

โครงการวิจัย

การใช้ข้อมูลการสำรวจมาวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทฯ และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและ การลดความยากจน และการสร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

ที่ปรึกษา: ศ.อัมมาร สยามวาลา[#]

คณะผู้วิจัย: วิโรจน์ ฌ ระนอง⁺ อัญชนา ฌ ระนอง^{*} และอรรถกฤต เล็กศิริไธ^{**}

โครงการวิจัยนี้ประกอบด้วยรายงาน 3 ฉบับ ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันในระดับหนึ่ง และมีลักษณะร่วมคือ งานทั้งสามชิ้นเป็นความพยายามที่จะพัฒนาวิธีวิทยา (methodology) ของการวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในประเทศไทยให้มีความชัดเจนและอิงหรือเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และหลักการต่างๆ มากขึ้น

รายงานฉบับแรก เรื่อง “ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน” เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากงานของคณะผู้วิจัย (วิโรจน์ ฌ ระนอง และคณะ 2547) โดยนอกจากจะขยายขอบเขตเวลาของการศึกษาเพื่อให้ได้คำตอบที่สามารถตอบได้ด้วยความมั่นใจมากขึ้นแล้ว จุดสำคัญคือการพัฒนาวิธีวัดความยากจน โดยใช้เส้นความยากจนใหม่ซึ่งมีคุณสมบัติหลายข้อที่ดีกว่าเดิม และสามารถสร้างเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้สามารถหาจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ รวมทั้งผลกระทบของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อความยากจนในแง่มุมต่างๆ ได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

รายงานเล่มที่ 2 เรื่อง “ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ” (และบทความในภาคผนวก เรื่อง “การประเมินภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพ (catastrophic health expenditure) โดยวัดผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อความยากจน (poverty approach)”) เป็นความพยายามเบื้องต้นที่จะพัฒนาดัชนีชี้วัดที่ช่วยฉายให้เห็นภาพความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (ทั้งในภาพรวม--ถ้าเป็นไปได้ หรือแม้แต่ในภาพย่อย--ถ้าสามารถทำให้เห็นภาพที่ถูกต้องด้วยความเข้าใจถึงข้อจำกัดของการตีความจากภาพนั้นๆ) ซึ่งถ้าสามารถพัฒนาดัชนีชี้วัดที่เหมาะสมได้ ก็จะเป็นประโยชน์ในการประเมินผลโครงการ

[#] นักวิชาการเกียรติคุณ และรักษาการประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

⁺ ผู้อำนวยการวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการเกษตร สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) โทรศัพท์: 02-718-5460 ต่อ 338 หรือ 01-382-7846 โทรสาร: 02-718-5461-2 e-mail: virojtdri@yahoo.com หรือ naranong@econ.yale.edu

^{*} รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) e-mail: anchana@nida.ac.th

^{**} อดีตนักวิจัยที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อที่ London School of Economics

ต่างๆ ด้านสุขภาพอย่างมีหลักการ (และยึดหลักการพื้นฐานต่างๆ) มากขึ้น และขึ้นกับอคติหรือความเชื่อส่วนตัว (personal bias) น้อยลง

