

การวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ของนโยบายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทย

พิเชษฐ พิณทอง*

พลภัทร บุราคม**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยถือเป็นหนึ่งในประเทศผู้นำของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาในการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา บทความวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ของนโยบายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีใน 13 พื้นที่บริการทางสาธารณสุขครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 665 คน และใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) ผลการศึกษาพบว่า สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือ 30 บาทรักษาทุกโรคเอื้อประโยชน์ให้แก่คนจนมากกว่า (pro-poor) อย่างไรก็ดี เป็นที่น่าสนใจว่าทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็นกลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มรายได้สูงและกลุ่มรายได้สูงสุดได้รับประโยชน์ด้วยเช่นเดียวกัน ในขณะที่สิทธิประกันสังคมเอื้อประโยชน์ให้แก่คนรวยมากกว่า (pro-rich) ส่วนสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจนั้นเอื้อประโยชน์ให้แก่คนรวยมากกว่าเช่นกัน สำหรับข้อเสนอแนะรัฐบาลควรที่จะกำหนดการเข้าถึงสิทธิการรักษาให้เฉพาะกลุ่มคนที่มีฐานะยากจนให้ได้รับการรักษาแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายเท่านั้น และขยายระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบซึ่งเป็นแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศมากขึ้น

คำสำคัญ: การวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ นโยบาย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี สิทธิการรักษาพยาบาล

* นักวิชาการอิสระทางด้านรัฐประศาสนศาสตร์

อีเมล: justice_nida2549@hotmail.com

** คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

อีเมล: ponlapat.b@gmail.com

วันที่รับบทความ: 28 มกราคม 2564 วันที่แก้ไขบทความล่าสุด: 1 ตุลาคม 2564 วันที่อนุมัติการตีพิมพ์: 29 ตุลาคม 2564

The Benefit Incidence Analysis of HIV and AIDS Treatment Policy in Thailand

Pichate Pinthong*

Ponlapat Buracom**

Abstract

Thailand has been one of the leading developing countries in providing HIV and AIDS patients access to HIV therapy free of cost treatment. The objective of this research paper was to analyze the benefit incidence of HIV and AIDS treatment policies in Thailand. The quantitative research methodology was used. Data were collected from people receiving HIV antiretroviral therapy in 13 service areas covered all regions of Thailand. The samples were 665 people and stratified sampling was used. The findings revealed that for Universal Health-care Coverage Scheme (UHC) (Gold Card) or 30 baht cures all diseases, the poor were the majority in the advantage (pro-poor). Informatively, it was very interesting to mention that all groups whether the middle income, the high income, and the highest income were also benefited. While the Social Security Scheme (SSS) and government or public enterprise officers were benefited the rich the most (pro-rich). As for the recommendations, governments should only impose access to treatment rights for the poor to receive free treatment and expand the social security right system to cover more informal workers, which is the majority of the country's labor force.

Keywords: Benefit incidence analysis, policy, HIV antiretroviral therapy, healthcare eligibility

* An academician in public administration.

E-mail: justice_nida2549@hotmail.com

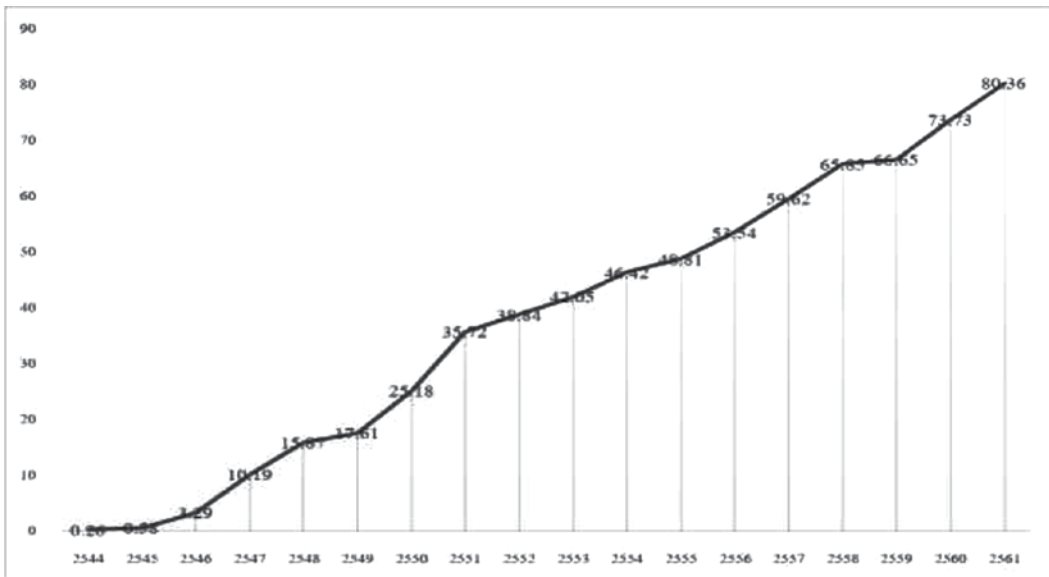
** Graduate School of Public Administration, National Institute of Development Administration (NIDA).

E-mail: ponlapat.b@gmail.com

Received: January 28, B.E.2564. Revised: October 1, B.E.2564. Accepted: October 29, B.E.2564.

