

“ ชุดโครงการวิจัยประเมินผลกระทบของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านการเงินการคลัง ”

“การใช้ข้อมูลการสำรวจมาวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทฯ และหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน และการ
สร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ”

รายงานเล่มที่ 2

ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

โดย

วิโรจน์ ณ ระนอง

อัญชนา ณ ระนอง

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตุลาคม 2550

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก
สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ¹

วิโรจน์ วรรณอง⁺

อัญชญา วรรณอง^{*}

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

1. บทนำ

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (equity in health) เป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจของคนจำนวนมาก และเป็นเป้าหมายประการหนึ่งของผู้ที่สนใจในการปฏิรูปสังคมและระบบสุขภาพ ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะสร้างดัชนี/ตัวชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ทั้งในต่างประเทศ (ตัวอย่างเมื่อเร็วๆ นี้คือ โครงการ Equity in Asia Pacific Health Systems หรือ EQUITAP) และในประเทศไทยเอง เช่น งานของศูนย์ติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร (เช่น ศุภสิทธิ์ และคลาส เรนเบอร์ก 2541 และ ศุภสิทธิ์ และดิเรก 2544) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานของ IHPP (รวมทั้งงานที่ทาง IHPP ทำร่วมในโครงการ EQUITAP ในเรื่องของ catastrophic health expenditure และ benefit incidence) และงานอื่นๆ ที่จากการสำรวจทั้งในระดับจังหวัด (เช่น สัมฤทธิ์ 2549) งานเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นการประยุกต์ใช้ข้อมูลทั้งจาก health account จากการสำรวจในระดับประเทศและจากตัวอย่างในบางจังหวัด และถึงจะมีส่วนที่เป็นแนวคิดหรือ concept อยู่ด้วย แต่ก็มักเป็นการกล่าวถึงหรือสรุปวิธีต่างๆ ที่มีการใช้ในต่างประเทศ (และที่นักวิจัยนำมาใช้ต่อ) โดยไม่ค่อยได้ลงลึกไปถึงการวิเคราะห์วิจารณ์ดัชนีชี้วัดในแต่ละตัวมากนัก และเมื่องานวิจัยด้านนี้ขยายตัวมากขึ้น ก็มีการนำผลจากการศึกษาที่ใช้ดัชนีต่างๆ มาประเมินผลของโครงการต่างๆ ด้านสุขภาพ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการ 30 บาทย) อย่างไรก็ตาม ยังมีคำถามและข้อกังขาอยู่ไม่น้อยต่อการตีความและข้อสรุปหลายประการจากการศึกษาเหล่านี้

วัตถุประสงค์หลักของรายงานนี้คือ พยายามวิเคราะห์ถึงแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยพยายามลงไปถึงด้านปรัชญา แนวคิด การตีความและข้อจำกัดของดัชนีเหล่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งดัชนีที่มีการนำมาใช้ในระยะหลัง และนำเสนอดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพบางตัวที่

¹ รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “การใช้ข้อมูลการสำรวจมาวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทฯ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน และการสร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นที่ปรึกษา ผู้เขียนขอขอบคุณ คุณอรรถกฤต เล็กศิริไธ อดีตนักวิจัยที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ซึ่งเป็นผู้ประมวลผลข้อมูลทั้งหมดที่นำเสนอโดยคณะผู้วิจัย

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

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

คณะผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะนำมาใช้ต่อไป การศึกษานี้ยังไม่ได้ครอบคลุมการคำนวณตัวเลขดัชนีเหล่านี้และการศึกษาความเปลี่ยนแปลงของค่าของดัชนีเหล่านี้ว่าเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด² (ยกเว้นดัชนีในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลดความยากจนบางส่วน ซึ่งได้รวบรวมมาด้วย เนื่องจากมีความเกี่ยวเนื่องกับโครงการย่อยที่หนึ่ง)

2. แนวคิดเรื่องความเป็นธรรมและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

แนวคิด (หรือ “ปรัชญา”) เรื่องความเป็นธรรม (equity) นั้น มิใช่เป็นสิ่งที่ผู้คนในสังคมต่างๆ มีฉันทามติเสียทีเดียว (ตัวอย่างเช่น คำถามที่ว่าการนำผลประโยชน์ในสิ่งที่ได้มาจากน้ำพักน้ำแรงมายกให้ลูกหลานทั้งหมดเป็นวิธีที่เป็นธรรมหรือไม่ หรือคำถามที่ว่าคนที่คนแต่ละคนที่ใช้เวลาทำงานชนิดเดียวกันเท่ากันแต่ได้ผลงานที่ต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาความแตกต่างทางสรีระ (เช่น เพศ) สมควรควรได้รับค่าตอบแทนที่เท่ากันหรือต่างกัน หรือการจ่ายค่าตอบแทนที่เท่ากันกับลูกจ้างที่มีความจำเป็นในการใช้จ่ายที่ต่างกัน เป็นวิธีที่เป็นธรรมหรือไม่ ฯลฯ ต่างก็เป็นคำถามที่ไม่ได้มีคำตอบที่เป็นฉันทามติเสมอไป) และเมื่อมาถึงความเป็นธรรมในด้านสุขภาพก็ยังมีคำถามต่อมาอีกได้มากมาย ตั้งแต่คำถามที่ว่าเราสามารถ (หรือควรจะ) ประเมินความเป็นธรรมด้านสุขภาพจากการพิจารณาเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ (ที่อาจขยายให้รวมไปถึงการเงินการคลังด้านสุขภาพ) ได้หรือไม่ ตัวอย่างผู้ที่เคยถกในประเด็นทำนองนี้คือ หลูซิ่น (นามปากกาของอดีตนักศึกษาแพทย์ที่เลิกเรียนแพทย์และหันเหเป็นนักเขียนที่มีชื่อเสียงของจีนในช่วงต้นศตวรรษที่ 20) ผู้ซึ่งให้ความเห็นแย้งในทำนองที่ว่าการรักษาโรคให้กับคนจีนในขณะนั้นมีประโยชน์น้อยกว่าการเปลี่ยนแปลงความคิดของพวกเขา³ หรือแม้กระทั่งในยุคหลังๆ ในวงการสุขภาพ หลังจากที่เคยมีคำขวัญ “Health for All” (เมื่อประมาณสองถึงสามทศวรรษก่อน) ก็มีการกล่าวถึงแนวคิดเรื่อง “All for health” ซึ่งเน้นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยด้านอื่นๆ ต่อสุขภาพ และในงานทางด้านเศรษฐศาสตร์ ก็เป็นที่ยอมรับกันว่าการศึกษาของมารต้ามักจะมีผลต่อสถานะสุขภาพ (รวมไปถึงการเจริญเติบโต การเจ็บป่วย และการเสียชีวิต) ของทารกและเด็ก แม้ว่าเราคงจะเข้าใจได้ไม่ยากนักว่าทำไม (หรืออาจมองว่า “เป็นธรรมดาอยู่เองที่”) งานวิจัยด้านความเป็นธรรมด้านสุขภาพจะไม่ค่อยได้แตะปัญหาข้างต้นโดยตรง⁴ แต่ประเด็นนี้จะกลับมาเป็นคำถามอีกครั้งหนึ่งเมื่อเราพิจารณาถึงระดับสถานะสุขภาพที่พึงปรารถนาในหัวข้อต่อไป

นอกจากจะมีข้อถกเถียงกันในเรื่องว่าจะให้นิยามและจะวัดความเป็นธรรม (และความเป็นธรรมด้านสุขภาพ) อย่างไรแล้ว ก็ยังมีคำถามต่อไปว่า ถึงแม้ว่าความเป็นธรรมดูจะเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา แต่ความเป็นธรรมเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดหรือไม่ (หรือแม้กระทั่งเป็นเป้าหมายอันดับแรกๆ หรือไม่) ซึ่งคำตอบนี้จะส่งผลในการกำหนดเป้าหมายและมาตรวัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพเช่นกัน ตัวอย่างเช่น ถ้ามีเป้าหมายประเภท “ให้

² โดยส่วนนี้เป็นส่วนที่กำหนดไว้ใน TOR ว่าจะดำเนินการใน phase ต่อไป

³ หลูซิ่น (1881-1936) ได้รับทุนไปเรียนที่วิทยาลัยญี่ปุ่นจนจบ และเรียนต่อด้านการแพทย์ในปี 1904 ตัดสินใจเลิกเรียนแพทย์และหันไปศึกษาวรรณคดีแทนหลังจากที่ได้ดูภาพเหตุการณ์จากสไลด์ที่อาจารย์นำมาฉายให้นักศึกษาชม ซึ่งเป็นภาพเหตุการณ์ในปี 1905 ที่คนจีนถูกทหารญี่ปุ่นจับยิงเป้า และชาวจีนจำนวนมากยื่นชมโดยดูชมนิ่ง (ทวีป 2530)

⁴ แต่มักจะใช้เหตุผลทำนองนี้มาอภิปรายสนับสนุนหรือโต้แย้งในประเด็นเชิงนโยบายอยู่บ่อยๆ เช่น การกล่าวถึงหลักประกันสุขภาพที่ “เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ”

ประชาชนเข้าถึงบริการพื้นฐาน” (ซึ่งอาจจะเน้นที่ให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานขั้นต่ำมากกว่าความเสมอภาค) ก็จะต้องการตัดสินใจที่ต่างจากในกรณีเป้าหมายหลักอยู่ที่ความเสมอภาคหรือ “ความเป็นธรรม” เป็นต้น

2.1 ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพอาจมองได้จากหลายมุมมอง เช่น พิจารณาจากสถานะหรือภาวะสุขภาพ (health status) ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) การเข้าถึง (access) และการดูแลรักษา (treatment) ไปจนถึงการร่วมรับภาระค่าใช้จ่าย (การคลังด้านสุขภาพ หรือ health care financing) ซึ่งในแทบทุกด้านยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากเรื่องสุขภาพด้วย ในที่นี้เราจะแยกพิจารณาเป็นสามหัวข้อใหญ่ดังต่อไปนี้

2.1.1 สถานะสุขภาพ (health status)

สถานะหรือภาวะสุขภาพ (หรือสุขภาพ) สามารถใช้เป็นมาตรวัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพวิธีหนึ่ง เพราะภาวะสุขภาพในขณะใดขณะหนึ่งก็เป็นเสมือนผลลัพธ์ (outcome) ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น จึงน่าจะเป็นดัชนีชี้วัดที่ยอมรับได้ในสังคมที่เชื่อเรื่อง equity of outcome

ที่ผ่านมา มีการศึกษาจำนวนหนึ่งให้ผู้ตอบประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง แล้วนำมาเป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากปัญหาการเปรียบเทียบความคิดเห็นข้ามบุคคล ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบแบบ subjective ที่ผู้ตอบแต่ละคนอาจจะมีมาตรวัด (หรือวิธีให้คะแนน) ที่ต่างกันแล้ว ก็ยังมีประเด็นเชิง concept ของการใช้ภาวะสุขภาพเป็นดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพอีกอย่างน้อยสองประการคือ

- จะเปรียบเทียบจากสุขภาพตั้งต้น สุขภาพปัจจุบัน หรือแนวโน้มสุขภาพในอนาคต?
คำถามนี้แสดงถึงปัญหาพลวัต (dynamism) ของสุขภาพ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา โดยมีหลายปัจจัยที่มีส่วนกำหนด เช่น ความแตกต่างด้านพันธุกรรม (genetic) (ซึ่งมีส่วนกำหนด health endowment ซึ่งมีโอกาสที่จะส่งผลต่อสุขภาพในทุกช่วง) สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ นอกจากนี้ สภาวะสุขภาพก็มีส่วนที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมของเจ้าตัวหรือครอบครัว (เช่น การสูบบุหรี่) อีกด้วย
- และไม่ว่าจะมองจากมุมไหน ภาวะสุขภาพมักมีส่วนที่ถูกกำหนดจากปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากปัจจัยด้านสุขภาพ
 - สังคมเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นที่ตระหนักกันดีมานานแล้ว รวมไปถึงแนวคิดเรื่อง “รัฐจักร ไร่-จน-เจ็บ” ที่ถูกกล่าวถึงมาเป็นเวลานานหลายทศวรรษ มาจนถึงในยุคปัจจุบันที่มีคำขวัญ “all for health”
 - การศึกษา (รวมถึงการศึกษาของแม่และพ่อ) ซึ่งมีงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ จำนวนไม่น้อยที่บ่งชี้ว่าการศึกษาของมารดามักจะมีผลต่อสภาวะสุขภาพ (รวมถึงการเจริญเติบโต การเจ็บป่วย และการเสียชีวิต) ของทารกและเด็ก

นอกจากการประเมินสภาวะสุขภาพแบบอัตวิสัย (subjective) แล้ว เรายังสามารถวัด (และเปรียบเทียบ) สภาวะสุขภาพของคนในเศรษฐกิจฐานต่างๆ ด้วยดัชนีที่มีความเป็นภาววิสัย (objective) มากกว่า เช่น อัตราการตายคลอด และอัตราการตายของทารกและเด็ก ภาวะโภชนาการ (เช่น สัดส่วนของเด็กและประชากรที่มีภาวะทุพโภชนาการ (Protein-Calorie Malnutrition ในระดับต่างๆ) หรือมีภาวะอ้วน) และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ เป็นต้น แต่การที่จะแยกดัชนีหลายตัวในกลุ่มนี้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตราการตายคลอด และอัตราการตายของทารกและเด็ก) ตามเศรษฐกิจฐานจะต้องมีระบบข้อมูลที่ดีพอ (ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มี)

2.1.2 ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) การเข้าถึง (access) การดูแลรักษา (treatment) และประโยชน์ที่ได้รับ (benefit)

แม้ว่าคนจำนวนมากจะเห็นพ้องกันว่า ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพควรจะให้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดกับสิ่งที่เรียกว่า “ความจำเป็น” เท่านั้น แต่ก็ยังมีคำถามว่าอะไรหรือแค่ไหนจึงถือว่าเป็น “ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs)” แต่ก่อนที่จะตอบได้ว่าแค่ไหนคือ health needs ก็คงจะต้องตอบก่อนว่า แค่ไหนคือสุขภาพ (หรือ “สุขภาพะ”) ที่พึงปรารถนา?

คำถามนี้เป็นคำถามที่ตอบยากอีกคำถามหนึ่ง คำตอบที่สุดโต่งและสัมบูรณ์ (absolute) คำตอบหนึ่งมาจากแนวคิดเรื่อง maximal health ซึ่งให้นิยาม health needs ว่าเป็น “ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้เพื่อทำให้เกิด “maximum possible health improvement” หรือจนทำให้ individual’s capacity of benefit ลดเหลือเท่ากับศูนย์ (Culyer and Wagstaff 1993) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ดูความจำเป็นด้านสุขภาพแยกออกมาจากความจำเป็น (หรือความต้องการ) ในด้านอื่นๆ และดูเหมือนจะให้ความสำคัญกับความจำเป็นด้านสุขภาพเหนือสิ่งอื่นใด

ในทางกลับกัน กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (และนักวิชาการที่มีส่วนในการผลักดันนโยบาย) มักจะให้ความสนใจกับ “ความจำเป็น” ที่จะทำให้เกิดบรรลุ “มาตรฐาน” (ซึ่งมักจะหมายถึง มาตรฐาน “ขั้นต่ำ” ที่กำหนดขึ้นตาม “ความเหมาะสม” กับ “ฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ(หรือรัฐบาล)”) และการ “ควบคุมค่าใช้จ่าย” (cost containment) เป็นสำคัญ สำหรับในประเทศไทยนั้น ในระยะหลังก็มีการกล่าวถึงแนวคิด “สุขภาพพอเพียง” (ซึ่งเข้าใจว่าประยุกต์มาจาก “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”) อยู่บ่อยๆ แต่แนวคิดนี้ยังค่อนข้างเป็นนามธรรม และขึ้นกับการตีความที่อาจแตกต่างกันได้ค่อนข้างมาก⁵

นอกจากนี้ ก็ยังมีแนวคิดอื่นๆ ตัวอย่างเช่น แนวคิดเรื่อง ชีวิตที่มีคุณภาพ (หรือคุณภาพชีวิต รวมทั้งแนวคิดของ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิต “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน”) ซึ่งเป็นแนวคิดที่คล้ายกับรัฐสวัสดิการ คงอยู่ระหว่างสองแนวคิดข้างต้น

แต่ไม่ว่าเราจะใช้นิยามไหนมาวัด health needs ย่อมต่างกันในแต่ละคน ความเป็นธรรมจึงน่าจะอยู่ที่ได้รับบริการที่มีคุณภาพเมื่อมีความจำเป็น ถึงแม้ว่าแนวคิดนี้จะยังคงสลัดไม่พ้นคำถามเดิม (ว่าแค่ไหนหรือเมื่อใด

⁵ และถ้าจะตีความตามแนวทางแบบ “รัฐประมาณ” หรือ “มีเหตุผล” ในแบบที่ให้แต่ละคนใช้บริการด้านรักษาพยาบาลในระดับที่ “สมกับฐานะ” ก็จะเป็นแนวคิดที่สนับสนุน status quo ที่ไม่ผู้จะสนใจความเสมอภาคมากนัก แต่ก็เป็นไปได้ว่าคนจำนวนไม่น้อยอาจจะมองว่าสิ่งนี้เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาและ “เป็นธรรม” สำหรับสังคมไทยแล้ว

จึงถือได้ว่า “จำเป็น”) แต่ถ้าเราจะเลียงประเด็นนี้ไปก่อน โดยสมมุติว่าโดยทั่วไปแล้วผู้คนจะไปรับบริการสุขภาพเมื่อเห็นว่ามีคามจำเป็น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเราใช้นิยามของ needs ตาม maximal health ก็คงจะครอบคลุมแทบทุกกรณีอยู่แล้ว) แล้วข้ามไปดูในขั้นต่อไปว่า คนเหล่านั้นสามารถเข้าถึง (access) และได้รับการบริการ (treatment) ที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกันหรือไม่

โดยหลักการแล้ว การวัดการเข้าถึงบริการ (access) น่าจะเป็นตัวชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่ดีตัวหนึ่ง เพราะระบบที่ดีควรจะเปิดโอกาสให้เข้าถึงได้อย่างเสมอภาคเมื่อมี health needs (และโดยทั่วไปแล้ว ในแต่ละปี คนส่วนใหญ่ก็มักจะมีคามจำเป็นที่ต้องใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล) ในขณะที่ชนิดและปริมาณการบริการ (treatment) น่าจะมีความผันแปรมากกว่าเพราะชนิดและปริมาณการให้บริการ (ที่มีคุณภาพหรือจำเป็น) ย่อมเปลี่ยนแปลงไปตาม health needs ที่แตกต่างกันด้วย⁶

อย่างไรก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติ (โดยเฉพาะในประเทศไทย) “การเข้าถึง” (access) อาจไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างทัดเทียมกันเสมอไป เพราะในขณะที่คนส่วนใหญ่ของประเทศสามารถเดินทางมาพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อนามัยได้โดยไม่ยากนัก แต่ก็มีข้อก้ำกึ่งมาถึงคุณภาพของการรักษา (quality of treatment) อย่างกว้างขวาง และมีระดับที่แตกต่างกันไปในโครงการหลักประกันสุขภาพที่ต่างกันด้วย

อย่างไรก็ตาม การวัดว่าคนไข้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพหรือไม่นั้น ถึงแม้ว่าอาจจะทำได้ในการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง แต่โดยทั่วไปแล้ว การหาข้อมูลเรื่องนี้ทำได้ยากมาก ในขณะที่ การเข้าถึง (access) หรือการใช้บริการ (utilization) จึงยังคงเป็นตัวชี้วัดที่ practical กว่า ถึงแม้ว่าผู้ใช้จะต้องตระหนักถึงปัญหาและข้อจำกัดของตัวชี้วัดเหล่านี้

ดังนั้น ในภาวะที่เราไม่มีข้อมูลด้าน health status ที่จำกัด (และแทบจะไม่ต้องหวังที่จะวัด health need ซึ่งจะมีปัญหาตามมาอีกหลายประการ) แต่เราพอมีข้อมูลจำนวน(อัตรา)การใช้บริการต่างๆ ในการรักษาพยาบาลอยู่พอสมควร สมมุติว่าอัตราการเจ็บป่วยไม่ต่างกันตามเศรษฐกิจ (ซึ่งแม้ไม่จริงทั้งหมด แต่ก็มีส่วนที่หักล้างกันไปบางส่วน ตัวอย่างเช่น คนจนอาจเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากภาวะโภชนาการไม่ดี แต่คนรวยก็ป่วยด้วยปัญหาโภชนาการเกินเช่นกัน) การใช้ข้อมูลสมมุติว่าคนทุกเศรษฐกิจในกลุ่มอายุเดียวกันมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยใกล้เคียงกันจึงน่าจะเป็นข้อสมมุติที่พอยอมรับได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งทำให้เราอาจหันมาวัด “ความเป็นธรรม” ในการเข้าถึง (access) และในการใช้บริการ (utilization) แทนความเป็นธรรมในด้านการรับบริการด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง⁷

ประโยชน์ที่ได้รับ (benefit)

⁶ ตัวอย่างเช่น ถ้าคนรวยมีปัญหาเส้นเลือดหัวใจอุดตันมากกว่าคนจน การเปรียบเทียบสัดส่วนของคนจนกับคนรวยที่ได้รับการรักษา (treatment) เพื่อรักษาโรคดังกล่าวย่อมไม่ถูกต้อง (นอกจากว่าจะเปรียบเทียบจากตัวหารที่มี health needs เหมือนกัน ซึ่งจะต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอีกมาก เพราะไม่สามารถดูจากเฉพาะคนที่มารับการรักษาเท่านั้น)

⁷ แต่ก็มีข้อโต้แย้งในประเด็นนี้เช่นกัน (ดูตัวอย่างในตอนที่ 3)

ตัวชี้วัดอีกวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้อยู่บ่อยๆ ในการวิเคราะห์บทบาทของรัฐในด้านสาธารณสุขและการศึกษา คือการวัดประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้จ่ายของภาครัฐ (benefit incidence analysis) ซึ่งบางครั้งใช้ตัวย่อว่า BIA) วิธีนี้พยายามวัด “ประโยชน์” ที่ประชาชนกลุ่มต่างๆ (เช่น ตามเศรษฐกิจฐานะต่างๆ) ได้รับจากโครงการของภาครัฐ โดยคำนวณ “ประโยชน์” ที่ได้รับโดยการคูณปริมาณการใช้บริการ (เป็นศูนย์ในกรณีที่ไม่ได้รับหรือใช้บริการนั้นๆ) ด้วยต้นทุนเฉลี่ยของการจัดบริการนั้นๆ และมักมีการนำไปทำเป็น concentration curve และคำนวณดัชนีต่างๆ (ที่คล้ายกับ Gini coefficient)

แต่ถึงแม้ว่ามีการวิจัยจำนวนมากที่ใช้ BIA และดัชนีต่างๆ ที่คำนวณมาจาก BIA มาวิเคราะห์หรือประเมินโครงการต่างๆ ของภาครัฐ ที่ผ่านมานักวิจัยเหล่านี้มักจะใช้ข้อสมมุติที่ค่อนข้าง strong (รวมทั้งการใช้ข้อสมมุติว่าประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเท่ากับ (หรือแม้กระทั่งแปรผันตรงกับ) เงินที่รัฐใช้⁹) หรือยังห่างไกลกับความเป็นจริงหลายประการ¹⁰ อีกทั้งเป็นภาพจากมุมเดียวของการคลังภาครัฐ (ไม่ได้รวมด้านภาษีและค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บภาษีเข้ามาพิจารณาด้วย)¹¹ รายงานนี้ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของ BIA (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานส่วนที่ 3) อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดหลายประการดังที่กล่าวมาแล้ว จึงไม่ควรใช้ benefit incidence โดยโดดๆ ในการสรุปหรือประเมินผลในด้านความเป็นธรรมของโครงการด้านหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ และควรหลีกเลี่ยงการแยกทำ BIA ในแต่ละโครงการแล้วนำมาเปรียบเทียบกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการต่างๆ ที่ผู้รับประโยชน์จากแต่ละโครงการไม่ได้กระจายอย่างทั่วถึงในทุกช่วงชั้นของประชากร ตัวอย่างเช่น ในกรณีของโครงการ 30 บาท นั้น กลุ่ม “คนรวย” ใน decile แรกของผู้มีสิทธิในโครงการนี้ จะมีจำนวนไม่น้อยที่อยู่อยู่ใน decile ที่ 2 หรือ 3 ของประชากร ซึ่งจะเป็นกลุ่มประชากรเดียวกันกับ decile กลางๆ ของผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ การนำข้อมูลของ decile ที่ x ของผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท มาเปรียบเทียบกับกลุ่ม decile ที่ x ของผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจึงไม่ได้เป็นการเปรียบเทียบที่ให้ประโยชน์ใดๆ เป็นต้น

