



ปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าในการใช้สิทธิการรักษาจริง

Factors Affecting the Additional Payment of the Universal Health Care Users

Received: March 26, 2020

Revised: May 3, 2020

Accepted: May 4, 2020

บนทร์ วรพากนิชช Non Vorlapanit^{1,*}, อัครนันท์ ดิดสม Akaranant Kidsom²

^{1,2} Ph.D., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

^{1,2} Ph.D., Assistance Professor, Department of Economics, Faculty of Economics, Kasetsart University,
Bangkok, Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการใช้สิทธิการรักษาจริง รวมทั้งวิเคราะห์เหตุผล ความจำเป็น และรายการของรายจ่ายส่วนเพิ่ม โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 500 ราย แบ่งเป็น ผู้ที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 400 คน และ ไม่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 100 คน บริเวณพื้นที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลรัฐฝั่งพระนคร 1 โรงพยาบาล และฝั่งธนบุรี 1 โรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การถดถอยโลจิสติกส์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงวัยหญิง กลุ่มวัยทำงานชาย และกลุ่มวัยทำงานหญิง

ผลวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ พบว่า ความเร่งด่วนในการต้องการรักษาและการเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มในทิศทางเดียวกัน ในขณะที่คุณภาพแพทย์ คุณภาพยาและเวชภัณฑ์ และคุณภาพโดยรวมของการรักษาตามสิทธิมีผลต่อการมีรายจ่าย

* E-mail address: feconov@ku.ac.th; dr.nonv@gmail.com

ส่วนเพิ่มในทิศทางตรงกันข้าม ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งพบว่า ในกรณีที่มีความเร่งด่วนในการต้องรักษาและการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือในกรณีที่คุณภาพแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์นั้นมีคุณภาพต่ำหรือไม่ครอบคลุม ทำให้มีโอกาสเกิดรายจ่ายส่วนเพิ่มเกิดขึ้น

ผลการวิเคราะห์รายการของรายจ่ายส่วนเพิ่มจากแบบสอบถาม ประกอบด้วย ค่ายา และเวชภัณฑ์ มีกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่ามียาจ่ายส่วนเพิ่ม ร้อยละ 87.75 ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 78.25 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นทางการอื่น ๆ ได้แก่ ค่าคลินิกนอกเวลา ค่าห้องพักรักษาตัว ค่าอาหาร เดินทาง ร้อยละ 75.50 ค่าปรึกษาเฉพาะโรค ร้อยละ 44.00 และ ค่าผ่าตัดพิเศษ ร้อยละ 41.75 ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าวัคซีนสำหรับบุตร ค่าเอ็กซเรย์ และค่าห้อง

ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มในกลุ่มของค่ายาและเวชภัณฑ์ และค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และควรกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย การดำเนินการโดยบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน เน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายที่เริ่มและมีความเสี่ยงที่จะมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนพิจารณาเลือกการจัดสรรงบประมาณรายหัวตามสิทธินี้ โดยเชื่อมโยงกับระดับของคุณภาพแพทย์ คุณภาพยาและเวชภัณฑ์ คุณภาพโดยรวมของการรักษา และการกำกับติดตามความเชิงคุณภาพการใช้สิทธิรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการประสานงานส่งต่อ

คำสำคัญ: ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, บัตรทอง, 30 บาท, รายจ่ายส่วนเพิ่ม, ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

ABSTRACT

This research aims to study the factors affecting the additional payment of the universal health insurance users and to analyze reasons and list of additional expenses. The data were collected from 500 participants who use the universal health insurance rights, dividing into two groups: 400 people with the additional payment and 100 people without the additional payment in the area of Phra Nakhon and Thonburi, one hospital each. A quantitative analysis of Logistic Regression is applied. For qualitative analysis, focus groups and depth interview are applied with 4 groups of participants: the elderly men group, elderly women group, male working group, and female working group.

The results taken from the logistic regressions revealed that the urgency of treatment and chronic illness positively affected the additional payment. On the other hand, a factor of the quality of doctors, quality of medicines, medical supplies, and the overall quality of treatment affected the additional payment in the opposite direction. Corresponding with the results of the focus groups and depth interviews, which can be summarized that in the case of

urgency in treatment or case of chronic illness or low quality of doctors, medicines and medical supplies, users have a chance to have the additional payments.

The results from the questionnaires showed a list of the additional payments. In case of the cost of drugs and medical supplies, the target samples said that 87.75% found themselves needing to pay this part. Another 78.25%, 75.50%, 44.00%, and 41.75% of the samplings had the additional payments for the cost of medical tools and equipment, other informal expenses (i.e. part-time clinical fees, accommodation fees, food and travel expenses), specific consultation fees, and the extra surgery expenses respectively. These results were confirmed by the focus groups and depth interviews findings i.e. the additional payments were the expenses regarding travel expenses, medicine and medical supplies, infant vaccination fees, X-ray fees, and accommodation fees.

The government should support additional budgets for medicine and medical supplies and medical tools and equipment expenses. An integrated strategy for all related parts should be formulated in order to change people's attitudes and health behaviors. The main focus is on the risky groups or on the early stage groups of patients with chronic illnesses. The government should allocate the per-head budgeting with a link to medical doctor quality, quality of medicine and medical supplies, and the overall quality of treatment. Also, the government should monitor the quality of emergency treatment and referral coordination for the beneficiaries.

Keywords: The Universal Health Care System, Gold card, 30 baht, Additional payment, Additional expense

บทนำ

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิที่คนไทยพึงจะได้รับตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ช. (4) การปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน สอดคล้องกับ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ระบุสิทธิการรับบริการสาธารณสุขในประเด็นของการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ การได้รับบริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉิน และการได้รับ

บริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และประเด็นสำคัญอื่น (ราชกิจจานุเบกษา, 2560; สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2545)

รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560 แสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานด้านการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทย โดยในปีงบประมาณนี้มีประชากรผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal coverage scheme : UCS) 48.80 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 98.58 ของประชากรเป้าหมายตามสิทธินี้ โดยได้รับจัดสรรงบประมาณรวมทั้งสิ้น 169,752.42 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6.21 ของงบประมาณประเทศ โดยผลการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบ่งได้เป็น 5 ประเด็น ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

ตารางที่ 1: ผลการดำเนินงานของการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผลการดำเนินงานโดยสรุป
1. การเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	- มีการเบิกจ่ายจำนวน 127,651.36 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 100.16 ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรร
2. การใช้บริการสุขภาพของผู้มีสิทธิ	- มีการใช้บริการสุขภาพ ใช้บริการกรณีเฉพาะ และใช้บริการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่มากกว่าเป้าหมายที่ได้รับจัดสรร - มีการใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนของ การรับวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ น้อยกว่าเป้าหมายที่ได้รับจัดสรร
3. คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	- มีหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ร้อยละ 92.98 - ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 95.66
4. การคุ้มครองสิทธิ	- ให้บริการสอบถามข้อมูล รับเรื่องร้องเรียน รับเรื่องร้องทุกข์ และประสานส่งต่อ จำนวน 764,887 เรื่อง - การช่วยเหลือกรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลตามมาตรา 41 มีผู้ยื่นคำร้อง 823 คน ได้รับการชดเชย 612 คน คิดเป็นวงเงินชดเชย 160 ล้านบาท - จัดตั้งเครือข่ายงานคุ้มครองสิทธิ ได้แก่ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ 885 แห่ง ศูนย์ประสานงานภาคเอกชน 146 แห่ง
5. การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 99.49 เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และสมทบเงินเข้ากองทุนนี้ จำนวน 1,233 ล้านบาท

ที่มา: สรุปจากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

แม้ว่าการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560 จะมีผลการดำเนินการที่ประสบผลสำเร็จหลายประการ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงประเด็นการคุ้มครองสิทธิ สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ พบว่า จากจำนวนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิ 764,887 เรื่อง ประกอบด้วยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน จำนวน 4,638 เรื่อง โดยหากจำแนกประเด็นของการ ร้องเรียนจำแนกได้เป็น 4 ประเด็น ดังนี้

ตารางที่ 2: การรับเรื่องร้องเรียนจำแนกรายประเด็น

ประเด็นการร้องเรียน	ปี 2556 (ร้อยละ)	ปี 2557 (ร้อยละ)	ปี 2558 (ร้อยละ)	ปี 2559 (ร้อยละ)	ปี 2560 (ร้อยละ)
1) การไม่ได้รับบริการตามสิทธิฯ	1575 (35.63)	1341 (35.03)	1580 (37.01)	1678 (38.09)	1689 (36.42)
2) การถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงิน	1010 (22.85)	855 (22.34)	956 (22.39)	979 (22.23)	1143 (24.64)
3) การไม่ได้รับความสะดวกในการใช้บริการ	1039 (23.51)	957 (25.00)	1013 (23.73)	1023 (23.22)	1073 (23.14)
4) การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการ	796 (18.01)	675 (17.63)	720 (16.87)	725 (16.46)	733 (15.80)
จำนวนและร้อยละของประเด็นการร้องเรียน	4420 (100)	3828 (100)	4269 (100)	4405 (100)	4638 (100)

ที่มา: สรุปจากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

จากประเด็นการร้องเรียนโดยเฉพาะในส่วนของการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่ มีสิทธิเรียกเก็บเพิ่มเติมนี้ ข้อมูลสถิติแสดงให้เห็นว่าตลอดระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนเรื่อง ร้องเรียนในประเด็นนี้ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในปี 2560 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 164 เรื่อง รวมทั้งมี ร้อยละของประเด็นการร้องเรียนที่เป็นประเด็นเดียวกันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2560 จัดเป็น อันดับ 2 รองจากการไม่ได้รับบริการตามสิทธิ

จากประเด็นดังกล่าวนี้ หากพิจารณาร่วมกับภาระรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนจากวิเคราะห์ ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ครัวเรือนที่ เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) มากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือนระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 2.01 ปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 2.06 และ ปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 2.09 ซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษาดังกล่าว ประกอบเชิงสำรวจของความตระหนักรู้และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วน หน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร (2562) ที่ให้ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาว่า สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมต้นทุนรายจ่ายส่วนเพิ่มที่ เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการตามสิทธิ (นนท์ วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คิตสม, 2562; สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

ดังนั้น งานวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนที่เพิ่ม และเหตุผล ความจำเป็น และรายการของรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการใช้สิทธิการรักษาจริง ทั้งนี้ เพื่อทำความเข้าใจว่าหากจะมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจะมาจากรายจ่ายในส่วนใด และมีเหตุผล ความจำเป็นอย่างไรในการจ่าย และหากจะลดรายจ่ายในส่วนนี้ให้เหมาะสมที่สุดควรจะให้มีความสำคัญกับการพัฒนาแนวนโยบายหรือปัจจัยในส่วนใด

คำถามนำวิจัย

1. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อต้องใช้สิทธิการรักษาจริง
2. มีเหตุผลหรือความจำเป็นใดที่สำคัญที่ทำให้เกิดรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการใช้สิทธิการรักษาจริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการใช้สิทธิการรักษาจริง
2. เพื่อศึกษาเหตุผล ความจำเป็น และรายการของรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการใช้สิทธิการรักษาจริง

ประโยชน์ของการวิจัย

การทราบถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรายจ่ายส่วนเพิ่ม โครงสร้างรายจ่ายส่วนเพิ่ม และปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถนำไปวางแผนนโยบายเพื่อลดการร้องเรียนในส่วนของกรถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ โดยเสนอทางเลือกการให้บริการเพิ่มเติมที่เหมาะสมกับรายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดขึ้นในการใช้สิทธิการรักษาจริง

นิยามศัพท์

ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง ผู้ที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือบัตรทอง และใช้สิทธินี้ในการดูแลหรือรักษาพยาบาลภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

รายจ่ายส่วนเพิ่ม หมายถึง เงินที่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต้องเสียเพิ่มเติมจากสิทธินี้ อาทิ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นทางการ และค่าใช้จ่ายพิเศษที่ต้องจ่ายเพิ่มในส่วนอื่น ๆ

การทบทวนวรรณกรรม

1. ระบบประกันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรายจ่ายที่สำคัญ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบที่มีความสำคัญมากในการบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิประโยชน์ ได้แก่ 1) การรับบริการตรวจรักษาอย่างครอบคลุมทุกโรค 2) การเข้ารับการผ่าตัดทุกโรคและการทำคลอด 3) ได้รับสิทธิค่าห้อง ค่าอาหาร กรณีผู้ป่วยสามัญ 4) การคุ้มครองดูแลสุขภาพเด็ก 5) การรับบริการให้คำปรึกษา โดยภาครัฐสนับสนุนงบประมาณ และจากข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2560 มีประชากรที่มีสิทธิด้านสุขภาพ (ที่ไม่ใช่สิทธิประกันสุขภาพเอกชนที่ทำเพิ่มเติม) จำนวน 66,611,083 คน โดยสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสำคัญที่สุด ครอบคลุมประชากร จำนวน 48,084,479 คน คิดเป็นร้อยละ 72.19 รองลงมา คือ สิทธิประกันสังคม จำนวน 11,613,665 คน คิดเป็นร้อยละ 17.44 และสิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ จำนวน 4,749,231 คน คิดเป็นร้อยละ 7.13 โดยการดำเนินการพัฒนาระบบนี้มุ่งเน้นการพัฒนาให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4 (แผนระยะที่ 4: พ.ศ. 2560-2564) มีวิสัยทัศน์ คือ ทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ และได้กำหนดเป้าประสงค์ไว้ 3 ประการ คือ ประชาชนเข้าถึงบริการ (C: Effective, equitable and responsive Coverage) การเงินการคลังมั่นคง (S: Safe financing system) ดำรงธรรมาภิบาล (G: Good Governance) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561ก)

