

ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ
โครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

วิโรจน์ ณ ระนอง
อัญชนา ณ ระนอง
ศศิวิทย์ วงศ์มณฑา

ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ
30 บาทฯ ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน
**Impacts of the Universal Health Coverage and the 30 Baht
Health Care Scheme on Household Expenditures and Poverty
Reduction in Thailand**

รายงานวิจัยเล่มที่ 2

โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่สอง (2546-47)

**Research Report No.2
Monitoring and Evaluating Universal Health Care Coverage in
Thailand, Phase II, 2003-04.**

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง

รศ.ดร.อัญชญา ณ ระนอง

ศศิวิทย์ วงศ์มณฑา

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

ตุลาคม 2547

แก้ไขปรับปรุง มิถุนายน 2548

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับความเห็น
ของสถาบันต้นสังกัด และมีใช้ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

Abstract

This study provides preliminary estimates on effects of the 30 Baht Scheme and the universal health coverage program on households' cost savings and on poverty reduction. The estimates employ data mainly from two nationwide surveys—the socioeconomic survey (SES) and the health and welfare survey (HWS).

Under a stylized fact that share of total health expenditure to GDP has been rather stable, we estimate households' cost savings based on the decremental shares of households' health expenditure on total income and expenditure and attribute them to government intervention. The estimated households' cost savings in 2002 (relative to the shares of their health expenditure in the years 1999 and 2000) is in the range of 7-8 billion baht, which is comparable to the incremental health budget the government added in the Fiscal Year 2002, the first year that 30 Baht Scheme is implemented nationwide (except for inner Bangkok).

Based on the same approach, we find that the estimated households' cost savings in 2002 (relative to the years 1986 and 1988) are in the range of 27-51 billion baht. These figures are considered the lower estimates of households' cost savings from the universal health coverage program--since the 1980's has already seen the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) and the Health Welfare Program for the Low Income Group.

In terms of poverty reduction, the study compares over time the percentage of those who were impoverished because of health care expenses using data from SES. The figures are drawn from the households that had per-capita income more than that of the poverty line, but had after-health-care income (gross income after subtracting household's health expenditure) that fell below the poverty line. We find that percentage of these impoverished group had been declining from 2.15% of total households in 1992 to 1.84% and 1.53% in 1994 and 1996, 1.1% and 1.3% in 1998 and 2000, and 0.7% in 2002. The early declines could be attributed to the expansion of Health Welfare Program for the Low Income Group to cover the elderly and children in 1994 and its subsequent financing reform toward per-capita budgeting that took place between 1998-2000. The recent decrease in 2002 is most likely results of the 30 baht scheme (plus a small effect of the coverage expansion of the Social Security in mid 2002). Based on these figures, the impoverished households that were caused by health care burden decreased by two-thirds as a result of the coverage expansion toward universal coverage. The above finding is similar in all regions but are more pronounced in the rural areas.

We also measure number of households that become impoverished because some members were hospitalized. We find, however, that numbers of this types of households are rather small--ranging from 1/7 to one-fourths of those were impoverished because of health expense. This finding suggests that a comprehensive universal coverage scheme that also covers major outpatient expense would still be crucial if poverty reduction is considered a main objective of the universal health coverage program in Thailand.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการนี้มีเป้าหมายที่จะศึกษาผลกระทบในระยะแรกของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”) ที่มีต่อการกระจายด้านสุขภาพของประชาชน โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ต้องรับภาระในปัจจุบันเทียบกับในอดีต ทั้งนี้ การลดค่าใช้จ่ายของประชาชนให้ลงมาอยู่ในระดับที่ไม่มีผลกระทบที่รุนแรงถือเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อมูลหลักของการศึกษานี้ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และใช้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเช่นกัน การเปรียบเทียบข้อมูลในช่วงก่อนและหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท สามารถนำมาวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทที่มีต่อประชาชนในภาพรวมในระดับหนึ่ง แต่จะไม่สามารถวัดผลกระทบของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมดได้ (เพราะก่อนหน้าที่จะมีโครงการ 30 บาทก็มีโครงการอื่นๆ ที่โดยหลักการแล้วให้หลักประกันสุขภาพกับประชากรประมาณสองในสามของประเทศอยู่แล้ว) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยในแต่ละปีก็มีส่วนที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะการระบาดของโรคติดต่อ รวมไปถึงจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจในบางปีก็แตกต่างกับปีอื่นๆ มาก

การศึกษานี้เปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายและรายรับของครัวเรือน ภายใต้ข้อสมมุติว่าบริการทางด้านสุขภาพเป็นเสมือนสินค้าปกติ (normal/superior good) ที่อุปสงค์ของผู้บริโภคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามรายได้รวม (หรือรายจ่ายรวม เพราะในระยะยาวแล้ว ครัวเรือนจะต้องพยายามบริหารให้มีรายจ่ายรวมไม่เกินรายรับของตน) ในลักษณะที่ทำให้สัดส่วนของการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนต่อรายจ่ายหรือรายรับรวมมีค่าค่อนข้างคงที่ในช่วงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการแทรกแซงของรัฐบาลอย่างขนานใหญ่ ข้อสมมุตินี้ค่อนข้างจะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในหลายประเทศ (รวมประเทศไทย) ซึ่งมักจะมีสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) ค่อนข้างคงที่ (แม้ว่าสัดส่วนนี้มักจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ) และในประเทศที่มีสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไปก็มักจะเกิดขึ้นในขณะที่มีความเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างหรือนโยบายเกิดขึ้นในประเทศนั้นๆ

การเปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับของครัวเรือนจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมระหว่างปี 2542-2545 พบว่าสัดส่วนของรายจ่ายด้านการ

รักษาพยาบาลต่อรายรับลดลงจากที่เคยค่อนข้างคงที่ (ร้อยละ 2.14-2.17% ในระหว่างปี 2542 ถึง 2544) ลดลงเหลือ 1.84% ในปี 2545 ซึ่งเป็นปีที่โครงการ 30 บาทฯ ครอบคลุมทั่วประเทศ (ยกเว้น กรุงเทพมหานครชั้นใน ที่เริ่มโครงการนี้ในเดือนเมษายน 2545) ในทำนองเดียวกัน สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือนลดลงจากประมาณ 2.66-2.67% ในระหว่างปี 2542-2543 เหลือ 2.32% ในปี 2545 ซึ่งคิดเป็นยอดค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนสามารถประหยัดได้ (ภายใต้ข้อสมมุติว่าถ้าไม่มีโครงการนี้ครัวเรือนจะคงสัดส่วนรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายหรือรายรับของครัวเรือนไว้ที่เดิม) 8,178-9,432 ล้านบาท ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับงบที่รัฐบาลจัดสรรเพิ่มให้กับกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งรับผิดชอบดูแลโครงการ 30 บาท ในปีงบประมาณในปี 2545) ซึ่งถ้าตัวเลขที่คำนวณได้นี้เป็นตัวเลขที่ถูกต้อง (กล่าวคือไม่ใช่เป็นกรณีพิเศษของปี 2545 เช่น มีอัตราการเจ็บป่วยที่ต่างจากปีอื่น หรือประชาชนยังมาใช้บริการไม่เต็มที่) และถ้าเงินที่ใช้จริงสำหรับโครงการนี้ใกล้เคียงกับงบประมาณที่ได้รับ (ไม่ใช่โรงพยาบาลต้องนำเงินออมของตนออกมาใช้หรือต้องก่อหนี้เพิ่มขึ้นมาก) ก็หมายความว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรของรัฐ ซึ่งตามปกติแล้วโครงการของรัฐที่มีลักษณะของการกระจายรายได้มักจะใช้เงินกับโครงการมากกว่าประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ

ถ้าสมมุติฐานที่ว่า สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับหรือรายจ่ายของครัวเรือนในระหว่างปี 2542-2544 ซึ่งต่ำกว่าในช่วงปี 2529-2531 ค่อนข้างมาก เป็นการลดลงที่เป็นผลมาจากโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ ของรัฐบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขยายความครอบคลุมของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน. ไปถึงผู้สูงอายุและเด็กในระหว่างปี 2532-2535 ก่อนที่จะเปลี่ยนมาเป็นโครงการ สปร. ในปี 2537 และการเกิดขึ้นของโครงการประกันสังคม ซึ่งเริ่มดำเนินการในระยะเดียวกัน) เป็นสมมุติฐานที่ถูกต้องแล้ว เราก็สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีหลักประกันสุขภาพทั้งสามโครงการ (รวมโครงการ 30 บาทฯ) และถือได้ว่าเป็นประโยชน์ขั้นต่ำที่ประชาชนได้รับจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เพราะยังไม่ครอบคลุมผลของโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการ สปน. เดิม) ภายใต้สมมุติฐานดังกล่าว จากการที่สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายได้ลดลงจากร้อยละ 3.56 (ค่าเฉลี่ยของปี 2529 และ 2531) มาเป็นร้อยละ 1.83 ในปี 2545 หรือลดลงเท่ากับร้อยละ 1.72 ของรายได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้ขั้นต่ำจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จากโครงการ 30 บาท (รวม สปร.) และโครงการประกันสังคม) เป็นจำนวนสูงถึง 50,831 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 84 ของยอดเงินที่น้อยกว่ากับเงินที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาท ในปีงบประมาณ 2545 บวกกับเงินที่โครงการประกันสังคมจ่ายให้สถานพยาบาลในปี 2545 ซึ่งถือได้ว่าเป็นสัดส่วนที่สูงมาก แต่เมื่อ

คำนวณโดยสมมุติว่าสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือนมีค่าคงที่แทน (สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายได้ลดลงจากร้อยละ 3.46 ในช่วงระหว่างปี 2529-2531 มาเป็นร้อยละ 2.31 ในปี 2545 หรือลดลงเท่ากับร้อยละ 1.15 ของรายจ่าย) ตัวเลขที่คำนวณได้จะลดลงมาเหลือประมาณ 27,000 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม แม้กระทั่งในช่วงปี 2529-2531 เองนั้น ก็มีโครงการ สปน. (ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณที่นอกเหนือจากเงินเดือนบุคลากรประมาณร้อยละ 7 ของงบประมาณสาธารณสุข) ที่โดยหลักการแล้วให้หลักประกันสุขภาพกับกลุ่มผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว ดังนั้น ตัวเลข 27,000 ล้านบาทจึงน่าจะเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการจัดหลักประกันสุขภาพของภาครัฐอยู่ไม่น้อย

ในแง่ผลของโครงการ 30 บาท ที่มีต่อการลดความยากจนนั้น การศึกษานี้ใช้วิธีเปรียบเทียบสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแล้ว จะมีรายได้สุทธิตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจน โดยถือว่าครัวเรือนเหล่านี้เป็นครัวเรือนที่ประสบปัญหาความยากจนจากการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ถ้าการมีหลักประกันสุขภาพต่างๆ (รวมทั้งโครงการ 30 บาท) ทำให้สัดส่วนของครัวเรือนกลุ่มนี้ลดลง ก็ย่อมแสดงให้เห็นว่าโครงการเหล่านี้มีส่วนช่วยในการลดปัญหาความยากจน ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนของครัวเรือนกลุ่มนี้มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2535-2539 (จากประมาณร้อยละ 2.15 เหลือร้อยละ 1.84 ในปี 2537 และ 1.53 ในปี 2539) และยังคงลดลงเหลือร้อยละ 1.1-1.3 ในระหว่างปี 2541-2543 และเหลือร้อยละ 0.7 ในปี 2545 (ซึ่งเป็นปีที่โครงการ 30 บาทดำเนินการทั่วประเทศเป็นปีแรก) การลดลงของครัวเรือนกลุ่มนี้ในช่วงก่อนปี 2545 ส่วนหนึ่งน่าจะได้อานิสงส์มาจากการขยายโครงการ สปร. ครอบคลุมเด็กและผู้สูงอายุในช่วงก่อนปี 2537 และการปรับวิธีการจัดสรร สปร. ในระหว่างปี 2541-2543 และถ้าข้อมูลในปี 2545 เป็นตัวแทนที่ดีของยุคหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทแล้ว ก็จะสามารถได้หยาบๆ ว่าการมีโครงการนี้ช่วยลดปัญหาความยากจนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลลงไปได้เกือบครึ่งหนึ่ง (หรือลดจำนวนครัวเรือนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้ลงได้เกือบหนึ่งแสนครัวเรือน) และถ้าถือว่าข้อมูลในปี 2535 เป็นตัวแทนที่ดีของสถานการณ์ในช่วงก่อนที่จะมีการขยายโครงการ สปร. (จากเดิมที่เป็นโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน.) แล้ว ก็พอจะอนุมานได้อย่างหยาบๆ ว่าการขยายหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (โดยโครงการ สปร. และโครงการ 30 บาทในระยะต่อมา) มีส่วนช่วยลดปัญหาความยากจนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลลงไปได้ถึงประมาณสองในสาม (จากร้อยละ 2.15 ในปี 2535 เหลือร้อยละ 0.71 ในปี 2545) แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนกว่าในชนบท แต่ก็มีผลที่คล้ายคลึงกันในเขตเมือง

อีกวิธีหนึ่งที่คณะผู้วิจัยพยายามนำมาวัดผลของหลักประกันสุขภาพและโครงการ 30 บาทที่มีต่อภาระทางการเงินด้านสุขภาพคือการลดจำนวนคนจนที่เกิดจากการเข้าโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยในแล้วเหลือรายได้สุทธิที่ต่ำกว่าเส้นความยากจน การเปรียบเทียบข้อมูลสำหรับครัวเรือนกลุ่มนี้มีปัญหามากกว่าในกรณีแรก เนื่องจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มคำถามเรื่องนี้เข้าไปในการสำรวจในปี 2541 ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับช่วงก่อนที่จะมีการขยายโครงการ สปร. ได้

จากข้อมูลเท่าที่มีอยู่พบว่าจำนวนครัวเรือนกลุ่มนี้มีสัดส่วนค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งก็ไม่ได้อยู่นอกเหนือความคาดหมายนักเนื่องจากในแต่ละปีจะมีผู้ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเพียงประมาณร้อยละ 10-12 ของประชากร แต่การที่มีจำนวนครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นจำนวน 4-7 เท่าของครัวเรือนที่จนเพราะป่วยจนต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลย่อมหมายความว่า สำหรับครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจนไม่มากนัก ค่าใช้จ่ายในส่วนของคนไข้ก็มีความสำคัญมากพอที่จะทำให้ครัวเรือนจำนวนมากตกลงไปในหล่มความยากจนได้ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการไปนอนโรงพยาบาลนั้น อาจจะไม่ใช้ตัวแทน (proxy) ที่ดีพอสำหรับปัญหาการเจ็บป่วยถึงขั้นล้มละลายเหมือนกับที่บางฝ่ายคาดเอาไว้ เพราะในความเป็นจริงแล้ว การเจ็บป่วยที่เรื้อรังหลายโรคที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องนั้น ก็อาจจะกลายเป็นภาระของครัวเรือนได้ไม่น้อยกว่าการเจ็บป่วยที่ต้องเข้านอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

โดยสรุปแล้ว สัดส่วนของคนจนจากการรักษาพยาบาลที่ลดลงจากการมีหลักประกันสุขภาพตกประมาณร้อยละ 1.44 ของครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งเมื่อคิดเป็นจำนวนประชากรก็จะตกประมาณเกือบหนึ่งล้านคน หรือประมาณร้อยละ 16.7 ของคนจนทั้งหมด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโครงการประกันสุขภาพมีส่วนในการลดจำนวนคนจนลงได้ประมาณมากถึงร้อยละ 14 ซึ่งเป็นจำนวนที่มีนัยสำคัญมากในการแก้ไขปัญหาความยากจนของประเทศ จึงถือได้ว่าโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพเหล่านี้เหล่านี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงในด้านการลดความยากจน ทั้งๆ ที่เป็นโครงการแบบ "ถั่วหน้า" ที่ไม่ได้เจาะจงว่าจะให้บริการเฉพาะคนยากจน แต่กลับมีผลในด้านการลดความยากจนมากกว่าหลายโครงการที่เจาะจงที่จะช่วยคนจนเสียด้วยซ้ำ ในแง่นี้ ความพยายามที่จะเปลี่ยนโครงการ 30 บาทกลับไปเป็นโครงการช่วยเหลือคนจนนอกจากจะมีแรงต้านทางการเมืองอยู่ไม่น้อยแล้ว ยังอาจเป็นความพยายามที่ไม่เป็นประโยชน์กับสังคมและคนยากคนจนน้อยลงด้วย เมื่อคำนึงถึงว่าโครงการในรูปแบบที่เป็นอยู่มีประสิทธิภาพค่อนข้างสูงในการลดปัญหาความยากจน และถึงแม้ว่านัก

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมักจะให้ความสำคัญกับการประกันความเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพราะเชื่อกันว่ามีโอกาสมากที่การเป็นโรคเหล่านี้จะก่อให้เกิดการล้มละลายของครัวเรือน ซึ่งย่อมทำให้ครัวเรือนเหล่านี้ตกหล่มความจน แต่ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมก็แสดงให้เห็นว่าครัวเรือนส่วนใหญ่ที่ตกหล่มความยากจนเนื่องจากค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพนั้น มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ไปที่ผู้ป่วยเหล่านั้นไปรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอก (รวมทั้งกรณีที่ป่วยเรื้อรังและต้องไปรับบริการบ่อยๆ) มากกว่าที่เกิดจากการที่ต้องเข้าไปนอนโรงพยาบาลด้วยโรคใดใดก็ตาม (ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการก็พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วครัวเรือนมีการะค่ารักษาพยาบาลจากการเป็นผู้ป่วยนอกและโรคเรื้อรังมากกว่ารายจ่ายด้านผู้ป่วยในหลายเท่าตัว ทั้งนี้โดยเฉลี่ยแล้ว จำนวนการใช้บริการของผู้ป่วยนอกนั้นสูงกว่าอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยในถึงยี่สิบเท่า ซึ่งย่อมทำให้มีโอกาสไม่น้อยที่จะมีจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาความยากจนจากการไปใช้บริการเป็นผู้ป่วยนอกมากกว่าครัวเรือนที่จนเพราะต้องไปนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่รุนแรงเสียด้วยซ้ำ) ในแง่นี้ หลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกจึงยังคงมีความสำคัญสำหรับครัวเรือนกลุ่มที่มีรายได้น้อยและครัวเรือนที่มีสัดส่วนของสมาชิกที่ไม่ได้อยู่ในวัยทำงานเป็นสัดส่วนที่สูง

สารบัญ

หน้า

Abstract 3

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร..... 5

สารบัญ 11

สารบัญตาราง 13

สารบัญรูป 15

1 บทนำ 17

2. กรอบแนวคิดในการศึกษา 18

3. ข้อมูล 21

4. วิธีการศึกษา..... 23

5. การศึกษาการใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 38

6. นโยบายและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 50

บรรณานุกรม..... 52

ภาคผนวก: ตารางรายละเอียดการประมวลผลจากการสำรวจ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม
ปี 2535-2545..... 53

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวนครัวเรือนตัวอย่างในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2535-2545	22
ตารางที่ 2	การคำนวณค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีโครงการ 30 บาท	30
ตารางที่ 3	การคำนวณค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่ครัวเรือนประหยัด ได้จากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	33
ตารางที่ 4	จำนวนครัวเรือน ครัวเรือนที่ยากจน และครัวเรือนที่ยากจน เพราะรายจ่ายด้านสุขภาพจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม 2535-2545.....	36
ตารางที่ 5	รายได้และรายจ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ยของครัวเรือนจากการสำรวจอนามัย และสวัสดิการปี 2544 แบ่งตามชั้นรายได้	39
ตารางที่ 6	รายได้และรายจ่ายด้านสุขภาพจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546	44

