

# การวัดภาวะวิกฤตการเงินด้านสุขภาพ จากผลกระทบต่อความยากจน

วิโรจน์ น ระนอง\*

อัญชภา น ระนอง†

อรรถกฤต เล็กสีวีไล\*

## บทคัดย่อ

งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพหลายชิ้นในระยะหลังใช้สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับหรือรายจ่ายรวมของครัวเรือนเป็นตัวชี้วัดภาวะวิกฤตการเงินด้านสุขภาพของครัวเรือนซึ่งบางครั้งได้ผลลัพธ์ที่ขัดกับสามัญสำนึก เช่นพบว่าครัวเรือนกลุ่มที่รวยที่สุดมีโอกาสที่จะประสบภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพค่อนข้างสูงและในหลายกรณีสูงกว่าครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่า.

บทความนี้ใช้ข้อมูลการสำรวจชุดเดียวกันมาแสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดดังกล่าวไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่ดี ทั้งนี้เมื่อศึกษาครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่ตกลงไปอยู่ใต้เส้นความยากจนหลังจากที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออกแล้ว พบว่าในบรรดาครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่ามัธยฐานนั้น แทบจะไม่มีครัวเรือนใดเลยที่มีรายได้น้อยกว่าเมื่อหักค่ารักษาพยาบาลออกแล้วจะตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจนที่คำนวณขึ้นสำหรับครัวเรือนนั้นเลย. อย่างไรก็ตาม การใช้จำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นตัววัดภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพมีข้อจำกัดที่ตัวชี้วัดนี้ไม่ว่าต่อความเปลี่ยนแปลงสำหรับครัวเรือนกลุ่มที่อยู่ใต้เส้นความยากจนตั้งแต่แรกแล้ว. บทความนี้จึงได้เสนอตัวชี้วัดที่ควรนำมาพิจารณาประกอบกัน ซึ่งก็คือสัดส่วนของช่องว่างความยากจนที่เปลี่ยนแปลงไปจากการมีรายจ่ายด้านสุขภาพ. ตัวชี้วัดนี้นอกจากจะสามารถวัดผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อขนาดของความยากจน โดยให้นำหนักกับครัวเรือนที่อยู่ใต้เส้นความยากจนตั้งแต่แรกมากกว่ากลุ่มอื่นแล้ว วิธีนี้เมื่อนำไปประยุกต์ใช้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผ่านมายังช่วยให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพในการลดความยากจนของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นด้วย.

**คำสำคัญ:** ภาวะวิกฤตการเงินด้านสุขภาพ, คนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ, ช่องว่างความยากจนมาตรฐาน, ผลกระทบต่อความยากจน

## Abstract Measuring Catastrophic Health Expenditures Using the Poverty Approach

Viroj NaRanong\*, Anchana NaRanong†, Attakrit Leckcivilize‡

\*Thailand Development Research Institute (TDRI) †School of Public Administration, National Institute for Development Administration (NIDA)

Recent studies on catastrophic health expenditures often use arbitrary and universally cut-off shares (e.g., 10 percent) of health expenditures on household income (or on total household expenditure) as the main indicator of catastrophic health expenditure. However, some empirical studies in Thailand which employed such indicators ended up with counter-intuitive findings, e.g., a substantial percentage of households in the richest quintile were found to be prone to catastrophic health expenditures, and more often than not, at higher rates than those with lower income.

This paper uses the same set of data to demonstrate that the counterintuitive results resulted from such faulty indicators. Using sophisticated household-specific poverty lines as a measure of household

\*สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, †คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

catastrophic expenditure, the study finds that, unlike households in the two lowest quintiles, it is extremely rare for those with higher-than-median income to have their post-health-expenditure income fall below the poverty line, a result which is completely opposite to those derived from the former indicator.

However, since the head count of health-related impoverished households is not sensitive for those households that are already below the poverty line, the study proposes a supplemental indicator, that is, changes in the normalized poverty gap due to health expenditure, as an indicator that measures the health-expenditure impact on poverty.

**Key words:** catastrophic health expenditure, health expenditure related to impoverished households, normalized poverty gap, poverty impact

### ภูมิหลังและเหตุผล

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นรายจ่ายที่มีโอกาสทำให้ครัวเรือนต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางการเงินได้ ในช่วงก่อนที่มีโครงการ ๓๐ บาทฯ (ซึ่งถือได้ว่าทำให้ประเทศไทยเริ่มมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ก็มีงานวิจัยในประเทศไทยเรื่องรายจ่ายด้านสุขภาพที่ทำให้ครัวเรือนประสบกับภาวะวิกฤตทางการเงินอยู่บ้าง โดยงานบางชิ้นเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย<sup>(๑)</sup> และบางชิ้น<sup>(๒)</sup> พยายามศึกษาลักษณะของครัวเรือนที่ประสบปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก แต่ไม่ได้เสนอหลักเกณฑ์ในการจำแนกว่าครัวเรือนใดมีรายจ่ายสุขภาพสูงในระดับที่ถือว่าวิกฤตอย่างชัดเจน.

หลังจากที่เริ่มดำเนินโครงการ ๓๐ บาทฯ ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ งานวิจัยหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องกับรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูงจนครัวเรือนอาจต้องประสบกับภาวะวิกฤตทางการเงิน (โดยเฉพาะงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และงานที่ทางสำนักงานฯ ทำร่วมกับนักวิจัยต่างประเทศ<sup>(๓-๕)</sup>) ใช้วิธีเปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อดัชนีชี้วัดมาตรฐานการครองชีพ\* กับเกณฑ์

มาตรฐานที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น ๒ เกณฑ์หลัก. เกณฑ์ที่ ๑ ครัวเรือนมีสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายจ่ายด้านการบริโภคของครัวเรือน<sup>(๔-๖)</sup> (ตารางที่ ๑ แสดงสัดส่วนของครัวเรือนที่ถือว่าประสบกับภาวะวิกฤตตามเกณฑ์นี้). เกณฑ์ที่ ๒ ครัวเรือนมีสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าร้อยละ ๒๕ ของรายจ่ายด้านการบริโภคที่ไม่รวมรายจ่ายด้านอาหาร เนื่องจากเกณฑ์นี้ถือว่ารายจ่ายด้านการบริโภคที่ไม่รวมรายจ่ายด้านอาหาร เป็น “ความสามารถในการจ่าย” ของครัวเรือน<sup>(๓,๔)</sup>.

จากตารางที่ ๑ งานวิจัยดังกล่าวสรุปว่า ในช่วงหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพ สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงจนประสบกับวิกฤตลดลงจากช่วงก่อนมีโครงการ<sup>(๖)</sup> จากร้อยละ ๕.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ เหลือเพียงร้อยละ ๓.๓<sup>†</sup> และ ๒.๘ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ ตามลำดับ\*. ส่วนการกระจายตัวของจำนวนครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพเข้าขั้นวิกฤตในช่วงหลังโครงการมีลักษณะเบ้ไปทางกลุ่มผู้มีฐานะ ผิดกับช่วงก่อนมีโครงการที่กระจายอย่างค่อนข้างสม่ำเสมอในทุกะดับการบริโภค. นอกจากนี้ ถ้าเปรียบเทียบเฉพาะครัวเรือนใน พ.ศ. ๒๕๔๓ ที่เคยอยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) หรือครัวเรือนที่เคยอยู่ในโครงการบัตรสุขภาพ

\*เช่น การบริโภคของครัวเรือน, รายจ่ายของครัวเรือน, หรือรายได้ของครัวเรือน

<sup>†</sup> งานวิจัยอีกชิ้น<sup>(๔)</sup> พบว่าครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๑๐ ของการบริโภคมีร้อยละ ๓.๕๒ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ แต่ผลที่แตกต่างนี้อาจเป็นเพราะตัวอย่างที่ใช้คำนวณในงานวิจัยนี้มีเพียงร้อยละ ๕๐.๒๘ ของครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างในการสำรวจสังคมและเศรษฐกิจครัวเรือนพ.ศ. ๒๕๔๕ เท่านั้น

<sup>‡</sup> งานวิจัยอีกชิ้น<sup>(๓)</sup> ซึ่งใช้เกณฑ์ที่ ๒ พบว่าสัดส่วนครัวเรือนที่ถือว่าประสบกับภาวะวิกฤตทางการเงินเนื่องจากรายจ่ายสุขภาพลดลงจากร้อยละ ๔.๔ และ ๓.๘ ใน พ.ศ. ๒๕๔๑ และ ๒๕๔๓ เหลือประมาณร้อยละ ๓ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕



**ตารางที่ ๑** สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงจนอาจต้องประสบกับวิกฤตทางการเงิน<sup>(๑)</sup> ที่ได้จากการจำแนกตามเกณฑ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าร้อยละ ๑๐ ของค่าใช้จ่ายของครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๔๓, ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ (แสดงค่าร้อยละ)

กลุ่มรายได้ Quintile	ครัวเรือนทั้งหมด			ครัวเรือนในโครงการสปร. บัตรสุขภาพ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
	๒๕๔๓	๒๕๔๕	๒๕๔๗	๒๕๔๓	๒๕๔๕	๒๕๔๗
๑ (จนที่สุด)	๔.๐	๑.๗	๑.๖	๒.๗	๑.๗	๑.๖
๒	๖.๖	๒.๑	๒.๔	๕.๓	๐.๒	๒.๐
๓	๕.๔	๓.๖	๒.๗	๔.๘	๓.๘	๒.๘
๔	๕.๖	๔.๐	๒.๕	๖.๕	๔.๘	๓.๓
๕ (รวยที่สุด)	๕.๖	๕.๐	๔.๓	๗.๑	๖.๑	๕.๒
รวมทุกกลุ่ม	๕.๔	๓.๓	๒.๘	๔.๗	๓.๒	๒.๖

ที่มา: ตัดมาจาก เอกสารอ้างอิงฉบับที่ ๖

หมายเหตุ: \*คิดจากครัวเรือนที่มีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อการบริโภคของครัวเรือน (ทั้งรายจ่ายด้านอาหารและมีอาหาร) มากกว่าร้อยละ ๑๐

กับครัวเรือนที่มีสิทธิ์ตามโครงการ ๓๐ บาทฯ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ ก็จะมีพบว่าครัวเรือนในทุกระดับการบริโภคมีสัดส่วนครัวเรือนที่รายจ่ายสูงจนถือว่าวิกฤตลดลง เช่น กลุ่มที่ยากจนที่สุดมีสัดส่วนของครัวเรือนกลุ่มนี้ลดลงจากร้อยละ ๒.๗ ก่อนที่มีโครงการ ๓๐ บาทฯ เหลือร้อยละ ๑.๖-๑.๗ หลังมีโครงการ.