⁸ นักเศรษฐศาสตร์บางคน เช่น Lanjouw and Ravallion 1998 และ Ajwad and Woden 2001 เสนอให้ใช้ต้นทุนส่วนเพิ่มแทนต้นทุนเฉลี่ย แต่แทบจะไม่มีงานที่ใช้วิธีนี้เลย ซึ่งส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะข้อจำกัดด้านข้อมูล

⁹ ข้อสมมุตินี้มีนัยว่าเมื่อสถานพยาบาลใช้เงินเฉลี่ยต่อคนให้บริการหนึ่งครั้งเพิ่มมากขึ้นเท่าใด ประชาชนที่รับบริการจะได้ประโยชน์เพิ่มขึ้นในสัดส่วนนั้นๆ ด้วย ตัวอย่างปัญหาของการสมมุติแบบนี้คือ ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพหรือมีการทุจริตที่ทำให้สถานพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (เช่น ถ้าเกิดกรณีแบบทุจริตที่ทำให้สถานพยาบาลซื้อยาแพงขึ้น) ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการทุจริตดังกล่าวจะถูกนับรวมและกระจายออกมาเป็น “ประโยชน์” ที่ประชาชนได้รับด้วย ในแง่นี้ ถ้าใช้คำว่า government expenditure incidence อาจสื่อความหมายได้ตรงกว่าคำว่า benefit incidence

¹⁰ ดูการวิเคราะห์วิจารณ์ในเชิงทฤษฎีใน Atkinson and Stiglitz (1980) Lanjouw and Ravallion (1998) (รวมทั้งงานหลายชิ้นของ Peter Lanjouw) และ Davoodi et al (2003)

¹¹ ตัวอย่างเช่น ถ้าผลการวัด benefit incidence พบว่าคนจนได้ประโยชน์จากโครงการด้านสุขภาพของรัฐมากกว่าคนรวย เราก็จะไม่สามารถสรุปว่าการแทรกแซงของรัฐเพิ่มความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เพราะเรายังไม่เห็นผลกระทบของการแทรกแซงด้านอื่นๆ ของรัฐที่อาจมีผลต่อสุขภาพของคนกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผลกระทบในระยะยาว (ตัวอย่างเช่น ถ้ารัฐบาลมีโครงการในระยะสั้นที่อาจจะเป็นประโยชน์กับคนจน แต่ทำให้ระบบบริการที่คนจนพึ่งได้ค่อยเสื่อมถอยไปในระยะยาว) รวมทั้งยังไม่เห็นว่าการเก็บภาษีของรัฐนั้นกระทบคนกลุ่มต่างๆ อย่างไร เป็นต้น

2.1.3 การร่วมรับภาระค่าใช้จ่าย (การคลังด้านสุขภาพ หรือ health care financing)

ปกติแล้ว การจ่ายด้านสุขภาพนั้นมีทั้งส่วนที่ปัจเจก (ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติ) จ่ายเองและส่วนที่จ่ายโดย “สังคม” สาเหตุหนึ่งที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนที่สำคัญมักเกิดขึ้นในช่วงแรกและช่วงท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงที่ปัจเจกมักจะไม่มีรายได้ และมักจะไม่สามารถพึ่งตลาดสินเชื่อได้ จึงต้องพึ่งพิงระบบ insurance ไม่ว่าจะเป็นการออมของตนเอง (ซึ่งต้องอาศัยวินัย และมีข้อจำกัดหลายประการ) ความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ชุมชน รวมไปถึงจนถึงภาครัฐ(ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลท้องถิ่นหรือรัฐบาลกลาง ในรูปค่าใช้จ่ายของรัฐที่มาจากภาษี หรือโดยผ่านโครงการประกันสังคม social insurance) และในสังคมสมัยใหม่ที่มีเคลื่อนย้าย (mobility) สูงขึ้นนั้น หลายประเทศพึ่งพิงบทบาทของครัวเรือนได้น้อยลงและหันมาพึ่งพิงบทบาทของภาครัฐมากขึ้น (ในขณะเดียวกันกับที่ รัฐบาลก็มักเก็บภาษีในอัตราที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับรายได้ต่อหัวของประชากร)¹²

ปัญหาหนึ่งของแต่ละสังคมก็คือ สังคมจะตัดสินใจอย่างไรว่าจะแบ่งทรัพยากรแค่ไหนมาให้เรื่องสุขภาพ เรา จะเห็นได้ว่าประเทศพัฒนาแล้วในโลกทุนนิยมตะวันตกส่วนใหญ่ (ยกเว้นสหรัฐอเมริกา) รวมถึงประเทศทุนนิยมที่มี ฐานะค่อนข้างดีในแถบเอเชียแปซิฟิก ล้วนแล้วแต่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ภาครัฐมีบทบาทที่สำคัญใน การจ่ายเงิน ในขณะที่ประเทศที่ประกาศตัวเป็นสังคมนิยมหลายประเทศในแถบลุ่มน้ำแม่โขง (ตั้งแต่จีน เวียดนาม กัมพูชา ลาว ไปจนถึงพม่า ซึ่งประกาศตัวเป็นสังคมนิยมเชิงพุทธ) กลับไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับประเทศไทยที่ประกาศตัวเป็นประเทศทุนนิยม และมีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าประเทศกลุ่มสังคมนิยมใน แถบลุ่มน้ำแม่โขง ก็ผลักดันจนเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ยังไม่สามารถพัฒนาไปเป็นระบบที่ ประชาชน (โดยเฉพาะชนชั้นกลาง) มีความเชื่อมั่นมากพอที่จะฝากชีวิตเอาไว้ด้วยความมั่นใจพอสมควรเหมือน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในยุโรปหรือแคนาดา

ถ้าความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของภาครัฐขึ้นกับระดับการพัฒนา (หรือ “ความร่ำรวยของ สังคม/ประเทศ”) จริงตามข้อสังเกตข้างต้น คำถามที่ตามมาอีกข้อหนึ่งก็คือ มุมมองหรือมาตรฐานความเป็นธรรม ด้านสุขภาพควรจะมีความเป็นสากลที่เหมือนกันในทุกประเทศ หรือควรจะแตกต่างกันตามฐานะหรือ “ระดับการ พัฒนา” ของประเทศด้วย (เช่น ถ้าเชื่อว่าประเทศที่จนไม่สามารถมีหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงได้ ก็ อาจจะไม่ใช่ “เป็นธรรม” ที่จะใช้มาตรฐานความเป็นธรรมที่เหมือนกับในประเทศที่พัฒนาแล้วหรือไม่)

ในทำนองเดียวกัน ในประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนาที่ยังมีปัญหาและอยู่กับความเสี่ยงจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ยังมีมาตรฐานความปลอดภัยในด้านต่างๆ ที่ยังต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น การใช้ พาทะที่มีความปลอดภัยต่ำ เช่น มอเตอร์ไซด์ รถตุ๊กตุ๊ก รถสอง(หรือสาม)แถว และทำยารถกระบะ ในการขนส่ง ผู้โดยสารและเด็กนักเรียนจำนวนมาก และนอกจากการมีมาตรฐานที่ต่ำแล้ว ยังมีปัญหาการตรวจสอบและบังคับ ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยในด้านต่างๆ (รวมทั้งด้านสารตกค้างในอาหาร) อย่างจริงจังอีกด้วย ซึ่ง ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงและความสูญเสียจากอุบัติเหตุในอัตราที่สูงหรือทำให้โดยทั่วไปแล้วผู้คนในประเทศ

¹² ดู อัญชนา ณ ระนอง การคลังสาธารณะ หน้า 88

กำลังพัฒนามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า¹³ ก็ย่อมเกิดคำถามว่า สำหรับสังคมเหล่านี้ที่ยังมีปัจจัยเสี่ยงอีกมากมายที่มีส่วนก่อให้เกิดการเจ็บป่วย บาดเจ็บ และเสียชีวิตนั้น บทบาทในการใช้จ่ายเงินของภาครัฐควรให้ความสำคัญ (prioritization) และทุ่มเทพทรัพยากรที่มีจำกัดมาใช้ในการรักษาพยาบาล (รวมถึงการป้องกันโรค) ก่อนการใช้จ่ายด้านอื่นหรือไม่ เช่น ควรรักษาจนกระทั่ง capacity to benefit เท่ากับศูนย์หรือไม่ และถ้าคำตอบคือไม่ใช่ ก็จะมีคำถามต่อไปว่าการใช้ระบบจ่ายเงินในระบบหลักประกันสุขภาพที่จ่ายโดยรัฐหรือ third party อื่นๆ นั้น น่าจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหา moral hazard เพราะในกรณีที่ผู้บริโภครักษาสามารถเลือกระดับของ treatment ได้ ผู้บริโภคก็ย่อมจะเลือก (หรือพยายามต่อรองให้มีการเลือก) ระดับการรักษาไปจนถึงจุดที่ประโยชน์สุทธิสำหรับตัวเองเท่ากับศูนย์ แต่ถ้าเราหันไปให้ประชาชนรับภาระค่าใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญ ก็อาจเกิดสถานการณ์กลับกันที่ความเสียหายเงินอาจทำให้ปัจเจก “สายตาสั้น” และเลือกระดับการรักษา (ทั้งของตนเองหรือญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้อง) ที่ต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็นได้เช่นกัน

2.2 นิยามของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

แม้ว่านิยามเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพจะมีคำถามและข้อพิพาทมากมาย แต่ถ้าเราพิจารณาถึงประเด็นต่างๆ ที่มีข้อถกเถียงกัน (ดู Wagstaff and van Doorslaer 2000 และ Williams and Cockson 2000) และที่มีฉันทามติพอสมควร เราก็พอจะสรุปได้ว่า โดยหลักการแล้ว นักปรัชญาและนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมักจะมีข้อสรุปว่ามีความเป็นธรรมด้านสุขภาพเมื่อบรรลุสองเงื่อนไขดังต่อไปนี้ คือ

(1) มีความเป็นธรรมในด้านการรับบริการที่จำเป็น (Equity in health care utilization)—ประชาชนทุกคนได้รับการที่ตอบสนองกับความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะไม่ขึ้นกับเศรษฐกิจฐานะของแต่ละคน¹⁴

(2) มีความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Equity in health care finance)—ประชาชนมีส่วนรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับเศรษฐกิจฐานะ

ข้อสังเกต

เมื่อพิจารณาหลักการทั้งสองข้อข้างบนเข้าด้วยกัน ก็พอจะเทียบเคียงได้กับวาทะของ Karl Marx (1875) ที่เขียนไว้ใน *Critique of the Gotha Program* ซึ่งระบุว่าจริงที่เป็นจุดหมายปลายทางของสังคมนิยมคือ “From each according to (his) ability, to each according to (his) need” ถึงแม้ว่ามีการระบุว่า Marx ไม่ใช่ผู้ที่คิดค้นคำขวัญข้างบนนี้เอง แต่คำขวัญดังกล่าวก็มักจะถูกผูกกับแนวคิดคอมมิวนิสต์แบบต่างๆ

¹³ และเป็นที่น่าสนใจด้วยว่าประเทศเหล่านี้มักจะผลักดันให้ประชาชนมาสนใจมาตรการวัดคุณภาพชีวิตที่ต่างออกไป (เช่น ความสุข ความพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่) แต่ชนชั้นสูงในบางประเทศ (รวมทั้ง Bhutan ที่ผู้นำประเทศเคยระบุว่ามีความจำเป็นสุขภาพถ้วนหน้ามาเป็นเวลานานแล้ว) ก็บินมาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยหรือสิงคโปร์

¹⁴ หรือถ้ามีข้อจำกัดที่ทำให้สังคมไม่สามารถตอบสนองกับความจำเป็นด้านสุขภาพของทุกคนได้ ก็จะต้องมีระบบการปันส่วนที่ “เป็นธรรม” ที่ไม่ขึ้นกับเศรษฐกิจฐานะของแต่ละคน

ในแง่นี้ จึงเกิดคำถามขึ้นได้ว่า ในโลกที่คนจำนวนมาก (ซึ่งอาจจะเป็นคนส่วนใหญ่ก็เป็นได้) ยังปฏิเสธลัทธิคอมมิวนิสต์นั้น การที่นักปรัชญาและนักวิชาการยังคงเสนอให้ยึดหลักการทั้ง 2 ข้อนี้ นั่น เป็นการเสนอหลักการที่ สุดโต่ง (extreme) เกินไปหรือไม่

ในการตอบคำถามทำนองนี้นั้น นักวิชาการบางท่าน (เช่น Gillon อ้างใน Wagstaff and van Doorslaer 2000) ระบุว่าแนวคิดเรื่องการกระจายบริการตามความจำเป็น (“distribution according to need”) นั้น ไม่ได้เป็นแนวคิดที่ถูกติดกับ Marxism เสมอไป และนักวิชาการอีกบางกลุ่มอ้างว่า สำหรับพวกเขาแล้ว แนวคิดดังกล่าวใช้กับเฉพาะบางกรณี เช่นเรื่องสุขภาพ เพราะการรักษาพยาบาลเป็นสินค้าที่ต่างกับสินค้าทั่วไป (เช่น Daniels 1985) เพราะสุขภาพที่ดีน่าจะเป็นสิทธิที่ไม่ต่างกับสิทธิในการเลือกตั้งหรือสิทธิในการได้รับการตัดสินโดยกระบวนการยุติธรรม (หรือเป็น “entitlement” ตามแนวคิดของ Amartya Sen) ซึ่งทำให้ผู้ที่อาจจะไม่เห็นด้วยกับความเสมอภาคในทุกด้านตามแนวคิดแบบคอมมิวนิสต์ก็อาจจะเห็นด้วยกับแนวคิดแบบเดียวกันนี้เฉพาะในกรณีของสุขภาพ¹⁵ แนวคิดทำนองนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในยุโรปซึ่งประเทศส่วนใหญ่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีแนวคิดที่มองบริการด้านสุขภาพ (ในส่วนของที่สูงกว่า “มาตรฐานขั้นต่ำ”) เป็นเหมือนสินค้าชนิดหนึ่งที่ปริมาณการบริโภคจะถูกตัดสินโดยกลไกตลาด ซึ่งถ้ามองจากฝั่งผู้ให้บริการก็คือ ความยินดีที่จะจ่าย (willingness to pay) และความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ถึงแม้ว่าบางส่วนจะตระหนักว่าความจำเป็นด้านการรักษาพยาบาล (health care need) เป็นเหตุการณ์ที่บางครั้งไม่สามารถทำนายได้ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้นมากน้อยแค่ไหนและเมื่อใด จึงอาจต้องพึ่งระบบประกันด้วย แต่ก็อาจเป็นระบบประกันแบบสมัครใจของภาคเอกชน สำหรับบทบาทของรัฐนั้น ควรจำกัดอยู่ที่การช่วยให้คนจน คนผู้ด้อยโอกาส และเป็น safety net สำหรับคนที่ประสบกับปัญหาวิกฤติ (เช่นตกงาน) ก็พอ การแทรกแซงของรัฐที่เกินความจำเป็นพื้นฐานจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแนวคิดทำนองนี้ค่อนข้างมีอิทธิพลในสหรัฐอเมริกาและในอีกหลายประเทศในซีกโลกตะวันออก

การที่ยังมีความแตกต่างกันพอสมควรในมุมมองในเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพทำให้การที่จะสร้างดัชนีขึ้นมาวัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก ซึ่งคณะผู้วิจัยจะอภิปรายปัญหานี้ในตอนต่อไป

3. ปัญหาของการใช้ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

การที่มุมมองด้านความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (ซึ่งรวมไปถึงความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพด้วย) มีได้หลายมุม อีกทั้งมีปรัชญาเบื้องหลังที่แตกต่างกันด้วย (เช่น แนวคิดแบบ welfare state vs. social safety-net) การสร้างหรือความพยายามที่จะนำดัชนีตัวหนึ่งตัวใดมาบ่งชี้หรือสรุปเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพจึงย่อมมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งดัชนีใดๆ ที่พยายามจะย่อความเป็นจริงที่สลับซับซ้อนและมีหลายแง่มุม ลงมาเหลือเป็นตัวเลขชุดเดียวที่จะสามารถ “ฟันธง” ได้ว่าโครงการหรือมาตรการของรัฐบาลโครงการหนึ่งหรือ

¹⁵ อย่างไรก็ดี ชาวมาร์กซิสต์เองก็มีการแย้งว่าแนวคิดเรื่อง “to each according to (his) need” นั้น หมายถึงความจำเป็นของชีวิตในส่วนที่เป็น objective เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย สุขภาพ (Musgrave and Musgrave 1989: 80) ก็ตีความในทำนองเดียวกัน

ชุดหนึ่งทำให้ “มีความเป็นธรรมมากขึ้นหรือน้อยลง” หรือ “เป็นประโยชน์กับคนจนหรือคนรวยมากกว่ากัน (“pro-rich” or “pro-poor”)

แม้กระทั่งในกรณีที่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีฉันทามติพอสมควร (เช่น เห็นด้วยกับหลักการสองข้อที่ได้กล่าวเอาไว้ในตอนที่แล้ว) เราก็จะเห็นได้ว่าการที่จะสรุปว่าระบบที่เป็นอยู่มีความเป็นธรรมหรือไม่นั้น ย่อมจะต้องพิจารณาทั้งสองเงื่อนไขประกอบกัน เพราะถ้ามีการเก็บค่าใช้จ่ายตามความสามารถในการจ่ายจริง แต่บริการที่มีให้มันตอบสนอง need ของคนรวยได้ดีกว่าคนจน ก็ย่อมจะไม่บรรลุความเป็นธรรมตามหลักการข้างต้น หรือถ้าทั้งคนจนและคนรวยได้รับบริการตามความจำเป็น แต่ครอบครัวคนจนต้องหมดตัวไปกับบริการเหล่านั้น ก็ย่อมถือได้ว่าไม่บรรลุความเป็นธรรมตามสองหลักการข้างต้นเช่นกัน ในสองตัวอย่างข้างต้นนั้น การแยกพิจารณาทีละด้าน (เช่น เปรียบเทียบ “ความก้าวหน้า” ของการคลังสุขภาพของประเทศ ก. กับประเทศ ข. จากค่าตัวเลขดัชนี “ความก้าวหน้า” ของการคลังสุขภาพของทั้งสองประเทศที่คำนวณมาได้โดยใช้วิธีเดียวกัน จึงอาจจะไม่สามารถบอกได้ว่าประเทศใดมีความเป็นธรรมด้านสุขภาพมากกว่ากัน! ยิ่งถ้าเราเข้าไปถึงแนวคิดในแบบหลัง (ที่เชื่อในกลไกตลาดสำหรับการบำบัดความจำเป็นด้านสุขภาพที่เกินมาตรฐานขั้นต่ำ) ด้วยแล้ว การที่จะหาข้อสรุปใดๆ จากดัชนีแต่ละตัวก็จะยิ่งยากขึ้นไปอีก

ในกรณีที่เรายังคงอิงกับหลักการสองข้อแรก *การวัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพก็จำเป็นต้องเปรียบเทียบความสอดคล้อง (หรือความคงเส้นคงวา) ของบริการกับความจำเป็นด้านสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนตามเศรษฐกิจฐาน¹⁶ไปพร้อมๆ กัน* ที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยยังไม่เห็นงานทำนองนี้ในประเทศไทย ซึ่งแม้ว่าส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะข้อจำกัดด้านข้อมูลด้วย แต่งานในอดีต ซึ่งมักเป็นการนำดัชนี/มาตรวัดบางตัวมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลที่มีอยู่ แล้วคำนวณขึ้นมาเสนอเป็นดัชนีชี้วัด “ความเป็นธรรม” ด้านสุขภาพ (และด้านการคลังสุขภาพ) นั้น มีหลายกรณีที่มีการสรุปแบบ “ฟันธง” จากตัวเลขที่ได้ โดยไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญกับข้อเท็จจริงที่ว่าตัวเลขหรือดัชนีเหล่านั้นอาจถูกตีความได้ในหลายทาง หรือมิได้มีการบรรยายถึงข้อจำกัด (หรือความคลุมเครือ) ของตัวชี้วัดเหล่านั้นมากนัก ทั้งๆ ที่ดัชนีหลายตัวสามารถถูกตีความไปได้ต่างๆ นาๆ ได้ ตัวอย่างเช่น

- การที่คนรวยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ในส่วนที่เป็น out-of-pocket payment หรือ OOP) มากกว่าคนจน เป็นสิ่งที่เป็นธรรม ก้าวหน้า และ/หรือพึงปรารถนา ในตัวมันเองหรือไม่?
- การที่สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ของคนจนลดลงมากกว่าคนรวย หมายความว่าคนจนได้รับประโยชน์จากบริการในจำนวน/มูลค่าที่สูงกว่าคนรวยหรือโครงการที่เกิดขึ้นเป็นโครงการที่ pro-poor จริงหรือไม่?

¹⁶ มีผู้ที่เสนอเงื่อนไข/หลักการที่มากกว่านี้ ที่มี variation ที่ต่างกันออกไป (เช่น คำนึงถึงสถานะสุขภาพ สถานะสุขภาพเริ่มต้น หรือแม้กระทั่งสถานะสุขภาพที่คาดว่าจะเป็นอย่างในอนาคต) หรือตัวชี้วัดที่แยกย่อยออกไป (เช่น แยกออกเป็นการเข้าถึงบริการ และการใช้บริการ ฯลฯ) หรือแยกพิจารณาเป็น vertical and horizontal equity แต่โดยทั่วไปแล้ว นักวิชาการมักจะถือได้ว่าเงื่อนไขสองประการนี้ครอบคลุมหลักใหญ่ใจความของความเป็นธรรมด้านสุขภาพในภาพรวมไว้ได้คร่าวๆ แล้ว

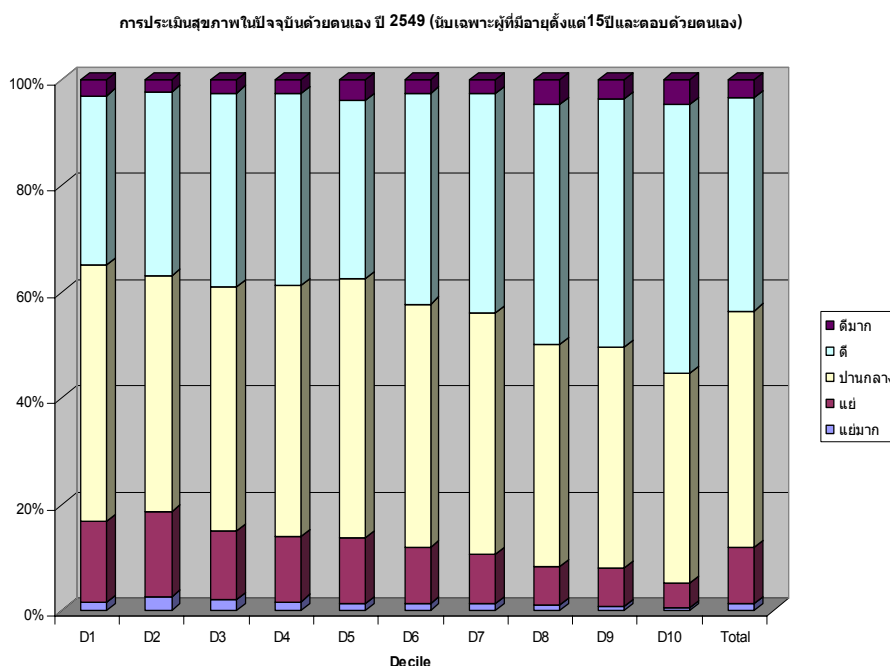
สองคำถามข้างต้นเป็นตัวอย่างของปัญหาสองกลุ่มที่เกิดขึ้นในการใช้ดัชนีเหล่านี้ คำถามแรกเป็นเรื่องของ concept ซึ่งได้กล่าวไปแล้วว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากการแยกส่วน “ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ” ออกมาพิจารณาเพียงโดดๆ (เว้นแต่เราจะเชื่อว่า การที่คนรวยมีค่าใช้จ่ายมากกว่าเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาในตัวเอง โดยไม่สนใจว่ากำลังซื้อของพวกเขาจะกระทบกับปริมาณและคุณภาพของบริการที่คนจนได้รับมากน้อยเพียงใด) ส่วนคำถามข้อหลังเป็นคำถามทางเทคนิค ซึ่งเป็นผลมาจากการเลือกใช้ตัวชี้วัดที่เล่าเรื่องได้จากมุมเดียว (ซึ่งข้อกังขาอาจจะลดลงหรือหมดไปถ้ามีการนำเสนอตัวชี้วัดทำนองเดียวกันในมุมอื่นด้วย เช่น ในรูปของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น)

จากตัวอย่างแรกทีกล่าวนำมาแล้ว การที่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพประกอบด้วยหลายเงื่อนไข ทำให้การสรุปใดๆ ที่ดูจากตัวชี้วัดในด้านใดด้านหนึ่ง (หรือเพียงบางส่วนในด้านใดด้านหนึ่ง) อาจได้ภาพที่ไม่ครบหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง เช่น