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1	ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย และสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพปี 2524-2537	20
รูปที่ 2	ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย และสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลปี 2539-2545	21
รูปที่ 3	สัดส่วนรายจ่ายการรักษาพยาบาลต่อรายได้ของครัวเรือน ในระหว่างปี พ.ศ. 2542-2545	26
รูปที่ 4	สัดส่วนรายจ่ายการรักษาพยาบาลต่อรายได้ ในระหว่างปี พ.ศ. 2542-2545(รายภาค)	27
รูปที่ 5	สัดส่วนรายจ่ายการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมระหว่างปี พ.ศ. 2542-2545 ...	27
รูปที่ 6	สัดส่วนรายจ่ายการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมระหว่างปี พ.ศ. 2542-2545 ...	28
รูปที่ 7	สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมปี 2535-2545	34
รูปที่ 8	ครัวเรือนที่ยากจนจากรายจ่ายสุขภาพปี 2535-2545.....	37
รูปที่ 9	ครัวเรือนที่ยากจนจากการเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลปี 2541-2545	37
รูปที่ 9	รายจ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อครัวเรือนจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544 แบ่งตามชั้นรายได้.....	40
รูปที่ 10	สัดส่วนรายจ่ายผู้ป่วยในจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544 แบ่งตามชั้นรายได้.....	41
รูปที่ 11	การกระจายของครัวเรือนในแต่ละชั้นรายได้ตามภาคต่างๆ จากการสำรวจ อนามัยและสวัสดิการปี 2546	43
รูปที่ 12	รายจ่ายด้านสุขภาพในด้านต่างๆจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546 จำแนกตามชั้นรายได้	45
รูปที่ 13	ร้อยละสะสมของรายจ่ายด้านสุขภาพด้านต่างๆ ตามชั้นรายได้ จากการสำรวจ อนามัยและสวัสดิการปี 2546	46
รูปที่ 14	การกระจายของครัวเรือนในแต่ละชั้นรายได้ จากการสำรวจ อนามัยและสวัสดิการปี 2546 ตามภูมิภาคต่างๆ.....	47

สารบัญรูป (ต่อ)

หน้า

รูปที่ 15	การกระจายของอายุประชากรในครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างในแต่ละชั้นรายได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2544 และ 2546.....	47
รูปที่ 16	การกระจายของครัวเรือนในแต่ละชั้นรายได้ตามภูมิภาค จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2545.....	48
รูปที่ 17	การกระจายของอายุประชากรในครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างในแต่ละชั้นรายได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2545.....	49

ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

วิโรจน์ ณ ระนอง¹

อัญชณา ณ ระนอง²

และ ศศิวิทย์ วงศ์มณฑา³

1. บทนำ

แม้ว่าการประเมินผลของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และโครงการ "30 บาท รักษาทุกโรค") ที่มีต่อสถานะด้านสุขภาพ (health status) ของประชาชนในขณะนี้อาจจะเร็วเกินไปเนื่องจากโครงการ 30 บาทฯ เพิ่งจะเริ่มดำเนินการได้ไม่นานและยังไม่เข้าที่เข้าทางนัก แต่การประเมินผลในระยะต้นน่าจะสามารถทำได้ทันทีโดยการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ต้องรับภาระ ทั้งนี้ การลดค่าใช้จ่ายของประชาชนให้ลงมาอยู่ในระดับที่ไม่มีผลกระทบที่รุนแรงถือเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการนี้พยายามวัดผลกระทบในระยะแรกของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และโครงการ 30 บาทฯ) ที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน และผลที่มีต่อการลดความยากจน โดยการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ต้องรับภาระใน

¹ ผู้เชี่ยวชาญอาวุโส สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) 565 ซอยเทพลีลา ถนนรามคำแหง แขวง/เขตวังทองหลาง กทม. 10310 โทรศัพท์ 02-718-5460 ต่อ 338 โทรสาร 02-718-5461 E-mail: virojtdri@yahoo.com หรือ naranong@econ.yale.edu

² รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) และผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ จังหวัดชลบุรี e-mail: anchana@nida.nida.ac.th

³ นักวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.อัมมาร สยามวาลา ที่ได้อ่านร่างแรกของรายงานนี้และได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์หลายประการ และขอขอบคุณผู้ร่วมสัมมนาที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (8 พฤศจิกายน 2547) และที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (11 พฤศจิกายน 2547) และผู้ทรงคุณวุฒิที่ทาง สวรส. จัดให้ สำหรับคำวิจารณ์และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมหลายประการ

ปัจจุบันเทียบกับในอดีต และเปรียบเทียบจำนวนคนจนที่เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในปัจจุบันและในอดีต

ผลการศึกษาพบว่าโครงการ 30 บาทยุ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพอื่นๆ มีผลในการลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนลงในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับเงินงบประมาณที่รัฐบาลเติมลงไป และโครงการเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการลดจำนวนคนจนที่เกิดจากการใช้จ่ายด้านสุขภาพลงเป็นจำนวนมาก ทั้งๆ ที่โดยทั่วไปแล้วโครงการเหล่านี้ไม่ใช่โครงการที่เจาะจงเฉพาะคนจน และการศึกษาพบด้วยว่า ในบรรดาครัวเรือนที่จนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในส่วนของการเป็นผู้ป่วยนอก (จำนวนครัวเรือนยากจนที่เกิดจากต้องเข้าไปนอนโรงพยาบาลมีเพียงหนึ่งในเจ็ดถึงหนึ่งในสี่ของครัวเรือนที่ยากจนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด) ดังนั้น การมีโครงการประกันสุขภาพที่รับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยนอกด้วย (ดังเช่นโครงการ 30 บาทฯ ในปัจจุบัน) จะเป็นโครงการที่มีประสิทธิผลในการลดความยากจนได้ดีกว่าโครงการที่ให้หลักประกันเฉพาะในกรณีที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล

2. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อสมมุติว่าบริการทางด้านสุขภาพเป็นสินค้าที่นักเศรษฐศาสตร์จัดอยู่ในกลุ่มสินค้าทั่วไป (“normal/superior good”) ที่อุปสงค์ของผู้บริโภคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามรายได้⁴ (ซึ่งโดยหลักการแล้วควรเป็นรายได้เฉลี่ยในระยะยาว หรือ permanent income)⁵ ข้อสมมุตินี้ค่อนข้างจะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในหลายประเทศ ซึ่งมักมีสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) ค่อนข้างคงที่⁶ (ถึงแม้ว่าสัดส่วนนี้มักจะแตกต่างกันไปในแต่

⁴ คำว่าสินค้าทั่วไป (normal/superior good) ในที่นี้เป็นศัพท์เทคนิคทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในความหมายที่ตรงกันข้ามกับ inferior good (สินค้าที่ผู้บริโภคมักบริโภคน้อยลงเมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้น เช่น กรณีของข้าวในเอเชียตะวันออกเฉียงหรือแม้กระทั่งในประเทศไทย ซึ่งปริมาณการบริโภคต่อหัวลดลงเมื่อประชาชนมีรายได้หรือฐานะความเป็นอยู่ดีขึ้น)

⁵ แต่เนื่องจากรายได้มักมีความผันผวนมากกว่ารายจ่าย ดังนั้นในบางครั้งนักเศรษฐศาสตร์อาจใช้รายจ่ายเป็นตัวแทน (proxy) ของรายได้ในระยะยาว (เพราะในระยะยาวนั้น ครัวเรือนจะต้องพยายามบริหารให้มีรายจ่ายรวมไม่เกินรายรับของตน)

⁶ สัดส่วนดังกล่าวมักจะคำนวณจากรายจ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศ ซึ่งปกติจะรวมทั้งการใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและภาครัฐ ในกรณีของประเทศไทยนั้น วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2547) ประมาณว่ารายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ในระหว่างปี 2537-2544 ขึ้นลงอยู่ระหว่างร้อยละ 3.3-4.0 ในขณะที่สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ละประเทศ) และในประเทศที่มีสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไปก็มักจะเกิดขึ้นในขณะที่มีความเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างหรือนโยบายเกิดขึ้นในประเทศนั้นๆ

ถ้าพิจารณาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในอดีต จะเห็นได้ว่าข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic survey หรือ SES) สนับสนุนสมมติฐานข้างต้นพอสมควร ทั้งนี้ถ้าพิจารณารายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในสองช่วงคือ (1) ช่วงปีพ.ศ. 2524-2537 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจมีอัตราการขยายตัวสูง และ (2) ช่วงปีพ.ศ. 2539-2545 เป็นช่วงที่เศรษฐกิจในประเทศหดตัว (และในปี 2544 ได้เริ่มนำโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมาใช้) จะเห็นได้ว่าสัดส่วนในแต่ละช่วงไม่ต่างกันมากนัก ยกเว้นในกรณีที่มีความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้น

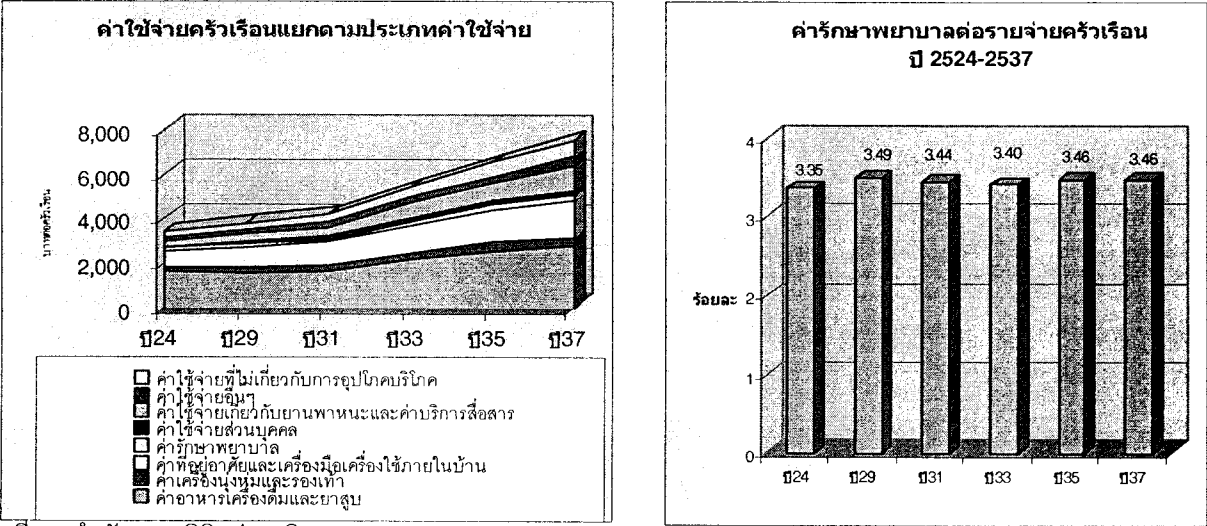
ช่วงที่1: ปีพ.ศ. 2524 – 2537 มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม 6 ครั้ง รายจ่ายรวมของครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายจ่ายที่สำคัญที่สุดคือรายจ่ายค่าอาหาร รองลงมาคือค่าที่อยู่อาศัย และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยานพาหนะและบริการสื่อสาร ซึ่งรายจ่าย 3 ส่วนนี้รวมกันประมาณสามในสี่ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด สำหรับรายจ่ายด้านสุขภาพตกประมาณร้อยละ 3.43 ของรายจ่ายรวมในช่วงดังกล่าว และอัตรานี้ค่อนข้างจะคงที่ (ดูรูปที่1 ด้านขวามือ) แต่ถ้าพิจารณาอัตราการขยายตัวของรายจ่ายด้านสุขภาพ ก็จะพบว่าในช่วงเวลาปี 2524-2537 รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 18.5 ต่อปี แต่ในขณะเดียวกันที่รายจ่ายรวมของครัวเรือนก็เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 17.8 ต่อปีและรายได้รวมเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 20 ต่อปี

ในปี 2537 รัฐบาลได้เปลี่ยนโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) เป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งขยายความคุ้มครองไปถึงเด็กและผู้สูงอายุทั่วประเทศ⁷ แต่การที่โครงการ สปร. ไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง ประกอบกับในช่วงก่อนปีงบประมาณ 2541 นั้น ยังใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณเดิม (ก่อนที่จะเริ่มเปลี่ยนมาใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวบางส่วนในปีงบประมาณ 2541) ซึ่งไม่ได้ให้แรงจูงใจกับสถานพยาบาลในการประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้มีสิทธิในโครงการ สปร. มากนัก

และคณะ (2545) ประมาณว่ารายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ในระหว่างปี 2528-2543 ขึ้นลงอยู่ระหว่างร้อยละ 5.6-6.3

⁷ ดูรายละเอียดเรื่องนี้ในรายงานเล่มที่ 1 (วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ 2548)

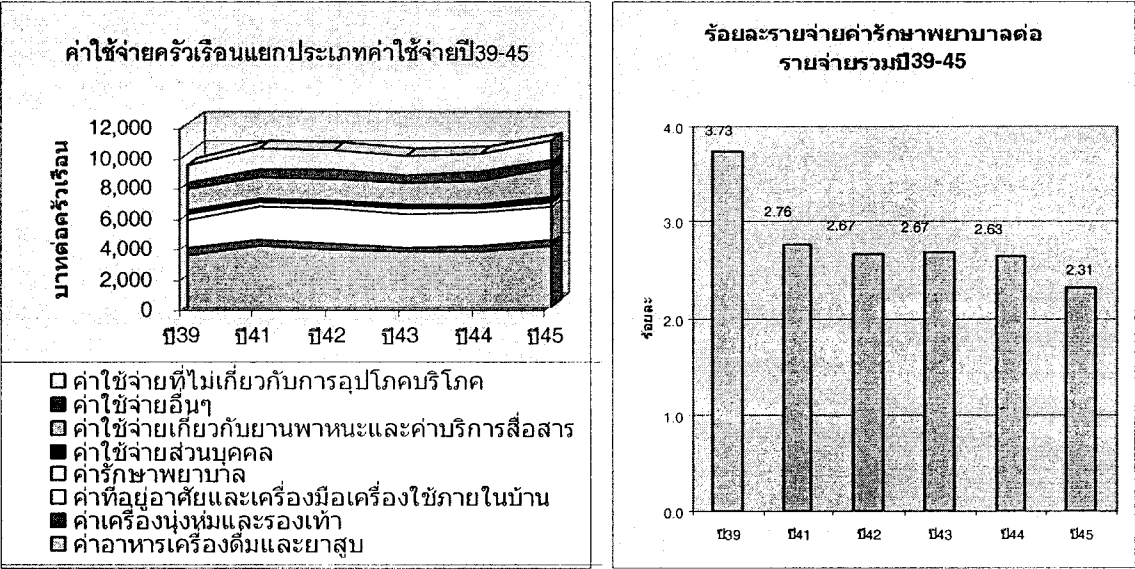
รูปที่ 1 ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่ายและสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพปี 2524-2537



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ช่วงที่ 2: ปีพ.ศ. 2539-2545 มีการทำสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม 6 ครั้ง (คือปี 2539 และทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-45 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการสำรวจเพิ่มหลังจากที่มีวิกฤติเศรษฐกิจ) จากการสำรวจพบว่าค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงปี 2524-2537 (แต่เพิ่มในอัตราที่ค่อนข้างต่ำหรือแม้กระทั่งในอัตราติดลบในบางปี) รายจ่ายด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 3.35-3.49 ของรายจ่ายรวมทั้งหมดในระหว่างปี 2524-37 (และที่เคยเพิ่มขึ้นไปเป็นร้อยละ 3.73 ในปี 2539 ซึ่งเป็นช่วงก่อนฟองสบู่แตก) เหลือ 2.63-2.67 ในระหว่างปี 2542-44 (ดูรูปที่ 1 และ 2) ซึ่งไม่ชัดเจนว่าเป็นผลมาจากการขยายโครงการ สปร. และ/หรือ ผลจากวิกฤติเศรษฐกิจมากนักน้อยเพียงใด

รูปที่ 2 ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่ายและสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลปี 2539-2545



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับการศึกษาในส่วนที่เกี่ยวกับความยากจนนั้น วิธีการคำนวณเส้นความยากจนใช้วิธีที่เสนอโดย Kakwani ซึ่งในส่วนของเส้นความยากจนด้านอาหารใช้ calorie requirement ที่ต่างกันออกไปตามเพศและอายุของสมาชิกในครัวเรือน และสมมติว่าครัวเรือนที่เส้นความยากจนจะมีค่าใช้จ่ายด้านอาหารต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอื่นๆ ในอัตรา 60:40 (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน อัญชนา 2541, 2542)

3. ข้อมูล

ข้อมูลหลักของการศึกษาได้จากการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจขนาดใหญ่โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (ในปี 2545 มีจำนวนครัวเรือนตัวอย่าง 35,000 ครัวเรือนจากทุกจังหวัด ดูตารางที่ 1) การสำรวจนี้เป็นการสำรวจที่มีข้อมูลรายได้และการใช้จ่ายของประชาชนหรือครัวเรือนละเอียดมากกว่าการสำรวจอื่นๆ ตั้งแต่ปี 2529 จนปัจจุบัน สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมในทุกจังหวัดทุกสองปีเป็นอย่างน้อย (หลังวิกฤติเศรษฐกิจในบางช่วงมีการสำรวจทุกปี)⁸

⁸ แต่ในปีที่สำรวจเพิ่มขึ้นมา (2542 และ 2544) มีจำนวนตัวอย่างน้อยกว่าปีปกติ

ตารางที่ 1 จำนวนครัวเรือนตัวอย่างในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) ปี 2535-45

จำนวนตัวอย่าง (ครัวเรือน)	ปีที่สำรวจ							
	2535	2537	2539	2541	2542	2543	2544	2545
ก. รวมทั้งหมด								
ภาคเหนือ	2,720	5,608	5,706	5,307	1,754	5,566	2,741	7,971
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,911	7,028	7,089	6,808	2,252	6,726	3,314	9,043
ภาคกลาง	2,987	6,575	6,499	5,950	1,998	6,609	3,284	10,367
กทม.	2,698	1,905	1,681	1,589	506	1,649	872	1,946
ภาคใต้	2,142	4,110	4,135	3,895	1,279	4,197	2,055	5,458
ทั้งประเทศ	13,458	25,226	25,110	23,549	7,789	24,747	12,266	34,785
ข. เขตเมือง								
ภาคเหนือ	1,279	2,984	3,018	2,754	909	3,292	1,627	4,657
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,174	3,703	3,804	3,640	1,191	4,035	1,980	5,931
ภาคกลาง	1,520	3,266	3,233	2,928	976	3,785	1,881	6,036
กทม.	2,698	1,905	1,681	1,589	506	1,649	872	1,946
ภาคใต้	1,178	2,209	2,221	2,016	664	2,517	1,236	2,995
ทั้งประเทศ	7,849	14,067	13,957	12,927	4,246	15,278	7,596	21,565
ค. ชนบท								
ภาคเหนือ	1,441	2,624	2,688	2,553	845	2,274	1,114	3,314
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,737	3,325	3,285	3,168	1,061	2,691	1,334	3,112
ภาคกลาง	1,467	3,309	3,266	3,022	1,022	2,824	1,403	4,331
ภาคใต้	964	1,901	1,914	1,879	615	1,680	819	2,463
ทั้งประเทศ	5,609	11,159	11,153	10,622	3,543	9,469	4,670	13,220

หมายเหตุ: ช่วงปี 2535-43 ข้อมูลเขตเมืองประกอบด้วยเขตเทศบาลและสุขาภิบาล ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมาเขต

เมืองได้แก่เขตเทศบาลเท่านั้น (การสำรวจไม่ได้แยกเขตสุขาภิบาลอีกต่อไป)

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลดิบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากการสำรวจเศรษฐกิจและสังคม (SES) แล้ว สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey) ซึ่งในอดีตมีการสำรวจทุก 5 ปี (เช่น ในปี 2539 และ 2544) และเปลี่ยนมาเป็นการสำรวจทุกสองปีเป็นอย่างน้อย (เริ่มตั้งแต่ปี 2546) และในระยะหลังมีการเสนอให้ขยายมาเป็นการสำรวจทุกปี ในการสำรวจสองครั้งหลัง (ปี 2544 และ 2546) มีคำถาม

เรื่องรายได้ด้วย แต่เป็นคำถามรวมที่ค่อนข้างหายาบ (1 คำถามในปี 2544 และ 2 คำถามในปี 2546)

4. วิถีศึกษา

การศึกษาส่วนแรกเปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายและรายรับของครัวเรือน ในช่วงก่อนและหลังโครงการ 30 บาท โดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic Survey หรือ SES) ในช่วงก่อนที่มีโครงการ 30 บาท (2542-2544 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการสำรวจทุกปี) กับปี 2545 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการดำเนินโครงการ 30 บาททั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน ซึ่งเริ่มเมื่อ 1 เมษายน 2545) และพยายามวัดผลกระทบขั้นต่ำของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเปรียบเทียบข้อมูลปี 2545 กับช่วงปี 2529-2531 ซึ่งยังไม่มีโครงการประกันสังคม และเป็นช่วงที่ยังไม่ได้มีการขยายความครอบคลุมของโครงการ สปร.)⁹

การศึกษาในส่วนที่สองพยายามวัดผลของโครงการ 30 บาทที่มีต่อการลดความยากจน โดยเปรียบเทียบสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแล้ว จะมีรายได้สุทธิตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจน ซึ่งครัวเรือนเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นครัวเรือนที่ประสบปัญหาความยากจนจากการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งถ้าการมีหลักประกันสุขภาพต่างๆ (รวมทั้งการมีโครงการ 30 บาท) ทำให้สัดส่วนของครัวเรือนกลุ่มนี้ลดลง ก็ย่อมแสดงให้เห็นว่าโครงการเหล่านี้มีส่วนช่วยในการลดปัญหาความยากจน และพยายามวัดผลกระทบขั้นต่ำของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โดยเปรียบเทียบกับช่วงที่ยังไม่ได้มีการขยายโครงการ สปร.)

อีกวิธีหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการวัดผลของหลักประกันสุขภาพและโครงการ 30 บาทที่มีต่อภาระทางการเงินด้านสุขภาพคือการลดความยากจนที่เกิดจากการที่ต้องไปรับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล โดยหาสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยในแล้วจะมีรายได้สุทธิตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจน ซึ่งการวัดโดยวิธีนี้เกิดจากความเชื่อที่มีอยู่ค่อนข้างกว้างขวางว่าการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดการหมดเนื้อหมดตัวนั้น มัก

⁹ วิธีวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทฯ ต่อประชาชนที่ใช้ในที่นี้จะต่างกับที่ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2547) ซึ่งวัดประโยชน์ที่ประชาชนได้รับโดยใช้อัตราการใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐ (ที่รายงานโดยครัวเรือนจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2545 ซึ่งเป็นข้อมูลชุดเดียวกันกับที่คณะผู้วิจัยใช้เป็นตัวแทนสำหรับช่วงหลังโครงการ 30 บาทฯ ในการศึกษา) คุณด้วยต้นทุนการรักษาต่อครั้ง (ที่คำนวณจากข้อมูลของค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลของรัฐ) แล้วลบด้วยค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเองและไม่สามารถเบิกจากที่อื่นได้ ซึ่งวิธีดังกล่าวถือได้ว่าเป็นสมมุติฐานที่ strong เช่นกัน (ในการใช้ต้นทุนของสถานพยาบาลเป็นตัววัดประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ)

เป็นการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมาบางครั้งมีการเสนอให้จัดหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ความเชื่อและข้อเสนอดังกล่าวอาจมองข้ามการเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจก่อให้เกิดการหมดเนื้อหมดตัวจากการที่ต้องมีค่าใช้จ่ายต่อเนื่องเช่นกัน

การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนและหลังโครงการต่างๆ มีข้อจำกัดและข้อพิจารณาหลายประการ เช่น

- การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในช่วงก่อนและหลังโครงการต่างๆ โดยไม่ได้ควบคุมตัวแปรอื่นๆ เท่ากับมีข้อสมมุติว่าภาวะโรคและการเจ็บป่วยในแต่ละปีคงที่ ในความเป็นจริงนั้น ภาวะโรคและการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลง (ทั้งส่วนที่เป็นแนวโน้มและเป็นวัฏจักร) ดังนั้น ถึงจะไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในด้านมาตรการของรัฐเลย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในแต่ละปีก็ยังคงเปลี่ยนแปลงไปอยู่ดี การวัดผลของช่วงหลังโครงการ 30 บาท จากการสำรวจในปี 2545 เพียงปีเดียว จึงอาจได้คำตอบที่ได้รับอิทธิพลจากภาวะการเจ็บป่วยในปี 2545 ด้วย นอกจากนี้ พฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนอาจเปลี่ยนแปลงตามรายได้ที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย (เช่น เมื่อประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น หรือมีรายได้ตกลงชั่วคราวในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ) แต่ในกรณีหลังนี้ การใช้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อค่าใช้จ่ายรวม (แทนการใช้จ่ายเงินค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล) จะช่วยลดผลกระทบส่วนนี้ลงได้บ้าง
- ปี 2545 เป็นปีแรกของโครงการ 30 บาท ซึ่งประชาชนยังมาใช้บริการไม่เต็มที่¹⁰ และสถานพยาบาลอาจยังมีปัญหาการเงินไม่มาก ดังนั้น ตัวเลขที่คำนวณได้อาจจะไม่ได้สะท้อนผลกระทบในระยะยาวของโครงการ 30 บาท
- การเปรียบเทียบข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมไม่ได้เป็นการเปรียบเทียบการใช้จ่ายของครัวเรือนเดิม แต่ในประเด็นนี้ไม่ถือว่าเป็นข้อเสีย ทั้งนี้ การสำรวจครัวเรือนเดิมไม่ได้มีข้อได้เปรียบที่ชัดเจน เนื่องจากการเจ็บป่วย (โดยเฉพาะกรณีการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งมักเป็นกรณีที่เข้าเป็นผู้ป่วยใน) เป็น

¹⁰ และในส่วนของผู้ป่วยในนั้น เป็นการถามข้อมูลย้อนหลังหนึ่งปี ซึ่งสำหรับครัวเรือนจำนวนหนึ่ง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนที่ถูกสำรวจในช่วงต้นปี) ค่าใช้จ่ายในส่วนผู้ป่วยในจะสะท้อนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนโครงการ 30 บาท บางส่วนด้วย

เหตุการณ์ที่มีลักษณะ random พอสมควร ในทางกลับกัน การเปรียบเทียบครัวเรือนเดิมเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง (เช่น 2 4 6 ปี) อาจกลับเป็นการเปรียบเทียบครัวเรือนที่มีปัจจัยพื้นฐานเปลี่ยนแปลงไป (เพราะอายุเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งในการกำหนดอัตราการเจ็บป่วย) ดังนั้น การที่มีการสำรวจขนาดใหญ่ที่ครอบคลุมพื้นที่ที่กว้างขวางพอน่าจะเป็นเงื่อนไขที่สำคัญมากกว่าการใช้ครัวเรือนเดิม

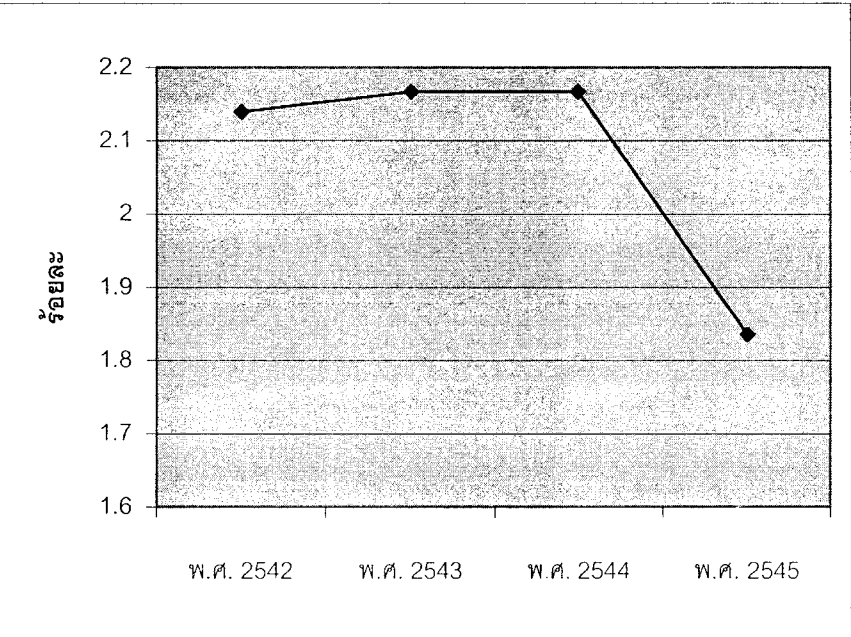
- แต่การเปรียบเทียบข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมก็ยังมีจุดอ่อนที่จำนวนครัวเรือนตัวอย่างในแต่ละปีต่างกันค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจที่มีการสำรวจทุกปี แต่เป็นการสำรวจใหญ่ทุกสองปี และมีการสำรวจเพิ่มในปีที่เหลือโดยใช้จำนวนครัวเรือนตัวอย่างน้อยกว่ามาก (ดูตารางที่ 1) ซึ่งทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปีเหล่านั้นต้องทำด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ¹¹

5. ผลของโครงการ 30 บาทและหลักประกันสุขภาพที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

ในการศึกษาผลของโครงการ 30 บาทที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนนั้น คณะผู้วิจัยใช้วิธีเปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic Survey) ระหว่างปี 2542-2545 (ดูรูปที่ 3) ซึ่งพบว่าสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้ของครัวเรือนลดลงจากที่เคยค่อนข้างคงที่ (2.14-2.17% ในระหว่างปี 2542 ถึง 2544) ลดลงเหลือ 1.84% ในปี 2545 ซึ่งเป็นปีที่โครงการ 30 บาทฯ ครอบคลุมทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน ที่เริ่มโครงการนี้ในเดือนเมษายน 2545)

¹¹ รวมทั้งในปี 2535 ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งของปี 2537

รูปที่ 3 สัดส่วนรายจ่ายการรักษาพยาบาลต่อรายได้ของครัวเรือนในระหว่างปี พ.ศ. 2542-2545

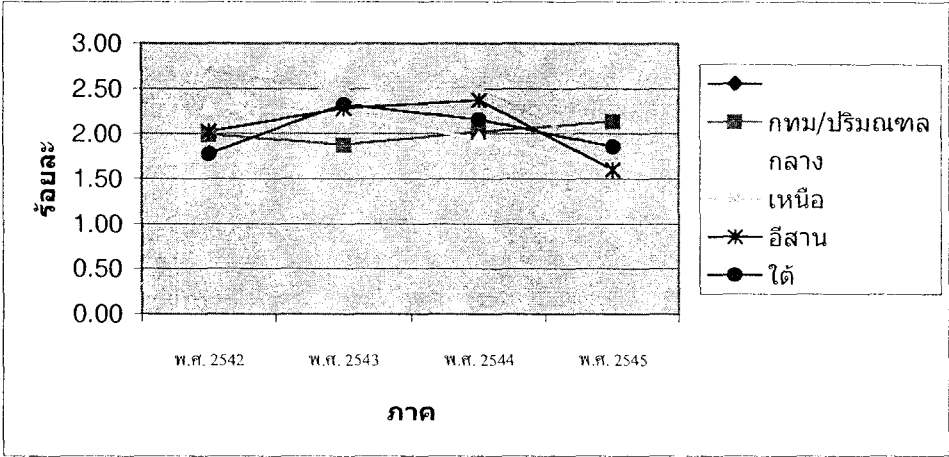


ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับของครัวเรือนในแทบทุกภาคมีแนวโน้มลดลงในปี 2545 (ดูรูปที่ 4) สัดส่วนรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับของครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในปี 2545 กลับเพิ่มขึ้นสวนกับแนวโน้มของประเทศโดยรวม (สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับของประชาชนในเขตกรุงเทพและปริมณฑลเพิ่มขึ้นจาก 1.88-2.02% ระหว่างปี 2542 ถึง 2544 มาเป็น 2.14% ในปี 2545 ในขณะที่ภาคอื่นๆ ลดลงเหลือต่ำกว่า 2.00%) ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะกรุงเทพมหานครเริ่มดำเนินโครงการ 30 บาท ชำกว่าจังหวัดอื่น และในช่วงที่เริ่มโครงการ 30 บาทนั้น ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครยังใช้บริการในโครงการ 30 บาทในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ และยังคงพึ่งสถานพยาบาลของเอกชนที่อยู่นอกโครงการพอสมควร ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในปี 2545 จึงอาจมีส่วนที่เป็นผลมาจากการที่สถานพยาบาลของเอกชนปรับราคาค่าบริการเพิ่มสูงขึ้นในช่วงที่เศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวด้วย¹²

¹² ในปี 2545 ค่ารักษาในโรงพยาบาลเอกชนของกรุงเทพและปริมณฑลต่อครัวเรือนคิดเป็น 1.73 เท่าของค่าใช้จ่ายที่ใช้ในโรงพยาบาลภาครัฐ (เพิ่มขึ้นจาก 1.3 เท่าในปี 2544)

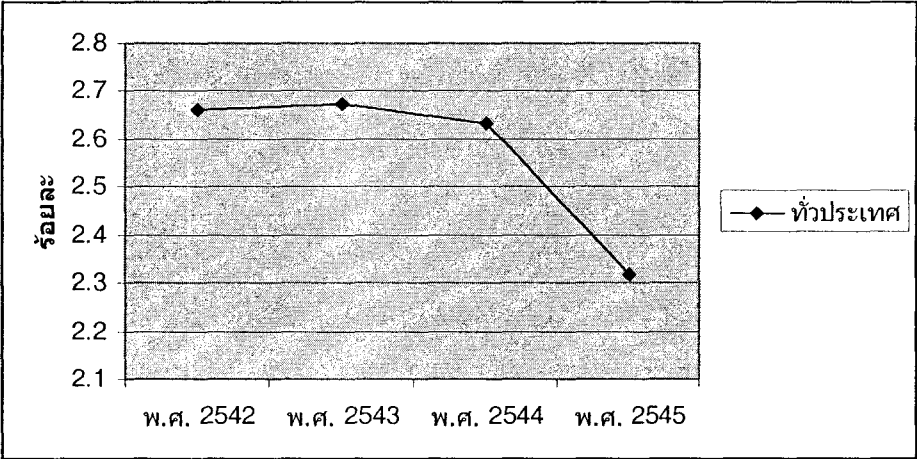
รูปที่ 4 สัดส่วนรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้ในระดับภาคปี 2542-2545



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2542, 2543, 2544, 2545

เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือน พบว่าในปี 2545 ซึ่งเป็นปีที่มีการดำเนินการโครงการ 30 บาทฯ ในขอบเขตทั่วประเทศนั้น สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมลดลงจากร้อยละ 2.66-2.67 ในปี 2542-2543 (และร้อยละ 2.63 ในปี 2544) เหลือร้อยละ 2.32 ในปี 2545 ซึ่งบ่งชี้ว่าโครงการ 30 บาทฯ น่าจะมีส่วนลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในส่วนที่ประชาชนต้องจ่ายเอง (out of pocket) โดยรวมของประเทศ ลงมาในปี 2545

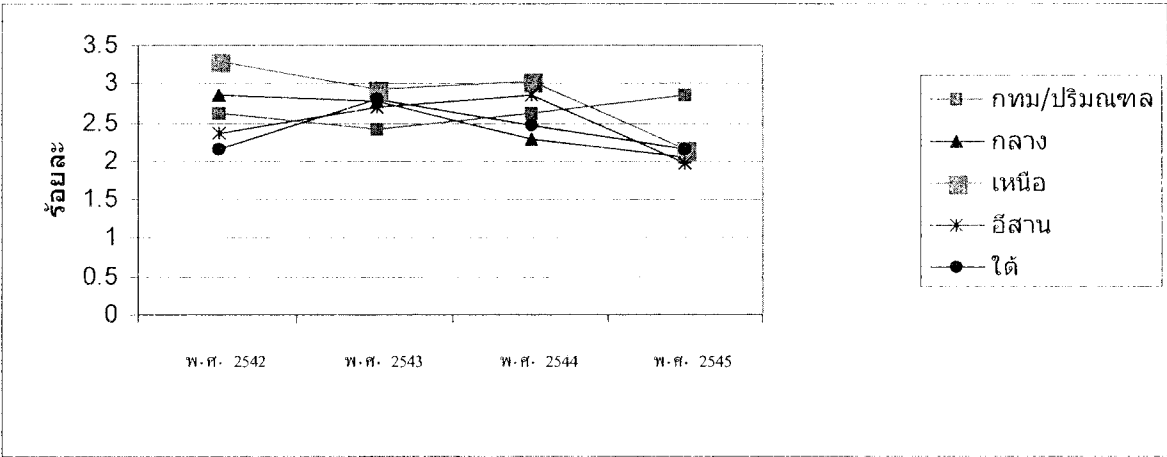
รูปที่ 5 สัดส่วนรายจ่ายการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมระหว่างปี พ.ศ. 2542-2545



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2542, 2543, 2544, 2545

อย่างไรก็ตาม ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือนกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 2.61% ในปี 44 เป็น 2.86% ในปี 2545 ในขณะที่ภาคอื่นๆ มีสัดส่วนดังกล่าวลดลง (ดูรูปที่ 6)

รูปที่ 6 สัดส่วนรายจ่ายการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมระหว่างปี พ.ศ. 2542-2545 (รายภาค)



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2542, 2543, 2544, 2545

รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละภาค

ถ้าเปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะพบว่าครัวเรือนใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลระหว่างปี 2542-45 สูงที่สุด (เฉลี่ย 525 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) ลำดับสองรองลงมาคือภาคกลาง (เฉลี่ย 265 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) แต่ในปี 2545 รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาคใต้ (232 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) สูงกว่าภาคกลาง (230 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) เล็กน้อย ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่ำที่สุด (เฉลี่ย 172 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) (ครัวเรือนในแต่ละภาคมีจำนวนสมาชิกที่ไม่ต่างกันมากนัก)

สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีรายจ่ายให้เอกชนสูงที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ ในขณะที่ภาคเหนือจ่ายให้รัฐสูงที่สุด รองลงมาคือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือจ่ายให้ทั้งรัฐและเอกชนน้อยที่สุด

เนื่องจากสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนในแต่ละภาคไม่ได้แตกต่างกันมากนัก (จากรูปที่ 4 ความแตกต่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงที่ต่ำกว่าร้อยละ 0.5) ยอดค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน

จึงสะท้อนเศรษฐกิจของประชาชนในแต่ละภาค และอาจจะสะท้อนหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม (เช่น สิทธิ สปร.) ด้วย

การคำนวณค่าใช้จ่ายที่ประชาชนประหยัดได้

การคำนวณนี้ใช้สมมุติฐานว่า โดยเฉลี่ยแล้ว ระดับการใช้จ่ายในด้านรักษาพยาบาลของประชาชนจะแปรผันตามรายได้ ซึ่งแม้ว่าสมมุติฐานนี้จะค่อนข้าง strong แต่ก็สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศต่างๆ (รวมทั้งข้อมูลของไทยที่ได้นำเสนอในตอนี่ 2 และในตอนต้นของตอนที่ 4) พอสมควร

ในการคำนวณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนประหยัดได้จากการที่มีโครงการ 30 บาท ใช้วิธีเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในปี 2545 (ซึ่งมีโครงการ 30 บาท เกือบทั่วประเทศ) กับสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในช่วงปี 2542-44 (ซึ่งมีโครงการ สปร. ครอบคลุมประชาชนประมาณ 20 ล้านคน และโครงการประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการซึ่งครอบคลุมประชาชนอีกประมาณ 10 ล้านคน ประกอบกับโครงการบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท ซึ่งครอบคลุมคนอีกประมาณ 7 ล้านคน) พบว่าสัดส่วนของค่าใช้จ่ายต่อรายได้ของครัวเรือนในปี 2545 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของปี 2542-2544 ประมาณ 0.32% ของรายรับ ซึ่งถือได้อย่างหยาบๆ ว่าส่วนนี้เป็น ส่วนที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีโครงการ 30 บาท รวมทั้งประเทศ 9,432 ล้านบาท (ตารางที่ 2ก) (แต่ถ้าคำนวณโดยใช้ข้อสมมุติว่าสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายของครัวเรือน แทนตัวเลขนี้จะลดลงเหลือ 8,178 ล้านบาท ตามตารางที่ 2ข)

ตารางที่ 2 การคำนวณค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีโครงการ 30 บาท

ก. คำนวณโดยสมมติว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้ของครัวเรือนมีค่าคงที่

รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ปี 2545 (บาทต่อเดือน)	(1)	13,736
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ปี 2545 (บาทต่อปี)	(2) = (1) × 12	164,832
ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้ต่อครัวเรือน (บาทต่อปี)	(3) = (2) × 0.0032	527.46
จำนวนครัวเรือน ปี 2545 (ล้านครัวเรือน)	(4)	17.8827
รวมค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้ (ล้านบาทต่อปี)	(5) = (4) × (3)	9,432

ข. คำนวณโดยสมมติว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายของครัวเรือนมีค่าคงที่

รายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือน ปี 2545 (บาทต่อเดือน)	(6)	10,889
รายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือน ปี 2545 (บาทต่อปี)	(7) = (6) × 12	130,668
ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้ต่อครัวเรือน (บาทต่อปี)	(8) = (7) × 0.0035	457.34
จำนวนครัวเรือน ปี 2545 (ล้านครัวเรือน)	(9)	17.8827
รวมค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้ (ล้านบาทต่อปี)	(10) = (9) × (8)	8,178

ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย (อิงข้อมูล SES ปี 2542-2543 และ 2545)

ผลการคำนวณตามตารางที่ 2 ประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ครัวเรือนทั้งประเทศประหยัดได้จากการมีโครงการ 30 บาท เป็นจำนวนประมาณ 8,200-9,400 ล้านบาท ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับงบที่รัฐบาลจัดสรรเพิ่มให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบโครงการนี้ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งถ้าตัวเลขที่คำนวณได้นี้เป็นตัวเลขที่ถูกต้อง (กล่าวคือไม่ใช่เป็นกรณีพิเศษของปี 2545 เช่น มีอัตราการเจ็บป่วยที่ต่างจากปีอื่น หรือประชาชนยังมาใช้บริการไม่เต็มที่) และถ้าเงินที่ใช้จริงสำหรับโครงการนี้ใกล้เคียงกับงบประมาณที่ได้รับ (ไม่ใช่โรงพยาบาลต้องนำเงินออมของตนออกมาใช้หรือต้องก่อหนี้เพิ่มขึ้นมาก)¹³ ก็หมายความว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่ค่อนข้างมี

¹³ ในภาพรวมนั้น ในช่วงระยะสองปีแรกของโครงการ 30 บาท (ตค.44-กย.46) เงินบำรุงสุทธิ (เงินบำรุง+วัสดุคงคลัง-หนี้สิน) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (จาก 11,148 ล้านบาทเมื่อต้นเดือนตุลาคม 2544 เป็น 11,556 ล้านบาทเมื่อสิ้นเดือนธันวาคม 2545 และ 11,328 ล้านบาทเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546) อย่างไรก็ตาม จำนวนโรงพยาบาลที่ติดลบ (และยอดติดลบรวม) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (จาก 100 ล้านบาทเมื่อต้นเดือนตุลาคม 2544 เป็น 434 ล้านบาทเมื่อสิ้นเดือนธันวาคม 2545 และ 560 ล้านบาทเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546) (ดูรายละเอียดในรายงานเล่มที่หนึ่ง วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ 2548) และเงินบำรุงสุทธิไม่ได้บอถึงเปลี่ยนแปลงในด้านทรัพยากรทุนของโรงพยาบาล ซึ่งคาดว่าจะลดลงในโรงพยาบาลจำนวนมาก

ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรของรัฐ เพราะตามปกติแล้วโครงการของรัฐที่มีลักษณะของการกระจายรายได้มักจะต้องใช้เงินกับโครงการมากกว่าประโยชน์ที่ประชาชนได้รับมาก ทั้งนี้ นอกจากจะเป็นเพราะต้องมีค่าบริหารจัดการของหน่วยงานของรัฐแล้ว ในบางกรณีก็อาจมีความสูญเสียในส่วนที่เกิดจากการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วย¹⁴

นอกจากข้อสมมุติที่กล่าวมาแล้ว การตีความผลของการคำนวณข้างต้นมีข้อควรระวังอีกสองประการคือ ประการแรก ข้อมูลค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในเป็นข้อมูลสำหรับหนึ่งปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะรวมค่าใช้จ่ายการรักษาในช่วงก่อนที่มีโครงการ 30 บาทด้วยบางส่วน (ซึ่งจะทำให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายที่ประชาชนประหยัดได้ต่ำกว่าความเป็นจริงบ้าง) และประการที่สอง ในช่วงกลางปี 2545 ได้มีการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่าสิบคนด้วย อย่างไรก็ตาม กรณีหลังอาจจะมีผลไม่มากนัก เนื่องจากมีจำนวนผู้ประกอบการจำนวนกลุ่มนี้ที่ขึ้นทะเบียนในปี 2545 คิดเป็นร้อยละ 1 ของประชากรเท่านั้น¹⁵ และผู้ประกอบการในโครงการประกันสังคมจะสามารถใช้สิทธิได้ก็ต่อเมื่อจ่ายเงินสมทบครบสามเดือนแล้วเท่านั้น

ถ้าสมมุติฐานที่ว่า สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายรับในระหว่างปี 2542-2544 ซึ่งต่ำกว่าในช่วงปี 2524-2535 ค่อนข้างมาก เป็นการลดลงที่เป็นผลมาจากโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ ของรัฐบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการ สปน. ซึ่งขยายความครอบคลุมไปถึงผู้สูงอายุ และเด็กในระหว่างปี 2532-2535 ก่อนที่จะเปลี่ยนมาเป็นโครงการ สปร. ในปี 2537 และโครงการประกันสังคมซึ่งเริ่มดำเนินการในระยะเดียวกัน) เป็นสมมุติฐานที่ถูกต้องแล้ว เราก็สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีหลักประกันสุขภาพทั้งสามโครงการนี้ (รวมโครงการ 30 บาทฯ เข้ามาด้วย) และอาจถือได้ว่าเป็นประโยชน์ขั้นต่ำที่ประชาชนได้รับจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เพราะยังไม่ครอบคลุมผลของโครงการสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และโครงการ สปน. ในระยะแรก) ภายใต้สมมุติฐานดังกล่าว การที่สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายได้ลดลงจากร้อยละ 3.56 (ค่าเฉลี่ยของปี 2529 และ 2531) มาเป็นร้อยละ 1.83 ในปี 2545 หรือลดลงเท่ากับร้อยละ 1.72 ของรายได้ ถือได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จากโครงการ 30 บาท ซึ่งรวมโครงการ สปร. เอาไว้ด้วย บวกด้วย

¹⁴ ซึ่งในระยะหลัง ตัวอย่างเปรียบเทียบหนึ่งที่ถูกนำมากล่าวถึงบ่อยๆ จนเป็นที่คุ้นเคยของคนไทย คือ “กรณี (หรือ ทฤษฎี) ‘ไม้ไอติม’”

¹⁵ สำนักงานประกันสังคมกำหนดเส้นตายให้ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ลงทะเบียนภายในสิ้นเดือนเมษายน 2545 จำนวนผู้ประกันตนกลุ่มนี้มี 6.56 แสนคนเมื่อสิ้นเดือนพฤษภาคม และ 7.56 แสนคนเมื่อสิ้นปี 2545

โครงการประกันสังคม แต่ยังไม่รวมสวัสดิการข้าราชการ) ตามตารางที่ 3ก คิดเป็นจำนวนสูงถึง 50,831 ล้านบาท ซึ่งตกประมาณร้อยละ 84 ของยอดเงินที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาท ในปีงบประมาณ 2545 (51,818 ล้านบาท) บวกกับเงินที่โครงการประกันสังคมจ่ายให้สถานพยาบาล¹⁶ ในปี 2545 (ประมาณ 8,946 ล้านบาท) ซึ่งถือได้ว่าเป็นสัดส่วนที่สูงมาก

อย่างไรก็ตาม เมื่อคำนวณโดยสมมติว่าสัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายรวมของครัวเรือนมีค่าคงที่แทน (สัดส่วนของรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายได้ลดลงจากร้อยละ 3.46 ในช่วงระหว่างปี 2529-2531 มาเป็นร้อยละ 2.31 ในปี 2545 หรือลดลงเท่ากับร้อยละ 1.15 ของรายจ่าย) ตัวเลขที่คำนวณได้จะลดลงมาเหลือประมาณ 27,000 ล้านบาท หรือร้อยละ 44 ของยอดค่าใช้จ่ายของสองโครงการนี้

ความแตกต่างที่สูงมากจากการคำนวณสองวิธีนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการใช้รายได้จริงแทนรายได้เฉลี่ยในระยะยาว (*permanent income*) ทั้งนี้ ปี 2529 และ 2531 เป็นปีที่มีรายได้ต่ำกว่าปกติเนื่องจากเป็นช่วงที่ราคาสินค้าเกษตรตกต่ำ (ซึ่งเมื่อนำค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลมาหารด้วยรายได้อาจมีผลทำให้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้สูงกว่าปีปกติ) ในขณะที่ในปี 2545 นั้น รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนอาจสูงกว่าปีปกติ¹⁷ และในการสำรวจในปีหลังๆ ได้มีการเปลี่ยนคำถามเล็กน้อย ซึ่งอาจมีผลทำให้ในปีหลังๆ นั้น รายได้ส่วนที่ไม่ใช่ตัวเงินมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นมาก อย่างไรก็ตาม ถึงเราจะยึดตัวเลข 27,000 ล้านบาท ตัวเลขนี้ก็จะเป็นตัวเลขขั้นต่ำเท่านั้น เพราะแม้กระทั่งในช่วงปี 2529-2531 เองนั้น ก็มีโครงการ สปน. (ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณที่นอกเหนือจากเงินเดือนบุคลากรประมาณร้อยละ 7 ของงบประมาณสาธารณสุข) ที่โดยหลักการแล้วให้หลักประกันสุขภาพกับกลุ่มผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว¹⁸ ดังนั้น ตัวเลข 27,000 ล้านบาทจึงน่าจะเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการจัดหลักประกันสุขภาพของภาครัฐอยู่ไม่น้อย¹⁹

¹⁶ ไม่รวมเงินที่กองทุนประกันสังคมจ่ายให้ผู้ประกันตนโดยตรง

¹⁷ จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม 12 ครั้งในระหว่างปี 2524-2545 ปี 2529 และ 2531 เป็นเพียงสองปีที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่ารายจ่ายเฉลี่ย (ร้อยละ 4 และ 1 ตามลำดับ) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากช่วงดังกล่าวเป็นช่วงที่ราคาสินค้าเกษตรค่อนข้างตกต่ำ ในขณะที่ในปี 2545 นั้น รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนสูงกว่ารายจ่ายถึงร้อยละ 26 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงเป็นประวัติการณ์ในการสำรวจทั้ง 12 ครั้ง

¹⁸ ในปี 2542 สัดส่วนของงบ สปร. (ไม่รวมเงินเดือนบุคลากร) เพิ่มขึ้นไปเป็นประมาณร้อยละ 14.7 ของงบประมาณสาธารณสุข โดยในขณะนั้น โครงการ สปร. ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 20 ล้านคน หรือประมาณหนึ่งในสามของประชากรของประเทศ (ดูัญชนา และ วิโรจน์ 2544)

¹⁹ ในระหว่างปี 2529-2531 ไม่มีตัวเลขจำนวนผู้ที่ได้รับสิทธิจากโครงการ สปน. ที่ชัดเจน แต่จำนวนคนที่อยู่ได้เส้น

ตารางที่ 3 การคำนวณค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่ครัวเรือนประหยัดได้จากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ก. คำนวณโดยสมมติว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้ของครัวเรือนมีค่าคงที่

รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ปี 2545 (บาทต่อเดือน)	(1)	13,736
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ปี 2545 (บาทต่อปี)	(2) = (1) x 12	164,832
ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้ต่อครัวเรือน (บาทต่อปี)	(3) = (2) x 0.017244	2,842
จำนวนครัวเรือน ปี 2545 (ล้านครัวเรือน)	(4)	17.8827
รวมค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้ (ล้านบาทต่อปี)	(5) = (4) x (3)	50,831

ข. คำนวณโดยสมมติว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายจ่ายของครัวเรือนมีค่าคงที่

รายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือน ปี 2545 (บาทต่อเดือน)	(6)	10,889
รายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือน ปี 2545 (บาทต่อปี)	(7) = (6) x 12	130,668
ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้ต่อครัวเรือน (บาทต่อปี)	(8) = (7) x 0.011487	1,501
จำนวนครัวเรือน ปี 2545 (ล้านครัวเรือน)	(9)	17.8827
รวมค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนประหยัดได้ (ล้านบาทต่อปี)	(10) = (9) x (8)	26,842

ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย (อิงข้อมูล SES ปี 2529 2531 และ 2545

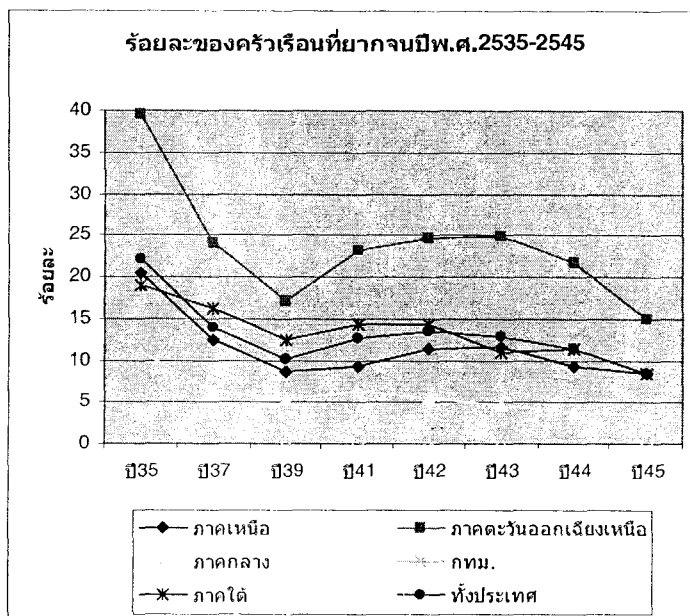
4. ผลที่มีต่อความยากจน

รูปที่ 7 แสดงสัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) ในระหว่างปี 2535-45²⁰ จากรูปจะเห็นได้ว่าในช่วงปี 2535-2539 ซึ่งเป็นช่วงฟองสบู่ นั้น สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนมีแนวโน้มลดลง (จากร้อยละ 22 เหลือร้อยละ 14 และ 10) และช่วงหลัง วิกฤตก็เพิ่มกลับขึ้นมาเป็นประมาณร้อยละ 13 ในปี 2541-2543 และลดลงเหลือร้อยละ 11 และ 8 ใน ปี 2544 และ 2545

ความยากจนบวกกับจำนวนข้าราชการในช่วงนั้นน่าจะรวมกันประมาณหนึ่งในสี่ของประชากรของประเทศเป็นอย่่างน้อย

²⁰ ดูรายละเอียดในภาคผนวก (หรือในตารางที่ 4 ซึ่งแสดงข้อมูลเฉพาะปี 2535, 2537, 2539, 2541, 2543, 2545)

รูปที่ 7 สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2535-45



ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2535, 2537, 2539, 2541-2545

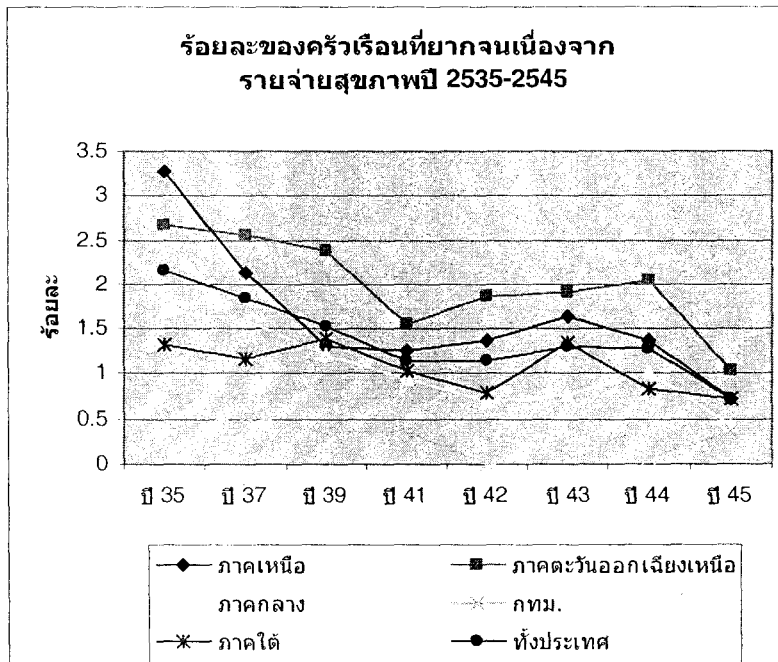
สำหรับสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพในปีนั้นๆ ออกแล้วเหลือรายได้สุทธิต่ำกว่าเส้นความยากจน (หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) นั้น นอกจากจะมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2535-2539 (จากประมาณร้อยละ 2.15 เหลือร้อยละ 1.84 และ 1.53) แล้ว ยังคงลดลงเหลือร้อยละ 1.1-1.3 ในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจในระหว่างปี 2541-2543 และเหลือร้อยละ 0.7 ในปี 2545 (ซึ่งเป็นปีที่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคทั่วประเทศเป็นปีแรก) (ดูรูปที่ 8 และตารางที่ 4) การลดลงของครัวเรือนกลุ่มนี้ในช่วงก่อนปี 2545 ส่วนหนึ่งน่าจะได้อานิสงส์มาจากการขยายโครงการ สปร. มาครอบคลุมเด็กและผู้สูงอายุในปี 2537 และการปรับวิธีการจัดสรรงบ สปร. ในระหว่างปี 2541-43 และถ้าตัวเลขของปี 2545 เป็นตัวแทนที่ดีของยุคหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทแล้ว ก็พอจะอนุมานได้อย่างหยابๆ ว่าการมีโครงการนี้ช่วยลดปัญหาความยากจนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลลงไปได้เกือบครึ่งหนึ่ง (หรือลดจำนวนครัวเรือนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้ลงได้เกือบหนึ่งแสนครัวเรือน) และถ้าถือว่าข้อมูลในปี 2535 เป็นตัวแทนที่ดีของสถานการณ์ในช่วงก่อนที่จะมีการขยายโครงการ สปร. (จากเดิมที่เป็นโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน.) แล้ว ก็พอจะอนุมานได้อย่างหยابๆ ว่าการขยายหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (โดยโครงการ สปร. และโครงการ 30 บาทในระยะต่อมา) มีส่วนช่วยลดปัญหาความยากจนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลลงไปได้ถึงประมาณสองในสาม (จาก