นอกจากนี้ งานวิจัยชิ้นหนึ่งในกลุ่มนี้<sup>(๔)</sup> ได้วัดขนาดความรุนแรงของรายจ่ายสุขภาพที่เกินเกณฑ์มาตรฐานโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่สูงเกินเกณฑ์ (mean positive overshoot; MPO)\*. ผลการศึกษา (ใช้ข้อมูล พ.ศ. ๒๕๔๕) พบว่าหากใช้เกณฑ์รายจ่ายสุขภาพที่เกินร้อยละ ๑๐ ของการบริโภค จะได้ค่า MPO เท่ากับร้อยละ ๙.๓๙ ซึ่งสื่อว่าครัวเรือนที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพจนประสบกับวิกฤตต้องเสียค่าใช้จ่ายเกินกว่าเกณฑ์ไปโดยเฉลี่ยร้อยละ ๙.๓๙. แต่เมื่อใช้เกณฑ์ร้อยละ ๒๕ ของรายจ่ายที่มีใช้อาหาร ค่า MPO จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๔.๒๒. ความแตกต่างที่ได้จากสองวิธีนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจ่ายด้านอาหาร (ซึ่งอาจมีความสำคัญในครัวเรือนที่จนมากกว่าในครัวที่รวย) ที่มี

ผลต่อผลลัพธ์ที่วัดได้ ทั้งในแง่จำนวนครัวเรือนและขนาดของผลกระทบ.

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่สุดของการวัดภาวะวิกฤตทางการเงินอันเนื่องมาจากรายจ่ายด้านสุขภาพ ด้วยเกณฑ์ต่างๆ ข้างต้น น่าจะอยู่ที่ทุกเกณฑ์ที่ใช้เส้นแบ่งที่ตายตัวเพียงค่าเดียว มาตัดสินว่าครัวเรือนใดจะเป็นครัวเรือนที่ประสบกับภาวะวิกฤต ในขณะที่ครัวเรือนเหล่านี้มีทั้งถิ่นที่อยู่ ฐานะ และโครงสร้างที่แตกต่างกันอย่างมาก. ในโลกความเป็นจริงนั้น การที่ครัวเรือนมีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่ตั้งเอาไว้ (เช่น เกินร้อยละ ๑๐ ของการบริโภคหรือรายได้) ก็ไม่น่าจะส่งผลทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะวิกฤตดังที่นักวิจัยคาดการณ์ไว้เสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้อ่อนถึงสูง และที่สำคัญ ครัวเรือนจำนวนไม่น้อยมองสินค้าด้านสุขภาพเป็นสินค้าคุณภาพ (superior goods) ซึ่งทำให้ครัวเรือนที่มีฐานะดี ยินดีที่จะแบ่งเงินออกมาสำหรับใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนในสัดส่วนที่สูงกว่าครัวเรือนที่ยากจน (เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านอาหารและสินค้าที่จำเป็นต่อการดำรงชีพอื่น ๆ ของครัวเรือนกลุ่มนี้ มักจะเพิ่มในอัตราที่ต่ำกว่าราย

\*คำนวณจากค่าร้อยละของรายจ่ายสุขภาพในส่วนที่สูงเกินกว่าเกณฑ์ หากรด้วยค่าร้อยละของจำนวนครัวเรือนที่มีรายจ่ายสูงกว่าเกณฑ์ดังกล่าวต่อจำนวนครัวเรือนทั้งหมด.

ได้ที่เพิ่มขึ้น). การทำงานเหล่านั้นมองข้ามประเด็นดังกล่าว ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ขัดกับสามัญสำนึกของคนทั่วไป เช่น ได้ผลที่บ่งชี้ว่ากลุ่มคนรวยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะวิกฤตจากรายจ่ายสุขภาพมากกว่าคนยากจน!<sup>(๖)๑</sup>

ดังนั้น การใช้เกณฑ์ข้างต้นในการวิเคราะห์ถึงประโยชน์และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐ (เช่น โครงการ ๓๐ บาท) ไม่ว่าจะเป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังจากที่มีโครงการ หรือวัดการกระจายตัวของครัวเรือนที่ได้รับประโยชน์จากโครงการในช่วงชั้นการบริโภค/รายได้ที่แตกต่างกัน ก็น่าจะได้ผลที่ไม่ตรง หรือแม้กระทั่งตรงข้าม กับความเป็นจริง และในกรณีที่มีการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายก็อาจจะก่อให้เกิดนโยบายที่ผิดพลาดได้.

## วัตถุประสงค์

๑. ชี้ให้เห็นจุดอ่อนที่สำคัญของวิธีการวัดภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพที่นิยมใช้ในระยะเวลาหลังในงานวิจัยในประเทศไทย\* (อาจรวมถึงปัจจุบัน)<sup>(๗)</sup> ซึ่งน่าจะเป็นวิธีที่ผิด และมีโอกาสที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ไม่เหมาะสม.

๒. เสนอทางเลือกในการศึกษาผลกระทบและการกระจายของผลประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า และการวัดภาวะวิกฤตทางการเงินอันเนื่องมาจากรายจ่ายด้านสุขภาพ โดยแทนที่จะใช้หลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเองว่าครัวเรือนต้องมีสัดส่วนของการบริโภค หรือความสามารถที่จะใช้ซื้อสินค้าและบริการอื่นที่นอกเหนือจากด้านสุขภาพเท่าไรมาเป็นการพิจารณาภาวะวิกฤตของรายจ่ายด้านสุขภาพจากกรณีที่รายจ่ายด้านสุขภาพมีผลทำให้ครัวเรือนตกอยู่ในภาวะความยากจนแบบสัมบูรณ์<sup>๑</sup> หรือมีส่วนซ้ำเติมครัวเรือนที่ยากจนอยู่แล้วให้จนลงไปอีก.

๓. วิเคราะห์ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้วิธีวิเคราะห์ที่คณะผู้วิจัยเสนอตามข้อ ๒.

## ระเบียบวิธีและผลการศึกษาร่วมวิจารณ์

การวัดภาวะวิกฤตของรายจ่ายด้านสุขภาพ โดยพิจารณาจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่ทำให้บางครัวเรือนต้องกลายสภาพเป็นครัวเรือนยากจนที่เสนอในบทความนี้พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยของ วิโรจน์ ธิ ระนอง และคณะ<sup>(๘)</sup> ซึ่งเคยใช้การคำนวณเส้นความยากจนที่มีความจำเพาะกับถิ่นที่อยู่และองค์ประกอบของสมาชิกในแต่ละครัวเรือนเพื่อหาจำนวนคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพมาก่อน<sup>๒</sup> แต่งานวิจัยนี้ได้ปรับปรุงเทคนิคการคำนวณเส้นยากจนใหม่ตามงานวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการ

\* ผู้วิจารณ์บทความนี้ได้ชี้ว่า “การที่กลุ่มครัวเรือนซึ่งมีรายได้น้อยมี catastrophic expenditure ในสัดส่วนที่ค่อนข้างมากกว่ากลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ อาจเกิดจากปัญหาทางเศรษฐมิติในลักษณะ endogeneity เนื่องจากครัวเรือนซึ่งมีรายได้น้อยย่อมสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพงได้มากกว่า ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการวิเคราะห์ catastrophic impact อยู่แล้ว” ในทัศนะของคณะผู้วิจัย นี่เป็นเหตุผลที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้เกณฑ์ดังกล่าว (สัดส่วนที่ตายตัว) กับทั้งคนจนและคนรวย (รวมทั้งแนวคิด/เกณฑ์ เรื่อง “ความเป็นธรรมด้านการใช้จ่าย” จากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ที่หักค่าอาหารออกแล้ว และถือว่าการมีสัดส่วนนี้ที่เท่ากันคือความเป็นธรรม และบางครั้งก็เรียกรายได้ที่หักค่าอาหารออกแล้วว่าเป็น “ความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน”) ล้วนแล้วแต่เป็นแนวคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่คำตอบที่ผิดอย่างเป็นระบบ.

\* แม้ว่าผู้เขียนจะอ้างถึงการศึกษาของประเทศไทยแต่วิธีวัดที่อ้างถึงนั้นน่าจะเป็นผลงานที่มาจากนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในต่างประเทศบางกลุ่ม<sup>(๙)</sup> ที่มีบทบาทในการศึกษาวิจัยด้านนี้ของธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลก.

<sup>๑</sup> เช่น กำหนดว่าครัวเรือนในภาวะ “ปรกติ” ต้องมีเงินเหลือน้อยร้อยละ ๕๐ ของรายได้เพื่อใช้บริโภคสินค้าและบริการอื่น ๆ!

<sup>๒</sup> เพราะคนส่วนใหญ่คงเห็นตรงกันว่าภาวะความยากจนแบบสัมบูรณ์ย่อมถือเป็นภาวะวิกฤตทางการเงิน และถึงแม้ว่าคนจำนวนไม่น้อยจะให้ความสำคัญกับภาวะความยากจนแบบสัมพัทธ์ด้วยเช่นกัน ทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น (เช่นเมื่อจำนวนคนที่มียาได้สูงกว่าตัวเองเพิ่มมากขึ้น หรือกรณีที่ชนชั้นกลางในประเทศไทยบางคนรู้สึกตัวเองจนลงเมื่อได้ทราบข่าวอดีตนายกรัฐมนตรีมียาได้จากกองทุน ๗๓,๐๐๐ ล้านบาท) หรือเมื่อเปรียบเทียบกับแบบแผนการบริโภคของตนเองในอดีต เช่น การมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้มีเงินเหลือสำหรับการบริโภคดีอื่น ๆ น้อยลง. แต่นิยามของ “ความยากจน” หรือ “ภาวะวิกฤต” ในกรณีหลังไม่ได้เป็นฉันทามติเท่ากับกรณีภาวะความยากจนแบบสัมบูรณ์ ตัวอย่างเช่น คนจำนวนมากไม่เห็นว่าการรัฐบาลควรให้ความสำคัญกับการ “ล้มบนฟูก” ของนักธุรกิจในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจมากเหมือนกับการตกงานของผู้ใช้แรงงาน.