บทนำ

ปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญหนึ่งที่ทั่วโลกมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้ถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs) ด้วยเช่นเดียวกัน (UNAIDS, 2018) ประเทศไทยถือเป็นหนึ่งในประเทศผู้นำของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาในการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี เริ่มตั้งแต่การมีโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ (Antiretroviral Therapy: ART) เมื่อปี พ.ศ. 2535 จนมาถึงยุคที่ประเทศไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เองเมื่อปีพ.ศ. 2545 และในระยะต่อมารัฐบาลชุดต่างๆ ก็ได้มีนโยบายได้กำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงการรักษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล จากการให้ความสำคัญของรัฐบาลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้สัดส่วนของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระดับ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1. ร้อยละของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี พ.ศ.2544-2561

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และ UNAIDS (2019)

ในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี รัฐบาลได้จัดสรรรายจ่ายงบประมาณแผ่นดินในด้านเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,928 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2551 เพิ่มขึ้นเป็น 9,267 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2561 (National AIDS Committee, 2018; UNAIDS, 2020) ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากการจัดสรรรายจ่ายสาธารณะนั้น ไม่ได้หมายความว่า ทุกการจัดสรรรายจ่ายผลประโยชน์จะตกกับประชาชนเท่ากันทุกครัวเรือน ไม่ว่าจะมีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจที่ร้ายแรงหรือยากจน ซึ่งในความเป็นจริงนั้นมีการจัดสรรรายจ่ายสาธารณะบางประเภทที่ประโยชน์จะตกกับเพียงครัวเรือนที่ร่ำรวยมากกว่าครัวเรือนที่ยากจน (Buracom, B.E.2558)

ตัวอย่างเช่น การศึกษาของนิพนธ์ พัวพงศกร และคณะ (B.E.2557) ได้ทำการวิจัยการปฏิรูปเศรษฐกิจ เพื่อความเป็นธรรมในสังคม โดยมีการวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์จากโครงการที่สำคัญของรัฐที่มีต่อ ประชาชนกลุ่มเศรษฐกิจฐานะต่าง ๆ พบว่าการประมาณการการกระจายผลประโยชน์จากการใช้จ่ายด้าน สาธารณสุขของรัฐพบแนวโน้มที่กลุ่มที่มีฐานะดีโดยเฉพาะกลุ่ม 20 เปอร์เซนต์บน ได้รับประโยชน์จาก การใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของรัฐมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับ Ponlapat Buracom (2011: 137) พบว่าการจัดสรรรายจ่ายด้านการสาธารณสุขของไทยส่วนใหญ่ตกอยู่กับครัวเรือนที่มีรายได้สูงมากกว่า ครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ (pro-rich) โดยรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขในส่วนของบริการสาธารณสุข จะเอื้อประโยชน์ให้กับครัวเรือนที่ร่ำรวยมากกว่า

ในขณะที่การใช้จ่ายของรัฐบาลนั้น กลุ่มเป้าหมายที่รัฐบาลต้องการให้ได้รับบริการสาธารณะหรือ บริการทางสังคม ก็คือ คนยากจน (Younger, 1999: 310; Buracom, 2016: 268; Estrada, Lee & Park, 2014: 7) เพราะสามารถที่จะลดความไม่เท่าเทียมกันทางรายได้ลงได้ (Estrada, Lee & Park, 2014: 7) อย่างไรก็ตาม ไม่อาจแน่ใจว่าผลประโยชน์จากรายจ่ายสาธารณะที่ใช้จ่ายลงไปในั้น กระจายไปสู่คนจน จริงหรือไม่ (Buracom, 2016: 268; Estrada, Lee & Park, 2014: 7)

ดังนั้น ในการวิเคราะห์ประเด็นข้างต้น ตัวชี้วัดหนึ่งที่ถูกนำมาใช้อู่อสมมาในการวิเคราะห์บทบาท ของรัฐในด้านสาธารณสุข นั่นก็คือ การวัดประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้จ่ายของภาครัฐ หรือที่เรียกว่า การวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ (Benefit Incidence Analysis: BIA) (Demery, 2000: 4) จึงเป็น เครื่องมือที่มีประโยชน์ในการตอบคำถามที่ว่า ใครในกลุ่มประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน ได้รับประโยชน์จากรายจ่ายทางสาธารณสุข (McIntyre & Ataguba, 2011: 175) โดยทำให้ทราบว่า ครัวเรือนในระดับชั้นรายได้ต่าง ๆ ได้รับประโยชน์จากการใช้จ่ายของรัฐบาลมากน้อยเพียงใด (Buracom, B.E.2556) และทำให้ทราบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครัวเรือนที่ยากจนหรือครัวเรือนที่ร่ำรวยได้รับประโยชน์ จากนโยบายดังกล่าวแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ซึ่งการนำแนวคิดการวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ มาวิเคราะห์เพื่อตอบโจทย์ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ของนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่ม ประชากรที่มีระดับรายได้ต่างกันในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2561

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาเฉพาะประเด็นดังต่อไปนี้
ศึกษาเฉพาะประเด็นการกระจายผลประโยชน์ของนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในกลุ่มประชากรที่มีระดับรายได้แตกต่างกัน โดยมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เข้ามาสู่ระบบ

การรักษาหรือลงทะเบียนการรักษาในปี พ.ศ.2561 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นปีที่มีจำนวนผู้ได้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีสูงที่สุดตั้งแต่ที่มีนโยบายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ฟรี และจำนวนของผู้เข้าถึงการรักษาก็เป็นครั้งแรกที่เป็นไปตามนิยามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบถ่วงหน้า หมายถึง ระดับของการรักษาที่ครอบคลุมร้อยละ 80 หรือมากกว่าของผู้มีสิทธิในการรักษาที่ได้เข้าถึงการรักษาและมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาได้โดยไม่จำเป็นต้องครอบคลุมเฉลี่ยถึง 100 เปอร์เซ็นต์ (World Health Organization, 2016: XIII, World Health Organization, 2015: 8)