จากเป้าประสงค์ทั้ง 3 ประการนั้น เป้าประสงค์ด้านการเงินการคลังมั่นคงที่กำหนดว่า 1) ร้อยละรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ อยู่ระหว่างร้อยละ 4.6 ถึง 5.0 2) ร้อยละรายจ่ายสุขภาพเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาล อยู่ระหว่างร้อยละ 17 ถึง 20 3) ร้อยละของครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) ไม่เกินร้อยละ 2.3 4) ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกิน 0.4 จึงเป็นสิ่งที่พิจารณาต้องให้ความสำคัญว่าจะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์นี้หรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ เนื่องจากหากพิจารณาจากโครงสร้างประชากรที่มีแนวโน้มสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลจากโครงการศึกษาด้านโครงสร้างเศรษฐกิจไทยที่มีนัยต่อการดำเนินนโยบายของธนาคารแห่งประเทศไทย (2561) พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านจากสังคมสูงวัย (Aging society) ที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 เป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged society) ที่มีมากกว่าร้อยละ 14 โดยในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรในกลุ่มนี้ร้อยละ 10 และในปี พ.ศ. 2563 ประชากรในกลุ่มนี้จะเพิ่มเป็นร้อยละ 13 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการ

พัฒนาประเทศไทย (2561) ที่ได้ประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากประมาณ ร้อยละ 10 ก่อนปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 13 ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 และหากพิจารณาตามหลักการของ OECD ที่พิจารณาปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร 2) ปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ รายได้ เทคโนโลยีการรักษา โดยเปรียบเทียบความยืดหยุ่นของรายได้ต่อค่ารักษาพยาบาล พบว่า ในอีก 15 ปีข้างหน้า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยจะอยู่ที่ประมาณ 4.8 แสนล้านบาท และหากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ค่าใช้จ่ายนี้อาจเพิ่มขึ้นไปถึง 1.4 ล้านล้านบาท

หากวิเคราะห์จากงบประมาณที่สนับสนุนในระบบนี้ พบว่า งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมาโดยมีอัตราเจริญเติบโตแบบทบต้นร้อยละ 3.84 มี สัดส่วนจากการเพิ่มของเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐมากกว่างบประมาณกองทุนฯ ที่ไม่รวมเงินเดือน โดยงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนประชากรที่มีสิทธิตามกองทุนนี้ที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก นอกจากนี้ หากพิจารณาจากร้อยละของงบประมาณกองทุนฯ ต่องบประมาณ ประเทศ และร้อยละของรายจ่ายสุขภาพรวมต่อ GDP พบว่า งบประมาณในส่วนนี้ยังสามารถขยายเพิ่มเติมตามกรอบเป้าประสงค์ด้านการเงินการคลังมั่นคงได้อีกโดยร้อยละของงบประมาณกองทุนฯ ต่อ งบประมาณประเทศ สามารถขยายเพิ่มได้ร้อยละ 13.79 และร้อยละของรายจ่ายสุขภาพรวมต่อ GDP สามารถขยายเพิ่มได้ร้อยละ 0.9 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

อย่างไรก็ดี หากวิเคราะห์ร่วมกับรายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทย ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีโดยมีอัตราเจริญเติบโตแบบทบต้น ร้อยละ 4.05 โดยมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับภาครัฐร้อยละ 77 และเป็น ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับภาคเอกชนร้อยละ 23 ทั้งนี้ หากประมาณการย้อนกลับ พบว่า ปี 2557 รายจ่าย สุขภาพต่อคนต่อปีที่ควรเป็นค่าใช้จ่ายของภาครัฐอยู่ที่ประมาณ 6,133.82 บาท และรายจ่ายสุขภาพต่อ คนต่อปีที่ควรเป็นค่าใช้จ่ายของภาคเอกชนอยู่ที่ประมาณ 1,832.18 บาท ในขณะที่งบประมาณกองทุน เฉลี่ยต่อประชากรที่มีสิทธิ 3,158 บาทต่อปี สะท้อนให้เห็นว่า ภายใต้งบประมาณที่จำกัด ประชาชน ยังคงมีส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายของภาคเอกชนที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมทั้งในส่วนของการใช้จ่ายของภาคเอกชนที่ จะเกิดขึ้นโดยเฉลี่ยในแต่ละบุคคลประมาณ 1,832.18 บาทต่อปี และอาจหมายรวมถึงส่วนต่างระหว่าง งบประมาณกองทุนฯ กับรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีที่ควรเป็นค่าใช้จ่ายของภาครัฐ สอดคล้องกับตาราง การรับเรื่องร้องเรียนจําแนกรายประเด็นในหัวข้อการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงิน ที่พบว่า ส่วนต่างที่ เกิดขึ้นนี้บางส่วนอาจถูกผลักภาระค่าใช้จ่ายไปยังประชาชนเพิ่มเติม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2561)

ตารางที่ 3: งบประมาณสำคัญของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบประมาณสำคัญของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ล้านบาท)	140.61	141.54	154.26	153.15	163.15	169.75
- งบประมาณกองทุนฯ ที่ไม่รวมเงินเดือน	107.81	108.74	115.88	114.96	123.01	127.44
- เงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ	32.80	32.80	38.38	38.19	40.14	42.31
จำนวนประชากรที่มีสิทธิตามกองทุนนี้ (ล้านคน)	48.62	48.61	48.85	48.39	48.37	48.80
งบประมาณกองทุนเฉลี่ยต่อประชากรที่มีสิทธิ (บาท)	2,892	2,912	3,158	3,165	3,373	3,478
ร้อยละของงบประมาณกองทุนฯ ต่อ งบประมาณประเทศ	5.91	5.90	6.11	5.95	6.00	6.21
รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทย (ล้านบาท)	474,301	476,430	500,476	-	-	-
ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพรวมต่อ GDP	4.2	4.0	4.1	-	-	-
รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี (บาท)	7,358	7,354	7,966	-	-	-
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐกับภาคเอกชน	78 : 22	77 : 23	77 : 23	-	-	-

ที่มา: สรุปจากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2555-2560

สอดคล้องกับงานวิจัยของ European Hospital and Healthcare Federation (2015) ศึกษาเรื่อง Out-of-pocket payment in healthcare systems in the European Union พบว่า ประเทศในยุโรปที่ศึกษาจำนวน 24 ประเทศ ทุกประเทศใช้ระบบการจ่ายตรง (Direct payment) ร่วมกับการแบ่งปันค่าใช้จ่าย (Cost sharing) แบบระบบจ่ายร่วม (Co-payment) นอกจากนี้ ยังพบว่า มีอีก 11 ประเทศ อาทิ ออสเตรเลีย เบลเยียม เยอรมนี และโปรตุเกส ที่ใช้ระบบการแบ่งปันค่าใช้จ่าย (Cost sharing) แบบระบบประกันร่วม (Co-insurance) เพิ่มเติม คิดเป็นร้อยละ 45.83 อีกทั้งมีอีก 10 ประเทศ อาทิ โครเอเชีย กรีซ ฮังการี ที่มีการจ่ายนอกเหนือจากปกติ (Informal payment) เพิ่มเติม คิดเป็นร้อยละ 41.67 ซึ่งทั้งหมดนี้ สะท้อนให้เห็นว่า การที่ประชาชนในประเทศกลุ่มยุโรปใช้บริการในระบบสุขภาพของแต่ละประเทศนั้น มีรายจ่ายส่วนเพิ่ม (Additional payment) ที่ประชาชนในกลุ่มนี้จะต้องจ่ายเพิ่มเติมทั้งการจ่ายจากระบบประกันของประเทศและการจ่ายนอกเหนือจากจ่ายปกติ (Informal payment)

2. รายจ่ายส่วนเพิ่มจากการใช้บริการระบบสาธารณสุข

รายจ่ายส่วนเพิ่มของประชาชนที่เกิดจากการใช้บริการระบบสาธารณสุข หากวิเคราะห์จากงานวิจัยเรื่อง Out-of-pocket payment in healthcare systems in the European Union (2015) พบว่าการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มนั้นเกิดจาก 2 ลักษณะ ได้แก่

1. รายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดจากระบบสุขภาพ เป็นรายจ่ายที่เกิดขึ้นจากการออกแบบระบบเมื่อประชาชนมีการใช้บริการทางด้านสุขภาพ จะต้องจ่ายมีรายจ่ายส่วนเพิ่มเกิดขึ้นโดยทุกประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปที่ศึกษานั้นใช้ระบบการแบ่งปันค่าใช้จ่าย (Cost sharing) แบบระบบจ่ายร่วม (Co-payment) ทำให้ประชาชนจะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มเท่ากันสำหรับการใช้บริการทุกครั้ง ในขณะที่บางประเทศเพิ่มระบบการแบ่งปันค่าใช้จ่าย (Cost sharing) แบบระบบประกันร่วม (Co-insurance) ทำให้ประชาชนจะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มที่กำหนดจากร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการเข้ารับบริการ ซึ่งในระบบประกันร่วมนี้สะท้อนให้เห็นว่าเป็นการจ่ายโดยค่านึงถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการ เช่น ค่าแพทย์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น

2. รายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดนอกเหนือจากระบบปกติ (Informal payment) เป็นรายจ่ายพิเศษที่เกิดจากการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการที่เกิดขึ้นเพื่อให้เข้าถึงการรักษาหรือได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น โดยสามารถสรุปจากงานวิจัยได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การจ่ายเพื่อได้รับบริการที่ดีกว่า เช่น ระยะเวลารอคิวที่สั้นกว่า การเข้าถึงบริการที่จำเป็น การเข้าถึงบริการของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ และ 2) การจ่ายเพื่อการรับบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม เช่น การผ่าตัดศัลยกรรม การให้คำปรึกษา

ประเทศที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดนอกเหนือจากระบบปกติ ได้แก่ ประเทศบัลแกเรีย โครเอเชีย ไชปรัส เอสโทเนีย กรีซ ฮังการี อิตาลี แลทเวีย ลิทัวเนีย และโปแลนด์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 4: ตัวอย่างรายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดนอกเหนือจากระบบปกติ (Informal payment)

ประเทศ	ตัวอย่างรายจ่ายส่วนเพิ่ม
Bulgaria	การจ่ายเพื่อการเลือกแพทย์และทีมแพทย์
Croatia	การจ่ายพิเศษเพื่อให้ได้รับบริการที่จำเป็น
Cyprus	การให้ของพิเศษแก่แพทย์เฉพาะทางเพื่อให้ลูกได้เข้ารับรักษา
Estonia	การจ่ายเพื่อให้ได้รับบริการที่เร็วกว่า การจ่ายหลังได้รับการรักษา
Greece	การจ่ายเพื่อให้ผู้ป่วยนอกเข้าถึงการรักษา
Hungary	การบริจาคให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีรายได้น้อย
Italy	การให้ของขวัญให้แพทย์ที่ไปเยี่ยมบ้าน
Poland	การจ่ายเพื่อให้ได้รับบริการในโรงพยาบาลรัฐ

สำหรับรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยที่ทำการศึกษาคจะครอบคลุมทั้งรายจ่ายที่วิเคราะห์จากต้นทุนรายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการ เช่น ค่าแพทย์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ และรายจ่ายพิเศษที่เกิดจากการ

จ่ายอย่างไม่เป็นทางการเพื่อได้รับบริการที่ดีกว่าและได้รับบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม รวมไปถึงสิ่งตอบแทนเสมือนรายจ่าย เช่น ของกำนัล ของขวัญ เป็นต้น

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หากวิเคราะห์เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ จากตารางที่ 4 สรุปงานวิจัย แสดงให้เห็นว่า การวิจัยเชิงปริมาณนอกเหนือจากสถิติเชิงพรรณนาที่ใช้อธิบายข้อมูลพื้นฐานแล้ว การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจะใช้สถิติ Chi-Square Test ในการทดสอบ และหากเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดนอกเหนือจากระบบปกติในกรณีตัวแปรตามเป็นนามบัญญัติและอันดับจะใช้ Logistic Regression ในประเภทย่อยต่าง ๆ โดยหากข้อมูลเป็นการจัดอันดับจะใช้ Ordered Logistic Regression และหากข้อมูลมีลักษณะที่มีการตัดจบข้อมูลหรือตัดข้อมูลออกบางช่วงจะใช้ Truncated Method ในขณะที่ตัวแปรตามเป็นช่วงและอัตราส่วนจะใช้ Multiple Regression นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพในส่วนของการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการสัมภาษณ์เชิงลึกและการติดตามผลผ่าน Skype ได้ถูกนำมาเพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกและความเข้าใจต่อยอดเรื่องสาเหตุที่ทำให้เกิดรายจ่ายส่วนนี้ขึ้น

หากวิเคราะห์ถึงตัวแปรอิสระที่ใช้ในการอธิบายว่าเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ พบว่า ช่วงอายุ รายได้ ครอบครัว การมีงานทำ และการมีประกันพื้นฐานมีความสัมพันธ์เชิงบวกที่รายจ่ายประเภทนี้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และในทิศทางเดียวกัน การจ่ายเพื่อได้รับบริการที่ดีขึ้น การที่ผู้ป่วยเป็นผู้หญิง การแสดงเป็นนัยยะว่าควรจ่ายเพิ่มเติม การจ่ายเพื่อได้รับบริการพิเศษ และการจ่ายเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ มีความสัมพันธ์เชิงบวกที่รายจ่ายประเภทนี้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในขณะที่ขนาดของครอบครัว การอยู่อาศัยในเขตเมือง และจำนวนผู้ใหญ่ในครัวเรือน มีความสัมพันธ์เชิงลบที่รายจ่ายประเภทนี้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