<sup>๓</sup> งานวิจัยของ IHPP บางชิ้น<sup>(๑๐)</sup> ก็เคยวิเคราะห์จำนวนครัวเรือนที่ยากจนอันเนื่องมาจากรายจ่ายด้านสุขภาพมาแล้ว หากแต่งานวิจัยเหล่านั้นใช้เส้นความยากจนเดียวกันสำหรับทุกครัวเรือนในพื้นที่นั้นๆ (ในระดับภูมิภาคและในหรือนอกเขตเทศบาล) ซึ่งยังคงไม่ได้สะท้อนความแตกต่างในลักษณะเชิงโครงสร้างของครัวเรือน.



พัฒนาประเทศไทย (TDR) <sup>(๙)</sup> ซึ่งพัฒนาเส้นความยากจนในส่วน  
ของรายจ่ายที่ไม่ใช่อาหารให้สอดคล้องกับทฤษฎีทาง  
เศรษฐศาสตร์ครัวเรือนมากขึ้น<sup>#</sup>.

ทั้งนี้ ในการคำนวณเส้นความยากจนด้านอาหารใช้ความ  
ต้องการแคลอรีหรือโปรตีน ซึ่งแตกต่างกันตามเพศและอายุ  
ของสมาชิกในแต่ละครัวเรือน มาคิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านอาหารที่  
น้อยที่สุดที่ครัวเรือนต้องใช้. ส่วนจะเลือกใช้แคลอรีหรือ  
โปรตีนนั้น ขึ้นกับว่าค่าใช้จ่ายในการซื้อสารอาหารชนิดใดของ  
ครัวเรือนนั้นมีค่าสูงกว่า.

สำหรับเส้นความยากจนในส่วนที่มีอาหาร คำนวณมา  
จากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในหมวดย่อยๆ ทั้งสิ้น ๙ หมวด<sup>๑</sup> ของครัว  
เรือนที่มีรายจ่ายด้านอาหารใกล้เคียงกับเส้นความยากจนด้าน  
อาหารของครัวเรือนนั้นๆ\*\* ซึ่งมาจากแนวคิดที่ว่าครัวเรือนที่  
อาศัยอยู่ในต่างพื้นที่ ต่างสังคม และต่างฐานะกันจะมี  
“มาตรฐานการครองชีพ” แตกต่างกัน. นอกจากนี้ยังได้  
ประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องการประหยัดจากขนาด [สำหรับสินค้า  
หรือบริการบางอย่างสมาชิกในครัวเรือนสามารถใช้ร่วมกันได้.  
ครัวเรือนที่มีขนาดใหญ่จึงมีค่าใช้จ่ายต่อคนในรายการนั้นๆ  
ถูกกว่า. สำหรับสินค้าหลักทั้ง ๑๐ หมวด (อาหาร กับอีก ๙  
หมวดที่เหลือ) ในอัตราที่ต่างกันอีกด้วย].

เราสามารถแสดงความแตกต่างในการจำแนกว่าครัว  
เรือนใดใช้จ่ายด้านสุขภาพจนเข้าขั้นวิกฤต ระหว่างวิธีที่ใช้อ้อย  
ละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อการบริโภคหรือรายได้ เช่น เกิน  
กว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้เป็นเกณฑ์ กับวิธีที่พิจารณการ

บริโภคหรือรายได้หลังหักรายจ่ายด้านสุขภาพว่าทำให้ครัว  
เรือนอยู่ใต้เส้นความยากจนของครัวเรือนนั้นๆ หรือไม่ (ครัว  
เรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพ\*) ได้ด้วยรูปที่ ๑.

จากรูปข้างต้น วงรีสีน้ำเงินแสดงถึงครัวเรือนที่มีรายจ่าย  
ด้านสุขภาพในระดับวิกฤตไม่ว่าจะใช้เกณฑ์ใด (ใน ๒ เกณฑ์นี้)  
ในการพิจารณา กล่าวคือ เป็นครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้าน  
สุขภาพมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้ และหลังเสียค่าใช้จ่าย  
ด้านสุขภาพแล้วก็กลายเป็นครัวเรือนยากจนด้วย (บางครัว  
เรือนคงต้องใช้เงินออมหรือกู้หนี้ยืมสินเพราะรายจ่ายสุขภาพมี  
ค่ามากกว่ารายได้) ขณะที่วงรีสีแดงแสดงถึงครัวเรือนที่ถูก  
จำแนกว่าเป็นครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงจนวิกฤตตาม  
เกณฑ์ที่มีรายจ่ายสุขภาพมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้ (ใน  
บางกรณีมากกว่าเป็นหลายเท่าตัว) แต่ก็ยังไม่ได้ตกเป็นครัว  
เรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพ (เช่น ครัวเรือนในกลุ่มที่  
มีรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่า ๘ เท่าของเส้น  
ความยากจนด้านอาหารระดับประเทศขึ้นไป). ขณะที่สมาชิก  
ครัวเรือนที่อยู่ในช่วงหมิ่นเหม่จะตกสู่ภาวะยากจน จนทำให้  
สามารถกลายเป็นครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพได้เมื่อมี  
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อย เช่น กรณีวงรีสีแดงใน  
กลุ่มแรก.

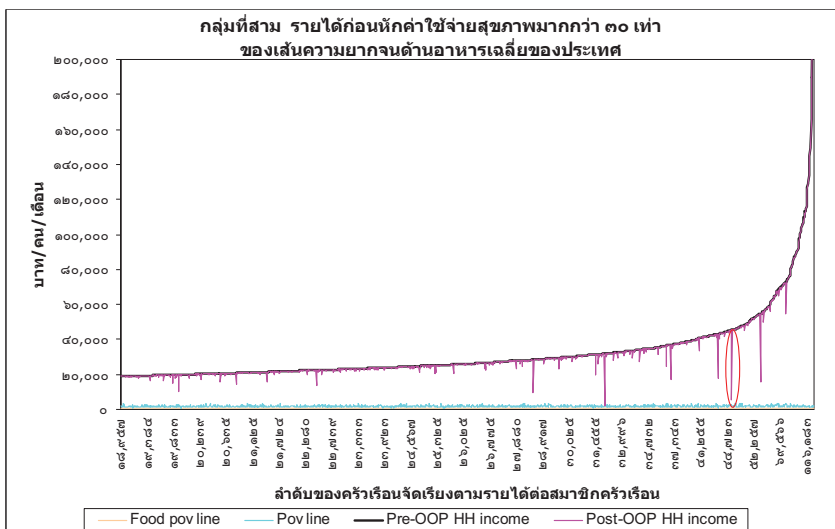
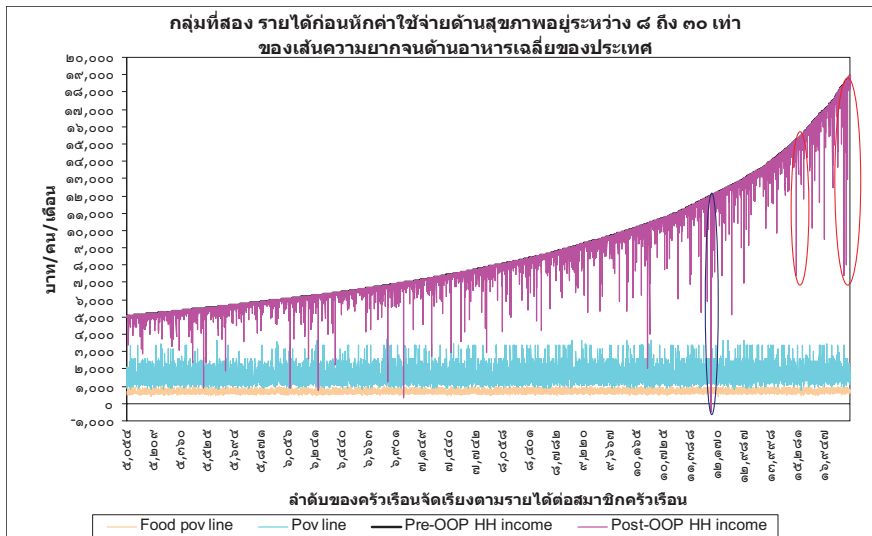
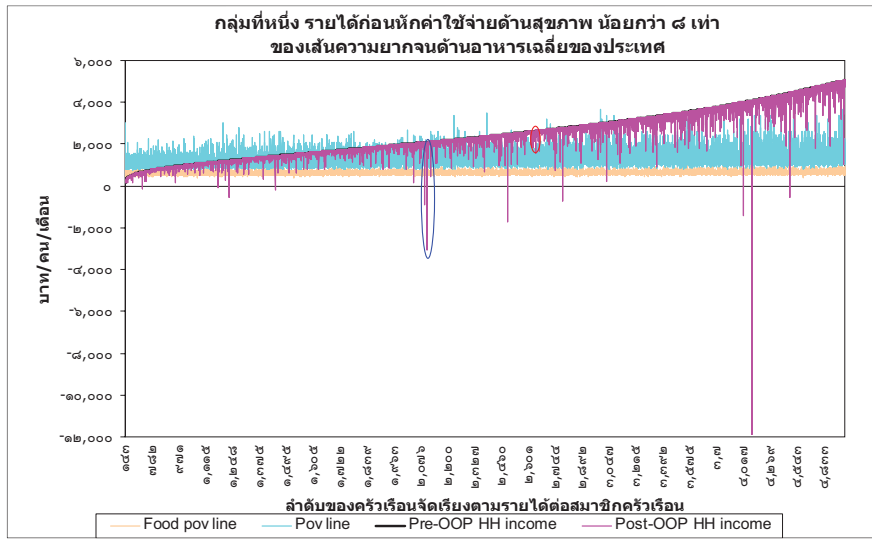
รูปที่ ๒ และ ๓ เปรียบเทียบผลการวัดภาวะวิกฤตของ  
รายจ่ายด้านสุขภาพด้วยวิธีที่ใช้สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพ  
ต่อการบริโภค/รายได้ของครัวเรือน เช่น เกณฑ์ร้อยละ ๑๐  
กับวิธีที่วัดจำนวนครัวเรือนหรือคนที่จนเพราะรายจ่ายด้าน

<sup>#</sup> ดูรายละเอียดวิธีการคำนวณและเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ในรายงาน ๒ ฉบับของคณะผู้วิจัยในโครงการนี้<sup>(๑๓,๑๔)</sup> และในรายงานการคำนวณเส้นความ  
ยากจนใหม่ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย<sup>(๑๕)</sup>.