- การวัดภาระการจ่าย OOP อาจไม่ได้สะท้อนค่าใช้จ่ายที่แท้จริง ซึ่งอาจจะมีมากกว่านั้น (รวมทั้งเวลาที่สูญเสียไป ซึ่งกลุ่มที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยมักจะเสียเวลามากกว่า)
 - นอกจากนี้ ในกรณีที่ภาระค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการรักษาด้วย (ซึ่งมีความเป็นไปได้มากในสังคมไทย)
- การวัด “Progressivity of Payment” จาก OOP อย่างเดียวไม่ได้สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่เป็นภาษีด้วย
- การวัดค่าใช้จ่ายรวม ที่รวม OOP ภาษี (และอาจรวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการเก็บภาษีแต่ละชนิดด้วย) ทำได้ค่อนข้างยาก แต่ถึงแม้ในกรณีที่ทำได้ ก็อาจจะยังไม่พอที่จะสะท้อนความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น การที่คนรวยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าคนจนอาจจะสะท้อนความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของมากกว่าจะสะท้อน “ความก้าวหน้า” หรือ “ความเป็นธรรม” ของการคลังด้านสุขภาพ)
- ความพยายามวัด “ความเป็นธรรม” ในด้านการรับบริการด้านสุขภาพ โดยเปรียบเทียบการเข้าถึง (access) และการใช้บริการ (utilization) ของประชากรกลุ่มต่างๆ โดยมีข้อสมมุติว่าคนรวยและคนจนมี health status และ health need ที่ไม่ต่างกันนั้น ต้องตระหนักด้วยว่าข้อสมมุติดังกล่าวขัดกับความเชื่อของคนจำนวนไม่น้อยที่เชื่อในแนวคิดเรื่อง “วัฏจักร ใจ-เงิน-เจ็บ” และดูจะขัดกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจบางชิ้นด้วย (เช่น ในรูปที่ 1 ข้างล่าง ซึ่งแสดงผลการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองจากข้อมูล HWS ปี 49 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มคนที่มีฐานะดีมีแนวโน้มที่จะประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่ากลุ่มคนจนอย่างคงเส้นคงวา ถึงแม้ว่าการใช้ข้อมูลที่เป็น subjective แบบนี้¹⁷ อาจจะมีน้ำหนักไม่มากเท่ากับข้อมูลที่วัดแบบ objective—ซึ่งยังหาได้ยากในปัจจุบัน—ก็ตาม)

¹⁷ และจากตัวอย่างประมาณครึ่งเดียวของ HWS โดยสอบถามจากผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สามารถตอบด้วยตัวเอง

รูปที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันด้วยตนเองจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2549



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2549 และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม 2549

นอกจากนี้ ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ตัวชี้วัดหลายตัวมีปัญหาในการตีความ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวชี้วัดที่ถูกถอดออกมาเหลือเป็นตัวเลขค่าเดียว (One-number index) ซึ่งแม้ว่าจะมีข้อดีในด้านความง่าย (และบางตัวอ้างได้ด้วยว่าเป็นตัวแทนของ sample ทั้งหมด เนื่องจากเป็นตัวเลขที่คำนวณมาจากข้อมูลของทุกตัวอย่าง ถึงแม้ว่าจะไม่มีเหตุผลในเชิงทฤษฎีหรือเชิงตรรกที่บอกว่าตัวชี้วัดที่ใช้ข้อมูลจากทุกตัวอย่างจะดีกว่าตัวชี้วัดที่ใช้ข้อมูลจากบางตัวอย่างแต่อย่างใด)¹ แต่การสร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพโดยการย่อความเป็นจริงที่สลับซับซ้อนและมีหลายแง่มุมจากตัวอย่างจำนวนหลายหมื่นคน ลงมาเหลือเป็นตัวเลขค่าเดียว (เช่น Kakwani's index และ/หรือ Concentration Index หรือ CI) เพื่อที่จะนำค่า (หรือเครื่องหมาย + / -) มาตีความแบบ “ฟันธง” ได้ว่าโครงการหรือมาตรการของรัฐบาลโครงการหนึ่งหรือชุดหนึ่งทำให้ “มีความเป็นธรรมมากขึ้นหรือน้อยลง” หรือ “เป็นประโยชน์กับคนจนหรือคนรวยมากกว่ากัน” (“pro-rich” or “pro-poor”) ย่อมมีความเสี่ยงที่จะได้ดัชนีชี้วัดที่อาจ misleading ได้โดยง่าย ซึ่งตัวอย่างต่อไปนี้ (ตารางที่ 1 และข้อสรุปข้างล่าง) สามารถชี้ให้เห็นปัญหาได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 1 สัดส่วนของการได้รับประโยชน์จากรัฐ กรณีโครงการ 30 บาทฯ จำแนกครัวเรือน เป็น 10 กลุ่มเดซิล์ (2545)

¹ ตัวอย่างเช่น ตัวชี้วัดประเภทอัตราตายปริกำเนิด อัตราตายของทารก 0-1 ขวบ และ/หรือ อัตราตายของเด็ก 1-5 ขวบ อาจเป็นตัวชี้วัด performance ของระบบบริการสุขภาพที่ดีกว่าอัตราการตายของประชากรในภาพรวม

กลุ่มเดโชด์ ตามระดับ รายจ่ายต่อคนต่อเดือน	กรณีบริการผู้ป่วยนอก			กรณีบริการผู้ป่วยใน			รวม
	สถานี อนามัย	ร.พ. ชุมชน	ร.พ.ทั่วไป/ ศูนย์	ร.พ. ชุมชน	ร.พ.ทั่วไป/ ศูนย์	ร.พ.นอก จังหวัด	
10%จนที่สุด	12.2%	11.5%	3.5%	11.7%	6.7%	21.1%	8.90%
2	13.1%	13.6%	6.5%	10.5%	7.0%	4.3%	9.29%
3	10.8%	14.1%	8.7%	8.6%	9.2%	3.2%	9.98%
4	15.4%	11.5%	10.7%	14.2%	9.8%	10.1%	11.53%
5	13.7%	13.2%	8.5%	10.4%	10.8%	13.7%	11.03%
6	11.7%	11.8%	15.6%	7.4%	14.2%	4.7%	12.12%
7	13.9%	10.2%	10.6%	24.9%	6.7%	6.6%	12.38%
8	5.6%	8.2%	17.0%	6.5%	13.8%	26.4%	11.77%
9	2.9%	3.3%	7.8%	2.8%	14.0%	5.3%	7.13%
10%รวยที่สุด	0.7%	2.5%	11.1%	3.0%	7.8%	4.6%	5.87%
รวม	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Concentration Index (CI)	-0.272	-0.247	0.052	-0.189	-0.008	-0.154	-0.110
Robust SE of CI	0.043	0.038	0.043	0.054	0.042	0.186	0.023
Kakwani Index; KI	-0.689	-0.663	-0.334	-0.599	-0.399	-0.560	-0.511
Robust SE of KI	0.048	0.044	0.048	0.060	0.047	0.205	0.027

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2545 เฉพาะเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2545

ทั้งนี้ จากตารางที่ 1 ซึ่งวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) นำเสนอผลการวัดประโยชน์โดยวิธี benefit incidence analysis และสรุป (โดยเน้นจากการพิจารณาค่า Concentration Index หรือ CI ซึ่งวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ใช้เป็นดัชนีวัดความเป็นธรรมของการคลังสาธารณสุข) และกล่าวถึงนโยบายเอาไว้วว่า

มีความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพไทย (structural inequity in healthcare systems) โดยที่บริการผู้ป่วยในในสถานพยาบาลตติยภูมิ (โรงพยาบาลระดับจังหวัด) เอื้อประโยชน์ต่อคนรวยมากกว่าคนจน เนื่องจากคนรวยซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในเขตเมือง สามารถเข้าถึงบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับจังหวัดได้มากกว่าในด้านภูมิศาสตร์ (geographical accessibility) และเชิงเศรษฐกิจ (economic accessibility) เนื่องจากค่าเดินทางในการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่ำกว่าคนจนในชนบทโดยเปรียบเทียบ

ด้านนโยบายมุ่งพัฒนาและอุดหนุนโรงพยาบาลระดับจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลระดับอำเภอแล้วทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดสูงขึ้น การอุดหนุนคนมีฐานะดีในตัวเมืองจะเพิ่มขึ้น เป็นการขยายช่องว่างความไม่เสมอภาคในการได้รับประโยชน์จากงบประมาณเพื่อสุขภาพของภาครัฐให้กว้างมากขึ้น

ในกรณีนี้ ถ้าเรากลับไปดูตารางที่ 1 (โดยยังไม่จำเป็นต้องกลับไปดูรายละเอียดวิธีการคำนวณ) ก็จะเห็นว่าข้อมูลจากตารางที่ 1 บ่งชี้ว่าคนกลุ่มที่มีรายได้ปานกลาง (Decile ที่ 4-8) เป็นกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ 30 บาทฯ ในสัดส่วนที่สูงที่สุด ในขณะที่ทั้งกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มที่มีรายได้สูง (Decile ที่ 1-3 และ 9-10) ต่างก็ได้รับประโยชน์จากโครงการน้อยกว่าค่าเฉลี่ย (กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างในทั้ง 5 Decile--ซึ่งแต่ละ Decile มีจำนวนตัวอย่างเท่าๆ กันคือร้อยละ 10--ต่างก็ได้รับประโยชน์จากโครงการน้อยกว่าร้อยละ 10) แต่เราจะเห็นได้ว่า เมื่อเรา “ตัดตอน” ข้อมูลในตารางที่ 1 ให้ลดเหลือเป็นดัชนีที่มีตัวเลขเพียงค่าเดียว (One-number index) ซึ่งในกรณีนี้คือ Concentration Index หรือ CI และ Kakwani's index หรือ KI เราก็จะได้ภาพหรือความรู้สึก (impression) จากค่าดัชนีทั้งสองที่มีค่าเป็นลบและมีนัยสำคัญทางสถิติว่า โครงการนี้ให้ประโยชน์กับกลุ่มรายได้ต่ำมากกว่ากลุ่มรายได้สูง (หรืออีกนัยหนึ่ง “pro-poor”) ทั้งๆ ที่ข้อมูลจากตารางที่ 1 บ่งชี้ว่าคนกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากโครงการมากที่สุดคือคนกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง (Decile ที่ 4-8)

ตัวอย่างข้างต้นยังชี้ให้เห็นปัญหาของการตีความดัชนีใดๆ จากภาพที่ย่อยเกินไป (เช่น ตีความดัชนีไปถึงระดับ สอ. รพช. รพท/รพศ.) ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อสรุปและนัยเชิงนโยบายที่ผิดจากตกลงในกับดักความหลงผิดแบบ post-hoc หรือ cum-hoc fallacy ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่สถานพยาบาลทุกระดับประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ของตนตามปรัชญา “ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” โดยสามารถให้บริการคนในพื้นที่ตัวเองได้อย่างทั่วถึง แต่คนในชนบทและในอำเภอรอบนอกมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าคนในตัวเมือง เราก็อาจจะได้ค่าดัชนีที่ตีความต่อไปว่า สอ. และ รพช. pro-poor ขณะที่ รพ. ใหญ่ pro-rich เป็นต้น

นอกจากนี้ ตัวชี้วัดบางตัวที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายนั้น อาจจะไม่สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้จริง ตัวอย่างเช่น ตัวชี้วัดภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพ (catastrophic health expenditure) ที่ใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกินกว่า x% ของรายได้ (หรือ y% ของรายได้ที่หักค่าใช้จ่ายด้านอาหาร¹⁹) เป็นเกณฑ์ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้เกณฑ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่า 10% ของรายได้เป็นเกณฑ์ ได้ผลลัพธ์ว่าคนรวยมีความเสี่ยงที่จะประสบภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพมากกว่าคนจน!²⁰ ในกรณีข้างต้น เมื่อเปลี่ยนไปใช้ตัวชี้วัดอื่นที่เหมาะสมกว่า (กับข้อมูลชุดเดียวกัน) กลับให้ผลที่ต่างกันโดยสิ้นเชิง กล่าวคือเมื่อใช้วิธีวัดจำนวน(หรือสัดส่วน)ของคนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ก็จะได้ข้อสรุปว่าแทบไม่มีครัวเรือนที่รวยที่เสี่ยงต่อการตกไปภายใต้เส้นความยากจนเนื่องจากการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเลย ทั้งนี้ เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจนมาก จะสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลที่สูงกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายรวม (หรือสูงกว่าร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่อาหาร) ได้โดยไม่ลำบากนัก ในทางกลับกัน สำหรับครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน

¹⁹ เกณฑ์ประการหลังนี้มีผู้เรียกว่าเป็น “Fairness of Financial Contribution” ซึ่งวัด “ความเป็นธรรมด้านการใช้จ่าย” จากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ที่หักค่าอาหารออกแล้ว และถือว่า การมีสัดส่วนนี้ที่เท่ากันคือความเป็นธรรม (และบางครั้งก็มีการเรียกรายได้ที่หักค่าอาหารออกแล้ว ว่าเป็นความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน หรือ Household capacity to pay)

²⁰ Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. *Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand*. 2005.

ไม่มากนัก มีครัวเรือนจำนวนมากที่มีโอกาสตกลงความยากจนจากการที่มีค่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย

สาเหตุสำคัญที่เราจำเป็นต้องให้ความสนใจกับการมีตัวชี้วัดที่เหมาะสม (หรืออย่างน้อยใช้ความระมัดระวังในการตีความตัวชี้วัดต่างๆ) ก็เพราะการตีความที่ผิดพลาด (หรือเกินจริง) มีโอกาสที่จะนำไปสู่การเสนอนโยบายหรือมาตรการที่ผิดพลาดได้ หรือนำไปสู่การให้ความสำคัญกับนโยบายหรือมาตรการบางด้านมากเกินไป ตัวอย่างเช่น การใช้ตัวชี้วัดภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพ (catastrophic health expenditure) โดยใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่า 10% ของรายได้ ที่ให้ผลว่าหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท มีคนจนเพียงเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงที่จะมีค่าใช้จ่ายมากจนตกอยู่ในภาวะวิกฤติ อาจทำให้เรามองข้ามปัญหาของกลุ่มคนจนหรือใกล้จน และอาจนำไปสู่การเสนอระบบร่วมจ่าย (copayment) สำหรับพวกเขาเพิ่มขึ้น (ตามเสียงเรียกร้องของบุคลากรจำนวนไม่น้อยที่เห็นว่าการให้บริการฟรีทำให้ประชาชนมาใช้บริการโดยไม่จำเป็น) ในขณะที่มีครัวเรือนจำนวนหนึ่งที่จนอยู่แล้ว (ซึ่งควรต้องถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤติทางการเงินอยู่แล้ว) และครัวเรือนอีกจำนวนไม่น้อยที่อยู่เหนือเส้นความยากจนเพียงเล็กน้อย และซึ่งการที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจะทำให้พวกเขากลายเป็นคนจนได้อย่างรวดเร็ว หรือการตีความว่าการเน้นการพัฒนาและอุดหนุนโรงพยาบาลระดับจังหวัดจะเป็นการอุดหนุนคนมีฐานะดีในตัวเมืองเพิ่มขึ้น และขยายช่องว่างความไม่เสมอภาคให้กว้างขึ้นนั้น อาจมีนโยบายที่นำไปสู่การปิดโอกาสอันน้อยนิดที่คนที่มีฐานะไม่ดีนักในพื้นที่รอบนอกที่จะเข้าถึงบริการตติยภูมิที่มีคุณภาพ (ในขณะที่คนที่มีฐานะดีในเมืองมีโอกาสที่จะใช้บริการภาคเอกชนและหรือ รพ. ตติยภูมิชั้นสูงอยู่แล้ว) เป็นต้น

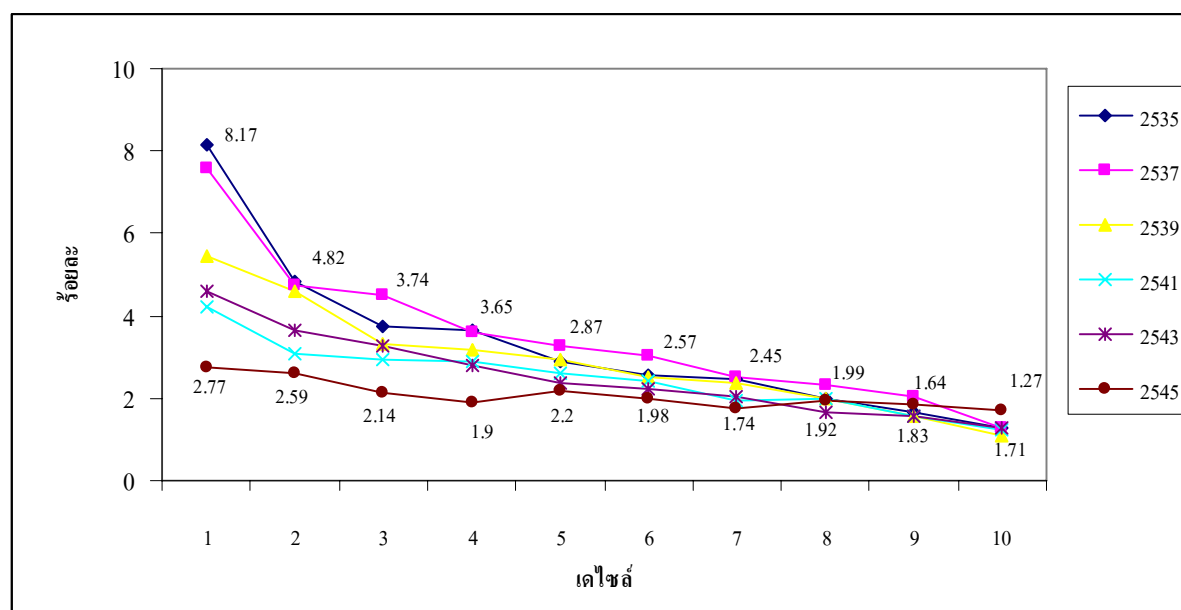
4. ข้อเสนอในการใช้ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

การที่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ประกอบด้วยหลายมุม (หรืออย่างน้อยสองเงื่อนไขประกอบกันตามที่ได้กล่าวถึงในหัวข้อ 2.2 คือมีความเป็นธรรมในด้านการรับบริการด้านสุขภาพและในด้านการคลังสุขภาพ) ทำให้ในทางปฏิบัติแล้ว เป็นไปได้ยากที่จะหาตัวชี้วัดตัวหนึ่งตัวใดที่สามารถครอบคลุมทุกแง่มุมที่สำคัญ รวมทั้งมีอุปสรรคในการหาข้อมูลที่ครบถ้วนทุกด้าน ที่ผ่านมา เราจึงเห็นดัชนีชี้วัดหลายตัวที่ครอบคลุมเพียงบางด้าน (หรือเพียงบางส่วนในแต่ละด้าน) ของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ซึ่งในหลายกรณีทำให้ไม่สามารถ (และไม่ควร) นำไปสู่การสรุปแบบ “ฟันธง” จากการดูแค่ค่าหรือเครื่องหมายของดัชนีนั้นๆ อย่างไรก็ตาม การที่ไม่สามารถสรุปแบบฟันธง ไม่ได้หมายความว่า การสร้างและหาค่าดัชนี “แบบแยกส่วน” เหล่านั้นจะไม่มีประโยชน์เอาเสียเลย เพราะในบางกรณี ถ้ามีการใช้ดัชนีหลายตัว (หรือตัวเดียวกันแต่วัดในหลายรูปแบบ) มาประกอบกัน ก็อาจช่วยให้เราเห็นภาพที่ชัดเจนกว่าการที่ไม่มีดัชนีใดเลย และในขณะเดียวกันก็ช่วยลดทอนปัญหาที่เกิดจากการใช้ดัชนีตัวหนึ่งตัวใดลงได้บ้างด้วย และถึงแม้ว่าบางครั้งการใช้ดัชนีมากกว่าหนึ่งตัวอาจทำให้ได้ผลที่กลับฟันธงได้ยากขึ้น (less conclusive) กว่าเมื่อใช้ดัชนีชี้วัดตัวเดียว แต่ก็น่าจะมีส่วนดีที่ช่วยป้องกันไม่ให้เราด่วน “ฟันธง” เร็วเกินไปจนได้ข้อสรุปที่บิดเบี่ยงไปจากความเป็นจริงได้

ตัวอย่างที่อาจแสดงถึงคำกล่าวในย่อหน้าก่อนจะเห็นได้จากกราฟรูปหนึ่งที่ถูกนำมาอ้างอิงอย่างกว้างขวาง ถึงความสำเร็จของโครงการ 30 บาท ในการช่วยเหลือคนจนมากกว่าคนรวย ก็คือกราฟรูปที่ 2 (รายละเอียดของ

ตัวเลขในกราฟนี้แสดงในตารางที่ 2) ซึ่งเป็นกราฟที่บ่งชี้ว่า ตั้งแต่ช่วงประมาณหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา รวมทั้งช่วงหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทฯ สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ของคนจนมีแนวโน้มลดลงมากกว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ของคนรวย และนำไปสู่การตีความและสรุป (เมื่อเปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทฯ) ว่าคนจนได้รับประโยชน์จากโครงการ 30 บาทฯ มากกว่าคนรวยอย่างชัดเจน

รูปที่ 2 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของคนจน 10 กลุ่มเรียงตามรายได้ประจำของครัวเรือน พ.ศ. 2535-2545



ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547)

หมายเหตุ: ข้อมูล พ.ศ.2535-2543 อ้างอิงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543

ข้อมูล พ.ศ. 2545 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2545

ตารางที่ 2 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของคนจน 10 กลุ่มเดโชล์ เรียงตามรายได้ประจำของครัวเรือน

พ.ศ.	เดโชล์ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2535	8.17	4.82	3.74	3.65	2.87	2.57	2.45	1.99	1.64	1.27
2537	7.56	4.75	4.49	3.6	3.26	3.03	2.53	2.32	2.03	1.26
2539	5.46	4.58	3.32	3.16	2.93	2.52	2.36	1.97	1.57	1.1
2541	4.22	3.07	2.95	2.90	2.59	2.43	1.94	2.00	1.57	1.23
2543	4.58	3.67	3.29	2.78	2.38	2.22	2.06	1.68	1.55	1.27
2545	2.77	2.59	2.14	1.90	2.2	1.98	1.74	1.92	1.83	1.71

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547)

หมายเหตุ: ข้อมูล พ.ศ.2535-2543 อ้างอิงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543

ข้อมูล พ.ศ. 2545 ผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2545

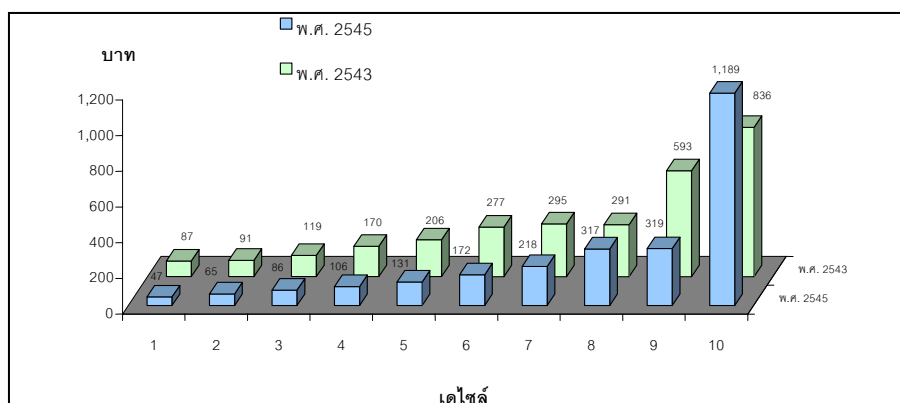
ถ้าพิจารณาจากรูปที่ 2 (หรือตารางที่ 2) โดยโดดๆ เราก็อาจจะได้ภาพ (impression) เช่นเดียวกับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะว่า “คนจน” (ในเดโชลิตัน) ได้รับประโยชน์จากการมีหลักประกันสุขภาพต่างๆ รวมทั้งโครงการ 30 บาท มากกว่าคนรวย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสามเดโชลิตันสูงสุดที่ข้อมูลบ่งชี้ว่ามีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในปี 2545 เพิ่มขึ้นจากปี 2543)

อย่างไรก็ตาม การที่สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ของคนจนลดลงมากกว่าคนรวย ไม่ได้หมายความว่าคนจนได้รับประโยชน์จากบริการมากกว่าคนรวยเสมอไป เพราะในความเป็นจริงนั้น การที่คนจนมีค่าใช้จ่ายลดลงเป็นเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่าคนรวยไม่ได้หมายความว่าคนจนได้รับบริการในมูลค่าที่สูงกว่าคนรวยเสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีช่องว่างของการกระจายรายได้ที่สูงมาก (ซึ่งประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในจำนวนนั้น)

