

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กับการใช้บริการผู้ป่วยใน: กรณีศึกษาจังหวัดระนอง

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ พ.บ.*, **

ธัญธิตา วิสัยจร พย.บ., ศศ.ม., ปร.ด.*

คนางค์ คันธมธูรพจน์ วท.บ., วท.ม., ปร.ด.***

ปริญดา เสนีย์รัตนประยูร ศษ.บ., วท.ม., บธ.ม.*

วิรัช เกษมทรัพย์ พ.บ., ปร.ด.*, ****

วีระศักดิ์ พุทธาศรี ท.บ., ศ.ม.*

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ วท.บ., สม.ม., ปร.ด.*, *****

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

** โรงพยาบาลบ้านใต้ จังหวัดขอนแก่น

*** ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***** ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีตั้งแต่วันที่ 23 มี.ค. 2553 เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการและลดภาระทางการเงินจากการใช้บริการของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของนโยบายดังกล่าวในด้านการใช้บริการผู้ป่วยใน ความรุนแรงของโรค จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการใช้บริการผู้ป่วยใน ผ่านกรณีศึกษา รพ.กระบี่และรพ.ระนอง จังหวัดระนอง การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิผู้ป่วยใน 12 แพ้มามาตรฐานในช่วงปีงบประมาณ 2552 ถึง 2555 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางเศรษฐมิติ คือ (1) Difference-in-Difference model สำหรับวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการ จำนวนวันนอนและความรุนแรงของโรค และ (2) Two-part model สำหรับวิเคราะห์รายจ่ายของผู้ป่วยเฉพาะที่รพ.กระบี่ซึ่งมีข้อมูลเพียงพอ ผลการศึกษาพบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีผลเพิ่มการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.14 ครั้ง/คน/ปีที่รพ.กระบี่ และ 0.02 ครั้ง/คน/ปีที่ รพ.ระนองโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีผลเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ทั้งสองโรงพยาบาล จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่รพ.ระนองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ 1 วัน/ครั้งของการใช้บริการ อย่างไรก็ตามนโยบายนี้ ลดโอกาสการจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยลดรายจ่ายของผู้ป่วยได้เฉลี่ย 552 บาทต่อการใช้บริการแต่ละครั้งที่ รพ.กระบี่ โดยสรุป นโยบายนี้ยังไม่มีผลชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะการทำให้ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตั้งแต่วางแรกของอาการเกิดโรค แต่มีผลชัดเจนด้านการลดรายจ่ายเพื่อการใช้บริการของผู้ป่วย การพัฒนากลไกระดับพื้นที่ในด้านงานส่งเสริมป้องกัน และการรณรงค์ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิทธิในสุขภาพของตน จึงเป็นเรื่องสำคัญในการทำให้นโยบายนี้ได้นำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ, ประกันสุขภาพ, ผลกระทบของนโยบาย, Difference-in-Difference model, Two-Part model

บทนำ

ประเทศไทยได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบสาธารณสุขและระบบการคลังเพื่อสุขภาพมาร่วมสี่ทศวรรษ จนสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยได้ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา โดยผ่านระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมประชากรไทยกว่า 47 ล้านคน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวกว่า 6 ล้านคน และระบบประกันสังคมสำหรับลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคมกว่า 9 ล้านคน⁽¹⁾ นั่นคือโดยหลักการแล้ว ‘คนไทยทุกคน’ มีหลักประกันในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และได้รับการป้องกันภาวะล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ^(2,3) อย่างไรก็ตาม บุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยไม่ได้ประกอบด้วยคนสัญชาติไทยเท่านั้น ยังประกอบด้วยบุคคลหลายเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้อพยพเข้ามาในประเทศไทย กลุ่มผู้หนีภัยสงครามเข้ามาในพื้นที่พิกังชัวคราว กลุ่มคนไร้รากเหง้า หรือคนที่ไม่มีสถานะในทะเบียนราษฎร^(4,5) ซึ่งประมาณการว่าในปัจจุบันมีจำนวนมากกว่าสามล้านคน⁽⁶⁾

แม้ในปัจจุบันประเทศไทยได้เปิดกว้าง และตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิของผู้ไม่มีสัญชาติไทยมากขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยมีข้อถกเถียงว่าบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยมีสิทธิได้รับการประกันสุขภาพโดยรัฐไทยหรือไม่ ทั้งนี้มีการตีความคำว่า ‘บุคคล’ ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 มาตรา 5 ซึ่งบัญญัติว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้”⁽⁷⁾ ว่าหมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น^(8,9) การตีความดังกล่าวทำให้ประชากรกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้มีสัญชาติไทย และส่วนใหญ่เป็นบุคคลภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการ ปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล 18 มกราคม 2548⁽⁷⁾ ไม่มีหลักประกันสุขภาพ แม้ในอดีต

บุคคลกลุ่มนี้มีสิทธิที่จะได้รับ ‘บัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)’ เพื่อรับการรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย⁽⁹⁾

ต่อมาเกิดการเคลื่อนไหวจากเครือข่ายหมอชายแดน ชมรมแพทย์ชนบท ร่วมกับสื่อมวลชน และองค์กรพัฒนาเอกชน⁽⁸⁾ เรียกร้องให้รัฐบาลซึ่งมีนายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น ให้สิทธิประกันสุขภาพแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิโดยไม่ต้องรอพิสูจน์สถานะบุคคล คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 เห็นชอบให้จัดสรรงบประมาณในการดูแลรักษาและจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยให้กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารงบประมาณ และกำหนดกรอบในการปฏิบัติงาน⁽⁹⁾ ในปีงบประมาณ 2554 ได้มีการจัดสรรงบประมาณจำนวน 918,137,000 บาท เพื่อคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพแก่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน 457,409 คน⁽¹⁰⁾

นโยบายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น และเพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการซึ่งเดิมให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าวโดยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน รวมถึงความมุ่งหมายเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามชายแดน ซึ่งผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอาศัยอยู่หนาแน่น และพบอุบัติการณ์ของโรคติดต่อเขตร้อนสูงกว่าพื้นที่อื่น ดังปรากฏในรายงานสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี 2552⁽¹¹⁾ ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดตาก คิดเป็นร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในประเทศ

ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง แต่ในปัจจุบันพบว่า ยังไม่มีการประเมินผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอย่างเป็นระบบและรอบด้าน แม้จะมีการศึกษาผลลัพธ์เรื่องการเข้าถึงบริการบ้าง เช่น สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ได้รายงานว่าอัตราการใช้บริการของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่จังหวัด