รายงานเล่มที่ 3 เรื่อง “แนวทางและทางเลือกในการสร้างตัวแบบสำหรับการวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (Benefit Incidence Analysis) จากเงินอุดหนุนของภาครัฐในโครงการหลักประกันสุขภาพ” เป็นความพยายามที่จะสร้างตัวแบบ (model) ที่สามารถนำมาใช้คำนวณผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (benefit incidence) จากการใช้จ่ายของภาครัฐในโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยเป็นการคำนวณที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม (ไม่ใช่เฉพาะผู้มีสิทธิใดสิทธิหนึ่ง) เพื่อหลีกเลี่ยงอคติ (bias) ที่เกิดขึ้นจากการแยกคำนวณ Benefit Incidence ตามกลุ่มผู้มีสิทธิแต่ละชนิด ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมิได้มีการกระจายตัวที่สม่ำเสมอตามกลุ่มเศรษฐกิจต่างๆ” การนำเสนอตัวแบบ (model) ในรายงานนี้ ได้พยายามเขียนเป็นคู่มือที่เป็นแนวทาง (guideline) ซึ่งอภิปรายถึงแนวทางและทางเลือกต่างๆ (รวมทั้งประเด็นต่างๆ ที่ควรนำมาพิจารณา) ในการคำนวณ เพื่อเป็นการชี้ประเด็นปัญหาและคำถามต่างๆ (รวมทั้งหลักการที่เกี่ยวข้อง) ภายใต้ข้อจำกัดด้านข้อมูล ให้นักวิจัยพิจารณาและตัดสินใจด้วยตัวเอง ซึ่งคณะผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะเป็นวิธีที่ประโยชน์กับนักวิจัยมากกว่าแนวทางที่เขียนคู่มือออกมาเป็นสูตรสำเร็จให้นักวิจัยนำไปใช้ตามนั้น ซึ่งแม้ว่าอาจจะมีข้อดีที่ทำให้ได้ผลงานที่เปรียบเทียบกันได้มากขึ้น แต่ก็มีโอกาสที่กลายเป็นการตีกรอบความคิดของนักวิจัย จนอาจทำให้ได้ผลงานวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

เช่นเดียวกับงานบุกเบิกด้านวิธีวิทยาจำนวนไม่น้อยในอดีต งานของคณะผู้วิจัยเองก็คงยังขาดความสมบูรณ์และอาจจะไม่สามารถครอบคลุมประเด็นที่สำคัญอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยเชื่อว่าแนวทางที่พยายามทำงานวิจัยที่พยายามเชื่อมโยงกับหลักการและทฤษฎีมากขึ้นเป็นแนวทางที่จำเป็นและจะมีส่วนช่วยทำให้ได้ผลงานวิจัยที่เป็นที่น่าเชื่อถือสำหรับการนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องมากขึ้น

* ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

** รูปที่ 8 ในรายงานเล่มที่ 2

สารบัญ

	หน้า
1. บทนำ	1
2. ข้อมูลที่ใช้	3
3. วิธีการศึกษา	4
4. การปรับปรุงเส้นความยากจน	4
5. ผลของโครงการ 30 บาทฯ และหลักประกันสุขภาพ ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ ประชาชน.....	16
6. ผลกระทบของโครงการ 30 บาทฯ และการมีหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่มีต่อความยากจน ตามวิธีการคำนวณเส้นความยากจนใหม่	21
7. บรรณานุกรม.....	38
ภาคผนวก	39
ก. คริวเรือนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคริวเรือนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่าย จากการเข้าโรงพยาบาล (เป็นผู้ป่วยใน) ปี 2529-2547 (ใช้แนวคิดด้านรายจ่าย โดยเปรียบเทียบกับเส้นความยากจนที่ไม่รวมรายจ่ายด้านสุขภาพ)	40
ข. ผลต่าง (เป็นร้อยละ) ของคริวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพ ที่ได้จากการคำนวณ ด้วยวิธีต่างๆ	47
ค. ผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อช่องว่างความยากจน (normalized poverty gap) ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2547	48

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนครัวเรือนในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2529-2547.....3
ตารางที่ 2	ระดับการประหยัดจากขนาดของหมวดสินค้าต่างๆ.....6
ตารางที่ 3	เส้นความยากจนที่ปรับปรุงใหม่7
ตารางที่ 4	เส้นความยากจนเดิม (เฉลี่ยบาทต่อคนต่อเดือน) จำแนกตามภาคและพื้นที่ ปี 2545.....8
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบเส้นความยากจนใหม่กับเส้นความยากจนเดิมสำหรับปี 25458
ตารางที่ 6	การใช้เส้นความยากจนใหม่มาคำนวณสัดส่วนของคนจนในอดีต9
ตารางที่ 7	สัดส่วนคนจน (ร้อยละ) ที่คิดจากด้านการบริโภคและด้านรายได้ ปี 2545 และ ปี 254712
ตารางที่ 8	สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้และรายจ่ายรวมของ ครัวเรือน ปี 2524- 2547 (ร้อยละ).....17
ตารางที่ 9	การคำนวณหาค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีโครงการ 30 บาท.....19
ตารางที่ 10	การคำนวณค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมี/ขยาย 3 โครงการ21
ตารางที่ 11	เส้นความยากจนในปี 2545 กับเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ23

