชนีคัควานีของแหล่งที่มาซึ่งการคลังสุขภาพในประเทศไทยทุกๆ แหล่ง ใช้ข้อมูลการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2529 และปี พ.ศ. 2535 เปรียบเทียบกับดัชนีคัควานีในประเทศอื่น พบว่า การคลังสุขภาพโดยรวมของประเทศไทย มีลักษณะถดถอยต่อรายได้ จะเห็นว่า ลักษณะการคลังสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2529 นั้น มีขนาดที่มากกว่าความไม่เป็นธรรมที่พบในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2524 แต่สภาพความไม่เป็นธรรมในปี พ.ศ. 2539 ลดน้อยลงกว่าปี พ.ศ. 2529 สาเหตุใหญ่น่าจะ

ตารางที่ 2.5 ดัชนีคัควานีของการคลังสุขภาพในประเทศไทย เทียบกับประเทศอื่น

แหล่งเงิน	เนเธอร์แลนด์	อังกฤษ	อเมริกา	สวีเดน	ไทย	ไทย
	1987	1985	1981	1990	1986	1996
ภาษีทางตรง	-0.185	0.131	0.162	0.043	0.248	0.237
ภาษีทางอ้อม	-0.009	-0.059	-0.174	-	-0.227	-0.241
รายจ่ายจากกระเป๋า	-0.059	-0.190	-0.387	-0.236	-0.318	-0.151
รวมการคลังเพื่อสุขภาพ	-0.096	0.032	-0.145	0.028	-0.262	-0.122

ที่มา: Van Doorslaer et al (1993), ศุภสิทธิ์ พรธนาโรจน์ชัย และคณะ (2543)

⁹ ดัชนีคัควานี คำนวณจากสูตร $C_{tax} - G_x$

$$\text{โดย } C_{tax} = 1 - (2/n^2 T_x) * (t_1 x_1 + 2t_2 x_2 + \dots + nt_n x_n) + 1/n$$

$$G_x = 1 - (2/n^2 y) * (y_1 + 2y_2 + 3y_3 + \dots + ny_n) + 1/n$$

n = จำนวนครัวเรือน, T_x = ค่าเฉลี่ยของ tax, t = อัตรา tax และ x, y = รายได้ก่อนหักภาษี

เนื่องจาก การเก็บค่าบริการ ณ จุดรับบริการ (รายจ่ายจากกระเป๋า) มีแนวโน้มลดลง โดยลดจาก -0.32 เหลือ -0.15 ซึ่งอาจเป็นผลจากการเพิ่มงบประมาณสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ จาก 678.6 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2529 เป็น 2,767.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2535 และเป็น 4,775.0 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2539 จึงทำให้ภาระที่กลุ่มคนเหล่านี้ต้องแบกรับลดลง

การที่ระบบสุขภาพต้องพึ่งรายได้จากการเก็บค่ารักษาพยาบาล เป็นการซ้ำเติมผู้ป่วย จะเห็นได้จากดัชนีชี้ความเป็นลบในทุกๆ ประเทศ เนื่องจากการยากที่จะเก็บค่ารักษาพยาบาลให้มีความก้าวหน้าต่อรายได้ และสำหรับกลุ่มผู้นิยมความเท่าเทียม จะปฏิเสธการเก็บค่ารักษาพยาบาล เพราะเป็นการสร้างกำแพงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ รวมทั้งเป็นการบิดเบือนวัตถุประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพ ไม่ควรเป็นสถานที่ที่ทำหน้าที่กระจายรายได้ในหมู่ประชากร โดยหาทางเก็บค่ารักษาราคาแพงจากผู้ที่มีรายจ่าย เพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ที่ยากจน หน้าที่กระจายรายได้ที่แท้จริง ควรเป็นไปตามกลไกของการเก็บภาษีอากรจึงจะถูกต้องกว่า

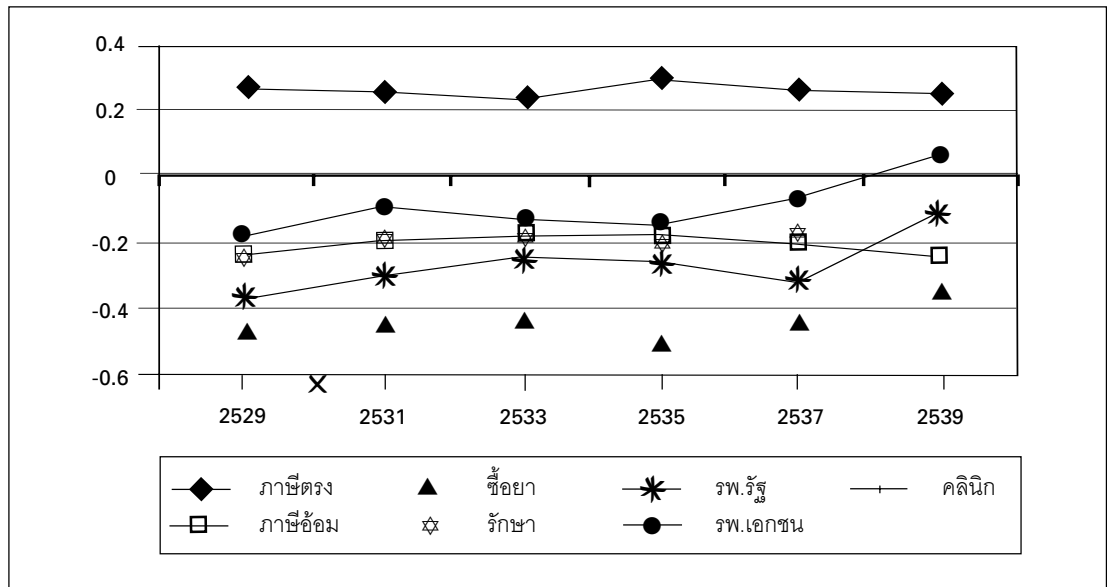
ตารางที่ 2.6 แสดงแนวโน้มดัชนีชี้ความเป็นลบของระบบการคลังสุขภาพโดยรวมระหว่างปี พ.ศ. 2529-2539 เปรียบเทียบกับดัชนีชี้การกระจายรายได้ ดัชนีชี้ความเป็นลบของระบบภาษีโดยรวมและดัชนีชี้ความไม่เท่าเทียมกันของการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ขณะที่การกระจายรายได้มีความไม่เท่าเทียมกันมากขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2529-2539 ระบบภาษีอากรโดยรวมทำหน้าที่กระจายรายได้ดีขึ้นคือ อัตราการถดถอยลดน้อยลง แต่ยังไม่ถึงกับเปลี่ยนเป็นอัตราก้าวหน้า ส่วนการจ่ายเงิน ณ จุดรับบริการก็มีสภาพที่ดีขึ้นคือ อัตราการถดถอยลดน้อยลง แต่ก็ยังถดถอยมากกว่าระบบภาษีโดยรวม เมื่อรวมเป็นดัชนีชี้ความไม่เท่าเทียมกันของการคลังสุขภาพ (ถ่วงน้ำหนักระหว่างสัดส่วนแหล่งเงินที่มาจากระบบภาษี กับการจ่ายเงินจากครัวเรือน) จึงมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ยังมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ จึงสมควรปรับระบบภาษีอากรโดยรวมให้มีลักษณะที่เป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มสัดส่วนการคลังสุขภาพที่มาจากการคลังสาธารณะให้มากกว่าการคลังที่มาจากครัวเรือน

ตารางที่ 2.6 ดัชนีการกระจายรายได้และดัชนีชี้ความไม่เท่าเทียมกันของการคลังสุขภาพในประเทศไทย

พ.ศ.	จिनกระจายรายได้	คัความีระบบภาษี	คัความีจ่ายค่ารักษา	การคลังสุขภาพรวม
2529	0.4850	-0.1322	-0.3176	-0.2620
2531	0.4930	-0.1019	-0.2327	-0.1935
2533	0.5143	-0.0640	-0.2317	-0.1814
2535	0.5360	-0.0362	-0.2380	-0.1472
2537	0.5317	-0.0667	-0.2227	-0.1525
2539	0.5186	-0.0972	-0.1507	-0.1218

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัยและคณะ (2543)

