

**ผลกระทบของโครงการ 30 บาทฯ
และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ
ประชาชน**

ISSN 0859-0036

รายงานที่ตีอาร์ไอ ฉบับที่ 41

เรื่อง ผลกระทบของโครงการ 30 บาท และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน
เดือนธันวาคม 2549

พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนธันวาคม 2549

จำนวน 700 เล่ม

(สงวนลิขสิทธิ์)

ลิขสิทธิ์เป็นของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

เลขที่ 565 ซอยรามคำแหง 39 เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ (02) 718-5460

โทรสาร (02) 718-5461-62

Internet: <http://www.info.tdri.or.th>

Email: publications@tdri.or.th

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้เผยแพร่ “รายงานที่ตีอาร์ไอ” (มีชื่อเดิมว่า “สมุดปกขาวที่ตีอาร์ไอ”) มาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2536 โดยคัดสรรกลั่นกรองงานวิจัยต่างๆ มานำเสนออย่างเรียบง่ายเพื่อจุดประกายให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์

“รายงานที่ตีอาร์ไอ” มีโอกาสรับใช้สังคมไทยเป็นระยะๆ แบบรายสะดวก อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็วและซับซ้อนขึ้น “รายงานที่ตีอาร์ไอ” จึงจะมาพบกับผู้อ่านเป็นรายเดือนด้วยรูปเล่มกะทัดรัดซึ่งห่อหุ้มเนื้อหาที่แน่นกระชับ และยังคงนำเสนอเรื่องราวต่างๆ อย่างเรียบง่ายแบบเป็นมิตรต่อความสนใจใคร่รู้ของผู้อ่านทั่วไป

นอกจากนี้ จะมีการนำงานวิจัยจำนวนหนึ่งซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวเนื่องกันมาจัดทำเป็น “รายงานที่ตีอาร์ไอ ฉบับพิเศษ” เป็นครั้งคราวด้วย

ผลกระทบของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน*

บทนำ

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลกระทบในระยะแรกของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค และผลของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน และผลที่มีต่อการลดความยากจน โดยเปรียบเทียบสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนต้องรับภาระในปัจจุบันกับในอดีต และเปรียบเทียบจำนวนคนจนที่เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในปัจจุบันกับในอดีต ทั้งนี้ การลดค่าใช้จ่ายของประชาชนให้ลงมาอยู่ในระดับที่ไม่มีผลกระทบรุนแรงถือเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

* สรุปและปรับปรุงจากงานวิจัยเรื่อง “ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน” โดย ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง ผู้เชี่ยวชาญอาวุโส ฝ่ายการวิจัยแผนงานเศรษฐกิจรายสาขา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย รศ.ดร.อัญชญา ณ ระนอง รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และศศิวิทย์ วงศ์มณฑา อดีตนักวิจัย ฝ่ายการวิจัยแผนงานเศรษฐกิจรายสาขา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47) ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ความเห็นต่างๆ ที่เสนอในรายงานฉบับนี้เป็นความเห็นของคณะผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องเหมือนกับความเห็นของหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานที่ให้ทุนอุดหนุนโครงการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครัวเรือนต่อรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน ภายใต้ข้อสมมติว่าบริการด้านการรักษาพยาบาล (และยา) เป็น "สินค้าปกติ" (ตามนิยามของ normal หรือ superior goods ในทางเศรษฐศาสตร์) ที่อุปสงค์ของการบริโภคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (ซึ่งสะท้อนโดยรายได้รวมหรือรายจ่ายรวมของครัวเรือน)¹ ในลักษณะที่ทำให้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนต่อรายได้หรือรายจ่ายมีค่าค่อนข้างคงที่ในช่วงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการแทรกแซงของรัฐอย่างขนานใหญ่ ตัวอย่างเช่น ถ้าโดยเฉลี่ยแล้วครัวเรือนเคยมีรายได้ 100,000 บาทต่อปี และมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณ 5,000 บาท เมื่อรายได้ของครัวเรือนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (เป็น 110,000 บาทต่อปี) และไม่มี การเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นที่สำคัญแล้ว เราก็จะคาดว่าครัวเรือนจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 เช่นกัน (เป็น 5,500 บาท) เป็นต้น