<sup>๑</sup> ได้แก่ เครื่องนุ่งห่ม, ที่อยู่อาศัย, เชื้อเพลิงและแสงสว่าง, เครื่องใช้ประจำบ้าน, ยาและค่ารักษาพยาบาล, ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล, ค่าขนส่งคมนาคมการ  
สื่อสาร และการศึกษา.

\*\* โดยใช้อัตราส่วนแบบแผนการบริโภคของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านอาหารอยู่ระหว่างร้อยละ ๙๐-๑๐๐ ของเส้นความยากจนด้านอาหารของครัวเรือนนั้นๆ.

\* นิยามของครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพในงานวิจัยนี้คือ ครัวเรือนที่ก่อนเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีรายได้ (หรือค่าใช้จ่ายในการบริโภค) สูงกว่า  
เส้นความยากจนของครัวเรือนนั้น แต่มีรายได้ (หรือค่าใช้จ่ายในการบริโภค) หลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าเส้นความยากจน ซึ่งแบ่งเป็น ๒ แบบ  
คือ เส้นความยากจนปรกติ และเส้นความยากจนที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออกแล้ว (ที่ทำเช่นนั้นได้เพราะเส้นความยากจนใหม่ที่ใช้มีการแยกจ่าย  
ที่ไม่ใช่อาหารออกเป็นหมวดย่อยๆ ซึ่งมีหมวดเรื่องยาและค่ารักษาพยาบาลอยู่ด้วย). อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของเส้นความยากจนทั้งสองเส้นใน  
พ.ศ. ๒๕๔๕ (ซึ่งสะท้อนค่าเฉลี่ยของรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่อยู่บริเวณเส้นความยากจน) อยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ คือระหว่าง ๑๙-๓๓  
บาทต่อคนต่อเดือนในภูมิภาคต่างๆ.

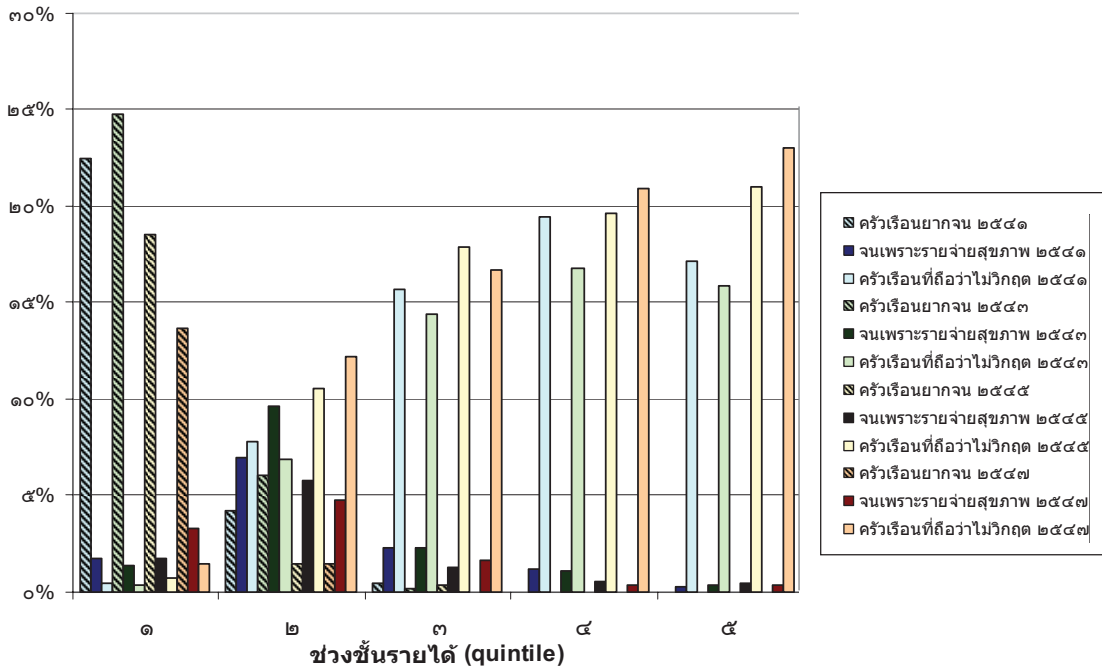


**ที่มา:** ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนจำนวน ๓๔,๘๔๓ ตัวอย่างทั่วประเทศ ในพ.ศ. ๒๕๔๗ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

**หมายเหตุ:** วิธีการที่ใช้ในรูปแบบนี้ปรับปรุงมาจากธนาคารโลก, *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis*<sup>(๑๐,๑๑)</sup> ซึ่งอ้าง Wagstaff และ Van Doorslaer<sup>(๑๒)</sup>

รูปที่ ๑ รายได้ต่อหัวของครัวเรือนก่อนและหลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๔๗)

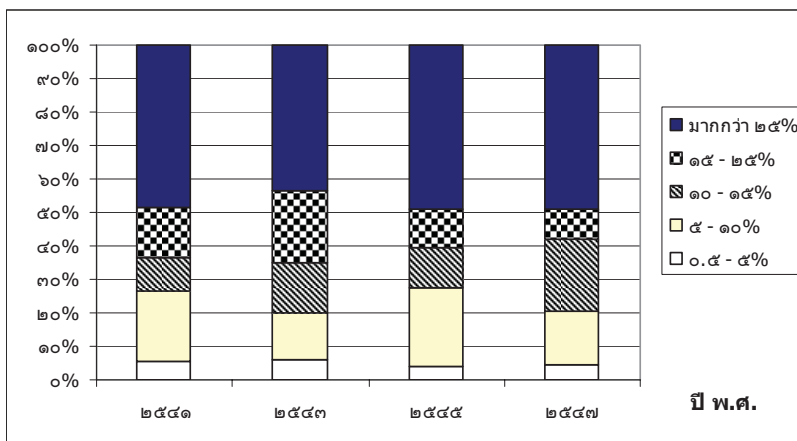




ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๔๑, ๒๕๔๓, ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ ๒ สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนและครัวเรือนที่เงินเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ ที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้ (พ.ศ. ๒๕๔๑- ๒๕๔๗)

ระหว่างปี ๒๕๔๑ - ๒๕๔๗



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๔๑, ๒๕๔๓, ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ ๓ ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ประจำของครัวเรือนที่เงินเพราะรายจ่ายสุขภาพ (๒๕๔๑-๒๕๔๗)

สุขภาพ.

จากรูปที่ ๒ และ ๓ จะเห็นได้ว่าการใช้เกณฑ์สัดส่วน รายจ่ายสุขภาพต่อดัชนีชี้วัดมาตรฐานคุณภาพชีวิตเทียบกับค่า มาตรฐานใดๆ (เช่น ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของรายได้) มาเป็นตัว ตัดสินภาวะวิกฤตทางการเงินของครัวเรือนด้านสุขภาพมีข้อ บกพร่องที่สำคัญอย่างน้อย ๒ ประการ. ประการแรก มีการ ประเมินจำนวนครัวเรือนที่ประสบกับภาวะวิกฤตมากเกินไป โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีฐานะปานกลางถึงรวย (ซึ่งแม้ว่าครัว เรือนเหล่านี้จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกินร้อยละ ๑๐ ของ รายได้ แต่ก็ยังห่างไกลที่จะทำให้ครัวเรือนตกอยู่ในภาวะความ ยากจน). ประการที่ ๒ มีการให้น้ำหนักกับความสำคัญกับราย จ่ายสุขภาพเล็กๆ น้อยๆ ของครัวเรือนกลุ่มที่หมิ่นเหม่จะ ตกลงใต้เส้นความยากจนน้อยเกินไป เพราะรายจ่ายเพิ่มขึ้น เพียงเล็กน้อยก็สามารถทำให้ครัวเรือนเหล่านี้ตกอยู่ในสภาวะ ความยากจนได้. ดังนั้น ปัญหาที่สำคัญของการใช้เกณฑ์ที่ พิจารณาจากสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพ ไม่ใช่อยู่ที่ตัวเลข ร้อยละ ๑๐ หรือร้อยละ ๒๕ ไม่เหมาะสม ที่จะสามารถแก้ไข ความบกพร่องโดยหันไปเลือกใช้ตัวเลขอื่นที่ “เหมาะสมกว่า” แทน หากเป็นปัญหาในเชิงแนวคิดที่ไม่เหมาะสมเสียมากกว่า เพราะไม่ว่าจะเปลี่ยนไปใช้ตัวเลขใด ก็จะไม่มีความหมายที่จะเหมาะสมสำหรับใช้กับทั้งประชากรทั้งหมด (หรือใช้ได้อย่าง เหมาะสมกับทั้งคนจนและคนรวย)

ทั้งนี้ จากรูปที่ ๒ ส่วนใหญ่ของครัวเรือนฐานะยากจนที่สุด (กลุ่มรายได้ที่ ๑) ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้นั้น เป็นครัวเรือนยากจนมาตั้งแต่ก่อน การใช้จ่าย ใด ๆ ขณะที่ความยากจนเพราะค่าใช้จ่ายสุขภาพปรากฏใน กลุ่มครัวเรือนในกลุ่มรายได้ที่ ๒ และ ๓ มากที่สุด. เนื่องจาก รายได้ของครัวเรือนเหล่านี้มักอยู่สูงกว่าเส้นความยากจนของ ครัวเรือนไม่มากนัก รายจ่ายเพียงไม่มาก (อาจไม่ต้องสูงถึง ร้อยละ ๕-๑๐) ก็สามารถทำให้บางครัวเรือนกลายเป็น ครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพได้ แต่สำหรับกลุ่ม ครัวเรือนฐานะค่อนข้างดีถึงดี (กลุ่มรายได้ที่ ๔ ถึง ๕) มีไม่ถึง หนึ่งในยี่สิบ (ร้อยละ ๔.๒, ๓.๘ และ ๑.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๔๑, ๒๕๔๓ และ ๒๕๔๗ ตามลำดับ) ที่ได้กลายเป็นครัวเรือน

ยากจนเพราะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการมีค่า ใช้จ่ายสุขภาพมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้แทบจะไม่มีผลที่ จะทำให้ครัวเรือนครัวเรือนที่มีฐานะค่อนข้างดีถึงดีตกอยู่ในภาวะ ความยากจนเลย.