ร้อยละ 2.15 ในปี 2535 เหลือร้อยละ 0.71 ในปี 2545) ทั้งนี้ แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนกว่าในชนบท (ซึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้ลดลงจากร้อยละ 2.7 ในปี 2535 เหลือร้อยละ 0.9 ในปี 2545) แต่ก็มีผลที่คล้ายคลึงกันในเขตเมือง (ซึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้ลดลงจากร้อยละ 0.75-0.94 ในปี 2535-37 เหลือร้อยละ 0.33 ในปี 2545) (ดูรายละเอียดของเขตเมืองและชนบทในตารางในภาคผนวก)

สำหรับครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่เมื่อหักด้วยรายจ่ายจากการที่มีสมาชิกของครัวเรือนต้องเข้าไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (นอนโรงพยาบาล) นั้น แล้วเหลือรายได้สุทธิต่ำกว่าเส้นความยากจน (หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการไปนอนโรงพยาบาล) นั้น ในด้านข้อมูลมีปัญหามากกว่าในกรณีแรก เนื่องจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมเพียงจะเพิ่มคำถามเรื่องนี้เข้าไปในการสำรวจในปี 2541 ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับช่วงก่อนที่จะมีการขยายโครงการ สปร. ได้ (ทั้งนี้ ผู้ที่มีสิทธิ 30 บาทในปัจจุบันมีประมาณครึ่งหนึ่งที่อยู่ในโครงการ สปร. มาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป)

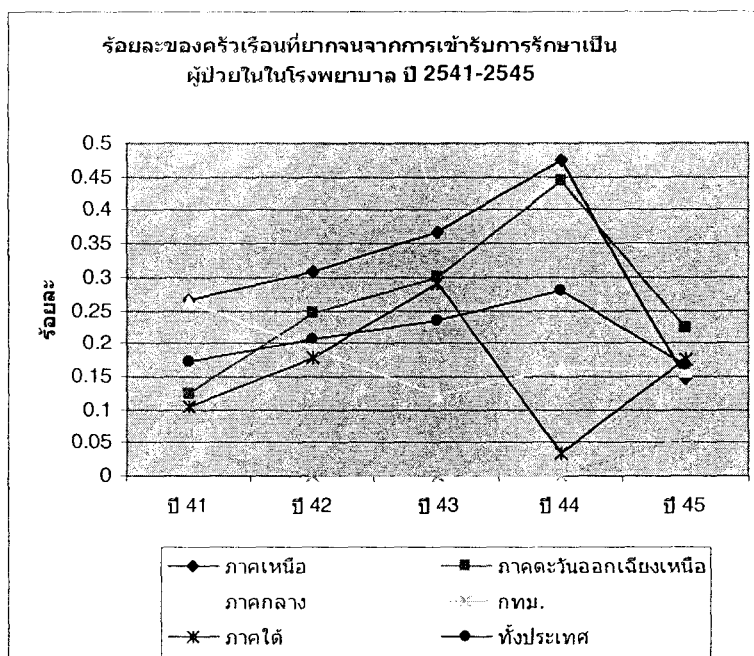
ตารางที่ 4 จำนวนครัวเรือน ครัวเรือนที่ยากจน และครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม 2535-45										
ปี	ภาค	ครัวเรือนทั้งหมด	ครัวเรือนที่ยากจน	ครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ	ครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายผลประโยชน์	ครัวเรือนที่ยากจนต่อครัวเรือนทั้งหมด	ครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ	ครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายผลประโยชน์	ครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ	ครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายผลประโยชน์ (%)
		(ครัวเรือน)	(ครัวเรือน)	(ครัวเรือน)	(ครัวเรือน)	ร้อยละของครัวเรือนทั้งหมด			% ของครัวเรือนที่ยากจน	
ปี 2535	ทั้งประเทศ	13,048,394	2,891,012	280,510	n.a.	22.2%	2.15%	n.a.	9.7%	n.a.
	ภาคเหนือ	2,720,198	558,324	88,904	n.a.	20.5%	3.27%	n.a.	15.9%	n.a.
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,218,599	1,665,907	113,024	n.a.	39.5%	2.68%	n.a.	6.8%	n.a.
	ภาคกลาง	2,957,899	323,136	50,491	n.a.	10.9%	1.71%	n.a.	15.6%	n.a.
	กทม.	1,449,599	22,540	5,682	n.a.	1.6%	0.39%	n.a.	25.2%	n.a.
	ภาคใต้	1,702,099	321,105	22,407	n.a.	18.9%	1.32%	n.a.	7.0%	n.a.
ปี 2537	ทั้งประเทศ	13,596,718	1,892,049	250,278	n.a.	13.9%	1.84%	n.a.	13.2%	n.a.
	ภาคเหนือ	2,830,990	350,374	60,428	n.a.	12.4%	2.13%	n.a.	17.2%	n.a.
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,324,619	1,040,332	110,744	n.a.	24.1%	2.56%	n.a.	10.6%	n.a.
	ภาคกลาง	3,116,570	198,828	49,790	n.a.	6.4%	1.60%	n.a.	25.0%	n.a.
	กทม.	1,531,070	12,068	8,278	n.a.	0.8%	0.54%	n.a.	68.6%	n.a.
	ภาคใต้	1,793,470	290,447	21,038	n.a.	16.2%	1.17%	n.a.	7.2%	n.a.
ปี 2539	ทั้งประเทศ	15,037,898	1,519,662	230,551	n.a.	10.1%	1.53%	n.a.	15.2%	n.a.
	ภาคเหนือ	3,078,400	262,996	40,099	n.a.	8.5%	1.30%	n.a.	15.2%	n.a.
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,890,399	829,425	116,720	n.a.	17.0%	2.39%	n.a.	14.1%	n.a.
	ภาคกลาง	3,357,200	176,787	40,464	n.a.	5.3%	1.21%	n.a.	22.9%	n.a.
	กทม.	1,766,700	8,978	6,423	n.a.	0.5%	0.36%	n.a.	71.5%	n.a.
	ภาคใต้	1,945,200	241,476	26,845	n.a.	12.4%	1.38%	n.a.	11.1%	n.a.
ปี 2541	ทั้งประเทศ	15,758,198	2,003,973	179,813	26,979	12.7%	1.14%	0.17%	9.0%	1.3%
	ภาคเหนือ	3,150,200	292,337	39,782	8,370	9.3%	1.26%	0.27%	13.6%	2.9%
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,120,999	1,184,571	79,313	6,400	23.1%	1.55%	0.12%	6.7%	0.5%
	ภาคกลาง	3,540,300	222,634	33,029	9,313	6.3%	0.93%	0.26%	14.8%	4.2%
	กทม.	1,886,700	10,848	6,623	755	0.6%	0.35%	0.04%	61.0%	7.0%
	ภาคใต้	2,060,000	293,583	21,066	2,141	14.3%	1.02%	0.10%	7.2%	0.7%
ปี 2543	ทั้งประเทศ	16,086,398	2,067,584	209,533	37,850	12.9%	1.30%	0.24%	10.1%	1.8%
	ภาคเหนือ	3,182,200	368,866	51,975	11,648	11.6%	1.63%	0.37%	14.1%	3.2%
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,205,799	1,291,723	99,681	15,608	24.8%	1.91%	0.30%	7.7%	1.2%
	ภาคกลาง	3,631,999	167,122	27,769	4,441	4.6%	0.76%	0.12%	16.6%	2.7%
	กทม.	1,960,900	7,854	1,825	0	0.4%	0.09%	0.00%	23.2%	0.0%
	ภาคใต้	2,105,500	232,019	28,283	6,153	11.0%	1.34%	0.29%	12.2%	2.7%
ปี 2545	ทั้งประเทศ	16,323,070	1,364,521	116,672	27,262	8.4%	0.71%	0.17%	8.6%	2.0%
	ภาคเหนือ	3,183,381	265,057	23,148	4,713	8.3%	0.73%	0.15%	8.7%	1.8%
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,264,260	784,580	54,735	11,812	14.9%	1.04%	0.22%	7.0%	1.5%
	ภาคกลาง	3,699,723	123,077	15,786	5,801	3.3%	0.43%	0.16%	12.8%	4.7%
	กทม.	2,029,764	11,274	7,447	1,178	0.6%	0.37%	0.06%	66.1%	10.5%
	ภาคใต้	2,145,942	180,533	15,556	3,757	8.4%	0.72%	0.18%	8.6%	2.1%

รูปที่ 8 ครั้วเรือนที่ยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ ปี 2535-2545



ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2535, 2537, 2539, 2541-2545

รูปที่ 9 ครั้วเรือนที่ยากจนจากการเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ปี 2541-2545



ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2535, 2537, 2539, 2541-2545

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเท่าที่มีอยู่ (รูปที่ 9 และตารางที่ 4) ก็พบว่าจำนวนครัวเรือนกลุ่มนี้มีสัดส่วนค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งก็ไม่ได้อยู่นอกเหนือความคาดหมายนักเนื่องจากในแต่ละปีจะมีผู้ที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเพียงประมาณร้อยละ 10-12 ของประชากร แต่การที่มีจำนวนครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นจำนวน 4-7 เท่าของครัวเรือนที่จนเพราะป่วยจนต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลย่อมหมายความว่า อย่างน้อยสำหรับครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจนไม่มากนัก ค่าใช้จ่ายในส่วนของคนไข้ นอกก็มีความสำคัญมากพอที่จะทำให้ครัวเรือนจำนวนมากตกลงไปในหล่มความยากจนได้ นอกจากนี้ ลำพังค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการไปนอนโรงพยาบาลนั้น อาจจะไม่ใช้ตัวแทน (proxy) ที่ดีพอสำหรับปัญหาการเจ็บป่วยถึงขั้นล้มละลายเหมือนกับที่บางฝ่ายคาดเอาไว้ เพราะในความเป็นจริงแล้ว การเจ็บป่วยที่เรื้อรังหลายโรคที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องนั้น ก็อาจจะเป็นภาระของครัวเรือนได้ไม่น้อยกว่าการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าไปนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลก็ได้ นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีก็มีส่วนทำให้การรักษาหลายชนิด (รวมทั้งการผ่าตัดบางประเภท เช่น ต้อกระจก) สามารถทำได้โดยไม่ต้องรับคนไข้เข้ามาเป็นผู้ป่วยใน และในระยะหลังสถานพยาบาลหลายแห่งก็หาทางลดค่าใช้จ่ายโดยพยายามใช้วิธีการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น

5. การศึกษาการใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey หรือ HWS) เป็นการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่มีจุดเน้นด้านพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ในอดีต ในอดีตมีการสำรวจทุก 5 ปี (เช่น ในปี 2539 และ 2544) และเปลี่ยนมาเป็นการสำรวจทุกสองปีเป็นอย่างน้อย (เริ่มตั้งแต่ปี 2546) และในระหว่างปี 2547-2550 จะมีการสำรวจทุกปี ในการสำรวจตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา มีคำถามเรื่องรายได้อยู่ด้วย แต่เป็นคำถามที่ค่อนข้างหายาก กล่าวคือในปี 2544 มีคำถามเกี่ยวกับรายได้คำถามเดียว โดยแบ่งคำตอบออกเป็นขั้นรายได้ต่างๆ (ขั้นสูงสุดอยู่ที่ 20,000 บาทขึ้นไป) สำหรับปี 2546 มีคำถามเกี่ยวกับรายได้สองคำถาม แต่เป็นคำถามปลายเปิด คือครัวเรือนนี้มีรายได้ที่เป็นตัวเงินเท่าใด และมีรายได้ที่ไม่ใช่ตัวเงินอีกเท่าใด²¹ การที่ตัวเลขรายได้จากการสำรวจนี้ค่อนข้าง

²¹ ซึ่งยังถือได้ว่าเป็นคำถามที่หายากมากเมื่อเทียบกับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) ดังนั้น การที่จะนำผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการไปเปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม จึงไม่สามารถทำได้โดยง่ายและถ้าจะทำได้ก็ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างสูง และทางสำนักงานสถิติแห่งชาติเองก็กำลังมีแนวคิดที่จะบูรณาการการสำรวจอนามัยและสวัสดิการเข้ามาเป็นส่วนขยาย (module) ของการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม

หยาบทำให้คณะผู้วิจัยไม่ได้พยายามที่จะใช้แนวทางการวิเคราะห์ที่จะนำรายได้ที่ครัวเรือนรายงานมาเปรียบเทียบกับเส้นความยากจน หรือพยายามหาสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อรายได้ของแต่ละครัวเรือนมาเปรียบเทียบกัน แต่จะใช้วิธีวิเคราะห์จากค่าเฉลี่ยในกลุ่มชั้นรายได้ต่างๆ ซึ่งน่าจะได้ผลที่น่าเชื่อถือมากขึ้นเนื่องจากมีโอกาสมากขึ้น (ตาม Law of Large Number) ที่ความคลาดเคลื่อนบางส่วนจะหักล้างกันเองไปบ้าง

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พศ. 2544 มีคำถามเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่มากนัก ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานั้นมากที่สุดคือรายจ่ายจากการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน (ในส่วนที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนเอง) ซึ่งคณะผู้วิจัยได้แบ่งครัวเรือนตามชั้นรายได้ออกเป็นสิบกลุ่ม (decile) ซึ่งแต่ละกลุ่มมีรายจ่ายในการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อคนตามที่ปรากฏในตารางที่ 5 และรูปที่ 9 ดังต่อไปนี้

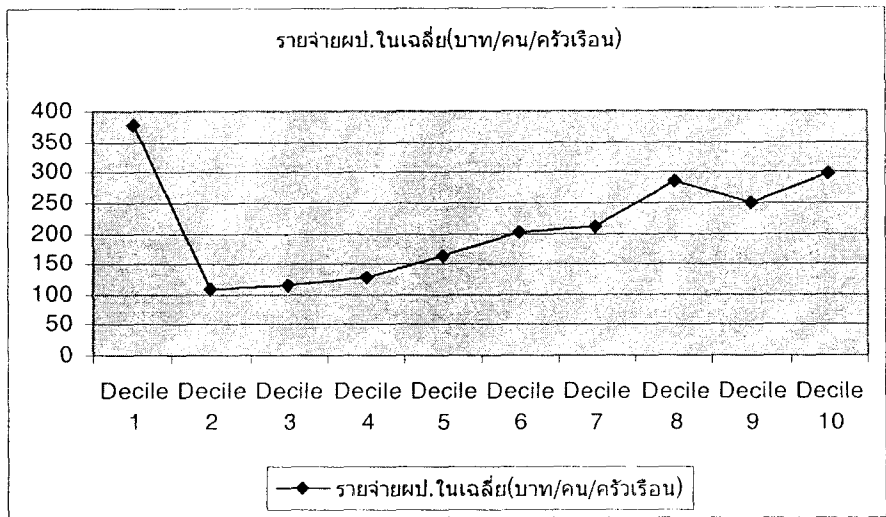
ตารางที่ 5 รายได้และรายจ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ยของครัวเรือนจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544 แบ่งตามชั้นรายได้ (decile)

กลุ่มชั้นรายได้ (เดซิล) ที่	รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน (บาท/คน)	รายจ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ยของครัวเรือน (บาท/คน)
1	27.85	376.10
2	343.02	108.03
3	615.01	116.40
4	931.63	129.04
5	1,273.60	163.47
6	1,717.81	203.02
7	2,353.49	210.43
8	3,316.21	283.45
9	4,934.15	248.99
10	9,736.71	297.03

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544

หมายเหตุ: รายได้ของแต่ละครัวเรือนใช้จุดกึ่งกลาง (midpoint) ของชั้นรายได้นั้นๆ ยกเว้นชั้นรายได้สูงสุดสมมุติว่ามีรายได้ 20,000 บาทต่อเดือน

รูปที่ 9 รายจ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อครัวเรือนจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544 แบ่งตามชั้นรายได้ (decile)

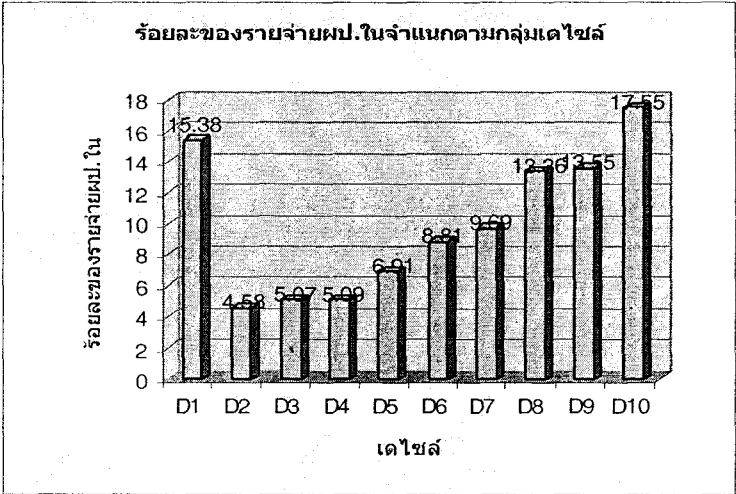


ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544

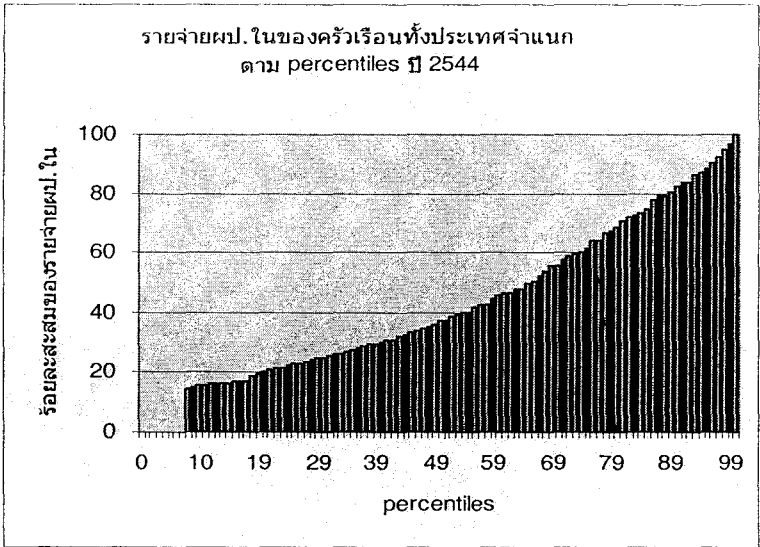
จากรูปที่ 9 จะเห็นได้ว่า นอกจากกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุดแล้ว ค่าใช้จ่ายในการ
 รายจ่ายจากการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามชั้นรายได้
 ของครัวเรือน ซึ่งอาจเป็นเพราะครัวเรือนที่มีรายได้สูงขึ้นมีแนวโน้มที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่มี
 ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น หรือมีส่วนร่วมจ่ายเงินเองในสัดส่วนที่สูงกว่า หรือเข้าถึงบริการได้มากกว่า (อาจมี
 หลายปัจจัยประกอบกัน) ซึ่งข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะสรุปหรือวิเคราะห์ให้ลึกลงไปกว่านี้ รวมทั้งใน
 ด้านผลของการมีหลักประกันสุขภาพด้วย เพราะการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544 เกิดขึ้นในช่วง
 ที่โครงการ 30 บาทเพิ่งจะเริ่มโครงการนาร่องในหกจังหวัด แต่ก็เป็นช่วงที่โครงการ สปร. ได้ดำเนินการ
 มานานพอสมควร และถึงแม้ว่าโครงการ สปร. จะมีปัญหาเรื่องการออกบัตรรายได้น้อยค่อนข้างมาก
 (วิโรจน์และอัญชนา 2545) แต่โดยเฉลี่ยแล้ว กลุ่มที่มีรายได้น้อยก็มีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับบัตรนี้
 มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า