นอกจากนี้ ผลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นว่า สาเหตุของการมีรายจ่ายประเภทนี้จะต้องวิเคราะห์จากทั้งมุมมองของผู้จ่ายเงิน ผู้ดูแล และสิทธิประโยชน์ของการประกันที่อาจไม่ครอบคลุมเพียงพอ รวมทั้งรายจ่ายประเภทนี้สามารถเกิดขึ้นจากความรู้สึกถึงบุญคุณและการตอบแทนที่เกิดขึ้น หรือในมุมมองของการวินิจฉัยว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาที่สามารถเกิดขึ้นได้

จากที่กล่าวมา ระเบียบวิธีการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาในเรื่องนี้จะช่วยอธิบายว่า ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนที่เพิ่มขึ้น คณะผู้วิจัยจึงใช้การเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อให้ทราบว่าการกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการตามสิทธิที่จริงแล้วให้ความสำคัญกับปัจจัยใดที่จะทำให้มีรายจ่ายส่วนเพิ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณผ่านแบบจำลอง Logistic Regression และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจทั้งภาพรวมในปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเข้าใจเชิงลึกของแต่ละบุคคลและกลุ่มบุคคล

ตารางที่ 5: สรุปงานวิจัย

ชื่อเรื่อง (ปี)	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ตัวแปร/การอธิบาย
Structural Equation Model for Awareness, Accessibility and Utilization of Thailand Universal Health Coverage System (2019)	เพื่อสำรวจผลที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้ Structural Equation Model (SEM)	1) ความตระหนักรู้และการเข้าถึงระบบนี้** ที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการใช้ประโยชน์ระบบนี้เพิ่มขึ้น 2) การมีความรู้ด้านสิทธิ** ที่เพิ่มขึ้น เช่น สิทธิในการเงิน สิทธิการได้เงินชดเชย ส่งผลต่อการใช้ประโยชน์และการเข้าถึงระบบนี้เพิ่มขึ้น
Factors Influencing on Informal Payments in Healthcare Systems: A Systematic Review (2017)	เพื่อจำแนกประเภทและวิเคราะห์สาเหตุของการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการ ใช้ Document Research จากบทความ 30 บทความ	<u>การจ่ายอย่างไม่เป็นทางการ</u> 1) มุมมองของผู้จ่ายเงิน: ต้องการบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้น การเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นหรือเพื่อประหยัดเวลา 2) มุมมองของผู้ดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์คือ ค่าแรงต่ำและอัตราภาษี การชำระเงินที่ไม่สม่ำเสมอจากบริษัทประกันภัย 3) ความไม่ครอบคลุมของการประกัน
Informal Payments and Health System Governance in Serbia: A Pilot Study (2017)	เพื่อวิเคราะห์การรับรู้ของเจ้าหน้าที่รัฐต่อการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการในระบบการดูแลสุขภาพและเชื่อมโยงกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการติดตามผ่าน Skype	<u>การจ่ายอย่างไม่เป็นทางการ</u> การจ่ายอย่างไม่เป็นทางการส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับการดูแลผู้ป่วยโดยจ่ายให้กับบุคลากรที่มีเงินเดือนน้อยเพื่อให้ได้รับบริการที่ดีกว่า เร็วกว่า ไม่ถูกปฏิเสธการรักษา และเพื่อแสดงความขอบคุณ
Patterns of Informal Patient Payments in Bulgaria, Hungary and Ukraine: A Comparison across Countries, years and type of services (2017)	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการของทั้งสามประเทศ ใช้ Binary Logistic และ Multiple Linear Regression	<u>การมีการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการในแต่ละปี</u> 1) การอยู่อาศัยในเขตเมือง (-)* 2) การจ่ายเพื่อได้รับบริการที่ดีขึ้น (+)* 3) การที่ผู้ป่วยเป็นผู้หญิง (+)* 4) รายได้ครัวเรือน (+)*
Factors Affecting the Informal Payments in Public and Teaching Hospitals (2016)	เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการในโรงพยาบาลรัฐและโรงเรียนแพทย์ ใช้ Chi-Square test	<u>การมีการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการ</u> 1) สถานภาพสมรส* 2) ประเภทของโรงพยาบาล**
Socioeconomic Factors Affecting Informal Payments in the Health Sector (2016)	เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการในภาคสุขภาพ ใช้ Ordered Logistic Regression with a truncated method	<u>ความถี่ของการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการ</u> 1) ช่วงอายุ (+)** 2) การมีประกันพื้นฐาน (+)** 3) ขนาดของครอบครัว (-)* 4) การมีงานทำ (+)** 5) รายได้ครอบครัว (+)**

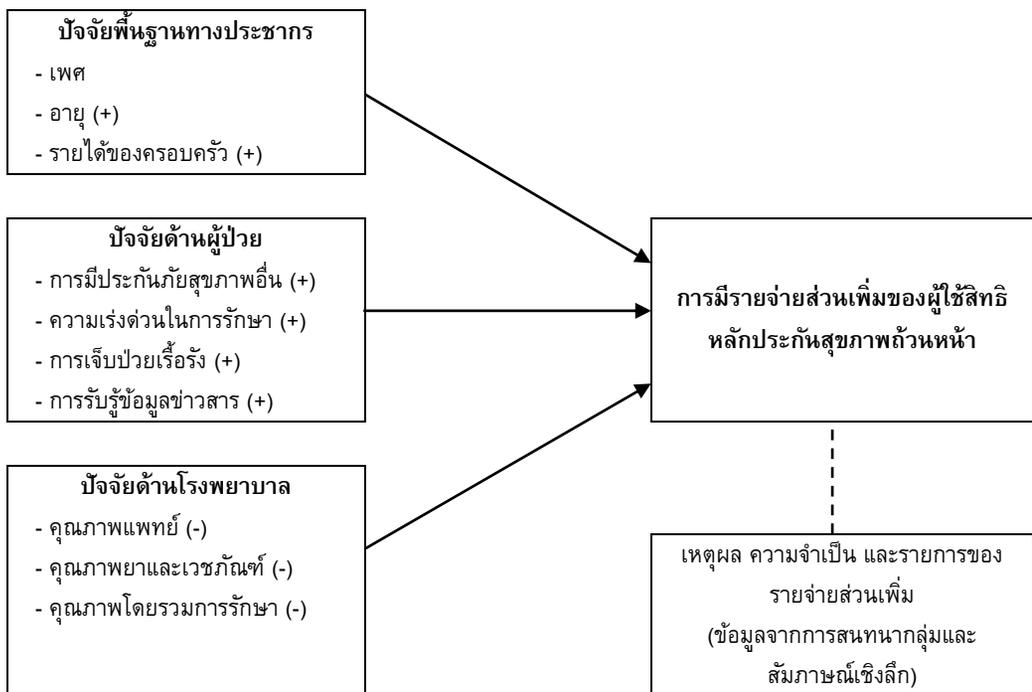
ตารางที่ 5: (ต่อ)

ชื่อเรื่อง (ปี)	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ตัวแปร/การอธิบาย
To Pay or Not To Pay? A Multicountry Study on Informal Payments for Health-care Services and Consumers' Perceptions (2015)	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการของการใช้บริการดูแลสุขภาพ ใช้ Binary Logistic Regression	การมีการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการของการใช้บริการดูแลสุขภาพ 1) การแสดงเป็นนัยยะว่าควรจ่ายเพิ่มเติม (+)* 2) การจ่ายเพื่อได้รับบริการพิเศษ (+)* 3) การจ่ายเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (+)* 4) การที่ผู้ป่วยเป็นผู้หญิง (+)* 5) จำนวนผู้ใหญ่ในครัวเรือน (-)*

*. มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**. มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กรอบแนวคิด



รูปที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นหลายมุมมองตามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ คณะผู้วิจัยจึงได้แบ่งประเด็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มนี้ออกเป็น 3 ประเด็น คือ ปัจจัยพื้นฐานทาง

ประชากร ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านโรงพยาบาล และเพื่อให้สอดคล้องกับขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม (ดังจะกล่าวถึงต่อไป) จึงเลือกปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระในการใช้วิเคราะห์ 10 ปัจจัย

ปัจจัยด้านประชากรกำหนดขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่พบว่า เพศ อายุ และรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การมีประกันสุขภาพอื่น ความเร่งด่วนในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม และคณะผู้วิจัยได้เพิ่มปัจจัยการเจ็บป่วยเรื้อรังและปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะในส่วนนี้เพิ่มขึ้น อีกทั้งการที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาใช้สิทธิมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น อาจส่งผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม และสำหรับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผลการวิจัยของอัครนันท์ คิตสม และ นนทร์ วรพาณิชย์ เรื่อง Structural Equation Model for Awareness, Accessibility and Utilization of Thailand Universal Health Coverage System (2019) แสดงว่า การมีความรู้ในสิทธิจะช่วยให้เพิ่มการใช้ประโยชน์จากระบบนี้ซึ่งอาจส่งผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม

ปัจจัยด้านโรงพยาบาลกำหนดขึ้นจากการทบทวนงานวิจัย เรื่อง Out-of-pocket payment in healthcare systems in the European Union พบว่า รายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดนอกเหนือจากระบบปกติ (Informal payment) จ่ายเมื่อพิจารณาว่าจะได้รับบริการที่ดีกว่าและบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม สอดคล้องกับผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ทบทวนโดยจะจ่ายเพิ่มเพื่อได้รับบริการที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงครอบคลุมปัจจัยที่สำคัญเกี่ยวกับการได้รับบริการที่ดี คือ คุณภาพแพทย์ คุณภาพยาและเวชภัณฑ์ และคุณภาพโดยรวมของการรักษา โดยมีความเป็นไปได้ว่าจะสอดคล้องในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ เมื่อได้รับบริการที่ดี การจ่ายเพื่อเรียกร้องบริการที่ดีเพิ่มขึ้นจะลดลง

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้เพิ่มการศึกษาเหตุผล ความจำเป็น และรายการของรายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดขึ้นกับผู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มโดยใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์และกระบวนการของการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม รวมทั้งอาจสามารถนำไปสนับสนุน/หักล้างกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในกรณีที่มีการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกัน

ระเบียบวิธีการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม และเหตุผล ความจำเป็นของการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม ดังนั้น คณะผู้วิจัยได้ออกแบบการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์เชิงปริมาณผ่านแบบจำลองการถดถอยโลจิสติกส์ และการเก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการดำเนินการทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ดำเนินการในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ทั้งนี้ เพื่อสร้างความเข้าใจเพิ่มเติมและนำผลไปอภิปรายเปรียบเทียบระหว่างกัน

การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจะเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อมูลจากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560 ระบุว่า ประชากรในกลุ่มนี้มีจำนวน 48,084,479 คน ใช้สูตรขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีขนาด 400 คนขึ้นไป โดยเมื่อวิเคราะห์ร่วมกับจำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษา คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน โดยจัดการคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถามด้วยคำถามคัดกรอง คือ 1) เป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาทั้งหมด และ 2) มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้จำแนกเป็นผู้ที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 400 คน และ ไม่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 100 คน

การเก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การสนทนากลุ่มโดยกลุ่มละ 4 คน จำนวน 4 กลุ่ม แยกตามลักษณะประชากรศาสตร์ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงวัยชาย 4 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงวัยหญิง 4 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มวัยทำงานชาย 4 คน และกลุ่มวัยทำงานหญิง 4 คน โดยคณะผู้วิจัยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จะใช้นามสมมติในการนำเสนอเท่านั้น สำหรับช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 3 เดือนระหว่าง 1 มี.ค. 61 – 31 พ.ค. 61 พื้นที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลบริเวณพื้นที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลของรัฐโดยเก็บข้อมูลกับโรงพยาบาลในฝั่งพระนคร 1 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลในฝั่งธนบุรี 1 โรงพยาบาล รวมจำนวน 2 โรงพยาบาลในสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน

1. การสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

แบบสอบถามเน้นสร้างให้ครอบคลุมตัวแปรตามกรอบความคิดการวิจัย ตลอดจนการถามรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจตัวแปรให้ชัดเจนขึ้น เช่น คำถามโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรัง คำถามจำนวนครั้งที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่ม โดยในช่วงก่อนการถามคำถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรองจากคำถามคัดกรองแล้วจะมีการอธิบายความหมายของรายจ่ายส่วนเพิ่มตามที่ได้ระบุไว้ตามคำนิยามของรายจ่ายส่วนเพิ่ม ตลอดจนการให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาเฉพาะรายจ่ายส่วนเพิ่มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาสำหรับในแบบสอบถามรายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิบัตรทอง (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป/ลักษณะของผู้ป่วย (Characteristics of the Patient) ประกอบไปด้วยคำถามย่อยจำนวน 17 ข้อ ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานทางประชากร และปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น คำถามท่านมีประกันภัยอื่น ๆ ที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลหรือไม่ ท่านมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือไม่ ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ขอให้ท่านประเมินอาการเจ็บป่วยของท่านในการเข้ารับรักษาพยาบาลในครั้งล่าสุดว่ามีระดับความเร่งด่วนที่ต้องเข้ารับรักษาในระดับใด ด้วยการให้คะแนน 1 – 5 โดยน้อยที่สุดคะแนนเท่ากับ 1 และ มากที่สุด คะแนนเท่ากับ 5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลรายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิบัตรทอง (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามย่อยจำนวน 8 ข้อ ครอบคลุม การมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม รายการของรายจ่ายส่วนเพิ่ม และปัจจัยด้านโรงพยาบาล เช่น คำถามในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีรายจ่ายเพิ่มเติม