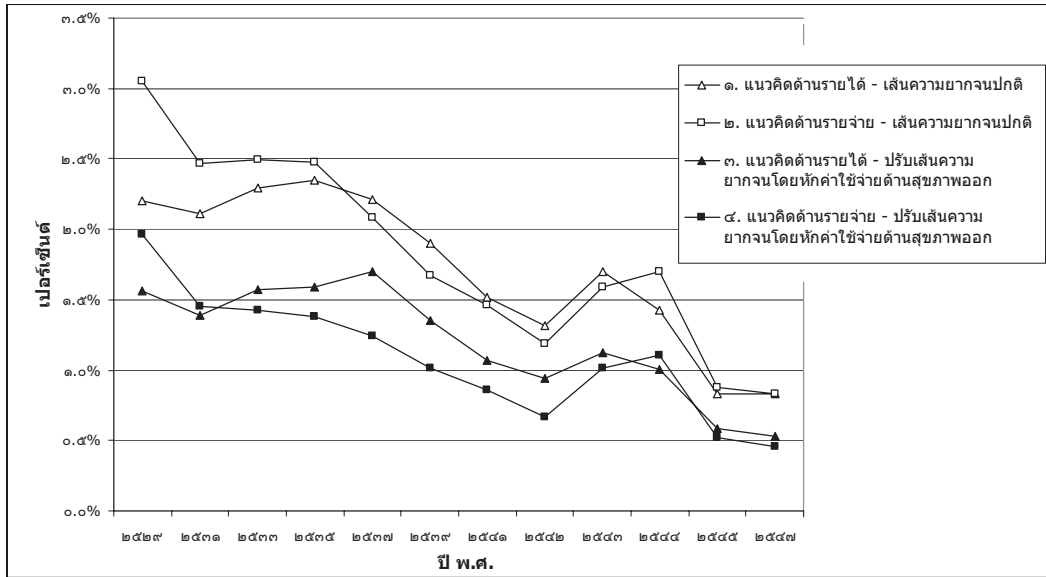
ในทางกลับกัน หากพิจารณารูปที่ ๓ ก็จะพบว่า ถึง แม้ว่าการร้อยละ ๗๐ ของครัวเรือนที่ยากจนเพราะสุขภาพ (ตามเส้นความยากจนที่ปรับปรุงแล้ว) มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้ (ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ งานวิจัยกลุ่มที่ใช้ค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเทียบกับรายได้เป็นเกณฑ์ ในการวัดการเสี่ยงภาวะวิกฤตด้านสุขภาพ). **แต่ยังคงมีครัวเรือน ที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพอีกถึงประมาณร้อยละ ๒๐-๓๐ ที่มีรายจ่ายสุขภาพไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ ๑๐ ของรายได้ แต่ การที่ครัวเรือนเหล่านี้ตกไปอยู่ภายใต้เส้นความยากจนเพราะ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็น่าจะถือได้ว่าครัวเรือนประสบภาวะ วิกฤตทางการเงินที่เกิดจากรายจ่ายสุขภาพ. ครัวเรือนเหล่านี้มัก เป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อยอยู่แล้ว จึงมีแนวโน้มที่จะได้รับ ผลกระทบจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแต่ละบาทมากกว่าครัว เรือนที่มีฐานะดี. เกณฑ์การจำแนกที่มีได้ให้ความสำคัญกับผล กระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้ (เนื่องจากเห็น ว่าพวกเขามีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่มาก) จึงไม่น่าจะเป็น เกณฑ์การวัดที่ถูกต้อง\*.**

### การใช้แนวคิดเรื่องครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้าน สุขภาพมาวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

คณะผู้วิจัยเสนอการใช้แนวคิดที่ว่าด้วยครัวเรือนที่ยากจน เพราะรายจ่ายสุขภาพมาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ผล กระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(๑๑,๑๒)</sup> ทั้งใน แง่การเปรียบเทียบก่อนและหลังมีโครงการ และในแง่การ กระจายประโยชน์ในการช่วยลดความยากจน ซึ่งอาจแสดงได้

\*ในเชิงนโยบายนั้น ข้อเท็จจริงประการนี้ควรต้องได้รับการพิจารณา อย่างรอบคอบในกรณีที่เกี่ยวข้องจะผลักดันนโยบายด้านการร่วมจ่าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า





ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ ๔ ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพต่อจำนวนครัวเรือนทั้งประเทศ ระหว่าง ๒๕๒๙ - ๒๕๔๗ จำแนกตามวิธีคำนวณ

ด้วยรูปที่ ๔, ๕ และ ๖ ดังต่อไปนี้

รูปที่ ๔ แสดงสัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพต่อจำนวนครัวเรือนทั้งประเทศ โดยประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน ที่สำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างปี ๒๕๒๙ - ๒๕๔๗ จากเกณฑ์ที่ต่างกัน คือ

(๑) ครัวเรือนที่มีรายได้รวม (ก่อนหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล) สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลออกแล้ว จะมีรายได้สุทธิที่ต่ำกว่าเส้นความยากจนของครัวเรือนนั้น.

(๒) ครัวเรือนที่มีรายจ่ายรวม (ก่อนหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล) สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลออกแล้ว จะมีรายจ่ายด้านอื่น ๆ รวมกันต่ำกว่าเส้นความยากจนของครัวเรือนนั้น.

(๓) ครัวเรือนที่มีรายได้รวม (ก่อนหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล) สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลออกแล้ว จะมีรายได้สุทธิที่ต่ำกว่าเส้นความยากจนของครัวเรือนนั้น ที่ลบด้วยค่าใช้จ่ายด้านการ

รักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของคนจนในพื้นที่นั้น.

(๔) ครัวเรือนที่มีรายจ่ายรวม (ก่อนหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล) สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลออกแล้ว จะมีรายจ่ายด้านอื่น ๆ รวมกันต่ำกว่าเส้นความยากจนของครัวเรือนนั้น ๆ ที่ลบด้วยค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของคนจนในพื้นที่นั้น.

สาเหตุที่มีการวัดจากทั้งด้านรายได้และรายจ่ายก็เพราะว่าถึงแม้ว่าโดยสามัญสำนึกของคนจำนวนมากจะเห็นว่ารายได้ของครัวเรือนน่าจะเป็นตัวสะท้อนมาตรฐานการครองชีพของครัวเรือนที่เหมาะสมที่สุด แต่รายได้ของครัวเรือนจำนวนมาก โดยเฉพาะครัวเรือนเกษตรในชนบท มีความผันแปรค่อนข้างมาก (มากกว่ารายจ่ายของครัวเรือน ซึ่งก็ย่อมสะท้อนความสามารถของครัวเรือนในการหาทรัพยากรมาใช้ด้วยวิธีการต่าง ๆ)<sup>#</sup>. ดังนั้น นักเศรษฐศาสตร์จำนวนไม่น้อยจึงเห็นว่าการ

<sup>#</sup> รวมถึงการกู้หนี้ยืมสิน ซึ่งอาจทำให้บางครัวเรือนสามารถใช้จ่ายมากกว่ารายได้ของครัวเรือนในปีนั้น (แต่ก็หมายความว่าในปีอื่น ๆ ครัวเรือนนี้จะมีความสามารถในการจ่ายน้อยกว่ารายได้ของตน)

วัดความยากจนจากด้านรายจ่ายน่าจะมีคามแม่นยำกว่าด้าน รายได้. อย่างไรก็ตาม จากรูปที่ ๔ จะเห็นได้ว่า การวัดทั้งสองแบบได้ผลที่ต่างกันไม่มาก และมักจะมีทิศทางที่ขึ้นลงไปในทางเดียวกัน.

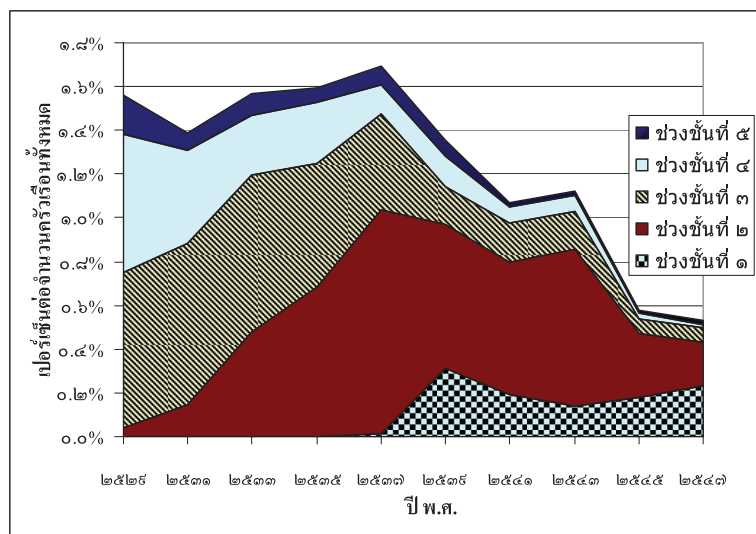
สำหรับการเปรียบเทียบกับเส้นความยากจนที่รวมหรือหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลนั้น โดยทั่วไปแล้ว ควรจะใช้เส้นที่หักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมาเปรียบเทียบกับรายได้ที่หักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล. แต่ในรูปที่ ๔ ได้นำเสนอผลจากการใช้เส้นความยากจนที่รวมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเอาไว้ด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านสามารถเปรียบเทียบกันได้และสามารถเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในอดีตของคณะผู้วิจัย<sup>(๙)</sup> (ซึ่งใช้เส้นความยากจนเส้นเดิม) ได้อีกทางหนึ่งด้วย.

