

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย

Determinants of Out-of-Pocket Health Payment in Thai Elder

มนัสชนก น้อยญาโน และเดือนเพ็ญ ชีววรรณวิวัฒน์

คณะสถิติประยุกต์ สาขาวิทยาการประกันภัยและการบริหารความเสี่ยง

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

manutchanokk@gmail.com and duanpen@as.nida.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองในภาพรวม และจำแนกตามสิทธิความคุ้มครองที่ได้รับและสถานะอันตรายทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง โดยอาศัยข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัย “ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย” ปี 2558 ของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มีผู้ที่เข้ารับการรักษายาบาลในปี 2556 – 2558 จำนวน 3,277 คน จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองได้แก่ เพศ รายได้ต่อปี ภูมิภาค ความคุ้มครองสุขภาพ และการนอนพักรักษาพยาบาล กลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงกว่าผู้ได้รับความคุ้มครองจากประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดสถานะอันตรายทางการเงินได้แก่ อายุ ระดับรายได้ ภูมิภาค ความคุ้มครองสุขภาพและการนอนพักรักษาพยาบาล การได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถช่วยประชาชนในการลดภาระค่ารักษาพยาบาลและลดการเกิดสถานะอันตรายทางการเงิน แต่อย่างไรก็ตาม ความคุ้มครองสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับยังไม่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการนอนพักรักษาพยาบาล และนำไปสู่การเกิดสถานะอันตรายทางการเงิน

คำสำคัญ : ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง, เจ็บป่วยจนล้มละลาย, ความคุ้มครองสุขภาพ

Abstract

This study is purposely made for studying the determinants of out of pocket payment for health services in overall, and categorized by coverages and catastrophic health payment. This study employed secondary data from Well-being of Thai Older People research in 2015 conducted by National Institute of Development Administration. There are 3,277 individuals who received health care service from 2013 to. Using multiple regression analysis shows that gender, annual income, region and medical service coverages are influence on out of pocket payment for health service. The group that is covered by civil servants and social security has more average out of pocket payment for health service than the group covering by universal coverage. Using logistic regression analysis shows that age, income quintile, region, medical service coverages and inpatient service are influence on out of pocket payment for health service. This study presents universal coverage is likely to decrease health service burden and probability of catastrophic health payment. However Thai elder coverage doesn't cover inpatient service burden. It can lead to catastrophic health payment.

Key words: out-of-pocket payment, catastrophic health payment, medical service coverage

1. บทนำ

ประชากรสูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากโครงสร้างอายุของประชากรไทยที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดต่ำลง และประชากรไทยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในปัจจุบันสูงขึ้น โดยที่เพศชายจะมีอายุขัยเฉลี่ย 71.8 ปีและเพศหญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ย 78.6 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559) พบว่าในปี พ.ศ. 2548 ประชากรไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพียง 10.3% โดยที่ในปีพ.ศ. 2558 ที่ผ่านมามีสัดส่วนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 14% และคาดว่าจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นถึง 30% ในปี 2578 และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในที่สุด (ปัทมา วาพัฒน์วงศ์ และคณะ, 2553)

ผู้สูงอายุเป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ร่างกายที่ถูกใช้งานมาอย่างหนักและยาวนานจะเสื่อมสภาพมากกว่าการเจริญเติบโต ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะอ่อนแอและเกิดโรคได้ง่าย จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมาทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ง่าย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ในขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคก็สูงขึ้นตามไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่นจะต้องประสบกับภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ เช่นเดียวกัน

ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยเกษียณโดยอาจไม่ได้มีรายได้หลักจากการทำงาน แต่ยังคงต้องประสบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในช่วงบั้นปลายของชีวิต ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับความคุ้มครองจากภาครัฐและเอกชน เช่นสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม การประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้สูงอายุบางส่วนได้รับการประกันสุขภาพจากบริษัทประกันเอกชนเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ไม่ได้หมายความว่าความคุ้มครองที่ได้รับดังกล่าวจะเพียงพอต่อการรักษาที่เกิดขึ้นจริง ทำให้เกิดค่ารักษาที่ต้องจ่ายด้วยตนเองโดยที่ผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาในส่วนที่เกินจากความคุ้มครองที่ได้รับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนยังได้มีการยกระดับการรักษาด้วยการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากความคุ้มครองทางด้านสุขภาพของภาครัฐส่วนใหญ่คุ้มครองการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ทำให้มีประชาชนจำนวนมากเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ จนเกิดความแออัดมีปัญหาคิวรอกันยาว ความรวดเร็ว และคุณภาพของการบริการอย่างที่เราพบกันอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าว แม้ว่าต้องรับผิดชอบค่ารักษาเองบางส่วนหรือทั้งหมด ซึ่งค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ต้องรับผิดชอบด้วยตนเองนั้นอาจส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ เช่น ทำให้ต้องไปลดสัดส่วนของค่าอาหาร หรือทำให้เกิดหนี้สินต่าง ๆ ตามมา จนทำให้ประสบปัญหาทางการเงิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีเงินออมหรือไม่ได้มีรายได้มากเพียงพอที่จะรองรับค่าใช้จ่ายดังกล่าว

ดังนั้นจากสถานการณ์ ที่ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความคุ้มครองทางด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีอยู่นั้นยังไม่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงได้ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อสร้างความตระหนักถึงเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นรวมทั้งหาวิธีการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อที่จะสามารถจัดการกับภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในช่วงบั้นปลายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย รวมทั้งเปรียบเทียบตามสิทธิ์ที่ได้รับความคุ้มครองด้วย

1.1.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองทั้งในภาพรวมและจำแนกตามสิทธิที่ได้รับการคุ้มครอง

1.1.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงที่จะเกิดสถานะอันตรายทางการเงินที่เกิดจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง

1.2 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.2.1 สามารถออกแบบความคุ้มครองให้เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงสำหรับผู้สูงอายุได้

1.2.2 เป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

1.2.3 เป็นแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดสถานะอันตรายทางการเงินของผู้สูงอายุไทย

1.3 ขอบเขตการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงประจักษ์เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง ในเรื่องของจำนวนเงิน (บาท) ที่ต้องจ่าย และศึกษาสถานะอันตรายทางการเงินของวัยก่อนเกษียณและวัยสูงอายุในประเทศไทยทั้ง 6 ภูมิภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแผนงานวิจัยเรื่อง “ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย” ซึ่งทำการสำรวจในปี.ศ. 2558 โดยค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองที่เกิดขึ้นเป็นข้อมูลในปี.ศ. 2556 – 2558 ที่รายงานโดยผู้ตอบแบบสอบถาม

2. แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

คนไทยได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล โดยสิทธิการรักษาพยาบาล มี 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งรัฐบาลให้การดูแลค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ดังนี้

2.1.1 สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย) เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังทำหน้าที่ดูแลระบบออกกฎระเบียบ

2.1.2 สิทธิประกันสังคม คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนตามสิทธิสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียน โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ทำหน้าที่ดูแลระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิรักษาพยาบาล

2.1.3 สิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า คุ้มครองบุคคลที่เป็นคนไทยมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจหรือสิทธิอื่นๆจากรัฐ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบเพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ถึงแม้ว่าจะได้รับการคุ้มครองดังกล่าวข้างต้น แต่ก็เป็นที่ทราบกันดีว่าการไปพบแพทย์เพื่อรักษาการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนก็ตาม ผู้ป่วยมักจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับ ความคุ้มครองไม่มากนัก มีจำนวนไม่น้อยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

Musgrove, Zeramdini และ Carrin (2002) ใช้ข้อมูลจาก WHO ในปี 2001 ทำการศึกษาแบบแผนการเงินด้านสุขภาพของประเทศสมาชิก 191 ประเทศทั่วโลกโดยพิจารณาแหล่งที่มาของรายได้จากทั้งที่เป็นค่ารักษาพยาบาลที่คนไข้ต้องจ่ายด้วยตัวเองและส่วนที่มีการให้ล่วงหน้าจากโครงการประกันสังคมและสุขภาพของภาครัฐจากงบประมาณแผ่นดิน และการประกันสุขภาพในภาคสมัครใจ พบว่าประเทศที่ยากจนและคนจนได้รับการปกป้องจากการล้มละลายทางการเงินในสัดส่วนที่มีการใช้จ่ายให้ล่วงหน้าน้อยที่สุด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่ามีส่วนของ risk-sharing ต่ำสุด

ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง (Out-of-pocket payment: OOP) หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในขณะที่เข้ารับการรักษา แต่ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเดินทางและค่าอาหารเสริมพิเศษที่ต้องรับผิดชอบเอง หลังจากการเบิกค่ารักษาจากความคุ้มครองที่ได้รับทั้งการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับความคุ้มครองโดยตรง และการเบิกค่ารักษาพยาบาลผ่านสมาชิกในครอบครัว (World Health Organization, 2005)

ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง และสินทรัพย์ที่มีอยู่ เป็นตัวแปรที่สำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจนอาจทำให้เกิดสภาวะอันตรายทางการเงินโดยจะนารายได้ และค่าใช้จ่ายสำหรับการอุปโภคบริโภคมาพิจารณาด้วย ผู้ที่มีรายได้และค่าใช้จ่ายที่เท่ากัน ผู้ที่มีเงินออมสำหรับค่ารักษาพยาบาลจะได้รับผลกระทบน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีเงินออมเมื่อมีความจำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ที่ไม่มีเงินออมสำหรับค่ารักษาพยาบาลจะต้องลดค่าใช้จ่ายในการอุปโภคบริโภคเพื่อที่จะสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ หากพิจารณาอัตราส่วนค่ารักษาพยาบาลต่อรายได้ของสองครอบครัวนี้จะมีค่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สามารถสะท้อนผลกระทบที่แท้จริงได้เลย จึงพิจารณาค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่อาหารหรือความสามารถในการจ่ายที่จะสะท้อนถึงมาตรฐานของการเป็นอยู่ที่แท้จริง ดังนั้นจะพิจารณาค่ารักษาพยาบาลต่อความสามารถในการจ่าย เพื่อให้สะท้อนถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แท้จริงได้

การพิจารณาว่าอาจเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินเกิดขึ้นเมื่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเองต่อความสามารถในการจ่ายเกินกว่าระดับที่กำหนดไว้โดยที่ระดับที่กำหนดจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะถือว่าอาจเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน การกำหนดระดับที่ถือว่าอาจเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินนั้นจะพิจารณาจากค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีค่ามากเมื่อเทียบกับสินทรัพย์ที่มีอยู่ ทำให้ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายปกติในชีวิตประจำวัน และอาจนำไปสู่การนำเงินออมมาใช้ในการจ่ายค่ารักษา รวมทั้งการขายสินทรัพย์ที่มีอยู่ และการเกิดหนี้สิน หรืออาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเนื่องจากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ หากเกิดสถานการณ์นี้ขึ้นจะถือว่ามีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยจนล้มละลาย (Analyzing health equity using household survey data, 2008) การกำหนดระดับที่ถือว่าอาจเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินนั้นจะแตกต่างกันออกไป เช่นจะกำหนดระดับ 10% 15% 20% 30% และ 40% ทั้งนี้ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้วิจัย โดยที่ไม่ได้มีกฎเกณฑ์ตายตัวในการกำหนดระดับที่จะถือเป็นจุดเริ่มต้นสภาวะอันตรายทางการเงิน

ความสามารถในการจ่ายคือ การนารายได้ที่แท้จริงมาหักออกจากค่าใช้จ่ายตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน นั่นคือค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคคงเหลือเป็นรายได้เพื่อการใช้จ่ายในสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร ภายใต้สมมติฐานว่าทุกครัวเรือนมีอัตราส่วนการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพเท่ากับค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่อาหารโดยไม่พิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างกันของรายจ่ายได้แก่ รายได้ครัวเรือน สุขภาพ (World Health Organization, 2000)

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Xiaohong Li et al. ศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ทำให้เกิดหายนะของครัวเรือนในภาคตะวันออกของ ประเทศจีน (Household catastrophic medical expenses in eastern China) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและการเกิดหายนะของครัวเรือนในภาคตะวันออกของ ประเทศจีน ยึดตามนิยามการเกิดการเจ็บป่วยจนล้มละลายตามนิยามขององค์การอนามัยโลกโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์พหุระดับ (Multi-level logistic regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดหายนะจากการเจ็บป่วย จากการสำรวจค่าใช้จ่ายของ 11,577 ครัวเรือน พบว่าการเกิดหายนะจากการเจ็บป่วยในภาคตะวันออกอยู่ในช่วง 9.24%-24.7% พื้นที่ในเขตเมืองของมณฑลเซี่ยงไฮ้ (Shanghai) มีการเกิดหายนะจากการเจ็บป่วยต่ำสุด ในขณะที่พื้นที่ในชนบทของมณฑลซานตง (Shandong) มีการเกิดหายนะจากการเจ็บป่วยสูงสุด การเกิดหายนะจากการเจ็บป่วยจะลดลง หากหัวหน้าครอบครัวมีระดับการศึกษาสูงและความคุ้มครองจากสวัสดิการพนักงานที่สูงขึ้น และการเกิดหายนะจากการเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้น หากครัวเรือนอยู่ในพื้นที่ชนบท มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรัง มีเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี มีสมาชิกที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีสมาชิกที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มที่ยากจนที่สุดมีการเกิดหายนะน้อยกว่ากลุ่มที่ยากจนเป็นอันดับสอง ในขณะที่กลุ่มที่มี