เชิงรายเมื่อสิ้นปี 2553 น้อยกว่าผู้ประกันตนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากว่า 6 เท่า⁽⁸⁾ แต่ยังคงการศึกษาในเรื่องการประเมินผลกระทบของนโยบายที่เป็นระบบ (impact evaluation) ว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการและนโยบายนี้มีผลต่อค่าใช้จ่ายเพื่อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยอย่างไร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของนโยบายดังกล่าวในด้านการใช้บริการผู้ป่วยใน ความรุนแรงของโรค จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการใช้บริการผู้ป่วยใน ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญและมีประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์สูงสุดต่อสังคมต่อไป

วิธีการศึกษา

การเลือกพื้นที่ทำการศึกษาใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยอาศัยเกณฑ์การคัดเลือกคือ เลือกจังหวัดระนองเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากมีสัดส่วนประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิต่อประชากรทั้งหมดมากที่สุด ในภาพรวมทั้งประเทศ จากนั้นเลือกอำเภอที่มีประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิอาศัยอยู่มากที่สุด 2 อำเภอ ด้วยวิธีการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น จึงได้เลือกอำเภอเมืองระนอง และอำเภอกระบุรี

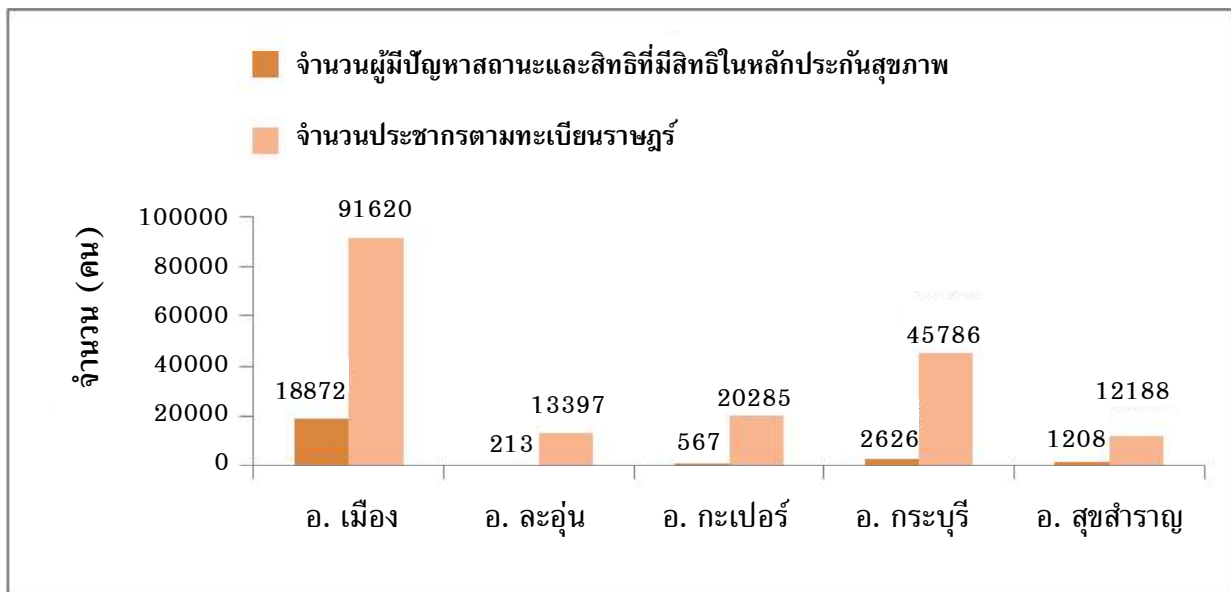
จังหวัดระนอง เป็นสถานที่ทำการศึกษา (ดูภาพที่ 1)

การศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิการบริการผู้ป่วยในที่เก็บที่สถานพยาบาล ซึ่งเป็นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 12 แฟ้มในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แต่เฉพาะโรงพยาบาลระนองได้เพียงข้อมูลการใช้บริการหลังวันที่ 1 มกราคม 2553 เท่านั้น เนื่องจากสถานพยาบาลปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์ใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูลได้กำหนดตัวแปรที่สนใจ คือ จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยใน (in-patient: IP) วันนอน ความรุนแรงของการเจ็บป่วยปรับตาม relative weight (RW) หรือ adjusted relative weight (AdjRW) ที่กำหนดตาม diagnostic-related groups (DRGs) โดยคำนวณข้อมูลจากทั้งสองโรงพยาบาล และจำนวนเงินที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเมื่อมารับบริการเฉพาะที่โรงพยาบาลกระบุรี ซึ่งข้อมูลมีความสมบูรณ์เพียงพอ

การกำหนดตัวแปรได้จากการประชุมร่วมกันในกลุ่มนักวิจัย ดังนี้ ตัวแปรต้น ได้แก่ ชนิดของสิทธิประกันสุขภาพ เวลานโยบาย (เป็นตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิทธิประกันสุขภาพและเวลา) อายุ เพศ โรคที่เข้ารับการรักษา ประวัติการส่งต่อ สถานที่อยู่ และระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ กับ ตัวแปรตาม ได้แก่ (1) จำนวนการใช้บริการ IP ต่อปี (2) การเปลี่ยนแปลงของ RW หรือ AdjRW ต่อครั้งที่มารับบริการ (3) การเปลี่ยนแปลงของวันนอน

ภาพที่ 1 จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรและผู้มีปัญหามาสถานะและสิทธิที่ขึ้นทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพในเขตจังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2555 แยกรายอำเภอ



ต่อครั้งที่มารับบริการ และ (4) การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสุขภาพ (out-of-pocket payment) ซึ่งแบ่งย่อยเป็นโอกาสที่จะต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพ และจำนวนเงินที่ต้องจ่ายด้านสุขภาพเมื่อมีการจ่ายเกิดขึ้น

การวิเคราะห์ตัวแปรตามที่ 1-3 ใช้ Difference-in-Difference (DID) model⁽¹²⁾ โดยใช้ multivariable regression analysis และ multivariable logistic regression with marginal effects วิเคราะห์แยกรายโรงพยาบาลสำหรับตัวแปรที่ 4 ใช้ Two-part model⁽¹³⁾ ในการวิเคราะห์ โดยแบ่งย่อยเป็น Part 1 - multivariable logistic regression with marginal effects สำหรับโอกาสที่จะต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพ และ Part 2 - generalized linear model (log link for gamma distribution) จำนวนเงินที่ต้องจ่ายด้านสุขภาพเมื่อ มีการจ่ายเกิดขึ้น ซึ่งเมื่อประมวลทั้งสองส่วนนี้เข้าด้วยกันก็จะสามารถประเมินค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพที่แท้จริงได้