รูปที่ 10 สัดส่วนของรายจ่ายผู้ป่วยในจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544 แบ่งตามชั้นรายได้

ก. ความถี่ตามชั้นรายได้



ข. ความถี่สะสมตามชั้นรายได้

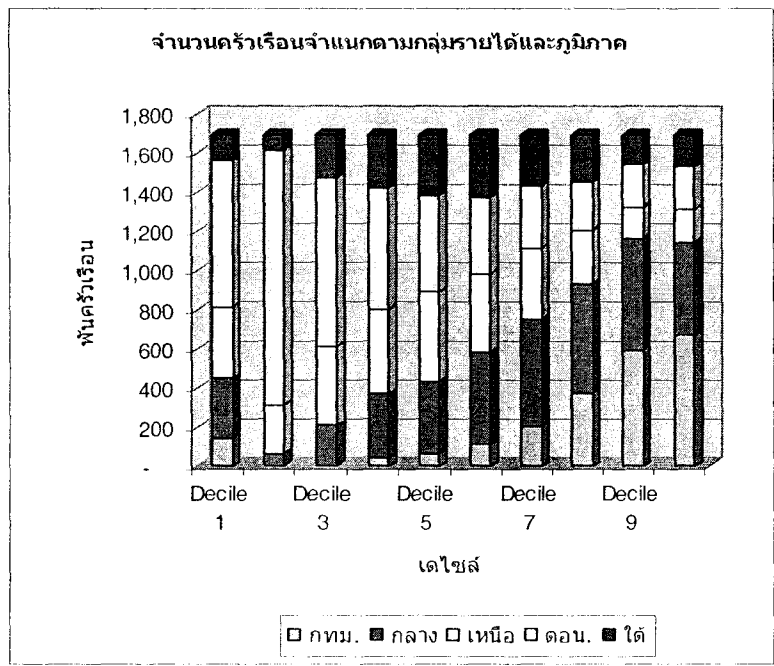


ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544
หมายเหตุ: รายได้ของแต่ละครัวเรือนใช้จุดกึ่งกลาง (midpoint) ของชั้นรายได้นั้นๆ ยกเว้นชั้นรายได้สูงสุดสมมุติว่ามีรายได้ 20,000 บาท

สำหรับครัวเรือนกลุ่มที่มีชั้นรายได้ต่ำที่สุดที่กลับมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ากลุ่มชั้นรายได้อื่นๆ เกือบทุกชั้น (ยกเว้นกลุ่มชั้นรายได้สูงสุด) น่าจะเกิดจากปัญหาข้อจำกัดในการถามรายได้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการเอง (การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2546 ก็น่าจะมีปัญหานี้เช่นกัน) เนื่องจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการมีคำถามด้านรายได้ที่หยาบมากเพียง 1-2 คำถาม รวมทั้งไม่ได้มีนิยามการคิดรายได้ที่รัดกุมพอ ดังนั้น สำหรับครัวเรือนจำนวนมากที่มีแต่ผู้สูงอายุและเด็กซึ่งไม่ได้ทำงานมีรายได้ด้วยตนเอง แต่อาจจะพึ่งพิงเงินที่ลูกหลานที่ไปทำงานที่อื่นส่งมาให้ (remittance) ในขณะเดียวกัน ครัวเรือนเหล่านี้ (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) มักมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูงกว่ากลุ่มอื่นอยู่แล้ว จึงมีค่าใช้จ่ายในการเป็นผู้ป่วยในค่อนข้างสูง และในความเป็นจริงหลายครัวเรือนมีทรัพย์สินหรือเงินสะสมหรือรายรับจากที่ลูกหลานส่งมาให้ ทำให้สามารถนำมาใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลในจำนวนที่สูงกว่าครัวเรือนที่ระบุว่าไม่มีรายได้สูงกว่า

เพื่อที่จะให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น รูปที่ 11 แจกแจงการกระจายของครัวเรือนในชั้นรายได้ต่างๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ยกเว้นครัวเรือนกลุ่มชั้นรายได้ต่ำที่สุดซึ่งค่อนข้างจะกระจายอยู่ในทุกภาคแล้ว กลุ่มที่มีรายได้ต่ำ (ตั้งแต่ชั้นรายได้ที่สองขึ้นไป) ส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในชั้นรายได้ถัดๆ ไปจะมีสัดส่วนของครัวเรือนที่อยู่ในภาคเหนือเพิ่มขึ้น ตามด้วยภาคกลางและภาคใต้ ขณะที่ครัวเรือนส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางจะอยู่ในชั้นรายได้สูง (ชั้นรายได้ที่ 6-10) เป็นส่วนใหญ่

รูปที่ 11 การกระจายของครัวเรือนในแต่ละชั้นรายได้ตามภาคต่างๆ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2544



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544

สำหรับการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พศ. 2546 นั้น มีคำถามที่เปลี่ยนแปลงไปจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พศ. 2544 หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ในขณะเดียวกัน ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลจากการสำรวจทั้งสองครั้งทำได้ยาก (รวมทั้งข้อมูลด้านรายได้ด้วย) แม้ว่าการวิเคราะห์ของคณะผู้วิจัยในตารางที่ 6 จะยังคงใช้วิธีแบ่งครัวเรือนออกตามชั้นรายได้รายได้สิบชั้นเช่นเดิม แต่รายได้ในกรณีนี้ใช้นิยามที่รวมรายได้ที่ไม่ใช่ตัวเงินด้วย และเป็นรายได้ที่ครัวเรือนรายงานเอง²² (ไม่ใช่ใช้จุดกึ่งกลางของชั้นรายได้ตามตัวเลือกในแบบสอบถามเหมือนดังเช่นในปี 2544) แต่ถึงกระนั้นก็ตาม ข้อมูลจากตารางที่ 6 ก็แสดงแนวโน้มที่คล้ายกับในปี 2544 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุด ที่มีรายจ่ายรวมด้านสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่าครัวเรือนในกลุ่มรายได้ที่สูงกว่าทุกกลุ่ม ทั้งนี้ กลุ่มนี้มีรายจ่ายส่วนที่เป็นผู้ป่วยนอกสูงกว่าทุกกลุ่มอย่างชัดเจน ขณะที่รายจ่ายผู้ป่วยในของกลุ่มนี้ไม่ได้แตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดมากนัก (ซึ่งคล้ายกับผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของปี 2544)

²² โดยมีคำถามเรื่องรายได้เพียงสองคำถามเท่านั้น

ตารางที่ 6 รายได้และรายจ่ายด้านสุขภาพจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546

(หน่วย: บาทต่อคนต่อปี)

กลุ่มครัวเรือน (แบ่งตามชั้นรายได้)	รายได้เฉลี่ยต่อปี (บาทต่อคน)	รายจ่ายผู้ป่วยนอกต่อปี (บาทต่อคน)	รายจ่ายโรคประจำตัว/ เรื้อรัง (บาทต่อคน)	รายจ่ายส่งเสริมสุขภาพ (บาทต่อคน)	ค่ารถไปรักษา กรณีผู้ป่วยใน (บาทต่อปี/คน)	รายจ่ายผู้ป่วยใน (บาทคน)	รายจ่ายทันตกรรม (บาทต่อคน)	รายจ่ายสุขภาพรวม (บาทต่อคน)
1	546	2,475	394	114	72	317	180	3,553
2	5,940	641	202	19	31	135	53	1,081
3	10,472	526	56	17	31	175	13	818
4	14,876	766	156	29	31	115	20	1,117
5	19,699	457	135	44	44	155	40	875
6	26,076	766	210	118	28	199	47	1,368
7	34,502	556	117	59	24	236	77	1,070
8	47,841	731	95	103	21	256	274	1,480
9	69,376	1,084	119	214	15	169	881	2,482
10	163,431	932	417	299	20	313	642	2,624

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546

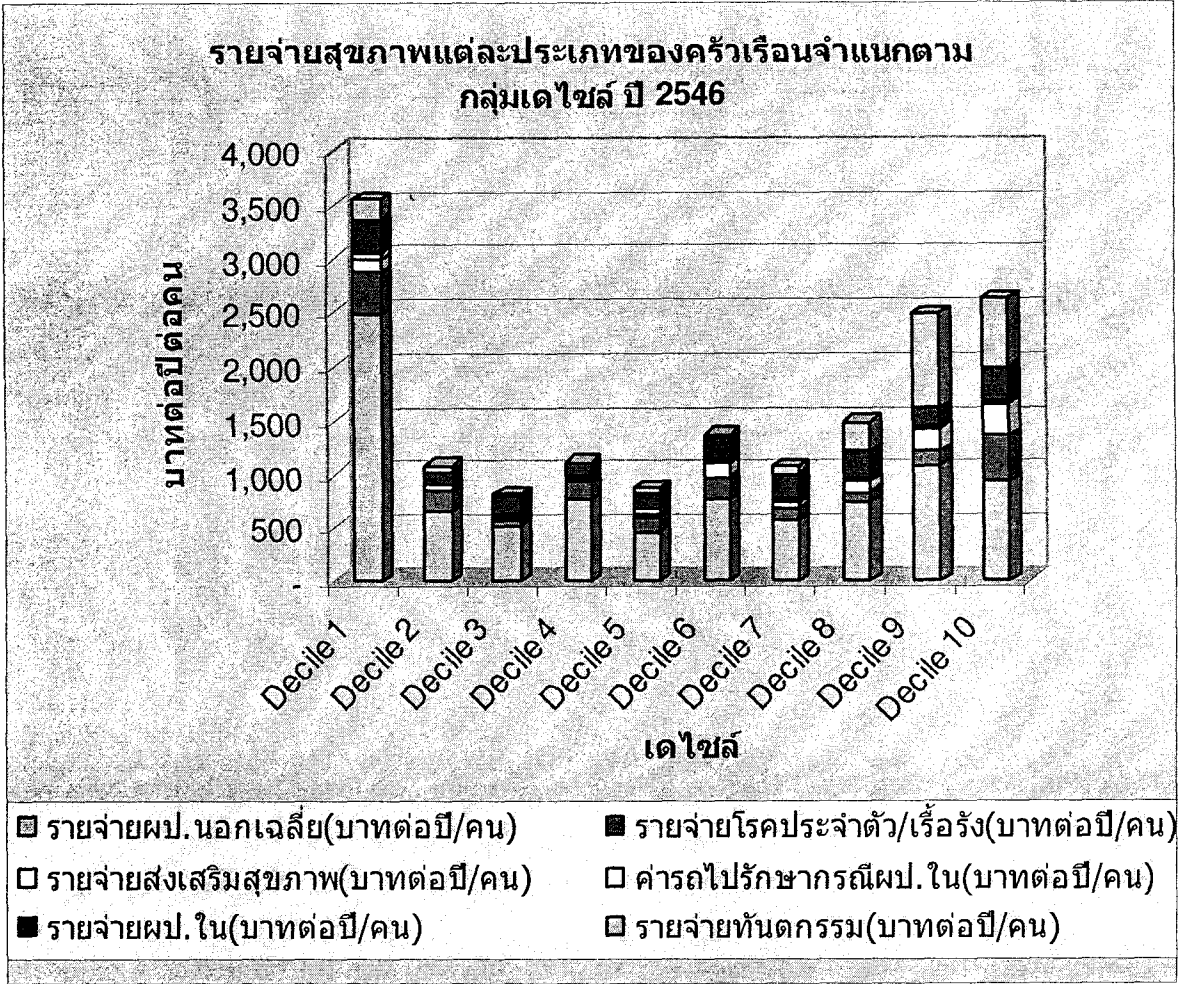
หมายเหตุ: รายได้ของแต่ละครัวเรือนประกอบด้วยรายได้ทั้งที่เป็นตัวเงินและรายได้ที่ไม่ใช่ตัวเงิน (แต่ละรายการมีเพดานอยู่ที่ 1.2 ล้านบาทต่อเดือนต่อครัวเรือน)

จากตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่า โดยเฉลี่ยแล้ว รายจ่ายด้านผู้ป่วยในมีจำนวนที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับรายจ่ายส่วนที่เป็นผู้ป่วยนอกและโรคเรื้อรัง แม้ว่าการตีความตัวเลขในเรื่องนี้ต้องทำด้วยความระมัดระวัง เพราะในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 1 ใน 8 ถึง 1 ใน 10 เท่านั้นที่เข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้โดยเฉลี่ยแล้ว ครัวเรือนเหล่านั้นจะมีรายจ่ายผู้ป่วยใน 8-10 เท่าของค่าเฉลี่ย แต่แม้กระทั่งเมื่อคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวแล้ว รายจ่ายส่วนที่เป็นผู้ป่วยนอกและโรคเรื้อรัง ก็ยังมีสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงอยู่ดี

ข้อพึงสังเกตอีกประการหนึ่งคือ รายจ่ายด้านทันตกรรม ซึ่งกลุ่มที่มีฐานะดีที่สุดร้อยละ 20 (หรือ 30) เป็นกลุ่มที่โดยเฉลี่ยแล้วมีค่าใช้จ่ายด้านนี้ที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ มาก (รวมทั้งกลุ่มสิบเปอร์เซ็นต์แรกด้วย) และถึงแม้ว่าโครงการ 30 บาทจะครอบคลุมถึงบริการทันตกรรมหลักๆ ด้วย (ซึ่งทำให้ผู้รับบริการที่อยู่ในโครงการนี้อาจไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก) แต่ก็เป็นที่ทราบกันดีว่าคิวของบริการทันตกรรมในโครงการนี้ค่อนข้างจะยาวในแทบทุกที่ ในกรณีจึงเป็นไปได้มากกว่า ทันตกรรมเป็นบริการที่มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและปานกลางค่อนข้างรุนแรงกว่าบริการทาง

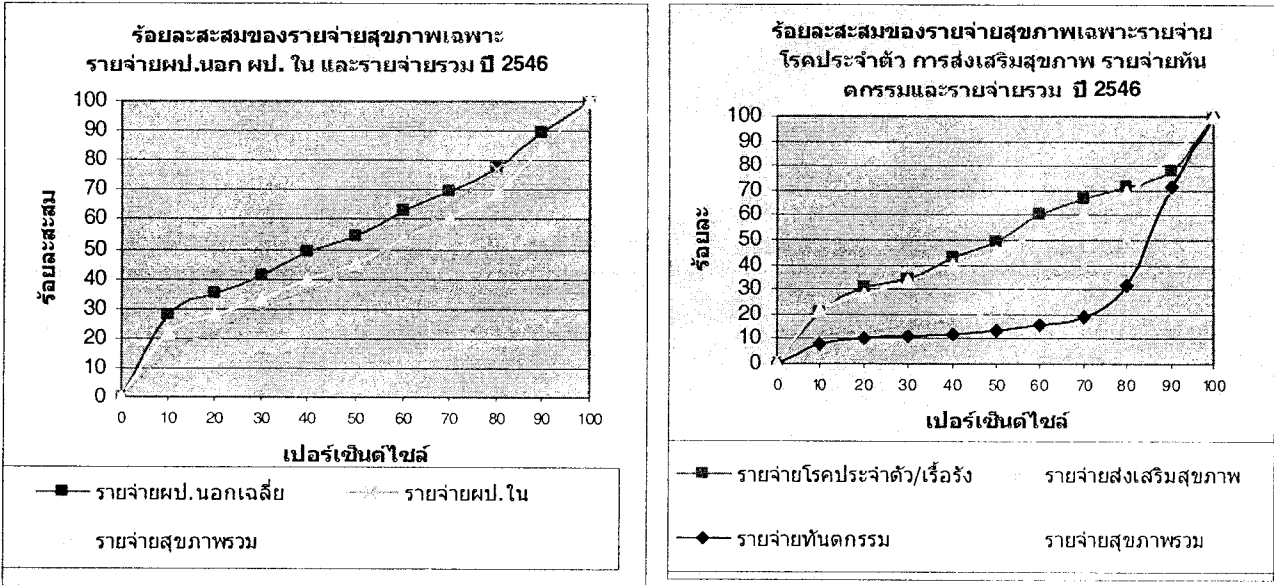
การแพทย์ด้านอื่นๆ เสียด้วยซ้ำ ซึ่งภาพความแตกต่างของค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมสำหรับครัวเรือนในกลุ่มรายได้ต่างๆ จะเห็นได้อย่างชัดเจนในรูปที่ 12 และรูปที่ 13 ต่อไปนี้

รูปที่ 12 รายจ่ายด้านสุขภาพในด้านต่างๆ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546
จำแนกตามชั้นรายได้



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546

รูปที่ 13 ร้อยละสะสม (cumulative share) ของรายจ่ายด้านสุขภาพด้านต่างๆ ตามชั้นรายได้ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2546



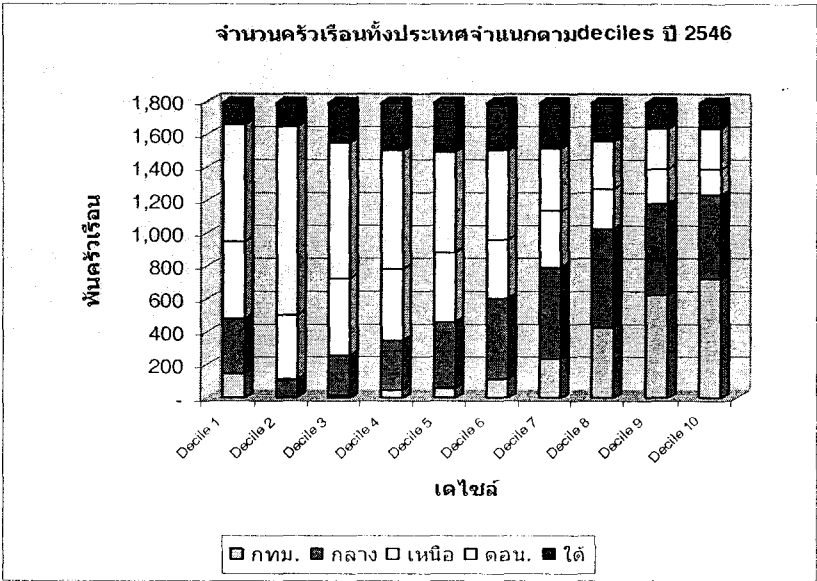
ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546

ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2546 นั้น เรายังคงเห็นผลประการหนึ่งที่คล้ายคลึงกับผลที่ได้การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2544 คือ กลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุดมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่ากลุ่มชั้นรายได้ที่สูงกว่ามาก โดยเฉพาะในการการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2546 นั้น กลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุดมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่าทุกๆ กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า เราจึงควรทำความเข้าใจกับลักษณะของกลุ่มนี้มากขึ้น รูปที่ 11 และรูปที่ 14 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มนี้มีที่อยู่ที่แตกต่างกันไปจากกลุ่มคนจนที่อยู่ในชั้นรายได้ที่ถัดขึ้นไป (เช่น กลุ่มที่ 2-4) จึงมีเหตุผลที่พอจะเชื่อได้ว่ากลุ่มนี้อาจจะไม่ใช่อะไรกลุ่มที่จนที่สุดจริง²³ และเมื่อพิจารณาจากโครงสร้างครอบครัวและโครงสร้างอายุ (ดูรูปที่ 15) ก็พอจะอนุมานได้ว่า โดยเฉพาะแล้วกลุ่มนี้เป็นครอบครัวที่มีขนาดเล็กกว่ากลุ่มอื่น แต่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นมาก (ประมาณ 1.2 ล้านคนจาก 5 ล้านคนในปี 2546) และมีสัดส่วนของเด็กที่ค่อนข้างสูง เหลือเป็นประชากรในวัยทำงานไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ทุกกลุ่มอย่างชัดเจน) ซึ่งไม่แปลกที่กลุ่มนี้จะมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูง แต่การที่กลุ่มนี้มีขนาดของครัวเรือนที่ต่ำกว่าปกติ และมีสัดส่วนของประชากรวัยทำงานน้อยกว่าปกติก็น่าจะพออนุมานได้ว่า โดยเฉพาะแล้ว ครัวเรือนเหล่านี้

²³ นอกเสียจากว่ากลุ่มนี้จะมีกลุ่มที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นเร่ร่อน ซึ่งไม่ค่อยได้รับความคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพต่างๆ อยู่เป็นจำนวนมาก

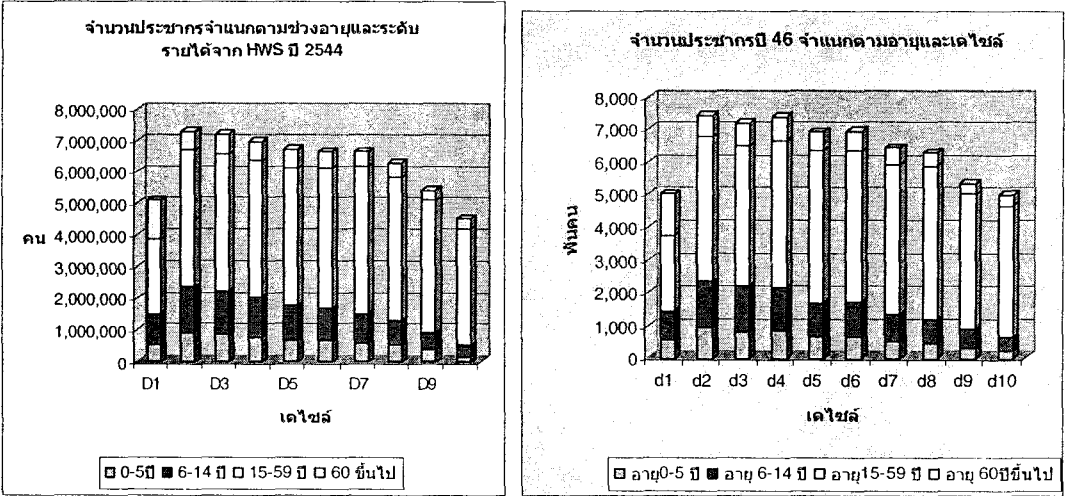
จะส่งประชากรวัยทำงานออกไปทำงานที่อื่นและส่งเงินมาให้ผู้สูงอายุและเด็กในครัวเรือน ทำให้โดยเฉลี่ยแล้ว ครัวเรือนกลุ่มนี้สามารถรับภาระค่ารักษาพยาบาลสูงถึงเกือบเจ็ดเท่าของรายได้เฉลี่ยที่ครัวเรือนรายงาน

รูปที่ 14 การกระจายของครัวเรือนในแต่ละชั้นรายได้ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2546 ตามภูมิภาคต่างๆ



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546

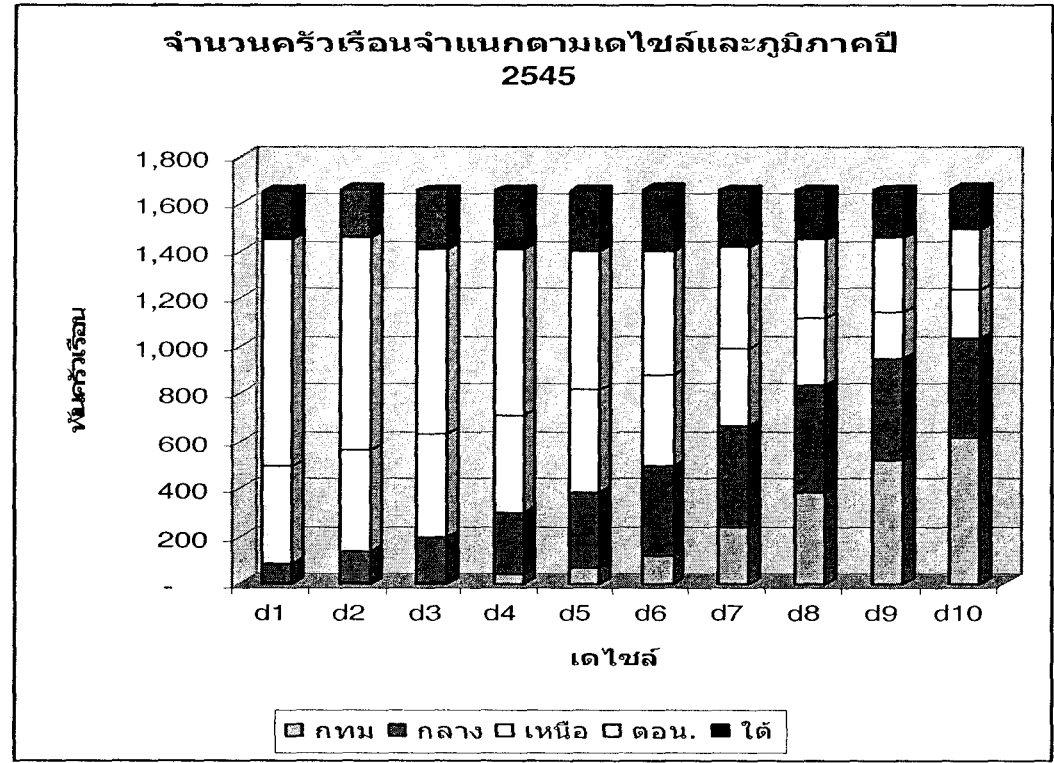
รูปที่ 15 การกระจายของอายุของประชากรในครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างในแต่ละชั้นรายได้ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2544 และ 2546



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544 และ 2546

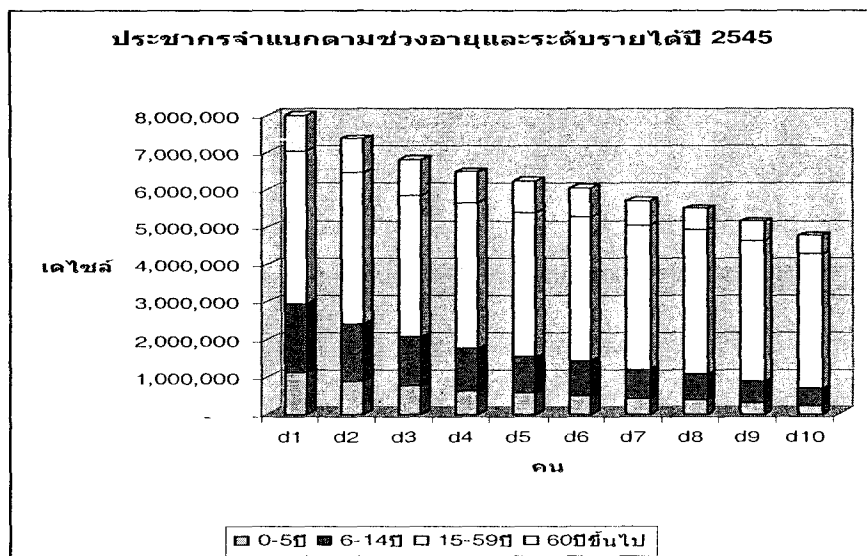
โดยหลักการแล้ว การคิดรายได้ของครัวเรือนจะรวมรายได้ที่ได้มาจากสมาชิกในครัวเรือนส่งมาให้ (remittance) ด้วย (ถึงแม้ว่าจะไม่รวมทรัพย์สิน ซึ่งในทางปฏิบัติสามารถเปลี่ยนมาเป็นเงินได้เช่นกัน) แต่การที่การสำรวจอนามัยและสวัสดิการไม่ได้มีการสอบถามรายได้ต่างๆ เป็นข้อๆ ก็อาจทำให้ผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างไม่ได้นับรวมเงินส่วนนี้เข้ามาเป็นรายได้ (และอาจจะรวมถึงรายได้ในรายการอื่นๆ ด้วย) ซึ่งถ้าสมมุติฐานนี้ถูกต้อง เราก็ไม่น่าจะเห็นปรากฏการณ์ดังกล่าวจากการสำรวจที่มีการสอบถามรายได้อย่างละเอียดดังเช่นการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) ในปี 2545 มาทำกราฟแบบเดียวกับในรูปที่ 14-15 ซึ่งปรากฏผลตามรูปที่ 16-17 ดังต่อไปนี้

รูปที่ 16 การกระจายของครัวเรือนในแต่ละชั้นรายได้ตามภูมิภาค จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2545



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2545

รูปที่ 17 การกระจายของอายุของประชากรในครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างในแต่ละชั้นรายได้ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2544 และ 2546



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2545

จากรูปที่ 16-17 จะเห็นได้ว่า ในการสำรวจที่มีการสอบถามข้อมูลรายได้อย่างละเอียดดังเช่น การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) ปี 2545 นั้น ไม่ได้ปรากฏแบบแผนที่ผิดปกติในเดซิล์แรก เหมือนกับที่เกิดในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทั้งปี 2544 และ 2546 ซึ่งบ่งชี้ว่าคุณภาพของ ข้อมูลรายได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการน่าจะไม่น่า และควรใช้ข้อมูลดังกล่าวด้วยความระมัดระวัง

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากรูปที่ 17 ก็สนับสนุนข้อพึงสังเกตประการหนึ่งจากรูปที่ 15 คือ ครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยสูง (ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการบ่งชี้ว่าครัวเรือนเหล่านี้มักมี ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพต่อคนสูงกว่าครัวเรือนที่รายได้เฉลี่ยต่ำในแทบทุกด้าน รวมทั้งด้านส่งเสริม สุขภาพและทันตกรรม) มักเป็นครัวเรือนที่มีสัดส่วนของประชากรในวัยทำงานสูงกว่ากลุ่มชั้นรายได้อื่น ทำให้มีความสามารถในการจ่ายเงินซื้อบริการที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เราไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะบอกได้ว่า กลุ่มที่อยู่ในชั้นรายได้ที่ต่ำกว่าและใช้เงินในการซื้อบริการด้านสุขภาพที่น้อยกว่านั้น เป็นเพราะได้รับความคุ้มครองที่ดีกว่าจากหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ หรือเป็นเพราะขาดอำนาจซื้อทำให้เข้าถึงบริการ ได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า แต่จากหลักฐานแวดล้อมต่างๆ ที่เรามีอยู่ (เช่น สัดส่วนของบุคลากร ด้านการแพทย์ต่อประชากรของไทยอยู่ในระดับที่ต่ำ คิวที่ยาวในสถานพยาบาลของรัฐ ฯลฯ) ก็ชวนให้ เราให้น้ำหนักกับความเชื่อเรื่องการขาดอำนาจซื้อนำไปสู่อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ซึ่งถ้าเป็น

เช่นนั้นแล้ว รัฐบาลก็มีความจำเป็นที่จะต้องให้หลักประกันสุขภาพที่มาพร้อมกับบริการที่กลุ่มผู้มีรายได้น้อย (เนื่องจากยังไม่ได้เข้าหรือพ้นวัยทำงานมาแล้ว) สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

6. นัยและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษานี้พยายามวัดผลของการมีหลักประกันสุขภาพที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน และที่มีต่อความยากจน โดยการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ต้องรับภาระในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นช่วงที่มี policy intervention ที่สำคัญไม่น้อยกว่าสองครั้งคือ (ก) การขยายการโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ให้ครอบคลุมเด็กและผู้สูงอายุ (และเปลี่ยนมาเป็นโครงการ สปร. ในปี 2537 รวมทั้งการปฏิรูประบบการเงินของโครงการ สปร. โดยพยายามใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2541-2543) และ (ข) การเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาท ในปี 2544 ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมพบว่าสัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ประชาชนจ่ายเองลดลงอย่างชัดเจนในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

ในด้านผลที่มีต่อความยากจนนั้น จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมพบว่าจำนวนและสัดส่วนของคนจนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงหลังจากที่มีโครงการทั้งสอง พอจะอนุมานได้อย่างหยابๆ ว่าการขยายหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (โดยโครงการ สปร. และโครงการ 30 บาทในระยะต่อมา) มีส่วนช่วยลดปัญหาความยากจนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลลงไปได้ถึงประมาณสองในสาม (จากร้อยละ 2.15 ในปี 2535 เหลือร้อยละ 0.71 ในปี 2545) ทั้งนี้ แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนกว่าในชนบท (ซึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้ลดลงจากร้อยละ 2.7 ในปี 2535 เหลือร้อยละ 0.9 ในปี 2545) แต่ก็มีผลที่คล้ายคลึงกันในเขตเมือง (ซึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้ลดลงจากร้อยละ 0.75-0.94 ในปี 2535-37 เหลือร้อยละ 0.33 ในปี 2545)

แม้ว่าตัวเลขสัดส่วนของคนจนจากการรักษาพยาบาลที่ลดลงจากการมีหลักประกันสุขภาพอาจดูไม่มาก (ประมาณร้อยละ 1.44 ของครัวเรือนทั้งหมด) แต่เมื่อคิดเป็นจำนวนประชากรก็จะตกประมาณเกือบหนึ่งล้านคน และเมื่อเทียบกับจำนวนคนจนทั้งหมด (ซึ่งตกประมาณร้อยละ 8.6 ของประชากรในปี 2545) ก็จะได้คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของคนจน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโครงการประกันสุขภาพมีส่วนในการลดจำนวนคนจนลงได้ประชากรลงมากถึงร้อยละ 14 ซึ่งเป็นจำนวนที่มีนัยสำคัญมากในการแก้ไขปัญหาความยากจนของประเทศ

นโยบาย

- ผลการประมาณการที่บ่งชี้ว่าในอดีตมีประชากรจำนวนมากว่าหนึ่งล้านคนที่เคยตกเป็นคนจนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ครัวเรือนเหล่านี้มีรายได้อยู่เหนือเส้นความยากจนแต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลออกแล้ว กลับมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน) และโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ ของรัฐมีส่วนช่วยลดจำนวนคนกลุ่มนี้ลงมาเกือบหนึ่งล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนประมาณถึงหนึ่งในหกของจำนวนคนจนทั่วประเทศ จึงสรุปได้ว่าโครงการเหล่านี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีสูงในด้านการลดความยากจน ทั้งๆ ที่โครงการเหล่านี้ (ไม่ว่าจะเป็นโครงการประกันสังคม บัตรสุขภาพ และ สปร.) ต่างก็เป็นโครงการแบบ “ถ่วงหน้า” ที่ไม่ได้เจาะจงว่าจะให้บริการเฉพาะคนยากจน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว โครงการเหล่านี้ก็กลับมีผลในด้านการลดความยากจนมากกว่าหลายโครงการที่เจาะจงที่จะช่วยคนจนเสียด้วยซ้ำ ในแง่นี้ ความพยายามที่จะเปลี่ยนโครงการ 30 บาท กลับไปเป็นโครงการช่วยเหลือคนจนนั้น นอกจากจะมีแรงต้านทางการเมืองอยู่ไม่น้อยแล้ว ยังอาจเป็นความพยายามที่อาจจะไม่เป็นประโยชน์กับคนจนด้วย เมื่อคำนึงถึงว่าโครงการในรูปแบบที่เป็นอยู่มีประสิทธิภาพค่อนข้างสูงในการลดปัญหาความยากจนอยู่แล้ว
- แม้ว่านักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมักจะให้ความสำคัญกับการประกันความเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพราะเชื่อกันว่ามีโอกาสมากที่การเป็นโรคเหล่านี้จะก่อให้เกิดการล้มละลายของครัวเรือนซึ่งย่อมทำให้ครัวเรือนเหล่านี้ตกหล่มความจน แต่ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมก็แสดงให้เห็นว่าครัวเรือนส่วนใหญ่ที่ตกหล่มความยากจนเนื่องจากค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพนั้น มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วๆ ไปที่ผู้ป่วยเหล่านั้นไปรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอก (รวมทั้งกรณีผู้ป่วยเรื้อรังและต้องไปรับบริการบ่อยๆ) มากกว่าที่เกิดจากการที่ต้องเข้าไปนอนโรงพยาบาลด้วยโรคใดใดก็ตาม (ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการก็พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วครัวเรือนมีภาระค่ารักษาพยาบาลจากการเป็นผู้ป่วยนอกและโรคเรื้อรังมากกว่ารายจ่ายด้านผู้ป่วยในหลายเท่าตัว) ซึ่งจริงๆ แล้วกรณีนี้ก็ไม่ใช่เรื่องที่น่าแปลกใจแต่อย่างใด เนื่องจากจำนวนการใช้บริการของผู้ป่วยนอกนั้นสูงกว่าอัตราการมาใช้บริการของผู้ป่วยในถึงยี่สิบเท่า ซึ่งย่อมทำให้มีโอกาสไม่น้อยที่จะมีจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาความยากจนจากการไปใช้บริการเป็นผู้ป่วยนอกมากกว่าครัวเรือนที่จนเพราะต้องไปนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่รุนแรงเสียด้วยซ้ำ ในแง่นี้

หลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก จึงยังคงมีความสำคัญสำหรับครัวเรือนกลุ่มที่มีรายได้น้อยและครัวเรือนที่มีสัดส่วนของสมาชิกที่ไม่ได้อยู่ในวัยทำงานเป็นสัดส่วนที่สูง

7. บรรณานุกรม

- วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง ศรชัย เตรียมวรกุล และศศิวิทย์ วงษ์มณฑา. 2548. "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546" (ฉบับแก้ไขปรับปรุง มีนาคม 2548). รายงานเล่มที่ 1 โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47) กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง. 2545. "ถ้วนหน้า" หรือ "ช่วยคนจน"? เส้นทางสู่นาคตของโครงการ 30 บาท. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แสงสว่างเวิลด์เพรสจำกัด.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2547ก. "บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544"
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท กัญญา ตีษายติคม วลัยพร พัทธนฤมล และภูษิต ประคองสาย. 2547ข. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2545. การสาธารณสุขไทย พศ. 2542-2543. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อัญชนา ณ ระนอง. 2541. "แนวคิดและวิธีวัดความยากจนในประเทศไทย" วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน.
- _____. 2542. การออกแบบสอบถาม: การพัฒนาแบบสำรวจสุขภาพอนามัยกลุ่มคนยากจนในเมืองและในชนบท
- อัญชนา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2545. การวิจัยประเมินผล: การปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) (ฉบับแก้ไขปรับปรุง)
- Sherry Glied. 2003. "Health Care Costs: On the Rise Again," *JEP* 17:2 Spring.
- World Bank. "The Concentration Index," *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis—Technical Note* #7.