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1	เส้นความยากจน (บาท) ปี 2529-2547 ทั้งประเทศ	10
รูปที่ 2	เส้นความยากจน (บาท) ปี 2529-2547 แยกตามภูมิภาค	11
รูปที่ 3	สัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนต่อครัวเรือนทั้งหมด (%) ปี 2529-2547 – แนวคิดด้านการบริโภค	13
รูปที่ 4	สัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนต่อครัวเรือนทั้งหมด (%) ปี 2529-2547 – แนวคิดด้านรายได้	13
รูปที่ 5	สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนต่อครัวเรือนทั้งหมดของภูมิภาค (%) ปี 2529-2547 – แนวคิดด้านการบริโภค	14
รูปที่ 6	สัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนต่อครัวเรือนทั้งหมดของภูมิภาค (%) ปี 2529-2547 – แนวคิดด้านรายได้	14
รูปที่ 7	การกระจายตัวครัวเรือนที่ยากจน (ตามแนวคิดด้านการบริโภค) ในภาคต่างๆ (%) ปี 2529-2547	15
รูปที่ 8	การกระจายตัวครัวเรือนที่ยากจน (ตามแนวคิดด้านรายได้) ในภาคต่างๆ (%) ปี 2529-2547	15
รูปที่ 9	สัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อรายได้รวมและรายจ่ายรวมของครัวเรือน ปี 2529-2547	16
รูปที่ 10	แผนผังการคำนวณค่าใช้จ่ายที่ประชาชนประหยัดได้จากโครงการ 30 บาทฯ	18
รูปที่ 11	แผนผังการคำนวณค่าใช้จ่ายที่ประชาชนประหยัดได้จากโครงการ 30 บาทฯ โครงการประกันสังคม และการขยายโครงการ สปร.	20
รูปที่ 12	เปรียบเทียบนิยามของคนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพวิธีใหม่กับวิธีเดิม	24
รูปที่ 13-ก	สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อครัวเรือนทั้งหมด ปี 2529-2547	26
รูปที่ 13-ข	สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อครัวเรือนทั้งหมด ปี 2529-2547	26
รูปที่ 14	สัดส่วนของครัวเรือนที่อยู่ระหว่างเส้นความยากจนกับเส้นความยากจน ที่ไม่รวมรายจ่ายด้านสุขภาพ	28
รูปที่ 15	สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อครัวเรือนทั้งหมด ปี 2529-2547 แบ่ง ตามเขตเมืองและชนบท-แนวคิดด้านรายได้	29
รูปที่ 16	สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจน ครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ และครัวเรือนที่ยากจน เพราะรายจ่ายสุขภาพด้านผู้ป่วยใน—แนวคิดด้านรายได้	31
	—แนวคิดด้านรายจ่าย	31

รูปที่ 17	สัดส่วนของครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ และครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพ ด้านผู้ป่วยใน--แนวคิดด้านรายได้.....	32
รูปที่ 18-ก	ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพและรายจ่ายผู้ป่วยในต่อครัวเรือนยากจน <u>ทั้งประเทศ</u> พิจารณาจากเส้นความยากจนด้านรายได้ที่หักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพออกไปแล้ว	33
รูปที่ 18-ข	ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพและรายจ่ายผู้ป่วยในต่อครัวเรือนยากจน <u>ทั้งประเทศ</u> พิจารณาจากเส้นความยากจนด้านรายจ่ายที่หักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพออกไปแล้ว	33
รูปที่ 19	สัดส่วนของครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพในภูมิภาคต่างๆ.....	34
รูปที่ 20	ผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อช่องว่างความยากจน (normalized poverty gap) ของครัวเรือนทั้งประเทศและครัวเรือนที่ยากจน ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2547.....	37