

ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทย: ประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

กัญญา ดิษยาธิคม*

ภูษิต ประคองสาย*

วลัยพร พัทธนฤมล*

นิตยา จันทร์เรือง มหาผล**

เอื้องฟ้า คงเอี่ยมตระกูล**

จิตปราณี วาศวิท*

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เพื่อให้ประชาชนไทยมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน และส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและจัดระบบบริการสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์นำเสนอกรอบทิศทางหลักของนโยบายระดับประเทศ และผลักดันน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขต่อนโยบายสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพไทย ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ และด้านสถานะสุขภาพ

การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา ส่งแบบสอบถามไปยังผู้บริหารระดับ ๕ และ ๑๐ ที่ปฏิบัติงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๘๐ ราย ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๓ และคณะผู้วิจัยได้รับแบบสอบถาม ตอบกลับ จำนวน ๕๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๖ ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด พบว่าผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญกับนโยบายสุขภาพ ๓ ลำดับแรก คือ ความเพียงพอของการคลังสุขภาพ คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนยากจน นโยบายที่บรรลุผลสูงสุด คือ การเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วหน้า แต่นโยบายการเกื้อหนุนทรัพยากรสุขภาพจากที่มีทรัพยากรหนาแน่นไปยังที่มีทรัพยากรน้อย และจากเขตเมืองไปยังชนบทที่ห่างไกลยังไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร ผู้บริหารระดับสูงส่วนใหญ่เห็นว่าภาคเอกชนควรเพิ่มบทบาทในทุกด้านของการบริการสุขภาพ ในประเด็นด้านความเป็นธรรม การคลังในระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่ารัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายน้อยเกินไป และในด้านรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนนั้น ผู้บริหารเห็นว่า การจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ นอกจากนี้ผู้บริหารระดับสูงส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตจากยาสูบและสุรา เพื่อนำมาใช้สำหรับการดูแลสุขภาพเป็นการเฉพาะ

ในกรณีที่รัฐมีงบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น รัฐควรให้ความสำคัญกับการลงทุนสถานพยาบาลระดับต้น โดยให้ความเห็นว่าเป็นการพัฒนาสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และบริการสุขภาพประเภทนี้มีต้นทุนต่ำกว่าบริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ ในประเด็นด้านความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพนั้น ผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสำคัญมากกับ การเข้าถึงบริการ

สุขภาพที่เท่าเทียมกัน และประชาชนควรได้ใช้บริการสาธารณสุขเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะกรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน และเห็นด้วยกับการลดช่องว่างของระดับชนชั้นทางสังคม และพื้นที่ และให้ความสำคัญต่อโครงการที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า แม้ว่าจะให้ประโยชน์ต่อคนรวยก็ตาม

การตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรรงบประมาณในโครงการต่าง ๆ เห็นว่าผู้กำหนดนโยบายฝ่ายการเมืองมีส่วนร่วมอย่างมากในการตัดสินใจ มากกว่าผู้กำหนดนโยบายที่เป็นข้าราชการประจำ และเห็นว่ากรมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสาธารณสุขชนต่อทิศทางที่กำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของรัฐบาลนั้นสามารถทำได้

คำสำคัญ: ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ, ผู้บริหารระดับสูง, นโยบายสุขภาพ, การคลังสุขภาพ, สถานะสุขภาพ

บทนำ

ความแตกต่างของปรัชญาแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแนวคิดเสรีนิยม (libertarian) แนวคิดประโยชน์นิยม (utilitarian) หรือแนวคิดความเท่าเทียม (egalitarian) ส่งผลให้เกิดกรอบแนวคิด ความเชื่อ ปรัชญาการทำงาน ในการจัดระบบบริการสุขภาพและเป้าหมายของระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผู้ที่ยึดแนวคิดเสรีนิยมจะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุก ๆ คนและยอมรับเพียงว่า รัฐควรจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานขั้นต่ำ (minimal standard) สำหรับประชาชนเพียงเท่านั้น ส่วนที่เกินจากขั้นพื้นฐานถือเป็นสิทธิและเสรีภาพของแต่ละคนที่จะแสวงหาบริการสุขภาพได้ตามกำลังความสามารถในการซื้อ

ผู้ที่ยึดแนวคิดประโยชน์นิยมจะมีแนวคิดที่มุ่งหวังให้เกิดการได้ประโยชน์ (utilities) หรือการสร้างสวัสดิการโดยรวมของสังคมที่มีระดับสูงสุด

ผู้ที่ยึดแนวคิดความเท่าเทียมจะมีแนวความคิดว่าทุกคนในสังคมควรมีโอกาสที่เท่าเทียมกันทั้งในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ โดยคนทุกคนควรได้รับสวัสดิการการดูแลสุขภาพจากสังคมที่เท่าเทียมกัน นอกจากการเข้าถึงและใช้บริการที่เท่าเทียมกันแล้ว ควรมี

สถานะทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่ใกล้เคียงกันหรือเท่าเทียมกันด้วย

กลุ่มแนวคิดความเท่าเทียมจึงมีความเห็นว่าการกระจายทรัพยากรและบริการเป็นไปตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (distribution according to health need) มิใช่เป็นไปตามกำลังซื้อของประชาชน ในขณะที่การจ่ายเงินเข้าไประบบบริการสุขภาพควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย (financed according to ability to pay)^(๑,๒)

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพเป็นบริการที่ตลาดไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ (market failure) เพราะความไม่สมดุลของข้อมูลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน (unilateral information) แพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพมีความรู้ดีกว่าผู้ป่วย และอาจจะชี้ชวนให้บริโภคสินค้าบริการตามต้องการได้ ดังนั้น นักวิชาการส่วนใหญ่และผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในหลาย ๆ ประเทศโดยเฉพาะประเทศในทวีปยุโรปจึงเลือกที่จะใช้แนวคิดความเท่าเทียม (egalitarian) ในการกำหนดนโยบายและระบบสุขภาพของประเทศมากกว่า^(๓,๔)

ในประเทศไทย แม้ว่าจะยังไม่มีกรอบนโยบายที่ชัดเจนเชิงนโยบาย (policy statements) หรือวิเคราะห์เป้าหมายที่ชัดเจนของการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ แต่พัฒนาการของระบบสุขภาพไทยรวมทั้งการ

ขยายระบบการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้สูงอายุ และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๑๒ ปี ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ทั้งหมดนี้เป็นการประกันสุขภาพของประชาชนโดยรัฐใช้เงินจากภาษีอากรสนับสนุนทั้งหมด ในขณะที่อีกด้านหนึ่งการให้บริษัทประกันภัยเอกชน เป็นผู้บริหาร ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทั้งที่เป็นโครงการภาคบังคับ ได้สะท้อนให้เห็นการต่อสู้ของทั้งสามแนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมในระบบสุขภาพตลอดระยะเวลาพัฒนาการของระบบสาธารณสุขไทยในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา

การที่มาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ได้ระบุให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน^(๔) ผนวกกับกระแสความตื่นตัวในเรื่องความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในสังคมได้ผลักดันให้ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพกลายเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในระดับประเทศและในระดับสากล^(๕,๖) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีข้าราชการประจำระดับสูงเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์ นำเสนอกรอบความคิด และทิศทางหลักของนโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ รวมทั้งผลักดันให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การสำรวจความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ ในทัศนะของผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิด และมีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพของประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคตจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การสำรวจความเห็นของผู้บริหารระดับสูงเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพ นักวิชาการและผู้ที่มีสนใจในการสร้างความ เป็นธรรมในระบบสุขภาพได้เข้าใจจุดยืน กรอบความคิดและการให้ความสำคัญต่อการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นบริบทที่สำคัญในการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของไทยในอนาคต

วิธีการศึกษา

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา โดยการส่งแบบสอบถามประสบการณ์ และความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นธรรมไปยังผู้บริหารระดับ ๙ และ ๑๐ ที่ปฏิบัติงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๗ การเลือกประชากรเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและให้ได้ความคิดเห็นของผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โดยใช้แบบวัดเจตคติให้ระดับคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่าเป็น ๕ ระดับ ตามแบบลิเคอร์ทสเกล (Likert scale) มีค่าระหว่าง ๑-๕ โดยเจตคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการวัดลำดับความสำคัญของนโยบายใช้วิธีการกำหนดลำดับความสำคัญ (Ranking scale) ตั้งแต่ระดับ ๑-๙ เริ่มจากสำคัญที่สุดแล้วลดหลั่นลงมาตามลำดับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

การศึกษาประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูงภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะที่อยู่ในส่วนกลาง) นำเสนอผลการสำรวจความคิดเห็นแบ่งเป็น ๓ ประเด็นสำคัญดังนี้

๑) ด้านความสำคัญ การสัมฤทธิ์ผลของนโยบายและบทบาทของภาคเอกชน

๒) ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพและราย

จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

๓) ความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพและสถานะทางสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป

ผู้บริหารระดับสูงภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น มีจำนวน ๔๕ ราย จากทั้งหมดที่ส่งแบบสอบถามไปจำนวน ๘๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๖ โดยเป็นผู้บริหารระดับ ๑๐ จำนวน ๒๐ ราย ระดับ ๙ จำนวน ๒๒ ราย และ ไม่ระบุระดับ จำนวน ๓ ราย โดยมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมดจำนวน ๓๒ ชุด และแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ๑๓ ชุด ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์จากจำนวนแบบสอบถามทั้ง ๔๕ ชุด ยกเว้นในส่วนของคุณค่าคำถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ทั้งหมด ได้ทำการวิเคราะห์จากเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์เท่านั้น

๑. ความสำคัญ การสัมฤทธิ์ผลของนโยบาย และบทบาทของภาคเอกชน

๑.๑ ความสำคัญของนโยบายด้านสุขภาพและการสัมฤทธิ์ผล ผู้ทำการวิจัยได้นำเสนอประเด็นที่สำคัญ ๙ ประเด็น เพื่อให้ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ให้ความเห็นว่านโยบายเรื่องใดมีความสำคัญมากที่สุดและลดหลั่นลงมาในช่วงระยะเวลาของการปฏิรูประบบสุขภาพ และการสัมฤทธิ์ผลอยู่ในระดับใด

ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับนโยบาย ๓ ลำดับแรก คือ เรื่องความ

เพียงพอของการเงินและการคลังในระบบสุขภาพ คุณภาพของบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า โดยมีผู้ให้ความเห็นว่านโยบายดังกล่าวมีความสำคัญสูงสุดลดหลั่นกันลงมา ถึงร้อยละ ๓๒, ๒๔ และ ๒๔ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงการบรรลุผลของนโยบายด้านต่าง ๆ โดยให้คะแนนการบรรลุผลเป็น ๕ ระดับ (๑ หมายถึงบรรลุผลน้อยที่สุด และ ๕ บรรลุผลสูงสุด) นั้นพบว่า ผู้บริหารระดับสูงเห็นว่านโยบายที่บรรลุผลสูงที่สุดคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้าซึ่งผู้บริหารส่วนใหญ่ได้จัดความสำคัญเป็นอันดับที่ ๓ นั้น มีคะแนนเฉลี่ย ๓.๒๙ รองลงมาคือการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนยากจน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ ๓.๐๔ สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้สิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ สำหรับนโยบายด้านความพอเพียงของการเงินและการคลังในระบบสุขภาพ และคุณภาพของบริการสุขภาพซึ่งผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสำคัญสูงสุดนั้น กลับมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์เพียง ๒.๐๔ และ ๒.๗๖ ตามลำดับ ส่วนนโยบายเกี่ยวกับการเกลี้ยหรือกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพทั้งจากที่มีทรัพยากรหนาแน่นไปยังที่ที่มีทรัพยากรสุขภาพน้อยกว่า และจากชุมชนเขตเมืองไปยังชุมชนชนบทที่ห่างไกล ผู้บริหารระดับสูงมีความเห็นว่ายังไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๙๘ และ ๑.๙๑ ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันผู้บริหารส่วนใหญ่ถึงร้อยละ ๔๐ และ ๓๖ เห็นว่า

ตารางที่ ๑ จำนวน และร้อยละของแบบสอบถามจากการให้ข้อมูลของผู้บริหาร จำแนกตามตำแหน่ง

แบบสอบถาม	ระดับ ๙	ระดับ ๑๐	ไม่ระบุ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ที่สมบูรณ์	๑๖ (๕๐)	๑๕ (๔๗)	๑ (๓)
ที่ไม่สมบูรณ์	๖ (๔๖)	๕ (๓๙)	๒ (๑๕)
รวม	๒๒ (๔๙)	๒๐ (๔๔)	๓ (๗)

นโยบายสองเรื่องนี้มีความสำคัญเป็นลำดับท้ายเช่นกัน (ตารางที่ ๒)

๑.๒ บทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการสุขภาพ

เมื่อถามเกี่ยวกับประเด็นของบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งรวมถึง ร้านขายยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน การแพทย์ทางเลือก และการบริการสุขภาพอื่น ๆ ว่าควรมีบทบาทเพิ่มขึ้นหรือคงเดิม หรือลดลงจากสภาพในปัจจุบันที่ระบบสุขภาพไทยอยู่ในช่วงของการปฏิรูป ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการสุขภาพมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพไทย และควรเพิ่มบทบาทในทุกด้านของการบริการโดยเฉพาะการแพทย์ทางเลือก เห็นว่าควรเพิ่มบทบาทสูงสุดถึงร้อยละ ๔๔ รองลงมาคือบทบาทของโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน และร้าน

ขายยา เห็นว่าควรเพิ่มบทบาท ร้อยละ ๖๘, ๖๔ และ ๔๒ ตามลำดับ

๒. ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพและรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

๒.๑ ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ

เมื่อถามความเห็นผู้บริหารเกี่ยวกับการใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพใหญ่ ๆ ๓ ระบบที่รัฐให้การสนับสนุน คือ สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ และข้าราชการบำนาญ ประกันสังคม และบัตรทอง ๓๐ บาทรักษาทุกโรคว่ารัฐสนับสนุนงบประมาณให้มากเกินไปหรือเหมาะสมดีแล้ว หรือ น้อยเกินไป พบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นว่ารัฐใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพให้กับผู้ที่อยู่ในสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการและประกันสังคม อย่างเหมาะสมพอดีแล้ว

ตารางที่ ๒ ร้อยละของผู้บริหารที่ให้ลำดับความสำคัญของนโยบายด้านสาธารณสุข และค่าเฉลี่ยของการสัมฤทธิ์ผลของแต่ละนโยบาย