จากรูปที่ ๔ แสดงให้เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนช่วยลดจำนวนครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพลง โดยผลที่ได้สอดคล้องกันไม่ว่าจะใช้วิธีวัดความยากจนแบบใดเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา (ทั้งแนวคิดด้านรายได้ และรายจ่าย หรือเส้นความยากจนแบบปรกติกับแบบที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออก). กล่าวคือ ใน พ.ศ. ๒๕๔๓

มีครัวเรือนที่จนเพราะสุขภาพคิดเป็นร้อยละ ๑.๑๓ ของครัวเรือนทั้งหมด (แนวคิดด้านรายได้ที่ปรับเส้นความยากจนแล้ว). ขณะที่ พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ ร้อยละของครัวเรือนที่จนเพราะสุขภาพลดลงเหลือเพียง ๐.๕๘ และ ๐.๕๓ ตามลำดับ\*.

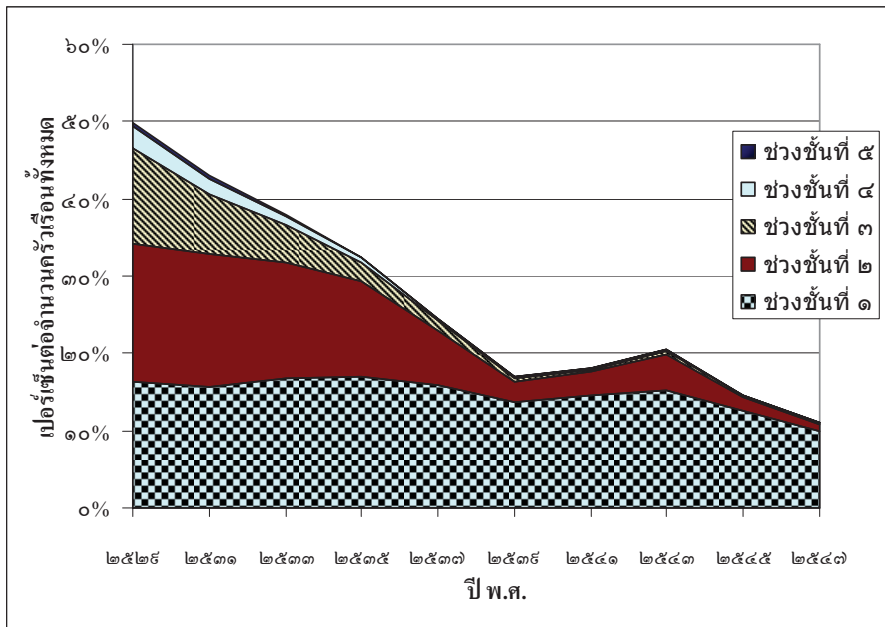
รูปที่ ๕ แสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ โดยแยกตามช่วงชั้นรายได้ และรูปที่ ๖ แสดงยอดรวมของทั้งจำนวนคนจนและคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ. จากรูปที่ ๕ จะเห็นได้ว่าในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๔๗ นั้น ภาวะความยากจนเพราะสุขภาพลดลงในเกือบทุกช่วงชั้นรายได้ (ยกเว้นกลุ่มยากจนที่สุดในกลุ่มรายได้ ๑ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนกลุ่มที่ยากจนอยู่แล้ว)

\*สาเหตุที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับผลการคำนวณในปี ๒๕๔๒ และ ๒๕๔๔ ก็เพราะการสำรวจใน ๒ ปีดังกล่าวเป็นการสำรวจขนาดเล็กที่จัดขึ้นเป็นพิเศษ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง ๑ ใน ๓ ของการสำรวจในปีปรกติเท่านั้น. ถึงแม้ว่าจำนวนตัวอย่างดังกล่าวอาจเพียงพอสำหรับบางคำถามที่ไม่ซับซ้อน แต่อาจมีความอ่อนไหวมากกว่าปรกติเมื่อนำมาวัดจำนวนคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ (ซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างน้อยอยู่แล้ว).



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ ๕ ร้อยละของครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพในแต่ละช่วงชั้นรายได้ (Quintile) ต่อครัวเรือนทั้งประเทศ พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๔๗ (เส้นความยากจนคำนวณตามแนวคิดด้านรายได้ที่ปรับด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพแล้ว)



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ ๖ ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนและครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพในแต่ละช่วงชั้นรายได้ ครัวเรือนทั้งประเทศใน พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๔๗ (เส้นความยากจนคำนวณตามแนวคิดด้านรายได้ที่ปรับด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพแล้ว)

โดยจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มรายได้ที่ ๒ (ซึ่งมีฐานะปานกลางค่อนข้างต่ำ) ลดลงมากที่สุด. กล่าวคือ ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ ครัวเรือนในกลุ่มรายได้ที่ ๒ เคยมีสัดส่วนของคนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ ๐.๗๒ ของครัวเรือนทั้งหมด. แต่หลังจากที่มีโครงการ ๓๐ บาทฯ แล้ว สัดส่วนของคนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มรายได้นี้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๐.๓ และ ๐.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ ตามลำดับ. สำหรับกลุ่มรายได้ถัด ๆ มา (อันได้แก่ กลุ่มรายได้ที่ ๓, ๔ และ ๕ นั้น) ต่างก็มีสัดส่วนจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพที่ลดลงลดหลั่นกันมาตามลำดับ.

สำหรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพในกลุ่มรายได้แรกนั้นเป็นผลที่เกิดมาจากการลดลงของจำนวนครัวเรือนยากจนโดยรวมของทั้งประเทศ ซึ่งส่วนหนึ่งพอเห็นได้เมื่อพิจารณาความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มรายได้ในรูปที่ ๖ พร้อม ๆ ไปกับรูปที่ ๕ (โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นต้นมา). ดังนั้นใน พ.ศ. ๒๕๓๙ ซึ่ง

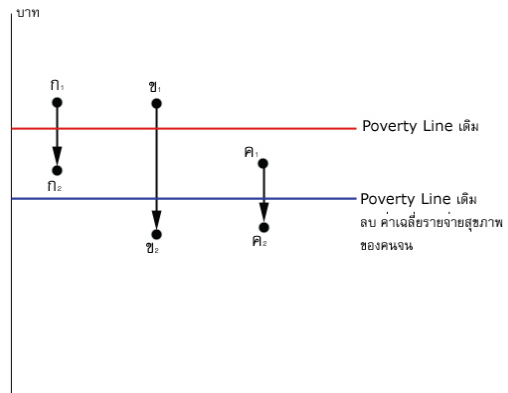
ร้อยละของครัวเรือนยากจนยังค่อนข้างสูง (คือมากกว่าร้อยละ ๒๕ ของครัวเรือนทั้งประเทศ<sup>(๘)</sup>) นั้น ครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพจึงแทบไม่ปรากฏในกลุ่มรายได้ที่ ๑ เลย. แต่หลังจากที่จำนวนครัวเรือนยากจนในกลุ่มรายได้ที่ ๑ ลดลง จำนวนครัวเรือนที่หมิ่นเหม่ต่อภาวะยากจนจึงเพิ่มขึ้น เนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อยก็สามารถผลักให้ครัวเรือนเหล่านี้ตกลงมาได้เส้นความยากจนได้. ปัญหาจึงอยู่ที่ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีส่วนช่วยลดรายจ่ายเล็ก ๆ น้อย ๆ ของครัวเรือนเหล่านี้ได้อย่างไร. ในทางทฤษฎีนั้น การเลิกเก็บค่าธรรมเนียม ๓๐ บาทตั้งแต่ช่วงปลาย พ.ศ. ๒๕๔๙ อาจมีส่วนช่วยลดจำนวนครัวเรือนกลุ่มนี้ได้ แต่จนถึงขณะที่คณะผู้วิจัยศึกษาเรื่องนี้ (กลาง พ.ศ. ๒๕๕๐) ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงพอที่จะมาตรวจสอบสมมุติฐานข้อนี้.

อย่างไรก็ตาม การที่วิธีวัดจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพข้างต้น ไม่ได้รวมคนที่จนตั้งแต่ยังไม่มีรายจ่าย

ด้านสุขภาพเข้ามาด้วย ในขณะที่คนเหล่านี้ย่อมได้รับผลกระทบด้านลบจากการที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพเช่นกัน และก็ยังเป็นกลุ่มที่จะมีโอกาสหลุดพ้นจากความยากจนง่ายขึ้นถ้ามีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง. กรณีนี้อาจถือได้ว่าเป็นข้อจำกัดของการวัดการวัดจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ\*. ดังนั้น ในหัวข้อต่อไป คณะผู้วิจัยจึงนำเสนอการวัดผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพต่อความยากจนอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งจะรวมผลที่เกิดกับกลุ่มคนที่จนตั้งแต่เมื่อยังไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเข้ามาด้วย.

**การวัดผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อความยากจน โดยเปรียบเทียบสัดส่วนช่องว่างความยากจนก่อนและหลังมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ**

ในงานข้างต้น คณะผู้วิจัยได้ใช้นิยามคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพที่ครอบคลุมเฉพาะครัวเรือนกลุ่ม ข. ในรูปที่ ๗ ซึ่งเปลี่ยนไปจากนิยามที่ใช้ในการศึกษาครั้งก่อนของคณะผู้วิจัย<sup>(๗)</sup> โดยในการศึกษาครั้งก่อนได้ให้นิยามครัวเรือนที่จนเพราะสุขภาพว่าเป็นครัวเรือนที่เมื่อหักรายได้ด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพแล้วจะมีรายได้สุทธิต่ำกว่าเส้นความยากจนเดิม (ซึ่งคือทั้งครัวเรือนกลุ่ม ก. และ ข. ในรูปที่ ๗). แต่ตามวิธีใหม่นั้นเป็นการเปรียบเทียบรายได้สุทธิกับเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ซึ่งเส้นความยากจนนี้จะต่ำกว่าเส้นความยากจนที่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเอาไว้ด้วย). ตามวิธีใหม่นี้ ครัวเรือนกลุ่ม ข. ยังคงถือเป็นครัวเรือนที่จนเพราะราย



รูปที่ ๗ เปรียบเทียบนิยามของคนที่ยจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพวิธีใหม่กับวิธีเดิม

จ่ายด้านสุขภาพ (แต่ครัวเรือนกลุ่ม ก. ไม่ใช่ครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพอีกต่อไป เพราะเมื่อหักรายได้ด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพแล้ว ครัวเรือนกลุ่มนี้ยังมีรายได้สุทธิสูงกว่าเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ). อย่างไรก็ตาม เมื่อหันมาใช้เส้นความยากจนแบบใหม่ ก็มีคำถามเกิดขึ้นสำหรับครัวเรือนกลุ่ม ค. ซึ่งในการศึกษาเดิมไม่เข้าข่ายครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ (เพราะมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนเส้นเดิม). แต่เมื่อเราสามารถแยกรายจ่ายด้านสุขภาพออกมาจากเส้นความยากจนได้ ก็อาจจะตีความว่าครัวเรือนกลุ่ม ค. เป็นครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพด้วย เพราะถ้าครัวเรือนเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเลย ครัวเรือนเหล่านี้ก็จะกลายเป็นครัวเรือนที่ไม่จนเนื่องจากมีรายได้เพียงพอสำหรับการบริโภคสินค้าใน ๔ หมวดที่เหลือ. แต่ถ้าครัวเรือนเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็มีโอกาสที่จะตกหล่มความยากจนเนื่องจากอาจมีรายได้ที่เหลือไม่เพียงพอสำหรับบริโภคสินค้าใน ๔ หมวดที่เหลือ และครัวเรือนกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจนได้แม้กระทั่งในกรณีที่ครัวเรือนมีรายจ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยของคนจนในพื้นที่เสียอีก.

ถ้าใช้วิธีมองแบบ “หลังเหตุการณ์” (ex post) การรวมครัวเรือนกลุ่ม ค. เข้ามาด้วย น่าจะเป็นวิธีวัดจำนวนครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

\*ผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับคำวิจารณ์ที่ว่าวิธีวัดภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพโดยพิจารณาจากคนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมที่จะใช้กับครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจนเพียงเล็กน้อย (ด้วยเหตุผลที่ว่าวิธีนี้มีโอกาสที่จะทำให้เรานับรวมครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าครัวเรือนที่ยากจนโดยเฉลี่ยเพียงเล็กน้อยเข้ามาเป็นครัวเรือนที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพ) เพราะถ้าค่าใช้จ่ายส่วนนี้ไม่มีจำนวนต่ำเพียงใดในสายตาของ “นักวิชาการ” บางท่าน แต่เป็นค่าใช้จ่ายที่มากพอที่จะทำให้ครัวเรือนตกอยู่ในสภาวะความยากจนแบบสัมบูรณ์ (ซึ่งย่อมถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตทางการเงินของครัวเรือน) แล้วใช้ ก็น่าจะต้องถือว่าค่าใช้จ่ายส่วนนั้นมีนัยสำคัญมากพอในสายตาของครัวเรือนหรือประชาชนที่ยากจนเหล่านั้น.



ถ้ามีระบบที่ประชาชนทั่วไปมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ที่ตนสามารถพึงได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วย/ครัวเรือนไม่จำเป็นต้องมีเงินสำรองเตรียมไว้มากนัก. แต่ถ้าในช่วง “ก่อนเหตุการณ์” (ex ante) ครัวเรือนไม่มีความมั่นใจในเรื่องรายจ่ายด้านสุขภาพของตนในอนาคต ครัวเรือนต่าง ๆ ก็อาจต้องพยายามออมหรือกั้นเงินบางส่วนเพื่อเอาไว้บ้าง ซึ่งจะทำให้ครัวเรือนกลุ่มนี้ไม่มีกำลังบริโภคสินค้าอื่น ๆ ได้อย่างเพียงพอ จึงควรถือว่าครัวเรือนกลุ่มนี้เป็นครัวเรือนที่จนตั้งแต่แรก มากกว่าที่จะถือว่าเป็นครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ. ด้วยเหตุที่คณะผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ในโลกความเป็นจริงนั้น การตัดสินใจของครัวเรือนมักจะเป็นการตัดสินใจในขณะที่ครัวเรือนตระหนักเป็นอย่างดีว่าตนกำลังเผชิญกับความไม่แน่นอนอยู่ตลอดเวลา ในการวิเคราะห์ในหัวข้อที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยจึงเลือกที่จะไม่รวมครัวเรือนกลุ่ม ค. เข้ามาในนิยามของคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ\*.

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่ครอบคลุมแนวคิดที่หลากหลายอย่างครบถ้วนมากขึ้น คณะผู้วิจัยขอเสนอให้ใช้ตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่สามารถแสดงให้เห็นสัดส่วนของช่องว่างความยากจน (normalized poverty gap) ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งนอกจากตัวชี้วัดนี้คิดรวมผลกระทบต่อความยากจนของกลุ่มคนที่จนตั้งแต่ยังไม่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมทั้งกลุ่ม ค. เข้ามาด้วยแล้ว ยังให้หน้าหนักกับผลกระทบที่เกิดกับคนกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ หรือคนกลุ่ม ข. เสียด้วยซ้ำ. ทั้งนี้เราสามารถคำนวณค่าตัวชี้วัดได้จากส่วนต่างของสัดส่วนช่องว่างความยากจน ก่อนและหลังมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากสูตรสมการต่อไปนี้

$$DPG_{Health} = \frac{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (Pline_i^{post} - Inc_i^{post})}{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (Pline_i^{post})} - \frac{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (Pline_i^{pre} - Inc_i^{pre})}{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (Pline_i^{pre})}$$

โดย  $DPG_{Health}$  = สัดส่วน (หรือค่าร้อยละ) ของช่องว่างความยากจน ที่เพิ่มขึ้นจากการมีรายจ่ายด้านสุขภาพ (ในกรณีที่  $DPG_{Health}$  มีค่าเป็นบวก)<sup>#</sup>.

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

$Pline^{pre}$  = เส้นความยากจนก่อนหักรายจ่ายด้านสุขภาพ  
 $Pline^{post}$  = เส้นความยากจนหลังหักรายจ่ายด้านสุขภาพ  
 $Inc^{pre}$  = รายได้เฉลี่ยต่อคนของครัวเรือนก่อนหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

$Inc^{post}$  = รายได้เฉลี่ยต่อคนของครัวเรือนหลังหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ ค่าสัดส่วนของช่องว่างความยากจนตัวหน้าเป็นการคำนวณช่องว่างความยากจนหลังจากที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งก็คือค่าความแตกต่างระหว่างเส้นความยากจนที่ไม่รวมรายจ่ายสุขภาพ กับดัชนีวัดคุณภาพชีวิต (ในกรณีนี้คือรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนแล้วโดยในส่วนของตัวตั้ง (เศษ) นั้น นำเฉพาะค่าความแตกต่างที่มีค่าเป็นบวกมารวมกัน (เพราะโดยนิยามแล้ว ช่องว่างความยากจน จะคิดจากครัวเรือนที่อยู่ใต้เส้นความยากจนเท่านั้น)\*\*.

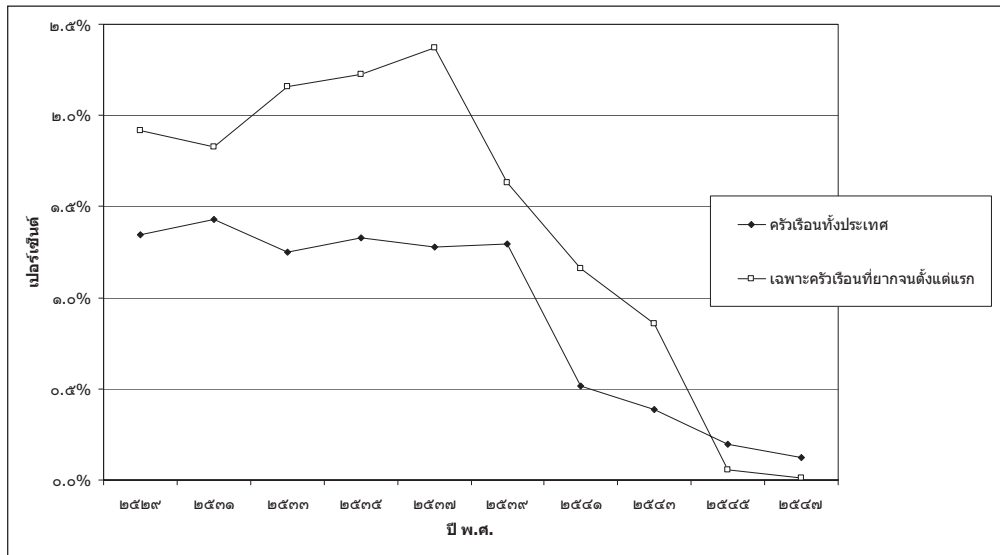
สำหรับค่าช่องว่างความยากจนเฉลี่ยตัวหลังคำนวณจากช่องว่างความยากจนตามนิยามที่ใช้กันโดยทั่วไป ซึ่งก็คือค่าความแตกต่างระหว่างเส้นความยากจนกับรายได้ของครัวเรือนโดยในส่วนของตัวตั้ง (เศษ) จะนำเฉพาะค่าความแตกต่างที่มีค่าเป็นบวกมารวมกันเช่นเดียวกัน.

ความแตกต่างของค่าสัดส่วนช่องว่างความยากจนของครัวเรือนที่เกิดจากการใช้จ่ายด้านสุขภาพในช่วง พ.ศ. ๒๕๒๙-๒๕๔๗ ได้แสดงในรูปที่ ๘.

