



วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร

MUT Journal of Business Administration

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2563)

Volume 17 Number 2 (July – December 2020)

การวิเคราะห์เส้นทางความเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายร่วม ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Path Analysis of Willingness to Pay for Co-Payment in the Universal Health Insurance System

Received: November 11, 2020

Revised: December 3, 2020

Accepted: December 4, 2020

อดิรนนท์ ดิดสม Akaranant Kidsom^{1*}, นนทร์ วรพานิชช Non Vorlapanit²

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

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

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องเส้นทางความเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยกำหนดต่างๆ ที่สามารถอธิบายความเต็มใจจ่ายของตัวอย่างสำหรับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ต้องการ โดยใช้การสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 500 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เส้นทาง

ผลการวิเคราะห์เส้นทางพบว่า อายุที่มากขึ้น มีแนวโน้มที่จะทำให้มีความเต็มใจในการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลง ในขณะที่ระดับความรุนแรงของโรคที่ประเมินจากผู้ป่วยเองที่มากขึ้น จะทำให้มีความยินดีที่จะจ่ายในระบบมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากผู้ประกันตนมีความกังวลในการเข้าถึงบริการลดลง ก็จะยอมจ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขนาดที่เพิ่มขึ้น ส่วนการมีประกันภัยประเภทอื่นๆ คู่ครองผู้ป่วยอยู่ ทำให้มีความยินดีที่จะจ่ายร่วมมากขึ้น ทั้งนี้ รายได้

* E-mail address: fecoanki@ku.ac.th

เฉลี่ยของครัวเรือนนั้น มีผลบวกกับความเต็มใจจ่าย รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความเต็มใจในการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น

คำสำคัญ: การวิเคราะห์เส้นทาง, ความเต็มใจจ่าย, ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ABSTRACT

The objective of this research on path analysis of willingness to pay for co-payment in the universal health insurance system is to study determining factors for the willingness to pay for the access to needed medical care. The questionnaire was conducted with 500 samples aged over 15 years old who used the health services according to the universal health insurance coverage. This research was analyzed using path analysis.

The results of path analysis showed that with increasing age, people tended to decrease their willingness to pay for the universal health insurance system. The severity of the disease assessed by the eligible people would increase their willingness to pay in the system. On the other hand, if the eligible people were concerned about accessibility to the service, they would increase their willingness to pay in the system. The eligible people with other insurances would increase their willingness to pay in the system. An increase of the average of the income of households had a positive effect on willingness to pay.

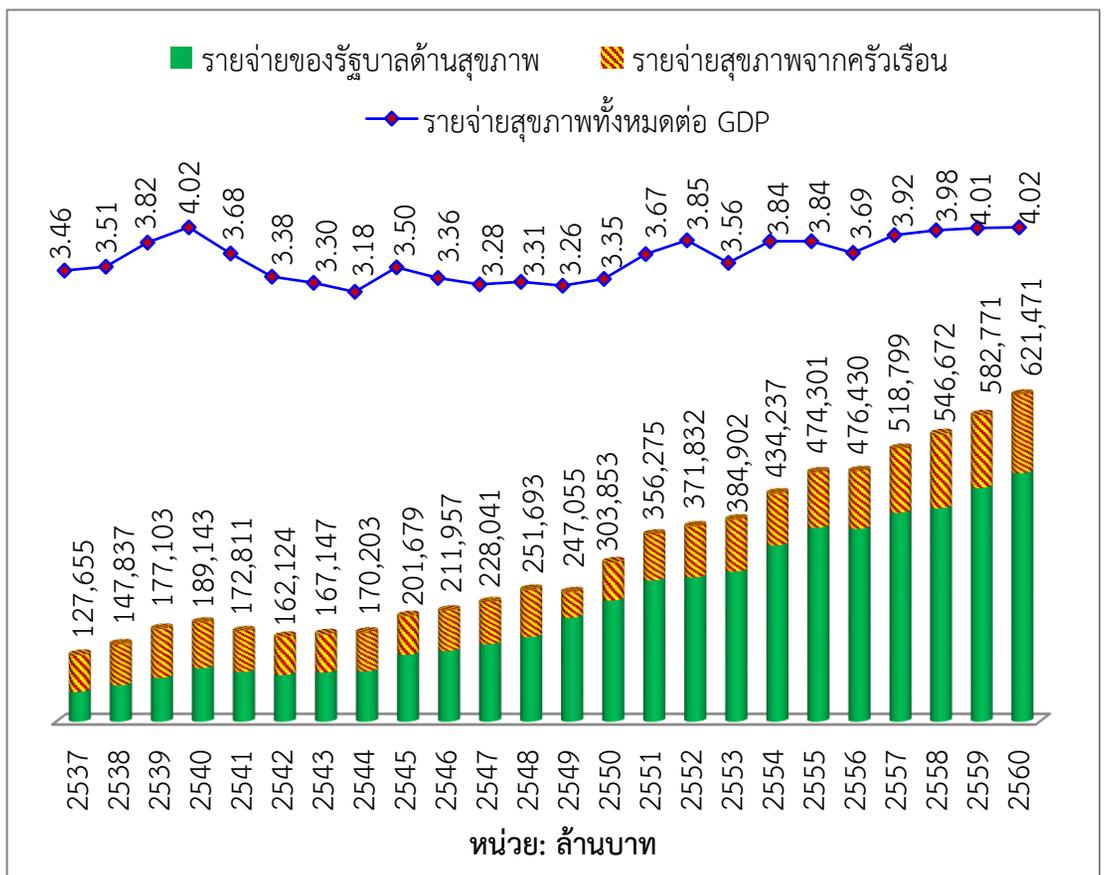
Keywords: Path Analysis, Willingness to Pay, Universal Health Insurance, Universal Health Care Card

บทนำ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ซึ่งได้มีการขยายโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในทุกกระดับ โดยมีการกระจายบุคลากรสาธารณสุขไปโดยทั่วทุกภูมิภาคในประเทศ และลดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเมืองและชนบท ทำให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเรียก 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นโครงการที่ทำเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ โดยคนไทยทุกคนสามารถรับบริการรักษาโรคได้โดยจ่ายเพียง 30 บาท ซึ่งประชาชนต้องลงทะเบียนกับโรงพยาบาลและรัฐจัดสรรงบประมาณลงในโรงพยาบาลตามจำนวนคน และแจกบัตรประจำตัวให้แก่ผู้รับบริการ เรียกกันว่า “บัตร

ทอง” โดยมีสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล โดยสิทธิการรักษาพยาบาล มี 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ (1) สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (2) สิทธิประกันสังคม และ (3) สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท

สิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือสิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง เป็นสิทธิที่ครอบคลุมจำนวนประชากรเป็นจำนวนมากโดยปัจจุบันมีผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพจำนวนกว่า 48 ล้านคน ในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม จากการรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่า รายจ่ายสุขภาพมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งรายจ่ายของรัฐบาลและรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน โดยสถิติล่าสุดปี พ.ศ. 2560 แสดงให้เห็นว่ารายจ่ายสุขภาพทั้งหมดอยู่ที่ 621,471 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 4.02 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) (รูปที่ 1)



รูปที่ 1: รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2537-2560

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562

นอกจากนี้ จากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า งบประมาณที่ทางกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้รับในแต่ละปีงบประมาณมีจำนวนน้อยกว่างบประมาณที่จ่ายไป เมื่อ

พิจารณาเปรียบเทียบงบประมาณที่ทางกองทุนฯ ได้รับจัดสรรกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในงบการเงินในช่วง 3 ปีงบประมาณ คือ ปีงบประมาณ 2559 – 2561 แล้ว พบว่า งบประมาณที่ได้รับจัดสรรน้อยกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ 2559 งบประมาณที่ได้รับจัดสรรมีน้อยกว่าประมาณร้อยละ 1.83 ในขณะที่ปีงบประมาณ 2560 น้อยกว่าประมาณร้อยละ 3.39 และปีงบประมาณ 2561 น้อยกว่าร้อยละ 1.66 สะท้อนให้เห็นได้ว่าสวัสดิการการให้บริการสาธารณสุขผ่านทางกองทุนฯ มีการจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ และเกิดภาวะทางการคลังแก่ภาครัฐ จนทำให้ต้องมีการจัดสรรงบกลาง ซึ่งเป็นงบประมาณที่ถูกจัดสรรไว้เพื่อให้ประเทศใช้จ่ายในยามฉุกเฉินมาอุดหนุนเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ใช้สิทธิอาจมีความต้องการในการจ่ายค่าบริการเหล่านี้เพิ่มเติมเอง เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความคุ้มครองให้ครอบคลุมทุกกรณี อีกทั้งสิทธิต่างๆ ของผู้ประกันตนประเภทต่างๆ ในประเทศไทยนั้นมีความเหลื่อมล้ำกัน ผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังคงมีรายการจ่ายเพิ่มเติม (หากจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือเยี่ยมยาพื้นฟูในบางกรณี) ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่สามารถชำระได้

คำถามนำการวิจัย

จากที่ได้กล่าวนำมาในเบื้องต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนานโยบายด้านรายจ่ายด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเป็นประโยชน์ต่อการลดภาระทางการคลังของภาครัฐในอนาคต และตอบสนองต่อความสามารถและความต้องการจ่ายของประชาชนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการตอบคำถามที่ว่าอะไรคือปัจจัยกำหนดที่สามารถอธิบายความเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยกำหนดต่างๆ ที่สามารถอธิบายความเต็มใจจ่ายความเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิบัตรทองในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ต้องการ

การทบทวนวรรณกรรม

การจ่ายร่วม หรือ Co-Payment เป็นหลักการประเภทหนึ่งที่อยู่ในแนวคิดการมีส่วนร่วมจ่าย (Cost Sharing) เช่น การร่วมจ่ายเกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข ประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น โดยการจ่ายร่วมสามารถทำได้โดยการจ่ายในมูลค่าที่ตายตัว หรือเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงก็ได้

ทั้งนี้ข้อเด่นของระบบการจ่ายร่วม ได้แก่ การลดภาระงบประมาณของรัฐในการให้บริการประชาชนได้บางส่วน ประชาชนที่จ่ายร่วมมีโอกาสในการได้รับบริการที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ผลดังกล่าวจากรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ระบบจ่ายร่วมส่งผลให้ครอบครัวที่มีฐานะยากจนใช้บริการทางการแพทย์ลดต่ำลงประมาณร้อยละ 18 (Beck ,1974) สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศของ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2551) ที่สรุปว่า ระบบการจ่ายร่วมส่งผลให้เกิดการเข้าใช้บริการสาธารณสุขลดลง และอาจมีส่วนทำให้สุขภาพของประชาชนแย่ลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกันตนและประชาชนที่มีรายได้ต่ำ

จากการทบทวนการให้บริการสาธารณสุขในลักษณะที่มีการใช้ระบบการจ่ายร่วม สำหรับในกรณีต่างประเทศ สรุปตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1: ตัวอย่างการจ่ายร่วมในต่างประเทศ

ประเทศ	ระบบการจ่ายร่วม
ออสเตรเลีย	Medicare ของออสเตรเลียใช้งบประมาณหลักจากการจัดเก็บภาษีที่ 1.5% ของรายได้ และยกเว้นให้กับผู้มีรายได้น้อย สำหรับผู้มีรายได้สูงแต่ไม่ทำประกันสุขภาพของเอกชนจะต้องจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นอัตราร้อยละ 2.5 ของรายได้
ญี่ปุ่น	National Health Insurance Law เป็นกฎหมายเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล 88% และอีกประมาณ 12% มาจากการจ่ายร่วมเพิ่มเติมจากผู้ป่วย (Out-of-Pocket)
สิงคโปร์	เน้นที่ประชาชนมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายสุขภาพของตนเอง โดยมีรูปแบบหลัก 4 แบบ ได้แก่ (1) Medisave คือระบบที่ให้ประชาชนกันเงินเดือนส่วนหนึ่งของตนเองไว้ในบัญชีธนาคาร (ภาคบังคับ) เพื่อสำรองไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลในอนาคต (2) MediShield เป็นระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนเลือกที่จ่ายค่าเบี้ยประกันหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจ ใช้สำหรับกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยโครงการจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจริง 80% ถึง 90% ภายใต้เพดานที่กำหนด (3) Medifund เป็นระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะเป็นกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ และ (4) ElderShield เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และหากมีสภาพนับเป็นผู้พิการ จะได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือรายเดือนตามอัตราที่จ่ายร่วม

ที่มา: กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2551)

Carlssona and Martinsson (2003) ทำวิจัยเรื่องเทคนิคการออกแบบสำหรับวิธีความพึงพอใจที่ได้แจ้งออกมา (Stated Preference) ในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยงานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เทคนิคการออกแบบที่แตกต่างสำหรับ Stated Preference เพื่อประยุกต์ใช้ในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยเฉพาะวิธีการที่บูรณาการระดับต่างๆ ของคุณลักษณะ (Attribute Levels) เข้าไปในทางเลือกและชุดตัวเลือก สำหรับการทดลองเชิงตัวเลือก (Choice Experiments) ทั้งนี้ การออกแบบเป็นปัญหาสำคัญในการทดลองลักษณะนี้ ตั้งแต่ที่รวมทางเลือกเข้าไปในชุดตัวเลือก เนื่องจากมันจะเป็นตัวกำหนดระดับความแม่นยำที่ได้จากการประมาณการและการวัดสวัสดิการ (Welfare) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังได้เปรียบเทียบการออกแบบลักษณะ Orthogonal กับ Cyclical และ D-Optimal ทั้งนี้