หรือไม่ หากมีจำนวนก็ครั้ง โดยเฉลี่ยครั้งละเท่าไร รายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิบัตรทองเกิดจากสาเหตุใด อาทิ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าเครื่องมือ-อุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าผ่าตัดพิเศษ ค่าปรึกษาเฉพาะโรค และรายจ่ายที่ไม่เป็นทางการส่วนอื่นที่เป็นคำถามปลายเปิดในแบบสอบถาม คำถามเพื่อให้ประเมินคุณภาพการรักษาตามสิทธิบัตรทองในด้านต่าง ๆ อาทิ คุณภาพแพทย์ คุณภาพยาและเวชภัณฑ์ และคุณภาพโดยรวมของการรักษาตามสิทธิของบัตรทอง ด้วยการให้คะแนน 1 – 5 โดยน้อยที่สุด คะแนนเท่ากับ 1 และ มากที่สุด คะแนนเท่ากับ 5

แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป/ลักษณะของผู้ป่วย (Characteristics of the Patient) ซึ่งเป็นการประเมินสุขภาพ การพบแพทย์ ตัวช่วยคำรักษาพยาบาล และส่วนที่ 2 ข้อมูลรายจ่ายส่วนเพิ่มที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิบัตรทอง (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ซึ่งครอบคลุมสาเหตุของรายจ่ายส่วนเพิ่มเมื่อใช้สิทธิบัตรทอง รายจ่ายอื่น ๆ ซึ่งผู้เข้าร่วมต้องตอบแบบสอบถามหลักของการวิจัยก่อน แล้วผู้สัมภาษณ์จึงเริ่มถามคำถามเพิ่มเติมในส่วนนี้

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการทดลองใช้

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามจะเริ่มจากการตรวจสอบความเหมาะสมของคำถามและภาษาที่ใช้ถามที่เป็นการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนี IOC กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ให้ความเห็นว่ามีความเหมาะสม ไม่แน่ใจ และไม่เหมาะสมในแต่ละข้อ ผลจากการตรวจสอบ พบว่า ดัชนี IOC ของทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.5 ทั้งหมด กล่าวคือในแต่ละข้อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ใน 3 คน ให้ความเห็นว่ามีความเหมาะสม จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้จริง (Try-out) กับประชากรที่ศึกษาและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามได้ค่ามาตรฐานเท่ากับ 0.85 (ค่าแบบไม่มาตรฐานเท่ากับ 0.93) สำหรับแบบสัมภาษณ์ ในช่วงแรกของการนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้ ได้ทดลองสอบถามกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ถึงความเข้าใจที่มีต่อคำถาม พบว่า ผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความเห็นว่ามีความเข้าใจต่อคำถามที่ใช้ โดยให้เหตุผลว่า เริ่มจากข้อคำถามที่เป็นพื้นฐานก่อน เช่น ขอให้ท่านเลือกประเมินว่าตนเองมีสุขภาพระดับใด (แข็งแรง กลาง ๆ ไม่แข็งแรง) ท่านมีโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ต้องไปพบแพทย์เป็นประจำหรือไม่ จากนั้นจึงสอบถามประเด็นที่เป็นรายละเอียดเชิงลึกเพิ่มเติม เช่น ท่านมีรายจ่ายเพิ่มเติมในโรงพยาบาล เมื่อใช้สิทธิบัตรทอง หรือไม่ ถ้ามี จ่ายค่าอะไรบ้าง สาเหตุที่ต้องจ่ายในแต่ละประเภทเพราะอะไร

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

เริ่มจากสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อให้เกิดความเข้าใจภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างและในแต่ละประเด็นที่ศึกษา และใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบทวิ (Binary Logistic Regression) เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดตัวแปรอิสระโดยอ้างอิงจากบทความวิจัยของ Peduzzi และคณะ (1996) เรื่อง A Simulation Study of the Number of Events per Variable in Logistic Regression Analysis สูตรในการ
นรินทร์ วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คัดสม

คำนวณจำนวนตัวแปรอิสระ $N = 10k / p$ เมื่อ N คือ ขนาดตัวอย่าง ในงานนี้เท่ากับ 500 คน และ k คือ จำนวนตัวแปรอิสระ และ p คือ สัดส่วนตัวอย่างที่น้อยที่สุด ในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลกับผู้ใช้สิทธิและไม่มีรายจ่ายเพิ่มเติมจำนวน 100 คน คิดเป็นสัดส่วน 0.2 ดังนั้น จึงกำหนดตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 10 ตัวแปร และกำหนดสมการการถดถอยแบบโลจิสติกส์ ดังนี้

$$Y = \beta_0 + \beta_1 se + \beta_2 ag + \beta_3 inc + \beta_4 ins + \beta_5 ur + \beta_6 ch + \beta_7 inf + \beta_8 qp + \beta_9 qd + \beta_{10} qt + \varepsilon$$

โดยที่ Y คือ สัดส่วนความน่าจะเป็นที่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม และ β_0 คือ ค่าคงที่, β_{1-10} คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย และ ε คือ ค่าความคลาดเคลื่อน

ตารางที่ 6: ตัวแปรและความหมาย

ตัวแปร	ความหมาย	คำถามที่ใช้
Y	สัดส่วนความน่าจะเป็นที่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม (กำหนดการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิ คือ 1 = มี / 0 = ไม่มี)	ท่านมีรายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากการใช้สิทธิหรือไม่
se	เพศ (1 = หญิง / 0 = ชาย)	กรุณาเลือกเพศ
ag	อายุ (1 = อายุ 65 ปีขึ้นไป / 0 = อายุไม่ถึง 65 ปี)	กรุณาเลือกช่วงอายุ
inc	รายได้ของครอบครัว	กรุณาระบุระดับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน
ins	ประกันอื่น (1 = มี / 0 = ไม่มี)	ท่านมีประกันอื่น ๆ หรือการสนับสนุนทางการเงินอื่นที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลไหม
ur	ความเร่งด่วนในการรักษา	กรุณาประเมินระดับความเร่งด่วนที่ต้องเข้ารับรักษา (5 ระดับ)
ch	การเจ็บป่วยเรื้อรัง (1 = มี / 0 = ไม่มี)	ท่านมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือไม่ ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
inf	การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (ระบุเป็นจำนวนครั้ง)	ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับรู้ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับบัตรทองจำนวนกี่ครั้ง
qp	คุณภาพแพทย์	กรุณาประเมินคุณภาพแพทย์ที่ได้รับตามสิทธิ (5 ระดับ)
qd	คุณภาพยาและเวชภัณฑ์	กรุณาประเมินคุณภาพยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับตามสิทธิ (5 ระดับ)
qt	คุณภาพโดยรวมของการรักษาตามสิทธิของบัตรทอง	กรุณาประเมินคุณโดยรวมของการรักษาตามสิทธิ (5 ระดับ)

ก่อนการวิเคราะห์จะตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสมการการถดถอยแบบโลจิสติกส์ โดยตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Pearson's Correlation และ Spearman Rank Correlation กำหนดให้มีค่าไม่เกิน 0.7

การวิเคราะห์เริ่มจากการวิเคราะห์ความเหมาะสมของสมการโดยใช้การทดสอบ Goodness of Fit ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ภาพรวมของสมการว่าอธิบายได้อย่างมีนัยสำคัญ ใช้ Omnibus Test โดย Chi-Square Test
2. การวิเคราะห์ความกลมกลืนของสมการที่สร้างขึ้นว่ามีความเหมาะสมกับข้อมูล ใช้ Hosmer and Lemeshow Test โดย Chi-Square Test
3. การวิเคราะห์ความสามารถในการอธิบายของสมการโดยใช้ Pseudo R^2 ใช้ Cox & Snell R Square และ Nagelkerke R Square และใช้ Classification Table เพื่ออธิบายร้อยละของสมการที่ทำนายได้ถูกต้อง
4. การวิเคราะห์ความสามารถในการที่ตัวแปรอิสระจะทำนายตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญ ใช้ Wald Statistic และในกรณีที่มีนัยสำคัญจะใช้การวิเคราะห์ค่า Marginal Effect และค่าสัมประสิทธิ์เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อโอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิ

การวิเคราะห์ข้อมูลรายการของรายจ่ายเริ่มจากการสรุปจากแบบสอบถามวิเคราะห์แยกว่ามีกี่รายการ และแต่ละรายการคิดเป็นร้อยละเท่าไร และมีรายการใดบ้างที่ไม่มีรายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม สำหรับการศึกษาค่าผลและความจำเป็นจะใช้การสรุปจากแบบสอบถามถึงสาเหตุที่เดินทางมาโรงพยาบาล และวิเคราะห์ต่อยอดจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการเน้นการสังเคราะห์ให้เห็นประเด็นของรายการของรายจ่ายส่วนเพิ่มที่เกิดขึ้นในประเด็นเดียวกัน รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุและความจำเป็นแยกรายบุคคลและรายกลุ่มที่จำแนก 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงวัยชาย กลุ่มผู้สูงวัยหญิง กลุ่มวัยทำงานชาย และกลุ่มวัยทำงานหญิง โดยเน้นการอธิบายเป็นเรื่องราวและลำดับเหตุการณ์ และสรุปสังเคราะห์ให้เห็นสาเหตุและความจำเป็นที่มีความเชื่อมโยงกัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 500 คน ภาพรวมร้อยละ 80 มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจากการใช้สิทธิ ส่วนใหญ่จะมีลักษณะดังนี้ เป็นเพศหญิง มีทั้งโสดและสมรส อายุระหว่าง 20-44 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 31,743.60 บาท จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 3.96 คน พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพหรือปริมณฑล ไม่มีประกันสุขภาพอื่น ไม่มีความพิการทางร่างกาย และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใน 1 ปีที่ผ่านมาได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบัตรทองเฉลี่ย 1.02 ครั้งต่อปี มีการเจ็บไข้ไม่สบายเฉลี่ย 4.23 ครั้ง เกิดอุบัติเหตุเฉลี่ย 0.65 ครั้ง นอกจากนี้ สำหรับผลการประเมินความเร่งด่วนและคุณภาพการรักษาจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับความเร่งด่วนในการต้องรักษาเฉลี่ย 2.94 มีคะแนนนันทร์ วราณิษฐ์ และ อัครนันท์ คัดสม

คุณภาพแพทย์ที่ได้รับจากการใช้สิทธิเฉลี่ย 3.87 มีคะแนนคุณภาพยาและเวชภัณฑ์เฉลี่ย 3.78 และมีคะแนนคุณภาพโดยรวมของการรักษาตามสิทธิเฉลี่ย 3.68 โดยคะแนนต่ำสุด คือ 1 และสูงสุด คือ 5 คะแนน

หากจำแนกจากจากจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ พบว่า จากตัวอย่างทั้งหมด 500 ตัวอย่าง มีจำนวนตัวอย่างที่ใช้วิเคราะห์ได้ 484 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 96.8 ไม่สามารถใช้วิเคราะห์ได้ 16 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในบางประเด็นที่ใช้วิเคราะห์ว่าไม่ทราบและไม่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จึงไม่สามารถให้คะแนนในประเด็นนั้นได้

หากจำแนกจากการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม แบ่งเป็น ผู้มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 400 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และไม่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 20 หากจำแนกจากเพศ แบ่งเป็น เพศหญิงจำนวน 338 คน คิดเป็นร้อยละ 67.60 และเพศชายจำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 32.40 หากจำแนกจากสถานภาพสมรส แบ่งเป็น โสดจำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 48.20 สมรสจำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 44.20 และอื่นๆ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6

หากจำแนกจากอายุ พบว่า อายุ 0-19 ปี จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 อายุ 20-44 ปี จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 31.40 อายุ 45-64 ปี จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 23.60 อายุ 65-79 ปี จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 17.60 อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 3.40 หากจำแนกจากระดับการศึกษา พบว่า จบไม่เกินประถมศึกษา มีจำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 35 จบมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีจำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 45.40 จบอนุปริญญาและปริญญาตรี มีจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 17.40 และจบสูงกว่าปริญญาตรี มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20

หากจำแนกจากรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่า รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 31,743.60 บาท รายได้ต่ำสุด 2,000.00 บาท รายได้สูงสุด 190,000.00 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21,532.56 และหากจำแนกจากจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 3.96 คน จำนวนต่ำสุด 1 คน จำนวนสูงสุด 11 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.56 หากจำแนกจากเขตที่พักอาศัย พบว่า พักอาศัยในกรุงเทพฯหรือปริมณฑล จำนวน 470 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 และในต่างจังหวัด จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00

หากจำแนกจากการมีประกันสุขภาพอื่น พบว่า ไม่มีประกันอื่น จำนวน 479 คน คิดเป็นร้อยละ 95.80 และมีประกันอื่น จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 4.20 หากจำแนกจากการมีความพิการทางร่างกาย พบว่า ไม่มีความพิการทางร่างกาย จำนวน 497 คน คิดเป็นร้อยละ 99.40 และมีความพิการทางร่างกาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

หากจำแนกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 193 คนคิดเป็นร้อยละ 38.60 และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 307 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 โดยโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20 รองลงมา คือ โรคภูมิแพ้จำนวน 81 คนคิดเป็นร้อยละ 16.20 และ โรคเบาหวาน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 14.40

หากจำแนกจากความเร่งด่วนในการต้องเข้ารับรักษา พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับความเร่งด่วน 2.94 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 และมีระดับต่ำสุด คือ 1 และระดับสูงสุด คือ 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.13 และหากจำแนกจากการได้รับข้อมูลข่าวสารใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับการได้รับข้อมูล