นโยบายด้านสาธารณสุข	ลำดับความสำคัญ									ค่าเฉลี่ยสัมฤทธิ์ผล
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	
๑. ความเพียงพอของการเงิน และการคลังในระบบสุขภาพ	๓๒	๑๒	๔	๑๖	๑๖	๘	๔	๔	๔	๒.๐๔
๒. คุณภาพของบริการสุขภาพ	๑๖	๒๘	๑๒	๑๒	๑๖	๑๒	๐	๔	๐	๒.๗๖
๓. การเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้า	๑๒	๒๐	๒๘	๑๖	๑๖	๐	๔	๐	๔	๓.๒๕
๔. การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนยากจน	๒๐	๑๖	๒๔	๑๖	๑๒	๘	๔	๐	๐	๓.๐๔
๕. การลดอัตราตาย	๔	๔	๑๖	๑๒	๑๖	๑๒	๑๒	๐	๒๔	๒.๘๐
๖. การลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสถานะสุขภาพ	๔	๔	๘	๒๐	๘	๒๘	๘	๑๖	๔	๒.๖๔
๗. การควบคุมต้นทุนบริการด้านสุขภาพ	๐	๔	๔	๔	๔	๑๒	๓๖	๑๒	๒๔	๒.๖๒
๘. การเฉลี่ยหรือกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพจากแหล่งที่มีทรัพยากรหนาแน่นมากไปยังที่มีน้อย	๘	๔	๐	๔	๑๒	๘	๒๐	๔๐	๔	๑.๕๘
๙. การเฉลี่ยหรือกระจายทรัพยากรจากชุมชนเมืองไปยังชุมชนชนบทที่ห่างไกล	๔	๘	๔	๐	๐	๑๒	๑๒	๒๔	๓๖	๑.๕๑
รวมร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	

ถึงร้อยละ ๗๓ และ ๗๑ ตามลำดับ ในขณะที่ผู้บริหารร้อยละ ๒๙ ให้ความเห็นว่ารัฐใช้จ่ายในสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการสูงเกินไป สำหรับ โครงการบัตรทอง ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ผู้บริหารร้อยละ ๗๐ เห็นว่า รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายน้อยเกินไป มีเพียงร้อยละ ๗ เท่านั้นที่เห็นว่ารัฐสนับสนุนมากเกินไป และร้อยละ ๑๘ ที่เห็นว่ารัฐสนับสนุนพอดีแล้ว (รูปที่ ๑)

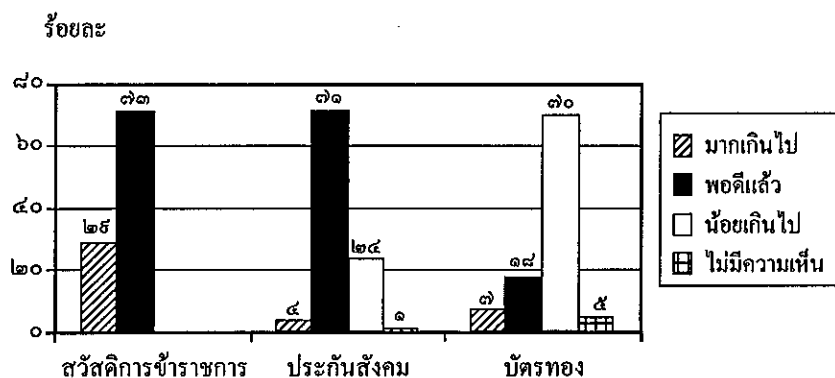
ในประเด็นการใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาคครัวเรือน ได้ทำการแบ่งครัวเรือนออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มครัวเรือนฐานะยากจน ฐานะปานกลางและฐานะร่ำรวย โดยดำเนินการสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารว่า ครัวเรือนแต่ละกลุ่มควรมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างไร ผลการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่ของผู้บริหาร (ร้อยละ ๔๐) มีความเห็นว่า ครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากเกินไป ในขณะที่ร้อยละ ๕๖ เห็นว่า ครัวเรือนที่ฐานะร่ำรวยมีการใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยเกินไป สำหรับครัวเรือนฐานะปานกลาง ผู้บริหารส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๒๔) เห็นว่า ครัวเรือนมีการใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม (รูปที่ ๒)

๒.๒ ความเป็นธรรมด้านรายจ่ายสุขภาพกับความความสามารถในการจ่ายของประชากร

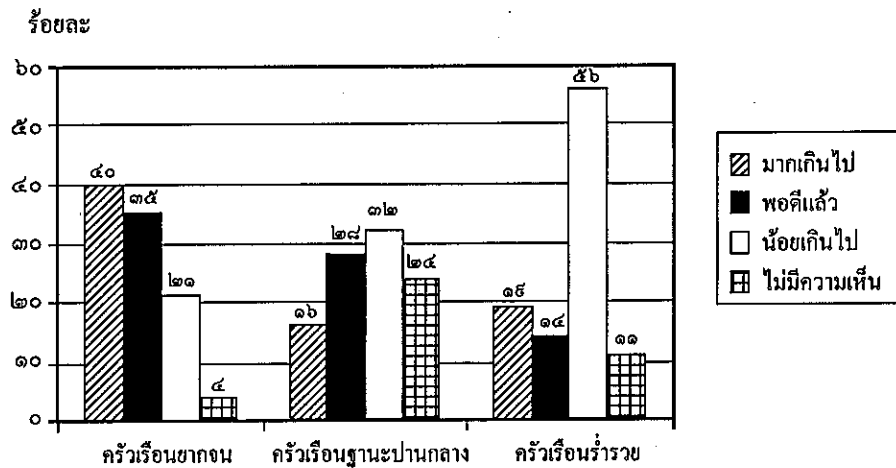
สำหรับความเห็นเกี่ยวกับการใช้จ่ายด้านสุขภาพกับความความสามารถในการจ่าย (ability to pay)

ผู้บริหารส่วนใหญ่ ร้อยละ ๗๐ เห็นว่า คนจนควรจ่ายในสัดส่วนที่น้อยกว่าคนรวย และร้อยละ ๒๔ เห็นว่าทุกคนควรจ่ายในสัดส่วนที่เท่ากันตามความสามารถในการจ่าย มีผู้บริหารร้อยละ ๒ เท่านั้นที่เห็นว่า ในระบบประกันสุขภาพทุกคนควรจ่ายเท่ากันและต้องจ่ายเพิ่มในบริการสุขภาพที่นอกเหนือจากการประกันสุขภาพ ผู้บริหารร้อยละ ๗๕ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับหลักการที่ว่า การจ่ายค่าบริการหรือภาระการคลังสุขภาพควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการเช่นคนที่มีรายได้สูงควรจ่ายมากกว่าคนที่มีรายได้ต่ำ สำหรับการบริการสุขภาพประเภทเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ ๔.๐๗ และร้อยละ ๖๕ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพที่เป็นไปตามระดับผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ เช่นคนที่มีโอกาสใช้บริการมากกว่าก็ควรต้องจ่ายมากกว่าโดยไม่คำนึงถึงว่าจะเป็นผู้มีรายได้อยู่ที่ระดับใด ส่วนในประเด็นการจัดบริการสุขภาพของรัฐ ควรให้ความสำคัญน้อยแก่การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งนี้เพื่อจะได้มีเงินไปจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีต้นทุนต่ำกว่าสำหรับคนจำนวนมากนั้น ผู้บริหารร้อยละ ๔๑ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ตารางที่ ๓)

๒.๓ ความเห็นเกี่ยวกับวิธีการเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพ



รูปที่ ๑ ความคิดเห็นของผู้บริหารในเรื่องความเป็นธรรมของรัฐในการสนับสนุนงบประมาณต่อระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ



รูปที่ ๒ ความคิดเห็นของผู้บริหารในเรื่องความเป็นธรรมของรัฐในการสนับสนุนงบประมาณต่อครัวเรือนประเภทต่าง ๆ