การออกแบบเพื่อประเมินความสามารถในการคาดการณ์ที่แท้จริงถึงความยินดีที่จะจ่ายหน่วยสุดท้าย ภายใต้ความแตกต่างที่มีความเฉพาะเจาะจงตาม Utility Function ในแบบจำลอง Monte Carlo ผลการศึกษา พบว่าการออกแบบลักษณะ Orthogonal มี Mean Square Error ที่มากกว่าการออกแบบลักษณะ D-Optimal โดยเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตามแบบจำลองแสดงให้เห็นว่าการวัดสวัสดิการไม่ได้มีความละเอียดอ่อนมาก หากชุดตัวเลือกถูกสร้างขึ้นจาก D-Optimal Design ด้วยความลำเอียงที่เกิดขึ้นมาแล้วก่อนหน้านี้

Shirowa *et al.* (2010) ทำการศึกษาเรื่อง International Survey on Willingness to Pay (WTP) for one additional QALY gained: What is the threshold of cost effectiveness? มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดและเปรียบเทียบเกณฑ์ในประเทศพัฒนาแล้วบางแห่งในเอเชียตะวันออกเฉียงและตะวันตกโดยใช้วิธี Contingent Valuation Method (CVM) ซึ่งดำเนินการผ่านการออกแบบสอบถาม 5,500 ชุด ใน 6 ประเทศ ได้แก่ ไต้หวัน (500 ชุด) ญี่ปุ่น (1,000 ชุด) เกาหลี (1,000 ชุด) ออสเตรเลีย (1,000 ชุด) สหราชอาณาจักร (1,000 ชุด) และสหรัฐอเมริกา (1,000 ชุด) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20 – 59 ปี และทำการศึกษาในช่วงตุลาคม ค.ศ. 2007 – มีนาคม ค.ศ. 2008 โดยทำการประเมินจาก 2 วิธีได้แก่ (1) ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาปริมาณด้านสาธารณสุข เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพการ จัดสรรทรัพยากรภายในและค่าใช้จ่ายที่จำกัดสำหรับการดูแลสุขภาพ และ (2) ความเต็มใจจ่ายของผู้บริโภค (WTP) สำหรับการดูแลสุขภาพเนื่องจากผู้บริโภคอาจละเลยการคิดเกี่ยวกับปริมาณด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม ซึ่งเมื่อทำการประเมินเหล่านี้ อาจทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นหากประชาชนเต็มใจจ่ายมากขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ความเต็มใจที่จะจ่าย (WTP) ที่ทำการประเมินได้ของประเทศไต้หวัน 2.1 ล้านดอลลาร์ไต้หวัน ญี่ปุ่นอยู่ที่ 5 ล้านเยน เกาหลีอยู่ที่ 68 ล้านวอน ออสเตรเลียอยู่ที่ 64,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรอยู่ที่ 23,000 ปอนด์ และสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ 62,000 ดอลลาร์สหรัฐ ตามลำดับ

Ogasawara and Abe (2013) ทำการศึกษาเรื่องความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับระบบการให้บริการคำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพในฮอกไกโด ประเทศญี่ปุ่น โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเพื่อประเมินความเต็มใจที่จะจ่าย (WTP) สำหรับการบริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการให้บริการคำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพด้วยการรวม Sphygmomanometer เข้ากับระบบการประชุมทางไกลในร้านขายยาและมหาวิทยาลัย โดยในการศึกษาค้นคว้านี้ เลือกร้านขายยา 5 แห่งเพื่อจัดตั้งห้องให้คำปรึกษา จำแนกออกเป็นร้านขายยาในพื้นที่ท้องถิ่น 1 แห่ง ร้านขายยาในเขตชานเมือง 2 แห่ง และที่เหลื้ออีก 2 แห่ง อยู่ในเขตเมือง แล้วมอบหมายให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ทางคลินิกมากกว่า 5 ปีเป็นผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ไม่ให้การให้คำปรึกษาที่เกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งนี้ การประเมินความเต็มใจที่จะจ่าย (WTP) ในครั้งนี้ อาศัย Double-Bounded Dichotomous-Choice Model ทำการวิเคราะห์ด้วย Logistic-Regression เพื่อยืนยันปัจจัยที่มีผลต่อ WTP ด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 480 คน ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความเต็มใจที่จะจ่าย (WTP) ที่คำนวณได้อยู่ที่ 495 เยน และมีค่ากลางอยู่ที่ 367 เยน ซึ่งปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความยินดีที่จะจ่าย ได้แก่ ระบุรายได้ต่อปี ความยินดีที่จะใช้ระบบ และครอบครัวที่มีลูกและมีเด็ก

Hong *et al.* (2017) ทำการศึกษาเรื่อง Multigroup Path Analysis of the Influence of Healthcare Quality, by Different Health Insurance Types โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความแตกต่างระหว่างบุคคลที่ได้รับการคุ้มครองจากการประกันประเภทต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดกลยุทธ์ในตลาดประกันสุขภาพ ใช้แบบจำลอง Multigroup Path Analysis ในการตรวจสอบผลกระทบของการประกันสุขภาพที่เชื่อมโยงโดยตรงและโดยอ้อมกับสถานะสุขภาพทั่วไป ความพึงพอใจที่ได้รับจากการดูแล ภาระทางการเงิน และการรับรู้คุณค่าของระบบประกันสุขภาพ โดยจำแนกการวิเคราะห์ตามประเภทของการประกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ ของเอกชน ของหลวง (รัฐบาล) และของทหาร ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของทั้ง 3 กลุ่มประกันดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับชุดตัวแปรที่กำหนดอย่างเหมาะสม โดยคุณภาพการประกันสุขภาพที่มากขึ้นมีส่วนสนับสนุนให้สถานะสุขภาพดีขึ้น ความพึงพอใจมากขึ้น และการรับรู้คุณค่าของระบบการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ แม้ว่าเส้นทางโดยตรงทั้งหมดระหว่างคุณภาพบริการสุขภาพและภาระทางการเงินไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลกระทบทางอ้อมมีนัยสำคัญในทุกแบบจำลองผ่านสถานะสุขภาพ ส่วนการแต่งงานและการมีรายได้ที่สูงขึ้นเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งเกี่ยวกับสถานะสุขภาพที่ดีขึ้นและคุณภาพบริการสุขภาพ ทั้งนี้ ความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพของบริการด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากอาจนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในหมู่ผู้รับผลประโยชน์ด้านการประกันและส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพลดลง

นนท์ วรพาณิชย์ และ อัครนันท์ คิตสม (2563) ทำการศึกษาในประเด็นรายจ่ายส่วนเพิ่มของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกำหนดต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ (เช่น ตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ ตัวแปรอื่นๆ ด้านสุขภาพ) ต่อรายจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้มาใช้บริการที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลรัฐ 2 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 500 ชุด ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรอายุ สถานภาพ การศึกษา ระดับรายได้ ความพิการทางร่างกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง และประเภทผู้ป่วยในกรณีที่เป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและทั้งสองกรณีมีความสัมพันธ์กับระดับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการมีประกันสุขภาพแบบอื่นครอบคลุมอยู่ ส่งผลทางตรงต่อการเคยต้องมีรายจ่ายเพิ่มเติมในการใช้สิทธิประกันสุขภาพ การเป็นโรคเจ็บป่วยร้ายแรงนั้น ส่งผลทางตรงในทางบวกต่อความเร่งด่วนฉุกเฉินในการรักษา และความเร่งด่วนฉุกเฉินในการเข้ารับรักษานั้น มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยได้เคยจ่ายเพิ่มเติมในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ

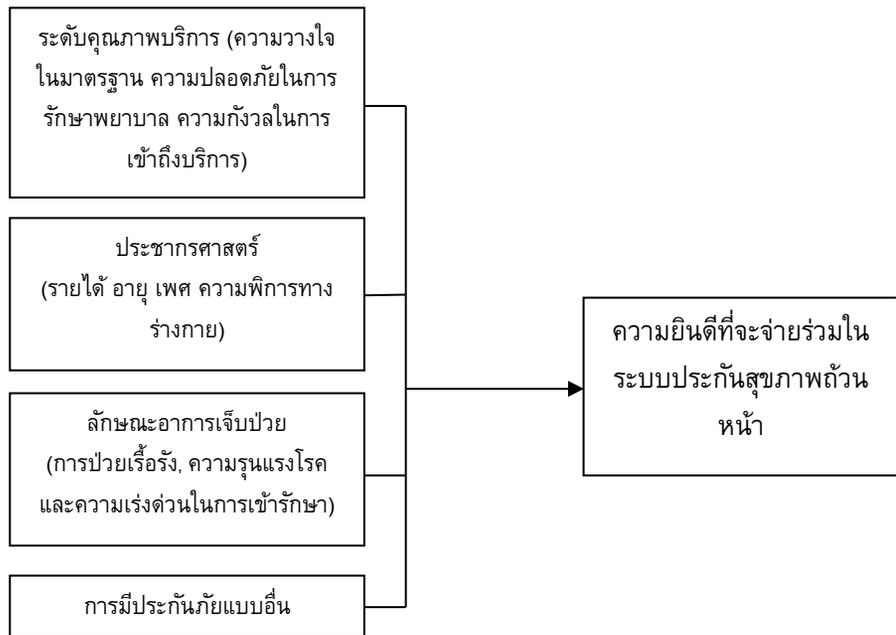
จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น เห็นได้ว่ามีตัวแปรกำหนดความต้องการจ่ายร่วมอยู่หลากหลาย ซึ่งสามารถจัดเป็นกลุ่มได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2: การจัดกลุ่มตัวแปรกำหนดความต้องการจ่ายร่วม

ตัวแปรกำหนดความต้องการจ่ายร่วม	ที่มา
ประชากรศาสตร์ (เช่น รายได้ และอายุ เพศ และความพิการทางร่างกาย)	Shiroiwa <i>et al.</i> (2010) Ogasawara and Abe (2013) นนท์ วรพณิชช์ และ อัครนันท์ คิตสม (2563)
ระดับคุณภาพการบริการโดยรวม (เช่น ประเด็นเกี่ยวกับความวางใจในมาตรฐาน ความปลอดภัยของการรักษาพยาบาล และความกังวลในการเข้าถึงบริการ)	นนท์ วรพณิชช์ และ อัครนันท์ คิตสม (2563)
ลักษณะอาการเจ็บป่วย (เช่น การป่วยเรื้อรัง, ความรุนแรงโรค และความเร่งด่วนในการเข้ารับรักษา)	Shiroiwa <i>et al.</i> (2010) นนท์ วรพณิชช์ และ อัครนันท์ คิตสม (2563)
ตัวแปรอื่นๆ (อาทิ การมีประกันชีวิตประเภทอื่นๆ การมี/ไม่มีบุตร การเป็นบุคลากรทางการแพทย์ การมีสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยในช่วงที่ผ่านมา ลักษณะที่อยู่อาศัย)	Shiroiwa <i>et al.</i> (2010) Kotler and Keller (2012) Ogasawara and Abe (2013) นนท์ วรพณิชช์ และ อัครนันท์ คิตสม (2563)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จึงทำให้ได้กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยสาเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ายินดีที่จะจ่ายร่วม ได้แก่ ระดับคุณภาพการบริการโดยรวม (เช่น ประเด็นเกี่ยวกับความวางใจในมาตรฐาน ความปลอดภัยของการรักษาพยาบาล และความกังวลในการเข้าถึงบริการ) ประชากรศาสตร์ (เช่น รายได้ และอายุ เพศ และความพิการทางร่างกาย) ลักษณะอาการเจ็บป่วย (เช่น การป่วยเรื้อรัง, ความรุนแรงโรค และความเร่งด่วนในการเข้ารับรักษา) และรวมถึงการมีประกันภัยอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งสามารถแสดงได้ ดังรูปที่ 2 ด้านล่าง



รูปที่ 2: กรอบแนวคิดของการวิจัย
ที่มา: ผู้วิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 รายซึ่งใช้สิทธิบัตรทอง โดยเก็บข้อมูลระหว่างช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2562

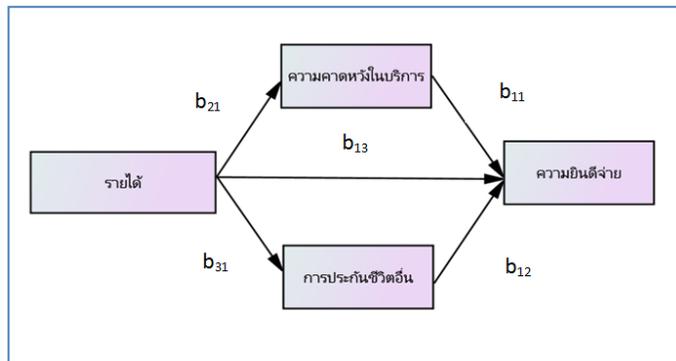
แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ที่เป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิบัตรทอง (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และความเต็มใจจ่ายเพื่อเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ต้องการ ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม ได้ใช้การตรวจสอบความเหมาะสมของคำถามและภาษาที่ใช้ถามโดยการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยดัชนี IOC ผลจากการตรวจสอบ พบว่า ดัชนี IOC ของทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.5 ทั้งหมด และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้จริง (Try-Out) กับประชากรที่ศึกษาและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าที่ทำให้เป็นมาตรฐานเท่ากับ 0.764

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เส้นทางนั้น เป็นเทคนิคทางสถิติที่เป็นส่วนขยายการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบหลายตัวแปร (Multiple Regression) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการทดสอบสมมติฐาน ประเมินขนาดและความสำคัญของการเชื่อมต่อสาเหตุระหว่างชุดของตัวแปรที่สนใจ