วิธีการวิจัย

สำหรับวิธีการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) สำหรับการออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบไม่ทดลอง (Non-experimental; Design) ซึ่งเป็นแบบการวิจัยที่นิยมใช้มากที่สุดทางสังคมศาสตร์รวมทั้งทางรัฐประศาสนศาสตร์ (Punyaratabandhu, B.E.2555: 66) ด้วยการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

สำหรับประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรแรกจำนวนทั้งสิ้น 331,397 คน จากฐานข้อมูลบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2561

ส่วนกลุ่มตัวอย่างนั้น ได้มาจากการนำตัวเลขประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีข้างต้นมาทำการคำนวณตามสูตรทาโรยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้ทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 665 ตัวอย่าง/คน กำหนดค่าความคาดเคลื่อนระดับที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.04

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Technics) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เพราะเป็นการเลือกสุ่มตัวอย่างที่คำนึงถึงความน่าจะเป็นของประชากรในการวิจัย (Na Ranong, B.E.2554: 155) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multistage Cluster Sampling) การสุ่มตัวอย่างขั้นตอนแรกใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) เพื่อจัดหน่วยต่างๆ ของประชากรที่มีลักษณะเหมือนกันไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน (Silpcharu, B.E.2555: 59) เป็นการแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นตามภูมิภาคที่เหมือนกันให้อยู่กลุ่มเดียวกัน ขั้นตอนที่สองใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยแบ่งกลุ่มประชากรเป็นรายเขตบริการทางการแพทย์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็น 13 กลุ่ม/เขตหน่วยบริการทางการแพทย์ ขั้นตอนที่สามทำการสุ่มเลือกจังหวัดที่อยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการทางการแพทย์ ทั้ง 13 เขต ๆ ละ 1 จังหวัด ขั้นตอนที่ใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการนำไฟล์ฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีรายชื่ออำเภอต่าง ๆ ว่ามีผู้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอำเภอใดบ้าง จากนั้นทำการสุ่มจากรายชื่อดังกล่าว เลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ ยกเว้นจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดชลบุรี เนื่องจาก

พื้นที่ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมารับบริการยาต้านไวรัสจำนวนน้อยไม่เพียงพอในความเป็นตัวแทน จึงต้องทำการสุ่มเพิ่มคือ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่และอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 15 โรงพยาบาล ขั้นตอนที่ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มจากรายชื่อโรงพยาบาลในอำเภอที่ถูกเลือกสุ่มข้างต้น จากไฟล์ฐานข้อมูลข้างต้น ที่มีจำนวนผู้ที่มีสิทธิการรักษาฟรีจากทั้ง 3 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ กองทุนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม กองทุนข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทำการเลือกสุ่มรายชื่อโรงพยาบาลที่มีผู้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในแต่ละอำเภอ ๆ ละ 1 โรงพยาบาล ซึ่งทุกโรงพยาบาลในแต่ละระดับและประเภทไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล เอกชน อื่นๆ ก็จะถูกเลือกสุ่มอย่างเท่าเทียมกัน แต่ผลจากการสุ่มพบว่า โรงพยาบาลทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลชนแดน อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลปทุมธานี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลโพธาราม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง อำเภอแหลมฉบังและโรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลด่านขุนทด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลเชียงใน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลระโนด อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ขั้นตอนที่ใช้การสุ่มแบบสะดวก (Convenience Sampling) เลือกสุ่มผู้ที่มีรายชื่อยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลตามจำนวนที่กำหนด โดยผู้ที่ทำการเลือกตัวอย่างแบบสะดวกนั้นเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาสาช่วยงานโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีท่านอื่น ๆ

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม ที่ได้มีการพัฒนามาจากการทวนวรรณกรรมต่าง ๆ และมีการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งในด้านความถูกต้องหรือความแม่นยำของเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบไปด้วย ด้านนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 1 ท่าน ด้านการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 1 ท่าน และทางด้านรัฐประศาสนศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item – Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.82 ซึ่งมีความเที่ยงตรงที่สูง และมีการทดสอบความเที่ยง/ความเชื่อถือได้ (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 แสดงว่ามาตรวัดมีความเชื่อถือได้สูง

การทบทวนวรรณกรรม

ทฤษฎีเกี่ยวกับรายจ่ายสาธารณะเป็นหนึ่งในทฤษฎีทางการคลัง ซึ่งให้ความสนใจเรื่องการกระจายผลประโยชน์ของรายจ่ายสาธารณะ มีการตั้งคำถามว่า รัฐบาลควรกระจายผลประโยชน์เช่นใด เพื่อก่อให้เกิดความเป็นธรรม เพื่อให้สังคมได้รับประโยชน์มากที่สุด (Buracom, B.E.2556: 76) โดยมีตัวชี้วัดหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการวัดประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้จ่ายของภาครัฐ หรือที่เรียกว่า การวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ (Benefit Incidence Analysis: BIA) (Demery, 2000: 4) เพื่อวัดขนาดของผลประโยชน์ที่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีรายได้แตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจจากโครงการของรัฐ ซึ่งเป็นเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์การคลัง (Public Finance) หรือที่เรียกว่า เศรษฐศาสตร์ภาครัฐ (Economics of the Public sector) (Na Ranong, Na Ranong & Leksiwilai, B.E.2550: 1)

เนื่องจากการเก็บภาษีของรัฐบาลมักก่อให้เกิดภาระทางภาษี (Tax incidence) ต่อประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน การใช้จ่ายงบประมาณแผ่นดินของรัฐบาลมักเกิดทางบวกต่อประชากรกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วย โครงการของรัฐหรือการใช้จ่ายงบประมาณของรัฐจึงมีโอกาสนในการส่งผลกระทบต่อในเรื่องของการเพิ่มหรือการลดความเหลื่อมล้ำด้วยเช่นเดียวกัน (Poapongsakorn et al., B.E.2557: 539) โดยเฉพาะรายจ่ายสาธารณะในด้านการศึกษา สาธารณสุข พบว่าสามารถที่จะลดความไม่เท่าเทียมกันทางรายได้ลงได้ (Estrada, Lee & Park, 2014: 7)