ภาคผนวก

ตารางรายละเอียดการประมวลผลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ
และสังคม ปี 2535-2545

ปี	ภาค	ครัวเรือน ทั้งหมด	ครัวเรือนที่ ยากจน	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพ	ครัวเรือนที่ จนเพราะ รายจ่าย ฅป. ใน	ครัวเรือน ยากจนต่อ ครัวเรือน ทั้งหมด(%)	ครัวเรือนที่จน เพราะ รายจ่าย สุขภาพ (%)	ครัวเรือนที่ จนเพราะ รายจ่ายฅป. ใน (%)	ครัวเรือนที่ จนเพราะ รายจ่าย สุขภาพ (%)	ครัวเรือนที่ จนเพราะ รายจ่ายฅป. ใน (%)
		(ครัวเรือน)	(ครัวเรือน)	(ครัวเรือน)	(ครัวเรือน)	ร้อยละของครัวเรือนทั้งหมด			ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจน	
ปี 2535	ทั่วประเทศ	13,048,394	2,891,012	280,510	ก.า.	22.2%	2.15%	ก.า.	9.7%	ก.า.
	ภาคเหนือ	2,720,198	558,324	88,904	ก.า.	20.5%	3.27%	ก.า.	15.9%	ก.า.
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,218,599	1,665,807	113,024	ก.า.	39.5%	2.68%	ก.า.	6.8%	ก.า.
	ภาคกลาง	2,957,899	323,136	50,491	ก.า.	10.9%	1.71%	ก.า.	15.6%	ก.า.
	กทม.	1,449,599	22,540	5,682	ก.า.	1.6%	0.39%	ก.า.	25.2%	ก.า.
	ภาคใต้	1,702,099	321,105	22,407	ก.า.	18.9%	1.32%	ก.า.	7.0%	ก.า.
ปี 2537	ทั่วประเทศ	13,596,718	1,892,049	250,278	ก.า.	13.9%	1.84%	ก.า.	13.2%	ก.า.
	ภาคเหนือ	2,830,990	350,374	60,428	ก.า.	12.4%	2.13%	ก.า.	17.2%	ก.า.
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,324,619	1,040,332	110,744	ก.า.	24.1%	2.56%	ก.า.	10.6%	ก.า.
	ภาคกลาง	3,116,570	198,828	49,790	ก.า.	6.4%	1.60%	ก.า.	25.0%	ก.า.
	กทม.	1,531,070	12,058	8,278	ก.า.	0.8%	0.54%	ก.า.	68.6%	ก.า.
	ภาคใต้	1,793,470	290,447	21,038	ก.า.	16.2%	1.17%	ก.า.	7.2%	ก.า.
ปี 2539	ทั่วประเทศ	15,037,898	1,519,662	230,551	ก.า.	10.1%	1.53%	ก.า.	15.2%	ก.า.
	ภาคเหนือ	3,078,400	262,996	40,099	ก.า.	8.5%	1.30%	ก.า.	15.2%	ก.า.
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,890,399	829,425	116,720	ก.า.	17.0%	2.39%	ก.า.	14.1%	ก.า.
	ภาคกลาง	3,357,200	176,787	40,464	ก.า.	5.3%	1.21%	ก.า.	22.9%	ก.า.
	กทม.	1,766,700	8,978	6,423	ก.า.	0.5%	0.36%	ก.า.	71.5%	ก.า.
	ภาคใต้	1,945,200	241,476	26,845	ก.า.	12.4%	1.38%	ก.า.	11.1%	ก.า.
ปี 2541	ทั่วประเทศ	15,758,198	2,003,973	179,813	26,979	12.7%	1.14%	0.17%	9.0%	1.3%
	ภาคเหนือ	3,150,200	292,337	39,782	8,370	9.3%	1.26%	0.27%	13.6%	2.9%
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,120,999	1,184,571	79,313	6,400	23.1%	1.55%	0.12%	6.7%	0.5%
	ภาคกลาง	3,540,300	222,634	33,029	9,313	6.3%	0.93%	0.26%	14.8%	4.2%
	กทม.	1,886,700	10,848	6,623	755	0.6%	0.35%	0.04%	61.0%	7.0%
	ภาคใต้	2,060,000	293,583	21,066	2,141	14.3%	1.02%	0.10%	7.2%	0.7%
ปี 2542	ทั่วประเทศ	15,933,899	2,138,287	181,557	33,058	13.4%	1.14%	0.21%	8.5%	1.5%
	ภาคเหนือ	3,162,300	359,965	43,230	9,730	11.4%	1.37%	0.31%	12.0%	2.7%
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,169,400	1,274,342	96,510	12,689	24.7%	1.87%	0.25%	7.6%	1.0%
	ภาคกลาง	3,586,900	197,489	25,230	6,921	5.5%	0.70%	0.19%	12.8%	3.5%
	กทม.	1,929,300	6,299	0	0	0.3%	0.00%	0.00%	0.0%	0.0%
	ภาคใต้	2,086,000	300,192	16,586	3,719	14.4%	0.80%	0.18%	5.5%	1.2%
ปี 2543	ทั่วประเทศ	16,086,398	2,067,584	209,533	37,850	12.9%	1.30%	0.24%	10.1%	1.8%
	ภาคเหนือ	3,182,200	368,866	51,975	11,648	11.6%	1.63%	0.37%	14.1%	3.2%
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,205,799	1,291,723	99,681	15,608	24.8%	1.91%	0.30%	7.7%	1.2%
	ภาคกลาง	3,631,999	167,122	27,769	4,441	4.6%	0.76%	0.12%	16.6%	2.7%
	กทม.	1,960,900	7,854	1,825	0	0.4%	0.09%	0.00%	23.2%	0.0%
	ภาคใต้	2,105,500	232,019	28,283	6,153	11.0%	1.34%	0.29%	12.2%	2.7%
ปี 2544	ทั่วประเทศ	16,188,999	1,829,249	206,273	45,071	11.3%	1.27%	0.28%	11.3%	2.5%
	ภาคเหนือ	3,179,500	296,008	43,391	15,080	9.3%	1.36%	0.47%	14.7%	5.1%
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,232,300	1,132,753	106,674	23,241	21.6%	2.04%	0.44%	9.4%	2.1%
	ภาคกลาง	3,658,000	139,439	37,022	6,012	3.8%	1.01%	0.16%	26.6%	4.3%
	กทม.	1,993,300	18,676	1,431	0	0.9%	0.07%	0.00%	7.7%	0.0%
	ภาคใต้	2,125,900	242,373	17,755	738	11.4%	0.84%	0.03%	7.3%	0.3%
ปี 2545	ทั่วประเทศ	16,323,070	1,364,521	116,672	27,262	8.4%	0.71%	0.17%	8.6%	2.0%
	ภาคเหนือ	3,183,381	265,057	23,148	4,713	8.3%	0.73%	0.15%	8.7%	1.8%
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,264,260	784,580	54,735	11,812	14.9%	1.04%	0.22%	7.0%	1.5%
	ภาคกลาง	3,699,723	123,077	15,786	5,801	3.3%	0.43%	0.16%	12.8%	4.7%
	กทม.	2,029,764	11,274	7,447	1,178	0.6%	0.37%	0.06%	66.1%	10.5%
	ภาคใต้	2,145,942	180,533	15,556	3,757	8.4%	0.72%	0.18%	8.6%	2.1%

	ครัวเรือนทั้งหมด (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่ยากจน (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพ (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย มป.โน (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่ ยากจนคือ ครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพคือ ครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่ายมป. ไม่ต่อครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพคือ ครัวเรือนที่ ยากจน ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะ รายจ่ายมป. ไม่ ต่อครัวเรือนที่ ยากจน (ร้อยละ)
เขตเมือง									
ปี 2535 เขตเมือง(1 และ 2)									
ภาคเหนือ	528,337	54,830	7,038	n.a.	10.4%	1.33%	n.a.	12.8%	n.a.
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	500,455	110,587	4,739	n.a.	22.1%	0.95%	n.a.	4.3%	n.a.
ภาคกลาง	851,425	45,214	7,481	n.a.	5.3%	0.88%	n.a.	16.5%	n.a.
กทม.	1,449,599	22,540	5,682	n.a.	1.6%	0.39%	n.a.	25.2%	n.a.
ภาคใต้	346,586	32,625	2,583	n.a.	9.4%	0.75%	n.a.	7.9%	n.a.
ทั่วประเทศ	3,676,401	265,795	27,523	n.a.	7.2%	0.75%	n.a.	10.4%	n.a.
ปี 2537 เขตเมือง (1 และ 2)									
ภาคเหนือ	611,790	60,847	10,847	n.a.	9.9%	1.77%	n.a.	17.8%	n.a.
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	687,040	99,920	9,815	n.a.	14.5%	1.43%	n.a.	9.8%	n.a.
ภาคกลาง	1,014,390	47,937	7,527	n.a.	4.7%	0.74%	n.a.	15.7%	n.a.
กทม.	1,531,070	12,068	8,278	n.a.	0.8%	0.54%	n.a.	68.6%	n.a.
ภาคใต้	398,210	31,195	3,541	n.a.	7.8%	0.89%	n.a.	11.4%	n.a.
ทั่วประเทศ	4,242,499	251,966	40,008	n.a.	5.9%	0.94%	n.a.	15.9%	n.a.
ปี 2539 เขตเมือง (1 และ 2)									
ภาคเหนือ	625,000	30,258	5,935	n.a.	4.8%	0.95%	n.a.	19.6%	n.a.
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	733,900	68,252	11,143	n.a.	9.3%	1.52%	n.a.	16.3%	n.a.
ภาคกลาง	1,110,100	38,928	8,557	n.a.	3.5%	0.77%	n.a.	22.0%	n.a.
กทม.	1,766,700	8,978	6,423	n.a.	0.5%	0.36%	n.a.	71.5%	n.a.
ภาคใต้	399,800	23,961	4,618	n.a.	6.0%	1.16%	n.a.	19.3%	n.a.
ทั่วประเทศ	4,635,499	170,376	36,676	n.a.	3.7%	0.79%	n.a.	21.5%	n.a.
ปี 2541 เขตเมือง (1 และ 2)									
ภาคเหนือ	639,700	36,083	7,975	1,132	5.6%	1.25%	0.18%	22.1%	3.1%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	761,700	81,937	5,038	595	10.8%	0.66%	0.08%	6.1%	0.7%
ภาคกลาง	1,194,700	40,282	6,903	1,457	3.4%	0.58%	0.12%	17.1%	3.6%
กทม.	1,886,700	10,848	6,623	755	0.6%	0.35%	0.04%	61.0%	7.0%
ภาคใต้	431,200	29,934	2,629	0	6.9%	0.61%	0.00%	8.8%	0.0%
ทั่วประเทศ	4,913,999	199,084	29,167	3,939	4.1%	0.59%	0.08%	14.7%	2.0%
ปี 2542 เขตเมือง (1 และ 2)									
ภาคเหนือ	649,200	32,186	4,921	1,236	5.0%	0.76%	0.19%	15.3%	3.8%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	774,200	107,115	5,606	879	13.8%	0.72%	0.11%	5.2%	0.8%
ภาคกลาง	1,216,100	34,434	4,678	559	2.8%	0.38%	0.05%	13.6%	1.6%
กทม.	1,929,300	6,299	0	0	0.3%	0.00%	0.00%	0.0%	0.0%
ภาคใต้	441,600	25,962	3,839	844	5.9%	0.87%	0.19%	14.8%	3.3%
ทั่วประเทศ	5,010,400	205,995	19,044	3,517	4.1%	0.38%	0.07%	9.2%	1.7%
ปี 2543 เขตเมือง (1 และ 2)									
ภาคเหนือ	648,900	49,359	4,174	1,606	7.6%	0.64%	0.25%	8.5%	3.3%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	776,500	102,560	8,414	1,366	13.2%	1.08%	0.18%	8.2%	1.3%
ภาคกลาง	1,246,100	27,763	6,101	418	2.2%	0.49%	0.03%	22.0%	1.5%

	ครัวเรือนทั้งหมด (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่ยากจน (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพ (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย อป.ใน (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่ ยากจนต่อ ครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพต่อ ครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่ายอป. ในต่อครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพต่อ ครัวเรือนที่ ยากจน ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะ รายจ่ายอป.ใน ต่อครัวเรือนที่ ยากจน (ร้อยละ)
กทม.	1,960,900	7,854	1,825	0	0.4%	0.09%	0.00%	23.2%	0.0%
ภาคใต้	445,700	21,726	2,279	540	4.9%	0.51%	0.12%	10.5%	2.5%
ทั่วประเทศ	5,078,099	209,263	22,793	3,929	4.1%	0.45%	0.08%	10.9%	1.9%
ปี 2544 ในเขตเทศบาล									
ภาคเหนือ	656,500	48,808	2,489	146	7.4%	0.38%	0.02%	5.1%	0.3%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	873,400	88,805	3,975	2,221	10.2%	0.46%	0.25%	4.5%	2.5%
ภาคกลาง	1,239,800	34,787	9,451	2,640	2.8%	0.76%	0.21%	27.2%	7.6%
กทม.	1,993,300	18,676	1,431	0	0.9%	0.07%	0.00%	7.7%	0.0%
ภาคใต้	484,900	27,480	3,873	738	5.7%	0.80%	0.15%	14.1%	2.7%
ทั่วประเทศ	5,247,899	218,556	21,220	5,746	4.2%	0.40%	0.11%	9.7%	2.6%
ปี 2545 ในเขตเทศบาล									
ภาคเหนือ	659,770	30,140	2,557	909	4.6%	0.39%	0.14%	8.5%	3.0%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	881,577	68,175	2,643	350	7.7%	0.30%	0.04%	3.9%	0.5%
ภาคกลาง	1,255,930	23,693	3,577	1,440	1.9%	0.28%	0.11%	15.1%	6.1%
กทม.	2,029,764	11,274	7,447	1,178	0.6%	0.37%	0.06%	66.1%	10.5%
ภาคใต้	487,997	21,056	1,070	0	4.3%	0.22%	0.00%	5.1%	0.0%
ทั่วประเทศ	5,315,037	154,338	17,294	3,877	2.9%	0.33%	0.07%	11.2%	2.5%
เขตตำบล									
ปี 2535 ระดับหมู่บ้าน (3)									
ภาคเหนือ	2,191,862	503,494	81,866	n.a.	23.0%	3.74%	n.a.	16.3%	n.a.
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3,718,144	1,555,320	108,286	n.a.	41.8%	2.91%	n.a.	7.0%	n.a.
ภาคกลาง	2,106,474	277,923	43,010	n.a.	13.2%	2.04%	n.a.	15.5%	n.a.
ภาคใต้	1,355,514	288,480	19,825	n.a.	21.3%	1.46%	n.a.	6.9%	n.a.
ทั่วประเทศ	9,371,993	2,625,217	252,987	n.a.	28.0%	2.70%	n.a.	9.6%	n.a.
ปี 2537 ระดับหมู่บ้าน (3)									
ภาคเหนือ	2,219,200	289,527	49,581	n.a.	13.0%	2.23%	n.a.	17.1%	n.a.
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3,637,580	940,412	100,929	n.a.	25.9%	2.77%	n.a.	10.7%	n.a.
ภาคกลาง	2,102,180	150,891	42,263	n.a.	7.2%	2.01%	n.a.	28.0%	n.a.
ภาคใต้	1,395,260	259,253	17,497	n.a.	18.6%	1.25%	n.a.	6.7%	n.a.
ทั่วประเทศ	9,354,219	1,640,083	210,270	n.a.	17.5%	2.25%	n.a.	12.8%	n.a.
ปี 2539 ระดับหมู่บ้าน (3)									
ภาคเหนือ	2,453,400	232,738	34,164	n.a.	9.5%	1.39%	n.a.	14.7%	n.a.
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,156,500	761,173	105,577	n.a.	18.3%	2.54%	n.a.	13.9%	n.a.
ภาคกลาง	2,247,100	137,859	31,907	n.a.	6.1%	1.42%	n.a.	23.1%	n.a.
ภาคใต้	1,545,400	217,516	22,227	n.a.	14.1%	1.44%	n.a.	10.2%	n.a.
ทั่วประเทศ	10,402,399	1,349,287	193,875	n.a.	13.0%	1.86%	n.a.	14.4%	n.a.
ปี 2541 ระดับหมู่บ้าน (3)									
ภาคเหนือ	2,510,500	256,254	31,807	7,238	10.2%	1.27%	0.29%	12.4%	2.8%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,359,300	1,102,634	74,276	5,805	25.3%	1.70%	0.13%	6.7%	0.5%
ภาคกลาง	2,345,600	182,352	26,127	7,856	7.8%	1.11%	0.33%	14.3%	4.3%

	ครัวเรือนทั้งหมด (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่ยากจน (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพ (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย ศพ.ใน (ครัวเรือน)	ครัวเรือนที่ ยากจนคือ ครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพคือ ครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่ายศป. ในต่อครัวเรือน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะรายจ่าย สุขภาพคือ ครัวเรือนที่ ยากจน (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่จน เพราะ รายจ่ายศป.ใน ต่อครัวเรือนที่ ยากจน (ร้อยละ)
ภาคใต้	1,628,800	263,649	18,437	2,141	16.2%	1.13%	0.13%	7.0%	0.8%
ทั้งประเทศ	10,844,199	1,804,889	150,646	23,041	16.6%	1.39%	0.21%	8.3%	1.3%
ปี 2542 ระดับหมู่บ้าน (3)									
ภาคเหนือ	2,513,100	327,780	38,309	8,494	13.0%	1.52%	0.34%	11.7%	2.6%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,395,200	1,167,227	90,904	11,810	26.6%	2.07%	0.27%	7.8%	1.0%
ภาคกลาง	2,370,800	163,055	20,552	6,362	6.9%	0.87%	0.27%	12.6%	3.9%
ภาคใต้	1,644,400	274,231	12,747	2,875	16.7%	0.78%	0.17%	4.6%	1.0%
ทั้งประเทศ	10,923,499	1,932,292	162,513	29,541	17.7%	1.49%	0.27%	8.4%	1.5%
ปี 2543 ระดับหมู่บ้าน (3)									
ภาคเหนือ	2,533,300	319,506	47,801	10,043	12.6%	1.89%	0.40%	15.0%	3.1%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,429,300	1,189,162	91,267	14,242	26.8%	2.06%	0.32%	7.7%	1.2%
ภาคกลาง	2,385,900	139,359	21,668	4,023	5.8%	0.91%	0.17%	15.5%	2.9%
ภาคใต้	1,659,800	210,293	26,004	5,613	12.7%	1.57%	0.34%	12.4%	2.7%
ทั้งประเทศ	11,008,299	1,858,321	186,740	33,921	16.9%	1.70%	0.31%	10.0%	1.8%
ปี 2544 นอกเขตเทศบาล									
ภาคเหนือ	2,523,000	247,200	40,902	14,934	9.8%	1.62%	0.59%	16.5%	6.0%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,358,900	1,043,948	102,699	21,020	23.9%	2.36%	0.48%	9.8%	2.0%
ภาคกลาง	2,418,200	104,652	27,571	3,372	4.3%	1.14%	0.14%	26.3%	3.2%
ภาคใต้	1,641,000	214,893	13,882	0	13.1%	0.85%	0.00%	6.5%	0.0%
ทั้งประเทศ	10,941,099	1,610,693	185,054	39,326	14.7%	1.69%	0.36%	11.5%	2.4%
ปี 2545 นอกเขตเทศบาล									
ภาคเหนือ	2,523,611	234,918	20,591	3,804	9.3%	0.82%	0.15%	8.8%	1.6%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,382,683	716,405	52,092	11,462	16.3%	1.19%	0.26%	7.3%	1.6%
ภาคกลาง	2,443,794	99,384	12,208	4,362	4.1%	0.50%	0.18%	12.3%	4.4%
ภาคใต้	1,657,946	159,476	14,486	3,757	9.6%	0.87%	0.23%	9.1%	2.4%
ทั้งประเทศ	11,008,033	1,210,183	99,377	23,385	11.0%	0.90%	0.21%	8.2%	1.9%



Thailand Development Research Institute Foundation

565 Ramkhamhaeng 39, Wangthonglang, Bangkok 10310 Thailand

Tel: (662) 7185460; Fax: (662) 7185461-62; Web site: <http://www.info.tdri.or.th>