รายได้มากที่สุด มีโอกาสที่จะเกิดหายนะมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากเป็นอันดับสอง รวมทั้งภูมิภาคยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเกิดหายนะจากการเจ็บป่วย

Supasit Pannarunothaip et al. ศึกษาเรื่อง คนจนจ่ายมากกว่า ความไม่เท่าเทียมทางด้านสุขภาพในประเทศไทย (The poor pay more : Health-related inequality in Thailand) เพื่อศึกษาความเท่าเทียมในสิทธิประโยชน์และการจ่ายค่ารักษาที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง(Out-of-pocket expenditure) ของคนในพื้นที่เขตเมืองในประเทศไทย จากการเก็บแบบสอบถามในจังหวัดพิษณุโลก 320 ครอบครัว โดยการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ รายได้ ความคุ้มครอง การเจ็บป่วย เจ็บป่วย และค่ารักษาพยาบาลในระยะเวลา 12 เดือนของครัวเรือน พบว่า ผู้ด้อยโอกาส(ผู้ที่มีรายได้น้อยและไม่ได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพ)มีค่ารักษาที่ต้องจ่ายด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 5-6 ของรายได้ครัวเรือน ในขณะที่กลุ่มอื่นๆมีค่ารักษาที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเพียงร้อยละ 1-2 ของรายได้ครัวเรือน นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยและไม่ได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพจะมีค่ารักษาที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงเมื่อเทียบกับรายได้ครัวเรือน สำหรับผู้ที่รักษาด้วยการผ่าตัดจะมีสัดส่วนค่ารักษาที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงที่สุด ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการข้าราชการมีค่ารักษาที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเพิ่มต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 1.7 ของรายได้

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ ศึกษาเรื่อง ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนจากความเจ็บป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอาจสามารถไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อประเมินผลกระทบต่อลักษณะการบริโภค ในปีพ.ศ. 2552 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าร้อยละ 22 ของครัวเรือนได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยจนต้องลดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่ายเองคิดเป็นร้อยละ 31.9 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครัวเรือนต่อเดือน ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบมีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ฐานะยากจนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้รับผลกระทบ และยังมีค่าใช้จ่ายทั้งด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพสูงกว่าอีกด้วย ดังนั้นหากมีการพัฒนาโยบายประกันสุขภาพหรือสังคมอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความเสี่ยงทางการเงินจะบรรเทาความยากจนที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้

3. ระเบียบวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัยเรื่อง “ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย” ซึ่งดำเนินการโดยสำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) มาศึกษาจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองและความเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินของผู้สูงอายุไทย ในส่วนนี้จึงขอนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับแหล่งข้อมูล การวัดตัวแปร และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 แหล่งข้อมูล

ดังได้กล่าวไปแล้วว่าการศึกษาที่ใช้ข้อมูลจากแผนงานวิจัย เรื่อง “ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย” ซึ่งแผนงานนี้ครอบคลุมมิติเกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุทั้งหมด 7 ด้าน ดังนี้ ด้านประชากร ครอบครัวและการเกื้อกูลกัน สุขภาพ การทำงาน รายได้ ทรัพย์สินและหนี้สิน และความคาดหวังและความพึงพอใจ (Borsch-Supan, Jurges and Lipps, 2003) ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มาจากมิติด้านสุขภาพ

จากครัวเรือนในประเทศไทยทั้งหมด 6,636,919 ครัวเรือน มีการกำหนดความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าในสัดส่วนประชากรไม่เกิน $e = 0.0156$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 99 % จึงได้ขนาดตัวอย่างครัวเรือน 5,600 ครัวเรือน

แผนงานทำการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างจากข้อมูลประชากรเป้าหมายของทั้งประเทศ ได้ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นสองขั้น (Two – stage Stratified Random Sampling) โดยในแต่ละขั้นดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 เลือกจังหวัดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ภูมิภาค ตามการแบ่งของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยจะพิจารณาว่าเป็นจังหวัดขนาดเล็กหากมีประชากรที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปไม่เกิน 250,000 คน และเป็นจังหวัดขนาดใหญ่หากประชากรที่มีอายุ 45

ปีขึ้นไปมากกว่า 250,000 คนขึ้นไป อ้างอิงจำนวนประชากรตามกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย ในปี 2553 จะเลือกตัวอย่างในจังหวัดขนาดใหญ่จำนวน 600 ครั้วเรือน และจังหวัดขนาดเล็กจำนวน 400 ครั้วเรือน

ขั้นที่ 2 ในแต่ละจังหวัดที่สุ่มได้ แบ่งพื้นที่ตามนियามการแบ่งเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทยออกเป็นในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

ขั้นที่ 3 สุ่มครั้วเรือนจากชุมชนอาคาร/หมู่บ้านที่ได้ในขั้นที่ 2 ให้ครบตามจำนวนที่กำหนด โดยเริ่มสัมภาษณ์ผู้อยู่อาศัยในครั้วเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปและคู่สมรสซึ่งไม่จำกัดอายุ

อย่างไรก็ตามเพื่อให้ตัวอย่างสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาจึงได้ทำการเลือกตัวอย่างเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเข้ารับการรักษาพยาบาลในช่วงปีพ.ศ. 2556 – 2558 จึงเหลือจำนวนทั้งสิ้น 2,121 คน ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้

3.2 ตัวแปรและการวัดตัวแปร

ตัวแปรอิสระ แบ่งกลุ่มของตัวแปรตามปัจจัย 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านที่อยู่ และปัจจัยด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวแปรอิสระ นิยาม และการวัด