ข้อสมมตินี้ค่อนข้างสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศไทยและอีกหลายประเทศ ซึ่งมักมีสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) (ซึ่งถือได้ว่าเป็นรายได้รวมของประเทศ) ค่อนข้างคงที่ ทั้งนี้ เรามักจะพบว่าในประเทศที่สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศมีการเปลี่ยนแปลงไปมากนั้น มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างหรือนโยบายของรัฐบาลในช่วงนั้นๆ

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลหลักของการศึกษานี้ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และใช้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเช่นกัน

การเปรียบเทียบข้อมูลในช่วงก่อนและหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทฯ สามารถนำมาวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทฯ ที่มีต่อประชาชนในภาพรวมได้ระดับหนึ่ง

¹ เพราะในระยะยาวแล้ว ครัวเรือนจะต้องพยายามบริหารให้มีรายจ่ายรวมไม่เกินรายได้รวมของตน

แต่ไม่สามารถวัดผลกระทบของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมดได้ เนื่องจากก่อนหน้าที่จะมีโครงการ 30 บาทฯ ก็มีโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ ซึ่งโดยหลักการแล้ว ครอบคลุมประชากรประมาณสองในสามของประเทศอยู่แล้ว (เช่น โครงการสวัสดิการข้าราชการ โครงการประกันสังคม โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล หรือ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท)² นอกจากนี้ การเจ็บป่วยในแต่ละปีก็มีส่วนที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะการระบาดของโรคติดต่อ รวมถึงจำนวนตัวอย่างที่ใช้สำรวจในบางปีมีความแตกต่างจากปีอื่นๆ เป็นอย่างมาก

วิธีการและผลการศึกษา

1. ผลของโครงการ 30 บาทฯ ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

การศึกษาโดยใช้วิธีเปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมระหว่างปี 2542-2547 (ยกเว้นปี 2546 ซึ่งไม่มีการสำรวจ) พบว่า

1.1 สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้ของครัวเรือนลดลงจากที่เคยค่อนข้างคงที่ คือร้อยละ 2.14-2.17 ในระหว่างปี 2542 ถึง 2544 มาเป็นร้อยละ 1.84 ในปี 2545 ซึ่งเป็นปีที่โครงการ 30 บาทฯ ครอบคลุมทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครซึ่งเริ่มโครงการนี้ในเดือนเมษายน 2545) หรือลดลงประมาณร้อยละ 0.32 ของรายได้ของครัวเรือนหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทฯ ในอีกสองปีถัดมา คือปี 2547 สัดส่วนนี้ก็ยังคงอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับในปี 2545³

1.2 สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือนลดลงจากร้อยละ 2.66-2.67 ในระหว่างปี 2542-2543 เหลือร้อยละ 2.32 ในปี 2545 หรือลดลงประมาณร้อยละ 0.35 ของรายจ่ายของครัวเรือนหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทฯ ในอีกสองปีถัดมา คือปี 2547 สัดส่วนนี้ลดลงอีกเล็กน้อย (เหลือร้อยละ 2.13)

การคำนวณยอดค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนสามารถประหยัดได้จากการมีโครงการ 30 บาทฯ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในปี 2545 (ซึ่งเป็นปีแรกที่โครงการ 30 บาทฯ ครอบคลุมทั่วประเทศ) กับปี 2542-2543 (ซึ่งเป็นสองปี

² นอกจากนี้ ยังมีโครงการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วครอบคลุมประชากรทั้งประเทศที่ประสบอุบัติเหตุจราจร

³ กล่าวคือ สัดส่วนนี้ลดลงอีกเล็กน้อยเหลือร้อยละ 1.78 ของรายได้ของครัวเรือน

สุดท้ายก่อนที่มีโครงการ 30 บาทฯ) ภายใต้ข้อสมมติว่า ถ้าไม่มีโครงการนี้ครัวเรือนจะคงสัดส่วนรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายหรือรายได้ของครัวเรือนไว้เท่าเดิม ผลการคำนวณได้ตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนสามารถประหยัดได้ประมาณ 8,178-9,432 ล้านบาท⁴ ซึ่งเป็นยอดเงินที่ใกล้เคียงกับงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรเพิ่มให้กระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545 ถ้าตัวเลขที่คำนวณได้ถูกต้อง และถ้าเงินที่ใช้จริงสำหรับโครงการนี้ใกล้เคียงกับงบประมาณที่ได้รับ ก็หมายความว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรของรัฐ เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วโครงการของรัฐมักจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าประโยชน์ที่ไปถึงประชาชน (เพราะต้องมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และในหลายกรณีมักมีการรั่วไหลของเงินในระหว่างทางด้วย)