รูปที่ 2.3 ดัชนีความจำเป็นของการจ่ายเงินเพื่อการสุขภาพ จากปี 2531-2539



รูปที่ 2.3 แสดงดัชนีความจำเป็นของการคลังสุขภาพที่มาจากการจ่ายเงินเมื่อใช้บริการ ซึ่งมีลักษณะถดถอยเกือบทุกกรณี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 ถึงปี พ.ศ. 2539 ไม่ว่าจะเป็นการซื้อยากินเอง การรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ (รพ.รัฐ) หรือการรักษาที่สถานพยาบาลเอกชน (รพ.เอกชน) มีเฉพาะปี พ.ศ. 2539 เท่านั้นที่การจ่ายเงิน ณ สถาน

ตารางที่ 2.7 สัดส่วนการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน ตามกลุ่มรายได้

รายได้ครัวเรือน (บาท/ปี)	ภาคเหนือ (n=257)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=266)	ภาคกลาง (n=512)	รวม (n=1,035)
0 - 5,000	7.8	11.2	13.8	9.5
5,001 - 10,000	6.0	9.6	9.3	7.1
10,001 - 20,000	5.4	8.7	4.3	6.6
20,001 - 30,000	4.5	7.2	4.5	4.9
30,001 - 40,000	3.2	5.3	5.1	4.7
40,001 - 50,000	3.8	5.5	4.9	4.8
50,001 - 60,000	3.4	3.9	5.8	5.0
60,001 - 90,000	3.4	3.9	3.6	3.6
90,001 - 120,000	3.5	4.5	3.8	4.0
120,001 - 150,000	1.6	3.0	4.3	3.7
150,000 +	1.0	2.8	1.9	2.0

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2540)

พยาบาลเอกชน มีลักษณะก้าวหน้าต่อรายได้ เนื่องจากได้แยกข้อมูลของการใช้บริการที่คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนออกจากกัน ผลในส่วนที่เหลือคือ การจ่ายค่ารักษาที่คลินิกเอกชน มีลักษณะถดถอยต่อรายได้ใกล้เคียงกับการรักษาด้วยการซื้อยากินเอง

ถ้าไม่ใช้ดัชนีนี้ความนี้ในการอธิบายลักษณะการคลังที่ถดถอยต่อรายได้ สามารถใช้การวิเคราะห์แบบง่ายตามที่กระทรวงสาธารณสุข (2540) เปรียบเทียบสัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพที่มาจากรายได้ของแต่ละครัวเรือน (ตารางที่ 2.7) พบว่า ครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ ต้องมีการจ่ายเงินเมื่อรับบริการสุขภาพ ในสัดส่วนต่อรายได้ที่มากกว่า ครัวเรือนที่มีรายได้สูง คือ ครัวเรือนที่ยากจน ต้องจ่ายเงินเพื่อสุขภาพเกือบ 10% ของรายได้ต่อปี ขณะที่ครัวเรือนที่ฐานะดีจ่ายเพียง 2% ของรายได้ครัวเรือน

ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ

การศึกษาความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ โดยวิธีดัชนีการกระจาย ใช้ข้อมูลการสำรวจจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2529 และ 2534 แต่เนื่องจากการสำรวจจอนามัยฯ ไม่มีข้อมูลรายได้ของครัวเรือน จึงต้องนำระดับรายได้จากการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนมาแทนค่า เพื่อสามารถแบ่งครัวเรือนตามชั้นของรายได้ ตารางที่ 2.8 แสดงค่าดัชนีการกระจายของการเจ็บป่วยเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2529 เทียบกับปี พ.ศ. 2534 ตามวิธีที่ไม่ปรับค่ามาตรฐาน (ตามกลุ่มอายุ/เพศ) และปรับค่ามาตรฐาน พบว่า การเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบมากในกลุ่มคนจนมากกว่ากลุ่มคนรวย สำหรับการให้บริการโดยรวม (ตั้งแต่การซื้อยากินเองจนถึงการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยไม่ดูว่าต้องจ่ายเงินเพื่อการรับบริการหรือไม่) ค่าที่ไม่ปรับมาตรฐานพบว่า ในปี พ.ศ. 2529 มีความโน้มเอียงไปทางคนรวย (คือคนรวยใช้บริการจากแหล่งต่างๆ มากกว่า) แต่เมื่อปรับค่ามาตรฐานแล้ว การใช้บริการโน้มเอียงไปทางคนจน (สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคลาส เรนเบอร์ก, 2541)

การศึกษาดัชนีการกระจาย ยังสามารถศึกษาได้ถึงความเป็นธรรมว่ามีอยู่ในเขตชนบท/ในเมืองหรือไม่ ข้อมูลในตารางที่ 2.9 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความเป็นธรรม

ตารางที่ 2.8 ค่าดัชนีการกระจายที่ยังไม่ปรับ และปรับค่ามาตรฐานแล้ว ของปี พ.ศ. 2529 และ 2534

	ปี พ.ศ.	CI	Standardised
การเจ็บป่วยเฉียบพลัน	2529	-0.0573	-0.0069
	2534	-0.1504	-0.0148
การให้บริการ	2529	0.0822	-0.0027
	2534	-0.1572	-0.0260

ที่มา: สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคลาส เรนเบอร์ก (2541)

ตารางที่ 2.9 ดัชนีการกระจายระหว่างเขตเมืองและชนบท ปี พ.ศ. 2529

	เมือง		สุขภาพ		ชนบท	
	Exp	Acute	Exp	Acute	Exp	Acute
CI	-0.0279	-0.0517	0.0716	0.0296	0.1013	0.0359
HI	-	0.0238	-	0.1012	-	0.0654

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย และคลาส เรนเบอร์ก (2541)

ในแนวราบ (ปรับให้คนจนและรวยมีการเจ็บป่วยที่เท่าๆ กันแล้ว) บริการสุขภาพในเขตสุขภาพมีแนวโน้มเอียงเข้าข้างคนรวยมากกว่าบริการสุขภาพในเขตเมือง และเขตชนบท (ดูค่า HI เปรียบเทียบกัน)

การวัดผลกระทบทางสุขภาพจากระบบสังคมที่ไม่เป็นธรรม

เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในการวัดสุขภาพะ เพื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชาชนกลุ่มต่างๆ การแสดงผลกระทบทางสุขภาพในที่นี้ จึงยังต้องใช้ดัชนีการวัดผลกระทบในภาพรวม (ดัชนีรวมระหว่างการเข้าถึงทรัพยากรและสถานะสุขภาพ) ซึ่งทำได้เพียงระดับประเทศ หรือระดับจังหวัด

ดัชนีความยากจนของมนุษย์ ของสหประชาชาติ

เนื่องจากความยากจน เป็นสาเหตุสำคัญของความไม่เท่าเทียมกันในสังคม ทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ ธนาคารโลก ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาความยากจน โดยให้นิยามความยากจนว่าหมายถึง การขาดความสามารถในการถือครองความเป็นอยู่อย่างมาตรฐานขั้นต่ำ (the inability to attain a minimal standard of living) ซึ่งรายได้ครัวเรือนเป็นตัววัดโอกาสที่จะสามารถมีความเป็นอยู่ในขั้นต่ำได้ (ตามแนวคิดของเส้นแบ่งความยากจน) แต่ยังขาดมิติบางอย่างที่ต้องเสริม ได้แก่ สวัสดิการ (เช่น บริการสุขภาพ) ที่ครัวเรือนได้รับ อายุขัยเฉลี่ย การอ่านออกเขียนได้ การเข้าถึงบริการ หรือทรัพยากรสาธารณะ (W, DR. 1990)¹⁰

ปี ค.ศ. 1997 UNDP ได้พัฒนาดัชนีวัดความยากจนของมนุษย์ (Human Poverty Index, HPI) ซึ่งไม่มีตัวแปรรายได้เลย เพื่อเปรียบเทียบกับดัชนีที่ใช้ตัวแปรรายได้ล้วนๆ HPI เป็นดัชนีผสมระหว่าง การอ่านออกเขียนได้ของผู้ใหญ่ ร้อยละของประชากรที่คาดว่าจะมีอายุไม่ถึง 40 ปี และบริการทางเศรษฐกิจโดยรวม (overall economic provisioning) ซึ่งเป็น