ดังนั้น ในการวัดประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากงบประมาณของรัฐด้วยการวิเคราะห์ตามระดับชั้นรายได้ที่แตกต่างกันว่าใครได้รับประโยชน์นั้น จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างมาก (Poapongsakorn et al., B.E.2557: 539) โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่รัฐบาลต้องการให้ได้รับบริการสาธารณะหรือบริการทางสังคม ก็คือ คนยากจน (Younger, 1999: 310; Buracom, 2016: 268; Estrada, Lee & Park, 2014: 7) อย่างไรก็ตาม ไม่อาจแน่ใจว่าผลประโยชน์จากรายจ่ายสาธารณะที่ใช้จ่ายลงไปในั้น กระจายไปสู่คนจนจริงหรือไม่ (Buracom, 2016: 268; Estrada, Lee & Park, 2014: 7) หรือไม่อาจแน่ใจว่าผลประโยชน์จากรายจ่ายสาธารณะที่ใช้จ่ายลงไปในั้น กระจายประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อย่างทั่วถึง (Davoodi, Tiongson & Asawanuchit, 2003: 4; Buracom, 2011: 117; Buracom, B.E.2556: 43) การกระจายผลประโยชน์มีลักษณะที่เอื้อประโยชน์ให้แก่คนจนหรือคนรวยมากกว่ากัน (Buracom, B.E.2556: 99) อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์นั้น สามารถวิเคราะห์ได้หลายมิติ เช่น การวิเคราะห์จากตัวงบประมาณ การวิเคราะห์จากสิทธิที่ได้รับ เป็นต้น ดังนั้น ในงานชิ้นนี้จึงได้เลือกการวิเคราะห์จากสิทธิการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันได้รับประโยชน์จากนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี มากน้อยเพียงใด และใครได้รับประโยชน์

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากองค์กรต่าง ๆ เป็นที่เรียบร้อย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบัณฑิตบริหารศาสตร เลขที่ ECNIDA 2019/0029 และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 2/2563

ผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	323	48.6
หญิง	332	49.9
ไม่ตอบ	10	1.5
รวม	655	100

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงเพศของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี จากตารางแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 49.9 แต่สัดส่วนของเพศชายเมื่อเทียบกับเพศหญิงต่างกันเพียงร้อยละ 1.3 หากพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ไม่ว่าจะผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเพศใดก็สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ไม่แตกต่างกัน บ่งชี้ถึงความสำเร็จของการนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยในปัจจุบัน เนื่องจากในหลายประเทศนั้น ยังมีปัญหาที่บางเพศมีการเข้าถึงการรักษามากกว่าอีกบางเพศ เช่น งานของ Tran และคณะ (2016: 10) พบว่าในประเทศเวียดนาม เพศหญิงนั้นมีการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าเพศชาย หรือแม้กระทั่งในประเทศไทยในห้วงเวลาหนึ่งเคยเป็นเช่นนั้น จากงานวิจัยของ Coeur, Collins, Pannetier และ Lelievre (2009) พบว่าในจังหวัดเชียงใหม่ของไทยเมื่อปี พ.ศ.2550 สัดส่วนผู้หญิงมากกว่าร้อยละ 53 ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ชาย ซึ่งเป็นผลการศึกษาที่ไม่คาดคิดสำหรับประเทศที่มีสัดส่วนการติดเชื้อในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
18-24 ปี	29	4.5
25-49	432	65.0
50 ขึ้นไป	184	27.7
ไม่ตอบ	20	2.8
รวม	665	100.0

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 432 คน มีอายุตั้งแต่ 25-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา มีอายุตั้งแต่ 18-24 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับฐานข้อมูล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียนและกินยาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2561/2562) สำหรับช่วงอายุของผู้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้น พบว่า ทุกช่วงอายุสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ เพียงแต่ช่วงอายุตั้งแต่ 25-49 ปี นั้น เป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าช่วงอายุอื่น จึงทำให้มีจำนวน ผู้เข้ารับยาต้านไวรัสในช่วงอายุดังกล่าวสูงตามไปด้วย

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามที่อยู่อาศัยที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี

ที่อยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ
เมือง	117	17.6
นอกเมือง	546	82.1
ไม่ตอบ	2	0.3
รวม	665	100