รายละเอียดเพิ่มเติมที่สำคัญในเรื่องการจัดการตัวแปร มีดังนี้ ตัวแปรเรื่องระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ มีหน่วยเป็นวัน เป็นระยะห่างจากวันแรกและวันสุดท้ายที่ผู้ป่วยมาใช้บริการในปีนั้น ๆ ตัวแปรนี้ใช้ในสมการเพื่อปรับอิทธิพลของเวลาที่สถานพยาบาลจะสามารถติดตามผู้ป่วยได้ (time-at-risk) ใช้เฉพาะเมื่อคำนวณตัวแปรตามที่เป็นจำนวนการให้บริการต่อปี ในขณะที่ตัวแปรตามอื่นคำนวณตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อการให้บริการต่อครั้ง ตัวแปรเรื่องโรคที่เข้ารับการรักษาได้กำหนดเป็น (1) โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป เช่น การคลอดบุตร (มีรหัสโรคตาม International Classification of Diseases-10 หรือ ICD-10 เป็น O800, O700, O701, Z380, Z390, Z391 และ Z392), (2) โรคที่มีความรุนแรงสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ (มีรหัส ICD-10 ขึ้นต้นด้วย B20, B21, B22, B23, B24, N17, N18, N19 หรือ ขึ้นต้นด้วย C) (3) โรคกลุ่ม Ambulatory Care Sensitive Conditions ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคหอบหืด โรคลมชัก (มีรหัส ICD-10 เป็น G400, G401 G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408, G409, J440, J441, J442, J443, J444, J445, J446, J447, J448, J449, J450, J451, J452, J453, J454, J455, J456, J457, J458, J459, I500, I501, I502, I503, I504, I505, I506, I507, I508, I509, I110, I119 หรือ ขึ้นต้นด้วย G40, J44, J45, I50, I10, E10, E11, E12, E13 และ E14) และ(4) โรคกลุ่มอื่น ๆที่ไม่ได้อยู่ในสามกลุ่มข้างต้น การกำหนดตัวแปรในลักษณะดังกล่าวเพื่อปรับอิทธิพลตามธรรมชาติในทางคลินิกของการใช้บริการอันเนื่องมาจากโรคเหล่านี้ เช่น โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไปอาจไปโรงพยาบาลแค่หนึ่งครั้งต่อปี ขณะที่โรคกลุ่ม ambulatory care sensitive conditions (ACSC) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังอาจไปโรงพยาบาลบ่อยครั้งเพื่อรับยาต่อเนื่อง โดยมุ่งหมายให้ผลลัพธ์ของการคำนวณสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากนโยบายโดยแท้จริง ไม่ถูกรบกวนด้วยลักษณะตามธรรมชาติของโรค

ในเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล DID model เป็นการคำนวณความแตกต่างระหว่าง (1) ความแตกต่างที่เกิดระหว่างเวลา (first difference: before VS after) และ (2) ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (second difference: treatment VS control) ทำให้อนุมานได้ว่าผลลัพธ์ที่ได้คือการเปลี่ยนแปลงสุทธิของตัวแปรที่สนใจ อันเนื่องมาจากนโยบายซึ่งปรับอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวโน้มตามธรรมชาติ (natural trend) ของตัวแปรที่สนใจ อิทธิพลตามธรรมชาติในที่นี้ เช่น การใช้บริการอาจเพิ่มขึ้นตามเวลา แม้ไม่มีนโยบายเกิดขึ้นก็ตาม ทั้งนี้การคำนวณจะเปรียบเทียบกับเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ผู้มีสิทธิในประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ เนื่องจากคณะผู้วิจัยมีสมมติฐานว่าผู้ประกันตนในกลุ่มเหล่านี้ อยู่ในระบบการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกันต่างจากกลุ่มที่อยู่ในระบบประกันสังคมและสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งอยู่ในระบบการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ

ข้อพิจารณาเชิงจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหนังสืออ้างอิงเลขที่ 2555/499 รหัสโครงการ ID 11-55-08ย

ผลการศึกษา

ข้อมูลการใช้บริการ IP โรงพยาบาลระนอง มีทั้งหมด 47,785 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2555 และข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลกระบี่ มีทั้งหมด 13,342 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ถึง 29 กันยายน 2555

เมื่อพิจารณาการใช้บริการแยกรายปีตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าที่โรงพยาบาลกระบี่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้บริการมากที่สุด ประมาณร้อยละ 68.2 ถึงร้อยละ 71.6 ของการใช้บริการทั้งหมด ในขณะที่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 1.5 ถึง 3.8 โดยมากที่สุดในปีงบประมาณ 2554 และใช้น้อยที่สุดในปีงบประมาณ 2553 ในขณะที่โรงพยาบาลระนอง อ้างอิงจากปีงบประมาณ 2554 และ 2555 ซึ่งมีข้อมูลสมบูรณ์ที่สุด

พบว่าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้บริการ IP ที่ร้อยละ 48.5 ในปีงบประมาณ 2554 และร้อยละ 45.6 ในปีงบประมาณ 2555 ในขณะที่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 2.7 ในปีงบประมาณ 2554 และเพิ่มเป็นร้อยละ 3.0 ในปีงบประมาณ 2555 คิดเป็นอัตราการใช้บริการของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ 0.03 ครั้งต่อคนต่อปีที่อำเภอเมืองระนอง และ 0.05 ครั้งต่อคนต่อปีที่อำเภอกระบี่ น้อยกว่าอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพในจังหวัดระนอง ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 0.10 ครั้งต่อคนต่อปี (ตารางที่ 1 และ 2)

การวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ของโรงพยาบาลกระบี่ด้วยเทคนิค DID พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการ IP ของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ประมาณ 0.14 ครั้งต่อปี อย่างไรก็ตามนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มการใช้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป โรคที่มีความรุนแรงสูง และโรคกลุ่ม ACSC การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ การที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติได้รับการส่งต่อสู่โรงพยาบาลรับส่งต่อ ในขณะที่ข้อค้นพบที่โรงพยาบาลระนองพบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการ IP ของผู้มีปัญหา

ตารางที่ 1 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี โรงพยาบาลกระบี่

สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ 2552		ปีงบประมาณ 2553		ปีงบประมาณ 2554		ปีงบประมาณ 2555	
	จำนวนครั้ง	%	จำนวนครั้ง	%	จำนวนครั้ง	%	จำนวนครั้ง	%
ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	90	2.8	49	1.5	119	3.8	128	3.3
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2,154	68.2	2,293	71.6	1,985	63.1	2,387	62.3
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	152	4.8	310	9.7	289	9.2	491	12.8
ไม่มีสิทธิใดๆ	550	17.4	450	14.1	491	15.6	577	15.1
สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการ ข้าราชการ	121	3.8	57	1.8	155	4.9	140	3.7
ประกันสังคม	40	1.3	15	0.5	45	1.4	60	1.6
อื่นๆ	53	1.7	28	0.9	64	2.0	49	1.3
รวม	3,160	100.0	3,202	100.0	3,148	100.0	3,832	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี โรงพยาบาลระนอง

สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ 2553		ปีงบประมาณ 2554		ปีงบประมาณ 2555	
	จำนวนครั้ง	%	จำนวนครั้ง	%	จำนวนครั้ง	%
ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	134	1.3	451	2.7	596	3.0
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9,276	86.4	8,263	48.5	9,116	45.6
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	281	2.6	2,407	14.1	3,500	17.5
ไม่มีสิทธิใด ๆ	207	1.9	3,367	19.8	3,970	19.8
สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ	542	5.0	1,410	8.3	1,615	8.1
ประกันสังคม	226	2.1	739	4.3	748	3.7
อื่น ๆ	75	0.7	400	2.3	462	2.3
รวม	10,741	100.0	17,037	100.0	20,007	100.0

สถานะและสิทธิได้ประมาณ 0.02 ครั้งต่อปี แต่เป็นการเพิ่มขึ้นนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเพิ่มการใช้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป โรคที่มีความรุนแรงสูงและโรคกลุ่ม ACSC (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์จำนวนวันนอนของโรงพยาบาลกระบี่พบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีแนวโน้มลดวันนอนของผู้ป่วยได้ 0.37 วัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มวันนอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และการได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ในขณะที่โรงพยาบาลระนอง พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีแนวโน้มเพิ่มวันนอนของผู้ป่วยประมาณ 1 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเพิ่มวันนอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเป็นผู้ไม่มีสิทธิใด ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และการได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง (ตารางที่ 4)

การวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคต่อครั้งการนอนโรงพยาบาลกระบี่พบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีแนวโน้มทำให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นเข้ามานอนโรงพยาบาล ดังปรากฏจาก

AdjRw เพิ่มขึ้น 0.02 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่ม AdjRw ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 และ 2555 อายุที่เพิ่มขึ้น การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่ม ACSC และโรคที่มีความรุนแรงสูง และการถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ สำหรับโรงพยาบาลระนองพบว่า แม้ นโยบายนี้มีแนวโน้มทำให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นเข้าถึงบริการ ดังปรากฏจาก RW เพิ่มขึ้น 0.08 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่ม RW ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และการได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อการใช้บริการ IP ด้วย Two-part model พบว่าเมื่อนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิผู้ป่วยของโรงพยาบาลกระบี่มีโอกาสที่ต้องจ่ายเพื่อการใช้บริการสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประมาณร้อยละ 14.9 ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการใช้บริการ IP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเป็นเพศชาย การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป และโรคกลุ่ม ACSC และการถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ด้วย DID model

โรงพยาบาลกระบี่	delta-visit/year [#]	standard error	p-value	95% confident interval	
นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ สิทธิประกันสุขภาพ (เทียบกับสิทธิใน ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)	0.144	0.074	0.052	-0.001	0.289
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.034	0.064	0.599	-0.092	0.160
- ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0.024	0.061	0.694	-0.096	0.144
- ไม่มีสิทธิใดๆ	0.021	0.063	0.744	-0.103	0.144
ปีงบประมาณ (เทียบกับปี 2552)					
- 2553	0.002	0.010	0.827	-0.018	0.022
- 2554	0.004	0.012	0.736	-0.020	0.029
- 2555	-0.024	0.011	0.027*	-0.045	-0.003
อายุ	0.001	0.000	<0.001*	0.000	0.001
การเคยมาอนโรงพยาบาลด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป	0.024	0.008	0.004*	0.008	0.040
การเคยมาอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่มีความรุนแรงสูง	0.274	0.100	0.006*	0.079	0.469
การเคยมาอนโรงพยาบาลด้วยโรคกลุ่ม ACSC	0.366	0.062	<0.001*	0.245	0.487
ระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วย	0.010	0.001	<0.001*	0.009	0.011
เพศชาย	0.011	0.011	0.320	-0.010	0.032
ที่อยู่อาศัยในตำบลเดียวกับสถานพยาบาล	0.031	0.018	0.079	-0.004	0.065
เคยถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลใหญ่กว่า	0.144	0.025	<0.001*	0.095	0.193
ค่าคงที่	0.945	0.065	<0.001*	0.818	1.071
โรงพยาบาลระนอง					
นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ สิทธิประกันสุขภาพ(เทียบกับสิทธิใน ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)	0.017	0.067	0.799	-0.114	0.148
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.031	0.070	0.663	-0.107	0.168
- ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0.007	0.070	0.926	-0.131	0.144
- ไม่มีสิทธิใดๆ	0.026	0.070	0.716	-0.112	0.163
ปีงบประมาณ (เทียบกับปี 2553)					
- 2554	-0.062	0.019	0.001*	-0.099	-0.026
- 2555	-0.068	0.018	<0.001*	-0.105	-0.032
อายุ	0.001	0.000	<0.001*	0.000	0.001
การเคยมาอนโรงพยาบาลด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป	0.019	0.006	0.001*	0.007	0.031
การเคยมาอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่มีความรุนแรงสูง	0.483	0.051	<0.001*	0.384	0.582
การเคยมาอนโรงพยาบาลด้วยโรคกลุ่ม ACSC	0.364	0.042	<0.001*	0.281	0.446
ระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วย	0.011	0.000	<0.001*	0.011	0.012
เพศชาย	-0.002	0.007	0.798	-0.015	0.012
ที่อยู่อาศัยในตำบลเดียวกับสถานพยาบาล	0.025	0.016	0.105	-0.005	0.056
เคยถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลใหญ่กว่า	NA	NA	NA	NA	NA
ค่าคงที่	1.062	0.068	<0.001*	0.929	1.196

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

= delta-visit/year คือการเปลี่ยนแปลงของจำนวนการใช้บริการในหน่วยครั้ง/คน/ปี

NA หรือ not applicable หมายถึงไม่สามารถคำนวณได้เนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์เพียงพอ

R² ของการคำนวณจำนวนการใช้บริการที่โรงพยาบาลกระบี่และที่โรงพยาบาลระนองมีค่า 0.45 และ 0.51 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หัตถ์นอนต่อครั้งการใช้บริการ ด้วย DID model

