

การลดความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ: ผลลัพธ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์*,†

วิโรจน์ ตังเจริญเสถียร†

ภูษิต ประคองสาย†

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยนอกจากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชากรแล้ว การลดความเสี่ยงของครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยเป็นเป้าหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง. การศึกษานี้ใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเพื่อประมาณการจำนวนครัวเรือนทั่วประเทศที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพในช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. ๒๕๓๘, ๒๕๔๑, ๒๕๔๓ และ ๒๕๔๕) และภายหลัง (พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๔๘, ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๑) โดยใช้ตัวแบบสมการถดถอยเชิงเส้นตรงแบบเป็นช่วง เพื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์หากไม่มีนโยบายดังกล่าว พบว่า สัดส่วนครัวเรือนในระดับประเทศ ภูมิภาคและจังหวัดที่ต้องตกอยู่ใต้เส้นความยากจนเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงโดยลำดับ. ประมาณการได้ว่า หากไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ครัวเรือนที่ยากจนเนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพใน พ.ศ. ๒๕๕๑ จะมีจำนวน ๑๐๐,๖๐๔ ครัวเรือน. การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดจำนวนครัวเรือนดังกล่าวลงได้จำนวน ๓๗,๖๒๘ ครัวเรือน หรือร้อยละ ๓๗.๔ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๐.๒ ของ ๑๙ ล้านครัวเรือนทั่วประเทศ. การออกแบบระบบประกันสุขภาพโดยคำนึงถึงทั้งด้าน ‘ความกว้าง’ คือ จำนวนประชากรที่ครอบคลุม และด้าน ‘ความลึก’ คือ ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ มีความสำคัญต่อการป้องกันมิให้ครัวเรือนต้องตกอยู่ภายใต้บังคับความยากจนเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย.

คำสำคัญ: ความยากจน, รายจ่ายด้านสุขภาพ, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Abstract

Reducing Impoverishment Caused by Costly Health-care Payments: Outcome of Universal Health Care Coverage in Thailand

Supon Limwattananon*,†, Viroj Tangcharoensathien†, Phusit Prakongsai†

**Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, †International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health*

The major aims of the universal health care coverage (UC) policy initiated in Thailand in 2001 are not only to increase the access of people to essential health services, but also to reduce the financial risk they face due to out-of-pocket payments for health care. This study employed secondary data analysis of the Socio-Economic Survey (SES) conducted by the National Statistical Office to estimate the number of households becoming impoverished because of the payments for health care they had to make before implementation of the UC policy (1996, 1998, 2000, and 2002) and thereafter (2004, 2006, 2007, and 2008), and to compare the findings with a counter-factual UC-absent scenario, using segmented linear regression analysis. At the national, regional, and provincial levels, the proportions of households falling below the poverty line declined gradually during the study periods. Without the 2002-UC, a total of 100,604 households nationwide would be impoverished by out-of-pocket payments for health care in 2008. The UC policy in the same year could reduce the number of health-impovertised households by 37,628 (37.4%), which is equivalent to 0.2 percent of 19 million households nationwide. The health insurance system design that

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

†สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข



takes into account both “breadth” (that is, the number of the population covered) and the benefit package’s “depth” dimensions, provides better financial risk protection and prevents households from falling into the poverty trap due to the necessity of making costly health expenditures.

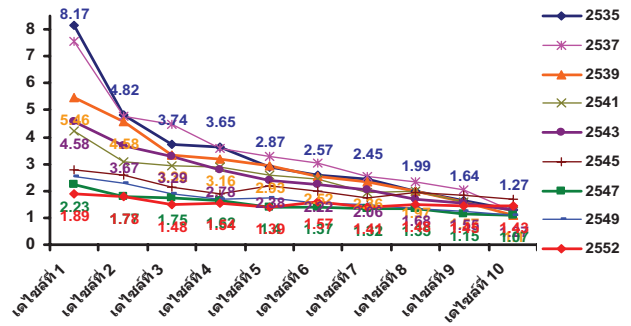
Key words: health payment, impoverishment, poverty, universal health care coverage