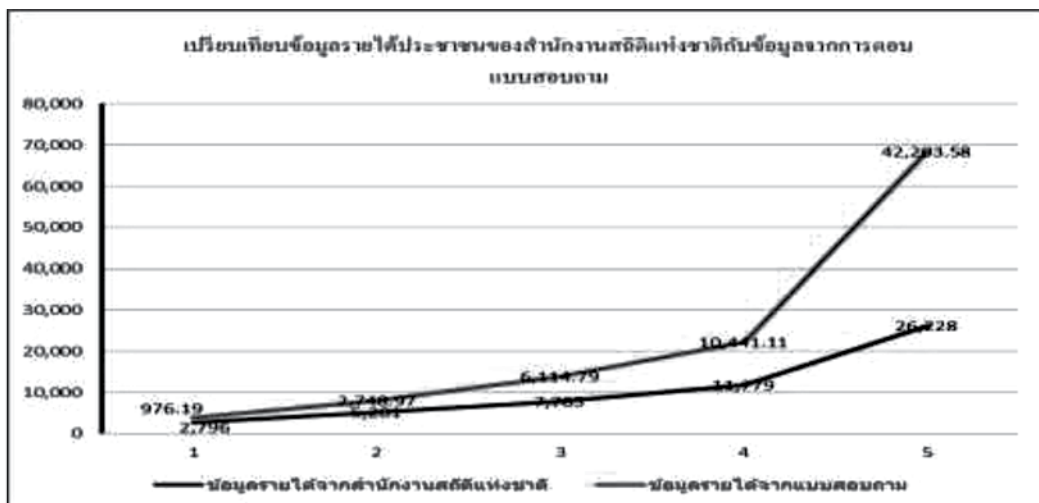
ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี อาศัยอยู่นอกเมือง จำนวน 546 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 รองลงมา เป็นอาศัยอยู่ในเมือง เนื่องจากปัจจุบันยาต้านไวรัสเอชไอวีได้มีการกระจายไปตามโรงพยาบาล ต่าง ๆ ค่อนข้างครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเมืองสามารถได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้อยู่ในเมืองจะได้รับการเข้าถึงน้อยกว่า เนื่องจากผลการวิเคราะห์ ที่เกิดขึ้นอาจผันแปรไปตามพื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง หากต้องการทดสอบว่าพื้นที่เมืองกับนอกเมืองมีผลต่อการเข้าถึงหรือไม่ อาจต้องกำหนดจำนวนพื้นที่การศึกษาระหว่างเมืองกับนอกเมืองให้เท่ากัน จึงจะสามารถเปรียบเทียบได้ชัดเจนขึ้น

เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ สรุปดังนี้

ตารางที่ 4 รายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือนจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี พ.ศ.2562

ชั้นรายได้ กลุ่มละ 20%	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	รายได้เฉลี่ยต่อปี (บาท)
กลุ่มที่ 1 (รายได้ต่ำสุด)	2,796	33,552
กลุ่มที่ 2 (รายได้ต่ำ)	5,201	62,412
กลุ่มที่ 3 (รายได้ปานกลาง)	7,785	93,420
กลุ่มที่ 4 (รายได้สูง)	11,779	141,348
กลุ่มที่ 5 (รายได้สูงสุด)	26,228	314,736
รวม	53,789	645,468

ที่มา: ปรับจากผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี พ.ศ.2562 ในด้านผลการสำรวจรายได้ประจำต่อเดือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562b: 3)



ภาพที่ 2. เปรียบเทียบรายได้ประชาชนต่อเดือนระหว่างข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติกับข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการแบ่งชั้นรายได้ 5 กลุ่มแบบควินไทล์

ที่มา: ปรับจากผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2562 ในด้านผลการสำรวจรายได้ประจำต่อเดือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562b: 3) และข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลปี 2562 ถึง 2563

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงรายได้ของครัวเรือนจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปีพ.ศ. 2562 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562 เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ของครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม (ภาพที่ 2 และตารางที่ 4) พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับรายได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งแต่ละชั้นรายได้ไม่ต่างกันมากนัก แม้ในส่วนของกลุ่มรายได้ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจนั้น เมื่อทำการจัดกลุ่มแล้วโดยภาพรวมจะสูงกว่าข้อมูลจากแบบสอบถามก็ตาม แต่รายได้ของแต่ละกลุ่มเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันก็มีความเหมาะสมกับความเป็นจริง

ตารางที่ 5. รายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างตามระดับรายได้จากแบบสอบถาม

ชั้นรายได้ กลุ่มละ 20%	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	รายได้เฉลี่ยต่อปี (บาท)
กลุ่มที่ 1 (รายได้ต่ำสุด)	976.19	11,714.28571
กลุ่มที่ 2 (รายได้ต่ำ)	2,748.97	32,987.7551
กลุ่มที่ 3 (รายได้ปานกลาง)	6,114.79	73,377.55102
กลุ่มที่ 4 (รายได้สูง)	10,441.11	125,293.3878
กลุ่มที่ 5 (รายได้สูงสุด)	42,203.58	506,443.299
รวม	62,484.64	749,816.2786

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงรายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างตามระดับรายได้ จากแบบสอบถาม จากตารางพบว่า กลุ่มที่ 5 คือกลุ่มคนอยู่ในชั้นรายได้สูงสุดมีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนถึง 506,443.299 บาทต่อปี รองลงมาคือ กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มที่อยู่ในชั้นรายได้สูง ซึ่งรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยอยู่ที่ 125,293.3878 บาทต่อปี จากรายได้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มที่ 1 (รายได้ต่ำสุด) มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ 11,714.28571 บาท ส่วนกลุ่มที่ 2 (รายได้ต่ำ) มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ 32,987.7551 บาท ซึ่งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ถือว่าอยู่ในกลุ่มคนที่มีฐานะยากจน สำหรับความหมายของความยากจน หากนำ การแบ่งเส้นความยากจน (Poverty line) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติมาทำเป็นเกณฑ์การจัดแบ่งกลุ่ม พบว่า เส้นความยากจนปี พ.ศ.2561 โดยเฉลี่ยทั่วราชอาณาจักร ประชาชนมีรายได้อยู่ที่ 2,710 บาทต่อเดือน หรือ 32,520 บาทต่อปี ซึ่งกลุ่มที่ 2 พ้นเส้นความยากจนเพียง 467.7551 บาทเท่านั้น แม้อาจพ้นเส้นความยากจน แต่หากพิจารณาจากรายได้ที่ทำให้พ้นเส้นความยากจนอาจยังถือว่า ยากจนอยู่ ซึ่งน่าจะสอดคล้องกับข้อเท็จจริงมากกว่า

เมื่อนำข้อมูลรายได้ทั้ง 5 ชั้นมาทำการจัดกลุ่มใหม่ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ที่เข้าถึง ยาด่านไวรัสเอชไอวีที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนและผู้ที่รายได้สูงกว่าเส้นความยากจนได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจดังนี้