โรงพยาบาลกระบี่	delta-visit/year [#]	standard error	p-value	95% confident interval	
นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	-0.372	0.262	0.156	-0.885	0.142
สิทธิประกันสุขภาพ(เทียบกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)					
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-0.315	0.221	0.153	-0.748	0.118
- ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	-0.284	0.307	0.356	-0.886	0.319
- ไม่มีสิทธิใดๆ	-0.668	0.220	0.002*	-1.099	-0.237
ปีงบประมาณ (เทียบกับปี 2552)					
- 2553	0.048	0.060	0.426	-0.070	0.166
- 2554	-0.015	0.095	0.875	-0.202	0.172
- 2555	-0.099	0.049	0.044*	-0.196	-0.003
การวินิจฉัยหลัก (เทียบกับโรคอื่นๆ)					
- โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป	-0.406	0.074	<0.001*	-0.551	-0.261
- โรคกลุ่ม ACSC	0.051	0.145	0.724	-0.233	0.335
- โรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง	1.169	0.366	0.001*	0.452	1.886
อายุ	0.009	0.002	<0.001*	0.006	0.012
เพศชาย	0.137	0.058	0.017*	0.024	0.250
ที่อยู่อาศัยในตำบลเดียวกับสถานพยาบาล	-0.106	0.064	0.096	-0.230	0.019
การได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ	-0.546	0.072	<0.001*	-0.687	-0.406
ค่าคงที่	2.478	0.236	<0.001*	2.015	2.940
โรงพยาบาลระนอง					
นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	1.005	0.503	0.046*	0.019	1.991
สิทธิประกันสุขภาพ(เทียบกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)					
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1.130	0.509	0.026*	0.132	2.128
- ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0.803	0.532	0.131	-0.240	1.846
- ไม่มีสิทธิใดๆ	1.066	0.518	0.040*	0.051	2.080
ปีงบประมาณ (เทียบกับปี 2553)					
- 2554	-0.549	0.290	0.058	-1.118	0.019
- 2555	-0.726	0.289	0.012*	-1.293	-0.159
การวินิจฉัยหลัก (เทียบกับโรคอื่นๆ)					
- โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป	-1.280	0.074	<0.001*	-1.425	-1.134
- โรคกลุ่ม ACSC	-0.546	0.208	0.009*	-0.954	-0.138
- โรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง	1.463	0.311	<0.001*	0.854	2.072
อายุ	0.024	0.002	<0.001*	0.020	0.029
เพศชาย	0.588	0.106	<0.001*	0.379	0.797
ที่อยู่อาศัยในตำบลเดียวกับสถานพยาบาล	0.022	0.149	0.884	-0.271	0.315
การได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ	NA	NA	NA	NA	NA
ค่าคงที่	2.440	0.436	<0.001*	1.585	3.295

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

= delta-length of stays คือการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันนอนในหน่วยวัน/ครั้ง

NA หรือ not applicable หมายถึงไม่สามารถคำนวณได้เนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์เพียงพอ

R² ของการคำนวณจำนวนการใช้บริการที่โรงพยาบาลกระบี่และที่โรงพยาบาลระนองมีค่าใกล้เคียงกันที่ 0.03

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคต่อครั้งการใช้บริการ ด้วย DID model

โรงพยาบาลกระบี่	delta-visit/year [#]	standard error	p-value	95% confident interval	
นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ สิทธิประกันสุขภาพ(เทียบกับสิทธิใน ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)	0.023	0.039	0.554	-0.053	0.099
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.008	0.025	0.757	-0.041	0.057
- ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0.084	0.026	0.001	0.034	0.135
- ไม่มีสิทธิใดๆ	-0.047	0.026	0.065	-0.097	0.003
ปีงบประมาณ (เทียบปี 2552)					
- 2553	-0.004	0.007	0.611	-0.018	0.010
- 2554	0.022	0.008	0.005	0.007	0.038
- 2555	0.031	0.008	<0.001*	0.016	0.047
การวินิจฉัยหลัก (เทียบกับโรคอื่น ๆ)					
- โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป	-0.108	0.006	<0.001*	-0.119	-0.097
- โรคกลุ่ม ACSC	0.063	0.018	0.001*	0.027	0.098
- โรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง	0.691	0.132	<0.001*	0.431	0.950
อายุ	0.004	0.000	<0.001*	0.004	0.005
เพศชาย	0.002	0.007	0.777	-0.012	0.016
ที่อยู่อาศัยในตำบลเดียวกับสถานพยาบาล	0.007	0.010	0.503	-0.013	0.026
การได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ	0.040	0.014	0.004*	0.013	0.066
ค่าคงที่	0.237	0.026	<0.001*	0.185	0.289
โรงพยาบาลระนอง					
นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ สิทธิประกันสุขภาพ(เทียบกับสิทธิใน ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)	0.082	0.119	0.489	-0.151	0.316
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.104	0.115	0.363	-0.120	0.329
- ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0.161	0.114	0.158	-0.063	0.386
- ไม่มีสิทธิใดๆ	0.184	0.116	0.112	-0.043	0.411
ปีงบประมาณ (เทียบปี 2553)					
- 2554	0.238	0.104	0.022*	0.035	0.442
- 2555	0.187	0.100	0.062	-0.009	0.384
การวินิจฉัยหลัก (เทียบกับโรคอื่น ๆ)					
- โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป	-0.419	0.018	<0.001*	-0.455	-0.384
- โรคกลุ่ม ACSC	-0.038	0.041	0.347	-0.119	0.042
- โรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง	0.534	0.053	<0.001*	0.430	0.639
อายุ	0.008	0.001	<0.001*	0.007	0.009
เพศชาย	0.072	0.017	<0.001*	0.038	0.106
ที่อยู่อาศัยในตำบลเดียวกับสถานพยาบาล	-0.037	0.031	0.226	-0.098	0.023
การได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ	NA	NA	NA	NA	NA
ค่าคงที่	0.276	0.058	<0.001*	0.162	0.390

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

= delta-AdjRW หรือ delta-RW คือการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของโรค/ครั้ง

NA หรือ not applicable หมายถึงไม่สามารถคำนวณได้เนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์เพียงพอ