\*และถึงจะรวมครัวเรือนกลุ่ม ค. เข้ามา ก็ไม่ได้ทำให้ได้ข้อสรุปที่แตกต่างไปจากที่คณะผู้วิจัยนำเสนอในตอนต้นของบทความ จะแตกต่างก็เพียงตัวเลขรวมของคนที่ยจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น

<sup>#</sup>ในทางทฤษฎี ส่วนต่างของสัดส่วนช่องว่างความยากจนทั้งสองอาจเป็นบวกหรือลบก็ได้ ขึ้นกับการกระจายของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนต่างๆ ว่าเบ้ไปทางใดหรือไม่ แต่ในการศึกษาจากข้อมูลเชิงประจักษ์มักจะได้ค่าที่เป็นบวก

\*\*ดังนั้นผลกระทบด้านความยากจนสำหรับครัวเรือนกลุ่มที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ (กลุ่ม ข.) นั้น จะคิดเฉพาะส่วนต่างระหว่างเส้นความยากจนกับสถานะของครัวเรือนที่อยู่ใต้เส้นความยากจนหลังจากที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่านั้น หรืออีกนัยหนึ่ง วิธีนี้ให้หน้าหนักกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนกลุ่มนี้น้อยกว่า ๑ (ขณะที่ให้หน้าหนักกับครัวเรือนกลุ่ม ค. เท่ากับ ๑ และให้หน้าหนักกลุ่ม ก. และกลุ่มที่รวยกว่านั้นเท่ากับศูนย์)



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ ๔ ผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อช่องว่างความยากจน ของครัวเรือนทั่วประเทศและเฉลี่ยเฉพาะครัวเรือนยากจน พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๕๓

จากรูปที่ ๔ จะเห็นได้ว่าผลกระทบของรายจ่ายด้านสุขภาพ (โดยวัดจากสัดส่วนช่องว่างความยากจนที่เพิ่มขึ้นจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นต้นมา และลดลงจากประมาณร้อยละ ๐.๓๙ ของเส้นความยากจนใน พ.ศ. ๒๕๔๓ เหลือร้อยละ ๐.๒๐ และ ๐.๑๒ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ ตามลำดับ. นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนยากจน (กลุ่มที่อยู่ใต้เส้นความยากจนตั้งแต่แรก) จะเห็นได้ว่าในอดีตคนกลุ่มนี้เคยได้รับผลกระทบจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ\* แต่ในช่วงหลังจากที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โดยเริ่มนับจากการมีโครงการ ๓๐ บาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๔)

ขนาดความรุนแรงของความยากจนเพราะสุขภาพในคนกลุ่มนี้ ลดลงจากประมาณร้อยละ ๑ จนแทบจะกลายเป็นศูนย์ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๗ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโครงการหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งโครงการ ๓๐ บาท ในการลดภาระรายจ่ายสุขภาพของกลุ่มผู้ยากไร้ที่สุดลงจนแทบจะหมดไป.

**ข้อจำกัดและจุดอ่อน**

เนื่องจากการวัดภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพที่นำเสนอในบทความนี้ (รวมทั้งวิธีวัดอื่นๆ ที่ได้วิจารณ์ไว้ข้างต้น) ล้วนแล้วแต่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือน ดังนั้น ความแม่นยำของการวัดย่อมขึ้นกับความถูกต้องแม่นยำของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจด้วย.

นอกจากนี้ การใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นผลมาจากการตัดสินใจของครัวเรือนภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ครัวเรือนประสบอยู่ และครัวเรือนที่ยากจนมักมีข้อจำกัดมากกว่าครัวเรือนที่มีฐานะดี ดังนั้น ถึงแม้ว่าการที่ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายที่

\*ไม่น่าแปลกใจ เพราะเกือบทุกบาทที่กลุ่มคนที่จนอยู่แล้วใช้จ่ายด้านสุขภาพจะทำให้ช่องว่างความจนของเขาเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่กลุ่มที่เหลือจะมีช่องว่างความยากจนเกิดขึ้นกับเฉพาะครัวเรือนที่จน เพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่านั้น (ซึ่งเป็นส่วนน้อยของครัวเรือนทั้งหมด) และช่องว่างความยากจนที่เกิดขึ้นจะมีค่าน้อยกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเหล่านั้น ซึ่งเดิมอยู่เหนือเส้นความยากจน.





ต้องจ่ายเองน้อยลงจะมีนัยว่าครัวเรือนสามารถพึ่งพาหลักประกันสุขภาพของภาครัฐได้มากขึ้น แต่ก็ยังไม่ได้เป็นหลักประกันว่าความจำเป็นด้านสุขภาพ ของพวกเขาได้รับการตอบสนองดีพอ (หรือได้รับการตอบสนองดีเท่ากับครัวเรือนที่มีฐานะดีกว่าที่ควักกระเป๋าจ่ายเองมากกว่า)<sup>#</sup>.

### สรุป

วิธีวัดความยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพโดยเทียบรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนกับเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละครัวเรือน ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ภาวะวิกฤตทางการเงินอันเนื่องมาจากรายจ่ายสุขภาพได้ถูกต้องและแม่นยำตรงกว่าวิธีในอดีต ซึ่งมักใช้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้หรือรายจ่ายของครัวเรือนเป็นเกณฑ์มาตรฐาน (เช่น เมื่อมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเกินร้อยละ ๑๐ ของรายได้) โดยไม่ต้องกังวลถึงความผิดพลาดที่เกิดจากการประเมินปัญหาเกินความเป็นจริงสำหรับกลุ่มผู้มีฐานะดี และในขณะเดียวกันก็ยังคงให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดจากรายจ่ายเล็ก ๆ น้อย ๆ ของกลุ่มคนที่ค่อนข้างยากจน ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นคนจนถึงแม้เมื่อมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นไม่มากนัก.

อย่างไรก็ตาม การใช้จำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นตัววัดภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพมีข้อจำกัดที่ตัวชี้วัดนี้ไม่ไวต่อความเปลี่ยนแปลงในกลุ่มครัวเรือนที่อยู่ใต้เส้นความยากจนตั้งแต่แรก. ดังนั้น บทความนี้จึงได้เสนอตัวชี้วัดที่สามารถนำมาใช้ประกอบกัน ซึ่งก็คือสัดส่วนของช่องว่างความยากจนที่เปลี่ยนแปลงไปจากการมีรายจ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งนอกจากวิธีนี้จะให้หน้าหนักกับครัวเรือนที่อยู่ใต้เส้นความยากจนตั้งแต่แรกมากกว่ากลุ่มอื่นแล้ว การประยุกต์

ใช้วิธีนี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผ่านมายังช่วยให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพในการลดความยากจนของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นด้วย.

### กิตติกรรมประกาศ

งานในบทความนี้ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมี ศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา และ ศาสตราจารย์ดิเรก บัณฑิตวิวัฒน์ เป็นที่ปรึกษา. ผู้ร่วมสัมมนาที่ สวปก. โดยเฉพาะ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, นพ.ภูษิต ประคองสาย, รศ.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคุณกัญญา ดิษยาธิคม ได้กรุณาวิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะหลายประการ.

### เอกสารอ้างอิง

๑. สุคนธา คงศีล. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับ Catastrophic Illness and Catastrophic Insurance Development in Thailand. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๐.
๒. อนุพงศ์ สุจริยากุล, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายของผู้ป่วยในที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในจังหวัดสงขลา. ใน ชุดโครงการวิจัยการพัฒนาารูปแบบการจัดการระบบประกันสุขภาพในสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๓. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราณี วาวิท, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, ภูษิต ประคองสาย. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ใน: กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศ. เอกสารในการประชุมวิชาการเรื่อง พลัมปัญญา: ผู้การพัฒนากลไกประกันสุขภาพถ้วนหน้า; ๑๕-๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗; ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๔. Va Doorslaer E, O'Donnell O. Paying out-of-pocket for health care in Asia: catastrophic and poverty impact. EQUITAP working paper#2; 2005.
๕. O'Donnell O, Van Doorslaer E. Explaining the incidence of catastrophic expenditures on health care: comparative evidence from Asia. EQUITAP working paper #5; 2005.
๖. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย.

<sup>#</sup> ถึงแม้ว่าการจ่ายเงินเองมากก็ไม่ได้หมายความว่าจะเป็นหลักประกันว่าความจำเป็นด้านสุขภาพของพวกเขาได้รับการตอบสนองที่ดีพอเช่นกัน และในบางกรณีการจ่ายเงินเองมากกว่าอาจจะสะท้อนการใช้ไปกับผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ (เช่น ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม) ที่ไม่ได้มีข้อพิสูจน์ถึงประโยชน์ที่คุ้มค่า หรือไปกับการใช้จ่ายต้นตำรับที่ราคาแพงและมีความคุ้มค่าน้อยลงเช่นกัน.

- Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand. EQUITAP working paper # 16; 2005
๗. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. Bull Wrlld Hlth Org 2007;85: 600-6.
  ๘. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, ศศิวิฑูรย์ วงศ์มณฑา. ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ ๓๐ บาทๆ ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน. รายงานวิจัยเล่มที่ ๒ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (๒๕๔๖-๔๗). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๘.
  ๙. สมชัย จิตสุชน, จิราพร แปลงประพันธ์, Nanak Kakwani. Thailand's New Official Poverty Lines. Research Report prepared for The National Economic and Social Development Board and The United National Development Programme. Bangkok: Thailand Development Research Institute; 2004.
  ๑๐. World Bank. Catastrophic health care payments. Quantitative Techniques for Health Equity Analysis-Technical Note #18.
  ๑๑. World Bank. Poverty impact of health care payments. Quantitative Techniques for Health Equity Analysis-Technical Note # 19.
  ๑๒. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-98. EQUITAP project; 2002.
  ๑๓. อัญชญา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง. ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน. รายงานเล่มที่ ๑ โครงการวิจัย การใช้ข้อมูลการสำรวจมาวัดผลกระทบของโครงการ ๓๐ บาทๆ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน และการสร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; ๒๕๕๐.
  ๑๔. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง. ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ. รายงานเล่มที่ ๒ โครงการวิจัย การใช้ข้อมูลการสำรวจมาวัดผลกระทบของโครงการ ๓๐ บาทๆ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน และการสร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; ๒๕๕๐.