ตารางที่ 6. การกระจายผลประโยชน์ของผู้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีแบ่งตามเส้นความยากจน

รายได้ของผู้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อปี	ร้อยละ
รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน	31.00
รายได้สูงกว่าเส้นความยากจน	69.00
รวม	100.00

หมายเหตุ: การแบ่งเส้นความยากจนใช้เกณฑ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำหรับปี 2561 เส้นความยากจนอยู่ที่ 32,520 บาท/คน/ปี และในปี 2562 เส้นความยากจนอยู่ที่ 33,156 บาท/คน/ปี)

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นถึงการกระจายผลประโยชน์ของผู้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีแบ่งตามเส้นความยากจน จากตารางพบว่า การกระจายผลประโยชน์ของผู้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีต่ำกว่าเส้นความยากจนร้อยละ 31 ในขณะที่ผู้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีมีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจนถึงร้อยละ 69

ตารางที่ 7. ร้อยละของการกระจายผลประโยชน์ในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ชั้นรายได้ กลุ่มละ 20%	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือ 30 บาท รักษาทุกโรค	สิทธิประกันสังคม	สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
กลุ่มที่ 1 (รายได้ต่ำสุด)	79.20	17.82	2.98
กลุ่มที่ 2 (รายได้ต่ำ)	79.00	18.0	3.0
กลุ่มที่ 3 (รายได้ปานกลาง)	88.50	9.20	2.30
กลุ่มที่ 4 (รายได้สูง)	71.58	25.26	3.16
กลุ่มที่ 5 (รายได้สูงสุด)	58.94	41.06	0.0

ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นถึงการกระจายผลประโยชน์ในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล จากตารางพบว่า ร้อยละของการกระจายผลประโยชน์ในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจำแนกจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มที่ 1 (รายได้ต่ำสุด) และกลุ่มที่ 2 (รายได้ต่ำ) หรือกลุ่มคนยากจนได้เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นส่วนใหญ่หรือกล่าวอีกนัยยะหนึ่งว่าเอื้อประโยชน์ให้แก่คนยากจน (pro-poor) แต่เมื่อพิจารณารายชั้นพบว่า กลุ่มที่ 3 (รายได้ปานกลาง) ได้รับประโยชน์มากกว่าทุกชั้นรายได้ โดยได้รับประโยชน์จากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือ 30 บาทรักษาทุกโรคถึงร้อยละ 88.50 ในขณะที่กลุ่มชั้นรายได้กลุ่มที่ 4 (รายได้สูง) ก็ได้รับประโยชน์จากสิทธิการรักษาดังกล่าวแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 (รายได้ต่ำสุด) และกลุ่มที่ 2 (รายได้ต่ำ) เพียง

ร้อยละ 7-7.15 เป็นที่น่าสังเกตว่า สำหรับสิทธิประกันสังคม กลุ่มชั้นรายได้กลุ่มที่ 4 (รายได้สูง) และกลุ่มที่ 5 (รายได้สูงสุด) ได้รับประโยชน์จากสิทธิประกันสังคมสูงสุดถึงร้อยละ 25.26 และร้อยละ 41.06 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า สิทธิประกันสังคมประโยชน์จะตกกับกลุ่มที่ร่ำรวย (pro-rich) ส่วนสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ก็ยังคงเอื้อประโยชน์ให้แก่คนรวยมากกว่าเช่นกัน

ตารางที่ 8. ร้อยละของการกระจายผลประโยชน์ในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจำแนกภูมิภาคของประเทศไทย

ภูมิภาค	ร้อยละของการกระจายผลประโยชน์
ภาคเหนือ	16.53
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19.95
ภาคตะวันตก	5.14
ภาคตะวันออก	8.63
ภาคกลาง	20.18
ภาคใต้	14.07

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นถึงการกระจายผลประโยชน์ในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจำแนกภูมิภาคของประเทศไทย จากตารางพบว่า ร้อยละของการกระจายผลประโยชน์ในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจำแนกภูมิภาคพบว่า ภาคกลางได้รับประโยชน์มากที่สุดถึงร้อยละ 20.18 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 19.95 ในขณะที่ภูมิภาคที่ได้รับประโยชน์น้อยที่สุดคือ ภาคตะวันตก เพียงร้อยละ 5.14

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยมีนโยบายทางสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยหลังจากที่มีการให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 ส่งผลให้งบประมาณแผ่นดินในด้านเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,928 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2551 เพิ่มขึ้นเป็น 9,267 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2561 (National AIDS Committee, 2018; UNAIDS, 2020) งบประมาณส่วนใหญ่ที่ได้รับการจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายด้านการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 90 ของงบประมาณการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด ผลที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะดังกล่าวส่งผลให้ผู้มีชีวิตร่วมอยู่กับเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงการรักษาการมากขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 17.61 เมื่อปี พ.ศ.2549 เพิ่มขึ้นเป็นถึงร้อยละ 80.36 ในปี พ.ศ.2561 จนได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่กลายเป็นผู้นำสำคัญที่ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี

เมื่อนำกรอบการวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ (Benefit Incidence Analysis: BIA) มาทำการศึกษานโยบายการเข้าถึงการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้ได้ข้อค้นพบประเด็นที่น่าสนใจอย่างมากพบว่า ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือชายก็สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ไม่แตกต่างกันซึ่งแตกต่างจากบางประเทศที่บางเพศจะเข้าถึงมากกว่า ในขณะที่อายุแม้จะมีช่วงอายุที่แตกต่างกันก็ตาม กลับไม่ได้ทำให้มีการเข้าถึงที่แตกต่างกันอีกด้วย ความน่าสนใจประการสำคัญก็คือ ผู้ได้รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน (Poverty line)