ต่อหลักการที่ว่า ถ้ารัฐบาลต้องการเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพ ผู้บริหารเห็นด้วยหรือไม่กับวิธีการต่าง ๆ ผลการสำรวจพบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยในการจัดเก็บภาษีเฉพาะจากยาสูบและสุรา มาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ (earmarked sin tax) เป็นอันดับแรก โดยมีผู้เห็นด้วยอย่างยิ่งสูงถึงร้อยละ ๖๕ และเห็นด้วยร้อยละ ๒๔ ตามลำดับ รองลงมาคือ ผู้บริหารเห็นว่าควรจัดให้มีการจ่ายเงินสมทบในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยร้อยละ ๔๔ และ ๒๔ ตามลำดับ สำหรับวิธีการที่ ๓ ที่ผู้บริหารเห็นว่าควรดำเนินการในการเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพคือ ควรมีการปรับลดงบประมาณด้านอื่นและเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข โดยมีผู้เห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ ๑๙ และเห็นด้วยร้อยละ ๔๑ และวิธีการถัดมา คือ การเก็บค่าบริการเพิ่มขึ้นจากผู้ใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลรัฐ ในประเด็นการจัดให้มีการจ่ายเงินสมทบในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคมนั้น ผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ ๔๗ และร้อยละ ๒๗ ตามลำดับ สำหรับการเพิ่มงบประมาณจากการกู้เงินภายในหรือภายนอกประเทศนั้นผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ ๔๓ และไม่มีผู้

บริหารท่านใดเห็นด้วยกับวิธีดังกล่าวเลย (ตารางที่ ๔)

ในประเด็นการเพิ่มงบประมาณจากการจัดเก็บภาษีเฉพาะจากยาสูบและสุรา มาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพเป็นการเฉพาะ (Earmarked Sin Tax) นั้น เมื่อถามความคิดเห็นว่า รัฐควรบังคับให้บริษัทบุหรี่จ่ายเงินเพื่อการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ในสถานพยาบาลภาครัฐหรือไม่ มีผู้เห็นด้วยถึงร้อยละ ๗๐ โดยให้ความเห็นว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคและรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างมาก หากมีข้อพิสูจน์ชี้ชัดยืนยันผลควรมีการดำเนินการเป็นตัวอย่าง ในขณะที่เดียวกัน มีผู้บริหารไม่เห็นด้วยร้อยละ ๑๔ โดยให้ความเห็นว่า มีการจัดเก็บเงินเข้ากองทุนสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว ส่วนหนึ่ง ดังนั้น ควรเอาเงินจากกองทุนภาษีบุหรี่ที่มีอยู่มาใช้ก่อน และเห็นว่าเป็นการยุ่งยากเพิ่มภาระให้กับทุกฝ่าย

๒.๔ งบประมาณที่ได้เพิ่มขึ้นควรลงทุนด้านใด

เมื่อรัฐมีงบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแล้ว ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่ารัฐควรให้ความสำคัญกับการลงทุนในสถานพยาบาลระดับต้นในชุมชน ถึงร้อยละ ๖๗ โดยให้ความเห็นว่าเป็นการพัฒนาสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะทำให้สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและมีต้นทุนที่ต่ำ นอกจากนี้

ตารางที่ ๓ ความคิดเห็นของผู้บริหารในเรื่องความเป็นธรรมด้านการใช้จ่ายด้านสุขภาพกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

ความเป็นธรรมด้านการใช้จ่ายด้านสุขภาพ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (๑)	ไม่เห็น ด้วย (๒)	ไม่มี ความเห็น (๓)	เห็น ด้วย (๔)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (๕)	ค่าเฉลี่ย คะแนน (๑-๕)
การจ่ายค่าบริการ หรือภาระด้านการคลังสุขภาพควร เป็นไปตามความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ เช่นคนที่มีรายได้สูงก็ต้องจ่ายมากกว่าคนที่มีรายได้ต่ำ สำหรับการบริการอย่างเดียวกัน	๒๓.๓	๕.๑	๑๓.๖	๒๕.๕	๔๕.๕	๔.๐๗
การจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพที่เป็นไปตามระดับผล ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ เช่นคนที่มีโอกาสใช้บริการ มากกว่าก็ควรต้องจ่ายมากกว่า โดยไม่คำนึงถึงว่า จะเป็นผู้มีรายได้อันอยู่ที่ระดับใด	๒๕.๕	๓๖.๔	๒๐.๕	๖.๘	๖.๘	๒.๒๕
การจัดบริการสุขภาพของรัฐ ควรให้ความสำคัญน้อยแก่ การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อจะได้มีเงินไปจัด บริการที่จำเป็นที่มีต้นทุนต่ำกว่าสำหรับคนจำนวนมาก	๑๓.๖	๒๗.๓	๒๗.๓	๒๒.๗	๕.๑	๒.๘๖

นี้ ยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกัน ผู้บริหารร้อยละ ๑๙ เห็นว่าควรลงทุนในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีความเห็นว่าโรงพยาบาลในชุมชนยังมีจำนวนไม่เพียงพอ และยังขาดคุณภาพในการให้บริการ อีกทั้งการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นการช่วยดึงดูดให้แพทย์ไปทำงานในชนบทด้วย อย่างไรก็ตามผู้บริหารร้อยละ ๕ เห็นว่าควรลงทุนในโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางเพื่อที่จะแข่งขันในระดับนานาชาติ และเพื่อช่วยเหลือดูแลสถานพยาบาลระดับอื่นต่อไป

๓. ความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพและสถานะทางสุขภาพ

๓.๑ ความสำคัญของความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เมื่อสอบถามประเด็นการให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร และการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่า การเข้า

ถึงบริการสุขภาพที่เท่ากัน หมายถึง คนทุกจังหวัดทุกท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้สะดวกเท่าเทียมกันมีความสำคัญมากในระดับสำคัญมากและสำคัญที่สุดถึงร้อยละ ๘๙ และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๗ ประเด็นที่สำคัญรองลงมาคือ ผู้บริหารร้อยละ ๗๙ เห็นว่าประชาชนควรได้ใช้บริการสุขภาพเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะกรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๐ และร้อยละ ๗๐ เห็นว่าท้องถิ่นใดที่มีภาระโรครุนแรงควรได้รับการจัดสรรทรัพยากรมากกว่าพื้นที่ที่มีภาระโรคน้อย (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ ๓.๙๔) ส่วนประเด็นการจัดสรรทรัพยากรทั้งงบประมาณและบุคลากรควรจะเท่ากันทุกจังหวัด ผู้บริหารส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๑ เห็นว่ามีความสำคัญน้อย และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๕๕ (ตารางที่ ๕)

๓.๒ ความเห็นต่อความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพกับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

ในด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้าน

ตารางที่ ๔ ความเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับวิธีการเพิ่มงบประมาณและค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละวิธีการเพิ่มงบประมาณสำหรับการดูแลสุขภาพ