¹⁰ มาตรการแก้ไขความยากจนที่เสนอในปี 1990 ได้แก่ 1) การเติบโตทางเศรษฐกิจที่วางบนฐานการใช้แรงงานสูง กลไกตลาด โครงสร้างพื้นฐาน สถาบัน และเทคโนโลยีที่เหมาะสม 2) การจัดบริการสังคมให้เพียงพอ ได้แก่ การศึกษาขั้นต้น บริการสุขภาพพื้นฐานและการวางแผนครอบครัว

ดัชนีผสม 3 ตัวคือ ร้อยละของประชาชนที่ไม่มีน้ำสะอาด ร้อยละของประชาชนที่ขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ และร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ขาดสารอาหาร

ดัชนีความขัดสนด้านสุขภาพในประเทศไทย

รูปธรรมของการสร้างดัชนีวัดความเป็นธรรมในภาพรวมของประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาของ UNDP (1999) เรื่อง รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 การศึกษาที่สร้างดัชนีความขัดสนรวม (Composite index of human deprivation, IHD) ซึ่งประกอบด้วยดัชนีย่อย 8 กลุ่ม คือ ดัชนีรายได้ สุขภาพ การศึกษา การจ้างงาน ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การสื่อสารคมนาคม การอุปโภคบริโภค และ สถานภาพผู้หญิง รวมทั้งสิ้นมีตัวชี้วัด 48 ตัว ยกตัวอย่างของดัชนีความขัดสนด้านสุขภาพ มีตัวชี้วัดย่อย 10 ตัว ได้แก่

ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพทั่วไป: อัตราการตาย อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อัตราการตาย อัตราการขาดสารอาหารระยะเริ่มแรกในเด็ก อัตราโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ อัตราป่วยโรคมาลาเรีย อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตัวชี้วัดการบริการสุขภาพ: จำนวนประชากรต่อแพทย์ จำนวนประชากรต่อพยาบาล จำนวนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล

พบว่า จังหวัดที่มีความขัดสนมากทางด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา ลำพูน ตาก กำแพงเพชร เลย กาฬสินธุ์ นครพนม มุกดาหาร บุรีรัมย์ และสุรินทร์

ส่วนจังหวัดที่มีความขัดสนรวมมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ตาก แม่ฮ่องสอน สุรินทร์หนองคาย กำแพงเพชร นครพนม บุรีรัมย์ สกลนคร ศรีสะเกษ และ มหาสารคาม จะเห็นว่า จังหวัดที่มีความขัดสนมากทางด้านสุขภาพอนามัย มักจะเป็นจังหวัดที่มีความขัดสนรวมสูงด้วย (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2543)

สรุป

ในบทนี้ แสดงแนวโน้มการกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรมในประเทศไทย โดยดัชนีนี้ของการกระจายรายได้ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นสัญญาณบอกลางอย่างหนึ่งของการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ขาดเสถียรภาพจนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม รัฐพยายามกระจายทรัพยากรสาธารณสุขให้มีความเท่าเทียมมากขึ้นระหว่างภูมิภาค โดยใช้คำจำกัดความว่า ความเท่าเทียมกันของทรัพยากรนำเข้าต่อประชากร ดูจากอัตราส่วนต่อประชากร ของทรัพยากรสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครเทียบกับต่างจังหวัดมีช่องว่างที่ลดน้อยลงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาถึงความไม่เป็นธรรมของสถานะสุขภาพ โดยใช้คำจำกัดความว่า ความเท่าเทียมกันของสถานะสุขภาพ เปรียบเทียบดัชนีการป่วยการ

ตายและภาวะทุพพลภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ สถานะสุขภาพยังมีความต่างกันมาก ความไม่เป็นธรรมทางการคลังสุขภาพใช้คำจำกัดความของความเป็นธรรมในแนวดิ่ง แหล่งการคลังเพื่อสุขภาพควรมีลักษณะก้าวหน้าต่อรายได้คือ ผู้มีความสามารถในการจ่าย ควรมีส่วนในแหล่งการคลังเพื่อสุขภาพมากกว่าคนที่จนกว่า แนวโน้มความไม่เป็นธรรมของการคลังสุขภาพลดลง แต่ยังคงมีความไม่เป็นธรรมในระดับที่ค่อนข้างสูง ความไม่เป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ ใช้คำจำกัดความของความเป็นธรรมในแนวราบ เมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน ควรได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน ก็พบว่ายังมีความเหลื่อมล้ำกันมาก

แม้แนวโน้มสถานการณ์ของความไม่เป็นธรรมในด้านต่างๆ จะดูดีขึ้น แต่วิกฤตเศรษฐกิจในระยะปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ทำให้การกระจายรายได้ยังไม่เท่าเทียมกันมากขึ้น และผู้ที่ได้รับผลกระทบอยู่ในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง นอกจากนี้ การแก้ไขวิกฤตเศรษฐกิจมักที่เน้นประสิทธิภาพ ทั้งหน่วยงานเอกชนและหน่วยงานรัฐ ซึ่งหน่วยงานบริการสังคมโดยเฉพาะด้านการศึกษาและสุขภาพก็อยู่ในเป้าหมาย ดังนั้น ถ้าไม่ปักธงความเป็นธรรมให้ชัดเจน และหากระบวนการในการแก้ไขความไม่เป็นธรรมอย่างชัดเจน ช่องว่างของความไม่เป็นธรรมก็จะสูงขึ้นอย่างแน่นอน

3

ระบบสุขภาพกับความเป็นธรรม

ในบทนี้จะนำเสนอความเชื่อมโยงของความเป็นธรรมทางสุขภาพ กับระบบสุขภาพ และระบบสังคมอื่นๆ ที่สำคัญ โดยเริ่มแรกจะเสนอความรู้ที่ได้จากการสนทนากับกลุ่มประชาสังคม เพื่อชี้ประเด็นว่า ระบบสุขภาพสามารถใช้เป็นฐานของการบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด จากนั้นจะเสนอองค์ประกอบสำคัญของระบบสาธารณสุขที่จะทำให้บรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ และชุดดัชนีความเป็นธรรมทางสุขภาพเพื่อติดตามว่าชุมชนใดมีความเป็นธรรมมากกว่ากัน

ประชาสังคมไทยมองความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างไร

คำจำกัดความของประชาสังคม ยังมีข้อถกเถียงกันมาก ในที่นี้จะให้ความหมายประชาสังคมอย่างเปิดกว้างว่า กลุ่มคนใดก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นชาวบ้านทั่วไป หรือข้าราชการ ถ้าวมตัวกันดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมท้องถิ่น จะเรียกว่าเป็นประชาสังคมทั้งสิ้น การเสวนากับกลุ่มประชาคมบางส่วน สะท้อนความคิดด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ อย่างสังคมเสรีนิยม มากกว่าความคิดเพื่อสังคมที่เท่าเทียม

ถ้ามองความเป็นธรรมจากมุมของสิทธิทางสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเห็นว่า สิทธิทางสุขภาพกินความหมายกว้างกว่าสิทธิในบริการสุขภาพ สิทธิทางสุขภาพ เป็นสิทธิที่มองจากข้างในไปสู่ข้างนอก แต่สิทธิในบริการสุขภาพ เป็นสิทธิที่มองจากข้างนอกไปสู่ข้างใน อย่างไรก็ตามการตีค่าว่าอะไรมีความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่ยาก แต่ถ้าพูดถึงความเสมอภาค จะเห็นได้ชัดกว่าและเป็นที่ยอมรับมากกว่า (สุวิจิ ภูิต, 2543)

สิทธิที่เกิดจากข้างในไปสู่ข้างนอก คือสิ่งที่ทุกคนพึงได้เป็นพื้นฐาน เช่น ทุกคนต้องการปัจจัย 4 เป็นพื้นฐาน ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค กลุ่มประชาสังคมกลุ่มหนึ่งใช้คำว่า ทุกคนควรมีสิทธิ “กินอิ่ม นอนอุ่น และผืนดี” กินอิ่มคือได้

กินอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ นอนอุ่น คือมีทั้งที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย และเครื่องนุ่งห่มที่อบอุ่น การผืนดี ยังหมายถึงการปลอดจากความกังวล ความเครียด หรือปัญหาทางจิต