จากนั้น งานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีเดียวกันในการประมาณการประโยชน์ขั้นต่ำที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างหยาบๆ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับหรือรายจ่ายของครัวเรือนในปี 2545 กับช่วงปี 2529-2531⁵ (เป็นการเปรียบเทียบให้เห็นภาพกว้างๆ ที่อาจจะไม่แม่นยำนัก เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่ค่อนข้างยาวถึงประมาณ 15 ปี ซึ่งอาจมีตัวแปรอื่นๆ มารบกวนมากกว่าการเปรียบเทียบในกรณีของโครงการ 30 บาทฯ ข้างต้น) ผลการเปรียบเทียบพบว่าสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมได้ลดลงจากร้อยละ 3.56 (ค่าเฉลี่ยของปี 2529 และ 2531) มาเป็นร้อยละ 1.83 ในปี 2545 หรือลดลงเท่ากับร้อยละ 1.72 ของรายได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการขยายหลักประกันสุขภาพ (จากที่เคยครอบคลุมเฉพาะกลุ่มข้าราชการและกลุ่มผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน. เดิม มารวมกลุ่มลูกจ้างเอกชนในโครงการประกันสังคม และครอบคลุมเด็กและผู้สูงอายุในโครงการ สปร. บวกกับโครงการบัตรสุขภาพ และขยายเป็นโครงการ 30 บาทฯ ในที่สุด) เป็นเงิน 50,831 ล้านบาท แต่เมื่อคำนวณโดยสมมติว่าสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือนมี

⁴ ดูรายละเอียดการคำนวณได้จากตารางที่ 2 ในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (วิโรจน์, อัญชานา และศศิวิฑูรย์ 2548, 30)

⁵ ช่วงดังกล่าวมีโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน. อยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้ขยายไปสู่เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการ และยังไม่มีการประกันสังคม และโครงการบัตรสุขภาพ

ค่าคงที่แทน⁶ ตัวเลขค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จะลดลงมาเหลือประมาณ 27,000 ล้านบาท ซึ่งน่าจะถือได้ว่าเป็นตัวเลขประมาณการขั้นต่ำของประโยชน์ที่ครัวเรือนได้รับจากการขยายหลักประกันสุขภาพมาเป็นลำดับในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา

2. ผลของโครงการ 30 บาท ที่มีต่อการลดความยากจน

2.1 การศึกษาที่ใช้วิธีเปรียบเทียบสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแล้ว จะมีรายได้สุทธิต่ำกว่าเส้นความยากจน หรืออีกนัยหนึ่งคือครัวเรือนที่จนเพราะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ถ้าการมีหลักประกันสุขภาพต่างๆ (รวมถึงโครงการ 30 บาท) ทำให้สัดส่วนของครัวเรือนกลุ่มนี้ลดลง ก็ย่อมแสดงว่าโครงการเหล่านี้มีส่วนช่วยในการลดความยากจน

จากการศึกษาพบว่า สัดส่วนของครัวเรือนกลุ่มนี้มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ คือจากร้อยละ 2.15 ในช่วงปี 2535-2539 เหลือร้อยละ 1.84 ในปี 2537 ร้อยละ 1.53 ในปี 2539 และยังคงลดลงเหลือร้อยละ 1.1-1.3 ในระหว่างปี 2541-2543 และเหลือร้อยละ 0.7 ในปี 2545 ซึ่งเป็นปีแรกที่โครงการ 30 บาท ดำเนินการทั่วประเทศ⁷

การลดลงของครัวเรือนกลุ่มนี้ในช่วงก่อนปี 2545 ส่วนหนึ่งน่าจะได้อานิสงส์จากการขยายโครงการ สปร. ให้ครอบคลุมเด็กและผู้สูงอายุในช่วงก่อนปี 2537 และจากการปรับวิธีการจัดสรรงบ สปร. ในระหว่างปี 2541-2543 ซึ่งทำให้มีงบเพิ่มให้สถานพยาบาลเป็นรายหัว⁸ และถ้าปี 2545 เป็นตัวแทนที่ดีของยุคหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทแล้ว ก็จะอนุมานได้หยาบๆ ว่า การมีโครงการ 30 บาท ช่วยลดปัญหาความยากจนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลลงไปได้เกือบครึ่งหนึ่ง หรือลดจำนวนครัวเรือนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้ลงได้เกือบหนึ่งแสนครัวเรือน ในทำนองเดียวกัน ถ้าถือว่าข้อมูลในปี 2535 เป็นตัวแทนที่ดีของสถานการณ์ในช่วงก่อนที่จะมีการขยายโครงการ สปร. แล้ว ก็พอจะอนุมานได้อย่างหยาบๆ ว่าการขยายหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (โดยโครงการ สปร. และโครงการ 30 บาท ในระยะต่อมา) มีส่วนช่วยลดปัญหาความยากจน