ข่าวสารจำนวน 1.02 ครั้ง จำนวนครั้งที่ต่ำที่สุด 0 ครั้ง และจำนวนครั้งที่สูงที่สุด 6 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32

หากจำแนกจากการเจ็บไข้ไม่สบายใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า โดยเฉลี่ยมีการเจ็บไข้ไม่สบาย 4.23 ครั้ง จำนวนต่ำสุด 0 ครั้ง จำนวนสูงสุด 30 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.47 และหากจำแนกจากการเกิดอุบัติเหตุใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า โดยเฉลี่ยมีการเกิดอุบัติเหตุ 0.65 ครั้ง ค่าต่ำสุด 0 ครั้ง ค่าสูงสุด 7 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10

หากจำแนกจากการให้คะแนนคุณภาพแพทย์ที่ได้รับจากการรักษาตามสิทธิ พบว่า คุณภาพแพทย์ที่ได้รับมีระดับคะแนนเฉลี่ย 3.87 โดยคะแนนต่ำสุด คือ 1 และคะแนนสูงสุด คือ 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 และคุณภาพยาและเวชภัณฑ์ มีระดับคะแนนเฉลี่ย 3.78 โดยคะแนนต่ำสุด คือ 1 และคะแนนสูงสุด คือ 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.96 ทั้งนี้ ไม่นับรวมผู้ตอบแบบสอบถาม 14 คนที่ไม่ประเมินในส่วนนี้ และสำหรับคุณภาพโดยรวมของการรักษาตามสิทธิของบัตรทอง มีระดับคะแนนเฉลี่ย 3.68 โดยคะแนนต่ำสุด คือ 1 และคะแนนสูงสุด คือ 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08 ทั้งนี้ ไม่นับรวมผู้ตอบแบบสอบถาม 4 คนที่ไม่ประเมินในส่วนนี้

สำหรับผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เรื่อง ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Pearson's Correlation และ Spearman Rank Correlation ไม่พบตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันในระดับสูง อย่างไรก็ตาม พบตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันมากกว่า 0.500 ดังนี้ 1) การเจ็บป่วยเรื้อรัง (ch) กับความเร่งด่วนในการรักษา (ur) มีค่าสหสัมพันธ์ Pearson 0.537 อย่างมีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.01 และมีค่าสหสัมพันธ์ Spearman 0.549 อย่างมีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.01 และ 2) คุณภาพแพทย์ (qp) กับคุณภาพยาและเวชภัณฑ์ (qd) มีค่าสหสัมพันธ์ Pearson 0.501 อย่างมีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของสมการ พบว่า 1) การทดสอบภาพรวมของสมการโดยใช้ Omnibus Test of Model Coefficients ได้ค่า Chi-Square เท่ากับ 227.107 ค่า Sig. เท่ากับ 0.000 แสดงให้เห็นว่า โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิขึ้นอยู่กับตัวแปรอิสระที่อยู่ในสมการอย่างน้อย 1 ตัวแปร 2) การทดสอบความกลมกลืนของสมการโดยใช้ Hosmer and Lemeshow Test ได้ว่า ค่า Chi-Square เท่ากับ 13.661 ค่า Sig. เท่ากับ 0.091 แสดงให้เห็นว่า สมการที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 3) การทดสอบความสามารถในการอธิบายของสมการ ได้ค่า Cox & Snell R Square เท่ากับ .375 และค่า Nagelkerke R Square เท่ากับ 0.590 แสดงว่า ตัวแปรอิสระในสมการสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มได้ร้อยละ 37.5 ตามแนวคิด Cox & Snell และร้อยละ 59.0 ตามแนวคิด Nagelkerke และการทดสอบร้อยละของสมการที่สามารถทำนายได้ถูกต้องจาก Classification Table พบว่า ภาพรวมกรณีกลุ่มตัวอย่าง 484 คน ที่ระบุว่า ไม่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 98 คน และมีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 386 คน สมการนี้สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 87.8 กล่าวคือ ทำนายผู้ที่ไม่มีและมีการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มถูกต้องจำนวน 425 คน จำแนกเป็น ทำนายผู้ไม่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มได้ถูกต้องร้อยละ 61.2 เท่ากับ 60 คน และทำนายผู้ที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มถูกต้องร้อยละ 94.6 เท่ากับ 365 คน

ผลการทดสอบความสามารถของตัวแปรอิสระที่จะทำนายตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญ พบว่า ค่า Sig. ของตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.05 ได้แก่ ur (ความเร่งด่วน) ch (การเจ็บป่วยเรื้อรัง) qd (คุณภาพยาและเวชภัณฑ์) qt (คุณภาพการรักษาในภาพรวม) มีค่า 0.001 0.000 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ และค่า Sig. ของตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.10 ได้แก่ qp (คุณภาพแพทย์) มีค่า 0.070 โดยที่ ur (ความเร่งด่วน) ch (การเจ็บป่วยเรื้อรัง) มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม และ qp (คุณภาพแพทย์) qd (คุณภาพยาและเวชภัณฑ์) qt (คุณภาพการรักษาในภาพรวม) มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการการถดถอยแบบโลจิสติกส์ ดังนี้

$$\ln(Odds) = 7.988 - .294se - .607ag + 1.711ins + .585ur + 4.009ch - .040inf - .382qp - 1.008qd - .796qt$$

หากวิเคราะห์ร่วมกับค่า Exp(B) ที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรอิสระต่อโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มเมื่อกำหนดให้ตัวแปรอื่นมีค่าคงที่สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ur (ความเร่งด่วนในการรักษา) เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเร่งด่วนในการต้องเข้ารักษากรณีเกิดการเจ็บป่วย 5 ระดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.13 มีค่า Exp(B) เท่ากับ 1.796 แสดงว่า เมื่อความเร่งด่วนในการรักษาเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 79.6

หากวิเคราะห์จาก 95% C.I. for Exp(B) ที่อธิบาย การมีโอกาสร้อยละ 95 ที่ค่า Exp(B) จะอยู่ระหว่างขอบเขตล่าง (Lower) และขอบเขตบน (Upper) จะเห็นได้ว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 1.289-2.502 ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับค่า Exp(B) ของ ur

2. ch (การเจ็บป่วยเรื้อรัง) เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีการเจ็บป่วยเรื้อรังในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 38.60 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตคิดเป็น ร้อยละ 17.20 มีค่า Exp(B) เท่ากับ 55.093 แสดงว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มมากขึ้น 55.093 เท่าโดยเปรียบเทียบกับเมื่อไม่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

หากวิเคราะห์จาก 95% C.I. for Exp(B) ที่อธิบาย การมีโอกาสร้อยละ 95 ที่ค่า Exp(B) จะอยู่ระหว่างขอบเขตล่าง (Lower) และขอบเขตบน (Upper) จะเห็นได้ว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 11.958-253.837 ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับค่า Exp(B) ของ ch

3. qp (คุณภาพแพทย์) เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพแพทย์ที่ได้รับจากการรักษาตามสิทธิ 5 ระดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 มีค่า Exp(B) เท่ากับ 0.682 แสดงว่า เมื่อคุณภาพแพทย์ที่ได้รับดีขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มลดลงร้อยละ 31.8

อย่างไรก็ดี หากวิเคราะห์จาก 95% C.I. for Exp(B) ที่อธิบาย การมีโอกาสร้อยละ 95 ที่ค่า Exp(B) จะอยู่ระหว่างขอบเขตล่าง (Lower) และขอบเขตบน (Upper) จะเห็นได้ว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.451-1.032 ในส่วนนี้จะเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่ค่า Exp(B) ของ qp จะมากกว่า 1 ที่จะอธิบายในทางตรงกันข้าม กล่าวคือ เมื่อคุณภาพแพทย์ที่ได้รับดีขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มนั้นจะเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงมีข้อควรระวังในการใช้ตัวแปรนี้ในการอธิบาย

4. qd (คุณภาพยาและเวชภัณฑ์) เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับจากการรักษาตามสิทธิ 5 ระดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.96 มีค่า Exp(B) เท่ากับ 0.365 แสดงว่า เมื่อคุณภาพยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับดีขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มลดลงร้อยละ 63.5

หากวิเคราะห์จาก 95% C.I. for Exp(B) ที่อธิบาย การมีโอกาสร้อยละ 95 ที่ค่า Exp(B) จะอยู่ระหว่างขอบเขตล่าง (Lower) และขอบเขตบน (Upper) จะเห็นได้ว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.206-0.645 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 1 เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับค่า Exp(B) ของ qd

5. qt (คุณภาพโดยรวมของการรักษาตามสิทธิ) เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพโดยรวมที่ได้รับจากการรักษาตามสิทธิ 5 ระดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08 มีค่า Exp(B) เท่ากับ 0.451 แสดงว่า เมื่อคุณภาพโดยรวมของการรักษาที่ได้รับตามสิทธิดีขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มลดลงร้อยละ 54.9

หากวิเคราะห์จาก 95% C.I. for Exp(B) ที่อธิบาย การมีโอกาสร้อยละ 95 ที่ค่า Exp(B) จะอยู่ระหว่างขอบเขตล่าง (Lower) และขอบเขตบน (Upper) จะเห็นได้ว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.278-0.732 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 1 เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับค่า Exp(B) ของ qt

ตารางที่ 7: ค่าของตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์สมการการถดถอยแบบโลจิสติกส์

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
se	-.294	.343	.735	1	.391	.745	.381	1.459
ag	-.607	.491	1.528	1	.216	.545	.208	1.427
inc	.000	.000	1.379	1	.240	1.000	1.000	1.000
ins	1.711	1.097	2.432	1	.119	5.534	.644	47.521
ur	.585	.169	11.968	1	.001	1.796	1.289	2.502
ch	4.009	.779	26.456	1	.000	55.093	11.958	253.837
inf	-.040	.128	.095	1	.758	.961	.747	1.236
qp	-.382	.211	3.275	1	.070	.682	.451	1.032
qd	-1.008	.291	12.026	1	.001	.365	.206	.645
qt	-.796	.247	10.412	1	.001	.451	.278	.732
Constant	7.988	1.241	41.433	1	.000	2945.678		

นอกจากนี้ ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้ใช้สิทธิบัตรทองเฉลี่ย 3.80 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.41 มีรายจ่ายเพิ่มเติมเฉลี่ย 2.98 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.93 โดยมีรายจ่ายเพิ่มเติมน้อยที่สุด 1 ครั้ง มากที่สุด 20 ครั้ง และมีรายจ่ายเพิ่มเติมเฉลี่ยครั้งละ 1926.67 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10163.49 โดยมีรายจ่ายเพิ่มเติมน้อยที่สุดครั้งละ 20 บาท และมากที่สุด 150,000 บาท

ผลการวิเคราะห์รายการของรายจ่ายส่วนเพิ่ม พบว่า 1) ค่ายาและเวชภัณฑ์เป็นรายการที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มสูงที่สุด จากกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่า มีรายจ่ายส่วนเพิ่มจำนวน 400 คน จำนวน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 87.75 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่ม 2) ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ จำนวน 313 คน คิดเป็นร้อยละ 78.25 และ 3) ค่าปรึกษาเฉพาะโรค จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 และ 4) นนทบุรี วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คิดสม

ค่าผ่าตัดพิเศษ จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 41.75 และนอกจากนี้ มีรายจ่ายส่วนเพิ่มที่ไม่เป็นทางการอื่น ๆ ได้แก่ ค่าคลินิกนอกเวลา ค่าห้องพักรักษาตัว ค่าอาหาร เดินทาง เป็นต้น จำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 75.50

ผลการวิเคราะห์สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า เกิดจากการเจ็บป่วยจำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 อุบัติเหตุจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2 ตรวจสอบสุขภาพจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 และอื่น ๆ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.2 นอกจากนี้ ผลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกที่แบ่งออกเป็น กลุ่มผู้สูงวัยชาย กลุ่มผู้สูงวัยหญิง กลุ่มวัยทำงานชาย และกลุ่มวัยทำงานหญิง เพื่ออธิบายรายการของรายจ่ายส่วนเพิ่ม ตลอดจนบริบทสถานการณ์แวดล้อม เหตุผล และความจำเป็นที่จะต้องมียารายจ่ายส่วนเพิ่ม สรุปได้ดังนี้

1. **กลุ่มผู้สูงวัยชาย** อายุเฉลี่ย 73 ปี อายุมากที่สุด 81 ปี อายุน้อยที่สุด 65 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา รายได้ประมาณ 3,500 บาทถึง 12,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3-4 คนและ น้อยที่สุด 2 คน และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่ไม่ได้ทำงานหรือไม่มีรายได้ในครอบครัวประมาณ 1-2 คน อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่มีความพิการทางร่างกาย มีส่วนสูงเฉลี่ย 162 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 62 กิโลกรัม และใน 1 ปีที่ผ่านมา มีความเจ็บป่วยไม่สบายเฉลี่ย 2 ครั้ง ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาเมื่อระดับความรุนแรงในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และระดับความเร่งด่วนที่ต้องเข้ารับรักษาอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 8: ข้อมูลสำคัญกลุ่มผู้สูงวัยชาย