ภูมิหลังและเหตุผล

ก่อนที่ประเทศไทยบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นความทุกข์ของคนไทยยามเจ็บไข้ได้ป่วย เป็นปัญหาหลักของครัวเรือนยากจนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากต้องกู้หนี้ยืมสินหรือขายทรัพย์สิน สัตว์เลี้ยง และที่ดินเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล หรือมีเงินนั้นก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ. ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. ๒๕๓๕ พบว่า ครัวเรือนร้อยละสิบซึ่งยากจนที่สุดของประเทศ (เดไซล์ที่ ๑) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๘.๒ ของรายได้ ในขณะที่ครัวเรือนร้อยละสิบซึ่งร่ำรวยที่สุด (เดไซล์ที่ ๑๐) มีรายจ่ายด้านสุขภาพเพียงร้อยละ ๑.๓ ของรายได้ (รูปที่ ๑)^(๑).

ใน พ.ศ.๒๕๔๓ ประชากรไทยกว่า ๙ แสนครัวเรือนจากทั้งสิ้น ๑๖ ล้านครัวเรือนทั่วประเทศ ต้องแบกรับภาระรายจ่าย

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ร้อยละของรายได้)

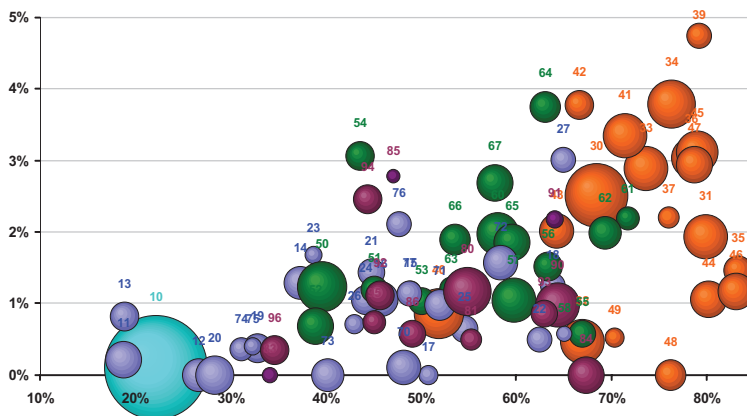


ระดับรายได้ของครัวเรือนเฉลี่ย

รูปที่ ๑ ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ของรายได้ครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๕๒

ด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าหนึ่งในสิบของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคโดยรวม ซึ่งในทางสากลถือว่าเป็นเกณฑ์รายจ่ายที่อาจถึงกับทำให้สิ้นเนื้อประดาตัว^(๒-๔). ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการ

สัดส่วนครัวเรือนที่ยากจน เนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล



สัดส่วนครัวเรือนที่ไม่มีสมาชิกในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ

รูปที่ ๒ สัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ และสัดส่วนการไม่อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการของสมาชิกในครัวเรือน ๖๖ จังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๕

หมายเหตุ ขนาดของลูกบอลแสดงจำนวนครัวเรือนในแต่ละจังหวัด กทม. -สีฟ้า; ภาคกลาง -สีน้ำเงิน; ภาคใต้ -สีม่วง; ภาคเหนือ -สีเขียว; ภาคอีสาน -สีส้ม

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักทำให้ครัวเรือนไทยเหล่านี้
 สุ่มเสี่ยงต่อดังกล่าวของความยากจน^(๕). ครัวเรือนจำนวนกว่า ๒
 แสนที่เคยมีความเป็นอยู่เหนือเส้นความยากจน ต้องตกลงไป
 อยู่ใต้เส้นความยากจนของประเทศภายหลังการใช้จ่ายเพื่อการ
 รักษาพยาบาล^(๖). ความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพดังกล่าว
 พบมากถึงร้อยละ ๘๖ ในเขตชนบท และเกือบครึ่งหนึ่ง
 (ร้อยละ ๔๕) เป็นครัวเรือนที่อยู่ในภาคอีสาน ซึ่งประชากร
 ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในภาคการจ้างงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับ
 หลักประกันจากสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการหรือ
 กองทุนประกันสังคม (รูปที่ ๒).