ตัวอย่างการวิเคราะห์เส้นทางในขั้นแรกหากพิจารณาสมการโครงสร้างต่อไปนี้:

1. ความยินดีจ่าย = b_{11} ความคาดหวังในบริการที่ได้ + b_{12} การมีประกันชีวิตแบบอื่น + b_{13} รายได้ + e_1
2. ความคาดหวังในบริการที่ได้ = b_{21} รายได้ + e_2
3. การมีประกันชีวิตแบบอื่น = b_{31} รายได้ + e_3

ข้อสังเกตคือ สัญลักษณ์สำหรับค่าสัมประสิทธิ์หน้ารายได้ (b_{13} , b_{21} , และ b_{31}) ทั้ง 3 สมการนั้นแตกต่างกัน แสดงถึงเส้นทางคนละเส้นกัน) กำหนดให้ e_1 , e_2 และ e_3 คือ Error Terms ของระบบสมการนี้ หรือเป็นคำอธิบายความแปรปรวนที่ไม่ได้อธิบายได้ และในการวิเคราะห์เส้นทางนั้น ไม่ได้มีการระบุค่า Intercept ในสมการ (เช่น a_1 , a_2 และ a_3) และในกรณีนี้ กำหนดให้รายได้เป็นตัวแปรภายนอก ไม่ได้ถูกกำหนดจากตัวแปรอื่นๆ ในชุดสมการ และสามารถแสดงเป็นรูปภาพได้ ดังนี้



รูปที่ 3: ตัวอย่างการวิเคราะห์เส้นทางความเต็มใจจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

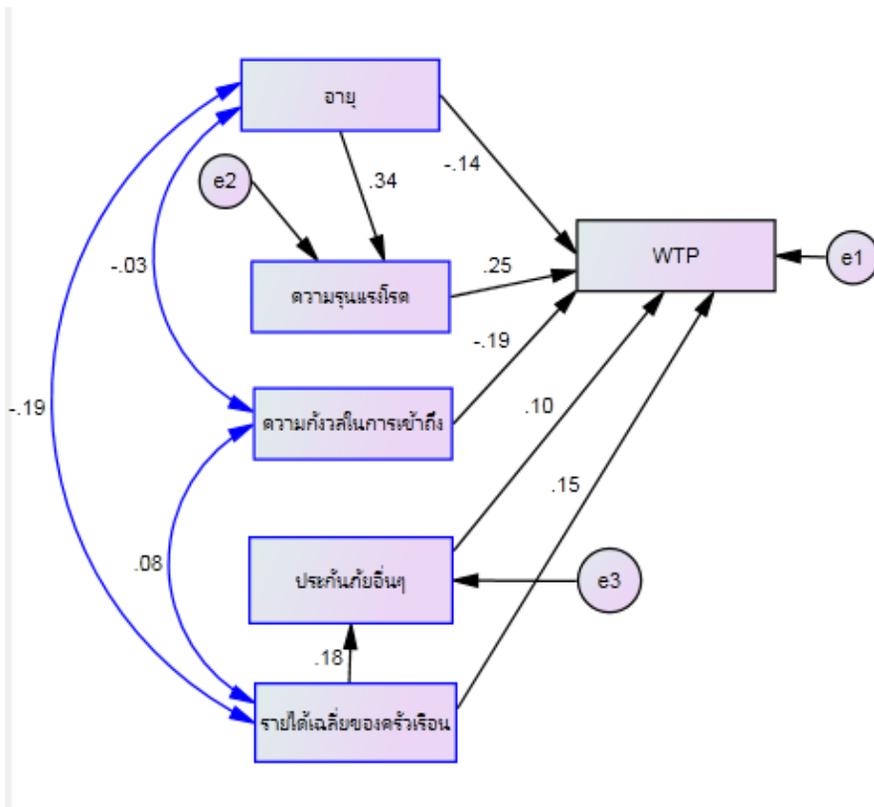
จากนั้น ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติเบื้องต้น และทำการประมวลผลการวิเคราะห์เส้นทาง เพื่อการประมาณค่าพารามิเตอร์ (b) ตลอดจนทำการพิจารณานัยสำคัญทางสถิติ ของแบบจำลอง โดยมีตัวชี้วัดและเกณฑ์ทั่วไป ตามการสรุปของ Cornell Statistical Consulting Unit, University of Cornell ได้แก่ Chi-Square ของแบบจำลอง (χ^2) p-value > 0.05 (H_0 : แบบจำลองแบบสมมติอย่างสมบูรณ์), Adjusted Goodness of Fit (AGFI) โดย $GFI \geq 0.95$ หรือ $AGFI \geq 0.90$, (Non) Normed-Fit Index (NFI) หรือ Tucker Lewis Index (TLI) โดยที่ $NFI \geq 0.95$ หรือ $NNFI \geq 0.95$, Comparative Fit Index- CFI โดยที่ $CFI \geq 0.90$, Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA < 0.08, Standardized Root Mean Square Residual-SRMR < 0.08, Average Value Explained-AVE > 0.5 (สำหรับ CFA เท่านั้น)

ผลการวิจัย

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 ราย แบ่งเป็น หญิงร้อยละ 60 และชายร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 34 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 59.8 สมรสร้อยละ 33.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 30.4 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 26.9 และอนุปริญญาหรือเทียบเท่าร้อยละ 14.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 32.2 นักเรียนและนักศึกษาร้อยละ 25.0 และธุรกิจส่วนตัวและค้าขายร้อยละ 23.2

ผลการวิเคราะห์เส้นทางนั้น จากกรอบแนวคิดในการวิจัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่าระดับความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay) มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการบริการโดยรวม (เช่น ประเด็นเกี่ยวกับความวางใจในมาตรฐาน ความปลอดภัยของการรักษาพยาบาล และความกังวลในการเข้าถึงบริการ) ประชากรศาสตร์ (เช่น เพศ รายได้ และอายุ เพศ และความพิการทางร่างกาย) ลักษณะอาการเจ็บป่วย (เช่น การป่วยเรื้อรัง, ความรุนแรงโรค และความเร่งด่วนในการเข้ารับรักษา) และรวมถึงการมีประกันภัยอื่นๆ เป็นต้น

จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ทำการทดสอบในแบบจำลองเส้นทาง ดังกรอบแนวคิดในรูปที่ 2 ที่ว่าสาเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ายินดีที่จะจ่ายร่วม ได้แก่ ระดับคุณภาพการบริการโดยรวม (เช่น ประเด็นเกี่ยวกับความวางใจในมาตรฐาน ความปลอดภัยของการรักษาพยาบาล และความกังวลในการเข้าถึงบริการ) ประชากรศาสตร์ (เช่น รายได้ และอายุ เพศ และความพิการทางร่างกาย) ลักษณะอาการเจ็บป่วย (เช่น การป่วยเรื้อรัง, ความรุนแรงโรค และความเร่งด่วนในการเข้ารับรักษา) และรวมถึงการมีประกันภัยอื่นๆ โดยกำหนดให้ตัวแปรต่างๆ ที่กล่าวมานี้สามารถมีความสัมพันธ์กันเองได้ และได้ทำการปรับแบบจำลองในหลายรูปแบบ และสรุปได้แบบจำลองที่มีความเหมาะสมที่สุด ดังนี้