ชื่อ (สมมติ)	อายุ	รายได้ (เดือน)	การศึกษา	สถานภาพ	เขตอาศัย	โรคประจำตัวและรายจ่ายส่วนเพิ่ม
ก	81	9,000	ต่ำกว่าประถมศึกษา	สมรส	กทม.	โรคต่อกระชก และจ่ายค่าเวชภัณฑ์
ข	79	3,500	ต่ำกว่าประถมศึกษา	สมรส	กทม.	เบาหวาน ความดัน และข้อเข่าเสื่อม จ่ายค่าผ่าตัดพิเศษและครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์
ค	67	4,000	มัธยมศึกษา	สมรส	กทม.	ไขมันพอกตับ และผ่าเอาเหล็กเข้า ไปตามเข่า จ่ายค่าห้องพิเศษ ค่ายา
ง	65	12,000	มัธยมศึกษา	หย่าร้าง	กทม.	นิ้ว จ่ายค่าหมอนแท็กซี่

ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าแข็งแรงและกลาง ๆ โดยจะเจ็บป่วยเฉพาะที่ เช่น เป็นต่อกระชก และเปลี่ยนข้อเข่า เป็นเบาหวานแต่ก็ควบคุมได้ มีโรคความดันและไขมันที่จะต้องไปพบแพทย์เป็นประจำตามนัด ส่วนใหญ่ไม่มีประกันที่ดูแลเรื่องสุขภาพนอกจากสิทธิบัตรทอง โดยกลุ่มนี้เล่าให้ฟังว่า ในการใช้สิทธิบัตรทองไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่จะมีรายจ่ายเพิ่มเติมในเรื่องจ่ายค่าเวชภัณฑ์ เช่น คุณตา ก จ่ายค่าเวชภัณฑ์เพิ่มเติม 90 บาท และค่าแท็กซี่และค่ารถตู้ 300 บาท ส่วนคุณตา ข มีค่าผ่าตัดพิเศษและค่าเข้าที่ยิม 16,000 บาท ค่าห้องพิเศษห้องละ 1,300 บาทต่อวัน จำนวน 7 วัน และค่ายานอกรายการ 800 บาท ค่า

เดินทางไปแท็กซี่ครั้งละ 60 บาท และค่าเจลเย็น 2 กล่อง ๆ ละ 160 บาท นอกจากนี้ เคยถูกเสนอค่าเช่า
เตียง ซึ่งมีหลายระดับ เช่น ราคา 6,000 บาท ไม่ค่อยดีเท่าไร ราคา 16,000 บาท ก็ถือว่าดีใช้ได้ และก็มี
ราคาที่แพงมาก คือ 45,000 บาท ซึ่งแพงเกินไปหมอไม่แนะนำ คุณตา ค เล่าให้ฟังว่า มีค่าใช้จ่ายเพิ่มตอน
ผ่าเข้า คือ ผ่าเอาเหล็กเข้าไปตามเข่า ค่าผ่านนี้ใช้บัตร 30 บาทได้แต่จะมีค่าห้องวันละ 1,200 บาท และมีค่ายา
นอกบัญชี อยู่ที่ 800 บาท เพราะหมอบอกว่ายาจะดีกว่าในการรักษา และ คุณตา ง เล่าให้ฟังว่า เป็นโรคนี้
ซึ่งมีสิทธิการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล ก เลยต้องจ่ายค่าแท็กซี่ไปครั้งละ 400 บาทตอนรักษาไม่ได้จ่ายอะไร
เลยหมอมอเขาฉีดยาเข้าไปสลายนิ้วแล้วก็ให้กลับไม่ได้ค่า

2. กลุ่มผู้สูงวัยหญิง อายุเฉลี่ย 63 ปี อายุมากที่สุด 68 ปี อายุน้อยที่สุด 59 ปี ส่วนใหญ่มี
สถานภาพสมรส และหม้าย 1 คน การศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีรายได้
ประมาณ 3,500-5,000 บาท และไม่มีรายได้ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3-4 คนและ น้อยที่สุด 2 คน
และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่ไม่ได้ทำงานหรือไม่มีรายได้ในครอบครัวประมาณ 1-2 คนและไม่มีรายได้เลย
1 คน อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่มีความพิการทางร่างกาย แต่มีคนหนึ่งผ่าตัดสมองทำ
ให้ปัจจุบันมีอาการพูดไม่ชัด ร่างกายทางขวา และมีส่วนสูงเฉลี่ยประมาณ 158 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย
53 กิโลกรัม และใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้มีความเจ็บป่วยที่จะต้องรักษา แต่ส่วนน้อยเฉพาะคนที่
ฝังเข็ม ปวดข้อ ภาวะกระดูก ต้องหาหมอมือทุกอาทิตย์ต่อเนื่องมาหลายปี ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาเมื่อ
การเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรง และระดับความเร่งด่วนที่ต้องเข้ารับรักษาอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 9: ข้อมูลสำคัญกลุ่มผู้สูงวัยหญิง

ชื่อ (สมมติ)	อายุ	รายได้ (เดือน)	การศึกษา	สถานภาพ	เขตอาศัย	โรคประจำตัวและรายจ่าย ส่วนเพิ่ม
ก	68	5,000	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	สมรส	กทม.	เบาหวาน ความดัน ผ่าตัดมดลูก จ่ายค่าห้องและค่ายา
ข	59	0	มัธยมศึกษา	สมรส	กทม.	ผ่าตัดสมองเลือดคั่งในสมอง จ่าย ค่าห้องพิเศษ ค่ายา และค่าแท็กซี่
ค	61	3,000	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	สมรส	กทม.	ฝังเข็ม ปวดข้อ ภาวะกระดูก จ่ายค่ายา
ง	65	0	มัธยมศึกษา	หย่าร้าง	กทม.	ผ่าตัดเนื้องอก และตัดมดลูก จ่าย ค่าและค่าเดินทาง

ส่วนใหญ่จะประเมินตนเองว่า ไม่แข็งแรงเนื่องจากโดยเป็นการเจ็บป่วยจากอวัยวะภายใน เช่น
มดลูก ความดัน เบาหวานและทำกายภาพเกี่ยวกับกระดูกเสื่อม โดยคนที่ผ่าตัดสมองจะไม่มีโรคประจำตัว
ทั้งหมดจะไม่มีประกันดูแลสุขภาพโดยจะใช้สิทธิบัตรทองเป็นหลัก ส่วนใหญ่รายการที่เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม
จะเป็นค่าห้องพิเศษ ค่ายานอกรายการพิเศษ ค่าแท็กซี่ โดยกลุ่มนี้เล่าให้ฟังว่า คุณยาย ก ใช้สิทธิผ่าตัด
มดลูก เสียเฉพาะค่าห้องพิเศษเพิ่มประมาณ 5,000 บาท ค่ายา 100 กว่าบาท และคาร์ตไปกลับ คุณยาย ข
ลีนล้ม ใช้สิทธิรักษาฉุกเฉินที่ รพ. ก โดยรอเตียงเกือบวัน รพ. แจ้งว่า ไม่มีหมอมอและเครื่องมือด้านสมองเลย
นนท์ วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คิตสม

ญาติจึงไปทำเรื่องไปรักษาต่อที่ รพ. ข หลายรอบ เสียค่าแท็กซี้มาก ไม่เสียค่ารักษา เสียแต่ค่าห้องและค่ายา 1,300 บาท ขนาดอยู่ ICU คุณยาย ค ใช้สิทธิฝังเข็ม ทำกายภาพ ข้อกระดูกที่เสื่อมและผิดรูปทุกอาทิตย์มาเป็นเวลาหลายปีแล้วตั้งแต่ปี 2555 แต่ยังไม่ถึงกับต้องผ่าตัด มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาต่อครั้งประมาณ 40-60 บาท ซึ่งเป็นยาเจลาตา ค่าเดินทางไม่มีเพราะบ้านอยู่ใกล้ และคุณยาย ง ใช้สิทธิผ่าตัดเนื้องอกและตัดมดลูกออก ไม่เสียค่าใช้จ่ายอะไรเลย ค่าห้องก็ไม่เสียเพราะนอนห้องรวม มีแค่ค่ายาเพิ่ม 50-60 บาทต่อครั้งและค่าเดินทาง

3. กลุ่มผู้ขายวัยทำงาน อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 45 ปี อายุมากที่สุด 54 ปี อายุน้อยที่สุด 27 ปี การศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรี และน้อยที่สุดคือ ประถมศึกษา รายได้อยู่ในช่วง 4,000-20,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุดคือ 5 คนและ น้อยที่สุด 2 คน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่ไม่ได้ทำงานหรือไม่มีรายได้ในครอบครัวประมาณ 1-2 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่มี ความพิการทางร่างกายและโรคประจำตัว มีส่วนสูงเฉลี่ยประมาณ 170 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 63 กิโลกรัม และใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่มี 1 คนที่เป็นไตวาย จะต้องล้างไตเองทุกอาทิตย์และต่อเนื่องมาหลายปี ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาเมื่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรง และระดับความเร่งด่วนที่ต้องเข้ารับรักษาอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 10: ข้อมูลสำคัญกลุ่มผู้ขายวัยทำงาน

ชื่อ (สมมติ)	อายุ	รายได้ (เดือน)	การศึกษา	สถานภาพ	เขตอาศัย	โรคประจำตัวและรายจ่าย ส่วนเพิ่ม
ก	27	16,000	ปริญญาตรี	โสด	ชลบุรี	อุบัติเหตุต้องศัลยกรรมใบหน้า จ่ายค่ารักษาเกือบทั้งหมดเพราะ ย้ายโรงพยาบาลเอง
ข	48	15,000	มัธยมศึกษา	สมรส	กทม.	น้ำท่วมปอด จ่ายค่ารักษาบางส่วน เช่น ค่าทำ CT Scan ค่าห้องพิเศษ ค่าแท็กซี่
ค	51	20,000	อนุปริญญา	สมรส	กทม.	แผลในกระเพาะอาหาร จ่ายค่าห้อง พิเศษและค่ายา
ง	54	4,000	ประถมศึกษา	สมรส	กทม.	ไตวาย จ่ายค่าอุปกรณ์ล้างไต

ส่วนใหญ่ประเมินว่า ตนเองร่างกายแข็งแรงดีหากไม่นับการเจ็บป่วยรุนแรงที่เกิดขึ้นในภาวะฉุกเฉิน เช่น น้ำท่วมปอด แผลในกระเพาะอาหาร และอุบัติเหตุรถชน ยกเว้นคุณ ง ที่คิดว่าสุขภาพไม่แข็งแรงเลย คือ โรคไต เพราะต้องล้างไตเองทุกวัน ทั้งหมดจะไม่มีประกันดูแลสุขภาพโดยจะใช้สิทธิบัตรทองเป็นหลัก ส่วนใหญ่รายการของค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจะเป็นค่าห้องพิเศษ ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์ โดยกลุ่มนี้เล่าให้ฟังว่า คุณ ก ในตอนนั้นเรียนอยู่เจออุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้า หน้ายุบ กรามแตก จมูกยุบ ปอดแตก ม้ามแตก กู้ยืมนำส่ง รพ. ก เข้าห้องฉุกเฉิน หมอเจาะปอดใส่ท่อให้เลือดไหลออกมาก่อน แล้วนอนรอดูอาการไปเรื่อย ๆ แม้กลัวผมตายเลยตัดสินใจย้ายผมไป

รพ. ข เพราะมีหมอรู้จัก อยู่ ICU นาน 10 วัน ค่าใช้จ่ายตอนนั้น 600,000 กว่าบาทแล้ว พ่อแม่หมดเงิน
เลยตัดสินใจทำเรื่องย้ายผมมาใช้สิทธิบัตรทองที่ รพ. ค แต่ก็ไม่สามารถใช้สิทธิได้ เพราะผิดกฎ
เนื่องจากย้ายฉุกเฉินไป รพ.เอกชนไปแล้ว จะกลับมารักษา รพ.รัฐเราต้องจ่ายเอง สรุปผมแทบไม่ได้
สิทธิบัตรทองใ้เลย ที่รพ. ก ใช้แค่เอ็กซเรย์ปอด เจาะปอดใส่ท่อให้เลือดไหลออก คุณ ข ตอนเกิด
อาการอยู่ที่ ๆ หายใจไม่ออก เจ็บชายโครง เพราะน้ำท่วมปอดเฉียบพลันส่งตัวมาฉุกเฉิน รพ. ก และถูก
ส่งตัวไปที่ รพ. ข เพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ใช้สิทธิบัตรทองตอนช่วงผ่าตัดปอด แต่ต้องเสียค่า
ห้องพิเศษ ค่าทำอุโมงค์ (CT Scan) ดูปอด รวมประมาณ 60,000 กว่าบาท และค่าแท็กซี่ที่ภรรยา
เดินทางมาเยี่ยม คุณ ค มีอาการอ้วกเป็นเลือด เป็นแผลในกระเพาะอาหาร เลยต้องเข้ารพ. ก ตอน
รักษาไม่ได้เสียค่าใช้จ่าย เสียแต่ค่าห้องนอนรวม 2 คน กับ ยานอกรายการประมาณ 1,000 พันกว่า
บาท คุณ ง เป็นลมเมื่อยกลับมาเห็นพาไปเข้าฉุกเฉิน รพ. ก ถึงได้รู้ว่าไตเกือบจะวาย รพ. ก ไม่รับ โอน
ต่อให้ รพ. ข เพราะไม่มีหมอเกี่ยวกับไต รพ. ข เจาะไต ล้างไต นอนเกือบ 20 กว่าวัน ไม่ได้เสีย
ค่าใช้จ่ายอะไร แต่หลังจากนั้นต้องล้างไต มีอุปกรณ์ทำแผลต้องซื้อ 1,200 บาท ล้างได้ 3 เดือน ผมต้อง
ล้างไตทุกวัน