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสัมฤทธิ์ผลของ
 การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการลดความเสี่ยงของ
 ครัวเรือนที่จะต้องตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจนจากภาระค่าใช้จ่าย
 ด้านการรักษาพยาบาล โดยเปรียบเทียบกับสถานการณ์
 หากประเทศไทยไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ที่ครอบคลุมทั้งประเทศใน พ.ศ.๒๕๔๕.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและ
 สังคมของครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รวม ๘ ปี
 ครอบคลุมช่วงเวลาก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ.
 ๒๕๓๙, ๒๕๔๑, ๒๕๔๓ และ ๒๕๔๕) และภายหลัง (พ.ศ.
 ๒๕๔๗, ๒๕๔๙, ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๑) โดยมีจำนวนครัวเรือน
 ตัวอย่างประมาณ ๒๕,๐๐๐ (พ.ศ. ๒๕๒๙-๒๕๔๓); ๓๕,๐๐๐
 (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗); และ ๔๕,๐๐๐ (พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๑)
 ครัวเรือน ที่ถูกสุ่มโดยวิธีเก็บตัวอย่างแบบสุ่มสองขั้นตอน
 เพื่อให้เป็นตัวแทนของประเทศ.

การประมาณค่าจำนวนครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่าย
 ด้านสุขภาพ อาศัยข้อมูลเส้นความยากจนในระดับประเทศ
 และภูมิภาคซึ่งจำแนกกระจ่างในและนอกเขตเทศบาล และ
 ระดับจังหวัด ที่รายงานประจำปีโดยสำนักงานคณะกรรมการ
 พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ครัวเรือนที่ยากจน
 เพราะผลจากรายจ่ายด้านสุขภาพหมายถึง ครัวเรือนที่ค่าใช้จ่าย
 โดยรวมต่อหัวสมาชิกก่อนหักค่าใช้จ่ายในหมวดค่ารักษา

พยาบาลอยู่สูงกว่าเส้นความยากจน แต่ภายหลังหักค่ารักษา
 พยาบาลอยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจน ดังนั้นครัวเรือนที่แต่เดิม
 ค่าใช้จ่ายโดยรวมต่ำกว่าเส้นความยากจนอยู่แล้วจึงไม่นับรวม
 เป็นครัวเรือนที่ยากจนเนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพ.

การพยากรณ์จำนวนครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่าย
 ด้านสุขภาพเมื่อมีและไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน
 หน้าใช้ตัวแบบสมการถดถอยเชิงเส้นตรงแบบเป็นช่วง^(๗) โดย
 คำนวณค่าของตัวแปรตาม (Y) ในแต่ละปี (t) ให้อยู่ในรูป
 ของสัดส่วนต่อจำนวนครัวเรือนทั้งประเทศเสียก่อน แล้วนำมา
 หาค่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรดังกล่าว ตามสมการ
 ข้างล่าง.

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \text{Year}_t + \beta_2 \text{YearAfter}_t + \varepsilon_t$$

ในที่นี้ Y_t คือ สัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้าน
 สุขภาพ ณ. ปีที่ $t = ๑$ (พ.ศ. ๒๕๓๙), ๓, ๕, ..., และ ๑๓ (พ.ศ.
 ๒๕๕๑)

Year_t คือ จำนวนปี (๑, ๓, ๕, ..., ๑๓) นับตั้งแต่ปีเริ่มต้น
 (พ.ศ. ๒๕๓๙) ดังนั้น พ.ศ. ๒๕๓๙ คือ $\text{Year}_t = ๑$; พ.ศ.
 ๒๕๔๕ คือ $\text{Year}_t = ๗$; พ.ศ. ๒๕๔๗ คือ $\text{Year}_t = ๙$; และ
 พ.ศ. ๒๕๕๑ คือ $\text{Year}_t = ๑๓$

YearAfter_t คือ จำนวนปีซึ่งนับหลังการมีนโยบายหลัก
 ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๔๕

ดังนั้น $\text{YearAfter}_t = \text{Year}_t - ๗$ เมื่อ $๘ < t < ๑๓$; และ
 $\text{YearAfter}_t = ๐$ เมื่อ $๑ < t < ๗$