เมื่อวิเคราะห์ระบบสวัสดิการทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทยที่แบ่งออกได้ 3 สิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบว่าคนยากจน (กลุ่มชั้นรายได้ที่ 1 และกลุ่มชั้นรายได้ที่ 2) ได้รับประโยชน์จากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นส่วนใหญ่ซึ่งสิทธิการรักษาดังกล่าวนี้ เอื้อประโยชน์ให้แก่คนยากจน (pro-poor) มากกว่าคนร่ำรวย ซึ่งตรงกับกลุ่มเป้าหมายของการใช้จ่ายงบประมาณที่รัฐบาลต้องการให้ได้รับบริการสาธารณะหรือบริการทางสังคม ก็คือ คนยากจน (Younger, 1999: 310; Buracom, 2016: 268; Estrada, Lee & Park, 2014: 7) เพราะสามารถที่จะลดความไม่เท่าเทียมกันทางรายได้ลงได้ (Estrada, Lee & Park, 2014: 7) การที่ประเทศไทยมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าถึงการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา โดยเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค ได้ส่งผลให้คนยากจนที่แทบไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลได้เข้าถึงการรักษามากขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด จากเดิมที่เคยต้องมียาใช้จ่ายในการรักษาต่าง ๆ โดยเฉพาะค่ายาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งถือว่าสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับฐานะทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ก่อนหน้ามีนโยบายดังกล่าวมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวนมาก อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่าทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็นกลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มรายได้สูงและก็รายได้สูงสุดต่างก็ได้รับประโยชน์ด้วยเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะชนชั้นปานกลาง (กลุ่มชั้นรายได้ที่ 3) ได้รับประโยชน์มากกว่าทุกชั้นรายได้ ส่วนสิทธิประกันสังคม กลุ่มคนรวย (กลุ่มชั้นรายได้กลุ่มที่ 4 (รายได้สูง) และกลุ่มที่ 5 (รายได้สูงสุด)) ได้รับประโยชน์จากสิทธิประกันสังคมสูงสุดจากการกระจายผลประโยชน์ของนโยบายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งสิทธิประกันสังคมเป็นระบบสวัสดิการทางด้านสาธารณสุขที่เอื้อประโยชน์ให้แก่คนร่ำรวยมากกว่าคนยากจน (pro-rich) ส่วนสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจก็ยังคงเอื้อประโยชน์ให้แก่คนรวยมากกว่าเช่นกัน แต่คนยากจนและรายได้ปานกลางก็ได้รับประโยชน์ด้วย เมื่อมีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจในการรักษาพยาบาล ในขณะที่ภูมิภาคที่ได้รับการกระจายผลประโยชน์มากที่สุดจากนโยบายดังกล่าว คือ ภาคกลาง รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมเนื่องจากทั้งสองภาคนั้นมีประชากรจำนวนมากที่สุดของประเทศไทย รวมถึงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียนรับยาต้านไวรัสเอชไอวีก็มีจำนวนสอดคล้องกับประชากรด้วยเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

สำหรับข้อเสนอแนะมีดังนี้

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

ควรที่จะศึกษาการกระจายผลประโยชน์ของนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ติดเชื้อที่อาศัยอยู่ในเมืองและอยู่ในชนบททั้ง 13 เขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีต่างกันหรือไม่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากในอนาคตอาจมีโรคใหม่ ๆ เกิดขึ้นและสังคมไทยก็มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น การที่คนรวยและคนยากจนสามารถเข้ามาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เท่ากัน อาจมีผลต่องบประมาณที่เพิ่มขึ้นซึ่งเงินอาจมีไม่เพียงพอในการสนับสนุน ดังนั้น รัฐบาลจะต้องกำหนดให้เฉพาะคนยากจนเท่านั้นที่ควรได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายมุ่งไปยังคนยากจนด้วยการแยกคนรวยกับคนจนออกจากกัน และจัดสรรไปที่คนจนโดยเฉพาะ เพราะจากผลการศึกษาพบว่า มีทั้งคนที่มีฐานะปานกลางและร่ำรวยต่างก็ได้รับประโยชน์จากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมุ่งกลุ่มเป้าหมายของการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายด้านยาต้านไวรัสเอชไอวีเฉพาะกลุ่มคนยากจนเท่านั้น นอกจากช่วยลดปัญหาเรื่องของความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมแล้ว ยังเป็นการประหยัดงบประมาณของภาครัฐอีกทางหนึ่งด้วย (Buracom, B.E.2556: 330-331) ข้อดีก็คือ ลดภาระของรัฐบาลในการให้การสนับสนุนเงินงบประมาณลง จากที่ต้องให้การสนับสนุนกับประชาชนทุกฐานะทางเศรษฐกิจเท่ากัน เปลี่ยนเป็นรัฐบาลจะจัดสรรให้เฉพาะคนยากจนเท่านั้น ส่วนคนรวยรัฐบาลควรกำหนดให้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง หากพิจารณาจากค่าใช้จ่ายต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 คนต่อปีในปี 2561 พบว่ารัฐบาลมีการจัดสรรงบประมาณต่อหัวถึง 18,446 บาท (National AIDS Committee, 2018; UNAIDS, 2020) ซึ่งหากลดกลุ่มคนที่มีความสามารถในการจ่ายให้จ่ายค่ารักษาเองได้ ก็จะทำให้ประหยัดงบประมาณหรือสามารถนำไปวิจัยเพื่อพัฒนายาต้านไวรัสให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น ส่วนข้อเสีย หากรัฐบาลกำหนดให้เฉพาะกลุ่มคนยากจน อาจมีความเสี่ยงต่อการนำขึ้นสู่การเรียกร้องหรือฟ้องร้องต่อศาลหรือกรรมการสิทธิมนุษยชน คนที่มีฐานะร่ำรวยอาจอ้างว่า การกำหนดให้เฉพาะคนยากจนได้รับสิทธิบัตรทองเป็นการขัดต่อรัฐธรรมนูญ เพราะการเข้าถึงการรักษาเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดหาให้ประชาชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ในส่วนของสิทธิประกันสังคมผลประโยชน์โดยเฉลี่ยจะตกอยู่กับคนที่ไม่ได้มีฐานะยากจน แสดงว่า คนที่ทำงานในระบบแรงงาน (Formal Workers) จะเข้าถึงมากกว่าคนที่ทำงานนอกระบบ (Informal Workers) อย่างไรก็ตาม แรงงานส่วนใหญ่ของประเทศร้อยละ 54.3 เป็นแรงงานนอกระบบ แยกเป็นทำงานอยู่ในภาคการเกษตรกรรมร้อยละ 56.4 ทำงานในภาคบริการและการค้าร้อยละ 33.1 และภาคการผลิตร้อยละ 10.5 เป็นแรงงานที่ไม่ได้มีหลักประกันทางสังคม (National Statistical Office, B.E.2562a: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร) ซึ่งอาจยังไม่ได้เข้าถึงสิทธิประกันสังคม เพราะฉะนั้น รัฐบาลจึงต้องขยายระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบให้เพิ่มมากขึ้น ผลที่เกิดขึ้นตามมาคือ ภาระที่รัฐบาลจะสนับสนุนงบประมาณเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองก็จะลดลงด้วย