รูปที่ 4: ผลการประมาณการพารามิเตอร์ (Standardized) แบบจำลองการวิเคราะห์เส้นทาง

จากแบบจำลองข้างต้น สามารถพิจารณาได้จากสมการโครงสร้างต่อไปนี้:

$$\text{ความยินดีจ่าย (WTP)} = b_{11} \text{ อายุ} + b_{12} \text{ ความรุนแรงของโรค} + b_{13} \text{ ความกังวลในการเข้าถึง} \\ + b_{14} \text{ ประกันภัยอื่นๆ} + b_{15} \text{ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน} + e_1$$

$$\text{ความรุนแรงของโรค} = b_{21} \text{ อายุ} + e_2$$

$$\text{ประกันภัยแบบอื่นๆ} = b_{31} \text{ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน} + e_3$$

ตารางที่ 3: Regression Weights Estimated

Coefficient	Estimate Unstandardized	S.E.	C.R.	p-Value	Estimate Standardized
b21	0.0	0.0	7.1	0.00	0.34
b31	0.0	0.0	3.6	0.00	0.18
b11	-9.5	3.5	-2.7	0.00	-0.14
b12	232.5	47.1	4.9	0.00	0.25
b13	-196.7	49.8	-3.9	0.00	-0.19
b14	357.1	175.7	2.0	0.00	0.10
b15	0.0	0.0	3.0	0.00	0.15

ที่มา: ผลการประมาณการพารามิเตอร์

ทั้งนี้ จากตารางที่ 3 ในข้างต้น จะเห็นได้ว่าค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณการได้ทุกตัว มีความแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (99%) และจากผลการประมาณการค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง คณะผู้วิจัยได้การพิจารณานัยสำคัญทางสถิติและความเหมาะสมของแบบจำลอง โดยมีตัวชี้วัดและเกณฑ์ทั่วไป ตามการสรุปของ Cornell Statistical Consulting Unit, University of Cornell ได้แก่

1. Chi-Square ของแบบจำลอง (χ^2) เกณฑ์การวัดคือ $p\text{-value} > 0.05$ (H_0 : แบบจำลองเหมาะสมอย่างสมบูรณ์) ผลการทดสอบที่ได้จากแบบจำลองที่ 5 คือ มีค่า Chi-Square เท่ากับ 9.7 และ $p\text{-value}$ เท่ากับ 0.1 ซึ่งแสดงว่า ไม่สามารถปฏิเสธสมมติฐานหลักที่ว่า แบบจำลองมีความเหมาะสมสมบูรณ์ได้

2. Adjusted Goodness of Fit (AGFI) โดยเกณฑ์การวัดคือ $GFI \geq 0.95$ หรือ $AGFI \geq 0.90$ ผลการทดสอบที่ได้จากแบบจำลองที่ 5 คือ ได้ค่า GFI เท่ากับ 1.0 และ AGFI เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์นี้

3. (Non) Normed-Fit Index (NFI) หรือ Tucker Lewis Index (TLI) โดยที่มีเกณฑ์การวัดคือ $NFI \geq 0.95$ หรือ $NNFI \geq 0.95$ ผลการทดสอบที่ได้จากแบบจำลองที่ 5 คือ ได้ค่า NFI เท่ากับ 0.9 ซึ่งไม่ถึงว่าผ่านเฉพาะเกณฑ์นี้

4. Comparative Fit Index- CFI โดยที่เกณฑ์ คือ $CFI \geq 0.90$ ผลการทดสอบที่ได้จากแบบจำลองที่ 5 ได้ CFI เท่ากับ 1.0 ดังนั้น จึงถือว่าผ่านเกณฑ์นี้

5. Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA โดยมีเกณฑ์คือ $RMSEA < 0.08$ ผลการทดสอบที่ได้จากแบบจำลองที่ 5 คือมี RMSEA เท่ากับ 0.0 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์นี้ และสำหรับ Standardized Root Mean Square Residual-SRMR นั้น AMOS 20.0 ไม่มีผลรายงาน

สรุป จากการทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลอง ถือได้ว่า ผ่าน 4 ใน 5 เกณฑ์ และจากผลการประมาณการค่าพารามิเตอร์ ข้างต้น การทดสอบสมมติฐานระบุชัดเจนว่า พารามิเตอร์ทุกตัวที่ประมาณการได้ มีความแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญ จึงสรุปได้ว่า แบบจำลองเส้นทางที่เสนอนั้นสามารถนำไปใช้เพื่อสรุปผลการศึกษาได้อย่างเหมาะสม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถสรุปและอภิปรายผลตามปัจจัยที่สำคัญได้ ดังนี้

1. อายุ (Age) เป็นตัวแปรกำหนด ขนาดของความเต็มใจจ่ายร่วมทั้งทางตรง (Direct Effect) และทางอ้อม (Indirect Effect) โดยในทางตรงอายุที่มากขึ้น มีแนวโน้มที่จะทำให้มีความเต็มใจในการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (WTP) ลดลง (อาจเกิดจากความสามารถในการหารายได้และปัจจัยอื่นๆ เช่น ต้องการความรวดเร็วสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่าโดยเปรียบเทียบ) ในขณะที่ในทางอ้อม อายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีโอกาสเป็นโรคที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น (ประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างเอง) และระดับความรุนแรงของโรคส่งผลทำให้มีความ

ต้องการจ่ายเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผลทางอ้อมของอายุนั้น มีเครื่องหมายเป็นบวก อย่างไรก็ตาม ผลรวมของอายุต่อความต้องการจ่ายเพิ่มในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีเครื่องหมายลบ หมายความว่าอายุที่มากขึ้น (รวมทั้งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมแล้ว) ทำให้มีความเต็มใจที่จะจ่ายร่วมในระบบลดลง ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ผ่านมาส่วนมากที่ระบุว่าลักษณะทางประชากรศาสตร์เป็นหนึ่งในตัวแปรกำหนดความต้องการจ่ายร่วม (Shiroiwa *et al.*, 2010; Ogasawara and Abe, 2013; นนทร์ วรพานิชซ์ และ อัครนันท์ คิตสม, 2563)