ส่วนสิทธิจากนอกไปสู่ใน คือ สิ่งที่ได้จากการกำหนดไว้ในตัวบทกฎหมาย เช่น สิทธิในการเลือกตั้ง ฯลฯ น่าสังเกตว่า สิทธิการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และผู้ยากไร้ได้รับการรักษาพยาบาลจากรัฐโดยไม่คิดมูลค่า เป็นสิ่งที่ยอมรับว่าเป็นการกำหนดจากภายนอก ซึ่งมีความเห็นเป็น 2 ทางว่า รัฐจะต้องจัดทำให้ได้ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนด แต่อีกทางเห็นว่ารัฐอาจทำไม่ได้ทั้งหมด เนื่องจากจัดเก็บภาษีไม่เพียงพอสำหรับดำเนินการ จึงต้องยอมรับว่า คุณภาพของบริการต้องเป็นไปตามรายได้ของผู้รับบริการ

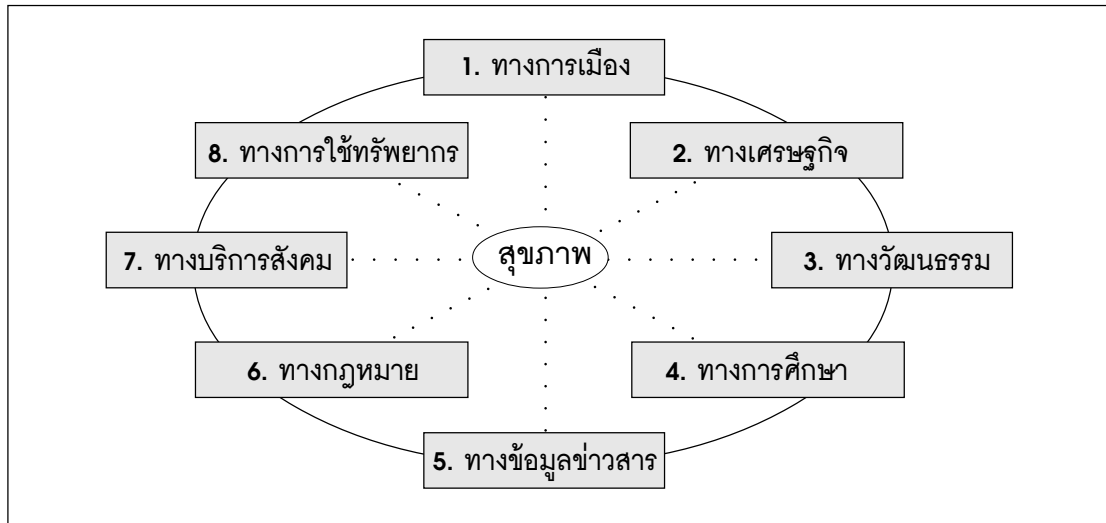
ไม่ว่าจะเป็นสิทธิจากภายนอกไปสู่ภายใน หรือจากภายในไปสู่ภายนอก สมาชิกประชาสังคมเห็นว่า ไม่ควรปล่อยให้ทุกอย่างเป็นหน้าที่ของรัฐแต่ฝ่ายเดียว ประชาชนทุกคนต้องมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง และเพื่อให้เกิดทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสมกับรายได้ของตน

ระบบสุขภาพกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี (2542) วิเคราะห์ว่า ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเป็นเพียงอาการแสดงของความไม่เป็นธรรมหลายอย่างที่พบในสังคม และมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความไม่เป็นธรรมเหล่านั้น (ดูรูปที่ 3.1) ได้แก่ ความไม่เป็นธรรมทางการเมือง ทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา ข้อมูลข่าวสาร กฎหมาย บริการสังคม และการใช้ทรัพยากร ดังนั้นการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ด้วย การพยายามแก้ปัญหาเฉพาะแต่ในระบบสุขภาพ จึงไม่ให้ผลที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การแก้ปัญหาด้านอื่นนอกเหนือด้านสุขภาพ อยู่นอกเหนือขอบเขตของเอกสารเล่มนี้

ระบบสุขภาพปัจจุบัน เน้นที่การจัดบริการสาธารณสุข มากกว่าเรื่องการคลังหรือนโยบายสาธารณะ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของภาครัฐในด้านสุขภาพ ทำหน้าที่เพียงการกำกับงานของหน่วยงานในสังกัดตน แต่ขาดความชำนาญในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขทั้งระบบ ซึ่งมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การกระจายอำนาจทางสาธารณสุข เป็นประเด็นสำคัญที่กำหนดในรัฐธรรมนูญใหม่ และพระราชบัญญัติกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ก็ต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น แต่ระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ในปัจจุบันยังมีลักษณะโครงสร้างรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง และมีจังหวัดรับถ่ายโอนอำนาจเป็นส่วนราชการส่วนภูมิภาค

รูปที่ 3.1 ความเชื่อมโยงระหว่างความไม่เป็นธรรมทางสังคมกับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ



การมีโครงสร้างรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง เป็นการเสริมระบบอำนาจนิยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการจัดสรรงบประมาณ และการบริหารบุคลากร การรวมศูนย์ที่ส่วนกลางทำให้ผู้บริหารในระดับจังหวัดสนใจส่วนกลางมากกว่าที่จะสนใจพัฒนาบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนหรือชาวบ้านในท้องถิ่น การที่ระบบสุขภาพมีลักษณะรวมศูนย์จึงทำให้เกิดการใช้อำนาจในทางที่ผิด เช่น กรณีจัดซื้อยาและวัสดุการแพทย์ราคาแพงกว่าราคากลางหลายเท่า โดยใช้กลไกที่เป็นจุดอ่อนของระบบสาธารณสุขที่ไม่ได้ใช้ข้อมูลมาตรฐานในการจัดสรรงบประมาณ เป็นต้น แต่เนื่องจาก ประชาสังคมด้านสุขภาพมีความเข้มแข็ง ทั้งประชาสังคมที่ไม่เป็นทางการ กับประชาสังคมที่อยู่ในระบบของรัฐ จึงทำให้กรณียาราคาแพงจากอำนาจนิยม ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วทันที

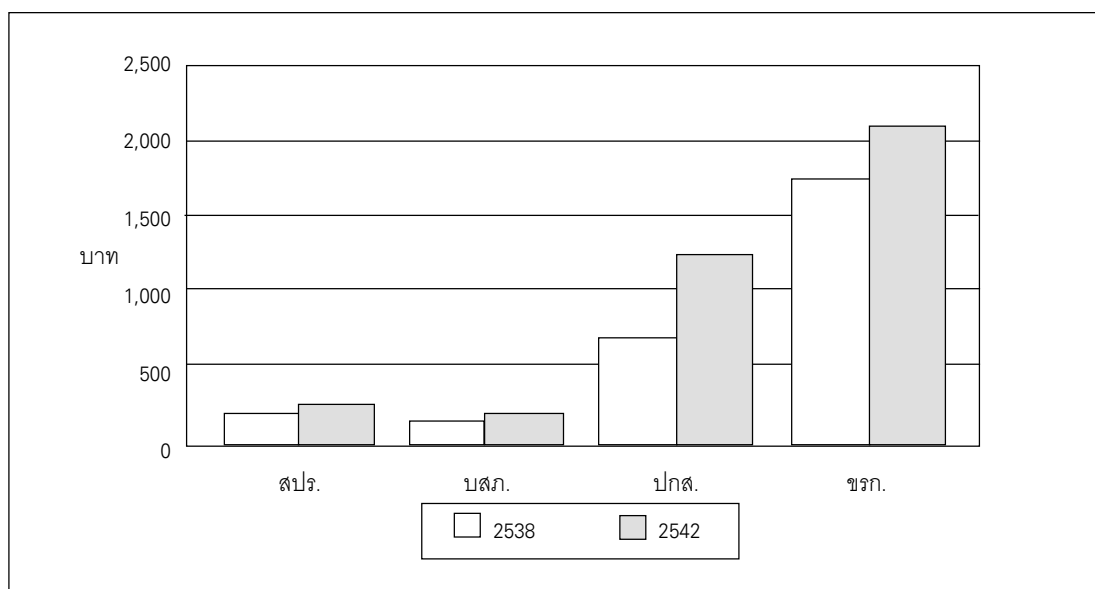
องค์ประกอบระบบสุขภาพที่จะสร้างความเป็นธรรม