R² ของการคำนวณจำนวนการใช้บริการที่โรงพยาบาลกระบี่และที่โรงพยาบาลระนองมีค่า 0.30 และ 0.08 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย (out-of-pocket payment) ต่อครั้งการใช้บริการ IP ด้วย DID model และ Two-part model โรงพยาบาลกระบี่

	delta-visit/year [#]	standard error	p-value	95% confident interval	
Part 1 analysis-Probability of payment at any Baht (%)					
นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	-0.149	0.033	<0.001*	-0.214	-0.085
สิทธิประกันสุขภาพ (เทียบกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)					
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-0.212	0.049	<0.001*	-0.308	-0.115
- ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0.601	0.050	<0.001*	0.503	0.699
- ไม่มีสิทธิใดๆ	0.524	0.051	<0.001*	0.424	0.624
ปีงบประมาณ (เทียบกับปี 2552)					
- 2553	-0.002	0.010	0.838	-0.022	0.018
- 2554	0.040	0.009	<0.001*	0.022	0.058
- 2555	0.075	0.009	<0.001*	0.057	0.094
การวินิจฉัยหลัก (เทียบกับโรคอื่นๆ)					
- โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป	-0.034	0.009	<0.001*	-0.051	-0.016
- โรคกลุ่ม ACSC	-0.074	0.018	<0.001*	-0.110	-0.038
- โรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง	-0.004	0.044	0.927	-0.090	0.082
อายุ	0.000	0.000	0.950	0.000	0.000
เพศชาย	-0.038	0.008	<0.001*	-0.053	-0.023
ที่อยู่อาศัยในตำบลเดียวกับสถานพยาบาล	0.034	0.009	<0.001*	0.015	0.052
การได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ	-0.051	0.012	<0.001*	-0.074	-0.027
Part 2 analysis-Amount paid in Baht once payment incurred (%)					
นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	-5.876	257.229	0.982	-510.035	498.283
สิทธิประกันสุขภาพ (เทียบกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)					
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-397.193	212.125	0.061	-812.951	18.565
- ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	-1273.759	207.682	<0.001*	-1680.808	-866.711
- ไม่มีสิทธิใดๆ	226.469	216.213	0.295	-197.300	650.239
ปีงบประมาณ (เทียบกับปี 2552)					
- 2553	-378.208	63.721	<0.001*	-503.099	-253.317
- 2554	202.423	101.154	<0.045*	4.164	400.681
- 2555	44.028	87.747	0.616	-127.954	216.010
การวินิจฉัยหลัก (เทียบกับโรคอื่นๆ)					
- โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป	-472.531	68.353	<0.001*	-606.501	-338.562
- โรคกลุ่ม ACSC	-505.708	132.702	<0.001*	-765.799	-245.616
- โรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง	448.446	415.449	0.280	-365.818	1262.710
อายุ	11.018	1.259	<0.001*	8.549	13.486
เพศชาย	-437.023	52.840	<0.001*	-540.588	-333.458
ที่อยู่อาศัยในตำบลเดียวกับสถานพยาบาล	-44.364	78.919	0.574	-199.042	110.313
การได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ	-200.699	94.762	0.034*	-386.428	-14.970

Combined two-part analysis: Mean reduction = 552.1 Baht (Min 74.7 - Max 1,595.6), Standard deviation = 309.0 Baht

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

= delta-probability และ delta-expense คือการเปลี่ยนแปลงโอกาสการจ่ายค่าบริการและการเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินที่ต้องจ่ายเมื่อใดก็ตามที่มีการจ่ายเกิดขึ้น

Pseudo-R² ของการคำนวณใน Part 1 คือ 0.40 และ ค่า AIC และ BIC ใน Part 2 มีค่า 15.389 และ BIC = -24927.7 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการที่มีการจ่ายค่าบริการเกิดขึ้นพบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิลดค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย 5.9 บาทต่อครั้งแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่นที่มีผลลดปริมาณค่าใช้จ่ายเมื่อใดก็ตามที่มีการจ่ายค่าบริการ IP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การใช้บริการในปีงบประมาณ 2553 เพศชาย การมีกรณีวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไปและ ACSC และการถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์สุทธิที่คำนึงถึงทั้งโอกาสการจ่ายค่าบริการและจำนวน ค่าใช้จ่ายหากมีการจ่ายเกิดขึ้น พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ช่วยลดค่าใช้จ่ายการใช้บริการ IP ของโรงพยาบาลกระบือได้ประมาณ 74.7 ถึง 1,595.6 บาทต่อครั้ง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 552.0 บาทต่อครั้ง (ดูตารางที่ 6)

วิจารณ์

ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีอัตราการใช้บริการ IP ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้การมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ทำให้อัตราการใช้บริการมากขึ้น แต่เมื่อประเมินนโยบายอย่างเป็นระบบพบว่า การเพิ่มขึ้นนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นหมายถึง การเพิ่มขึ้นของการใช้บริการเมื่อพิจารณาโดยภาพรวม เป็นการเพิ่มที่ไม่ได้เกิดจากนโยบาย แต่เป็นการเพิ่มจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น ปัจจัยทางคลินิกซึ่งผลักดันให้ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอยู่แล้ว ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์นี้เกิดขึ้นหรือไม่ ปัจจัยเรื่องที่อยู่อาศัยใกล้สถานพยาบาล นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคและวันนอนพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน และแปรผันตามแต่ละสถานพยาบาล เช่น เพิ่มจำนวนวันนอนที่โรงพยาบาลระนอง ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอำเภอมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากนโยบายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความชัดเจนที่สุด คือ การลดลงของปริมาณเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่าย

เพื่อการบริการสุขภาพในการนอนโรงพยาบาล ดังปรากฏจากข้อค้นพบของโรงพยาบาลกระบือซึ่งลดปริมาณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้เฉลี่ย 552 บาทต่อครั้ง ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ว่าการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านแม้บรรลุวัตถุประสงค์ในการลดภาระด้านการเงินเพื่อการรับบริการของผู้ป่วย แต่ยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

การศึกษานี้ยังสะท้อนให้เห็นว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ต้องอาศัยกลไกสนับสนุนเพิ่มเติมมาก เช่น แม้นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิระบุชัดเจนว่า ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่พบว่ายังมีผู้ป่วยบางส่วนที่เสียค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเหตุที่ยังมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยมาใช้บริการไม่ตรงกับสถานที่ลงทะเบียน หรือความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้ให้บริการ หรือตั้งตัวอย่างที่พบว่า ความรุนแรงของโรคและวันนอนโรงพยาบาลไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ซึ่งจากการศึกษาในอดีตของ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์^(10,12) ในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และคณะ⁽¹⁴⁾ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมารับบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากแล้ว สะท้อนว่าการเสริมกลไกการสื่อสารให้ผู้ป่วยตระหนักในสิทธิของตนและเข้ารับบริการตั้งแต่ช่วงแรกของการเกิดโรคขณะที่ยังไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงจึงเป็นเรื่องสำคัญ และควรผนวกเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจหลักของนโยบายนี้ให้เกิดผลแท้จริงในทางปฏิบัติ

อย่างไรก็ตามการแปลผลและเปรียบเทียบข้อค้นพบที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลระนองมีค่าเฉลี่ยของ RW หรือ AdjRW ในกลุ่มโรค IP ทั่วไป (ดังปรากฏในค่าคงที่ในตารางที่ 5) มีค่า 0.276 มากกว่าของโรงพยาบาลกระบือซึ่งมีค่า 0.237 บ่งบอกถึงพื้นฐานการเจ็บป่วยต่อครั้งของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลระนองมีความรุนแรงมากกว่าโรงพยาบาลกระบือ การ