ในกรณีนี้ เราจะอยู่ในฐานะที่จะสรุปได้ดีขึ้น ถ้ามีการเสนอข้อมูลจากมุมมองอื่นที่นอกเหนือจากภาพและตารางข้างต้นด้วย ตัวอย่างเช่น ถ้ามีการนำเสนอข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อคนของคนในชั้นรายได้ต่างๆ (โดยไม่ต้องหารด้วยค่าใช้จ่ายรวม) เราก็จะเห็นตัวเลขประโยชน์ที่ครัวเรือนกลุ่มต่างๆ ได้รับจากโครงการได้ชัดขึ้น (ถึงแม้ว่าอาจจะยังอาจมีปัญหาในการสรุปอยู่บ้าง เพราะเมื่อเวลาผ่านไป คนที่เคยอยู่ในชั้นรายได้หนึ่งย่อมมีโอกาสที่จะเลื่อนขึ้นหรือลงไปยังชั้นรายได้อื่น) นำเสียดายที่ในงานชิ้นนี้ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ไม่ได้นำเสนอข้อมูลดังกล่าว แต่ก็ได้นำเสนอข้อมูลที่คล้ายกันในรูปที่ 3 และตารางที่ 3 ข้างล่าง ซึ่งเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนก่อนและหลังดำเนินโครงการ 30 บาท โดยเทียบช่วงไตรมาสสุดท้ายของ พ.ศ. 2543 กับ พ.ศ. 2545 โดยแบ่งครัวเรือนออกเป็น 10 กลุ่ม เรียงลำดับตามค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในไตรมาสก่อน¹ ซึ่งเมื่อนำข้อมูลจากสองปีมาเปรียบเทียบกัน ก็พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อครัวเรือนลดลงในแทบทุกกลุ่ม (ยกเว้นในกลุ่มที่เดโชลิตันที่ 8 และ 10 มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อครัวเรือนเพิ่มขึ้น) โดยกลุ่มเดโชลิตันที่ 9 เป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อครัวเรือนลดลงในจำนวนและอัตราที่สูงที่สุด (ดูรูปที่ 3 และตารางที่ 3 ข้างล่าง)

รูปที่ 3 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่ม ก่อน และหลังนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาเฉพาะไตรมาสสุดท้ายของปีพ.ศ. 2543 และ 2545

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3 ข้างล่าง)



¹ โปรดสังเกตว่าการเรียงครัวเรือนในกรณีนี้ไม่ได้เรียงตาม “เศรษฐกิจฐานะ” หากเป็นการเรียงลำดับตามค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในไตรมาสก่อนๆ ซึ่งอาจผันแปรไปตามอุปนิสัยการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือนและปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะไม่เกี่ยวข้อง กับเศรษฐกิจฐานะของครัวเรือนโดยตรงหรือมากนักด้วย

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3 ข้างล่าง)

ตารางที่ 3 รายจ่ายสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน ตาม per capita expenditure decile ก่อน และหลังนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า วิเคราะห์เฉพาะไตรมาสสุดท้าย

Per capita expenditure Decile	ไตรมาสสุดท้าย พ.ศ. 2543				ไตรมาสสุดท้าย พ.ศ. 2545				% การเปลี่ยนแปลง	ค่าใช้จ่ายที่ลดลง (บาท)
	ชื่อยากินเอง	ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม	ชื่อยากินเอง	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม		
1	22.03	46.48	18.45	86.96	14.63	24.22	8.61	47.46	-45%	40
2	25.32	50.52	14.92	90.76	18.96	29.98	15.82	64.75	-29%	26
3	30.89	75.27	12.39	118.55	22.99	44.37	18.74	86.1	-27%	32
4	34.18	110.41	25.36	169.94	28.12	50.4	27.37	105.89	-38%	64
5	39.22	126.6	39.94	205.76	33.83	73.05	24.31	131.18	-36%	75
6	53.07	163.53	60.63	277.23	31.46	103.58	36.64	171.68	-38%	106
7	57.14	173.51	64.61	295.26	42.74	119.26	56.32	218.33	-26%	77
8	50.71	179.85	60.11	290.67	50.33	177.63	88.78	316.75	9%	-26
9	98.43	404.85	89.54	592.82	38.8	201.51	78.76	319.07	-46%	274
10	76.94	570.96	188.4	836.3	111.24	727.81	350.43	1,189.48	42%	-353

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) (ยกเว้นคอลัมน์สุดท้าย ซึ่งคำนวณเพิ่มโดยคณะผู้วิจัย)

หมายเหตุ: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2543 และ พ.ศ.

2545 เฉพาะการสำรวจระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม

ในกรณีที่การจัดชั้นครัวเรือนตามรูปที่ 3 และตารางที่ 3 มีความสอดคล้องกับเศรษฐกิจของครัวเรือน และสมมุติว่าครัวเรือนต่างๆ มีการเลื่อนชั้นขึ้นลงไม่มาก และอัตราเงินเฟ้อในระหว่างสองปีนี้ไม่สูงนัก (ซึ่งจะทำให้เราพอเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปี 2545 กับ 2543 ในรูปที่ 3 และตารางที่ 3 ได้) เราก็จะเห็นได้ว่า แม้ว่าค่าใช้จ่ายในเดไฮล์ล่างจะลดลงในสัดส่วนที่สูงจริง แต่เมื่อดูค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินที่ลดลงแล้ว ก็จะได้เห็นว่าความแตกต่างในเดไฮล์แรกๆ นั้นต่ำกว่าช่วงเดไฮล์กลางๆ และเดไฮล์ก่อนสุดท้ายมาก ซึ่งแม้ว่าข้อมูลในตารางที่ 3 จะไม่ใช่ข้อมูลเดียวกับในตารางที่ 2 แต่ก็เป็นไปได้มากเช่นกันว่าถ้านำข้อมูลจากตารางที่ 2 มาหาค่าความแตกต่างเป็นบาทต่อคน ก็อาจจะได้ผลทำนองเดียวกันกับในตารางที่ 3 และ/หรือตารางที่ 1 ซึ่งต่างก็ชี้ไปในทางที่ว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์มากกว่ากลุ่มคนจน (ซึ่งแน่นอนว่าเป็นผลที่น่าตื่นตาตื่นใจสำหรับผู้ผลักดันนโยบายน้อยกว่าในรูปที่ 1 แต่การพิจารณาประกอบกัน ก็น่าจะช่วยให้เห็นภาพที่ครบถ้วนและถูกต้องกว่าการใช้ตัวชี้วัดที่เป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายตามรูปที่ 1)

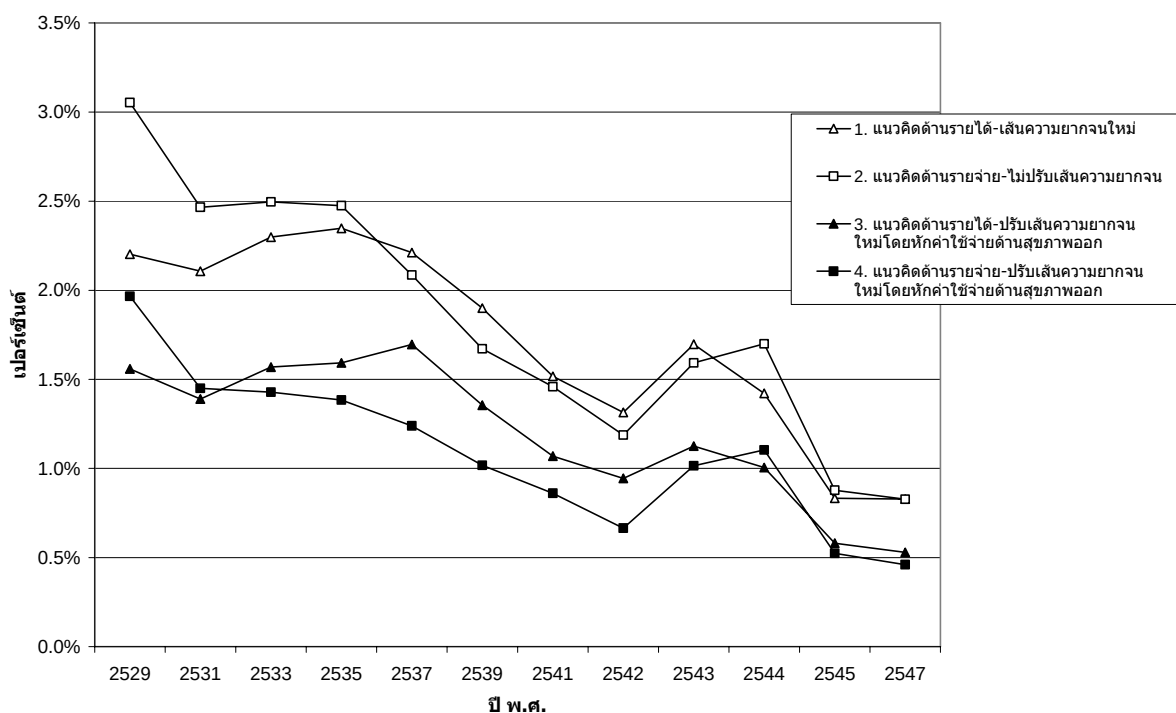
แต่ถ้ากลับไปเปรียบเทียบกับตารางที่ 1 ก็จะได้เห็นว่าการวัดวิธีนี้ได้ผลสรุปที่ต่างกันค่อนข้างมากจากผลที่ได้จากการวัดประโยชน์โดยวิธี benefit incidence ซึ่งข้อมูลจากตารางที่ 1 บ่งชี้ว่าคนกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางเป็นกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ 30 บาทฯ ในสัดส่วนที่สูงกว่าทั้งกลุ่มที่มีรายได้สูงและกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ และในความเป็นจริงนั้น การที่คนจนมีค่าใช้จ่ายลดลงเป็นเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่าคนรวยไม่ได้หมายความว่าคนจนได้รับบริการ

ในมูลค่าที่สูงกว่าคนรวยเสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีช่องว่างของการกระจายรายได้ที่สูงมาก (ซึ่งประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในจำนวนนั้น)

อีกตัวอย่างหนึ่งที่มีการมีดัชนีมากกว่าหนึ่งตัวจะให้ภาพที่ครบถ้วนมากขึ้นคือกรณีของคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในโครงการย่อยที่ 1 ของการศึกษานี้) ซึ่งแม้ว่าการวัดความเปลี่ยนแปลงของจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพน่าจะเป็นตัวชี้วัดที่ดีตัวหนึ่งในการวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาท และ/หรือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจากรูปที่ 4 จะเห็นได้ว่าหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทฯ สัดส่วนครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพมีจำนวนลดลง โดยผลที่ได้สอดคล้องกันไม่ว่าจะใช้วิธีวัดความยากจนแบบใดเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา (ทั้งแนวคิดด้านรายได้ และรายจ่าย หรือเส้นความยากจนแบบปกติกับแบบที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออก) ตัวอย่างเช่น เมื่อใช้แนวคิดด้านรายได้และเทียบกับเส้นความยากจนที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออกแล้ว ในปี 2543 มีครัวเรือนที่จนเพราะสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 1.13 ของครัวเรือนทั้งหมด ในขณะที่ในปี 2545 และ 2547 ร้อยละของครัวเรือนที่จนเพราะสุขภาพลดลงเหลือเพียง 0.58 และ 0.53 ตามลำดับ²²

รูปที่ 4 ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพต่อจำนวนครัวเรือนทั่วประเทศ ระหว่างปี 2529 – 2547

จำแนกตามวิธีคำนวณ

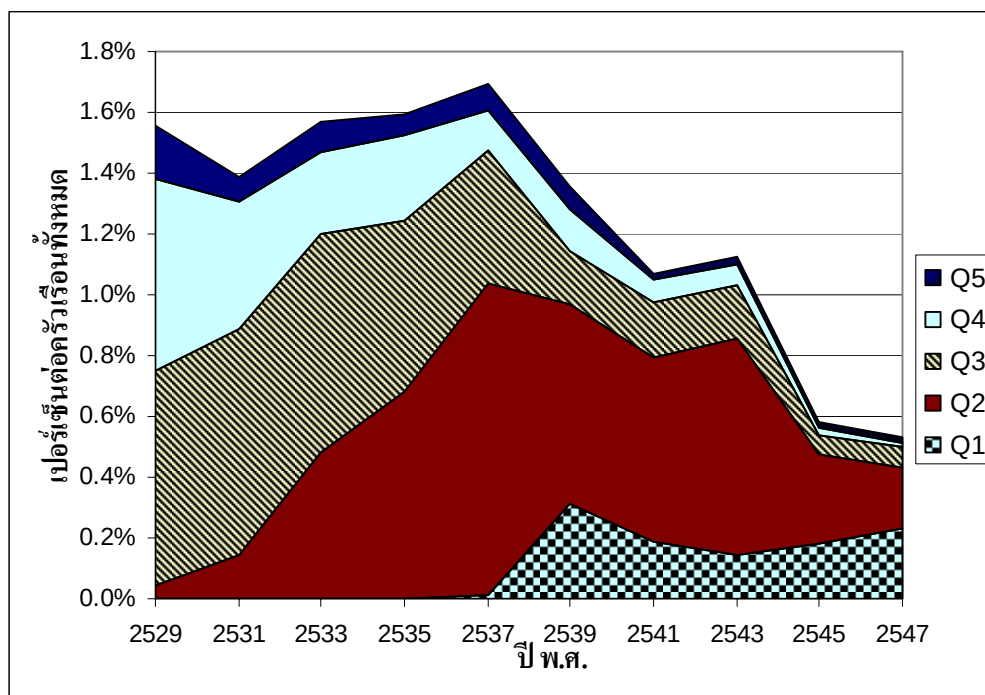


ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

²² สาเหตุที่ไม่ได้กล่าวถึงผลการคำนวณในปี 2542 และ 2544 เนื่องจากการสำรวจทั้งสองปีเป็นการสำรวจเล็กที่จัดขึ้นเป็นพิเศษ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ใน 3 ของการสำรวจในปีปกติ ดังนั้นผลที่ได้อาจไม่สะท้อนถึงภาวะความยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพของประเทศได้ดีเท่าที่ควร

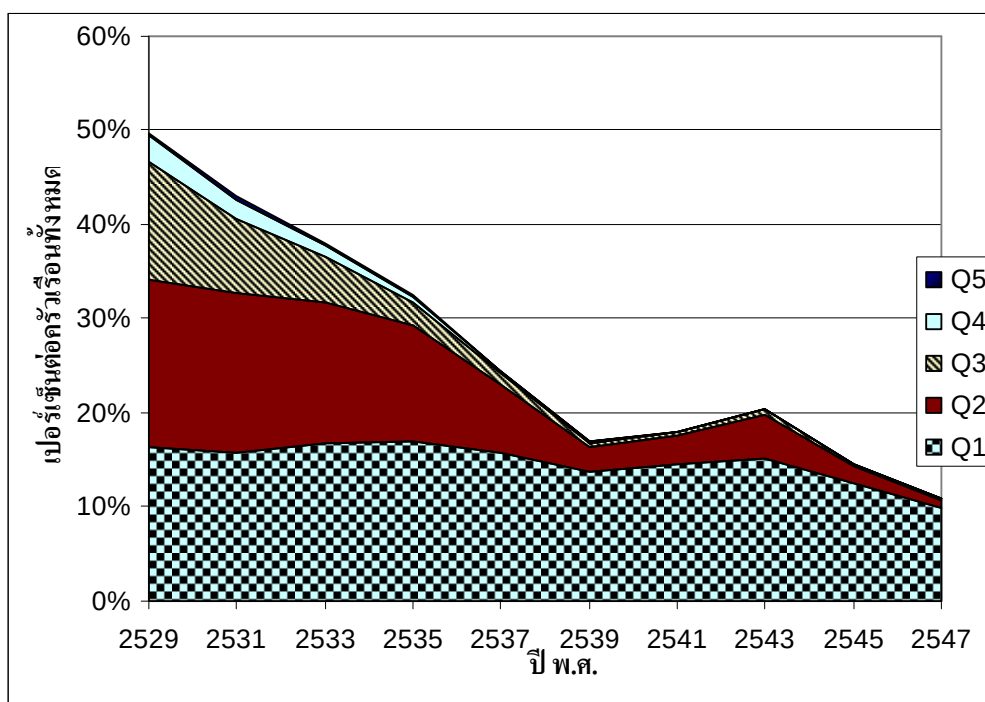
อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเฉพาะจำนวนคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพอาจจะไม่เพียงพอที่จะทำให้เห็นภาพรวมของผลของการมีโครงการ 30 บาทฯ ที่มีต่อความยากจน เนื่องจากไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มคนที่จนตั้งแต่ยังไม่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่า เมื่อเราปรับเส้นความยากจนใหม่กลับไปใช้กับก่อนปี 2539 เราจะเห็นจากรูปที่ 5 ข้างล่างว่า ในกลุ่ม quintile ที่จนที่สุด 20% แรกแทบจะไม่มีคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพเลย แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าคนกลุ่มนี้ไม่ได้ประสบปัญหาจากการมีรายจ่ายด้านสุขภาพ แต่เป็นเพราะตัวชี้วัดที่ใช้ ที่ถึงแม้จะเป็นตัวชี้วัดที่ดีตัวหนึ่ง และสามารถแต่ก็ไม่สามารถเก็บภาพในส่วนนี้ได้ดีเท่ากับในเดสไคล์ที่สูงกว่า การพิจารณาดัชนีนี้ควบคู่ไปกับดัชนีตัวอื่น เช่น พิจารณาจำนวนคนจนตั้งแต่ก่อนมีรายจ่ายด้านสุขภาพรวมกับคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ (ดูรูปที่ 6) และการวัดขนาดของช่องว่างความยากจน (*normalized poverty gap*) ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพ ตามสูตรในอีกสองหน้าถัดไป ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่จะรวมความเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับกลุ่มคนที่จนตั้งแต่ยังไม่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเข้ามาด้วย

รูปที่ 5 ร้อยละของครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพในช่วงชั้นรายได้ (Quintile) ต่อครัวเรือนทั่วประเทศ ระหว่างปี 2529-2547 (เส้นความยากจนคำนวณตามแนวคิดด้านรายได้ที่ปรับด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพแล้ว)



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ 6 ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนและจนเพราะรายจ่ายสุขภาพในช่วงชั้นรายได้ (Quintile) ต่อครัวเรือนทั่วประเทศ ระหว่างปี 2529-2547 (เส้นความยากจนคำนวณตามแนวคิดด้านรายได้ที่ปรับด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพ)



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

โดย DPG_{Health} = สัดส่วน (หรือร้อยละ) ของช่องว่างความยากจน (poverty gap) **ที่เพิ่มขึ้น**จากการมีรายจ่ายด้านสุขภาพ (ในกรณีที่ DPG_{Health} มีค่าเป็นบวก)²³

N = จำนวนประชากรทั้งประเทศ (หรือกลุ่มที่สนใจ)

$Pline^{pre}$ = เส้นความยากจนก่อนหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

$Pline^{post}$ = เส้นความยากจนหลังหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

Inc^{pre} = รายได้ของครัวเรือนก่อนหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

Inc^{post} = รายได้ของครัวเรือนหลังหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

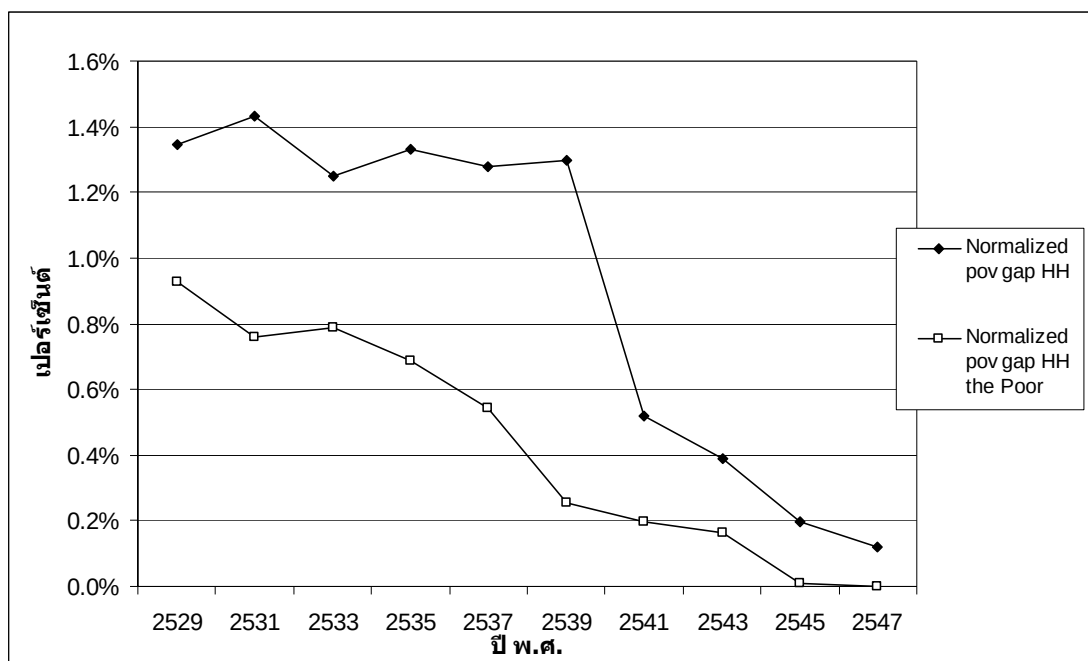
ทั้งนี้ ค่า normalized poverty gap แต่ละตัวคือสัดส่วนของค่าเฉลี่ยของช่องว่างความยากจน ซึ่งก็คือค่าความแตกต่างระหว่างดัชนีวัดคุณภาพชีวิต (ในกรณีคือรายได้และรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนแล้ว) กับเส้นความยากจน (ซึ่งใช้สองเส้นที่แตกต่างกัน โดยตัวแรกใช้เส้นความยากจนที่ปรับรายจ่ายสุขภาพออกแล้ว ขณะที่ตัวหลังใช้เส้นความยากจนรายครัวเรือนแบบปกติ) ทั้งนี้ คิดจากครัวเรือนที่อยู่ใต้เส้นความยากจน

²³ ในทางทฤษฎีนั้น ส่วนต่างของ normalized poverty gap ทั้งสองอาจเป็นบวกหรือลบก็ได้ ขึ้นกับการกระจายตัว (distribution) ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนต่างๆ ว่าเบ้ไปทางใดหรือไม่ แต่ในการศึกษาจากข้อมูลเชิงประจักษ์มักจะได้ค่าที่เป็นบวก

ทั้งหมด ไม่ว่าจะตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจนก่อนหรือหลังจากมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ผลของความแตกต่างของ *normalized poverty gap* แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงขนาดความยากจนของครัวเรือนระหว่างก่อนและหลังการใช้จ่ายด้านสุขภาพในระหว่างปี พ.ศ. 2529-2547 ได้แสดงเอาไว้ในรูปที่ 7 ต่อไปนี้

รูปที่ 7 การเปลี่ยนแปลงของ *normalized poverty gap* อันเนื่องมาจากรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนทั้งประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2547



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากแผนภาพข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลกระทบของรายจ่ายด้านสุขภาพ (โดยวัดจาก *poverty gap* ที่เพิ่มขึ้นหลังจากที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอดจากประมาณร้อยละ 0.39 ของเส้นความยากจนในปี 2543 เหลือร้อยละ 0.20 และ 0.12 ในปี 2545 และ 2547 ตามลำดับ นอกจากนี้ ถ้าหากพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนที่ทุกนิยามถือว่าเป็นคนจน (กล่าวคือ กลุ่มที่อยู่ใต้เส้นความยากจนตั้งแต่แรก และเมื่อหักรายจ่ายด้านสุขภาพออกแล้วก็ยังคงอยู่ใต้เส้นความยากจนที่ปรับปรุงใหม่ (เส้นความยากจนที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออก

เช่นกัน) อีกด้วย) โดย Poverty Gap ที่เพิ่มขึ้นหลังจากที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้แสดงด้วยกราฟเส้นล่างในรูปที่ 6) เราก็จะเห็นได้ว่า ขนาดความรุนแรงของความยากจนเพราะสุขภาพในคนกลุ่มนี้ลดลงมาเป็นลำดับ ในระหว่างปี 2529-2547 และหลังจากที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โดยการเริ่มโครงการ 30 บาท ในปี 2544) ขนาดความรุนแรงของความยากจนเพราะสุขภาพในคนกลุ่มนี้แทบจะกลายเป็นศูนย์ในปี 2545 และ 2547 ซึ่งผลจากวิธีนี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ รวมทั้งโครงการ 30 บาท ในการลดภาระรายจ่ายสุขภาพของกลุ่มผู้ยากไร้ที่สุดลงจนแทบจะหมดไป

ในขณะเดียวกัน การที่ความเป็นธรรมนั้นมีหลายมุมมอง และมีปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังที่บางครั้งแตกต่างกันมาก ทำให้เราพึงตระหนักอยู่เสมอว่า แม้กระทั่งในกรณีที่ใช้ตัวชี้วัดหลายตัวประกอบกัน ก็อาจจะยังไม่ได้ทำให้เราได้ภาพที่ครบถ้วนรอบด้านจริงๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่ข้อมูลมีอยู่จำกัดมาก และหลายตัวก็อาจมี measurement error ค่อนข้างมากอีกด้วย)

ในทางกลับกัน เราก็ต้องตระหนักด้วยว่า การมีจำนวนดัชนีเพิ่มขึ้นไม่ได้เป็นหลักประกันว่าเราจะได้ภาพที่ครบถ้วนหรือรอบด้านขึ้นเสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าดัชนีที่ใช้ห่างไกลกับสิ่งที่ต้องการวัดมากเกินไป ตัวอย่างที่น่าจะเห็นได้ชัดตัวอย่างหนึ่งคือ ในกรณีของตัวชี้วัดภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพ (catastrophic health expenditure) ที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกินกว่า x% ของรายได้เป็นเกณฑ์ ซึ่งจริงๆ แล้วเป็นตัวชี้วัดที่แทบจะไม่มีพื้นฐานทางทฤษฎีใดๆ มารองรับเลย²⁴ และผลการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้เกณฑ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่า 10% ของรายได้เป็นเกณฑ์²⁵ ซึ่งได้ผลลัพธ์ว่าคนรวยมีความเสี่ยงที่จะประสบภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพมากกว่าคนจน และในบางกรณีเป็นหลายเท่าตัว (ดูตารางที่ 4) เช่น ในปี 2545 ในสอง quintile ล่างที่จนที่สุด (ซึ่งมีประชากรรวมกันเกือบครึ่งประเทศ) มีไม่ถึงร้อยละหนึ่งที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพ ในขณะที่ในบรรดากลุ่มประชากรร้อยละ 20 ของประเทศที่มีฐานะดีที่สุดกลับมีถึงร้อยละ 6.1 (ประมาณทุกหนึ่งในสิบหกคน!) ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปีนั้น ก็น่าจะเป็นหลักฐานแวดล้อมที่แสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดนี้น่าจะนำความสับสนมาให้มากกว่าที่จะทำให้ได้ภาพที่ครบถ้วนหรือในแง่มุมมองที่ต่างออกไป²⁶ (ดูรายละเอียด

²⁴ ถ้าจะเทียบกันแล้ว เกณฑ์ที่เรียกว่าเป็น “Fairness of Financial Contribution” ซึ่งวัด “ความเป็นธรรมด้านการใช้จ่าย” จากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับที่หักค่าอาหารออกแล้ว และถือว่าการมีสัดส่วนที่เท่ากันคือความเป็นธรรม (fairness) ซึ่งแม้ว่าจะยังเป็นตัวชี้วัดที่คณะผู้วิจัยเห็นว่าเป็นวิธีที่มีพื้นฐานทางทฤษฎีที่ยังอ่อนแอมาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการนิยาม fairness แบบที่ไม่ขึ้นกับระดับรายได้เลย) ก็ยังมีเหตุผลสนับสนุนมากกว่า

²⁵ Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. *Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand*. 2005. EQUITAP Project Working Paper #16. Accessed from EQUITAP's website in June 2007.