ถ้าพิจารณาว่าระบบสุขภาพมีองค์ประกอบหลักๆ 2 ประการ คือ ระบบการคลังเพื่อสุขภาพ กับ ระบบการให้บริการสุขภาพ ซึ่งทั้ง 2 ระบบนี้ ครอบคลุมทั้งภาครัฐและภาคเอกชน องค์ประกอบด้านการคลังสุขภาพที่จะเป็นกลไกสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ครอบคลุมถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน และการจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมสำหรับการคลังสาธารณะ ส่วนองค์ประกอบด้านระบบการบริการที่สร้างความเป็นธรรม จะพิจารณาในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบันมีหลายระบบ บริหารจัดการบนปรัชญาพื้นฐานที่แตกต่างกันและเป็นสาเหตุของความไม่เป็นธรรม หลักประกันที่รัฐจัดในรูปแบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (ชรก. ในรูปที่ 3.1) ครอบคลุมคนประมาณ 11% ของประชากรทั้งหมด ได้รับเงินสนับสนุนต่อรายที่สูงที่สุดคือ ประมาณ 1,781 บาทต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2538 และ เพิ่มขึ้นประมาณ 2,106 บาทต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2542 หลักประกันของรัฐที่มีเงินบริหารจัดการมารองลงมาคือ การประกันสังคม (ปกส.) ซึ่งเป็นการประกันภาคบังคับครอบคลุมประชากรประมาณ 7% ของประชากรทั้งหมด แหล่งที่มาของเงินมาจาก 3 แหล่งคือผู้ประกันตน นายจ้างและภาษีอากร รวมแล้วถือเป็นแหล่งการคลังสาธารณะ เงินที่ใช้เพื่อการสุขภาพในปี พ.ศ. 2538 ประมาณ 712 บาทต่อคนต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 1,284 บาทต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2542 ส่วนหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุดคือ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) ครอบคลุมประชากรกว่า 40% ของประชากรทั้งหมด บริหารจัดการบนฐานของการให้สวัสดิการจากรัฐ ได้รับบสนับสนุนประมาณ 225 บาทต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2538 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือ 273 บาทต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2542 ความแตกต่างระหว่างเงินสนับสนุนในโครงการสวัสดิการข้าราชการ มากกว่าสวัสดิการประชาชน ประมาณ 8 เท่าอย่างต่อเนื่อง

รูปที่ 3.1 งบประมาณ (บาทต่อคนต่อปี) สำหรับหลักประกันต่างๆ ในปี พ.ศ. 2538 และ 2542



หลักประกันอีกทางหนึ่งที่หน่วยงานของรัฐคือ กระทรวงสาธารณสุขพยายามสร้างขึ้นมาเป็นทางเลือก โดยอาศัยปรัชญาของการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ คือ บัตรสุขภาพ (บสภ.) โดยประชาชนมีส่วนออกเงินซื้อบัตร เพื่อประกันความเสี่ยงไว้ล่วงหน้า และรัฐจัดงบประมาณสนับสนุนในโครงการในอัตราที่เท่ากับรายได้จากการขายบัตรระหว่างปี พ.ศ. 2538-2542 ระดับงบประมาณสนับสนุนต่อคนต่อปีไม่เพิ่มขึ้นมากนัก และอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่างบประมาณสนับสนุนในโครงการ สปร.คือในปี พ.ศ. 2542 ได้รับเพียง 249 บาทต่อคนต่อปี แม้โครงการบัตรสุขภาพจะขยายตัวเพิ่มขึ้นครอบคลุมประชากรได้มากกว่า 15% ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543 แต่อัตราคิ่ต้นทุนรวมของโครงการกลับต่ำกว่า 60%¹¹ ทำให้รัฐต้องจัดงบประมาณสนับสนุนโครงการเพิ่มขึ้นอีกจากเงินกู้ต่างประเทศ เพราะไม่ต้องการขึ้นราคาบัตรในขณะที่ยังประสบวิกฤตเศรษฐกิจ

หลักประกันสุขภาพที่รัฐมีส่วนจัดให้ประชาชน นอกจากจะมีความเหลื่อมล้ำกันแล้ว ยังสามารถครอบคลุมประชากรได้เพียงประมาณ 75% ของประชากรทั้งหมด จึงมีประชากรที่ไม่มีหลักประกันอีกประมาณ 20% ของประชากรทั้งหมด¹² ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันมีพฤติกรรมการใช้บริการที่น้อยกว่ากลุ่มที่มีหลักประกัน แต่เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐประมาณ 1 ใน 5 รายจะประสบปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ (Sujariyakul, 2000) ซึ่งสะท้อนว่า การไม่มีหลักประกันอาจทำให้ได้รับบริการที่ไม่เหมาะสมกับโรคก็ได้ ถ้าไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล

หากยึดหลักการความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ ตามความเป็นธรรมในแนวดิ่ง การกระจายเงินเพื่อสุขภาพ ไม่สมควรให้เป็นลักษณะถดถอยต่อรายได้ ลักษณะการคลังสุขภาพที่เป็นธรรม จึงควรใช้มาตรการการคลังที่เป็นไปตามความสามารถในการจ่าย ซึ่งการจ่ายเงินล่วงหน้าก่อนที่จะเจ็บป่วยตามสัดส่วนของรายได้ จะเป็นลักษณะการคลังที่เป็นธรรมที่สุด รัฐจึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน

ส่วนการคลังภาคประชาชน เช่น กลุ่มออมทรัพย์หมู่บ้าน แม้จะพิสูจน์ว่าสามารถช่วยสร้างหลักประกันให้กับสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ได้ แต่กลุ่มออมทรัพย์เหล่านั้นมักจะมีฐานะทางการเงินระดับดีมาก จึงไม่น่าจะเป็นนโยบายหลักของรัฐที่ต้องการคลังชุมชนมาดำเนินการแทนการคลังสาธารณะ การคลังชุมชนอาจเป็นส่วนเสริมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

¹¹ สาเหตุอย่างหนึ่งของอัตราคิ่ต้นทุนต่ำ คือ การคัดเลือกรู้สึกเสี่ยง (Adverse selection) ผู้ที่ซื้อบัตรสุขภาพ มักเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังต้องใช้บริการอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว ปัญหานี้พบได้ทั่วไปในกรณีที่เป็นประกันแบบสมัครใจ

¹² ในปี พ.ศ. 2541 ประมาณว่ามีผู้ซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชน 10% ของประชากรทั้งหมด (สุวณี สุรเสียงสังข์, 2541) แต่เป็นประกันแบบทำประกันชีวิตเป็นส่วนใหญ่ จึงมีความซ้ำซ้อนกับกลุ่มอื่นๆ อยู่มาก

การจัดสรรงบประมาณที่สะท้อนความจำเป็นทางสุขภาพ

เมื่อมีแหล่งการคลังรวมหมู่ (Collective Financing) ที่เพียงพอในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป้าหมายที่สำคัญต่อมาคือ การปฏิรูประบบงบประมาณ ให้ยึดเป้าหมายประสิทธิภาพของการจัดสรร (Allocative efficiency) เป็นสำคัญ โดยคำนึงทั้งอุปสงค์และอุปทานของบริการสุขภาพ ซึ่งก็คือเป้าหมายความเป็นธรรมของการจัดสรรงบประมาณนั่นเอง (ศุภสิทธิ์ พรธนาโรจน์ชัย, 2538)

การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพลงสู่จังหวัด ที่ผ่านมามีความจำเป็นทางสุขภาพ (อุปสงค์) น้อยกว่าอุปทานของบริการสุขภาพ อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardised Mortality Ratio, SMR) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความจำเป็นทางสุขภาพที่สำคัญในหลายๆ ประเทศ เพื่อใช้ในการปรับค่าอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพตามกลุ่มอายุและเพศของประชากร ไม่เคยได้รับการพิจารณาให้มีความสำคัญในประเทศไทย (ลินดา เหล่ารัตน์-ไธ, 2538¹³; พัทธพงศ์ เอ็มสวัสดิ์, 2543) รวมทั้งงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐไม่ได้จัดสรรลงสู่จังหวัดต่างๆ ตามกลุ่มเป้าหมายยากจนอย่างเป็นธรรม (ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2543)