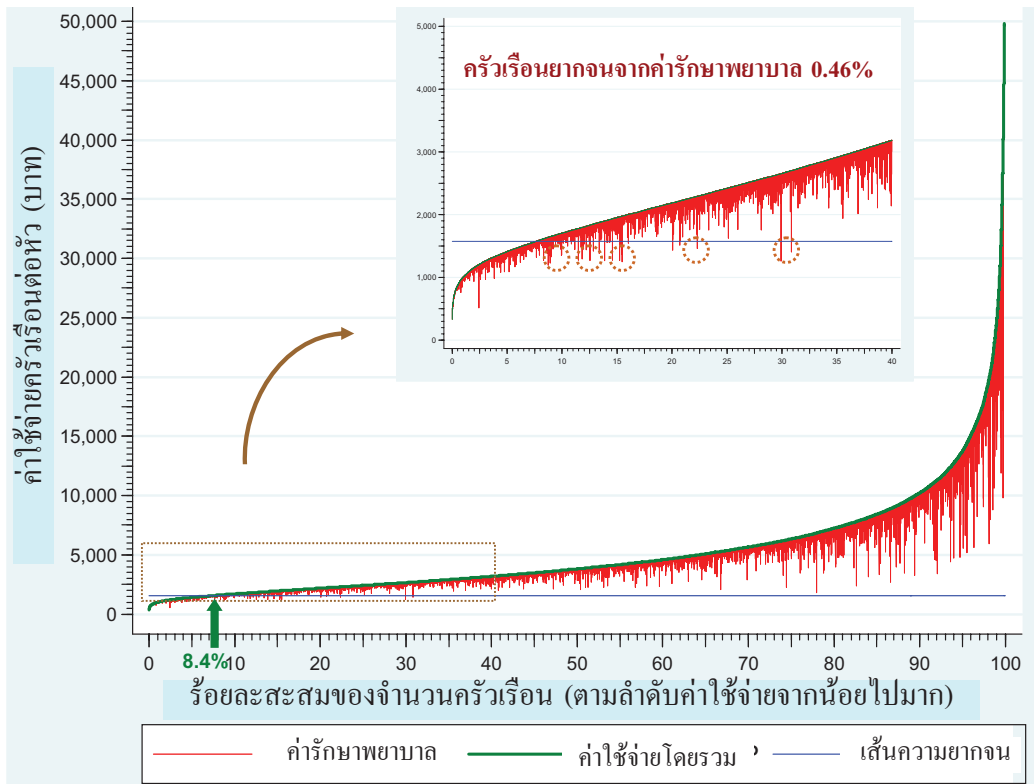
β_0 คือ สัดส่วนครัวเรือนยากจนที่จุดเริ่มต้น ($t = ๐$) ซึ่ง
 ในที่นี้ คือเมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๓๙.

β_1 คือ อัตราเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนครัวเรือนยากจน
 โดยเฉลี่ยต่อปีก่อนมีหรือไม่มีนโยบายฯ.

β_2 คือ อัตราเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนครัวเรือน
 ยากจน โดยเฉลี่ยต่อปีหลังนโยบายฯ นอกเหนือจากอัตรา
 เปลี่ยนแปลงเดิม (β_1) ดังนั้น อัตราเปลี่ยนแปลงภายหลังจาก
 มีนโยบายฯ จึงมีค่าเท่ากับ $\beta_1 + \beta_2$

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ เมื่อประเทศไทยบรรลุหลักประกัน



รูปที่ ๓ การแจกแจงของค่าใช้จ่ายคร้วเรือน ก่อนและหลังหักค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑

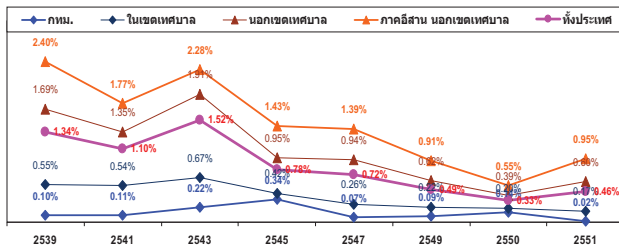
สุขภาพถ้วนหน้าครบทั้ง ๗๖ จังหวัด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคร้วเรือนเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ มีแนวโน้มที่ลดลงโดยลำดับ โดยใน พ.ศ. ๒๕๓๙ ค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ ๒.๘ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ๖.๗) ของรายจ่ายรวมของคร้วเรือน สัดส่วนดังกล่าวลดลงเป็นร้อยละ ๑.๙ ± ๔.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และร้อยละ ๑.๕ ± ๔.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๑.