²⁶ แม้ว่าอาจมีผู้แย้งได้ว่าผลการศึกษาของคณะผู้วิจัย (ดูบทความในภาคผนวก) ที่ใช้จำนวน(หรือสัดส่วน)ของคนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมาเปรียบเทียบในการวัดภาวะวิกฤตด้านสุขภาพ จะเป็นแนวคิดที่ยึด absolute poverty โดยไม่ได้คำนึงถึงแบบแผนการบริโภคเดิมของครัวเรือน ซึ่งอาจจะมีผลทำให้วิธีดังกล่าวมองข้าม “คนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ” ตามแนวคิดแบบ relative poverty ซึ่งคงมีส่วนจริงอยู่บ้าง แต่คณะผู้วิจัยก็ยังมองไม่เห็นว่่วิธีวัดที่ใช้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเกิน 10% จะ

การอภิปรายประเด็นเหล่านี้ในบทความเรื่อง “การประเมินภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพ (catastrophic health expenditure) โดยวัดผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อความยากจน (poverty approach)” ในภาคผนวกของรายงานนี้)

ตารางที่ 4 สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงจนอาจต้องประสบกับวิกฤตทางการเงิน¹ (Catastrophic health expenditure) ที่ได้จากการจำแนกตามเกณฑ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายของครัวเรือน ปี 2543, 2545 และ 2547

กลุ่ม Quintile	ครัวเรือนทั้งหมด			ครัวเรือนในโครงการสปร. บัตรสุขภาพ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
	2543	2545	2547	2543	2545	2547
1 (จนที่สุด)	4.0%	1.7%	1.6%	2.7%	1.7%	1.6%
2	6.6%	2.1%	2.4%	5.3%	0.2%	2.0%
3	5.4%	3.6%	2.7%	4.8%	3.8%	2.8%
4	5.6%	4.0%	2.9%	6.9%	4.8%	3.3%
5 (รวยที่สุด)	5.6%	5.0%	4.3%	7.1%	6.1%	5.2%
รวมทุกกลุ่ม	5.4%	3.3%	2.8%	4.7%	3.2%	2.6%

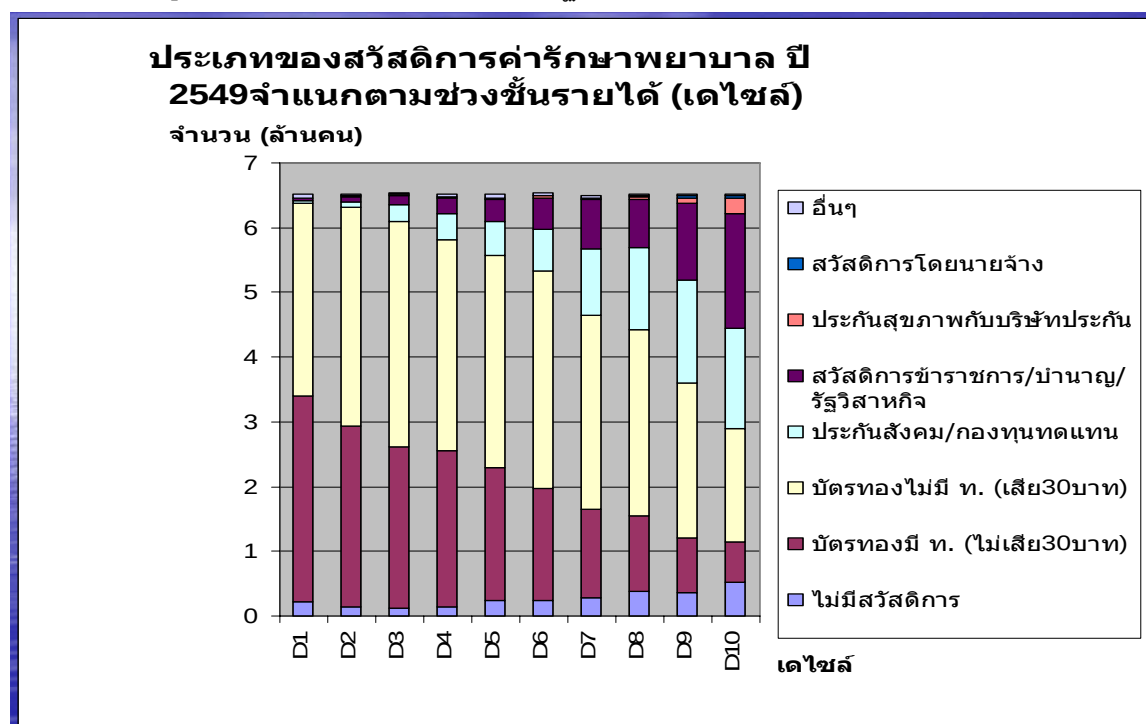
ที่มา: ตัดตอนจาก Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand. 2005.

หมายเหตุ: ¹คิดจากครัวเรือนที่มีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อการบริโภคของครัวเรือน (ทั้งรายจ่ายด้านอาหารและมิใช่อาหาร) เกินกว่าร้อยละ 10

สุดท้าย ในการวัดและการนำเสนอดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพนั้น ควรหลีกเลี่ยงการตีความดัชนีใดๆ จากภาพที่ย่อยเกินไป (เช่น ตีความดัชนีไปถึงระดับ สอ. รพช. รพท/รพศ. ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อสรุปและนัยเชิงนโยบายที่ผิดจากตกลงในกับดักความหลงผิดแบบ post-hoc หรือ cum-hoc fallacy ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น) และควรระวังในการแยกทำดัชนีสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ แยกจากกัน (เช่น แยกประชากรออกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ เสร็จแล้วก็ยังมาแยกผู้มีสิทธิในแต่ละกลุ่มออกเป็น quintile หรือ decile ใหม่ แล้วบางครั้งก็มาเปรียบเทียบคนจน-คนรวยภายในแต่ละสิทธิ์ต่อ) ทั้งนี้เนื่องจากโดยทั่วไปแล้ว การกระจายของสิทธิสวัสดิการประเภทต่างๆ นั้น มิได้กระจายตามขั้นรายได้อย่างสม่ำเสมอ ตัวอย่างเช่น จากรูปที่ 8 ซึ่งแสดงการกระจายของผู้มีสิทธิของโครงการต่างๆ ตามขั้นรายได้ โดยใช้ข้อมูลรายได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) ปี 2549 (ครึ่งปีแรก) และข้อมูลสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (HWS) ปี 2549 จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้มีสิทธิบัตรทองส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ขณะที่กลุ่มผู้มีสิทธิ

สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และกลุ่มผู้มีสิทธิ์ประกันสังคม มีสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ในกลุ่มประชากรที่มีชั้นรายได้ที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสอง decile สุดท้าย (หรือ quintile ที่มีฐานะดีที่สุด) จะมีสัดส่วนของกลุ่มผู้มีสิทธิ์ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิ์ประกันสังคม มากกว่าครึ่งหนึ่ง ดังนั้น ถ้าเรานำคนในแต่ละสิทธิ์มาแบ่งกลุ่มเสียใหม่ตามชั้นรายได้เฉพาะของผู้มีสิทธิ์ชนิดเดียวกันเป็น 5 หรือ 10 กลุ่มย่อย ก็จะกลายเป็นการสร้าง ความลักลั่นขึ้นมาแทน (ตัวอย่างเช่น เราอาจจะตีความว่า คนที่อยู่ในเดไซล์ที่สองของผู้มีสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการ เป็นกลุ่มคนจน ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วพวกเขามีฐานะปานกลาง เป็นต้น)

รูปที่ 8 การกระจายของผู้มีสิทธิ์ของโครงการต่างๆ ตามชั้นรายได้ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (HWS) ปี 2549 และข้อมูลรายได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) ปี 2549



โดยคณะผู้วิจัยจากข้อมูล SES (ปี 2549 ครั้งปีแรก) และ HWS ปี 2549

5. ตัวอย่างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่เสนอโดยคณะผู้วิจัย

ตารางที่ 5 นำเสนอตัวอย่างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่เสนอโดยคณะผู้วิจัย โดยแยกออกเป็นสี่กลุ่มคือ กลุ่มแรกเป็นดัชนีที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความยากจน กลุ่มที่สองเป็นดัชนีที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพ และกลุ่มที่สามเป็นดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และกลุ่มที่สี่ได้แก่ดัชนีอื่นๆ ทั้งนี้ ดัชนีทุกตัวจะต้องสามารถเชื่อมโยงกับระดับเศรษฐฐานะได้ จึงต้องมีระบบการเก็บข้อมูลที่คำนึงถึงประเด็นนี้ด้วย (ตัวอย่างเช่น ถ้าสามารถเชื่อมโยงข้อมูล/ตัวแปรที่ต้องการกับ SES ก็จะทำให้สามารถแยกพิจารณาค่าตัวแปรตามเศรษฐฐานะได้ เช่น ข้อมูลต่างๆ ใน HWS ตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา) และตัวชี้วัดบางตัวจะมีความแม่นยำก็ต่อเมื่อมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่ดีขึ้น เช่น ในกรณีของน้ำหนัก ความสูง และเส้นรอบวงศีรษะ ก็อาจต้องให้พนักงานสำรวจ HWS เตรียมเครื่องชั่ง เครื่องวัดส่วนสูงและสายวัดไปด้วย เป็นต้น

การนำเสนอดัชนีต่างๆ ได้คำนึงถึงปัจจัยหลายประการประกอบกัน ตั้งแต่ความตรงประเด็นกับสิ่งต้องการวัด รวมถึงความสำคัญของปัญหาจากมุมมองของสังคมด้วย (ตัวอย่างเช่น เรื่องความยากจน แม้ว่าจะเป็นเพียงส่วนย่อยของความเป็นธรรม แต่ก็ถือเป็นเรื่องที่สังคมไทยให้ความสนใจเป็นอย่างสูง) นอกจากนี้ยังคำนึงถึงข้อมูลที่มีอยู่และความยากง่าย/ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้วย ซึ่งในระยะสั้นนั้น ข้อจำกัดด้านข้อมูลเป็นประเด็นที่สำคัญประการหนึ่งในการเลือกตัวชี้วัด ทำให้ตัวชี้วัดที่นำเสนอในที่นี้ไม่ได้รวมตัวชี้วัดที่ดีในเชิงทฤษฎีแต่ยังไม่เห็นทางที่จะหาข้อมูลมาวัดได้ ในทำนองเดียวกัน ตัวชี้วัดบางตัวที่อยู่ในลำดับท้ายๆ ของแต่ละหัวข้อในตารางที่ 5 ก็เป็นผลมาจากการคำนึงถึงข้อจำกัดด้านข้อมูลด้วยเช่นกัน²⁷ นอกจากนี้ดัชนีเหล่านี้ยังมีข้อจำกัดในด้านความครอบคลุม ตัวอย่างเช่น ในตารางที่ 5 ไม่ได้รวบรวมดัชนีการเข้าถึงบริการของคนพิการในกลุ่มเศรษฐกิจต่างๆ หรือการมีอุปกรณ์ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต เช่น แวนสายตา เครื่องช่วยฟัง ฟันปลอม (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มเศรษฐกิจต่างๆ) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะหาข้อมูลได้ยาก (และข้อมูลที่จะได้จากการสำรวจทั่วไปแบบสุ่ม เช่น HWS อาจมีขนาดตัวอย่างน้อยเกินไปที่จะสะท้อนภาพของคนกลุ่มเฉพาะเหล่านี้ตามเศรษฐกิจต่างๆ ด้วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนพิการ)

สุดท้าย ดัชนีบางตัวอาจจะไม่ใช่ดัชนีที่ strong และอาจช่วยบ่งชี้ได้โดยอ้อมเท่านั้น แต่คณะผู้วิจัยรวมนำเข้ามาเพื่อเสริมบางด้านที่เป็นจุดอ่อนที่สำคัญ ตัวอย่างเช่น การที่ตัวชี้วัดความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพในด้านการเข้าถึง (access) หรือการใช้บริการ (utilization) ยังมีจุดอ่อนในด้านการสะท้อนคุณภาพ²⁸ ในขณะเดียวกันมีคนจำนวนมากมีความเชื่อว่าชนิดของหลักประกันสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีผลต่อโอกาสการเข้าถึง/ได้รับบริการที่มีคุณภาพ (และบุคลากรด้านสาธารณสุขจำนวนไม่น้อยก็เชื่อและอาจจะปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าวด้วย) ดังนั้น ชนิดของหลักประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยมี (ซึ่งเป็น proxy ของโอกาสการเข้าถึง หรือโอกาสที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ) ก็น่าจะเป็นตัวชี้วัดอย่างหยาบๆ ตัวหนึ่งที่สามารถสะท้อนโอกาสการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ คณะผู้วิจัยจึงรวมดัชนีนี้เข้ามาด้วย แม้ว่าจะตระหนักดีว่าดัชนีนี้จะบ่งบอกถึงคุณภาพได้ไม่ตึงนัก อีกทั้งมีโอกาสที่คุณภาพโดยเปรียบเทียบของบริการที่ได้จากโครงการเหล่านี้อาจเปลี่ยนไปเมื่อเวลาผ่านไปด้วย ตัวอย่างเช่น ถ้าค่าหัวของโครงการหนึ่งเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าอีกโครงการหนึ่ง เป็นต้น การใช้ตัวชี้วัดประเภทนี้จึงต้องตีความด้วยความระมัดระวังและควรพิจารณาประกอบไปกับตัวชี้วัดอื่นๆ ด้วย

²⁷ อย่างไรก็ตาม การที่คณะผู้วิจัยยังรวมตัวชี้วัดเหล่านี้เข้ามาด้วย เพราะคำนึงถึงความเป็นไปได้ที่จะมีการพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูล (ซึ่งปัจจุบันเริ่มมีการเก็บข้อมูลที่เป็น individual record ที่เป็นระบบมากขึ้น) ซึ่งในอนาคตอาจสามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลรายได้หรือภาษีได้

²⁸ ถึงแม้ว่าระบบฐานข้อมูลการใช้บริการจะได้มีการพัฒนาไปในทางที่สะท้อนความซับซ้อนของโรคมากขึ้น เช่น การมีข้อมูล DRG

ตารางที่ 5 ตัวอย่างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่เสนอโดยคณะผู้วิจัย

ตัวอย่างดัชนี	เหตุผล	ข้อพิจารณาในการวัด/คำนวณ	ข้อจำกัด
ก. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความยากจน			
ก.1 จำนวนคนจน	บอกถึงจำนวนคนที่มีโอกาสได้รับผลกระทบด้านลบจากการมีค่าใช้จ่ายใดๆ (รวมทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)	ควรวัดจากเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	
ก.2 จำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ	บอกถึงจำนวนคนที่มีสภาวะความเป็นอยู่ (livelihood) ที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญที่เกิดจากการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ น่าจะเป็นตัววัด catastrophic health expenditure ได้ดีกว่าดัชนีที่ใช้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลเป็นเกณฑ์		ไม่ไวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับคนที่จนอยู่ก่อนแล้ว (จึงควรพิจารณาร่วมกับจำนวนคนจนตาม ก.1 ด้วย)
ก.3 ส่วนต่างของ normalized poverty gap ก่อนและหลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	วัดผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อความยากจน (ทั้งต่อคนที่จนอยู่แล้วและจนหลังจากที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพ)	ค่า normalized poverty gap หลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ควรวัดจากเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	
ก.4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนจ่าย (OOP)	บ่งบอกถึงภาระของครัวเรือน และการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ		ค่าใช้จ่ายขึ้นกับปัจจัยหลายตัวมาก ไม่ควรสรุปว่าเป็นตัวแทนหรือผลของปัจจัยหนึ่งปัจจัยเดียว หรือเป็นดัชนีที่สามารถวัดความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพโดยใดๆ ได้

ข. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ			
ข.1 ส่วนสูง น้ำหนัก ความยาวเส้นรอบศีรษะ สำหรับทารกและเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี (คู่มือส่วนของทารกและเด็กที่ตกเกณฑ์ด้านต่างๆ เช่น Weight at birth, Weight for age, Height for age, Weight for height)	บอกถึง outcome ของระบบบริการสุขภาพ (และรวมไปถึงปัจจัยที่อยู่นอกกระบวนการบริการสุขภาพ) ในขณะที่ใดขณะหนึ่งได้ และสามารถเก็บข้อมูลที่น่าเชื่อถือพอสมควรได้จากการสำรวจ โดยไม่ต้องเก็บข้อมูลจากทุกคนในครัวเรือน	ข้อมูลจะมีความแม่นยำต่อเมื่อมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่เหมาะสม เช่น พนักงานสำรวจ ต้องเตรียมเครื่องชั่งเครื่องวัดส่วนสูงและสายวัดไปด้วย	
ข.2 ภาวะโภชนาการ เช่น % PCM, Body Mass Index (BMI)	บอกถึง outcome (รวมไปถึงปัจจัยที่อยู่นอกกระบวนการบริการสุขภาพ) ในขณะที่ใดขณะหนึ่งได้	อาจต้องอบรมความรู้พิเศษให้พนักงานสำรวจ	
ข.3 การบริโภคแอลกอฮอล์	บอกถึงพฤติกรรมและความเสี่ยงของภาวะสุขภาพของตนและอาจรวมถึงครอบครัวในปัจจุบันและอนาคต	ควรสนใจความแม่นยำในการตอบ เพราะต้องการข้อมูลเป็นรายบุคคลด้วย	
ข.4 การบริโภคบุหรี่และยาสูบชนิดต่างๆ			
ข.5 อัตราการตายคลอดของมารดา และทารกปริกำเนิด (perinatal mortality rate)	บอกถึง outcome (ของระบบบริการสุขภาพ และรวมไปถึงปัจจัยที่อยู่นอกกระบวนการบริการสุขภาพ) ในขณะที่ใดขณะหนึ่งได้	มักต้องอาศัยข้อมูลการรายงานหรือจดทะเบียน และต้องมีระบบการเก็บข้อมูลรายได้ที่สถานพยาบาล	ทำได้ยากเพราะปกติที่สถานพยาบาลมักไม่มีข้อมูลรายได้ที่น่าเชื่อถือ
ข.6 อัตราการตายของทารก (0-1 ขวบ) และอัตราการตายของเด็ก 1-5 ปี			
ข.7 อุบัติการณ์และความชุกของโรคบางโรค (เช่น ท้องร่วง พยาธิ วัณโรค)		เป็นไปได้ยากเพราะต้องเปลี่ยนระบบเก็บข้อมูลรายได้ที่สถานพยาบาล	การเก็บข้อมูลบางโรคที่อาจเป็นตัวชี้วัดที่น่าสนใจให้ครบถ้วนทำได้ยาก เช่น HIV/AIDS
ข.8 สถานะสุขภาพที่ประเมินโดยผู้ตอบเอง	เป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพที่สามารถได้มาโดยง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีอื่น		วิธีวัดเป็นแบบ subjective มีปัญหาความน่าเชื่อถือ และการเปรียบเทียบข้ามบุคคล

ค. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ			
ค.1 อัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลประเภท/ระดับต่างๆ	บอกถึงโอกาสเข้าถึงบริการ (access) (ในกรณีที่ health need หรืออัตราการใช้ป่วยไม่ต่างกันตามเศรษฐกิจฐานะ)		ไม่สามารถบอกถึงคุณภาพบริการที่อาจแตกต่างกันได้
ค.2 อัตราการใช้สิทธิ	บอกถึงโอกาสเข้าถึงบริการ (access) และอุปสรรค		ไม่สามารถบอกถึงคุณภาพบริการที่อาจแตกต่างกันได้
ค.3 ชนิดของหลักประกันสุขภาพที่มี	บอกได้อย่างหยาบๆ ถึงโอกาสเข้าถึง (access) และคุณภาพของบริการ		
ค.4 ระยะเวลาที่ต้องรอคิวสำหรับการรักษาโรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตบางโรค	บอกได้อย่างหยาบๆ ถึงโอกาสเข้าถึง (access) และคุณภาพของบริการ	อาจต้องอาศัยการศึกษาวิจัย (ซึ่งจะมีปัญหาการเลือกโรคที่ศึกษา) หรือต้องปรับระบบรายงานของสถานพยาบาล	ชี้ให้เห็นภาพได้เพียงบางส่วน
ง. ดัชนีอื่นๆ			
ง.1 Benefit Incidence จากการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ	บอกถึงการกระจายประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการด้านสุขภาพของรัฐ	(ดูรายละเอียดในรายงานฉบับที่ 3)	วัดภาพจากการใช้จ่ายของภาครัฐด้านเดียว (ไม่รวมภาษี) และใช้ต้นทุนเฉลี่ยเป็นหลัก

6. บรรณานุกรม

- ทวีป วรดิolk. 2530. “หลู่ซึน: ถวัชชัยอมตะของวรรณคดีจีนใหม่.” ใน *ฝันสลาย*. สำนักพิมพ์นานมี. 2530.
- วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง ศรชัย เตรียมวรกุล และศศิวิฑูฒ์ วงษ์มณฑา. 2547. “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546” รายงาน เล่มที่ 1 โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47) กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา ประเทศไทย. (ฉบับแก้ไขปรับปรุง มิถุนายน 2548).
- วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศศิวิฑูฒ์ วงษ์มณฑา. 2547. “ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาทๆ ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มรายได้ต่างๆ.” รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 2 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2646-2457) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา ประเทศไทย. (และฉบับแก้ไขปรับปรุง มีนาคม 2548).
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปรางณี วาศวิท กัญจนา ดิษยาธิคม วลัยพร พัชรนฤมล และภูษิต ประครองสาย. 2547. *การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ*
- ศุภสิทธิ์ พรธนนารุโณทัย และคลาส เรนเบอร์ก. 2541. *ความเป็นธรรมของการใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.*
- ศุภสิทธิ์ พรธนนารุโณทัย และดิเรก ปัทมศิริวัฒน์. 2544. *ดัชนีเศรษฐมภาคเพื่อวัดความเป็นธรรมทางการคลังและการใช้บริการสาธารณสุขระหว่างปี 2529-2541. ศูนย์ติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.*
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2549. “ความเป็นธรรมการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค)” *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 15:5 กันยายน – ตุลาคม.
- อัญชนา ณ ระนอง. 2550. *การคลังสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: แสงสว่างเวิลด์เพรส
- _____. 2547. “พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ ความคาดหวังและผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากมุมมองของประชาชน.” รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 3 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2646-2457) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (และฉบับแก้ไขปรับปรุง มีนาคม 2548).