ตัวแปร	นิยาม	การวัด
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	เพศของผู้ตอบ	1 = ชาย, 0 = หญิง (กลุ่มอ้างอิง)
สถานภาพสมรส	สถานภาพสมรสของผู้ตอบ	1 = โสด/หม้าย/หย่า/แยก 0 = สมรส (กลุ่มอ้างอิง)
ระดับการศึกษา	ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบ	1 = ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา 2 = อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป 3 = ไม่ได้ศึกษา(กลุ่มอ้างอิง)
อายุ	อายุขณะตอบแบบสอบถาม รายได้ทั้งหมดที่ผู้ตอบได้รับต่อปี	หน่วย ปี บาทต่อปี
รายได้ต่อปี		
ปัจจัยด้านที่อยู่		
ภูมิภาค	ภูมิภาคของที่อยู่อาศัย	- กรุงเทพมหานครและปริมณฑล , ตะวันออกเฉียงเหนือ ,ใต้ , ตะวันออก เหนือ, กลาง(กลุ่มอ้างอิง)
- เขตที่อยู่อาศัย	เขตที่อยู่อาศัย	- 1 = ในเขตเทศบาลเมือง, 0 = นอกเขตเทศบาลเมือง(กลุ่มอ้างอิง)
ปัจจัยด้านสุขภาพ		
- ความคุ้มครอง	- ความคุ้มครองสุขภาพที่ได้รับ จากภาครัฐ	- 1 = สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม

- การนอนพักรักษาพยาบาล	- การนอนพักรักษาพยาบาลค้างคืนของผู้ตอบ	0 = ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(กลุ่มอ้างอิง)
- ประกันสุขภาพ	- การมีประกันสุขภาพจากบริษัทประกันของผู้ตอบ	- 1 = นอนพักรักษาอย่างน้อย 1 คืน
- จำนวนโรคเรื้อรัง	- จำนวนโรค/อาการที่ผู้ตอบเป็น	0 = ไม่ได้นอนพักรักษา(กลุ่มอ้างอิง)
		- 1 = มีประกันสุขภาพ
		0 = ไม่มีประกันสุขภาพ(กลุ่มอ้างอิง)
		- จำนวนโรค/อาการ

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย 2 ตัวแปรได้แก่

ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง(Out of Pocket Payments: OOP) คำนวณจากผลรวมของค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการรักษาพยาบาลเป็นค่าใช้จ่ายในและคนไข้นอกที่รักษาในโรงพยาบาล คลินิกและอนามัย ค่ารักษาทางทันตกรรม ค่ารักษาที่คลินิกการแพทย์แผนโบราณ การจ่ายเงินสำหรับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มาที่บ้าน และค่ายาที่ส่งโดยไปส่งแพทย์

ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจนอาจเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน คำนวณจากค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่อความสามารถในการจ่าย โดยที่ความสามารถในการจ่ายจะคำนวณจากรายได้สุทธิต่อปีลบด้วยค่าอาหารต่อปี

การคำนวณค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นภายใต้สมมติฐานที่ว่าสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละปีคงที่

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์จึงได้ทำการแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วนดังนี้

3.3.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง

วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เนื่องจากมีตัวแปรตามเพียง 1 ตัวคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง (Y) และมีตัวแปรอิสระ ทั้งหมด 11 ตัว หากมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม Y ที่อยู่ในรูปเชิงเส้น จะได้สมการถดถอยเชิงพหุคูณที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามดังนี้

$$Y = \beta_0 + \beta_1 \text{เพศ} + \beta_2 \text{สถานภาพสมรส} + \beta_3 \text{ระดับการศึกษา} + \beta_4 \text{อายุ} + \beta_5 \text{รายได้ต่อปี} + \beta_6 \text{ภูมิภาค} + \beta_7 \text{เขตที่อยู่อาศัย} + \beta_8 \text{ความคุ้มครอง} + \beta_9 \text{การนอนพักรักษาพยาบาล} + \beta_{10} \text{ประกันสุขภาพ} + \beta_{11} \text{จำนวนโรคเรื้อรัง}$$

เมื่อ β คือ ค่าพารามิเตอร์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ โดยจะประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด

3.3.2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินอันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) มีตัวแปรตามคือ การเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน(W) โดยจะพิจารณาว่าเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน เมื่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเกินกว่าร้อยละ 30 ของความสามารถในการจ่ายต่อปี ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินจะใช้แบบจำลองในการพยากรณ์การเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน ดังนี้

$$P(\text{เกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน}) = \frac{e^W}{1+e^W} \dots\dots(1)$$

ปรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระให้อยู่ในรูปเชิงเส้นดังนี้

$$\text{logit}(P(W=1)) = \beta_0 + \beta_1 \text{เพศ} + \beta_2 \text{สถานภาพสมรส} + \beta_3 \text{ระดับการศึกษา} + \beta_4 \text{อายุ} + \beta_5 \text{รายได้ต่อปี} + \beta_6 \text{ภูมิภาค} + \beta_7 \text{เขตที่อยู่อาศัย} + \beta_8 \text{ความคุ้มครอง} + \beta_9 \text{การนอนพักรักษาพยาบาล} + \beta_{10} \text{ประกันสุขภาพ} + \beta_{11} \text{จำนวนโรคเรื้อรัง}$$

โดยที่

$$W = \begin{cases} 1 & \text{เมื่อเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน} \\ 0 & \text{เมื่อไม่เกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน} \end{cases}$$

ในการประมาณค่า W เป็นการประมาณ $P(\text{เกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน})$ จะใช้สมการที่ 1 สำหรับการประมาณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติก(β) โดยวิธี Maximum Likelihood

4. ผลการศึกษา

ผลการศึกษาประกอบไปด้วยสถิติพรรณนาของค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อของค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจำแนกตามความคุ้มครองสุขภาพ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจนอาจเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน

4.1 ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง

ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองหรือที่มักนิยมเรียกย่อๆว่า OOP เป็นเงินที่ผู้ป่วยจ่ายในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาล เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งอัตราค่าบริการสาธารณสุขออกเป็น 16 หมวด เช่น ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าตรวจวินิจฉัย ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์อื่น ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ และค่าบริการต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน การศึกษานี้จึงได้จำแนกการนำเสนอมูลค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง ออกเป็น 4 กรณี คือ กรณีคนไข้นอก คนไข้นอน ค่าบริการทางทันตกรรม และอื่นๆ อันได้แก่ ค่าตรวจรักษาแพทย์แผนโบราณ ค่าบริการสำหรับแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มาให้บริการที่บ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการจำแนกตามกลุ่มกลุ่มอายุ ประเภทของความคุ้มครองสุขภาพ และการมีประกันสุขภาพ ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยที่ต้องจ่ายด้วยตนเองโดยรวม คนไข้นอก คนไข้นอน และอื่นๆ ในกลุ่มอายุ 45-59 ปีสูงกว่ากลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยที่เกิดจากการทันตกรรมของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะสูงกว่าค่าทันตกรรมที่สูงขึ้นนี้เป็นผลมาจากการทำฟันปลอมเนื่องจากการสูญเสียฟันธรรมชาติตามวัยที่สูงขึ้น สำหรับค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำกว่าผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม แสดงให้เห็นว่าความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของประชาชนได้มากกว่าความคุ้มครองจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม สำหรับผู้ที่มีประกันสุขภาพมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพในทุกๆค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีประกันสุขภาพ หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีโอกาสที่จะเข้ารักษาพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพ นอกจากนี้พบว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยที่ต้องจ่ายด้วยตนเองที่เกิดจากการรักษาคนไข้นอนในสูงที่สุดไม่ว่าจะได้รับความคุ้มครองสุขภาพแบบใด แสดงให้เห็นว่าค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการรักษาคนไข้นอนเป็นภาระหนักสำหรับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง

4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในตารางที่ 3 โดยการนำตัวแปรอิสระทั้ง 11 ตัวเข้าสู่สมการ มีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 6 ตัว ปัจจัยทางด้านที่อยู่ ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และเหนือ ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม การนอนพักรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน และการมีประกันสุขภาพ

ปัจจัยทางด้านที่อยู่ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ มีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่ำกว่าเมื่อเทียบกับภาคกลาง เมื่ออาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือจะมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองโดยเฉลี่ยต่ำ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2558 พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเวชภัณฑ์และค่าตรวจรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่ำที่สุด (218 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) รองลงมาคือภาคเหนือ (221 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) ภาคกลาง (289 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) และภาคใต้ (301 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) ซึ่งสูงกว่าภาคกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจำแนกตามกลุ่มอายุและความคุ้มครองสุขภาพ

ค่ารักษาพยาบาล	กลุ่มอายุ		ความคุ้มครองสุขภาพ		การมีประกันสุขภาพ		รวม
	45-59 ปี	≥60 ปี	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการและ ประกันสังคม	ไม่มี	มี	
คนไข้นอก	475.33 (n=933)	356.94 (n=2,218)	286.27 (n=2,436)	519.17 (n=519)	336.61 (n=2,882)	930.58 (n=260)	484.15
คนไข้ใน	2,591.49 (n=155)	1,619.63 (n=497)	1,655.64 (n=487)	1,842.47 (n=117)	1,692.13 (n=516)	2,870.14 (n=87)	2,045.25
ทันตกรรม	596.71 (n=144)	627.57 (n=217)	581.02 (n=234)	779.44 (n=91)	606.88 (n=311)	688.2 (n=51)	646.64
อื่นๆ	605.98 (n=141)	385.65 (n=263)	480.45 (n=306)	540.35 (n=70)	444.89 (n=358)	497.44 (n=46)	492.46
รวม	1,067.38 (n=1,317)	747.45 (n=3,195)	750.85 (n=3,463)	920.36 (n=797)	770.13 (n=4,112)	1,246.59 (n=444)	917.13

นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ในการได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงขึ้น โดยมีกลุ่มที่ได้ความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มอ้างอิง จะเห็นได้ว่าการได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองโดยเฉลี่ยต่ำกว่า ซึ่งก็เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ช่วยประชาชนแบ่งเบาภาระค่ารักษาพยาบาล ขณะเดียวกันการได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากการสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง การได้รับความคุ้มครองจากประกันสังคม จะได้รับความคุ้มครองเมื่อเข้ารับการรักษาตามโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนได้เลือกไว้ และสำหรับผู้ที่มีความคุ้มครองจากสวัสดิการข้าราชการ หากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน จะมีการจำกัดวงเงินที่ได้รับการชดเชย นอกจากนี้การนอนพักรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืนหรือการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จะทำให้มีค่าห้องพักในสถานพยาบาลและค่าอาหารเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าห้องพักพิเศษจะมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงและความคุ้มครองของค่าห้องพักพิเศษจะถูกจำกัดไว้ไม่เกินจำนวนวงเงินที่แต่ละความคุ้มครองกำหนด ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเมื่อมีการนอนพักรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืนสูงขึ้น และทำให้ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงขึ้นตามไปด้วย

ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนได้เจาะกลุ่มผู้มีรายได้ระดับกลางมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน เลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน แม้จะมีค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ต้องจ่ายด้วยตนเองมากขึ้น เพื่อได้รับความสะดวกสบายและรวดเร็วในการรักษา รวมทั้งการมีประกันสุขภาพมีอิทธิพล

ต่อการตัดสินใจเลือกใช้โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากการมีประกันสุขภาพทำให้สามารถเข้าใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนได้มากขึ้น(สิริกาญจน์ กมลปิยะพัฒน์, 2558) และการได้รับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลจากการประกันสุขภาพของบริษัทเอกชนครอบคลุมทั้งการรักษาในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน สอดคล้องกับผลการศึกษาระยะค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองในประเทศเวียดนาม ที่พบว่าครัวเรือนที่มีประกันสุขภาพจะมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองโดยเฉลี่ยสูง (Hoang Van minh et al., 2002-2010) โดยที่ประเทศเวียดนามเป็นประเทศที่มีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงสุดในทวีปเอเชีย โดยคิดเป็น 80.5 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด(Eddy Van Doorslaer et al., 2007)

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจะจำแนกตามความคุ้มครองสุขภาพที่ได้รับจากรัฐได้แก่ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม รวมทั้งจำแนกตามการมีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรตามและจำแนกตามความคุ้มครองสุขภาพที่ได้รับ