รูปที่ ๓ แสดงสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของความยากจนในระดับคร้วเรือนอันเนื่องมาจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพใน พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่า ร้อยละ ๘.๔ ของคร้วเรือนทั้งหมดมีค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อหัว (เส้นสีเขียว) อยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจนของประเทศอยู่แล้ว (เส้นสีน้ำเงิน เฉลี่ยทั้งประเทศ ๑,๕๗๙ บาทต่อเดือน) เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (เส้นสีแดง) คร้วเรือนที่เดิมมีรายจ่ายโดยรวมเหนือเส้นความยากจนบางคร้วเรือนต้องตกอยู่ใต้เส้นความยากจน (วงกลมในภาพซ้อนเล็ก)

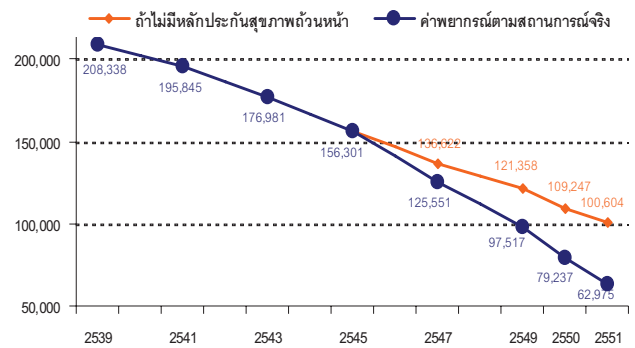
ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๕๑ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๐.๔๖ ของคร้วเรือนทั่วประเทศ.

จำนวนคร้วเรือนที่ต้องตกอยู่ใต้เส้นความยากจนเพราะรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค (รูปที่ ๔) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๑.๓๔ และ ๐.๗๘ ของคร้วเรือนทั้งหมดใน พ.ศ. ๒๕๓๙ และ ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๐.๔๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยภาคอีสานมีอัตราการลดลงของความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพสูงสุด.

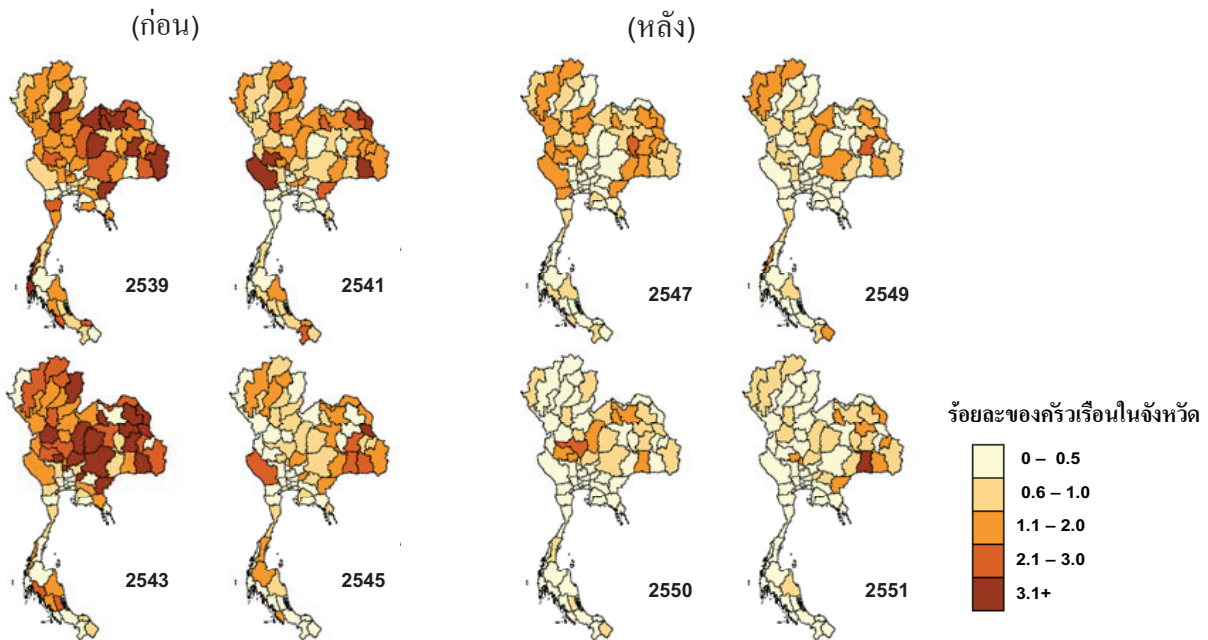
ผลการพยากรณ์แนวโน้มแบบอนุกรมเวลาด้วยข้อมูลระดับประเทศพบว่า หากไม่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. ๒๕๔๕ จะมีคร้วเรือนทั่วประเทศที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ จำนวน ๑๓๖,๖๒๒; ๑๒๑,๓๕๘; ๑๐๙,๒๔๗; และ ๑๐๐,๖๐๔ คร้วเรือน. ใน พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๔๙, ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๑ ตามลำดับ (ภาพที่ ๕) การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถป้องกันไม่ให้คร้ว