ดังนั้น การมีข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพ สถานะสุขภาพตามกลุ่มเศรษฐกิจฐานะของประชากร การใช้บริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง แต่ละระดับ ตลอดจนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากการใช้บริการสุขภาพเหล่านั้น เป็นข้อมูลสำคัญช่วยในการตัดสินใจจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรม การจัดสรรงบประมาณที่เป็นการคลังสาธารณะก็จะต้องมีความโปร่งใส มีผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวัง ตัวชี้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพก็จะเพิ่มความสำคัญขึ้นมา แนวทางนี้สอดคล้องกับทิศทางการปรับปรุงระบบการจัดงบประมาณของประเทศที่ต้องการจัดทำงบประมาณที่มุ่งเน้นผลงาน (สำนักงบประมาณ, 2542) จึงสมควรที่ประชาสังคมจะช่วยตรวจสอบว่า การจัดสรรงบประมาณจะเน้นความเป็นธรรมและประสิทธิภาพเพียงใด

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพที่พึงปรารถนา ประกอบด้วยระบบย่อยที่มาจากภาคประชาชน และภาคทางการ ซึ่งหมายถึงทั้งภาคเอกชน และภาครัฐ ระบบบริการสุขภาพที่พึงปรารถนา มิได้จำกัดอยู่เพียงการให้บริการเมื่อเจ็บป่วย แต่หมายถึง ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและไม่เจ็บป่วย ภาคประชาชนคือ

¹³ สมการที่อธิบายการจัดสรรงบประมาณสุขภาพสู่จังหวัดต่างๆ ของปี 2535 ที่สำคัญคือ จำนวนเตียงโรงพยาบาลภายในจังหวัด จำนวนวันนอนในรพ. จำนวนผู้ป่วยนอก โดยจำนวนประชากรที่ปรับด้วย SMR มีอิทธิพลเพียงเล็กน้อย

ประชาสังคม มีบทบาทมากในการก่อกระแสความตื่นตัว ชนิด “กินอิ่ม นอนอุ่น และฝันดี” โดยภาครัฐให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

ส่วนบริการจากภาคทางการ ไม่ว่าจะจากภาครัฐ หรือเอกชน จะต้องอยู่ภายใต้การตรวจสอบด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม จากองค์กรที่มีความเป็นกลางและเชื่อถือได้

การบริการปฐมภูมิ (Primary care) เป็นบริการสุขภาพอย่างหนึ่งที่ทำให้ความเป็นธรรมที่สุดเมื่อเทียบกับบริการของโรงพยาบาล เพราะให้โอกาสแก่ผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง¹⁴ ระบบสุขภาพของไทย จึงควรพัฒนาเครือข่ายการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ไม่เฉพาะเพียงแต่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่านั้น (Pannarunothai and Mills, 1997)

การปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐให้มีอัตรภาพมากขึ้น เพื่อลดกฎระเบียบที่ทำให้ด้อยประสิทธิภาพ เป็นเป้าหมายของการปฏิรูประบบราชการโดยรวม อย่างไรก็ตาม การปรับให้โรงพยาบาลเป็นอิสระ ไม่ควรเป็นไปอย่างแยกส่วน แต่ควรเป็นเครือข่ายของผู้ให้บริการสุขภาพ และการให้อิสรภาพ แก่หน่วยบริการสุขภาพ ไม่ได้หมายถึงการลดบทบาทของการคลังสาธารณะเพื่อสุขภาพ (MSH and HSRI, 1999) เพราะมักจะเกิดการเข้าใจผิดจากฝ่ายรัฐบาล และฝ่ายประชาชน รวมถึงการวิตกกังวลในอนาคตว่า การให้หน่วยบริการสุขภาพเป็นอิสระ จะทำให้คนจนได้รับความเดือดร้อนมากขึ้นจากการต้องจ่ายเงินเพื่อการรักษาพยาบาลแพงขึ้น (ใจ อึ้งภากรณ์, 2543)

ตัวชี้วัดเป้าหมายความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ

เมื่อระบบสุขภาพต้องการการปฏิรูป เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น โดยไม่เพียงแต่เน้นที่การเพิ่มประสิทธิภาพเท่านั้น เพื่อให้แนวทางของการปฏิรูปบรรลุเป้าหมายข้างต้น ชุดดัชนีวัดเป้าหมายความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งสำหรับประชาสังคมในการเฝ้าติดตามว่า การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในระบบสุขภาพ จะบรรลุสู่ความเป็นธรรมมากขึ้นหรือไม่ ชุดดัชนีวัดเป้าหมายความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ มี 9 ประการ ได้แก่ การสาธารณสุขสหสาขา อุปสรรคด้านการเงินของการเข้าถึงบริการอุปสรรคที่ไม่ใช่ด้านการเงินของการเข้าถึงบริการ ความบูรณาการของสิทธิประโยชน์ ความเป็นธรรมของการคลังเพื่อสุขภาพ ประสิทธิภาพ

¹⁴ ประเมินโดยใช้ดัชนีการกระจายของการให้บริการ ในประเทศตะวันตก ซึ่งมีบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและทั่วถึง ดัชนีการกระจายของการให้บริการปฐมภูมิมีสภาพเป็นบวก คือ เอนเอียงเข้าข้างคนจน (Wagstaff et al, 1997)

ภาพและคุณภาพของบริการ ประสิทธิภาพในเชิงบริหาร ความโปร่งใส ความเป็นประชาธิปไตย และความเป็นอิสระของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Daniels et al, 2000) ชุดดัชนีนี้จึงครอบคลุมเนื้อหาทุกส่วนของระบบสุขภาพ ตั้งแต่ การเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อสร้างฐานข้อมูลในการติดตามความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ การเน้นความเป็นธรรมของการคลังเพื่อสุขภาพ การได้รับสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกัน ระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีความโปร่งใสทั้งต่อประชาชนผู้รับบริการและผู้ทำงานในระบบ จนถึง การมีอิสระเสรีภาพในการเลือกของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

เมื่อนำชุดของตัวชี้วัดนี้ มาทดลองหาความเป็นไปได้ในการวัดการปฏิรูประบบสุขภาพในจังหวัด 2 แห่งที่ร่วมโครงการวิจัยปฏิบัติการในพื้นที่ของการปฏิรูประบบสุขภาพ พบว่า กรอบของตัวชี้วัด และวิธีในการให้คะแนนถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าดีหรือเลวกว่าตอนก่อนเริ่มการเปลี่ยนแปลงอย่างไร พบว่าเครื่องมือนี้ สามารถนำมาใช้ในการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพได้ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย, 2543) ประโยชน์ต่อเนื่องของการใช้เครื่องมือนี้เป็นไปได้หลายประการ เช่น ผู้นำด้านสุขภาพของจังหวัด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) เขียนโครงร่างแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพของตน เสนอต่อประชาสังคมภายในจังหวัด หรือกลุ่มประชาสังคมระดับประเทศ (องค์กรกลางที่เป็นอิสระ) ใช้เครื่องมือนี้ในการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในแต่ละจังหวัด เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างจังหวัด ดังเช่น การรายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย (UNDP, 1999) ก็จะทำให้เกิดการตื่นตัวในการปรับระบบให้เป็นที่ยอมรับของประชาสังคมในท้องถิ่น

สรุป

เมื่อปักธงชัยความเป็นธรรมทางสุขภาพ ดังข้อสรุปในบทที่ 1 แล้ว การแก้ปัญหาความเป็นธรรมทางสุขภาพ ต้องมองให้ไกลกว่าระบบสุขภาพ เพราะลักษณะที่ไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ เป็นเพียงอาการแสดงอย่างหนึ่งที่มีสาเหตุจากความไม่เป็นธรรมในระบบอื่นๆ