แปลผลอิทธิพลของ ‘โรค’ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล จึงต้องเทียบกับพื้นฐานค่าเฉลี่ย RW หรือ AdjRW ในแต่ละโรงพยาบาลเสมอ หรืออิทธิพลของโรคต่อวันนอนในแต่ละโรงพยาบาลต่างกัน เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรค ACSC มีแนวโน้มเพิ่มวันนอนที่โรงพยาบาลกระบี่ ในขณะที่มีแนวโน้มลดวันนอนที่โรงพยาบาลระนอง ซึ่งอาจเกิดจากการหมุนเวียนเตียง (bed turnover rate) ของโรงพยาบาลระนองมีสูงกว่าโรงพยาบาลกระบี่สำหรับการเจ็บป่วยในระดับเดียวกัน ดังปรากฏจากค่า R^2 ของการวิเคราะห์จำนวนวันนอนและความรุนแรงของโรคค่อนข้างต่ำ แสดงว่าน่าจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อจำนวนวันนอนและความรุนแรงของโรคอีกจำนวนมาก ซึ่งยังไม่ได้เข้ามาเป็นตัวแปรในการวิเคราะห์ การศึกษาเพิ่มเติมในด้านการบริหารจัดการของแต่ละโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญในการอธิบายข้อค้นพบเหล่านี้ต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น การอาศัยข้อมูลเฉพาะที่เก็บที่สถานบริการ ซึ่งแม้มีข้อดีคือได้ข้อมูลผู้ป่วยทุกสิทธิเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีข้อเสียคือในช่วงแรกของการดำเนินนโยบายหรือก่อนมีนโยบาย สถานพยาบาลอาจไม่ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ หรือผู้ที่ไม่มีสิทธิใด ๆ ครบถ้วนนัก ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่พบได้ทั่วไปของการศึกษาที่ไม่ใช่การวิจัยทางคลินิก ผู้วิจัยมักไม่สามารถออกแบบหรือมีส่วนร่วมในการประเมินผลตั้งแต่ช่วงแรกของการศึกษาทดลองหรือก่อนที่จะมีนโยบาย⁽¹²⁾

ในเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลก็มีข้อจำกัด คือ แม้ DID model จะเหมาะกับการวิเคราะห์ ‘การเปลี่ยนแปลง’ ของผลลัพธ์อันเนื่องมาจากนโยบาย การแปลผลจึงทำได้ด้วยความระมัดระวัง เพราะข้อสมมติฐานของ DID model คือการสร้างแบบจำลองของผลลัพธ์หากไม่มีนโยบายเกิดขึ้น (counterfactual) ด้วยเงื่อนไขที่ว่าความแตกต่างระหว่างคุณลักษณะแฝง (unobserved heterogeneity) ของกลุ่มเป้าหมายของนโยบาย (treatment group) และกลุ่มที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายโดยตรงของนโยบาย (control group) มีค่าคงที่เสมอ ไม่ขึ้นกับเวลา (time-invariant)

ดังนั้น การประเมินผลในระยะยาวโดยใช้ DID model จึงอาจไม่แม่นยำ⁽¹⁵⁾ ข้อจำกัดเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของ RW และ AdjRW ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตาม Thai DRGs version ต่าง ๆ ตามแต่ละสถานพยาบาลปรับใช้ รวมถึงความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่โรงพยาบาลระนองช่วงก่อน 2553

อย่างไรก็ตาม การใช้ DID model เป็นวิธีวิเคราะห์ที่ค่อนข้างเหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่ ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ (1) ในทางทฤษฎีข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือน (household survey) หรือการศึกษาแบบ cohort มักเป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ คือ เป็นข้อมูลตามยาว (longitudinal data) ที่มีการติดตามผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นระยะครบตามเวลาที่กำหนด (balanced panel data) ซึ่งข้อมูลลักษณะนี้มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอื่นที่เหมาะสมกว่า เช่น ใช้ generalized estimating equations แต่ในที่นี้ใช้ข้อมูลที่เก็บที่จริงที่สถานพยาบาล ไม่ใช่ข้อมูลจากการทดลอง มีลักษณะเสมือนข้อมูลตามยาวที่ได้จากการติดตามผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ครบถ้วนตามเวลา (unbalanced panel data) เช่น ในช่วงกรอบเวลา 5 ปีของการวิเคราะห์ ผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ อาจไปโรงพยาบาลเพียงหนึ่งถึงสองครั้งแล้วไม่ได้มาใช้บริการอีก ขณะที่ผู้ป่วยบางคนใช้บริการทุกปี นอกจากนั้นยังมีข้อจำกัดจากกรอบเวลาที่สั้น เพราะนโยบายเพิ่งมีผลบังคับใช้ไม่นาน การใช้ DID model จึงมีความเหมาะสมกว่า เพราะโอกาสที่จะฝ่าฝืนฐานคติเรื่อง time-invariant unobserved heterogeneity มีน้อย (2) แม้การแปลผลข้อมูลในเชิงพรรณนาของโรงพยาบาลระนองอาจมีอคติ เสมือนการใช้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามเวลา เพราะข้อมูลการใช้บริการก่อนปี 2553 มีไม่ครบถ้วน หรืออาจมีอคติจากการเปลี่ยนแปลง Thai DRGs version ในเวลาต่าง ๆ แต่การวิเคราะห์เชิงลึกด้วย DID model ช่วยลดอคตินี้ เพราะตั้งบนฐานคติว่าอคติที่เกิดกับกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และอคติที่เกิดกับกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ย่อมถูกหักลบไประหว่างสองกลุ่มด้วยตัวเอง (first differencing: treatment VS control) และระหว่างเวลาภายในแต่กลุ่ม (second differencing: before policy VS after policy)

และ (3) DID model สามารถวิเคราะห์เป็นข้อมูลรายบุคคล (individual-level data) ทำให้สามารถปรับอิทธิพลที่เกิดจากตัวแปรในระดับบุคคลได้ เช่น ที่อยู่และโรคที่เป็นสาเหตุของการใช้บริการ โดยในที่นี้อาศัยเลขประจำตัวโรงพยาบาล (hospital number: HN) เป็นตัวบ่งชี้บุคคล ซึ่งเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ (unit of analysis)

นอกจากนั้นการอนุมานผลสู่ประชากรในวงกว้างยิ่งตระหนักว่า แม้ผลการศึกษาสะท้อนภาวะการบริการที่เกิดขึ้นที่สถานบริการอันเนื่องมาจากประชากรกลุ่มนี้ได้บ้าง แต่ประชากรของการศึกษานี้ คือผู้ที่มีโอกาสเข้าถึงบริการอยู่แล้วเท่านั้น เพราะอาศัยข้อมูลที่เก็บที่สถานพยาบาล ไม่ใช่การสำรวจครัวเรือน การศึกษานี้จึงไม่อาจสรุปว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีผลต่อประชากรกลุ่มเป้าหมาย 'ทั้งหมด' อย่างไร