รูปที่ ๔ สัดส่วนครัวเรือนที่เส้นความยากจนของประเทศ หลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๙-๒๕๕๑



รูปที่ ๕ ค่าพยากรณ์จำนวนครัวเรือนที่ยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ (ล้านบาท) พ.ศ. ๒๕๓๙-๒๕๕๑ เปรียบเทียบแนวโน้มกับสถานการณ์หากไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สีส้ม)



รูปที่ 6 สัดส่วนครัวเรือนที่เส้นความยากจนของจังหวัด หลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เรือนต้องตกอยู่ใต้เส้นความยากจนในช่วงเวลาดังกล่าวได้ถึง ๑๑,๐๗๑; ๒๓,๘๔๑; ๓๐,๐๑๑; และ ๓๗,๖๒๘ ครัวเรือนตามลำดับ.

ในระดับจังหวัด ก็พบแนวโน้มการลดลงของสัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพเช่นกัน. รูปที่ ๖ แสดงให้เห็นสัดส่วนของครัวเรือนไทยที่อยู่ใต้เส้นความยากจนของจังหวัดเนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในช่วง พ.ศ.

๒๕๓๙-๒๕๔๕ และ พ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๑ เมื่อทุกจังหวัดมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ความเข้มของสีที่เจือจางลงบ่งถึงสัดส่วนความยากจนที่ลดลงโดยลำดับ.

ใน พ.ศ.๒๕๕๑ พบว่า คนไทยที่ต้องยากจนลงเพราะการใช้จ่ายด้านสุขภาพมีจำนวนลดลงเหลือประมาณ ๘ หมื่นครัวเรือน (ไม่ถึงร้อยละ ๑ ของเกือบ ๑๙ ล้านครัวเรือนทั้งประเทศ) และมีถึง ๒๑ จังหวัดที่ไม่มีครัวเรือนต้องตกอยู่ใต้



เส้นความยากจนของจังหวัดหลังจากที่มีรายจ่ายสุขภาพ มีเพียงจังหวัดเดียว(สุรินทร์)ที่ครัวเรือนมากกว่าร้อยละ ๓ มีรายจ่ายด้านสุขภาพที่ทำให้ยากจนลง.

วิจารณ์

การศึกษาชิ้นนี้ยืนยันว่า การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ.๒๕๔๕ ช่วยลดปัญหาความยากจนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้ดีกว่าการปล่อยให้ไปตามแนวโน้มของระบบประกันสุขภาพที่มีมาในอดีต. รัฐบาลชุดต่างๆได้ให้ความสำคัญต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ สำหรับผู้ที่ไม่ได้อยู่ในโครงการ สปร. กองทุนประกันสังคม สำหรับลูกจ้างเอกชนในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ กองทุนทดแทนแรงงานสำหรับลูกจ้างเอกชนที่เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุจากการใช้แรงงานให้นายจ้าง และระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและครอบครัว. สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลในโครงการหรือสวัสดิการเหล่านี้ค่อนข้างกว้างขวาง ครอบคลุมบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและแทบไม่ต้องจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ ทั้งสองปัจจัยข้างต้นทำให้ครัวเรือนของผู้มีสิทธิมีรายจ่ายด้านสุขภาพโดยตรงค่อนข้างต่ำและลดลงตามลำดับ.

ก่อน พ.ศ.๒๕๔๕ ยังมีประชากรอีกประมาณ ๑ ใน ๓ ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ในขณะที่ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครั้งล่าสุดใน พ.ศ.๒๕๕๒ เมื่อประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว พบว่า สัดส่วนประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๒.๖.