สำหรับการแก้ปัญหา ความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ ควรเน้นที่การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม รูปแบบที่ชัดเจนคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการจัดงบประมาณสาธารณะที่คำนึงถึงอุปสงค์ควบคู่ไปกับอุปทาน และหวังผลลัพธ์จากงบประมาณที่จัดสรร นอกจากนี้การปฏิรูประบบบริการมีเป้าหมายให้ประชาชนผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ด้วยการพัฒนาเครือข่ายของการแพทย์ขั้นปฐมภูมิ และทำให้ระบบทั้งหมดมีประสิทธิภาพที่มากขึ้น ด้วยการเน้นการ

ป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่ให้ผลคุ้มค่าของเงิน

ประชาสังคมมีส่วนในการเฝ้าติดตามการปฏิรูประบบสุขภาพ ด้วยการชี้ชุดดัชนีวัดความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ เปรียบเทียบระดับของความเป็นธรรมในจังหวัดต่างๆ ซึ่งรวมถึงการผสมผสานระบบบริการสุขภาพ กับระบบนโยบายสาธารณะที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวมด้วย

4

ประชาสังคมไทยกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่เป็นธรรม

ในบทสุดท้ายนี้ เป็นข้อสรุปว่า ประชาสังคมไทยควรมีบทบาทอย่างไรต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อสังคมไทยที่มีความเป็นธรรมมากขึ้น เริ่มแรกให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบสังคม การเสริมให้ชุมชนเข้มแข็ง ติดตามด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านการคลังและการให้บริการ

การปฏิรูประบบสังคม

สถานการณ์ความไม่เป็นธรรมที่น่าเสนาในบทที่ 2 และความสัมพันธ์ระหว่างระบบสุขภาพกับความเป็นธรรมในบทที่ 3 ชี้ให้เห็นว่าจะแก้ไขปัญหาคือความเป็นธรรมทางสุขภาพ ต้องเชื่อมโยงกับการปฏิรูประบบสังคมด้านอื่นๆ

ถ้าการกระจายอำนาจตามที่มีนัยสำคัญในรัฐธรรมนูญ จะช่วยให้ประชาสังคมไทยเข้มแข็งขึ้นนั่นก็หมายถึงว่าการปฏิรูประบบสังคมไทยจะก่อให้เกิดกลไกที่จะสร้างความเท่าเทียมกันของข้อมูลข่าวสารระหว่างรัฐกับประชาสังคม ประชาสังคมจะทำหน้าที่ตรวจสอบกลไกการดำเนินงานของรัฐและผดุงให้ชุมชนอยู่ระดับท้องถิ่น ไปจนถึงชุมชนระดับประเทศ มีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และมีความเป็นธรรม การสร้างให้ประชาสังคมเกิดความเข้มแข็ง มีศักยภาพในการแสวงหาข้อมูลเพื่อใช้ในการต่อรองที่ถูกต้อง จะเป็นรากฐานสำคัญของการเกิดประชาธิปไตยตรง (Direct democracy) ในอนาคต ซึ่งเชื่อว่าจะจะเป็นระบอบประชาธิปไตยที่ดีกว่า ประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative democracy) ที่ใช้อยู่ทุกวันนี้ ฉะนั้นในระยะแรกของการปฏิรูประบบสังคม ควรเน้นที่บทบาทของประชาสังคม ควบคู่ไปกับกับพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ประชาสังคมทำหน้าที่ตรวจสอบกลไกของรัฐในระดับท้องถิ่นขึ้นไป

การพัฒนาประชาสังคมที่ถูกต้อง จะทำให้ประชาสังคมยึดเป้าหมายความเป็นธรรมมากขึ้น เพราะเกิดการเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ในกันและกัน การพัฒนา การตีความหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตั้งแต่สิทธิขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ “กินอิ่ม นอนอุ่น ฝนดี” ความเป็นธรรมทางการคลังและการใช้บริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพดี ฯลฯ จะช่วยพัฒนาศักยภาพของประชาชนไทยในการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

ปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นกลไกอย่างหนึ่งของการบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในที่นี้ให้ความสำคัญต่อการปฏิรูปทางการคลังสุขภาพในระดับสูง โดยเน้นบทบาทของการคลังสาธารณะ และควบคุมกลไกตลาดทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความไม่เป็นธรรม รัฐควรเน้นบทบาททางการคลังสาธารณะ โดยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้โอกาสที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่มีความจำเป็นทางสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยฐานะการเงินไม่เป็นอุปสรรค การประมาณการค่าใช้จ่ายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าชี้ว่า งบประมาณที่รัฐมีอยู่ปัจจุบัน หากนำมารวมกันและสร้างอำนาจในการซื้อบริการจากการที่มีผู้ซื้อรายใหญ่เพียงรายเดียว (Monopsonistic power) ก็สามารถดำเนินนโยบายได้ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน (Basic essential package) ซึ่งต้องการงบประมาณ 8.3 หมื่นล้านบาท และหากต้องการสร้างหลักประกันให้ครบถึงขั้นบูรณาการที่ครอบคลุมถึงการเจ็บป่วยถึงขั้นล้มละลาย (Catastrophic illness) ก็จะเพิ่มงบประมาณอีก 3.1 หมื่นล้านบาท (ศุภสิทธิ์ พรธนารุโณทัย และคณะ, 2543)

กระบวนการจัดสรรงบประมาณเป็นขั้นตอนสำคัญของการใช้แหล่งการคลังภาครัฐให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด และให้บรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วย ในวาระที่รัฐบาลกลางกำลังกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีความสำคัญที่ต้องพิจารณาไปคู่กันเพื่อสร้างโอกาสให้บรรลุเป้าหมายของการจัดสรรงบประมาณโดยมุ่งเน้นผลงานอย่างแท้จริง

ในวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ควรถือโอกาสปรับเปลี่ยนระบบบริการให้เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลขั้นปฐมภูมิ พัฒนาคุณภาพและจัดระบบการคลังให้สนองต่อการเติบโตของการดูแลขั้นปฐมภูมิ และในวาระของการกำหนดขั้นตอนกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพให้การปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบบริการสุขภาพ จะต้องมีการปรับประสิทธิภาพ และคุณภาพ มีการแข่งขันกันทั้งด้านต้นทุน

คุณภาพ และความพึงพอใจกับภาคเอกชน แต่ทั้งนี้ต้องไม่ละเลยเป้าหมายด้านความเป็นธรรมที่ประชาชนไทยทุกคนจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบบริการสาธารณสุข จะไม่เป็นระบบที่ใช้ในการแสวงกำไร

ข้อเสนอต่อสังคมไทย

สรุปเป็นข้อเสนอต่อสังคมไทย ดังนี้

- ปักธงชัยของความเป็นธรรมทางสุขภาพให้ชัดเจน ตีปรัญญาความเป็นธรรมเป็นรูปธรรมของการให้โอกาสแก่ทุกคน สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีความจำเป็นทางสุขภาพ โดยการจ่ายเงิน (การคลังสุขภาพ) ให้เป็นไปตามความสามารถในการจ่าย
- สนับสนุนและผลักดันแนวนโยบาย “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” แก่ประชาชนไทยทุกคน
- ช่วยพัฒนาการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถเป็นตัวแทนรัฐบาลกลางในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- พัฒนารฐานประชาสังคม เสริมกลไกการตรวจสอบ การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างการมีส่วนร่วมในเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ข้อเสนอต่อรัฐบาลไทย