- _____. 2541. “แนวคิดและวิธีวัดความยากจนในประเทศไทย” วารสารเศรษฐศาสตร์
ธรรมศาสตร์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน.
- _____. 2541ข. การพัฒนาแบบสำรวจสุขภาพอนามัยกลุ่มคนยากจนในเมืองและ
ในชนบท. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย..
- อัฒชนา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2545. การวิจัยประเมินผล: การปฏิรูประบบการเงิน
การคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) (ฉบับแก้ไขปรับปรุง)
- Ajwad, M.I. and Q. Woden. 2001. “Marginal Benefit incidence Analysis Using a single
Cross-section of Data.” World Bank.
- Atkinson, A.B. and J.E. Stiglitz. 1980. *Lectures on Public Economics*. London:
McGrawHill Book Company.
- Davoodi H.R., E.R. Tiongsonet, and Sawitree S. Asawanuchit. 2003. “How Useful are
Benefit incidence Analyses of Public Education and Health Spending?” IMF
Working Paper. WP/03/227.
- Somchai Jitsuchon, Jiraporn Plangpraphan, and Nanak Kakwani. 2005. *Thailand's New
Official Poverty Line*. Research Report prepared for The National Economic and
Social Development Board and The United National Development Programme.
Bangkok: Thailand Development Research Institute.
- Lanjouw, P. and M. Ravallion. 1998. “Benefit Incidence and the Timing of Program
Capture.” Policy Research Working Paper Series 1956, The World Bank. (August).
- Supon Limwattananon, Viroj Tangcharoensathien, and Phusit Prakongsai. 2005. “Equity
in financing Healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand,”
EQUITAP Project Working Paper No. 16.
<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP16.pdf>
- Musgrave, R.A. and P.B. Musgrave. 1989. *Public Finance in Theory and Practice*. New
York: McGrawHill Book Company.
- Wagstaff, A. and E. Van Doorslaer. 2000. “Equity in Health Care Finance and Delivery.” in
Culyer and Newhouse (eds.). 2000. *Handbook of Health Economics*.
Amsterdam: Elsevier.

- Wagstaff, A., E. Van Doorslaer, and P. Paci. . "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparison," *Oxford Review of Economic Policy*. 5:1 pp. 89-111.
- Williams, A. and R. Cookson. 2000. "Equity in Health." in Culyer and Newhouse (eds.). 2000. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- World Bank. "The Concentration Index," *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis—Technical Note #7*.
- _____. "Catastrophic health care payments." *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis—Technical Note # 18*.
- _____. "Poverty impact of health care payments." *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis—Technical Note # 19*.

ภาคผนวก

(ต้นฉบับสำหรับเสนอวารสาร สวรส. แก้ไข 23 ตุลาคม 2550)

การประเมินภาวะวิกฤตทางการเงินด้านสุขภาพ (catastrophic health expenditure) โดยวัดผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อความยากจน (poverty approach)

วิโรจน์ ณ ระนอง⁺

อัญชนา ณ ระนอง^{*}

อรรถกฤต เล็กศิริไธ[#]

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นรายจ่ายที่มีโอกาสเกิดได้กับทุกคนครัวเรือน เพราะความเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต แต่ในหลายกรณี การประสบกับโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรงอย่างไม่ทันตั้งตัว อาจทำให้ครัวเรือนต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางการเงินได้ ในช่วงก่อนที่มีโครงการ 30 บาทฯ (ภายใต้ชื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ก็มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับรายจ่ายสุขภาพที่สูงพอจะทำให้ครัวเรือนประสบกับภาวะวิกฤตทางการเงิน (catastrophic health expenditure) โดยงานบางชิ้นเป็นเพียงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย⁽¹⁾ และมีบางชิ้น⁽²⁾ ที่พยายามทำความเข้าใจครัวเรือนซึ่งประสบ

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

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

[#] อดีตนักวิจัยที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อที่ London School of Economics บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “การใช้ข้อมูลการสำรวจมาวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทฯ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน และการสร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ” ซึ่งได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นที่ปรึกษา ผู้เขียนขอขอบคุณผู้ร่วมสัมมนาที่ สวปก. โดยเฉพาะ นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์ นพ.ภูษิต ประคองสาย และคุณกัญญา ดิษยาธิคม ที่ได้วิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะหลายประการ ความรับผิดชอบในเนื้อหาของบทความนี้เป็นของคณะผู้วิจัย

ปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่ก็มีได้เสนอหลักเกณฑ์ในการจำแนกว่าครัวเรือนใดมีรายจ่ายสุขภาพสูงในระดับที่ถือว่าวิกฤตอย่างชัดเจน และอาศัยเพียงข้อคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นสำคัญ

หลังจากที่เริ่มดำเนินโครงการ 30 บาทฯ ในปี พ.ศ. 2544 งานวิจัยหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องกับรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูงจนครัวเรือนอาจต้องประสบกับภาวะวิกฤตทางการเงิน (โดยเฉพาะงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (IHPP) และงานที่ทางสำนักงานฯ ทำร่วมกับนักวิจัยต่างประเทศในโครงการ EQUITAP^(3,4,5,6)) ได้หันมาใช้ในการเปรียบเทียบสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อดัชนีชี้วัดมาตรฐานในการดำเนินชีวิต (living standards)* กับค่ามาตรฐานที่ผู้วิจัยเลือกใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา โดยมีสมมติฐานว่าการใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน จะส่งผลกระทบต่อการใช้บริการและการออมของครัวเรือนในระยะสั้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งอาจผลักดันให้บางครัวเรือนต้องเข้าสู่ในวงวนแห่งหนี้สินและความยากจนได้

เกณฑ์ในการจำแนกที่งานที่กล่าวถึงข้างต้นใช้มีทั้งสิ้น 2 เกณฑ์ คือ เกณฑ์แรกพิจารณาสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อการบริโภคของครัวเรือน (รวมรายจ่ายทั้งด้านอาหารและมีใช้อาหาร) หากมีค่าเกินกว่าร้อยละ 10 ก็จะเป็นครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงในระดับวิกฤต ซึ่งร้อยละของครัวเรือนที่ประสบกับภาวะวิกฤตตามเกณฑ์นี้^(4,5,6)ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 ส่วนเกณฑ์ที่สองใช้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน ณ ระดับ 25% เป็นเกณฑ์^(3,4) โดยคำนวณ “ความสามารถในการจ่าย” จาก การบริโภครวมหักด้วยรายจ่ายที่จำเป็น หรือแทนด้วยการบริโภคที่มีใช้อาหาร เนื่องจากเชื่อว่าหากพิจารณาเฉพาะรายจ่ายที่มีใช้อาหารจะช่วยสะท้อนปัญหาการใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงจนวิกฤตของครัวเรือนที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านอาหารค่อนข้างสูง (ซึ่งมักเป็นครัวเรือนที่ยากจน) ได้ดีขึ้น*

* เช่น การบริโภคของครัวเรือน รายจ่ายของครัวเรือน หรือรายได้ของครัวเรือน

* สัดส่วนครัวเรือนที่อาจต้องประสบวิกฤตทางการเงินเนื่องจากรายจ่ายสุขภาพตามเกณฑ์นี้ลดลงจากร้อยละ 4.4 และ 3.8 ในปี 2541 และ 2543 เหลือประมาณร้อยละ 3 ในปี 2545⁽³⁾

ตารางที่ 1 สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงจนอาจต้องประสบกับวิกฤตทางการเงิน¹
(Catastrophic health expenditure) ที่ได้จากการจำแนกตามเกณฑ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าร้อยละ
10 ของค่าใช้จ่ายของครัวเรือน ปี 2543, 2545 และ 2547

กลุ่ม Quintile	ครัวเรือนทั้งหมด			ครัวเรือนในโครงการสปร. บัตรสุขภาพ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
	2543	2545	2547	2543	2545	2547
1 (จนที่สุด)	4.0%	1.7%	1.6%	2.7%	1.7%	1.6%
2	6.6%	2.1%	2.4%	5.3%	0.2%	2.0%
3	5.4%	3.6%	2.7%	4.8%	3.8%	2.8%
4	5.6%	4.0%	2.9%	6.9%	4.8%	3.3%
5 (รวยที่สุด)	5.6%	5.0%	4.3%	7.1%	6.1%	5.2%
รวมทุกกลุ่ม	5.4%	3.3%	2.8%	4.7%	3.2%	2.6%

ที่มา: ตัดต่อจาก Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Equity in financing
healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand. 2005.

หมายเหตุ: ¹คิดจากครัวเรือนที่มีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อการบริโภคของครัวเรือน (ทั้งรายจ่ายด้าน
อาหารและมีใช้อาหาร) เกินกว่าร้อยละ 10

จากตารางที่ 1 งานวิจัยดังกล่าวสรุปว่า ในช่วงหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพสัดส่วน
ของครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงจนประสบกับวิกฤตลดลงจากช่วงก่อนมีโครงการ⁽⁶⁾ จากร้อยละ
5.4 ในปี 2543 เหลือเพียงร้อยละ 3.3[☆] และ 2.8 ในปี 2545 และ 2547 ตามลำดับ ส่วนการ
กระจายตัวของจำนวนครัวเรือนที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพเข้าขั้นวิกฤตในช่วงหลังโครงการจะมีลักษณะ
เบ้ไปทางกลุ่มผู้มีฐานะ ผิดกับช่วงก่อนมีโครงการที่กระจายกันอย่างค่อนข้างสม่ำเสมอในทุกระดับ
การบริโภค

[☆] ในงานวิจัยอีกชิ้น⁽⁴⁾ พบว่าครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงกว่าเกณฑ์ 10% ของการบริโภคมีรายจ่ายร้อยละ 3.52%
ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คำนวณในงานวิจัยนี้มีเพียง 50.28% ของครัวเรือนทั้งหมดในการสำรวจสังคม
และเศรษฐกิจครัวเรือนปี 2545 เท่านั้น

นอกจากนี้หากนำข้อมูลข้างต้นมาเปรียบเทียบเฉพาะครัวเรือนที่เคยอยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และโครงการบัตรสุขภาพ กับครัวเรือนที่มีสิทธิ์ตามโครงการ 30 บาท ก็พบว่าครัวเรือนในทุกระดับการบริโภคมีสัดส่วนครัวเรือนที่รายจ่ายสูงจนถือว่าวิกฤตลดลง เช่น กลุ่มที่ยากจนที่สุดลดลงจากร้อยละ 2.7 ก่อนที่มีโครงการเหลือร้อยละ 1.6-1.7 หลังมีโครงการ

นอกจากนี้ในงานวิจัยอีกชิ้น⁽⁴⁾ ได้กล่าวถึงขนาดความรุนแรงของรายจ่ายสุขภาพที่เกินเกณฑ์มาตรฐานซึ่งพิจารณาจากค่า Mean Positive Overshoot (MPO)* โดยผลการศึกษาในปี 2545 หากใช้เกณฑ์รายจ่ายสุขภาพที่เกินร้อยละ 10 ของการบริโภค จะได้ค่า MPO เท่ากับ 9.39% ซึ่งถือว่าครัวเรือนที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพจนประสบกับวิกฤตต้องเสียค่าใช้จ่ายเกินกว่าเกณฑ์ไปโดยเฉลี่ย 9.39% แต่เมื่อใช้เกณฑ์ร้อยละ 25 ของรายจ่ายที่มีใช้อาหาร ค่า MPO จะเพิ่มขึ้นเป็น 14.22% ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของรายจ่ายด้านอาหารที่มีต่อการตีความผลกระทบทั้งในแง่จำนวนครัวเรือนและขนาดของผลกระทบ

ปัญหาสำคัญของการนิยามภาวะวิกฤตทางการเงินอันเนื่องมาจากรายจ่ายด้านสุขภาพ (Catastrophic health expenditure) ด้วยวิธีข้างต้น ได้แก่ การใช้เส้นแบ่งที่ตายตัวเพียงค่าเดียวในตัดสินว่าครัวเรือนใดจะเป็นครัวเรือนที่ประสบกับภาวะวิกฤต ทั้งๆ ที่ครัวเรือนเหล่านี้มีทั้งถิ่นที่อยู่ ฐานะและลักษณะเชิงโครงสร้างที่แตกต่างกันอย่างมาก ในความเป็นจริงนั้น การที่ครัวเรือนมีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่ตั้งเอาไว้ (เช่น เกินร้อยละ 10 ของการบริโภคหรือรายได้) ไม่น่าจะส่งผลทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะวิกฤตดังที่นักวิจัยคาดการณ์ไว้เสมอไป ทั้งนี้เนื่องจากครัวเรือนเหล่านั้นอาจมีความสามารถในการหมุนเงินมาใช้ในยามจำเป็น เช่น จากเงินออม จากทรัพย์สินที่สามารถเปลี่ยนเป็นเงินได้ง่าย หรือจากการกู้ยืม และสำหรับครัวเรือนที่เคยมีรายจ่ายพุ่งเพื่อยื้อค่อนข้างมากนั้น ผลกระทบอาจมีเพียงแค่ทำให้ครัวเรือนเหล่านั้นต้องปรับรูปแบบการบริโภคให้รัดกุมและสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น การทำงานเหล่านั้นมองข้ามประเด็นดังกล่าว ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ขัดกับสามัญสำนึกของคนทั่วไป เช่น ได้ผลที่บ่งชี้ว่ากลุ่มคนรวยมีความเสี่ยงด้านรายจ่ายสุขภาพสูงกว่าคนยากจน!⁽⁶⁾

ดังนั้น การใช้วิธีข้างต้นในการวิเคราะห์ถึงประโยชน์และสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐ (เช่น ในกรณีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ทั้งในแง่การเปรียบเทียบผลกระทบก่อนและหลังมีโครงการ หรือใช้พิจารณาการกระจายของ

* คำนวณจาก ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพในส่วนที่สูงเกินกว่าเกณฑ์หารด้วยร้อยละของจำนวนครัวเรือนที่มีรายจ่ายสูงกว่าเกณฑ์ดังกล่าวต่อจำนวนครัวเรือนทั้งหมด

ครัวเรือนที่ได้รับประโยชน์จากโครงการในช่วงชั้นการบริโภค/รายได้ที่แตกต่างกัน ก็อาจจะเป็นวิธีที่ให้ผลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

ในบทความนี้ คณะผู้วิจัยจะเสนออีกทางเลือกในการศึกษาผลกระทบและการกระจายของผลประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการวัดภาวะวิกฤตทางการเงินอันเนื่องมาจากรายจ่ายด้านสุขภาพ (catastrophic health expenditure) โดยแทนที่จะสนใจว่าครัวเรือนต้องมีสัดส่วนที่แน่นอนของการบริโภคหรือความสามารถที่จะจ่ายเพื่อใช้ซื้อสินค้าและบริการอื่นที่นอกเหนือจากด้านสุขภาพเท่าไร (เช่น ต้องมีอย่างน้อย 90% ของรายได้เพื่อใช้บริโภคสินค้าและบริการอื่นๆ!) มาเป็นการเสนอให้พิจารณาความวิกฤตของรายจ่ายด้านสุขภาพจากกรณีที่รายจ่ายด้านสุขภาพกลายเป็นปัจจัยลบที่ผลักดันให้ครัวเรือนกลายเป็นครัวเรือนที่ยากจน^๕ หรือมีส่วนซ้ำเติมครัวเรือนที่ยากจนอยู่แล้วให้แย่ลงไปอีก และในตอนท้าย คณะผู้วิจัยจะได้วิเคราะห์ผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านวิธีวิเคราะห์ดังกล่าว

การพิจารณาความวิกฤตของรายจ่ายด้านสุขภาพ โดยดูจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่ทำให้บางครัวเรือนต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน (impoverishing health care cost) ที่เสนอในบทความนี้พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยของ วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ^(๗) ซึ่งเคยใช้การคำนวณเส้นความยากจนที่มีความจำเพาะตามถิ่นที่อยู่และองค์ประกอบของสมาชิกในแต่ละครัวเรือนเพื่อหาจำนวนคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพมาก่อน^๕ แต่งานวิจัยนี้ได้ปรับปรุงเทคนิคการคำนวณเส้นความยากจนใหม่ตามงานวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)^(๘) ซึ่งพัฒนาเส้นความ

^๕ เพราะคนส่วนใหญ่คงเห็นตรงกันว่า ภาวะความยากจนแบบสัมบูรณ์ย่อมถือเป็นภาวะวิกฤติทางการเงินได้ และถึงแม้ว่าคนจำนวนไม่น้อยจะให้ความสำคัญกับภาวะความยากจนแบบสัมพัทธ์ด้วยเช่นกัน ทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น (เช่น มีจำนวนคนที่มียาได้สูงกว่าตัวเองมากขึ้น หรือแม้กระทั่งคนชนชั้นกลางจำนวนหนึ่งรู้สึกจนลงเมื่อได้ทราบว่าอดีตนายกรัฐมนตรีมียาได้จากการหุ้น 73,000 ล้านบาท) หรือเมื่อเปรียบเทียบกับแบบแผนการบริโภคของตนเองในอดีต (เช่น การมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้มีเงินเหลือสำหรับการบริโภคด้านอื่นๆ น้อยลง) แต่นิยามของ “ความยากจน” หรือ “ภาวะวิกฤต” ในกรณีหลังไม่ได้เป็นฉันทามติเท่ากับกรณีภาวะความยากจนแบบสัมบูรณ์ (ตัวอย่างเช่น คนจำนวนมากไม่เห็นว่ารัฐบาลควรให้ความสำคัญกับการ “ล้มบนฟูก” ของนักธุรกิจจำนวนมาก ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจมากเหมือนกับการตกงานของผู้ใช้แรงงาน)

^๕ งานวิจัยของ IHPP บางชิ้น^(๔,๖) ก็เคยวิเคราะห์จำนวนครัวเรือนที่ยากจนอันเนื่องมาจากรายจ่ายด้านสุขภาพมาแล้ว หากแต่งงานวิจัยเหล่านั้นใช้เส้นความยากจนเดียวกันเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาสถานะ “ยากจน” ของทุกครัวเรือนในพื้นที่นั้นๆ (ในระดับภูมิภาคและในหรือนอกเขตเทศบาล) ซึ่งยังคงไม่ได้สะท้อนความแตกต่างในลักษณะเชิงโครงสร้างของครัวเรือน

ยากจนในส่วนของรายจ่ายที่ไม่ใช่อาหารให้สอดคล้อง (consistent) กับทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ ครว์เรือนมากขึ้น

ทั้งนี้ ในการคำนวณเส้นความยากจนด้านอาหาร (food poverty line) จะใช้ความต้องการแคลอรีหรือโปรตีน ซึ่งแตกต่างกันตามเพศและอายุของสมาชิกในแต่ละครัวเรือน มาคิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านอาหารที่น้อยที่สุดที่ครัวเรือนต้องใช้ ส่วนจะเลือกใช้แคลอรีหรือโปรตีนนั้น ขึ้นอยู่กับว่าค่าใช้จ่ายในการซื้อสารอาหารชนิดใดของครัวเรือนนั้นๆ สูงกว่า

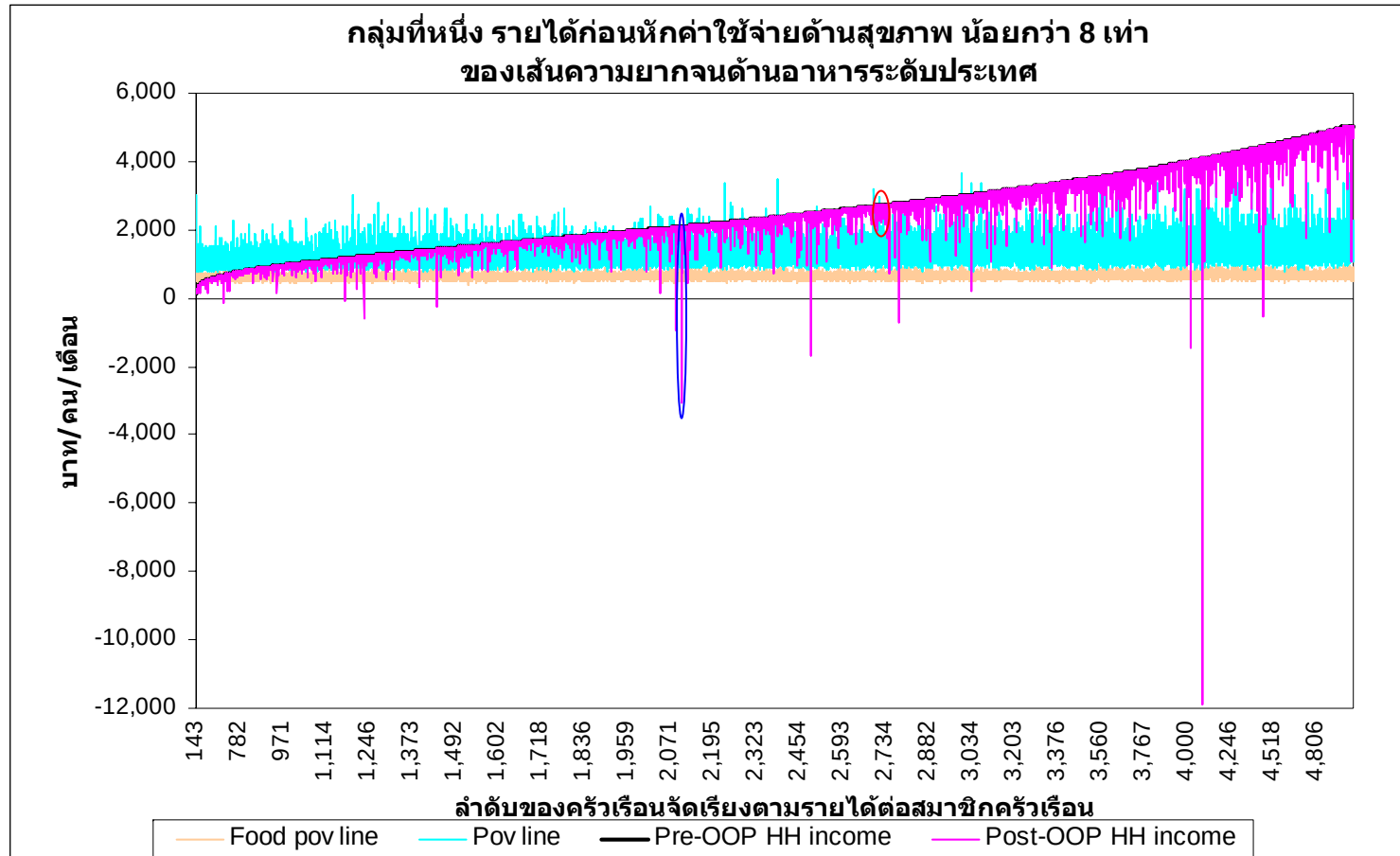
สำหรับเส้นความยากจนในส่วนที่มีอาหาร (non-food poverty line) คำนวณมาจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในหมวดย่อยๆ ทั้งสิ้น 9 หมวด* ของครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านอาหารใกล้เคียงกับเส้นความยากจนด้านอาหารของครัวเรือนนั้นๆ (มาจากแนวคิดที่ว่าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในต่างพื้นที่ต่างสังคม และต่างฐานะกันจะมี “มาตรฐานการครองชีพ” แตกต่างกัน) นอกจากนี้ยังได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องการประหยัดจากขนาด (สินค้าหรือบริการบางอย่างสมาชิกในครัวเรือนสามารถใช้ร่วมกันได้ ครัวเรือนที่มีขนาดใหญ่จึงมีค่าใช้จ่ายต่อคนในรายการนั้นๆ ถูกกว่า) สำหรับสินค้าหลักทั้ง 10 หมวด (อาหาร กับอีก 9 หมวดที่เหลือ) ในอัตราที่ต่างกันอีกด้วย