หลังจาก พ.ศ.๒๕๔๕ เมื่อประเทศไทยบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่องจากช่วงเวลาก่อนหน้านี้. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแม้จะครอบคลุมสิทธิประโยชน์คล้ายคลึงกับโครงการ

สปร. แต่ได้รับงบประมาณอุดหนุนจากภาครัฐสูงกว่ามาก ทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงโดยลำดับ. ในพ.ศ. ๒๕๔๖ รัฐบาลได้ขยายบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ พ.ศ.๒๕๕๑ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ขยายบริการทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือด ล้างช่องท้อง และผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้ครัวเรือนที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อบริการเหล่านี้. ด้วยปัจจัยด้านความลึกของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าวนี้ เป็นสาเหตุสำคัญให้จำนวนครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงรวดเร็วกว่าการปล่อยให้ไปตามแนวโน้มในอดีต.

การศึกษาเปรียบเทียบ ๑๑ ประเทศในทวีปเอเชียเมื่อเร็วๆนี้ยืนยันว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนความยากจนที่เกิดจากรายจ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ^(๘). ในประเทศอื่นๆเช่นฟิลิปปินส์ สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพครอบคลุมเฉพาะบริการผู้ป่วยในภายใต้เขตแดนการเบิกจ่าย ผู้ป่วยจึงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าที่กำหนด ครัวเรือนโดยเฉลี่ยมีรายจ่ายด้านสุขภาพประมาณครึ่งหนึ่งของค่ารักษาพยาบาล จนอาจทำให้ต้องยากจนลงทั้งๆที่มีประกันสุขภาพดังกล่าว. ประเทศอื่นๆเช่นเวียดนาม จีน เกาหลีใต้ ไต้หวัน และญี่ปุ่น ก็ประสบปัญหาในทำนองเดียวกันจากการจำกัดสิทธิประโยชน์และการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน.

ข้อจำกัดสำคัญในการศึกษาชิ้นนี้ คือ ตัวแบบวิเคราะห์ทางสถิติที่ใช้ยังไม่ได้ควบคุมความผันแปรระหว่างช่วงเวลาในปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อการใช้จ่ายด้านสุขภาพและการตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจนของครัวเรือน. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลมักทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนครัวเรือนที่อยู่ใกล้เส้นความยากจนอาจมีแนวโน้มลดลงเมื่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศดีขึ้น. อย่างไรก็ตาม การใช้ตัวอย่างครัวเรือนที่เป็นตัวแทนของประเทศและผลการศึกษาที่เป็นไปในทำนองเดียวกันไม่ว่าจะวิเคราะห์ในระดับประเทศ ภูมิภาค หรือจังหวัด ช่วยเพิ่มความมั่นใจต่อความถูกต้องของข้อค้นพบในการศึกษาชิ้นนี้.

ข้อยุติ

การออกแบบระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้าน 'ความกว้าง' หมายถึงจำนวนประชากรที่ได้รับหลักประกันให้เข้าถึงบริการสุขภาพ และ 'ความลึก' หมายถึงความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์และระดับการจ่ายร่วมน้อยขณะใช้บริการ มีความสำคัญต่อการป้องกันมิให้ครัวเรือนต้องจนลงและตกอยู่ใต้เส้นความยากจน. เนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน การออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงและใช้บริการในระดับอำเภอของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยใน พ.ศ.๒๕๔๕ สามารถป้องกันมิให้ครัวเรือนไทยต้องยากจนลงเนื่องจากภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ ถือเป็นแบบอย่างที่ดีต่อการออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ .

กิตติกรรมประกาศ

สำนักงานสถิติแห่งชาติให้ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ข้อมูลเส้นความยากจนในระดับประเทศ ภูมิภาคและจังหวัด. ธนาคารโลกประจำประเทศไทยที่สนับสนุนทุน IDF เพื่องานวิจัยชิ้นนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๑.
๒. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. Health Economics 2002;11:431-46.
๓. Ranson MK. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: Current experiences and challenges. Bull Wld Hlth Org 2002;80:613-21.
๔. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. Hlth Econ 2003;12:921-34.
๕. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments-results from the national household surveys in Thailand. Bull Wld Hlth Org 2007;85:600-6.
๖. Limwattananon S. Household impoverishment by health payment in Thailand: an analysis of national time trend and provincial variation 1996-2008. Final report. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2010.
๗. Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. J Clin Pharm Ther 2002;27:299-309.
๘. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. Lancet 2006;368:1357-64.