ตัวแปร	ตัวแปรตาม (n = 2,122)			ตัวแปรตาม (n = 1,747)			สวัสดิการข้าราชการ/ประกันสังคม (n = 375)			มีประกันสุขภาพ (n=141)			ไม่มีประกันสุขภาพ (n=1,977)		
	B	S.E.	Beta	B	S.E.	Beta	B	S.E.	Beta	B	S.E.	Beta	B	S.E.	Beta
ปัจจัยส่วนบุคคล	เพศ	-0.075	0.047	-0.036	-0.086*	0.052	-0.041	-0.065	0.100	-0.036	-0.207	0.219	-0.079	-0.064	0.048
	สถานภาพ	-0.018	0.049	-0.009	0.015	0.054	0.007	-0.136	0.105	-0.073	0.035	0.231	0.013	-0.036	0.050
	ระดับการศึกษา	0.100	0.086	0.030	0.045	0.091	0.013	0.321	0.238	0.139	-0.331	0.738	-0.068	0.104	0.085
	อายุ	0.129	0.144	0.024	-0.141	0.209	-0.017	0.391	0.271	0.153	-0.786	0.891	-0.139	0.193	0.147
	รายได้เฉลี่ยต่อปี	0.002	0.003	0.019	-0.001	0.003	-0.012	0.017***	0.006	0.153	0.008	0.015	0.049	0.002	0.003
ปัจจัยด้านที่อยู่	กรุงเทพมหานคร	0.014	0.019	0.017	0.011	0.020	0.013	0.072*	0.041	0.10	0.114	0.083	0.117	0.005	0.019
	กรุงเทพมหานคร	-0.067	0.078	-0.022	-0.057	0.090	-0.018	-0.118	0.140	-0.05	0.605	0.839	0.067	-0.080	0.077
	กรุงเทพมหานคร	-0.547***	0.073	-0.179	-0.579***	0.079	-0.194	-0.22	0.167	-0.073	-0.272	0.386	-0.087	-0.538***	0.074
	กรุงเทพมหานคร	0.178**	0.077	0.054	0.178**	0.083	0.056	0.157	0.191	0.045	1.259**	0.491	0.246	0.143*	0.077
	กรุงเทพมหานคร	-0.145**	0.059	-0.064	-0.195***	0.065	-0.087	0.047	0.129	0.022	0.524	0.36	0.198	-0.175***	0.059
ปัจจัยด้านสุขภาพ	พื้นที่	0.057	0.053	0.027	0.036	0.059	0.017	0.168	0.110	0.093	0.241	0.293	0.074	0.054	0.054
	พื้นที่	0.232***	0.061	0.085							0.597**	0.255	0.199	0.178***	0.062
	พื้นที่	0.458***	0.054	0.180	0.485***	0.061	0.188	0.367***	0.111	0.172	0.774***	0.236	0.266	0.449***	0.056
	พื้นที่	0.018	0.024	0.016	0.011	0.027	0.009	0.036	0.047	0.040	0.082	0.122	0.058	0.012	0.024
	พื้นที่	0.162*	0.09	0.039	0.059	0.104	0.013	0.309*	0.161	0.100					
ค่าคงที่		5.428***	0.330		5.704***	0.365		4.252***	0.730		3.954**	1.765		5.545***	0.333
		R ² = 0.088 R ² _{adj} = 0.081		R ² = 0.087 R ² _{adj} = 0.079				R ² = 0.085 R ² _{adj} = 0.049			R ² = 0.263 R ² _{adj} = 0.182			R ² = 0.081 R ² _{adj} = 0.075	

4.2.1 ประเภทความคุ้มครองสุขภาพที่ได้รับจากรัฐ

4.2.1.1 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการนำตัวแปรทั้ง 10 ตัวเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสำหรับผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งคิดเป็นร้อยละ 82.3 ของตัวอย่าง ผลการศึกษาในตารางที่ 3 มีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองในภาพรวม พบว่ามีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 6 ตัว ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ ปัจจัยทางด้านที่อยู่ ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และเหนือ ปัจจัยทางด้านสุขภาพได้แก่ การนอนพักรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน และการมีประกันสุขภาพ คืน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเชิงเส้นพบว่าเพศชายมีค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่ำกว่าเพศหญิง เนื่องจากหากมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยเกิดขึ้น เพศชายจะรักษาด้วยตนเองก่อน ขณะที่เพศหญิงจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2538) ทำให้ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของเพศชายสูงกว่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง แม้ว่ารายได้ต่อปีไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองในกลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องของความเสมอภาค ที่ต้องการให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับความคุ้มครองถ้วนหน้า ไม่ว่าจะเป็นคนรวยหรือคนจน ดังนั้นไม่ว่ารายได้จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มใด ก็จะได้ใช้สิทธิได้อย่างเท่าเทียม

4.2.1.2 สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม

จากการนำตัวแปรทั้ง 10 ตัวเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสำหรับผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17.7 ของตัวอย่าง ผลการศึกษาในตารางที่ 3 พบว่ามีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ตัว ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และรายได้ต่อปี ปัจจัยทางด้านสุขภาพได้แก่ การนอนพักรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน และการมีประกันสุขภาพ จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเมื่อมีอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง นั่นคือเมื่อมีอายุมากขึ้น ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจะสูงขึ้นตามไปด้วย แสดงให้เห็นว่าสำหรับผู้ได้รับความคุ้มครองจากการสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม ควรจะสำรองเงินไว้สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้นด้วย จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพบว่ารายได้ต่อปีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง นั่นคือ เมื่อรายได้ต่อปีเพิ่มขึ้น ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวความคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์สำหรับสินค้าปกติ (Normal Goods) โดยที่อุปสงค์ของผู้บริโภคจะเพิ่มขึ้นตามรายได้ที่สูงขึ้น บริการด้านสุขภาพจัดเป็นหนึ่งในสินค้าปกติเช่นกัน ดังนั้นเมื่อมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ย่อมมีความต้องการการรักษายาบาลที่ดีขึ้น และนำไปสู่ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นตามไปด้วย

4.2.2 การมีและไม่มีประกันสุขภาพ

จากการนำตัวแปรทั้ง 10 ตัวเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.64 ของตัวอย่าง ผลการศึกษาในตารางที่ 3 พบว่ามีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัว ปัจจัยทางด้านที่อยู่ได้แก่ ภาคใต้ ปัจจัยทางด้านสุขภาพได้แก่ การได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม และการนอนพักรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน

จากการนำตัวแปรทั้ง 10 ตัวเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพซึ่งคิดเป็นร้อยละ 93.36 ของตัวอย่าง ผลการศึกษาในตารางที่ 3 พบว่ามีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ตัว ปัจจัยทางด้านที่อยู่ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และเหนือ ปัจจัยทางด้านสุขภาพได้แก่ การได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม การนอนพัก และรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน

จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพ จึงเป็นไปได้ว่าการซื้อประกันสุขภาพเกิดการเลือกอย่างไม่เท่าเทียม (Adverse Selection) ที่ผู้ซื้อประกันสุขภาพ มีการปกปิดข้อมูลบางอย่างเพื่อหวังผลประโยชน์จากการประกันสุขภาพ รวมทั้งเกิดภาวะภัยทางด้านศีลธรรม (Moral Hazard) ที่ทำให้ผู้ที่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมที่เสี่ยงมากขึ้น เนื่องจากผู้เอาประกัน มักจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากที่มีประกันสุขภาพ จึงมีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุขมากขึ้น และมีค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นหลังจากที่มีประกันสุขภาพ (อัมมาร สยามวาลา และคณะ, 2555) เป็นผลทำให้ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของผู้ที่มีประกันสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพ

4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจนอาจเกิดสถานะอันตรายทางการเงิน

การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน เมื่อเข้ารับการรักษาเพื่อบรรเทาการเจ็บป่วยนั้น ก็มักจะมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามมา การจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นหากไม่มีการเตรียมเงินสำรองสำหรับค่ารักษาพยาบาล อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาทางการเงินทำให้ต้องลดค่าใช้จ่ายในส่วนอื่น ๆ ในการดำรงชีวิต เพื่อให้มีเงินเพียงพอที่จะสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตมีมนุษย์ขั้นพื้นฐานได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค หากขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไป จะส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตตามปกติ เพื่อให้เห็นสัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตมีมนุษย์อย่างชัดเจน จึงได้แสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการดำรงชีวิตมีมนุษย์

อาหาร	เครื่องนุ่งห่ม	ยารักษาโรค	รวม
76.26%	12.58%	11.16%	100%

จากการพิจารณาร้อยละของค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในดำรงชีวิตของมนุษย์ของตัวอย่างผู้สูงอายุไทยขนาด 2,122 คน ในตารางที่ 4 พบว่าค่าอาหารโดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 76.26 ดังนั้นหากค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเกินกว่าร้อยละ 30 ของความสามารถในการจ่าย จะส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตตามปกติ จึงจะพิจารณาว่าเกิดสถานะอันตรายทางการเงิน นอกจากนี้ยังพบว่ามี 137 คน (ร้อยละ 6.46) ของตัวอย่างมีรายได้ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตมีมนุษย์ที่แสดงให้เห็นถึงสถานะอันตรายทางการเงินที่เกิดขึ้นถึงแม้ไม่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง นอกจากนี้พบว่าเกิดสถานะอันตรายทางการเงินจากการนิยามดังกล่าว 122 คน (ร้อยละ 5.75) และค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองโดยเฉลี่ยต่อความสามารถในการจ่ายร้อยละ 15.08

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจนอาจเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน

ตัวแปร			B	S.E.	Exp(B)		
ปัจจัยส่วนบุคคล	เพศ	ชาย	-0.169	0.224	0.844		
		หญิง(อ้างอิง)					
	สถานภาพ	โสด/หม้าย/หย่า/แยก	0.538**	0.226	1.713		
		สมรส(อ้างอิง)					
	ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	0.137	0.359	1.147		
		อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	-0.530	1.123	0.588		
		ไม่ได้ศึกษา(อ้างอิง)					
	อายุ		-0.036***	0.013	0.965		
	รายได้ต่อปี	รายได้น้อยที่สุด	2.04***	0.356	7.687		
		รายได้น้อย	1.141***	0.376	3.131		
		รายได้มาก	-1.186*	0.668	0.306		
		รายได้มากที่สุด	-17.455	2336.57	0.000		
		รายได้ปานกลาง(อ้างอิง)					
ปัจจัยด้านที่อยู่	ภูมิภาค	กรุงเทพมหานคร	0.316	0.359	1.371		
		ตะวันออก/เชียงใหม่	0.053	0.380	1.055		
		ใต้	1.069***	0.315	2.911		
		เหนือ	0.120	0.283	1.128		
		กลาง(อ้างอิง)					
	พื้นที่	ในเขตเทศบาล	0.175	0.243	1.191		
		นอกเขตเทศบาล(อ้างอิง)					
		ปัจจัยด้านสุขภาพ	ความคุ้มครอง	สวัสดิการข้าราชการ/ประกันสังคม	0.681**	0.276	1.975
				ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(อ้างอิง)			
			การนอนพักรักษาพยาบาล	นอนพักรักษาอย่างน้อย 1 คืน	1.031***	0.216	2.805
ไม่ได้นอนพักรักษา(อ้างอิง)							
จำนวนโรคเรื้อรัง			-0.043	0.110	0.958		
ประกันสุขภาพ	มีประกันสุขภาพ	0.496	0.389	1.643			
	ไม่มีประกันสุขภาพ(อ้างอิง)						
ค่าคงที่			-2.186**	1.105	0.112		
-2 Log likelihood = 735.035							
Model Chi-Square = 173.26							

Nagelkerke R Square: 0.226, Overall Percentage Correct : 94.2%

จากการนำตัวแปรทั้ง 11 ตัวเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาในตารางที่ 5 พบว่ามีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 6 ตัว ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ สถานภาพ อายุ กลุ่มที่มีระดับรายได้น้อยที่สุด รายได้

น้อย และรายได้มาก ปัจจัยทางด้านที่อยู่ได้แก่ ภาคใต้ ปัจจัยทางด้านสุขภาพได้แก่ การได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม การนอนพัก และรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน ผู้ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก จะมีโอกาสที่จะเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินสูงกว่าผู้ที่สมรส ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอาจจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพใจได้มากกว่าผู้ที่สมรส ส่งผลให้สุขภาพกายเจ็บป่วยไปด้วย รวมทั้งไม่มีลูกหลานที่จะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระค่ารักษาพยาบาล ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินสูง จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติกพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน เมื่ออายุมากขึ้น จะมีโอกาสในการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินลดลง เมื่อมีอายุมากขึ้นการเจ็บป่วยย่อมจะมากขึ้น ทำให้ค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นตามไปด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักจะได้รับการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลจากลูกหลานและคนในครอบครัว ทำให้ไม่ต้องรับภาระหนักในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โอกาสในการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินจะลดลงตามไป จะเห็นได้ว่าการนอนพักรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คืนเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองและการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน และสอดคล้องกับผลการศึกษาหายนะและความยากจนที่ได้รับผลกระทบจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในประเทศไทย(Catastrophic and poverty impacts of health payment in Thailand) ที่พบว่า การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชน จะทำให้เกิดหายนะทางด้านค่าใช้จ่าย(Catastrophic Expenditure) และความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น (SuponLimwattananano et al., 2007) นอกจากนี้การได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมมีโอกาสในการเกิดสภาวะอันตรายมากขึ้น โดยมีกลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มอ้างอิง เมื่อขณะที่การได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีโอกาสในการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินลดลง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ช่วยให้ประชาชนลดภาระค่ารักษาพยาบาล และช่วยป้องกันการเกิดปัญหาภาวะล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล(นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับเศรษฐกิจพอเพียง)

5. สรุป

จากการศึกษาค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจำแนกตามสิทธิความคุ้มครองที่ได้รับ การได้รับสิทธิความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองแก่คนไทยที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม แต่กลับมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่ำกว่า ในขณะที่การได้รับความคุ้มครองจากการสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม กลับต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงกว่า อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลที่จำแนกตามความคุ้มครองที่ได้รับ อาจจะไม่ได้สะท้อนค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปีพ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 38.41 ของผู้ที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาไม่ใช้สวัสดิการที่ตนเองมี ดังนั้นแม้ว่าทราบว่าคุณป่วยได้รับความคุ้มครองแบบใดไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยคนดังกล่าวจะใช้สิทธิความคุ้มครองที่ตนเองมีเมื่อเข้ารับการรักษา

การนอนพักรักษาพยาบาลค้างคืนยังคงเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองและการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงิน เนื่องจากการนอนพักรักษาพยาบาลค้างคืนจะเกิดค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าจะได้รับความคุ้มครองสุขภาพใดก็ไม่สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายจากการนอนพักรักษาพยาบาลค้างคืนทั้งหมดได้ ดังนั้นในการเตรียมตัวเข้าสู่สังคมวัยสูงอายุควรจะต้องคำนึงในการนอนพักรักษาพยาบาลค้างคืนที่ อาจจะเกิดขึ้น สำหรับทางด้านผู้ให้ความคุ้มครองสุขภาพควรจะเพิ่มความคุ้มครองในการนอนพักรักษาพยาบาลค้างคืนเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งภาครัฐควรเข้ามากำกับดูแลให้ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการนอนพักรักษาพยาบาลค้างคืนไม่ให้สูงเกินกว่าที่ควรจะเป็น

การซื้อประกันสุขภาพเป็นหนึ่งในการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินที่ช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต แต่จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพมีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง

สูงกว่าผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ จึงเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพอาจจะไม่ได้ซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น หรือซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง แต่การพิจารณาเพียงแค่ว่าค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง ไม่สามารถสรุปได้ว่าการมีประกันสุขภาพไม่ได้ช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากการพิจารณาค่ารักษาพยาบาลเป็นการพิจารณาในเรื่องของตัวเงินเพียงอย่างเดียว ไม่ได้สะท้อนถึงคุณภาพ ความพอใจ และความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าการที่ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจะสูงขึ้น เป็นการซื้อการบริการทางด้านการรักษาพยาบาลที่ต่ำ

5.1 ข้อจำกัดงานวิจัย

ตัวแปรที่นำมาศึกษาเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเงินผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่เปิดเผยตามข้อเท็จจริงหรืออาจให้ข้อมูลผิดพลาดเนื่องจากเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นย้อนหลัง 2 ปี จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แท้จริง

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการพิจารณาค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจนอาจเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินพบว่า มีผู้เกิดสภาวะอันตรายทางการเงินเพียงร้อยละ 6.46 เนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองซึ่งเกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 ก่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่าย อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนพบว่าค่าเวชภัณฑ์และค่าตรวจรักษาพยาบาลมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ความต้องการการรักษาพยาบาลก็ย่อมเพิ่มขึ้น และทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น โดยที่ค่ารักษาในโรงพยาบาลเอกชนมักมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าในสัดส่วนของผู้ที่จะเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินจะเพิ่มมากขึ้น ถือเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

5.3 กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัย “ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย” ปี 2558 โดยสำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(นิด้า)

5.4 เอกสารอ้างอิง

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2559). สารประชากร มกราคม 2559, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2553). ประชากรไทยในอนาคต
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, พัชรียา สุวรรณศรี, อาริวรรณ เขียวชาญวัฒนา. (2553). ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนจากความเจ็บป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอาจสามารถไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2553; 6(2) 52-66
- ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภัฏญนา ดิษยาธิคม (2548). ระหว่างคนจนกับคนรวยใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550พ.ค.-มิ.ย.; 16 (ฉบับเพิ่มเติม): 20-36
- วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชนา ณ ระนอง, ศศิวิทย์ วงศ์มณฑา. (2548). ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาทย ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558
- สิริกาญจน์ กมลปิยะพัฒน์ (2558). การตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดกรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- อัมมาร สยามวาลา, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555). ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, มงคล ณ สงขลา, อรุณ จิรวัดน์กุล, ยงยุทธ ขจรธรรม, นภาพร ชโยวรรณ (2538). การสำรวจสุขภาพประชากร อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2538.
- Owen O'Donnell, Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff, Magnus Lindelow (2008). Analyzing health equity using household survey data. Washington, D.C. : World Bank
- Kong Van Minh, Nguyen Thi Kim Phuong, Priyanka Saksena, Chris D. James, Ke Xu, (2002-2010). Financial burden of household out-of-pocket health expenditure in Viet Nam
- Supon Limwattananano, Viroj Tangcharoensathien, Phisit Prakongsai (2007). Catastrophic and poverty impacts of health payments
- Xiaohong Li, Jay J Shen, Jun Lu, Ying Wang, Mei Sun, Chengyue Li, Fengshui Chang, Mo Hao (2008). Household catastrophic medical expenses in eastern China. BMC Health Services Research 2013
- Supasit Pannarunothaip, Anne Mills (1997). The poor pay more : Health-related inequality in Thailand
- Ke Xu, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J L Murray (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis
- Eddy Van Doorslaer, Owen O'Donnell, Ravindra P. Rannan-Eliya, Aparnaa Somanathan, Shiva Rajadhikari, Charu C. Garg, Deni Harbianto, Alejandro N. Herrin, Mohammed Nazmul Huq, Shamsia Ibragimova, Anup karan, Tae-Jin Lee, Gabriel M. Leung, Jui-Fen Rachel Lu, Chiu Wan Ng, Badri Raj Pande, Rachel Racelis, Sihai Tao, Keith Tin, Kajana Tisayaticom, Laksono Trisnantoro, Chitpranee Vasavid and Yuxin Zhao (2007). Catastrophic payments for health care in Asia
- Borsch-Supan, A., Jürges, H., & Lipps, O. (2003). SHARE: Building a panel survey on health, aging and retirement in Europe. Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.