2. ระดับความรุนแรงของโรคจากแบบจำลองข้างต้น ระบุให้ ระดับความรุนแรงของโรค เป็นตัวแปรภายในแบบจำลอง ขึ้นอยู่กับอายุ ดังที่ได้อธิบายแล้วข้างต้น ระดับความรุนแรงของโรค ส่งผลโดยตรงในทิศทางเดียวกันต่อความเต็มใจในการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับความรุนแรงของโรค (ประเมินจากผู้ป่วยเอง) ที่มากขึ้น จะทำให้มีความยินดีที่จะจ่ายร่วมในระบบมากขึ้น ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับงานของ Shiroiwa *et al.* (2010) ที่คำนึงถึงปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งรวมไปถึงสมาชิกในครัวเรือน

3. ความกังวลในการเข้าถึงบริการ แสดงถึงระดับความกังวลของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าถึงบริการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดให้มีผลทางตรงต่อขนาดของความเต็มใจจ่ายเพิ่ม ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ระดับความกังวลดังกล่าวมีผลเป็นลบต่อความเต็มใจจ่ายเพิ่ม นั่นคือ หากมีความกังวลในการเข้าถึงบริการลดลง ตัวอย่างมีแนวโน้มจะยอมจ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขนาดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าของ นนทร์ วรพานิชซ์ และ อัครนันท์ คิตสม (2563)

4. การมีประกันภัยอื่น ๆ กำหนดให้เป็นตัวแปรภายใน และขึ้นอยู่กับรายได้ของครัวเรือน (สมมติฐานคือ รายได้ครัวเรือนที่มากขึ้น น่าจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการซื้อหรือทำประกันสุขภาพในรูปแบบอื่น ๆ มากขึ้น) โดยในแบบจำลองนี้ ประกันภัยอื่น ๆ กำหนดให้มีผลทางตรงต่อความเต็มใจจ่ายร่วม ผลการประมาณการค่าพารามิเตอร์ สรุปได้ว่า ประกันภัยอื่น ๆ มีผลในทางบวกต่อความเต็มใจจ่าย การมีประกันภัยประเภทอื่น ๆ คู่ครองผู้ป่วยอยู่ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความยินดีที่จะจ่ายร่วมมากขึ้น โดยเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นผลการศึกษาเพิ่มเติมจากวรรณกรรมที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงกลไกว่า เหตุใดรายได้ที่เพิ่มขึ้นจึงทำให้ความยินดีในการจ่ายร่วมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ในประเด็นนี้คือ รายได้ที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยมีและสามารถซื้อประกันอื่น ๆ คู่ครองเพิ่มเติมอยู่แล้ว ความยินดีที่จะจ่ายร่วมเพื่อความคุ้มครองเพิ่มเติมจากกรมธรรม์เดิมและสิทธิประโยชน์ของบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีเหตุผลเนื่องจากได้จ่ายเงินเพื่อซื้อกรมธรรม์หลักไปแล้ว และการจ่ายร่วมถือเป็นส่วนเพิ่มของรายจ่ายหลักเท่านั้น จึงทำให้การตัดสินใจจ่ายร่วมเป็นไปได้ง่ายกว่า สอดคล้องกับแนวคิดด้านการตลาดในเรื่องความยืดหยุ่นต่อราคา ที่มีแนวโน้มจะต่ำลง เมื่อผู้บริโภคพิจารณาซื้อสินค้า/บริการ ที่เป็นส่วนเพิ่มของสินค้า/บริการที่มีมูลค่าสูงอยู่แล้ว (Kotler and Keller, 2012)

5. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนกำหนดให้เป็นตัวแปรภายนอก และกำหนดความสามารถในการมีประกันภัยอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งทำให้เป็นผลทางอ้อมต่อความเต็มใจจ่ายร่วม ในขณะที่แบบจำลอง ได้กำหนดให้รายได้ของครัวเรือน ส่งผลทางตรงต่อความเต็มใจจ่ายร่วมด้วย สรุปผลการประมาณการพารามิเตอร์ ได้ว่า สำหรับผลทางอ้อม รายได้ครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสที่จะมี

ประกันภัยประเภทอื่นๆ มากขึ้น (เครื่องหมายบวก) จึงทำให้ผลทางอ้อมของรายได้ครัวเรือนนั้น เป็นบวกกับความเต็มใจจ่ายเพิ่ม ในขณะที่ผลทางตรงนั้น รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ก็มีผลเป็นบวกต่อความเต็มใจจ่ายร่วมเช่นกัน สรุปคือ เมื่อรวมผลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Total Effect) แล้ว รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น ทำให้ตัวอย่างมีความเต็มใจในการจ่ายเพิ่มในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ogasawara and Abe (2013) ที่พบว่ารายได้ครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการจ่ายเพิ่มในกรณีการแพทย์ทางไกล ในญี่ปุ่น และ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2551) ที่แสดงข้อหวั่นใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำที่อาจไม่สามารถจ่ายเพิ่มหรือจ่ายร่วมได้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1. อายุของผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มากขึ้น มีแนวโน้มที่จะทำให้มีความเต็มใจในการจ่ายเพิ่มในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นลดลง ดังนั้น

ประเด็นแรก คือการให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ หรือไม่ต้องการที่จะจ่ายเพิ่มในระบบนี้ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อ่อนไหว ในเชิงความสามารถในการหารายได้ และสุขภาพ รัฐควรจัดให้มีการดูแลเป็นพิเศษ และมีความระมัดระวังไม่ทำการผลักภาระที่รัฐสามารถรองรับได้ไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุ

ประเด็นที่สองคือ หากจำเป็นที่จะต้องมีการจ่ายร่วมแบบทางการ (Co-Payment) โดยเปรียบเทียบแล้ว กลุ่มผู้มีรายได้ประจำ (หรือรายได้ครัวเรือนที่สูง) ในปัจจุบัน หรือกลุ่มที่อายุน้อยกว่า ควรจ่ายมากกว่า ตามความต้องการจ่ายเพิ่มและตามความสามารถในการจ่ายที่สูงกว่าโดยเปรียบเทียบ

2. ประเด็นระดับความรุนแรงของโรค จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยประเมินตนเองว่า มีระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นก็จะทำให้มีความยินดีที่จะจ่ายเพิ่มในระบบมากขึ้น กรณีเช่นนี้ ภาระของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นทั้งภาระที่มีเนื่องจากสุขภาพและความรุนแรงของโรค และด้วยเหตุนี้จึงยอมจ่ายเพิ่มในระบบ จึงทำให้มีภาระทางการเงินเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับอายุด้วย ดังนั้น จึงถือเป็นประเด็นอ่อนไหว และควรแก่การกำหนดให้เป็นนโยบายที่ชัดเจนในการช่วยเหลือ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่เป็นโรครุนแรง ทั้งการให้นิยาม (เช่น นิยามระดับความรุนแรงของโรคชื่อโรค) ตลอดจนการกำหนดรูปแบบและทางเลือกในการรักษาที่กว้างขวาง และเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคตามความเห็นแพทย์ เพื่อทำให้เกิดภาระทางการเงินกับกลุ่มอ่อนไหวนี้ให้น้อยที่สุด