⁶ สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมลดลงจากร้อยละ 3.46 ในระหว่างระหว่างปี 2529-2531 มาเป็นร้อยละ 2.31 ในปี 2545 หรือลดลงเท่ากับร้อยละ 1.15 ของรายจ่าย

⁷ ดูรายละเอียดได้จากตารางที่ 4 ในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (วิโรจน์, อัญชนา และศศิวิฑูรย์ 2548, 36)

⁸ ดูรายละเอียดเรื่องนี้ใน อัญชนา และ วิโรจน์ (2545)

ที่เกิดจากการรักษาพยาบาลลงไปได้ถึงประมาณสองในสาม (คิดเป็นจำนวนประชากรเกือบหนึ่งล้านคน หรือประมาณร้อยละ 16.7 ของคนจนทั้งหมด) ซึ่งเท่ากับว่าการขยายหลักประกันสุขภาพต่างๆ ในช่วงประมาณหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาของโครงการ 30 บาทฯ มีส่วนในการลดจำนวนคนจนลงได้มากถึงร้อยละ 14 ซึ่งถือเป็นจำนวนที่มีนัยสำคัญมากในการแก้ไขปัญหาความยากจนของประเทศ

2.2 คณะผู้วิจัยพยายามวัดผลของหลักประกันสุขภาพและโครงการ 30 บาทฯ ที่มีต่อภาระทางการเงินด้านสุขภาพอีกวิธีหนึ่ง โดยพิจารณาสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในแล้ว เหลือรายได้สุทธิต่ำกว่าเส้นความยากจน หรืออีกนัยหนึ่ง คือหาตัวเลขคนที่จนเพราะต้องเข้าไปนอนโรงพยาบาล การเปรียบเทียบข้อมูลสำหรับครัวเรือนกลุ่มนี้มีปัญหามากกว่าในข้อ 2.1 เนื่องจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมเพิ่งจะเพิ่มคำถามเรื่องนี้เข้าไปในการสำรวจในปี 2541 ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับช่วงก่อนที่จะมีการขยายโครงการ สปร.

จากข้อมูลเท่าที่มีอยู่พบว่า ครัวเรือนที่จนเพราะต้องเข้านอนโรงพยาบาลมีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด เนื่องจากในแต่ละปีมีผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเพียงประมาณร้อยละ 10-12 ของประชากร แต่ครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดกลับมีจำนวนมากถึง 4-7 เท่าของครัวเรือนที่จนเพราะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ซึ่งหมายความว่าสำหรับครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจนไม่มากนัก การไปรับการรักษาโดยเป็นผู้ป่วยนอกมีส่วนสำคัญที่ทำให้ครัวเรือนตกลงมาอยู่ในหล่มความยากจน

นอกจากนี้ ลำพังค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการไปนอนโรงพยาบาลอาจจะไม่ใช่ตัวชี้วัดที่ดีของการเจ็บป่วยถึงขั้นล้มละลายเหมือนกับที่บางฝ่ายคาดเอาไว้ เพราะการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรคที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องอาจกลายเป็นภาระของครัวเรือนได้ไม่น้อยกว่าการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าป้อนรักษาตัวในโรงพยาบาล

สรุปและห็นเชิงนโยบาย

นอกจากโครงการ 30 บาทฯ และโครงการด้านหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ผ่านมามีส่วนช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนลงอย่างมากแล้ว โครงการเหล่านี้ยังประสบความสำเร็จอย่างมากในด้านการลดความยากจน ทั้งๆ ที่โดย