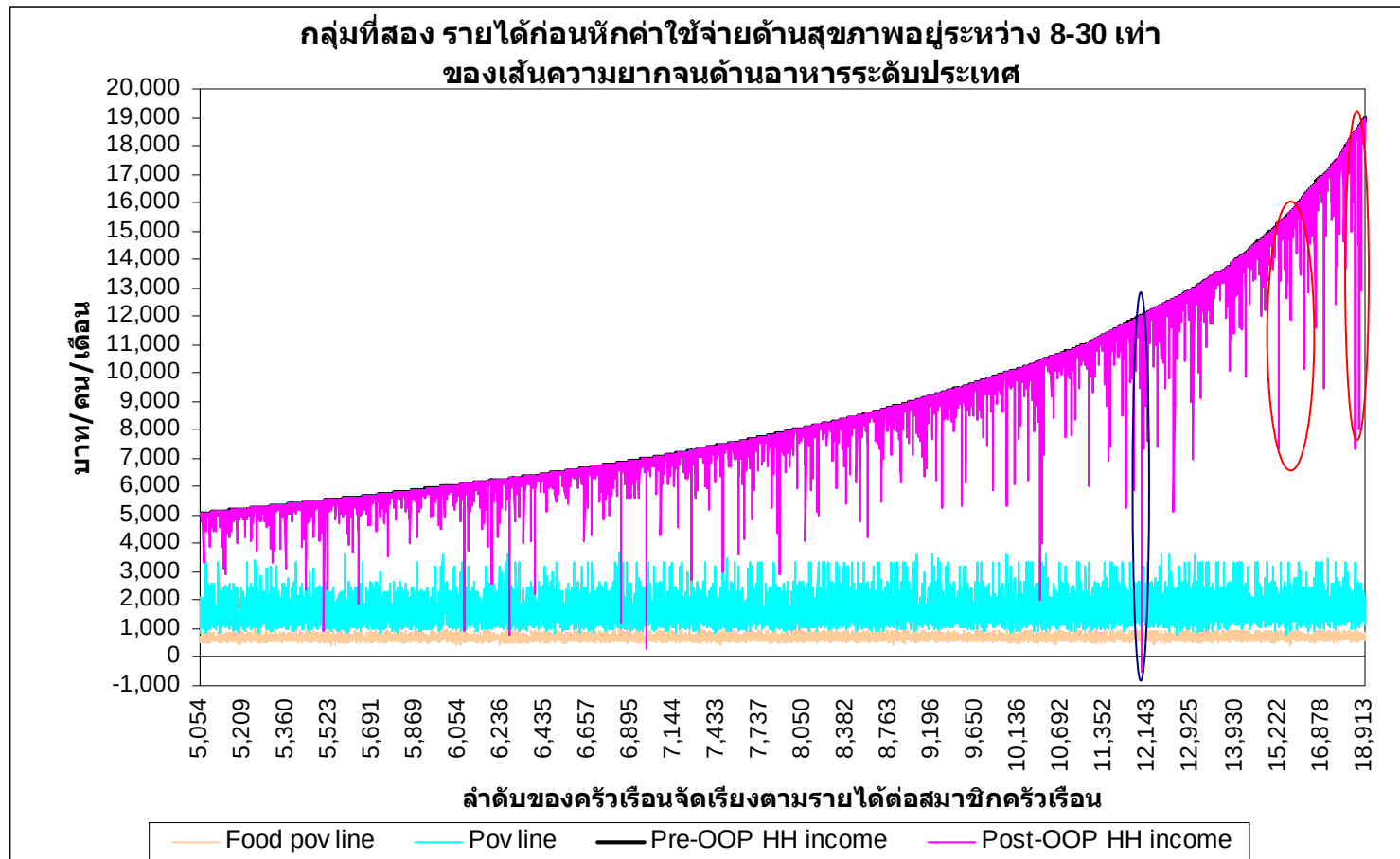
เราสามารถแสดงความแตกต่างในการจำแนกครัวเรือนได้ใช้จ่ายด้านสุขภาพจนเข้าขั้นวิกฤต ระหว่างวิธีที่ใช้ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อการบริโภคหรือรายได้ (เช่น เกินกว่า 10% ของรายได้) เป็นเกณฑ์ กับวิธีที่พิจารณาการบริโภคหรือรายได้หลังหักรายจ่ายด้านสุขภาพว่าทำให้ครัวเรือนอยู่ใต้เส้นความยากจนของครัวเรือนนั้นๆ หรือไม่ (ครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพ*) ได้ด้วยรูปที่ 1 ดังนี้

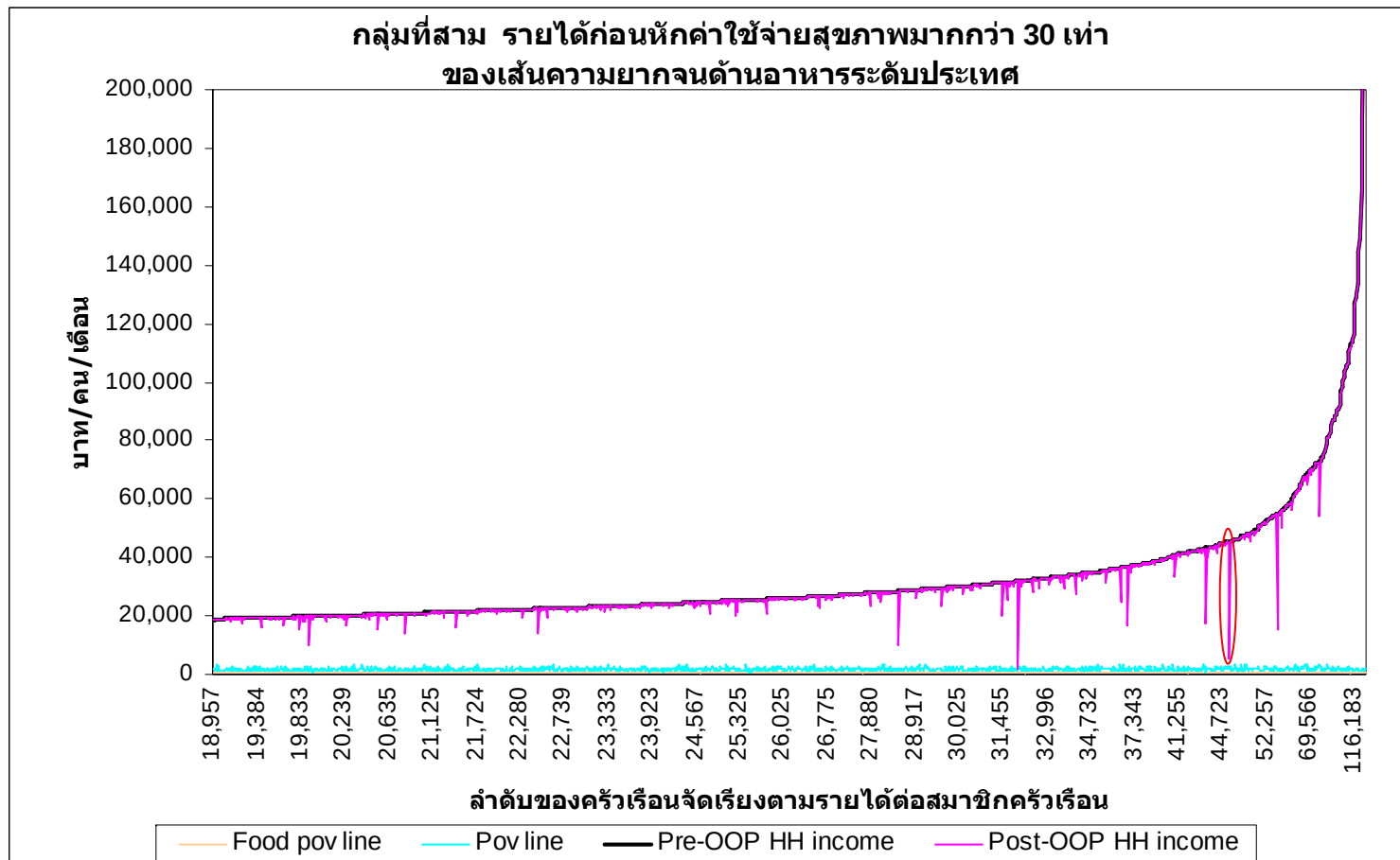
* ได้แก่ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย เชื้อเพลิงและแสงสว่าง เครื่องใช้ประจำบ้าน ยาและค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล ค่าขนส่ง การสื่อสารคมนาคม และการศึกษา

* นิยามของครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพในงานวิจัยนี้ คือ ครัวเรือนที่ก่อนเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีรายได้หรือการบริโภคสูงกว่าเส้นความยากจนของครัวเรือนนั้น แต่มีรายได้หรือการบริโภคหลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกลับต่ำกว่าเส้นความยากจนซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ คือ เส้นความยากจนปกติ และเส้นความยากจนที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออกแล้ว (ที่ทำเช่นนี้ได้เพราะเส้นความยากจนใหม่ที่ใช้มีการแยกการใช้จ่ายที่ไม่อาหารออกเป็นหมวดย่อยๆ ซึ่งมีหมวดเรื่องยาและค่ารักษาพยาบาลอยู่ด้วย (ดูเชิงอรรถก่อนหน้านี้))

รูปที่ 1 รายได้ต่อหัวของครัวเรือนก่อนและหลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2547







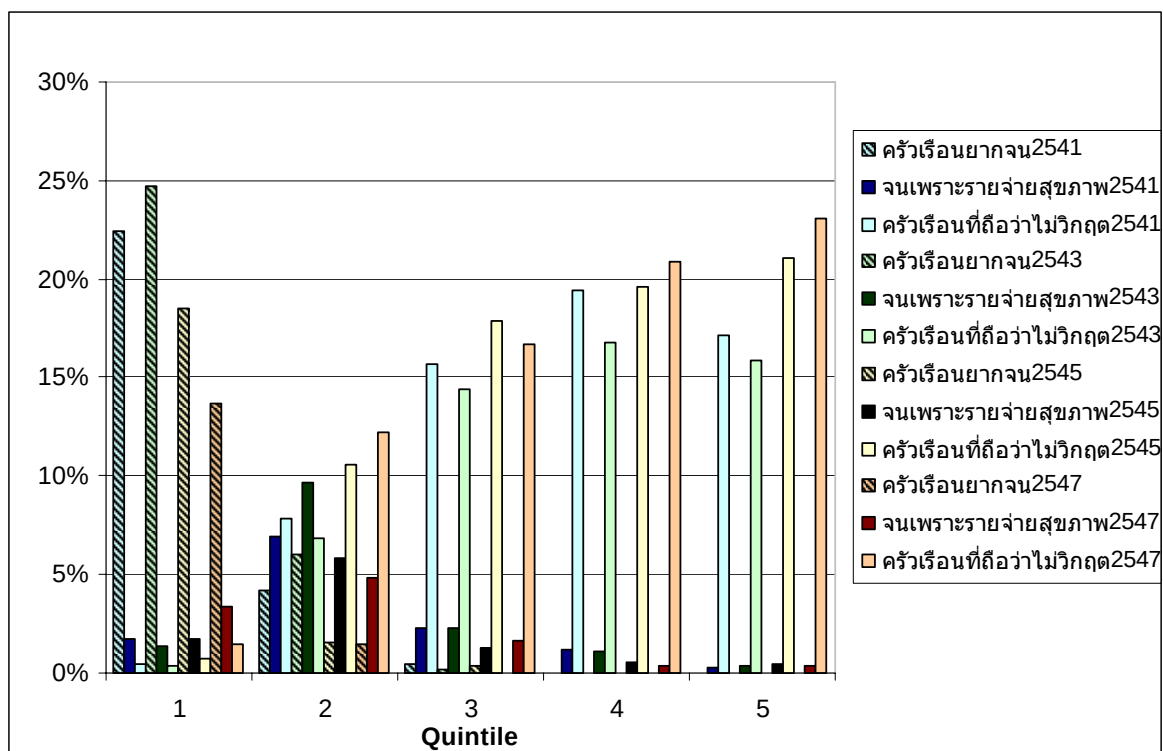
ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนจำนวน 34,843 ตัวอย่างทั่วประเทศ ในปี 2547 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ภาพนี้ปรับปรุงมาจาก World Bank. Quantitative Techniques for Health Equity Analysis^(10,11) ซึ่งอ้าง Wagstaff A, and Van Doorslaer E 2002⁽⁹⁾

จากภาพข้างต้นวงรีสีน้ำเงินแสดงถึงครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพในระดับวิกฤตไม่ว่าจะใช้เกณฑ์ใด (ในสองเกณฑ์นี้) ในการพิจารณา กล่าวคือ เป็นครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ และหลังเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแล้วก็กลายเป็นครัวเรือนยากจนด้วย (ในบางครัวเรือนคงต้องใช้เงินออมหรือกู้หนี้ยืมสินเพราะรายจ่ายสุขภาพมีค่ามากกว่ารายได้) ขณะที่วงรีสีแดงแสดงถึงครัวเรือนที่ถูกจำแนกว่าเป็นครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงจนวิกฤตตามเกณฑ์ที่มีรายจ่ายสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ (ในบางกรณีมากกว่าเป็นหลายเท่าตัว) แต่ก็ยังไม่ได้ตกเป็นครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพ (เช่น ครัวเรือนในกลุ่มที่มีรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่า 8 เท่าของเส้นความยากจนด้านอาหารระดับประเทศขึ้นไป) ขณะที่บางครัวเรือนที่อยู่ในช่วงหมิ่นเหม่จะตกสู่ภาวะยากจน จนทำให้สามารถกลายเป็นครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพได้เมื่อมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อย (เช่น กรณีวงรีสีแดงในกลุ่มที่มีรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่า 8 เท่าของเส้นความยากจนด้านอาหาร)

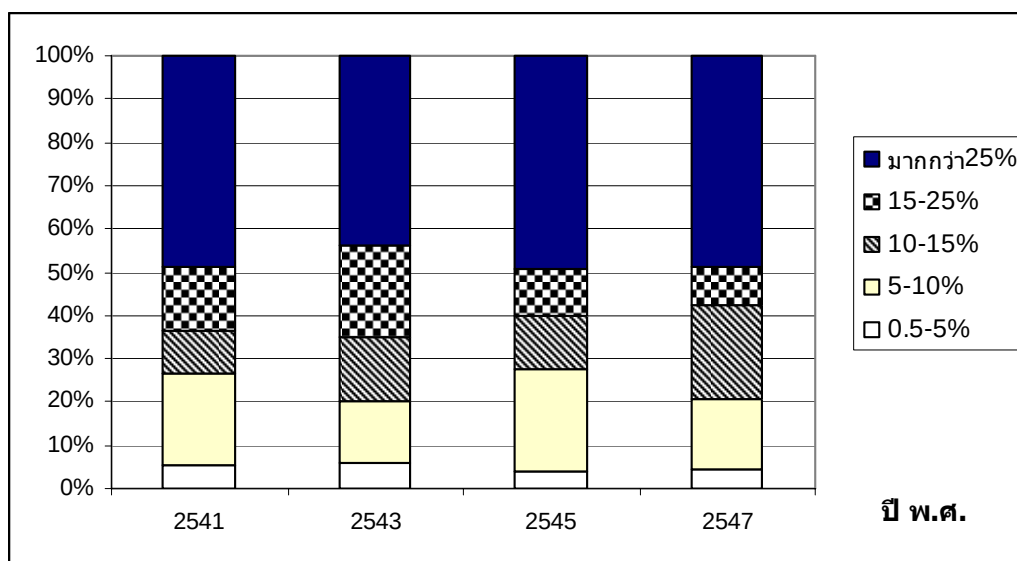
รูปที่ 2 และ 3 เปรียบเทียบผลการวัดความวิกฤตของรายจ่ายด้านสุขภาพด้วยวิธีที่ใช้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อการบริโภค/รายได้ของครัวเรือน (เช่น 10%) กับวิธีที่วัดครัวเรือนหรือคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ

รูปที่ 2 สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนและครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพ ที่ถูกจำแนกว่ามีรายจ่ายสุขภาพสูงเกินกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ ต่อครัวเรือนที่มีรายจ่ายสูงจนวิกฤตทั้งหมด ปี 2541-2547



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน ในปี 2541, 2543, 2545 และ 2547 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ 3 ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ประจำของครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพ ระหว่างปี 2541 - 2547



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน ในปี 2541, 2543, 2545 และ 2547 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากภาพทั้งสองข้างต้นจะเห็นได้ว่าการใช้เกณฑ์สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อดัชนีชี้วัดมาตรฐานคุณภาพชีวิตเทียบกับค่ามาตรฐานใดๆ (เช่น ไม่เกินร้อยละ 10 ของรายได้) มาเป็นตัวตัดสินภาวะวิกฤตทางการเงินของครัวเรือนด้านสุขภาพมีข้อบกพร่องที่สำคัญอย่างน้อย 2 ประการ คือ มีการประเมินจำนวนครัวเรือนที่ประสบกับภาวะวิกฤตมากเกินไป โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีฐานะปานกลางถึงร่ำรวย (ซึ่งแม้ว่าครัวเรือนเหล่านี้จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกินร้อยละ 10 ของรายได้ แต่ก็ยังห่างไกลที่จะทำให้ครัวเรือนตกอยู่ในภาวะวิกฤติ) และการให้น้ำหนักความสำคัญกับรายจ่ายสุขภาพเล็กๆ น้อยๆ ของครัวเรือนที่มั่งคั่งจะตกลงได้เส้นความยากจนน้อยเกินไป (เพราะรายจ่ายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยก็สามารถทำให้ครัวเรือนเหล่านี้ตกอยู่ในสภาวะความยากจนได้) ดังนั้น ปัญหาที่สำคัญของการใช้เกณฑ์ที่พิจารณาจากสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพ ไม่ใช่อยู่ที่ตัวเลขร้อยละ 10 (หรือร้อยละ 25) ไม่เหมาะสม และจะสามารถแก้โดยการหันไปเลือกใช้ตัวเลขอื่น “ที่เหมาะสมกว่า” แทน หากแต่เป็นปัญหาในเชิง concept ที่ไม่เหมาะสมมากกว่า เพราะไม่ว่าจะเปลี่ยนไปใช้ตัวเลขใด ก็จะไม่มิตัวเลขใดเลยที่จะเหมาะสมสำหรับใช้กับทั้งประชากรทั้งหมด (หรือใช้ได้กับทั้งคนจนและคนรวย)

ทั้งนี้ จากรูปที่ 2 ส่วนใหญ่ของครัวเรือนฐานะยากจนที่สุด (Quintile ที่ 1) ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้นั้น เป็นครัวเรือนยากจนมาตั้งแต่ก่อนการใช้จ่ายใดๆ ขณะที่ความยากจนเพราะสุขภาพปรากฏในกลุ่มครัวเรือนฐานะปานกลางถึงยากจน (Quintile ที่ 2 และ 3) มากที่สุด เนื่องจากรายได้ของครัวเรือนเหล่านี้มักสูงกว่าเส้นความยากจนของครัวเรือนไม่มากนัก รายจ่ายเพียงไม่มาก (อาจไม่ต้องสูงถึง 10%) ก็สามารถทำให้บางครัวเรือนกลายเป็นยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพได้ แต่สำหรับกลุ่มครัวเรือนฐานะปานกลางถึงร่ำรวย (Quintile ที่ 4 ถึง 5) มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 5 เท่านั้น (คือราว 4.2, 3.8 และ 1.7 ในปี 2541, 2543 และ 2547 ตามลำดับ) ที่ได้กลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการเสียค่าใช้จ่ายสุขภาพมากกว่า 10% ของรายได้ไม่จำเป็นต้องผลักดันให้ครัวเรือนต้องยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพเสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มครัวเรือนที่มีฐานะปานกลางถึงร่ำรวย

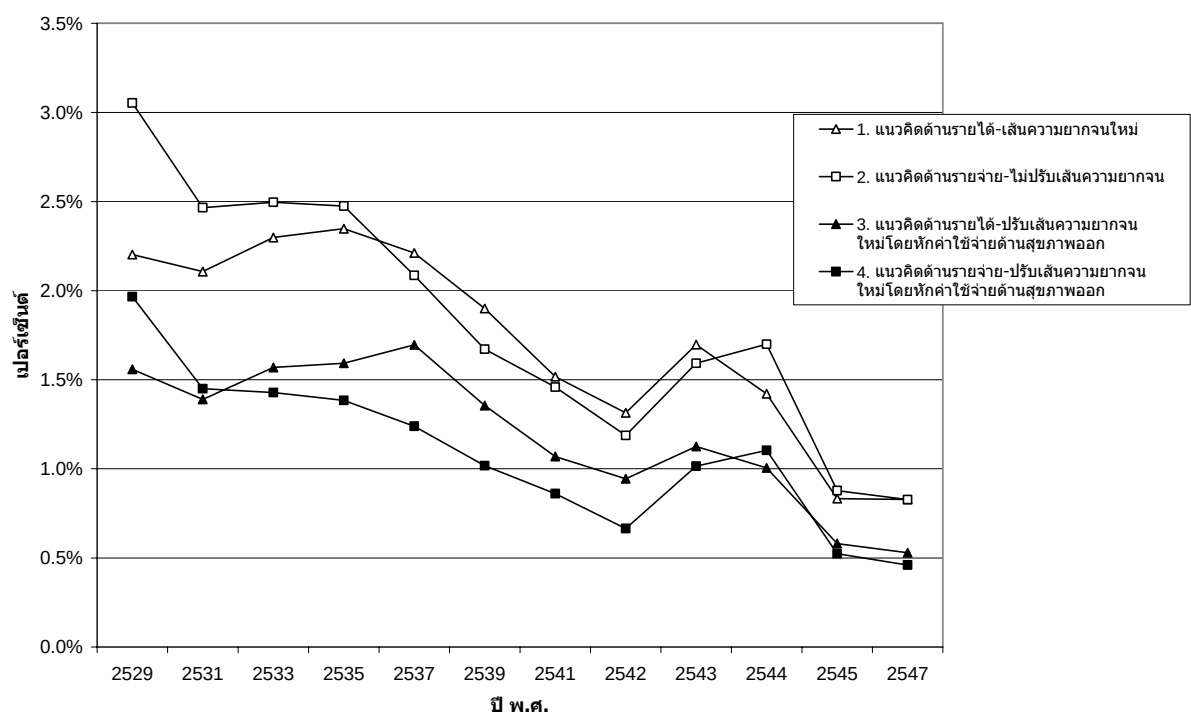
ในทางกลับกัน หากพิจารณารูปที่ 3 ก็จะพบว่า ถึงแม้ว่าประมาณร้อยละ 70 ของครัวเรือนที่ยากจนเพราะสุขภาพ (ตามเส้นความยากจนที่ปรับปรุงแล้ว) มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ (ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของงานวิจัยกลุ่มที่ใช้ค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเทียบกับรายได้เป็นเกณฑ์ในการวัดการเสี่ยงภาวะวิกฤตด้านสุขภาพ) แต่ยังคงมีครัวเรือนที่จนเพราะสุขภาพอีกถึงประมาณร้อยละ 20-30 ที่มีรายจ่ายสุขภาพไม่ถึงเกณฑ์ 10% ของรายได้ แต่ก็ประสบภาวะวิกฤตจนกลายเป็นครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพ ที่สำคัญคือครัวเรือนเหล่านี้มักเป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อยอยู่แล้วด้วย (ตั้งแต่ก่อนหักค่าใช้จ่ายสุขภาพ) เกณฑ์การจำแนกที่

มิได้ให้ความสำคัญแก่คนกลุ่มนี้เนื่องจากเห็นว่าพวกเขามีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่มากจึงไม่น่าจะเป็นเกณฑ์การวัดที่ถูกต้อง

การใช้แนวคิดเรื่องครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะผู้วิจัยเสนอการใช้แนวคิดว่าด้วยครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพมาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในแง่ก่อนและหลังมีโครงการ และในแง่การกระจายประโยชน์ในการช่วยลดความยากจนซึ่งอาจแสดงได้ด้วยรูปที่ 4, 5 และ 6 ดังต่อไปนี้

รูปที่ 4 ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพต่อจำนวนครัวเรือนทั่วประเทศ ระหว่างปี 2529 – 2547 จำแนกตามวิธีคำนวณ

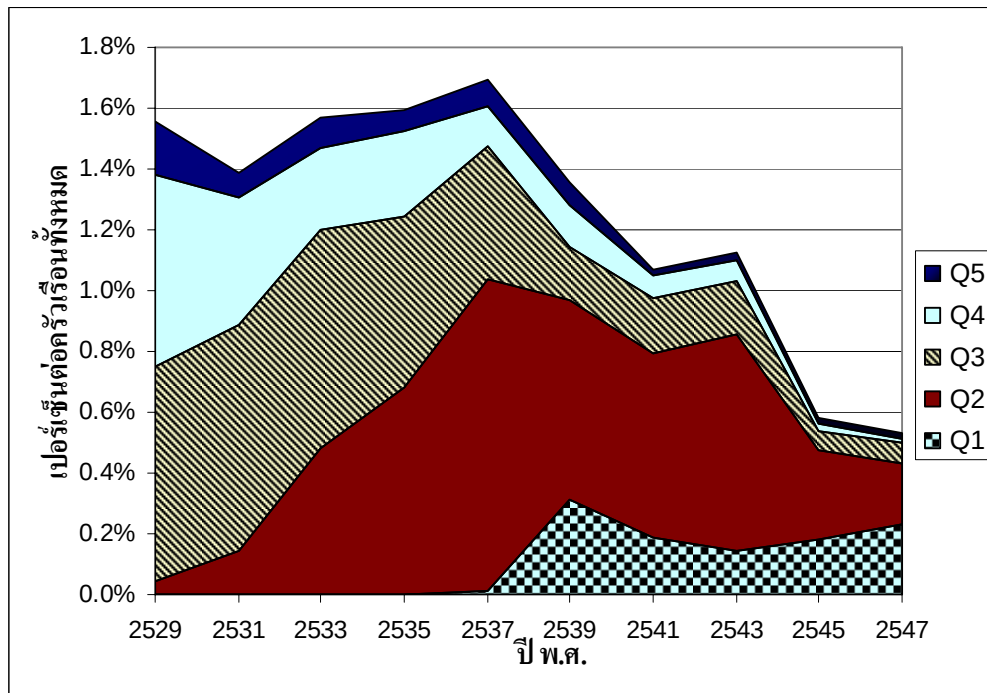


ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากรูปที่ 4 แสดงให้เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนช่วยลดจำนวนครัวเรือนที่เงินเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพลง โดยผลที่ได้สอดคล้องกันไม่ว่าจะใช้วิธีวัดความยากจนแบบใดเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา (ทั้งแนวคิดด้านรายได้ และรายจ่าย หรือเส้นความยากจนแบบปกติกับแบบที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออก) กล่าวคือ ในปี 2543 มีครัวเรือนที่เงินเพราะสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 1.13 ของครัวเรือนทั้งหมด (แนวคิดด้านรายได้ที่ปรับเส้นความ