3. ความกังวลในการเข้าถึงบริการ หากผู้ป่วยมีความกังวลในการเข้าถึงบริการลดลง ก็จะมีแนวโน้มที่จะยอมจ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มมากขึ้น นั่นหมายถึง ผู้ป่วยต้องการความสะดวกสบายและความมั่นใจว่าจะเข้าถึงบริการโดยง่าย โดยยอมจ่ายแพงหรือจ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้น แนวคิดในการให้บริการพิเศษ เช่น คลินิกนอกเวลาราชการ การมีสถานพยาบาลในเครือข่ายบัตรทองเพิ่มเติม การร่วมกับคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนให้ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้ารับรักษาพยาบาลได้แบบจ่ายเพิ่มบางส่วนและมีนโยบายราคาชัดเจน จึงถือว่าเป็นเงื่อนไขที่เป็นไปได้ที่ผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มหนึ่งจะสามารถและยอมจ่ายได้ นับเป็นทางเลือกการเข้าถึงและลดภาระโรงพยาบาลของรัฐตามความต้องการของผู้ป่วยเอง จากผลการวิจัยชิ้นนี้ กลุ่มอิครันท์ ทิศสม และ นนทร์ วรพาณิชย์

ตัวอย่างยอมจ่ายเพิ่มเติมเกินกว่า 2,000 บาทต่อครั้ง จึงทำให้น่าจะเป็นไปได้ในการจัดหาสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการ

4. สำหรับประเด็นเรื่องการมีประกันภัยประเภทอื่นๆ ที่มีผลคุ้มครองผู้ป่วย ส่งผลให้มีความเต็มใจจ่ายเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลควรส่งเสริมให้มีการทำประกันภัยกลุ่มในรูปประกันสุขภาพแก่ประชาชนที่ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและไม่มีสิทธิอื่นๆ ในลักษณะการทำประกันสุขภาพกลุ่มกับบริษัทประกันชีวิตประกันภัยเอกชน โดยอาจกำหนดให้เป็นการประกันสุขภาพกลุ่มโดยบริษัทเอกชนให้เป็นลักษณะการประกันสมทบ เพิ่มสิทธิต่างๆ ให้แก่ผู้ซื้อประกัน โดยถือเป็นการประกันภาคสมัครใจ และไม่รอนสิทธิที่มีอยู่แล้วของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ตัดสินใจไม่ทำประกันภาคสมัครใจนี้

5. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อความเต็มใจในการจ่ายเพิ่มในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีความสามารถในการจ่ายที่มากขึ้น ดังนั้น จึงควรนำประเด็นนี้ พิจารณาร่วมกับข้อเสนอในการสมทบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ เพื่อลดภาระของรัฐ และเพิ่มความคุ้มครองให้แก่ผู้เอาประกัน โดยหากเป็นการประกันกลุ่มใหญ่จะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในส่วนนี้ลงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งถัดไป ประเด็นที่สามารถปรับปรุงเพิ่มเติมได้ ได้แก่ การศึกษาเพิ่มเติมโดยการแบ่งแยกตัวอย่างออกเป็นรายกลุ่ม เช่น กลุ่มรายได้ กลุ่มอายุ กลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ทั้งนี้ การศึกษาแยกกลุ่มผู้ใช้สิทธินั้น จะทำให้เห็นถึงความจำเป็น ความต้องการและข้อจำกัดของกลุ่มต่างๆ ในเชิงลึก ที่จะเป็นประโยชน์แก่ทั้งผู้ใช้สิทธิและประโยชน์ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

2. นอกจากการศึกษาเส้นทางหรือปัจจัยกำหนดความต้องการจ่ายร่วมแล้ว ยังสามารถที่จะศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยในการกำหนดขนาดหรือมูลค่าความเต็มใจจ่ายร่วมของผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ได้ทราบถึงความพร้อมของผู้รับบริการในการจ่ายร่วม มูลค่าของความต้องการจ่ายร่วม และตัวแปรกำหนดอย่างชัดเจน

3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์หรือการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติมจะทำให้ผู้วิจัยในครั้งถัดไป ได้ทราบถึงความหลากหลายและเหตุปัจจัยต่างๆ ในการเข้ารับรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นต่างๆ ที่อาจทำให้ต้องมีการจ่ายเพิ่ม ขนาดของรายจ่ายส่วนเพิ่ม และความยินดีที่จะจ่ายร่วม เพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ อันจะเกิดขึ้นจากรายจ่ายส่วนเพิ่มเหล่านั้น โดยละเอียด

รายการอ้างอิง

- กฤษฎณ์ พงศ์พิรุพท์. 2551. การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. สืบค้นวันที่ 1 เมษายน 2562 จาก <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachfinancing/147/Full-text.pdf>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2562. ผลการดำเนินงาน รายงานประจำปี 2562. สืบค้นวันที่ 1 เมษายน 2562 จาก https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx.
- นนท์ วรพาณิช และ อัครนันท์ คิตสม. 2563. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการใช้สิทธิการรักษาจริง. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร. ปีที่ 17. ฉบับที่ 1. 73-105.
- Beck, R. G. 1974. The Effects of Co-Payment on the Poor. *Journal of Human Resources*. Vol. 9. No. 1. 129-142.
- Carlssona, F. and Martinsson, P. 2003. **Design Techniques for Stated Preference Methods in Health Economics**. Health Economics. Vol. 12. 281–294.
- Hong, Y. R.; Holcomb, D.; Ballard, M. and Schwartz, L. 2017. Multigroup Path Analysis of the Influence of Healthcare Quality, by Different Health Insurance Types. *Journal of Healthcare Management*. Vol. 62. No. 2. 93–105.
- Kotler, P. and Keller, K. L. 2012. **Marketing Management**. Edition 13. Prentice Hall. Boston, USA
- Ogasawara, K. and Abe, T. 2013. **WTP (Willingness to Pay) for Tele-health Consultation Service in Hokkaido**. Japan Study Health Technology Inform. PMID: 23920800.192: 1026.
- Shiroiwa, T.; Sung, Y. K.; Fukuda, T.; Lang, H.C.; Bae, S, C. and Tsutani, K. 2010. **International Survey on Willingness-to-Pay (WTP) for One Additional Qaly Gained :What is the threshold of cost effectiveness?**. Health Economics. Vol. 19. 422–437.

รายการอ้างอิงจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (Translated Thai References)

- National Health Security Office. 2019. Annual Report2019. Retrieved April 1, 2019 from https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx.
- Pongpirul, K. 2008. **Cost Sharing and Copayment Lessons From 10 Countries**. Health Insurance System Research Office. Retrieved April 1, 2019 from <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachfinancing/147/Full-text.pdf>

Vorlapanit, N and Kidsom, A. 2020. Factors Affecting the Additional Payment of the Universal Health Care Users. **MUT Journal of Business Administration**. Vol. 17. No. 1. 73-105.