4. กลุ่มผู้หญิงวัยทำงาน อายุเฉลี่ย 39 ปี อายุมากที่สุด 51 ปี และน้อยที่สุด 25 ปี การศึกษา
สูงสุด คือ อนุปริญญา และน้อยที่สุดคือ ประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 11,000 บาท มีจำนวน
สมาชิกในครอบครัวมากที่สุดคือ 3 คนและ น้อยที่สุด 2 คน และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่ไม่ได้ทำงาน
หรือไม่มีรายได้ในครอบครัวประมาณ 1-2 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความ
พิการทางร่างกายและไม่มีโรคประจำตัว มีส่วนสูงเฉลี่ยประมาณ 157 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 49
กิโลกรัม และใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่ส่วนน้อยเฉพาะคนที่เป็
นโรคเบาหวานและหุื้ออ จะต้องมีนัดหมอทุกเดือน ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาเมื่อการเจ็บป่วยอยู่ใน
ระดับปานกลาง และ ระดับความเร่งด่วนที่ต้องเข้ารับรักษาอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 11: ข้อมูลสำคัญกลุ่มผู้หญิงวัยทำงาน

ชื่อ (สมมติ)	อายุ	รายได้ (เดือน)	การศึกษา	สถานภาพ	เขตอาศัย	โรคประจำตัวและรายจ่ายส่วน เพิ่ม
ก	51	9,000	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	แยกกันอยู่	กทม.	โรคเบาหวานและหุื้ออ จ่ายค่า เดินทาง และค่าเวชภัณฑ์
ข	42	11,000	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	หย่าร้าง	กทม.	ใช้เลือดออก จ่ายค่าเอ็กซเรย์ปอด ค่าห้องพิเศษ และค่าเดินทาง
ค	25	9,000	มัธยมศึกษา	สมรส	กทม.	คลอดบุตร จ่ายค่าวัคซีน และค่า เดินทาง
ง	38	15,000	อนุปริญญา	สมรส	กทม.	คลอดบุตร จ่ายค่าวัคซีน ค่าห้อง พิเศษ ค่าเวชภัณฑ์ และค่าเดินทาง

ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่า ร่างกายแข็งแรงดี ยกเว้นคุณ ก ที่เป็นโรคเบาหวานและหูอื้อจะประเมินตนเองว่าเป็นคนไม่แข็งแรง ส่วนใหญ่จะไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังเพราะเกิดจากการเจ็บป่วยชั่วคราว เช่น ผ่าตัดคลอด และ ไข้เลือดออก ยกเว้นคุณ ก ที่ต้องพบแพทย์เดือนละ 2 ครั้ง ทั้งหมดจะไม่มีประกันดูแลสุขภาพโดยจะใช้สิทธิบัตรทองเป็นหลัก ส่วนใหญ่รายการของค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจะเป็นค่าเดินทาง ค่าห้องพิเศษ ค่ายาและเวชภัณฑ์ และค่าวัคซีน โดยกลุ่มนี้เล่าให้ฟังว่า คุณ ก ตรวจเจอว่าเป็นเบาหวานที่ศูนย์อนามัย ก เลยใช้สิทธิการรักษาที่ รพ. ข ไม่เสียค่าใช้จ่าย ต่อมาหูเริ่มอื้อ รพ. ข ไม่มีเครื่องตรวจการฟัง จึงส่งตัวไป รพ. ค ทุกครั้งเสีย 30 บาท และค่าเดินทาง คุณ ข มีอาการไข้เลือดออกไปใช้สิทธิที่ รพ. ก ตลอดการรักษาไม่มีค่าใช้จ่าย แต่มีค่าเอ็กซเรย์ 200-300 บาทเพื่อดูปอด เหมือนมีอาการปอดอักเสบร่วมด้วย และจ่ายค่าห้องพิเศษเพิ่มเติมวันละ 700 บาท สรุปลีกจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการไข้เลือดออกประมาณ 5,000 กว่าบาท คุณ ค ใช้สิทธิบัตรทองตอนคลอดลูกที่ รพ. ก เพราะบ้านแฟนอยู่แถวลาดกระบัง ไปฝากครรภ์ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายอะไร แต่ต้องจ่ายค่าฉีควัคซีนเพิ่มเติม 700 บาท นอนห้องรวมไม่ได้จ่ายเพิ่ม และพอคลอดก็เสียค่าแท็กซี่กลับบ้านประมาณ 300 บาท คุณ ง มีน้องตอนอายุ 35 ปี ฝากท้องตามสิทธิ ที่ รพ. ก เสียค่าฉีควัคซีนป้องกันหัดเยอรมันคางทูม ตามแพคเกจของโรงพยาบาลประมาณไม่ถึงพันบาท และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเรื่องค่าห้องซึ่งขอห้องนอนพิเศษประมาณคืนละ 1,300 บาทนอน 3 คืน และมีค่าเจลทาห้อง รวมทั้งพลาสติกกันน้ำปิดแผลประมาณ 4,000 กว่าบาทก็มีค่าแท็กซี่กลับบ้านประมาณ 250 บาท

ผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า รายการรายจ่ายส่วนเพิ่มที่เป็นพื้นฐานที่เกิดขึ้นเมื่อมารับบริการ คือ ค่าเดินทาง ทั้งนี้ จะขึ้นอยู่กับจำนวนครั้ง ระยะทาง และความสะดวกที่ที่ต้องการ รongลงมา คือ รายจ่ายที่ทำให้เกิดคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น คือ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ในบางรายจะจ่ายค่าวัคซีนสำหรับบุตร ค่าเอ็กซเรย์เพื่อให้เกิดคุณภาพการรักษาสามารถรักษาได้ตรงกับโรค นอกจากนี้ ยังมีรายจ่ายที่จะทำให้เกิดความสะดวกในการรับบริการ คือ ค่าห้องในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ค่าห้องพิเศษแบบอยู่คนเดียว ค่าห้องพิเศษแบบอยู่ 2 คน และค่าห้องพิเศษแบบอยู่รวม

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนอธิบายถึงรายการของรายจ่ายส่วนเพิ่มในส่วนนี้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1) คุณยาย ข ลื่นล้ม ใช้สิทธิรักษาฉุกเฉินที่ รพ. ก โดยรอเตียงเกือบวัน รพ. แจ้งว่า ไม่มีหมอมือและเครื่องมือด้านสมองเลย ญาติจึงไปทำเรื่องไปรักษาต่อที่ รพ. ข หลายรอบ เสียค่าแท็กซี่หลายรอบมาก 2) คุณยาย ค ใช้สิทธิฝังเข็ม ทำกายภาพ ข้อกระดูกที่เสื่อมและผิดปกติทุกอาทิตย์มาเป็นเวลาหลายปีแล้วตั้งแต่ปี 2555 แต่ยังไม่ถึงกับต้องผ่าตัด มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาต่อครั้งประมาณ 40-60 บาท ซึ่งเป็นยาเจลทา 3) คุณ ง เป็นลมเมื่อยกลับมาเห็นพาไปเข้าฉุกเฉิน รพ. ก ถึงได้รู้ว่าไตเกือบจะวาย ล้างไต นอนเกือบ 20 กว่าวัน ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายอะไร แต่หลังจากนั้นต้องล้างไต มีอุปกรณ์ทำแผลต้องซื้อ 1,200 บาท ล้างไต 3 เดือน ต้องล้างไตทุกวัน

ยิ่งกว่านี้ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนอธิบายถึงรายการของรายจ่ายเพิ่มเติมในส่วนนี้ที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความจำเป็นเร่งด่วน ดังนี้ 1) คุณ (ชาย) ก ในตอนนั้นเรียนอยู่เจออุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้า หน้ายบุ กรามแตก จมูกยุบ ปอดแตก ม้ามแตก ภูมัยนำส่ง รพ. ก เข้าห้องฉุกเฉิน หมอเจาะปอดใส่ท่อให้เลือดไหลออกมาก่อน แล้วนอนรอดูอาการไปเรื่อย ๆ แม่กลัวผมตายเลยตัดสินใจย้ายผมไป

รพ. ข ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกได้เกิดขึ้นกว่า 600,000 บาท 2) คุณ (ชาย) ข หายใจไม่ออก เจ็บชายโครง เพราะน้ำท่วมปอดเฉียบพลันส่งตัวมาฉุกเฉิน รพ. ก และถูกส่งตัวไปที่ รพ. ข เพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ใช้สิทธิบัตรทองตอนช่วงผ่าตัดปอด แต่ต้องเสียค่าห้องพิเศษ ค่าทำเอ็กซเรย์ (CT Scan) ดูปอด รวมประมาณ 60,000 กว่าบาท 3) คุณยาย ข ลื่นล้ม ใช้สิทธิรักษาฉุกเฉินที่ รพ. ก โดยรอเตียงเกือบวัน รพ.แจ้งว่า ไม่มีหมอมือและเครื่องมือด้านสมองเลย ญาติจึงไปทำเรื่องไปรักษาต่อที่ รพ. ข หลายรอบ เสียค่าแท็กซี่หลายรอบมาก

ผลการวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผลจากการถดถอยโลจิสติกส์และผลการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญสอดคล้องกับประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึง เหตุผลและความจำเป็นของการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม ดังนี้

ตารางที่ 12: ความสอดคล้องกันระหว่างผลการวิเคราะห์จากการถดถอยโลจิสติกส์และการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

ตัวแปรที่มีนัยสำคัญ	ตัวอย่างจากการสนทนากลุ่มที่สะท้อนถึงตัวแปร
ความเร่งด่วน (ur)	<p>1) คุณ (ชาย) ก ในตอนนั้นเรี่ยนอนอยู่เจออุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้า หน้ายบุกรวมแตก จมูกยุบ ปอดแตก ม้ามแตก ภัยน้ำสง รพ. ก เข้าห้องฉุกเฉิน หมอเจาะปอด ใส่ท่อให้เลือดไหลออกมาก่อน แล้วนอนรอดูอาการไปเรื่อย ๆ แม้กลัวมตายเลยตัดสินใจย้ายผมไป รพ. ข ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกได้เกิดขึ้นกว่า 600,000 บาท</p> <p>2) คุณ (ชาย) ข หายใจไม่ออก เจ็บชายโครง เพราะน้ำท่วมปอดเฉียบพลันส่งตัวมาฉุกเฉิน รพ. ก และถูกส่งตัวไปที่ รพ. ข เพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ใช้สิทธิบัตรทองตอนช่วงผ่าตัดปอด แต่ต้องเสียค่าห้องพิเศษ ค่าทำเอ็กซเรย์ (CT Scan) ดูปอด รวมประมาณ 60,000 กว่าบาท</p> <p>3) คุณยาย ข ลื่นล้ม ใช้สิทธิรักษาฉุกเฉินที่ รพ. ก โดยรอเตียงเกือบวัน รพ. แจ้งว่า ไม่มีหมอมือและเครื่องมือด้านสมองเลย ญาติจึงไปทำเรื่องไปรักษาต่อที่ รพ. ข หลายรอบ เสียค่าแท็กซี่หลายรอบมาก</p>
การเจ็บป่วยเรื้อรัง (ch)	<p>1) คุณยาย ข ลื่นล้ม ใช้สิทธิรักษาฉุกเฉินที่ รพ. ก โดยรอเตียงเกือบวัน รพ.แจ้งว่า ไม่มีหมอมือและเครื่องมือด้านสมองเลย ญาติจึงไปทำเรื่องไปรักษาต่อที่ รพ. ข หลายรอบ เสียค่าแท็กซี่หลายรอบมาก</p> <p>2) คุณยาย ค ใช้สิทธิฝังเข็ม ทำกายภาพ ข้อกระดูกที่เสื่อมและผิดรูปทุกอาทิตย์มาเป็นเวลาหลายปีแล้วตั้งแต่ปี 2555 แต่ยังไม่ถึงกับต้องผ่าตัด มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาต่อครั้งประมาณ 40-60 บาท ซึ่งเป็นยาเจลทา</p> <p>3) คุณ ง เป็นลมเมียบกลับมาเห็นพาไปเข้าฉุกเฉิน รพ. ก ถึงได้รู้ว่าไตเกือบจะวาย ล้างไต นอนเกือบ 20 กว่าวัน ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายอะไร แต่หลังจากนั้นต้องล้างไต มีอุปกรณ์ทำแผลต้องซื้อ 1200 บาท ล้างไต 3 เดือน ต้องล้างไตทุกวัน</p>

ตารางที่ 12: (ต่อ)

ตัวแปรที่มี นัยสำคัญ	ตัวอย่างจากการสนทนากลุ่มที่สะท้อนถึงตัวแปร
คุณภาพแพทย์ (qp)	1) คุณ (ชาย) ก ในตอนนั้นเรียนอยู่เจออุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้า หน้ายุบ กรามแตก จมูกยุบ ปอดแตก ม้ามแตก กู้ภัยนำส่ง รพ. ก เข้าห้องฉุกเฉิน หมอเจาะปอด ใส่ท่อ ให้เลือดไหลออกมาก่อน แล้วนอนรอดูอาการไปเรื่อย ๆ แม่กลัวผมตายเลยตัดสินใจย้ายผมไป รพ. ข ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกได้เกิดขึ้นกว่า 600,000 บาท 2) คุณยาย ข ลีนล้ม ใช้สิทธิรักษาฉุกเฉินที่ รพ. ก โดยรอเตียงเกือบวัน รพ. แจ้งว่า ไม่มีหมอ และเครื่องมือด้านสมองเลย ญาติจึงไปทำเรื่องไปรักษาต่อที่ รพ. ข หลายรอบ เสียค่าแท็กซี่ หลายรอบมาก
คุณภาพยาและ เวชภัณฑ์ (qd)	1) คุณตา ข มีค่าผ่าตัดพิเศษและค่าเข้าที่ยม 16,000 บาท และค่ายานอกรายการ 800 บาท โดยทางโรงพยาบาลให้เลือกเข้าที่ยมที่มีหลายระดับราคา เช่น 6,000 บาท ไม่ค่อยดีเท่าไร ราคา 16,000 บาท ก็ถือว่าดีใช้ได้ และก็มีราคาที่แพงมาก คือ 45,000 บาท 2) คุณ ค ใช้สิทธิบัตรทองตอนคลอดลูก ที่ รพ. ก ไปฝากครรภ์ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายอะไร แต่ต้อง จ่ายค่าฉีควัคซีนเพิ่มเติม 700 บาท 3) คุณ ง มีน้องตอนอายุ 35 ปี ฝากท้องตามสิทธิ ที่ รพ. ก เสียค่าฉีควัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน คางทูม ตามแพคเกจของโรงพยาบาลประมาณไม่ถึงพันบาท
คุณภาพการรักษา ในภาพรวม (qt)	สำหรับตัวแปรนี้จะสะท้อนได้จากตัวอย่างที่อยู่ในส่วนของคุณภาพแพทย์ และคุณภาพยาและ เวชภัณฑ์