การศึกษาเพิ่มเติมถึงกลไกการบริหารจัดการในพื้นที่ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยอธิบายผลการประเมินนโยบายนี้จึงมีความสำคัญยิ่งในการบ่งชี้ข้อจำกัดในการปฏิบัตินโยบายอันจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงนโยบายหรือพัฒนาโลกในระดับพื้นที่ เช่น การส่งเสริมป้องกันและการรณรงค์ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิทธิในสุขภาพของตนเพื่อส่งผลให้การดำเนินนโยบายบรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

สรุป

นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิบรรลุวัตถุประสงค์ในการลดค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสุขภาพของผู้ป่วย แต่ยังไม่เห็นผลชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมการเข้าถึงบริการและการทำให้ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตั้งแต่ช่วงแรกของการเกิดโรค การพัฒนาโลกในระดับพื้นที่ในงานด้านส่งเสริมป้องกันและการรณรงค์ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิทธิในสุขภาพของตนจึงเป็นเรื่องสำคัญในการทำให้นโยบายนี้ได้นำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา, รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์, นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, นพ.สุวิทย์ วิบุล-ผลประเสริฐ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำให้การศึกษานี้ลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบพระคุณคณะผู้ประสานงานโครงการที่ได้ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมถึงผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost?. In: Balabanova D, McKee M, Mills A, editors. 'Good health at low cost' 25 years on what makes a successful health system? 1st ed. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011: p. 193-223.
2. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย. การลดความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ: ผลลัพธ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;1:25-31
3. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. Adv Health Econ Health Serv Res 2009;21:57-81.
4. กฤตยา อาชวนิจกุล. การจัดระบบคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในบริบทประเทศไทย. ใน: สุรีย์พร พันพิ่ง, มาลีสิน ภูวรรณ์, บรรณาธิการ. ประชากรและสังคมฉบับจุดเปลี่ยน ประชากรจุดเปลี่ยนสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัย-ประชากร; 2554. หน้า 103-26.
5. ชูติ งามอรุณเลิศ, ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล, สรินยา กิจประยูร, อภิชาติ ลายสินทเสรีกุล. คลังสมองเพื่อคนไร้สัญชาติ (รวมองค์ความรู้สำหรับการจัดการจัดการปัญหาด้านสถานะและสิทธิของบุคคล). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์; 2552.
6. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. สุขภาพแรงงานข้ามชาติกับความเปราะบางในระบบสุขภาพ อะไรคือทางออกที่เหมาะสม. เอกสารประกอบการเสวนา "สุขภาพแรงงาน

- ข้ามชาติ: ทางออกที่เหมาะสม เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ”; 15 ตุลาคม 2555; โรงแรมที่เค พาเลซ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
7. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 119. ตอนที่ 116ก. หน้า 4. (ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2545).
 8. Suphanchaimat R. Service and financial burdens from providing free health care to “stateless people”: the situation of Umphang Hospital, Thailand. The 5th National Research Forum. Proceedings of the 5th National Health Research Forum; 2011 September 29–30; Lao PDR. Vientiane: Ministry of Health; 2011.
 9. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. หลักประกันคนชายขอบที่ไม่มีสัญชาติไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;3:403–14.
 10. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553: การให้สิทธิ (คินสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
 11. Thai Health Promotion Foundation. Cutting through the impasse of medical treatment, disclosure of crisis caused by diseases [Internet]. 5 May 2012 [cited 2012 Jun 1]. Available from: <http://en.thaihealth.or.th/node/249?page=1>.
 12. Khandker SR, Koolwal GB, Samad HA: Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices. 1st ed. Washington DC: World Bank Publications; 2010.
 13. Mihaylova B, Briggs A, O’Hagan A, Thompson SG. Review of statistical methods for analysing healthcare resources and costs. Health Econ 2011;20:897–916.
 14. Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroengkajorn S. Financing healthcare for migrants: a case study from Thailand. Bangkok. 1st ed. Bangkok: Health Insurance System Research Office/ Health System Research Institute; 2009.
 15. Bertrand M, Duflo E, Mullainathan S. How much should we trust differences-in-differences estimates? Quarterly Journal of Economics 2004;119:249–75.

Abstract: Health Insurance for 'People with Citizenship Problems' and Inpatient Service:a Case Study of Ranong Province

Rapeepong Suphanchaimat, M.D.,Thunthita Wisaijohn, B.N.S., M.A., Ph.D.*; Kanang Kantamaturapoj, B.Sc., M.Sc., Ph.D.**; Parinda Saneerattanaprayul, B.Ed., M.Sc., MBA.*; Vijj Kasemsup, M.D., Ph.D.*,***; Weerasak Putthasri D.D.S., M.Econ., Ph.D.*; Supon Limwattananonta B.Sc., M.P.H.M., Ph.D.*,******

** International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health, Thailand; ** Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province; *** Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University; **** Department of Community Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol university; ***** Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University*
Journal of Health Science 2014;23:524-38.

'Health Insurance Policy for People with Citizenship Problems' (HIS-PCP) has been implemented according to the Cabinet Resolution on 23rd March 2010, aiming to increase access to care and reduce financial barrier impeding health utilization among the target population. This study therefore sought to evaluate the policy impacts in terms of inpatient (IP) visits, disease severity, admission days, and out-of-pocket payment through a case study of Kraburi hospital and Ranong hospital in Ranong province. Secondary data during fiscal year 2009-2012 (12-folder hospital records) were employed and analyzed by econometric models, namely, (1) Difference-in-Difference model to assess changes in IP visits, disease severity, and admission days in both hospitals, and (2) Two-part model to assess changes in out-of-pocket payment only in Kraburi hospital where data were feasible for the analysis. The findings revealed that HIS-PCP rendered the escalation in IP visits by 0.14 and 0.02 visits/person/year in Kraburi hospital and Ranong hospital respectively, with no statistical significance. In addition, the policy did not alter disease severity upon admission in both hospitals. Nevertheless, length of stay was significantly expanded by 1 day/visit in Ranong hospital, and out-of-pocket payment of an inpatient in Kraburi hospital significantly decreased by 552 Baht/visit. In summary, the policy did not have a significant impact on increasing access to care, in particular, at an early onset of a disease, though decreasing trend in out-of-pocket payment was obviously noticeable. Developing local mechanisms with regards to health promotion and prevention to raise awareness of the right to health care are nuts and bolts in having the policy implemented more effectively in sustainable manner.

Key words: people with citizenship problems, health insurance, policy impact, difference-in-difference model, two-part model