วิธีการจัดเก็บงบประมาณเพิ่ม	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น	ไม่มี	เห็น	เห็นด้วย	ค่าเฉลี่ย
	อย่างยิ่ง	ด้วย	ความเห็น	ด้วย	อย่างยิ่ง	คะแนน
	(๑)	(๒)	(๓)	(๔)	(๕)	
๑. จัดเก็บภาษีเฉพาะจากยาสูบและสุรา	๐.๐	๒.๓	๔.๖	๒๗.๕	๖๕.๑	๔.๕๖
๒. จัดให้มีการจ่ายเงินสมทบในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๕.๓	๒.๓	๑๖.๓	๒๗.๕	๔๔.๒	๓.๕๕
๓. ปรับลดงบประมาณด้านอื่น และเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขมากขึ้น	๗.๑	๑๔.๓	๑๕.๐	๔๐.๕	๑๕.๐	๓.๕๐
๔. เก็บค่าบริการเพิ่มขึ้นจากผู้ใช้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐ	๑๘.๒	๑๕.๕	๑๕.๕	๓๔.๑	๑๕.๕	๓.๕๐
๕. เพิ่มเงินสมทบในระบบประกันสังคม	๑๕.๕	๑๑.๔	๔๐.๕	๒๒.๗	๕.๑	๒.๕๘
๖. ขึ้นภาษีทางอ้อม	๑๕.๖	๓๑.๑	๒๔.๔	๑๗.๘	๑๑.๑	๒.๗๘
๗. จัดให้มีการจ่ายเงินสมทบในระบบสวัสดิการข้าราชการ	๓๒.๖	๑๔.๐	๒๕.๖	๑๘.๖	๕.๓	๒.๕๘
๘. ขึ้นภาษีทางตรง	๑๗.๘	๓๗.๘	๒๐.๐	๒๐.๐	๔.๔	๒.๕๖
๙. กู้เงินจากภายในหรือภายนอกประเทศ	๘๒.๕	๑๒.๕	๕.๐	๐.๐	๐.๐	๑.๒๓

สถานะสุขภาพ กับ ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ผู้บริหารเห็นด้วยกับหลักการที่ว่า ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญเท่ากับความเท่าเทียมกันด้านสถานะสุขภาพถึงร้อยละ ๖๔ รองลงมา ร้อยละ ๕๐ เห็นด้วยว่าการลดความไม่เท่าเทียมกันของการมีรายได้จะช่วยให้ลดความไม่เท่าเทียมด้านสถานะสุขภาพ และผู้บริหารส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ ๗๗ ไม่เห็นด้วยกับคำกล่าวที่ว่า ความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพไม่มีในความเป็นจริง สิ่งเหล่านั้นเป็นเพียงการวิเคราะห์ทางสถิติของนักวิชาการเท่านั้น (ตารางที่ ๖)

๓.๓ การลดช่องว่างเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพ

ปัจจัยต่าง ๆ อาจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของความไม่เสมอภาคด้านสถานะสุขภาพของประชาชน เพื่อลดช่องว่างความเสมอภาคด้านสถานะสุขภาพ จำเป็นต้องจัดการปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว ในประเด็นนี้

ผู้บริหารเห็นด้วยกับการลดช่องว่างระดับชนชั้นทางสังคมมากที่สุด ถึงร้อยละ ๘๑ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑๙ และมีผู้บริหารเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ควรลดช่องว่างของที่อยู่อาศัยตามสภาพภูมิศาสตร์ ซึ่งอาจเป็นผลในประเด็นการเข้าถึงบริการได้ (เช่น บริการเคลื่อนที่หรืออุดหนุนการเดินทางให้เข้าถึงบริการ) ถึงร้อยละ ๖๑ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๖๑ ในขณะที่ช่องว่างทางด้านเชื้อชาติดูเหมือนว่าไม่ใช่ปัจจัยของความไม่เป็นธรรมทางด้านสถานะสุขภาพเท่าใดนัก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพียง ๒.๙๕

๓.๔ การตัดสินใจเลือกระหว่างโครงการที่มีประสิทธิภาพ หรือ โครงการที่ได้ประโยชน์กับคนจน

เมื่อให้ผู้บริหารพิจารณาเลือกโครงการสาธารณสุข ๒ โครงการที่มีต้นทุนเท่ากัน โดยโครงการ A สามารถลดจำนวนการตายจากโรคที่เกิดกับคนที่มีฐานะร่ำรวย ในขณะที่โครงการ B เป็นการลดการตาย

ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทย: ประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ๕ ความสำคัญเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านการกระจายทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ๗ ลักษณะ

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ	สำคัญ น้อยที่สุด (๑)	สำคัญ น้อย (๒)	สำคัญ ปานกลาง (๓)	สำคัญ มาก (๔)	สำคัญ มากที่สุด (๕)	ค่าเฉลี่ย คะแนน (๑-๕)
๑. การเข้าถึงบริการที่เท่ากัน หมายถึง คนทุกจังหวัด ทุกท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข (access to health care) ได้สะดวกเท่าเทียมกัน	๒.๓	๒.๓	๖.๘	๔๓.๒	๔๕.๕	๔.๒๗
๒. คนทุกจังหวัด ทุกท้องถิ่น ได้ใช้บริการสาธารณสุข (health service utilization) ไม่ว่าจะกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เท่าเทียมกัน	๐	๒.๓	๑๘.๒	๓๖.๔	๔๓.๒	๔.๒๐
๓. ท้องถิ่นใดมีภาระโรครุนแรง ควรจะได้รับจัดสรร ทรัพยากรมากกว่าพื้นที่ที่มีภาระโรคน้อยกว่า	๐	๔.๕	๒๕.๐	๓๘.๖	๓๑.๘	๓.๕๘
๔. ไม่ว่าจะยากดีมีจน ต้องมีสถานะสุขภาพ (health status) เท่าเทียมกัน เช่น มารดาที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จะมี อัตราการตายทารก หรืออัตราการตายในเด็ก เท่าเทียมกับมารดา ที่จบระดับปริญญา เป็นต้น	๗	๕	๑๖	๒๓	๔๕	๓.๕๑
๕. ผู้ที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) มากกว่า ควรได้รับบริการมากกว่า ผู้ที่มี health need น้อยกว่า	๔.๕	๕.๑	๓๘.๖	๒๕.๕	๑๘.๒	๓.๔๘
๖. ผู้ที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) มากกว่า ควรสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่า ผู้ที่มี health need น้อยกว่า	๔.๕	๑๕.๕	๒๗.๓	๓๖.๔	๑๕.๕	๓.๔๓
๗. จัดสรรทรัพยากรงบประมาณและบุคลากรเท่ากัน ทุกจังหวัด	๕๕.๑	๓๑.๘	๖.๘	๐	๒.๓	๑.๕๕

จากโรคที่เกิดกับคนที่มีฐานะยากจน แต่มีประสิทธิภาพ
ต่ำกว่าโครงการ A พบว่า ในกรณีโครงการ B มี
ประสิทธิผลเพียงร้อยละ ๙๐ ผู้บริหารเลือกโครงการ B
ที่ช่วยเหลือคนจน ถึงร้อยละ ๙๓ และมีเพียงร้อยละ ๗
เท่านั้นที่เลือกโครงการ A

แต่เมื่อสัมฤทธิ์ผลของโครงการ B ลดลงตาม
ลำดับโดยที่โครงการ A ยังให้ผลตอบแทนสูงเหมือนเดิม
พบว่า ผู้บริหารเลือกโครงการ A เพิ่มขึ้น เป็นสัดส่วน
ผกผันกับประสิทธิผลของโครงการ B ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยที่ประสิทธิผลร้อยละ ๖๐ ของโครงการ B ผู้
บริหารร้อยละ ๔๒ เลือกโครงการ A

ตารางที่ ๗ แสดงการตัดสินใจเลือก (trade off
decision) ระหว่างประสิทธิภาพของโครงการ กับ
อุดมการณ์ของการลงทุนด้านสุขภาพเพื่อช่วยเหลือคน
ยากจน (pro-poor ideology) ผู้บริหารยอมเลือก Pro-
poor ideology มากกว่าประสิทธิภาพถึงขั้นหนึ่งเท่านั้น

ในการตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญของการ
จัดสรรงบประมาณในโครงการต่าง ๆ ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้กำหนดนโยบายฝ่ายการเมือง มีส่วน
อย่างมากในการตัดสินใจ ร้อยละ ๗๔ และ เห็นว่าผู้
กำหนดนโยบายที่เป็นข้าราชการประจำมีส่วนอย่างมาก
ในการตัดสินใจร้อยละ ๕๕ ในขณะที่เดียวกัน ผู้บริหารมี

ตารางที่ ๖ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นธรรม ด้านสถานะสุขภาพ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น	ไม่มี	เห็น	เห็นด้วย	ค่าเฉลี่ย คะแนน
	อย่างยิ่ง (๑)	ด้วย (๒)	ความเห็น (๓)	ด้วย (๔)	อย่างยิ่ง (๕)	
ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพมีความสำคัญเท่ากับ ความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ	๔.๕	๑๑.๔	๑๕.๕	๓๘.๖	๒๕.๕	๓.๘
การลดความไม่เท่าเทียมของการมีรายได้จะช่วยให้ ลดความไม่เท่าเทียมด้านสถานะสุขภาพ	๔.๕	๒๕.๐	๒๐.๕	๓๖.๔	๑๓.๖	๓.๓
ความไม่เท่าเทียมด้านสถานะสุขภาพเกิดจาก ความแตกต่างของวิถีชีวิต (life style)	๑๑.๔	๑๘.๒	๒๐.๕	๔๐.๕	๕.๑	๓.๒
การเพิ่มขนาดของรายจ่ายสุขภาพ โดยที่การกระจาย รายจ่ายสุขภาพเป็นเช่นปัจจุบัน ช่วยลดช่องว่าง ความไม่เท่าเทียมด้านสถานะสุขภาพ	๑๔.๓	๓๑.๐	๒๖.๒	๒๖.๒	๒.๔	๒.๗
การเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพโดยทั่วไป มักขัดแย้งกับการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกัน	๒๕.๐	๒๕.๕	๒๕.๕	๑๓.๖	๒.๓	๒.๔
ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพมีความสำคัญ มากกว่าการความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ	๑๕.๕	๔๗.๗	๑๕.๕	๑๘.๒	๒.๓	๒.๔
ความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพไม่มีในความเป็นจริง สิ่งเหล่านั้นเป็นเพียงการวิเคราะห์ทางสถิติ ของนักวิชาการเท่านั้น	๕๐.๐	๒๗.๓	๑๕.๕	๖.๘	๐.๐	๑.๘

ตารางที่ ๗ ร้อยละของผู้บริหารที่เลือกโครงการ จากผลที่ได้จากโครงการ B ที่เปลี่ยนไป ในระดับต่าง ๆ

โครงการ A จำนวนคนร่ำรวยที่รอดชีวิต	โครงการ B จำนวนคนยากจนที่รอดชีวิต	ร้อยละผู้บริหารเลือก	
		โครงการ A	โครงการ B
๑๐๐%	๕๐%	๗	๕๓
๑๐๐%	๘๐%	๘	๕๒
๑๐๐%	๗๐%	๑๗	๘๓
๑๐๐%	๖๐%	๔๒	๕๘
๑๐๐%	๕๐%	๔๖	๕๔

ตารางที่ ๘ ร้อยละของความเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับผู้มีส่วนในการตัดสินใจจัดสรรงบประมาณในโครงการต่าง ๆ

ผู้มีส่วนในการตัดสินใจ	มีส่วนอย่างมาก	มีส่วนบ้าง	ไม่ต้องมีส่วน
๑. ผู้กำหนดนโยบาย (ฝ่ายการเมือง)	๗๓.๘	๒๓.๘	๒.๔
๒. ผู้กำหนดนโยบาย (ข้าราชการประจำ)	๕๔.๘	๔๕.๒	๐.๐
๓. ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ	๔๕.๒	๕๐.๐	๔.๘
๔. ประชาชนทั่วไป	๒๓.๘	๖๖.๗	๙.๕
๕. แพทย์	๒๑.๔	๖๙.๐	๙.๕

ความเห็นที่ ประชาชนทั่วไปมีส่วนอย่างมากในการตัดสินใจเพียงร้อยละ ๒๔ เท่านั้น (ตารางที่ ๘)

๓.๕ ความเป็นไปได้ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสาธารณสุข

เมื่อสอบถามประเด็นความเป็นไปได้ในการมีส่วนร่วมตัดสินใจของสาธารณสุขตอนนโยบายสุขภาพของรัฐนั้น พบว่า ผู้บริหารร้อยละ ๖๑ เห็นว่าทำได้ ในขณะที่ร้อยละ ๓๒ เห็นว่า ไม่สามารถทำได้ ส่วนความสนใจของผู้กำหนดนโยบาย หรือการพิจารณาความเห็นในมุมมองของสาธารณสุข นั้นผู้บริหารส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๓) เห็นว่า มีความสนใจบ้างเล็กน้อย และสนใจอย่างมากร้อยละ ๓๔ ส่วนที่ไม่เคยสนใจเลยมีร้อยละ ๒ เท่านั้น

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจุดยืนกรอบความคิดและการให้ความสำคัญต่อการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือที่เป็น “แบบสอบถาม” ในการประเมินประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้บริหารระดับสูงที่ปฏิบัติงานในส่วกลางของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีข้อจำกัดบางประการสำหรับการศึกษานี้ ทั้งนี้เนื่องจากการใช้แบบสอบถามปลายปิดสำหรับการศึกษาทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นและประสบการณ์ จะต้องอยู่บนสมมติฐานว่า นักวิจัยและ

ผู้ตอบแบบสอบถามมีกรอบความคิดทางทฤษฎีและการตีความหมายของข้อความในแบบสอบถามที่ใกล้เคียงกัน จึงจะทำให้การออกแบบคำถามและการตอบแบบสอบถามมีความเข้าใจที่ตรงกัน และจะส่งผลให้เกิดความถูกต้องแม่นยำในการแปลผลมากขึ้น^(๗) วิธีการหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในการตอบแบบสอบถามคือ การทดสอบแบบสอบถาม (piloting) เพื่อให้เครื่องมือมีความถูกต้อง (validity) และมีความเชื่อถือได้ (reliability) แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านระยะเวลา ทำให้แบบสอบถามได้รับการทดสอบในกลุ่มนักวิชาการและผู้บริหารระดับสูงจำนวนไม่มากนักก่อนที่จะดำเนินการสำรวจในผู้บริหารกลุ่มเป้าหมาย

อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยได้พยายามออกแบบข้อคำถามด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่ายและมีการขยายความในรายละเอียดเพิ่มเติมสำหรับประโยคหรือข้อคำถามที่คาดว่าจะก่อให้เกิดความสับสนในการตีความ จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเครื่องมือได้พอสมควร อย่างไรก็ตาม การแปลผลในการศึกษาครั้งนี้หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องคำนึงถึงการตีความหรือการสื่อความหมายซึ่งอาจจะไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้บริหารที่ต้องการสื่อออกมาได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของเครื่องมือและความแตกต่างในการตีความหมายของข้อคำถามซึ่งขึ้นอยู่กับกรอบความคิดและประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถามเป็น