ยากจนแล้ว) ขณะที่ปี 2545 และ 2547 ร้อยละของครัวเรือนที่จนเพราะสุขภาพลดลงเหลือเพียง 0.58 และ 0.53 ตามลำดับ*

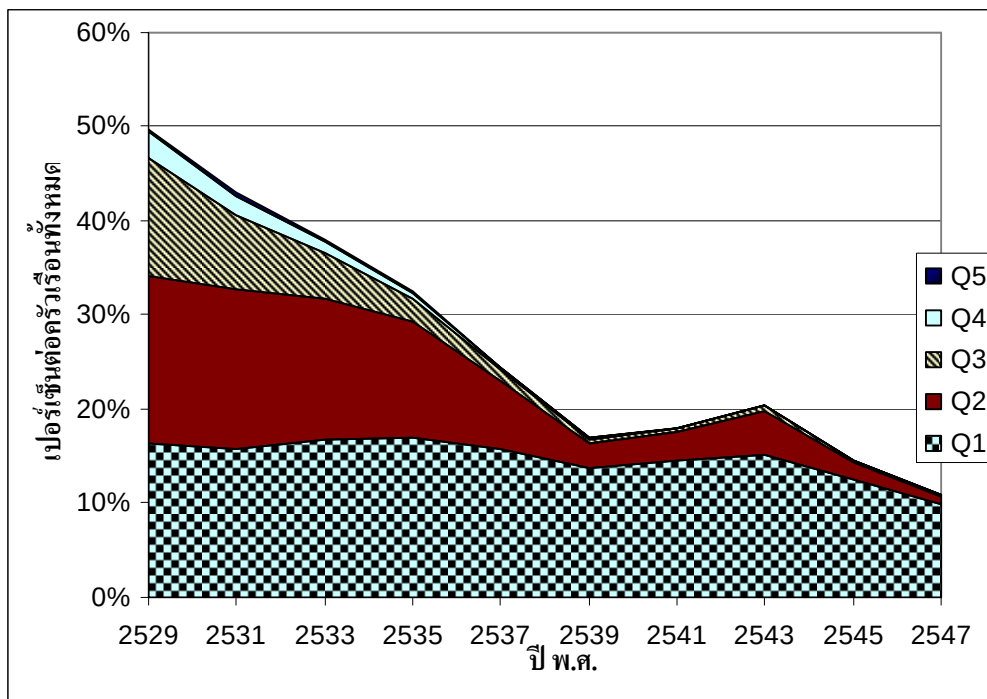
รูปที่ 5 ร้อยละของครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพในช่วงชั้นรายได้ (Quintile) ต่อครัวเรือนทั่วประเทศ ระหว่างปี 2529-2547 (เส้นความยากจนคำนวณตามแนวคิดด้านรายได้ที่ปรับตัวด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพแล้ว)



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

* สาเหตุที่ไม่ได้กล่าวถึงผลการคำนวณในปี 2542 และ 2544 เนื่องจากการสำรวจทั้งสองปีเป็นการสำรวจเล็กที่จัดขึ้นเป็นพิเศษ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ใน 3 ของการสำรวจในปีปกติ ดังนั้นผลที่ได้อาจไม่สะท้อนถึงภาวะความยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพของประเทศได้ดีเท่าที่ควร

รูปที่ 6 ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนและจนเพราะรายจ่ายสุขภาพในช่วงชั้นรายได้ (Quintile) ต่อครัวเรือนทั้งประเทศ ระหว่างปี 2529-2547 (เส้นความยากจนคำนวณตามแนวคิดด้านรายได้ที่ปรับด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพ)



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ 5 แสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ โดยแยกตามช่วงชั้นรายได้ และรูปที่ 6 แสดงยอดรวมของทั้งจำนวนคนจนและคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ จากรูปที่ 5 จะเห็นได้ว่าในช่วงปี 2543 ถึงปี 2547 นั้น ภาวะความยากจนเพราะสุขภาพลดลงในเกือบทุกช่วงชั้นรายได้ (ยกเว้นกลุ่มยากจนที่สุดใน Quintile 1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนกลุ่มที่ยากจนอยู่แล้ว) โดยจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพในกลุ่ม Quintile ที่ 2 (ซึ่งมีฐานะปานกลางค่อนข้างยากจน) ลดลงมากที่สุด กล่าวคือ ในปี 2543 ครัวเรือนใน Quintile ที่ 2 เคยมีสัดส่วนของคนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 0.72 ของครัวเรือนทั้งหมด แต่หลังจากที่มีโครงการ 30 บาทย แล้ว สัดส่วนของคนที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพใน Quintile นี้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.3 และ 0.2 ในปี 2545 และ 2547 ตามลำดับ สำหรับ Quintile ถัดๆ มา (อันได้แก่ Quintile ที่ 3, 4 และ 5 นั้น) ต่างๆ ก็มีสัดส่วนจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพที่ลดลงลดหลั่นกันมาตามลำดับ

สำหรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนครัวเรือนที่ยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพในกลุ่ม Quintile แรก นั้นเป็นผลที่เกิดมาจากการลดลงของจำนวนครัวเรือนยากจนโดยรวมของทั้งประเทศ ซึ่งส่วนหนึ่งพอเห็นได้เมื่อพิจารณาความเปลี่ยนแปลงของ Quintile นี้ในรูปที่ 6 พร้อมๆ ไปกับรูปที่ 5

(โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้นมา) ดังนั้นในช่วงปี 2539 ซึ่งร้อยละของครัวเรือนยากจนยังค่อนข้างสูง (คือมากกว่า 25% ของครัวเรือนทั่วประเทศ) นั้น ครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายสุขภาพจึงแทบไม่ปรากฏใน Quintile ที่ 1 เลย แต่หลังจากที่จำนวนครัวเรือนยากจนใน Quintile ที่ 1 ลดลง จำนวนครัวเรือนที่หมิ่นเหม่ต่อภาวะยากจนจึงเพิ่มขึ้น เนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อยก็สามารถผลักดันให้ครัวเรือนเหล่านี้ตกลงมาใต้เส้นความยากจนได้ ปัญหาจึงอยู่ที่ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีส่วนช่วยลดรายจ่ายเล็กๆ น้อยๆ ของครัวเรือนเหล่านี้ลงได้อย่างไร ในทางทฤษฎีนั้น การเลิกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2549 อาจมีส่วนช่วยลดจำนวนครัวเรือนกลุ่มนี้ลงได้ แต่จนถึงขณะที่เขียนบทความนี้ (กลางปี 2550) ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงพอที่จะมาตรวจสอบสมมุติฐานข้อนี้

อย่างไรก็ตาม การที่วิธีวัดจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพข้างต้น ไม่ได้รวมคนที่จนตั้งแต่ยังไม่มีรายจ่ายด้านสุขภาพเข้ามาด้วย ในขณะที่คนเหล่านี้ย่อมได้รับผลกระทบด้านลบจากการที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพเช่นกัน และก็ยังเป็นกลุ่มที่จะมีโอกาสหลุดพ้นจากความยากจนง่ายขึ้นถ้ามีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง กรณีนี้อาจถือได้ว่าเป็นข้อจำกัดของการวิธีการวัดจำนวนคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ ดังนั้น ในส่วนหลังของบทความนี้ คณะผู้วิจัยจึงนำเสนอการวัดผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพต่อความยากจนอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งจะรวมผลที่เกิดกับกลุ่มคนที่จนตั้งแต่เมื่อยังไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเข้ามาด้วย

การวัดผลกระทบต่อความยากจน โดยเปรียบเทียบ normalized poverty gap ก่อนและหลังเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

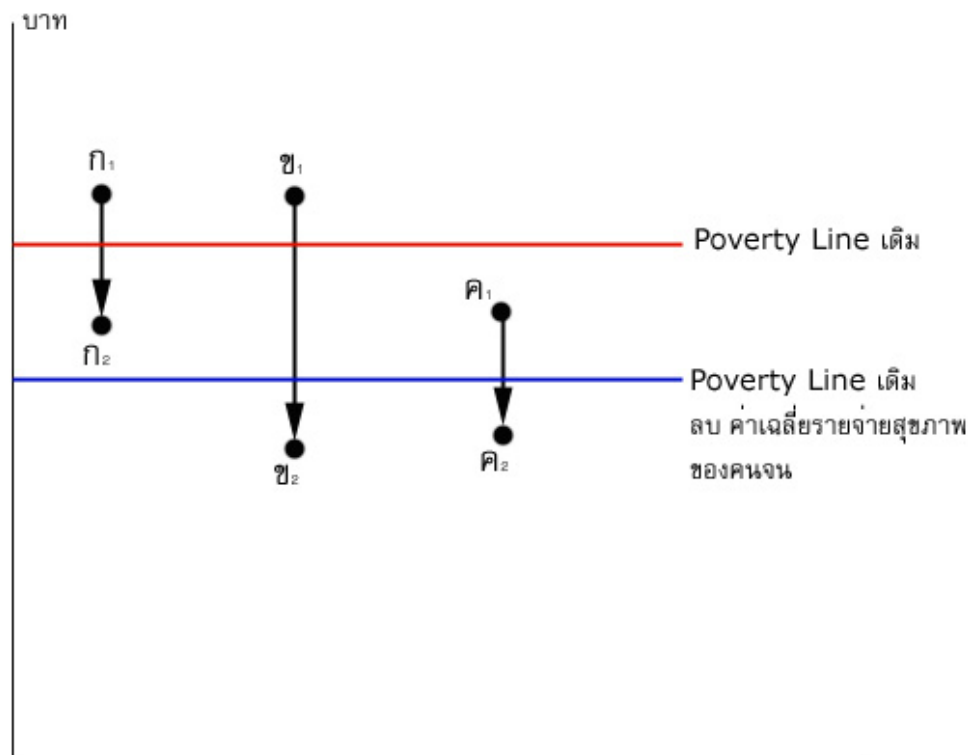
ในงานข้างต้น คณะผู้วิจัยได้ใช้นิยามคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพที่ครอบคลุมเฉพาะครัวเรือนกลุ่ม ข. ในรูปที่ 7 ซึ่งเปลี่ยนไปจากนิยามที่ใช้ในการศึกษาครั้งก่อนของคณะผู้วิจัย⁽⁷⁾ โดยในการศึกษาครั้งก่อนได้ให้นิยามครัวเรือนที่จนเพราะสุขภาพว่าคือครัวเรือนที่เมื่อหักรายได้ด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพแล้วจะมีรายได้สุทธิต่ำกว่าเส้นความยากจนเดิม (ซึ่งคือทั้งครัวเรือน ก. และ ข. ในรูปที่ 7) แต่ตามวิธีใหม่นั้น เป็นการเปรียบเทียบรายได้สุทธิกับเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ซึ่งเส้นความยากจนนี้จะต่ำกว่าเส้นความยากจนที่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเอาไว้ด้วย) ตามวิธีใหม่นี้ ครัวเรือน ข. ยังคงถือเป็นครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ (แต่ครัวเรือน ก. ไม่ใช่ เพราะเมื่อหักรายได้ด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพแล้ว ครัวเรือน ก. ยังมีรายได้สุทธิสูงกว่าเส้นความยากจนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) อย่างไรก็ตาม เมื่อหันมาใช้เส้นความยากจนแบบใหม่ ก็มีคำถามเกิดขึ้นสำหรับครัวเรือนกลุ่ม ค. ซึ่งในการศึกษาเดิมไม่เข้าข่ายครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ (เพราะมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนเส้นเดิม) แต่เมื่อเราสามารถแยกรายจ่ายด้านสุขภาพออกมาจากเส้นความยากจนได้ ก็อาจจะตีความว่า

ครัวเรือนกลุ่ม ค. เป็นครัวเรือนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพด้วย เพราะถ้าครัวเรือนเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเลย ครัวเรือนเหล่านี้ก็จะเป็ครัวเรือนที่**ไม่จน**เนื่องจากมีรายได้เพียงพอสำหรับการบริโภคสินค้าใน 9 หมวดที่เหลือ แต่ถ้าครัวเรือนเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็มีโอกาสที่จะตกหล่มความยากจนเนื่องจากจะมีรายได้ที่เหลือน้อยไม่เพียงพอสำหรับบริโภคสินค้าใน 9 หมวดที่เหลือ และครัวเรือนกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจนได้แม้กระทั่งในกรณีที่ครัวเรือนมีรายจ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยของคนจนในพื้นที่เสียอีก

ถ้าเราใช้วิธีมองแบบ “หลังเหตุการณ์” (ex post) การรวมครัวเรือนกลุ่ม ค. เข้ามาด้วย น่าจะเป็นวิธีวัดจำนวนครัวเรือนที่จนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ถูกต้อง วิธีนี้จะมี validity สูงขึ้นในระบบที่ประชาชนทั่วไปมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ตนสามารถพึงได้ (ซึ่งทำให้ผู้ป่วย/ครัวเรือนไม่จำเป็นต้องมีเงินสำรองเตรียมไว้มากนัก) แต่ถ้าในช่วง “ก่อนเหตุการณ์” (ex ante) ครัวเรือนไม่มีความมั่นใจ ในเรื่องรายจ่ายด้านสุขภาพของตนในอนาคต ครัวเรือนต่างๆ ก็อาจต้องพยายามออมหรือกั้นเงินบางส่วนเผื่อเอาไว้บ้าง ซึ่งจะทำให้ครัวเรือนกลุ่มนี้ไม่มีกำลังบริโภคสินค้าอื่นๆ ได้อย่างเพียงพอ ด้วยเหตุที่คณะผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ในโลกของความเป็นจริงนั้น การตัดสินใจของครัวเรือนมักจะเป็นการตัดสินใจในขณะที่ครัวเรือนตระหนักเป็นอย่างดีว่าตนกำลังเผชิญกับความไม่แน่นอน (uncertainty) อยู่ตลอดเวลา ในการนำเสนอบทความนี้เท่าที่ผ่าน มาข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงเลือกที่จะยังไม่รวมครัวเรือนกลุ่ม ค. เข้ามาในนิยามของคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพ⁺

⁺ และถึงจะรวมครัวเรือนกลุ่ม ค. เข้ามา ก็ไม่ได้ทำให้ได้ข้อสรุปที่แตกต่างไปจากที่คณะผู้วิจัยนำเสนอในตอนต้นของบทความ จะแตกต่างก็เพียงตัวเลขรวมของคนที่จนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น

รูปที่ 7 เปรียบเทียบนิยามของคนที่ยจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพวิธีใหม่กับวิธีเดิม



อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่ครอบคลุมแนวคิดที่หลากหลายอย่างครบถ้วนมากขึ้น คณะผู้วิจัยขอเสนอการใช้ตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่สามารถแสดงให้เห็นขนาดของช่องว่างความยากจน (poverty gap) ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพ (ซึ่งตัวชี้วัดนี้เทียบเท่ากับการรวมครัวเรือนกลุ่ม ค. เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของครัวเรือนที่ยจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพด้วย) ทั้งนี้เราสามารถคำนวณค่าตัวชี้วัดได้จาก ส่วนต่างของ normalized poverty gap ก่อนและหลังเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากสูตรดังต่อไปนี้

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

โดย DPG_{Health} = สัดส่วน (หรือร้อยละ) ของช่องว่างความยากจน (poverty gap) ที่เพิ่มขึ้นจากการมีรายจ่ายด้านสุขภาพ (ในกรณีที่ DPG_{Health} มีค่าเป็นบวก)⁺⁺

⁺⁺ ในทางทฤษฎีนั้น ส่วนต่างของ normalized poverty gap ทั้งสองอาจเป็นบวกหรือลบก็ได้ ขึ้นกับการกระจายตัว (distribution) ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนต่างๆ ว่าเบ้ไปทางใดหรือไม่ แต่ในการศึกษาจาก

N = จำนวนประชากรทั้งประเทศ (หรือกลุ่มที่สนใจ)

$Pline^{pre}$ = เส้นความยากจนก่อนหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

$Pline^{post}$ = เส้นความยากจนหลังหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

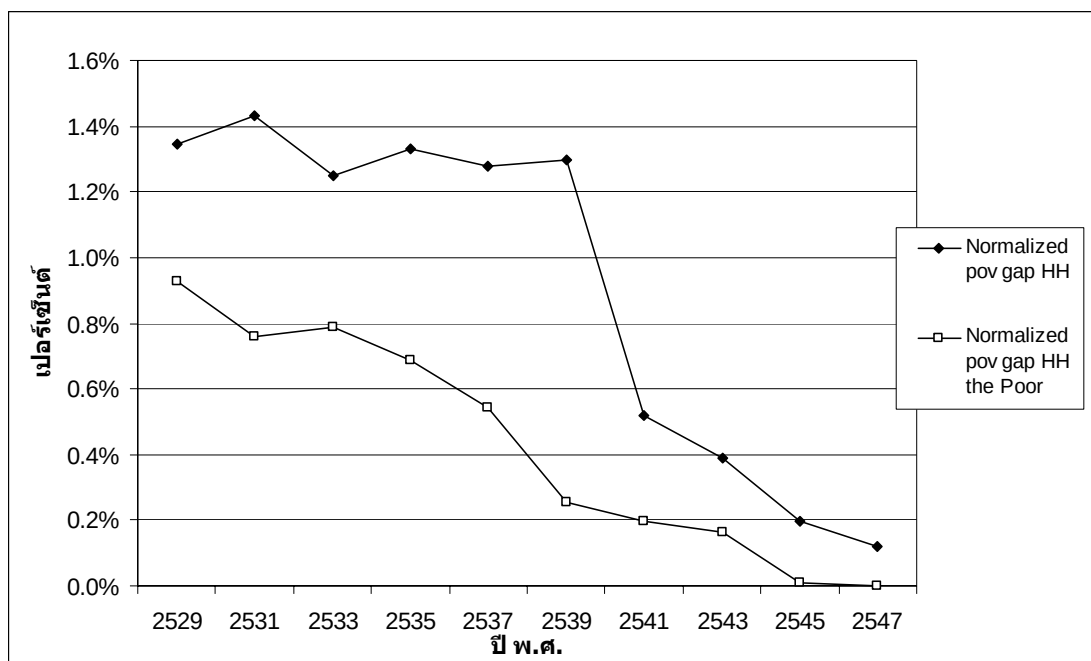
Inc^{pre} = รายได้ของครัวเรือนก่อนหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

Inc^{post} = รายได้ของครัวเรือนหลังหักรายจ่ายด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ ค่า *normalized poverty gap* แต่ละตัวคือสัดส่วนของค่าเฉลี่ยของช่องว่างความยากจน ซึ่งก็คือค่าความแตกต่างระหว่างดัชนีวัดคุณภาพชีวิต (ในกรณีคือรายได้และรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนแล้ว) กับเส้นความยากจน (ซึ่งใช้สองเส้นที่แตกต่างกัน โดยตัวแรกใช้เส้นความยากจนที่ปรับรายจ่ายสุขภาพออกแล้ว ขณะที่ตัวหลังใช้เส้นความยากจนรายครัวเรือนแบบปกติ) ทั้งนี้ คิดจากครัวเรือนที่อยู่ใต้เส้นความยากจนทั้งหมด ไม่ว่าจะตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจนก่อนหรือหลังจากมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ผลของความแตกต่างของ *normalized poverty gap* แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงขนาดความยากจนของครัวเรือนระหว่างก่อนและหลังการใช้จ่ายด้านสุขภาพในระหว่างปี พ.ศ. 2529-2547 ได้แสดงเอาไว้ในรูปที่ 8 ต่อไปนี้

รูปที่ 8 การเปลี่ยนแปลงของ *normalized poverty gap* อันเนื่องมาจากรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนทั้งประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2547



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ข้อมูลเชิงประจักษ์มักจะได้ค่าที่เป็นบวก

จากแผนภาพข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลกระทบของรายจ่ายด้านสุขภาพ (โดยวัดจาก poverty gap ที่เพิ่มขึ้นหลังจากที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอดจากประมาณร้อยละ 0.39 ของเส้นความยากจนในปี 2543 เหลือร้อยละ 0.20 และ 0.12 ในปี 2545 และ 2547 ตามลำดับ นอกจากนี้ ถ้าหากพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนที่ทุกนิยามถือว่าเป็นคนจน (กล่าวคือ กลุ่มที่อยู่ใต้เส้นความยากจนตั้งแต่แรก และเมื่อหักรายจ่ายด้านสุขภาพออกแล้วก็ยังคงอยู่ใต้เส้นความยากจนที่ปรับปรุงใหม่ (เส้นความยากจนที่หักรายจ่ายด้านสุขภาพออกเช่นกัน) อีกด้วย) โดย Poverty Gap ที่เพิ่มขึ้นหลังจากที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้แสดงด้วยกราฟเส้นล่างในรูปที่ 6) เราก็จะเห็นได้ว่า ขนาดความรุนแรงของความยากจนเพราะสุขภาพในคนกลุ่มนี้ลดลงมาเป็นลำดับในระหว่างปี 2529-2547 และหลังจากที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โดยการเริ่มโครงการ 30 บาทฯ ในปี 2544) ขนาดความรุนแรงของความยากจนเพราะสุขภาพในคนกลุ่มนี้แทบจะกลายเป็นศูนย์ในปี 2545 และ 2547 ซึ่งผลจากวิธีนี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ รวมทั้งโครงการ 30 บาท ในการลดภาระรายจ่ายสุขภาพของกลุ่มผู้ยากไร้ที่สุดลงจนแทบจะหมดไป

สรุป

วิธีวัดความยากจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพที่พิจารณาจากเส้นความยากจนเฉพาะของแต่ละครัวเรือน ผสมกับการวิเคราะห์ขนาดของช่องว่างความยากจนที่เปลี่ยนแปลงไปจากการมีรายจ่ายด้านสุขภาพ ช่วยให้เราสามารถวิเคราะห์ภาวะวิกฤตทางการเงินอันเนื่องมาจากรายจ่ายสุขภาพได้ถูกต้องและแม่นยำตรงกว่าการอาศัยเกณฑ์สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อดัชนีชี้วัดมาตรฐานคุณภาพชีวิตเทียบกับค่ามาตรฐานใดๆ (เช่น ไม่เกิน 10% ของรายได้) โดยไม่ต้องกังวลถึงความผิดพลาดที่เกิดจากการประเมินปัญหาเกินความเป็นจริงสำหรับกลุ่มผู้มีฐานะดี ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดจากรายจ่ายเล็กๆ น้อยๆ ของกลุ่มคนที่ค่อนข้างยากจน ซึ่งมีความเสี่ยง (vulnerability) ที่จะกลายเป็นคนจนแม้เมื่อมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นไม่มากนัก นอกจากนี้วิธีวิเคราะห์ความยากจนเพราะรายจ่ายสุขภาพยังช่วยให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพในการลดความยากจนของประชาชน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้มีรายได้น้อย) ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นด้วย

¹ เอกสารอ้างอิง

¹ สุคนธา คงศีล. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับ Catastrophic Illness and Catastrophic Insurance Development in Thailand. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540.

² อนุพงศ์ สุจริยากุล และ วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายของผู้ป่วยในที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในจังหวัดสงขลา. ใน ชุดโครงการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการจัดการระบบประกันสุขภาพในสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.

³ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราณี วาควิต, กัญจนา ติชยาธิคม, วลัยพร พัทธนกุล, ภูษิต ประคองสาย. การ คลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ใน: กลไกทางการเงินการคลังด้านประกัน สุขภาพของประเทศ. เอกสารในการประชุมวิชาการ เรื่อง พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า; 19-20 กุมภาพันธ์ 2547; ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.

⁴ Van Doorslaer E, O'Donnell O, et al. Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. EQUITAP working paper # 2; 2005.

⁵ O'Donnell O, Van Doorslaer E, et al. Explaining the incidence of catastrophic expenditures on health care: Comparative evidence from Asia. EQUITAP working paper # 5; 2005.

⁶ Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand. EQUITAP working paper # 16; 2005.

⁷ วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, ศศิจุฑา วงศ์มณฑา. ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ โครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน. รายงานวิจัยเล่มที่ 2 โครงการติดตามประเมินผล การจัดทำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2548.

⁸ Somchai Jitsuchon, Jiraporn Plangpraphan, and Nanak Kakwani. Thailand's New Official Poverty Lines. Research Report prepared for The National Economic and Social Development Board and The United National Development Programme. Bangkok: Thailand Development Research Institute; 2004.

⁹ Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-98. EQUITAP project; 2002.

¹⁰ World Bank. Catastrophic health care payments. Quantitative Techniques for Health Equity Analysis—Technical Note # 18.

¹¹ World Bank. Poverty impact of health care payments. Quantitative Techniques for Health Equity Analysis—Technical Note # 19.