สรุปข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทย ดังนี้

- การลงทุนในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเป็นฐานของการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ และสุขภาพดีถ้วนหน้า
- เพิ่มการจัดการด้านการคลังสาธารณะ โดยเฉพาะการคลังสุขภาพ เพื่อเสริมอำนาจการเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพรายใหญ่ ให้กับประชาชนทั่วประเทศ
- สร้างหลักเกณฑ์ที่โปร่งใสของการจัดสรรงบประมาณสุขภาพ ลงสู่พื้นที่ต่างๆ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นทางสุขภาพ และการมุ่งเน้นผลงาน
- สนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข สู่การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์การมหาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการ ทั้งนี้ต้องไม่ปฏิเสธบทบาทการจัดการด้านการคลังสาธารณะเพื่อสนับสนุนให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาสังคม ในการตรวจสอบการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ใจ อึ้งภากรณ์. (2543) รัฐบาลและ ADB ปฏิรูประบบโรงพยาบาลรัฐให้ลงนรก. กรุงเทพฯ ธุรกิจ 28 มีนาคม 2543, หน้า 2.
- ปาริชาติ ศิวะรักษ์. (2543) การปรับปรุงข้อมูลและการคำนวณดัชนีชี้วัดสนรวมใหม่ เอกสารประกอบการประชุมระดมความคิดเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนไทย และ คุณภาพการให้บริการของท้องถิ่น (เทศบาล). จัดโดย คณะมนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 30 มีนาคม 2543.
- พิทักษ์ เอมสวัสดิ์. (2543) รายงานเบื้องต้น วิธีการจัดสรรงบประมาณของการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรายจ่ายเพื่อสุขภาพ - การวิเคราะห์ทาง เศรษฐมิติ เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด. นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ลินดา เหล่ารัตน์ไส. (2538) ความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดการ สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ พิชัยรังษะ, วิชัช เกษมทรัพย์, ปิยะ หาญรวงศ์ชัย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2543) ความเป็นธรรมอยู่ที่ไหน? คำถามที่ท้าทายของการจัดสรรงบประมาณ สาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธินัย. (2538) การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข: กระบวนการใน ประเทศไทยและในต่างประเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธินัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2543) ความเป็นไปได้และทางเลือกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานวิจัย สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธินัย. (2543) ชุดเครื่องมือวัดความเป็น ธรรมเพื่อประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพไทย. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข.

สำนักงานประมาณ. (2542) การปรับปรุงระบบการจัดการงบประมาณ. กรุงเทพมหานคร:

สำนักงานประมาณ.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

(2542) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สุวจิ กู๊ด. (2543) การค้นหาแนวคิดเรื่องสิทธิและความเป็นธรรมในสุขภาพ จากมุมมอง

ทางสังคมและวัฒนธรรมเพื่อการปฏิรูปการดูแลสุขภาพในประเทศไทย. รายงาน

เบื้องต้นชุดโครงการวิจัย ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: องค์ความรู้และการสร้าง

เครือข่าย.

Anderson R. (1975) Health service distribution and equity. In Anderson R, Kravits J and Anderson O (eds) Equity in health services. Cambridge, Massachusetts: Ballinger.

Benham L and Benham A. (1975) Utilisation of physician services across income groups 1963-1970. In Anderson R, Kravits J and Anderson O (eds) Equity in health services. Cambridge, Massachusetts: Ballinger.

Black Report. (1980) Inequalities in Health: Report of a Research Working Party. London: Department of Health and Social Security.

Braveman P. (1998) Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low- and Middle-Income Countries. Geneva: WHO.

Culyer AJ. (1991) Health, health expenditures and equity. York: Centre for Health Economics. Discussion paper 52.

Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. (2000) Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries. Bulletin of the World Health Organisation (in press).

Department of Health and Social Security. (1976) Sharing Resources for Health in England. Report of the Resource Allocation Working Party. London: Her Majesty's Stationery Office.

Ethica. (1999) Ethics and Health: An International and Comparative Arena. Newsletter 1:1999.

Farr W. 1885. Vital statistics. Reprinted in Bulletin of the World Health Organisation, 78 (1): 88-96.

- Feachem RGA. (2000) Poverty and inequity: a proper focus for the new century. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78 (1): 1-2.
- Gilson L. (1998) In defence and persuit of equity. *Social Science and Medicine*, 47, 12, 1891-1896.
- Gwatkin DR. (2000) Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bulletin of the World Health Organisation*, 78 (1): 3-18.
- Institute of Population and Social Research, Mahidol University. (1988) *The Morbidity and Mortality Differentials: A Report on the Secondary Data Analysis. ASEAN Population Programme Phase III.*
- Jarman B. (1983) Identification of Underprivileged Areas. *British Medical Journal*, 286, 1705-9.
- Jarman B. (1983) Underprivileged Areas: Validation and Distribution of Scores. *British Medical Journal*, 289, 1587-92.
- Kakwani NC. (1977) Measurement of tax progressivity: an international comparison. *Economic Journal*, 87, 71-80.
- Le Grand J. (1978) The distribution of public expenditure: the case of health care. *Economica*, 45, 125-42.
- Le Frand J. (1991) *Equity and Choice*. London: Harper Collins.
- Lie R. (1998) *Human Rights, Equity and Health Sector Reform. A research proposal.*
- Makinen M, Waters H, Rauch M, Almagambetova N, Bitran R, Gilson L, McIntyre D, Pannarunothai S, Prieto AL, Ubilla G. and Ram S. (2000) Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78 (1): 55-65.
- Maynard A. (1988) Distributing Resources. In *Equity A Prerequisite For Health. The Proceedings of the 1987 Summer Scientific Conference of the Royal Colleges of Physicians of United Kingdom in Collaboration with the World Health Organisation.*
- McLachlan G and Maynard A. (1982) *A Public/Private Mix for Health*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- McPherson K. (1995) How should health policy be modified by the evidence of medical practice variations? In Marinker M (ed.) *Controversies in health care policies. Challenges to practice*. London: BMJ.
- Mills A. (1991) Exempting the poor: the experience of Thailand. *Social Science and*

- Medicine, 33, 11, 1241-1252.
- Mills C. (1998) Equity in Health: Key issues and WHO's Role. Geneva: WHO.
- Mooney G. (1986) Economics, Medicine and Health Care. Sussex: Wheatsheaf.
- Ng M. (1997) Why Asia needs democracy. Journal of Democracy, 8, 10-23.
- Pannarunothai S and Mills A. (1997) The poor pay more: health-related inequity in Thailand. Social Science and Medicine, 44, 12, 1781-1790.
- Pannarunothai S, Srithamrongsawat S. (2000) Benchmarks of fairness for health system reform: the tool for national and provincial health development in Thailand. Human Resources for Health Development Journal, (in press).
- Persson T and Tabellini G. (1994) in the American Economic Review cited by the Economist, November 5-11, 1994 page 23.
- Pothong J (eds). (1999b) Poverty and inequality during the economic crisis in Thailand. Indicators of well-being and policy analysis 3(1): 1-15.
- Sen A. (1999) The value of democracy. Development Outreach, 1, 1, 5-9.
- Sen A. (1997) Human rights and Asian values. New Republic (July 14-21): 33;39.
- Townsend P and Davidson N. (1988) Inequalities in Health. London: Penguin Book.
- Townsend P, Phillimore P and Beattie A. (1986) Inequalities in Health in the Northern Region. Northern Regional Health Authority and Bristol University.
- Townsend P, Phillimore P and Beattie A. (1987) Health and Deprivation: Inequality and the North. London: Croom Helm.
- United Nations. (1998) UN Briefing Papers Human Rights Today A United Nations Priority. New York: UN.
- United Nations Development Programme. (1999) Human Development Report of Thailand 1999. Bangkok: UNDP.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A and Rutten F. (1993) Equity in the finance and delivery of health care. Oxford: Oxford University Press.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A and Bleichrodt H et al. (1997) Income-related inequalities in health: some international comparisons. Journal of Health Economics, 16, 93-112.
- Wagstaff A. (2000) Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. Bulletin of the World Health Organisation, 78 (1): 19-29.
- Wagstaff A and Van Doorslaer E. (1998) Inequalities in Health: Methods and Results for Jamaica. Paper prepared for the Human Development Department of the World

Bank.

Wagstaff A, Van Doorslaer E and Paci P. (1989) Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, 5, 89-112.

Wenberg JE, Freeman JL and Culp WJ. (1987) Are hospital services rationed in New Haven or over utilised in Boston? *Lancet*, 1185-8.

Whitehead. (1988) *The Health Divide*. In Townsend P and Davidson N (eds.) *Inequalities in Health*. London: Penguin Book.

Whitehead M. (2000) William Farr's legacy to the study of inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78 (1): 86-87.

World Bank. (1993) *Investment in health*. Washington DC: World Bank.

World Health Organisation. (1978) *Health For All by the year 2000*. Geneva: WHO.

World Health Organisation. (1996) *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO.

Zealley H. (1988) *The Faculty Charter and Equity*. In *Equity A Prerequisite For Health. The Proceedings of the 1987 Summer Scientific Conference of the Royal Colleges of Physicians of United Kingdom in Collaboration with the World Health Organisation*.