ประการสำคัญ

ในประเด็นเรื่องประชากรกลุ่มที่ทำการศึกษานี้ เนื่องจากการศึกษานี้เจาะจงเลือกเฉพาะกลุ่มผู้บริหารระดับ ๙ และระดับ ๑๐ ที่อยู่ในส่วนกลางเป็นประชากรที่ใช้ในการศึกษา จึงอาจทำให้เกิดข้อถกเถียงว่า กลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษามีความครอบคลุมและเป็นกลุ่มที่เหมาะสมหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารระดับ ๙ ในส่วนภูมิภาคก็เป็นกลุ่มผู้บริหารที่มีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ด้วยเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ของคณะผู้วิจัยและการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายสุขภาพพบว่า ที่ผ่านมากลุ่มผู้บริหารที่เป็นนักการเมืองและข้าราชการระดับสูงในส่วนกลางเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าข้าราชการระดับสูงที่อยู่ในส่วนภูมิภาค โดยที่ผู้บริหารระดับสูงมีส่วนร่วมสำคัญในการดำเนินการตามนโยบาย (policy implementation) มากกว่าผู้บริหารส่วนกลาง นอกจากนี้ ในการเลื่อนขั้นและการเข้าสู่ตำแหน่งของผู้บริหารระดับสูงในส่วนกลางนั้น จะเป็นผู้บริหารที่มาจากส่วนภูมิภาคจำนวนหนึ่ง ดังนั้น การเลือกสำรวจเฉพาะผู้บริหารระดับสูงในส่วนกลางจึงมีความเหมาะสมสำหรับการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การขยายการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดและประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูง (ระดับ ๙) ที่ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคอาจจะมีประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของจุดยืนและการให้ความสำคัญของนโยบายในการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของผู้บริหารระดับสูงในอนาคต

ในประเด็นการให้ความสำคัญและสัมฤทธิ์ผลของนโยบายด้านสุขภาพ พบว่าผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญกับความเพียงพอของเงินและการคลังในระบบสุขภาพมากที่สุด ทั้งนี้สาเหตุเนื่องจากการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณให้กับสถานพยาบาล ซึ่งจากเดิมกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลใน

สังกัดเคยได้รับการจัดสรรตามวงเงินงบประมาณในปีที่ผ่านมา (historical incremental budgeting) และกระจายให้กับสถานพยาบาลตามจำนวนเตียงและตามโครงการกิจกรรมต่าง ๆ แต่ภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิธีการจัดสรรงบประมาณได้เปลี่ยนมาเป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายตามรายหัวประชากร (capitation) ที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญา และให้สถานพยาบาลเป็นผู้แบกรับความเสี่ยงทางการเงินในการบริหารงบประมาณ ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวได้ส่งสัญญาณในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและความจำกัดของทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากเสียงสะท้อนและความกังวลในประเด็นนี้ของผู้ให้บริการสุขภาพรวมทั้งผู้บริหารในทุกระดับที่ปรากฏผ่านสื่อสารมวลชนและการประชุมของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสองถึงสามปีของการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระแสดังกล่าวน่าจะมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขในการให้ความสำคัญสูงสุดกับประเด็นความเพียงพอทางการเงินการคลังของระบบสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญ นอกจากนี้ การที่รัฐบาลไม่ได้ดำเนินการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามตัวเลขที่นักวิชาการคำนวณได้ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เป็นต้นมา ทำให้ประเด็นความไม่เพียงพอในด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพเป็นประเด็นที่ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญมากที่สุด และเป็นปัญหาสะสม ดังนั้น จึงให้คะแนนความเพียงพอของเงินและการคลังในระบบสุขภาพมีสัมฤทธิ์ผลที่ค่อนข้างต่ำ ซึ่งความคิดเห็นต่อนโยบายสุขภาพในลักษณะนี้ คือให้ความสำคัญของนโยบายสูงแต่มีสัมฤทธิ์ผลที่ค่อนข้างต่ำเกิดขึ้นกับประเด็น "คุณภาพของบริการสุขภาพ" เช่นเดียวกัน

การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญสูงกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการ

สุขภาพของคนยากจน เป็นการสะท้อนให้เห็นความยอมรับในนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลจากผู้บริหารระดับสูงที่เป็นข้าราชการประจำในกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ เช่น ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการสำรวจความคิดเห็น (poll survey) ของสำนักต่าง ๆ ได้ช่วยให้ผู้บริหารระดับสูงมีความเห็นว่า นโยบายดังกล่าวมีสัมฤทธิ์ผลที่ค่อนข้างสูง ในขณะที่เดียวกัน เป็นที่น่าสนใจว่าประเด็นการกระจายทรัพยากรให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่นั้น ผู้บริหารระดับสูงกลับไม่ให้ความสำคัญและเห็นว่านโยบายดังกล่าวประสบความสำเร็จค่อนข้างต่ำ ทั้ง ๆ ที่เป็นประเด็นข้อเรียกร้องของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ซึ่งในประเด็นนี้ การศึกษาในเชิงคุณภาพน่าจะเป็นวิธีการในการแสวงหาคำตอบว่าเหตุใดผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย

ในด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทภาคเอกชนในการให้บริการสุขภาพ ผู้บริหารระดับสูงเห็นว่าบทบาทของภาคเอกชนมีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และมีความเห็นว่า การแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นกระแสที่ได้รับการยอมรับจากสังคมวงกว้างในปัจจุบันควรได้รับการเพิ่มบทบาทมากที่สุด ในขณะที่บทบาทของร้านขายยาซึ่งยากต่อการควบคุมดูแลนั้น ผู้บริหารเห็นว่าควรมีการเพิ่มบทบาทน้อยที่สุด และมีผู้บริหารส่วนหนึ่ง (ร้อยละ ๑๖) เห็นว่าร้านขายยาควรลดบทบาทลง ดังนั้น ในอนาคต การขยายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นรูปแบบของการนำร้านขายยาเข้ามาเป็นเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขในระดับหนึ่ง

ในประเด็นด้านความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพ เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขมีความคิดเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันว่า รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้กับโครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยเกินไปร้อยละ ๗๐ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม ส่วนใหญ่เห็นว่ารัฐสนับสนุนให้อย่างเพียงพอ มีเพียงร้อยละ ๒๔ ของผู้บริหารเท่านั้นที่เห็นว่าการสนับสนุนของรัฐต่อกองทุนประกันสังคมน้อยเกินไป จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า หากมีการเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่มีการเพิ่มงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะได้รับ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่หากมีการเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่จำกัดทรัพยากรหรือลดการสนับสนุนให้กับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคมก็อาจจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข

ในประเด็นความเป็นธรรมของรายจ่ายด้านสุขภาพกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขมีแนวความคิดด้านความเป็นธรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มนิยมความเท่าเทียม (egalitarianism) ดังจะเห็นได้ว่า ร้อยละ ๗๖ ของผู้บริหารเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง กับหลักการที่ว่า การจ่ายค่าบริการ หรือภาระด้านการคลังสุขภาพควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) กล่าวคือ คนที่มีรายได้สูงควรจ่ายค่าบริการสุขภาพมากกว่าคนที่มียาได้ต่ำกว่าสำหรับบริการสุขภาพเดียวกัน

แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดดังกล่าวยังมีปัญหาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและได้รับการตีความจากนักกฎหมายว่าไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยสำนักงานกฤษฎีกาตีความว่า การจะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคที่นอนห้องพิเศษนอกเหนือจากค่าห้องค่าอาหารพิเศษ ไม่สามารถทำได้ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะมีความสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ที่มีกำลังจ่ายหรือคนรวยมีภาระภาษีสูงกว่าคนจนอยู่แล้ว เนื่องจากภาระภาษีในประเทศไทย มีลักษณะก้าวหน้าเล็กน้อย (slightly progressive)