ส่วนใหญ่แล้ว โครงการเหล่านี้เป็นโครงการแบบ “ถ้วนหน้า” ที่ไม่ได้เจาะจงว่าจะให้บริการเฉพาะคนจน แต่ในทางปฏิบัติกลับมีผลในด้านการลดความยากจนมากกว่าหลายโครงการของรัฐที่เจาะจงช่วยเหลือคนจน ดังนั้น ข้อเสนอของหลายฝ่ายที่เสนอให้เปลี่ยนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับไปเป็นโครงการช่วยเหลือคนจนนั้น นอกจากจะประสบกับแรงต้านจากประชาชนผู้มีสิทธิ์จำนวนมากไม่น้อยแล้ว ยังอาจเป็นความพยายามที่ไม่เป็นประโยชน์กับสังคมและคนจนด้วย เมื่อคำนึงถึงว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบที่เป็นอยู่มีประสิทธิภาพอย่างสูงในการลดปัญหาความยากจน⁹

ถึงแม้ว่านักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมักจะทำให้ความสำคัญกับการประกันความเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เพราะเชื่อกันว่าการป่วยด้วยโรคเหล่านี้อาจทำให้ครัวเรือนตกหล่มความยากจนได้ แต่ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมก็แสดงให้เห็นว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ที่ตกหล่มความยากจนเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไปรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอกมากกว่าการป่วยที่ต้องเข้าไปนอนเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลหลายเท่าตัว นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการก็ชี้ให้เห็นว่า โดยเฉลี่ยแล้วครัวเรือนมีภาระค่ารักษาพยาบาลจากการเป็นผู้ป่วยนอกและโรคเรื้อรังมากกว่ารายจ่ายจากการเป็นผู้ป่วยในหลายเท่าตัว¹⁰ ในแง่นี้ หลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลตั้งแต่บาทตั้นๆ สำหรับผู้ป่วยนอกจึงยังคงมีความสำคัญสำหรับครัวเรือนกลุ่มที่มีรายได้น้อยและครัวเรือนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมักเป็นครัวเรือนที่สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในวัยทำงาน

⁹ ในขณะที่โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในอดีตกลับมีปัญหาในการออกบัตรที่ผิดพลาดค่อนข้างมาก ดูวิโรจน์ และ อัญชญา (2545)

¹⁰ ทั้งนี้ การใช้บริการของผู้ป่วยนอกมีจำนวนสูงกว่าการใช้บริการของผู้ป่วยในถึง 20 เท่า ทำให้มีโอกาสสูงมากที่จะมีครัวเรือนที่จนจากการเป็นผู้ป่วยนอกมากกว่าครัวเรือนที่จนเพราะเป็นผู้ป่วยใน

บรรณานุกรม

- วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชญา ณ ระนอง. 2545. “ถ้วนหน้า” หรือ “ช่วยคนจน”? เส้นทางสู่นาคตของโครงการ 30 บาท. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แสงสว่างเวสต์เพรส จำกัด.
- วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง และ ศศิวิทย์ วงษ์มณฑา. 2548. *ผลกระทบของโครงการ 30 บาท และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน*. ฉบับแก้ไขปรับปรุง มิถุนายน 2548. รายงานเล่มที่ 2 โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, ศรชัย เตரியมวรกุล และ ศศิวิทย์ วงษ์มณฑา. 2548. *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546*. ฉบับแก้ไขปรับปรุง มีนาคม 2548. รายงานเล่มที่ 1 โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-47). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2547ก. *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____. 2547ข. *การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต*. นนทบุรี: โครงการเมธีวิจัยอาวุโสดำนวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2545. *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อัญชญา ณ ระนอง. 2541. “แนวคิดและวิธีวัดความยากจนในประเทศไทย.” *วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์* 16 (3).
- _____. 2542. *การออกแบบสอบถาม: การพัฒนาแบบสำรวจสุขภาพอนามัยกลุ่มคนยากจนในเมืองและในชนบท*. ม.ป.ท.
- อัญชญา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2545. *การวิจัยประเมินผล: การปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)*. ฉบับแก้ไขปรับปรุง. ม.ป.ท.

Sherry Glied. 2003. "Health Care Costs: On the Rise Again." *JEP* 17 (Spring): 2.

World Bank. *The Concentration Index*. Quantitative Techniques for Health Equity Analysis—Technical Note #7. Washington, D.C.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

565 ซอยรามคำแหง 39 เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 02 718 5460 โทรสาร 02 718 5461-62

Website: <http://www.info.tdri.or.th>