References

- Buracom, P. (2011). Determinants and distribution effects of public education, health and welfare spending in Thailand. *Asian Affairs: An American Review*, 38(3), 113-142.
- _____. (2016). The distributional effects of social spending in Thailand: Evidence from a new database. *Asia Politics & Policy*, 8(2), 263-279.
- _____. (B.E.2558). *Public Spending Allocative Efficiency and International Experiences*. Bangkok: D. K. Printing World.
- _____. (B.E.2556). *The Determinants and Distributional Effects of Public Spending in Thailand*. Bangkok: D. K. Printing World.
- Coer, S. L., Collins, I. J., Pannetier, J., & Lelievre, E. (2009). Gender and access to HIV testing and antiretroviral treatments in Thailand: Why do women have more and earlier access? *Social Science & Medicine*, 69(6), 846-853.
- Davoodi, H. R., Tiongson, E. R., & Asawanuchit, S. S. (2003). How Useful are Benefit Incidence Analysis of Public Education and Health Spending? International Monetary Fund.
- Demery, L. (2000). *Benefit Incidence: A Practitioner's Guide*. The World Bank.
- Estrada, G., Lee, S. H., & Park, D. (2014). *Fiscal Policy for Inclusive Growth: An Overview*. ADB Economics Working Paper Series NO.423/2014. Manila: Asian Development Bank.
- McIntyre, D., & Ataguba, J. E. (2011). How to do (or not to do) ... a benefit Incidence analysis. *Health Policy and Planning*, 26(2), 174-182.
- Na Ranong, A. (B.E.2554). *Rabiab Witi Wichai*. Bangkok: Saeng Sawang World Press.
- Na Ranong, W., & Leksiwilai, A. (B.E.2550). *Naewtang Lae Tangluank Nai Khan Sang Tuebab Sumrum Khan Wikor Ponpayot Ti Prachachon Dai Rub (Benefit Incidence Analysis) Chak Ngen Aud Nud Khong Pakrat Nai Krong Khan Rakprakan Sukkapap*. Bangkok: TDRI.
- National AIDS Committee. (2018). *Thailand Ending AIDS 2018*. Bangkok: National AIDS Management Center, Department of Disease Control, Ministry of Public Health of Thailand.
- National Statistical Office. (B.E.2562a). *Sarub Pon Ti Sumkan Khan Sumrued Rang Ngang Nok Rabob B.E.2562*. Bangkok: National Statistical Office.
- _____. (B.E.2562b). *Ponkhansumruad Pawa Settakit Lae Sangkom Klong Kruarean Pi 2562 Nai Dan Pon Khan Sumrud Raidai Prachum Tor Duan*. Bangkok: National Statistical Office.
- Poapongsakorn, N. (B.E.2557). *Economic Reform and Social Equity*. Bangkok: TDRI.

- Punyaratabandhu, S. (B.E.2555). Rabiab Witi Wichai Subrub Rattapasasanasat. Bangkok: Sematham.
- Silpcharu, T. (B.E.2555). Khan Wichai Lae Wikro Kromun Tang Satiti Dueng SPSS Lae AMOS. Bangkok: S. R. Printing Massproducts Company.
- Tran, B. X. et al. (2016). The impact of socioeconomic inequality on access, adherence, and outcomes of antiretroviral treatment service for people living with HIV/AIDS in Vietnam. PLoS One, 11(12).
- UNAIDS. (2018). The Aids Response the 2030 Agenda for Sustainable Development: Joint Work, Shared Gains. Retrieved December 4, 2018 from http://www.unaids.org/en/AIDS_SDGs.
- _____. (2019). Country Factsheets Thailand 2019. Retrieved January 8, 2020 from <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>.
- _____. (2020). Thailand-Country Report HIV Budgets. Retrieved from <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>.
- World Health Organization. (2015). Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-exposure Prophylaxis for HIV. Switzerland: World Health Organization.
- _____. (2016). Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection. Retrieved August 29, 2020 from <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>.
- Yamane, T. (1973). Statistics: An Introduction Analysis. New York: Joana Cotler Books.
- Younger, S. D. (1999). The relative progressivity of social services in Ecuador. Public Finance Review, 27(May), 310-352.