อภิปรายผลการวิจัย

1. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 31,743.60 บาท ขณะที่จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 3.96 คน สะท้อนให้เห็นว่า สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ครอบครัวที่ส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยเข้าถึงและได้รับบริการทางด้านสุขภาพ และเมื่อวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 95.80 ไม่มี ประกันสุขภาพอื่น สามารถสะท้อนให้เห็นถึง การยอมรับได้ในคุณภาพในการรักษาในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างที่บางครอบครัวมีความสามารถจ่ายประกันสุขภาพอื่นเพิ่มเติมได้

2. รายจ่ายส่วนเพิ่มที่กลุ่มตัวอย่างต้องจ่ายเพิ่มเฉลี่ยครั้งละ 1,926.67 บาท และในระยะเวลา 1 ปีต้องจ่ายเฉลี่ย 2.98 ครั้งจากการใช้สิทธิเฉลี่ย 3.80 ครั้ง สะท้อนให้เห็นว่า สอดคล้องกับประเด็นที่ ได้รับการร้องเรียนโดยตลอดระยะเวลา 5 ปี พ.ศ. 2556-2560 คือ การถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงิน และสอดคล้องกับกรณีวิเคราะห์ในส่วนของงบประมาณสนับสนุนของภาครัฐที่จำกัด ทำให้ประชาชน ยังคงมีส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายของภาคเอกชนที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม และใกล้เคียงกับรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อ ปีที่เป็นค่าใช้จ่ายของภาคเอกชนอยู่ที่ประมาณ 1,832.18 บาทในปี พ.ศ. 2557 โดยเฉพาะเมื่อประมาณ การกลับเป็นปีปัจจุบันที่ศึกษา

3. รายการของรายจ่ายส่วนเพิ่มที่ได้จากแบบสอบถาม ได้แก่ 1) ค่ายาและเวชภัณฑ์ ร้อยละ 87.75 2) ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 78.25 3) ค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นทางการอื่น ๆ ได้แก่ ค่าคลินิกนอกเวลา ค่าห้องพักรักษาตัว ค่าอาหาร เดินทาง ร้อยละ 75.50 4) ค่าปรึกษาเฉพาะ

โรค ร้อยละ 44.00 และ 5) ค่าผ่าตัดพิเศษ จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 41.75 สอดคล้องกับที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าวัคซีนสำหรับบุตร ค่าเอ็กซเรย์ และค่าห้อง แต่หากวิเคราะห์ร่วมกับงานวิจัยเรื่อง Out-of-pocket payment in healthcare systems in the European Union (2015) พบว่า มีส่วนที่สอดคล้องกัน คือ การจ่ายเพื่อการรับบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม เช่น การผ่าตัดศัลยกรรม การให้คำปรึกษา และส่วนที่ยังไม่พบจากการศึกษาค้างนี้ คือ การจ่ายเพื่อได้รับบริการที่ดีกว่า เช่น ระยะเวลารอคิวที่สั้นกว่า การเข้าถึงบริการที่จำเป็น การเข้าถึงบริการของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ

4. การเจ็บป่วยเรื้อรังในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ch) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม โดยเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มมากขึ้น 55.09 เท่าโดยเปรียบเทียบกับเมื่อไม่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้นและข้อมูลจากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในหลายปีที่ผ่านมาที่มีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะในส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง อาทิ รายงานประจำปี 2560 ข้อ 4.3 ที่มีการบริหารงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ไตวายเรื้อรัง และผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง อีกทั้งการที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาใช้สิทธิมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น

5. ความเร่งด่วนในการรักษา (ur) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม โดยเมื่อความเร่งด่วนในการรักษาเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 79.6 สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้นและงานวิจัย เรื่อง To Pay or Not To Pay? A Multicountry Study on Informal Payments for Health-care Services and Consumers' Perceptions (2015) ที่เป็นการศึกษาโดยวิเคราะห์สมการถดถอยแบบโลจิสติกส์กับกลุ่มตัวอย่างในประเทศยุโรปตะวันออกและตอนกลาง พบว่า ปัจจัยเรื่องการมีปัญหสุขภาพสำคัญมีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.05 ต่อการมีการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการของการใช้บริการดูแลสุขภาพ

6. คุณภาพแพทย์ (qp) คุณภาพยาและเวชภัณฑ์ (qd) และคุณภาพโดยรวมของการรักษาตามสิทธิ (qt) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่ม โดยเมื่อคะแนนของแต่ละปัจจัยเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีรายจ่ายส่วนเพิ่มลดลงร้อยละ 31.8, 63.5 และ 54.9 ตามลำดับ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้น และหากวิเคราะห์ร่วมกับ งานวิจัย เรื่อง Out-of-pocket payment in healthcare systems in the European Union (2015) Factors Influencing on Informal Payments in Healthcare Systems: A Systematic Review (2017), Patterns of Informal Patient Payments in Bulgaria, Hungary and Ukraine: A Comparison across Countries, years and type of services (2017), To Pay or Not To Pay? A Multicountry Study on Informal Payments for Health-care Services and Consumers' Perceptions (2015) โดยทั้งหมดนี้ อธิบายถึงการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มโดยจะจ่ายเมื่อพิจารณาว่าจะได้รับบริการที่ดีกว่าและบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม หรือได้รับบริการพิเศษ และสอดคล้องกับผลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า เมื่อพิจารณาว่าแพทย์ที่รักษา ยาและเวชภัณฑ์ และคุณภาพการรักษาโดยรวมยังไม่เพียงพอจะยอมจ่ายเพิ่มเติมขึ้น ตัวอย่างดังนี้ คุณ (ชาย) ก ประสบอุบัติเหตุหนัก หมอเจาะปอด แล้วใส่ท่อให้เลือดไหลออกมาก่อน แล้วนอนรอดูอาการไปเรื่อย ๆ แมกแล้วผมตายเลยตัดสินใจย้ายโรงพยาบาลจึงมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม และคุณ ค ใช้ นนทร์ วราณิษฐ์ และ อัครนันท์ คิตสม

สิทธิบัตรทองตอนคลออดลูก ที่ รพ. ก ไปฝากครรภ์ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายอะไร แต่ต้องจ่ายค่าฉีดวัคซีนเพิ่มเติม 700 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่า เมื่อคุณภาพในแต่ละประเด็นมีไม่เพียงพอหรือคุณภาพต่ำจะเกิดการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มในกลุ่มของค่ายาและเวชภัณฑ์ และค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นรายการที่เป็นรายจ่ายส่วนเพิ่มที่สำคัญ โดยเน้นในประเด็นของความครอบคลุมในการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ตลอดจนตั้งเป้าหมายที่จะลดทั้งร้อยละของรายจ่ายส่วนเพิ่มต่อครั้งในการใช้สิทธิ และลดร้อยละของจำนวนครั้งที่มีรายจ่ายส่วนเพิ่มต่อจำนวนครั้งในการใช้สิทธิ โดยในส่วนนี้จะทำให้ประเด็นที่ได้รับการร้องเรียนโดยตลอดระยะเวลา 5 ปี พ.ศ. 2556-2560 คือ การถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงิน ได้รับการแก้ไขไปพร้อมกัน

2. ภาครัฐควรมียุทธศาสตร์ นโยบาย การดำเนินการโดยบูรณาการความร่วมมือกับทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน และทั้งที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และที่มีส่วนส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายที่เริ่มและมีความเสี่ยงที่จะมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง กำหนดเป้าหมายร้อยละของประชาชนการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ลดลง ซึ่งจะทำให้งบประมาณที่จัดสรรไปในส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มจากการใช้สิทธิลดลง

3. ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับกำกับติดตามด้านสิทธิประโยชน์ที่ได้รับในเรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่วิกฤติหรือเร่งด่วนโดยที่ไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็นโดยไม่ต้องสำรองจ่าย ทั้งนี้ ผลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ระบุถึงการรับเข้ารับรักษาแต่ไม่ได้ดำเนินการให้การรักษาประสบความสำเร็จ และรวมถึงไม่ประสานงานเรื่องการส่งต่อ ซึ่งหากดำเนินการในส่วนนี้จะส่งผลให้เกิดการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มจากการใช้สิทธิลดลง และที่สำคัญจะส่งผลต่อการได้รับการรักษาอย่างทันเวลา โอกาสในการเสียชีวิตและพิการลดลง

4. ภาครัฐควรพิจารณาเลือกการจัดสรรงบประมาณรายหัวตามสิทธินี้โดยเชื่อมโยงกับการพัฒนาปัจจัยด้านโรงพยาบาลในส่วนของคุณภาพแพทย์ (qp) คุณภาพยาและเวชภัณฑ์ (qd) และคุณภาพโดยรวมของการรักษา และรวมถึงสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยมอบนโยบายให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) ในฐานะหน่วยงานกำกับและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลออกแบบมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเชื่อมโยงตัวชี้วัดกับระบบประเมินผลการปฏิบัติงานและการจัดสรรงบประมาณ

รายการอ้างอิง

- ธนาคารแห่งประเทศไทย. 2561. **โครงการศึกษาด้านโครงสร้างเศรษฐกิจไทยที่มีนัยต่อการ
ดำเนินนโยบาย**. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 จาก [https://www.bot.or.th/Thai/Research
AndPublications/DocLib_/Article_01Aug2018.pdf](https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/DocLib_/Article_01Aug2018.pdf)
- นนท์ วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คิตสม. 2562. **องค์ประกอบเชิงสำรวจของความตระหนักรู้และการ
เข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเขตกรุงเทพมหานคร.
วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร**. ปีที่ 16. ฉบับที่ 1. 126-153.
- ราชกิจจานุเบกษา. 2560. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560**. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม
2561 จาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. 2545. **พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545**. สืบค้น
วันที่ 1 กรกฎาคม 2561 จาก <http://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/031.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2561. **รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ 2555-2560**. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 จาก [https://www.nhso.
go.th/frontend/page-about_result.aspx](https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2561ก. **ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560 – 2564)**. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 จาก [https://www.
nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMg==](https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMg==)
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2561. **ผลประมาณค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพของ
ไทยตามหลัก OECD**. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 จาก [https://tdri.or.th/2018/01/health
expenditure15yrs/](https://tdri.or.th/2018/01/healthexpenditure15yrs/)
- Aboutorabi and others 2016. **Factors Affecting the Informal Payments in Public and
Teaching Hospitals**. Retrieved July 1, 2018 from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/
articles/PMC4898875/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4898875/)
- European Hospital and Healthcare Federation. 2015. **Out-of-pocket payment in healthcare
systems in the European Union**. Retrieved July 1, 2018 from [http://www.hope.be
wp-content/uploads/2015/11/99_2015_HOPE-REPORT_Out-of-pocket-payments-in-he
althcare-systems-in-the-European-Union.pdf](http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/99_2015_HOPE-REPORT_Out-of-pocket-payments-in-healthcare-systems-in-the-European-Union.pdf)
- Jahangiri and Aryankhesal. 2017. **Factors Influencing on Informal Payments in Healthcare
Systems: A Systematic Review**. Retrieved July 1, 2018 from [https://www.research
gate.net/publication/319620267_Factors_Influencing_on_Informal_Payments_in_Health
care_Systems_A_Systematic_Review](https://www.researchgate.net/publication/319620267_Factors_Influencing_on_Informal_Payments_in_Healthcare_Systems_A_Systematic_Review)

- Kidsom and Vorlapanit. 2019. **Structural Equation Model for Awareness, Accessibility and Utilization of Thailand Universal Health Coverage System**. Retrieved January 1, 2019 from <https://www.elsevier.com/about/press-releases/corporate/elsevier-acquires-the-social-science-research-network-ssrn,-the-leading-social-science-and-humanities-repository-and-online-community>
- Mejsner and Karlsson. 2017. **Informal Payments and Health System Governance in Serbia: A Pilot Study**. Retrieved July 1, 2018 from <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244017728322>
- Meskarpour-Amiri and others. 2016. **Socioeconomic Factors Affecting Informal Payments in the Health Sector**. Retrieved July 1, 2018 from <http://www.rtsa.ro/tras/index.php/tras/article/viewFile/475/464>
- Stepurko and others. 2017. **Patterns of Informal Patient Payments in Bulgaria, Hungary and Ukraine: A Comparison across Countries, years and type of services**. Retrieved July 1, 2018 from <https://academic.oup.com/heapol/article/32/4/453/2593595>
- Stepurko and others. 2015. **To Pay or Not To Pay? A Multicountry Study on Informal Payments for Health-care Services and Consumers' Perceptions**. Retrieved July 1, 2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25292329>