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่น่าสนใจ ในด้านการ

จัดสรรทรัพยากร ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นกำกับ แต่ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ในการให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ยกตัวอย่างการจัดทำงบประมาณในโครงการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส นั้น กระทรวงสาธารณสุขจัดงบประมาณส่วนใหญ่สำหรับยาต้านไวรัสสูตรที่หนึ่งที่มีราคาต่ำ (GPO Vir) เพื่อครอบคลุมผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงได้ และให้งบประมาณค่อนข้างน้อยต่อการอุดหนุนยาต้านไวรัสสูตรที่สองและที่สาม ซึ่งมีราคาสูงกว่าสูตรที่หนึ่งมาก ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ที่เคยได้ยาด้านมาก่อนมักจะต้องใช้ยาสูตรที่สองและสาม

ด้านแหล่งการคลังสุขภาพ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดเก็บภาษีเฉพาะจากยาสูบและสุรา เนื่องจากเป็นสาเหตุของโรคและการเจ็บป่วยที่รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างมาก ดังนั้น การเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่เก็บภาษีบาป (sin tax) เพิ่มขึ้นจากสินค้าทั้งสองประเภท จะได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ข้อเสนอให้มีการจ่ายเพิ่มเงินสมทบในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเก็บค่าบริการเพิ่มขึ้นในสถานพยาบาลภาครัฐยังเป็นข้อเสนอที่ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขเห็นด้วยค่อนข้างมาก ทั้ง ๆ ที่วิธีการดังกล่าวอาจส่งผลให้ความเป็นธรรมในด้านบริการสุขภาพลดลง นอกจากนี้ หากรัฐบาลมีนโยบายในการปรับลดงบประมาณด้านอื่น ๆ และเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข ก็ จะได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกัน เป็นที่น่าสนใจว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๙๕) ไม่เห็นด้วยหากจะมีการกู้เงินจากภายในหรือภายนอกประเทศเพื่อมาเป็นแหล่งการคลังสุขภาพ

ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่า รัฐควรให้ความสำคัญในการลงทุนกับสถานพยาบาลระดับต้นในชุมชน โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพด้วย

การให้บริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำกว่าและยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมและป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ในด้านความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการได้ใช้บริการสุขภาพมากที่สุด ในขณะที่ความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสุขภาพตามภาระโรคในแต่ละพื้นที่ถูกให้ความสำคัญรองลงมา สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการจัดสรรทรัพยากรงบประมาณและบุคลากรเท่ากันทุกจังหวัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้องเนื่องจากขนาดประชากรแตกต่างกันและภาระโรครวมทั้งการเข้าถึงบริการแตกต่างกัน

ในประเด็นที่เกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพ ผู้บริหารส่วนใหญ่ยอมรับถึงความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพว่ามีอยู่จริง และผู้บริหารให้ความสำคัญกับการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพเท่า ๆ กับการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ นอกจากนี้ ผู้บริหารส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยว่า การลดความไม่เท่าเทียมของการมีรายได้จะช่วยลดความไม่เป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพได้ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมในการกระจายรายได้ของรัฐบาลน่า จะได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีผลกระทบต่อ การสร้างความเป็นธรรมในด้านสถานะทางสุขภาพ

นอกจากนี้ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขยังให้ความสำคัญต่อโครงการที่มีผลต่อคนจน ถึงแม้ว่าจะมี ประสิทธิภาพต่ำกว่าโครงการที่มีผลต่อคนรวยบ้างก็ตาม อย่างไรก็ตาม เมื่อประสิทธิภาพของโครงการต่อคนจนลดต่ำลงเรื่อย ๆ ผู้บริหารก็ตัดสินใจเลือกโครงการที่มี ประสิทธิภาพมากกว่า

ในด้านการกำหนดนโยบายสุขภาพ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขยอมรับว่าผู้กำหนดนโยบายฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำเป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากสำหรับการตัดสินใจในการกระจายงบประมาณ

ในขณะที่ประชาชนยังมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ผู้บริหารส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๑) ยังมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของประชาชนว่าสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านนโยบายสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารระดับสูงที่ปฏิบัติงานใน ส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขที่สละเวลาในการตอบ แบบสอบถามและให้ข้อคิดเห็นจากประสบการณ์ในการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ สำนักวิชาการสาธารณสุข ที่ สนับสนุน ให้คำปรึกษาแนะนำ เลือกตัวอย่างและจัดส่ง แบบสอบถามไปยังผู้บริหารระดับสูง ตลอดจนติดตามเก็บ รวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุน สนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัย ระบบและนโยบายสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบาย สุขภาพระหว่างประเทศมาโดยตลอด จนทำให้การศึกษา ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

เอกสารอ้างอิง

๑. Pannarunothai S. Equity in the Thai Health Care System. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2000.
๒. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP, eds. Handbook of health economics. Amsterdam: North-Holland, 2000: 1803-62.
๓. Hurst JW. The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries. Paris: OECD; 1991.
๔. สภาร่างรัฐธรรมนูญ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ดอกหญ้า; ๒๕๕๐.
๕. UN. UN Millenium Development Goals (MDG). [cited 2005 June 21] Available from : <http://www.un.org/millenniumgoals>.
๖. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Introduction. In: Wirth M, editor. Challenging Inequities in Health. New York: Oxford University Press; 2001. p. 3-11.
๗. Bowling A. Questionnaire design. In: Bowling A, editor. Research Methods in Health: Investigating health and health services. Second ed. Berkshire: Open University Press; 2002.

Abstract **Equity in Thai Health System: Experience of High Executive Administrators in the Ministry of Public Health**

Viroj Tangcharoensathien*, **Kanjana Tisayaticom***, **Phusit Prakongsai***, **Chitpranee Vasavid***, **Walaiporn Patcharanarumol***, **Nitaya Mahapol****, **Auengpha Kong-Eiamtrakul****

*International Health policy Program, Thailand, **Health Technical Office, Ministry of Public Health
Journal of Health Science 2005; 14:436-52.

The Universal Health Care policy has been implemented since 2001, aiming to increase equity in health care service among the Thai population, notwithstanding their financial conditions. Top-level executives of the Ministry of Public Health, in formulating policy and directing the nationwide health care system, play pivotal roles in the prerequisite, situation analysis and synthesis. Aiming at assessing the opinions of the MOPH top - level executives on the Universal Health Care policy, health care reform, equity on health financing and health status, a descriptive study was conducted in February 2003. Self-administered questionnaires were distributed to 80 top-level executives (level 9 and 10) at the headquarter of the ministry and 45 sets were completed yielding a response rate of 56 percent.

It was found that the executives underlined three aspects of the health policy, namely, sufficient health care financing, service quality, and universal access by the poor. The most effective outcomes of the policy was accessibility to health care system. Yet shifting health resources from under - use to over - use areas and from urbans to remote rurals were yet to become more realistic and the development could see to increasing roles of the private sector in many ways. On the issue of equity on health care financing under the health security system, most respondents agreed that the government subsidy was too limited; yet on household health expenditure, the health services were affordable for beneficiaries and earmarking sin tax (tobacco and alcohol) was recommended.

In case the government allocated more budget on health, focus should have been made on investment in primary health care institution on the ground that the development would spur more equity on health accessibility and services at lower cost comparing to those at the secondary and tertiary levels. Refer to equity in term of health status most indicated accessibility to health services, both ambulatory and in-patient cares, as imperative. They agreed on the efforts to minimize gaps on socio-economic status and local health risks. Eventhough they normally valued projects for the poor than those for the rich notwithstanding the efficiency, such trade-off gradually curtailed at a cost of the poor once the efficiency became unacceptable.

Decision making process on budget allocations was influenced more by politicians than bureaucrats yet there were still rooms for more public participation on making public health policy.

Key words: **Equity in healthcare system, high executive administrators, health policy, healthcare financing, health status**